



МАТОЧНЫЯ КРОВОТЕЧЕНІЯ

ЭТИОЛОГІЯ—ДІАГНОСТИКА—ЛЪЧЕНІЕ

СЪ ИЗЛОЖЕНІЕМЪ МЕТОДА ИЗСЛѢДОВАНІЯ

ЖЕНСКИХЪ ПОЛОВЫХЪ ОРГАНОВЪ

ИХЪ

АНАТОМІЯ И ХИРУРГІЯ

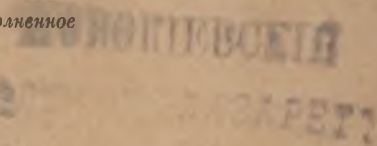
В. О. Снегирева

Профессора Императорскаго Московскаго Университета

In magnis voluisse sat est

ВТОРОЕ ИЗДАНИЕ

съ 205 рисунками и 8 таблицами исправленное и дополненное



МОСКВА

ПЕЧАТНЯ А. И. СНЕГИРЕВОЙ

ОСТОЖЕНКА, САВЕЛОВСКОЙ ПЕР., СОВ. Д.



1895



(858)



РУССКОМУ ЗЕМСКОМУ ВРАЧУ

ПОСВЯЩАЕТЪ

Авторъ.



ОГЛАВЛЕНІЕ.

Предисловіе къ 2-му изданію	Стр. XIX
Предисловіе къ 1-му изданію	XXI
Предисловіе къ французскому переводу	XXVII

ПЕРВЫЙ ОТДѢЛЪ.

	I. Общій методъ изслѣдованія женскихъ болѣзней.	
Глава	I. Значеніе вопросныхъ пунктовъ	2
	<i>Образъ жизни—2. Возрастъ—2. Періоды—3. Связь ихъ съ психическими явленіями въ жизни женщины—4. Беременность и роды—6. Кормленіе—6. Значеніе кормленія для инволюціи организма—7. Патологія беременности—8. Послеродовой періодъ—9. Лохіи—9. Септичeskія заболѣванія—11. Выкидышъ—12. Менструація—13. Coitus—14. Индифферентный coitus—16. Частота coitus—17. Время заболѣванія—18. Бѣлы—19. Лѣченіе бѣлей—20. Кровотеченія—20. Заболѣванія пузыря и гесті—21. Боли въ конечностяхъ—22. Желудочно-кишечныя страданія—22. Наслѣдственность—23. Привычки—23. Объективное изслѣдованіе—24. Выраженіе лица—24. Осмотръ живота—24. Форма живота—24. Наружныя покровы живота—25. Измѣреніе живота—25. Перкуссія живота—25. Ареи тупого звука при кистѣ и асцитѣ—27. Выслушиваніе—27. Ощупываніе—27. Осмотръ груди—29. Осмотръ половыхъ органовъ—30. Простое внутреннее изслѣдованіе—31. Двойное изслѣдованіе—22. Зондъ и противопоказанія къ зондированію—32. Ощупываніе придатковъ—33. Изслѣдованіе мочеточниковъ—33. Изслѣдованіе пузыря по способу Симона—33. Изслѣдованіе per rectum по способу Симона—34. Изслѣдованіе при помощи зеркала—35. Зондированіе: техника, цѣли діагностическія и терапевтическія, противопоказанія—35, 36.</i>	
Глава	II. Примѣры разбора большихъ	36
	Cancer colli—36; fibromyoma multiplex—39; fibromyoma multiplex congenitum—42; salvingoophoritis duplex—45; involutio vitiosa, retroflexio, catarrhus corporis et cervicis chronicus, descensus ovarii sin.—48, anteflexio congenita—50; salvingoophoritis et pelveoperitonitis posterior adhaesiva—52.	
	II. Этіологія маточныхъ кровотеченій	57

III. Діагностика маточних кровотеченій

Глава	I. Cancer colli uteri	60
	<i>Жалобы</i> больных при ракъ—60. Боли—60. Разстройство мочеиспускания и дефекаціи—61. Кровотеченія, зудъ—62. Усиленіе сладострастія, кровь post co tum—63. Наружное изслѣдованіе—63. <i>Изслѣдованіе наружныхъ половыхъ органовъ</i> —64. Цвѣтъ входа во влагалище—64. Скрипъ при изслѣдованіи, отдѣленія—64. <i>Раковая твердость</i> —65. Ходъ инфильтратовъ—66. Неизвѣстныя стороны распространенія раковыхъ инфильтратовъ—68. Классификація раковъ шейки Schroder'a—69. <i>Канкроидъ</i> —69. Распознаваніе раковой инфильтраціи отъ perimetritis posterior adhaesiva—71. <i>Грибовидный ракъ</i> —71. Дифференціальная діагностика отъ саркомы, простого выворота, фолликулярнаго засоренія—72. <i>Папиллярный ракъ</i> .—72. <i>Узловой ракъ (nolt me tangere)</i> 74. Инфильтраты, боли—74. Исторія болѣзни—75. <i>Ракъ шейнаго канала</i> —76. Исторія болѣзни—77. Пути распространенія—79. <i>Плоскій ракъ</i> —79. <i>Смѣшанная форма рака шейки</i> —79. <i>Беременность и роды при ракъ шейки</i> —81. Исторія болѣзни (самопроизвольные роды при ракъ)—81. Кесарское сѣченіе при ракъ—82. <i>Главные моменты діагностики рака</i> —83. Инфильтраты раковые и воспалительные—84. Исторія болѣзни—84. Рѣшеніе вопросовъ, сопутствующихъ діагностикѣ рака—87. <i>Прогностика</i> —87.	
Глава	II. Cancer, sarcoma, adenoma, deciduoma corporis et fundi uteri	89
	Діагностика развитыхъ формъ рака—89. Діагностика раннихъ стадій—91. Микроскопическое изслѣдованіе кусковъ, добытыхъ выскабливаніемъ 92. Различныя формы adenoma по Kuge—92. Прогностика—95. Исторія болѣзни—95. Исторія болѣзни—96. Deciduoma uteri—100.	
Глава	III. Fibromyoma uteri.	102
	<i>Этиологія</i> —102. <i>Жалобы больныхъ</i> : кровотеченіе, бѣли, боли, бесплодіе; coitus при фиброміомахъ—103. <i>Объективное изслѣдованіе</i> —104. Выраженіе лица—104. Покровы живота—104. Консистенція опухолей—104. <i>Внутреннее изслѣдованіе</i> —105. <i>Прорывавшіяся фиброзный полипы</i> —105. Дифференціальная діагностика опухолей, прорывавящихся изъ rima pudendi—106. Исторія болѣзни—109. Исторія болѣзни—111. <i>Непрорывавшіяся фиброзные полипы</i> —112. Зондированіе при нихъ—113. <i>Діагностика подсерозныхъ фибромъ</i> —114.	
	Діагностика увеличенія живота	115
	Увеличеніе живота, зависящее отъ газовъ, отъ асцита—115;—отъ экссудатовъ, ожирѣнія, грыжъ—116;—отъ опухолей брюшныхъ стѣнокъ (извлеченіе изъ исторій болѣзни)—117. <i>Интраперитонеальные опухоли</i> , распрось—117. Мѣсто появленія опухоли—117. Форма опухоли—118. Подвижность опухоли—118. Боли, вызываемыя опухолью—113. Чувствительность опухоли—118. Лихорадочное состояніе—119. Давность опухоли—119. Отличительныя черты ретроперитонеальныхъ опухолей—119;—брыжеечныхъ—120. Функціональныя разстройства при опухоляхъ паренхиматозныхъ органовъ—120. Тазовыя опухоли—120. Маточныя опухоли: haemato—hydro—pyo—physometra	

	—120; uterus bicornis—121. Кисты и кистомы яичника—121. Стадии их роста—121. Дермоиды однокамерные и многокамерные—123. История болѣзни—124. Фибромы, папилломы, злокачественныя новообразования яичниковъ—125. Пароваріальныя кисты—126. Haematocoele—126. Туберкулезный асцитъ, эхинококи—127.	
	Увеличеніе живота при фиброміомахъ	127
	Консистенція фиброміомъ — 128. Объективные діагностическіе признаки при фиброміомахъ—130. Діагностика интралигаментарныхъ опухолей—131. Беременность и роды при фиброміомахъ—132. История боѣзни—134. <i>Пробная лапаротомія</i> —135. Симуляція беременности фибромой (исторія болѣзни)—136. Опознавательный пунктъ при дифференціальной діагностикѣ—138. Осложненіе фибромъ ракомъ—138. Прогностика—138. Фибромы шейки матки—138.	
Глава	IV. Metritis chronica, endometritis, ruptura colli uteri	139
	Связь эндометрита съ метритомъ—139. Endometritis haemorrhagica—140. Мягкость, бархатистость шейки—140. Фоликулярное засореніе—140. Кровь post coitum, боли—141. Выворотъ губъ—141. Эмметовскій разрывъ—142. Endometritis fungosa—152. Выскабливаніе и микроскопическое изслѣдованіе кусочковъ—143. Metritis chronica—143. Осложненіе беременностью—144. Дифференціальная діагностика отъ cancer incipiens—145. Metritis chronica hypertrophica—146. <i>Трипперъ</i> —148. Теченіе острого триппера—147;—діагностика—148;—осложненіе и распространеніе—149;—связь триппера съ послѣродовыми заболѣваніями—150. Хроническая форма—150. Боли при хроническомъ трипперѣ—150. Теченіе триппера—152. Заразительность триппера—152. Острыя кондиломы—152.	
Глава	V. Abortus; graviditas extrauterina	153
	Признаки нормальной беременности—153. Признаки аборта—154. <i>Внѣматочная беременность</i> —155. Этиологическіе моменты, добываемые изъ распроса—155;—добываемые при лапаротоміяхъ—156. Извилистость трубъ—157. Искривленіе трубъ—158. Приращенія трубъ—158. Теченіе внѣматочной беременности—159. Измѣненія въ маткѣ и трубъ—159. Тресканіе трубы—161. История болѣзни—161. Трубный абортъ—164. История болѣзни—164. Лопаніе трубы—167. История болѣзни—169. Симптомы лопанія—172. Дифференціальная діагностика первой половины внѣматочной беременности—173;—haematocoele—174;—второй половины беременности—175. История болѣзни—175. Попутныя задачи діагностики—177. Deciduoma post graviditatem extrauterinam—177. История болѣзни—178. Микроскопическая картина при deciduoma tubae Fallop.—181.	
Глава	VI. Subinvolutio	183
Глава	VII. Retroflexio, Retroversio, Retropositio	183
	Задачи діагностики—184. Жалобы больныхъ—184. Объективное изслѣдованіе—185.	
Глава	VIII Anteflexio uteri congenita, collum conicum	186
	Этиологія—187. Связь съ вырожденіемъ—188. Разстройства	

	менструації—188. Гиперсекреція, болю, розстройства індивідуальності, coitus—189. Аборти, кровотечення—190. Rigiditas—191. Діагностика—191.	
Глава	IX. Pelveocellulitis	191
	Клітчатка таза—192. Локалізація запаленої клітчатки 192. Етіологія—194. Форми запалення—195. Симптоми і течення—196. Исходи—197.	
Глава	X. Cystoma ovarii, descensus uteri, prolapsus uteri, hypertrophia colli uteri	197
Глава	XI. Gravitas	198
Глава	XII. Apoplexia ovarii	200
	Етіологія—200. Картина болізни—201. Діагностика—201. Извлечение із історії болізни—202.	
Глава	XIII. Haematocoele	202
	Діагностика—202. Течення—204. Дифференціальна діагностика від параметрита—204. Хід температури при параметриті—204.	
Глава	XIV. Klimax	205
	Діагностика—205. Superinvolutio—206. Св'язь останньої з годівлею, з туберкульозом легких—207.	
Глава	XV. Inversio uteri	208
Глава	XVI. Obesitas	210
	IV. Лечення маточних кровотечень	211
	Обща зам'ячання. Протипоказання: при klimax—211;—при запаленнях шлунку і яєчників—212;—легких—212;—серця—212;—почечних і печеночних коликах—213. Розділення кровоостанавливаючих засобів—213.	
Глава	I. Отділ фармакологічний	214
	<i>Спориння і їх препарати</i> —214. Показання, протипоказання, дози, общі висновки—215. Рецепти—216. <i>Hydrastis canadensis</i> —216. <i>Liquor ferri sesquichlorati</i> , <i>herba digitalis</i> , <i>t-ra canabasis indicae</i> —217. Наблюдення—219. Кислоти—219. <i>Equisetum</i> —219. <i>Gossypium</i> —220.	
Глава	II. Гидротерапевтичний відділ	220
	<i>Горячі спринцевання</i> —220. Температура їх, техніка—220. Предосторожності—222. Вплив гарячих спринцевань на матку—223. Вплив на запалення навколо матки—225;—на мочовий бульбашку і rectum—226;—на нервову систему—227; на температуру—227; побочні небагатоприятні впливи гарячих спринцевань—228. <i>Постоянне орошення</i> —230. Описання апарату для постійного орошення—230. Случай, требуючий постійного орошення—232. Извлечение із історії болізни (нагноившаяся киста)—232. Употребление постійного орошення при послідовних захворюваннях—233. Історія болізни—233. Історія болізни—234. Історія болізни—234. Прим'єнення постійного орошення per parietes abdominales—237. Вплив на температуру—237. Прим'єнення per rectum—237. <i>Прохладні спринцевання</i> —238. Вредні слідовства холодних спринцевань—239. Прим'єнення холода—241. Прим'єнення тепла—242. Горчишники, горячі обертывання, горячі ванни—242.	

	<i>Лѣченіе въ гидротерапевтическихъ заведеніяхъ</i> (обертыванія, души)—243. Показанія къ нему—244. Купанье, лѣкарственные ванны—245.	
Глава	III. Внутриматочныя впрыскиванія лѣкарственныхъ веществъ. Аппараты и техника—245. Противопоказанія и показанія—244. Предварительное зондированіе—247.	245
Глава	IV*. Средства механическія. Тампоны—247. Боли при нихъ—248. Непріятныя явленія послѣ тампонаціи—248. Показанія—248. Тампоны съ лѣкарственными веществами—248. Кольеиринтеры—248. Тампонація шейки—249. Временное закрытіе маточнаго отверстія—249.	247
Глава	V. Хирургическіе способы, гігіена и діететика Употребленіе рыбы и молока—251;—спаржи—252.	250
Глава	VI. Солнечныя ванны Извлеченіе изъ исторіи болѣзни—253. Показанія, способъ употребленія—255.	253
Глава	VII. Массажъ Растяженіе сращеній, репозиція матки—256. Массажъ матки и придатковъ—257. Подниманіе матки—258. Предосторожности при массажѣ—260. <i>Гимнастическія упражненія</i> —261.	255
Глава	VIII. Электричество Инструменты—262. Условія приложенія—264. Свойства электризаціи—264. Показанія—265. Электричество при фиброміомахъ—267.	262
Глава	IX. Новое кровеостанавливающее средство—паръ Извлеченіе изъ исторіи болѣзни—268. Вапоризація матки—269. Инструменты—270. Опыты на животныхъ—271. Операции, произведенныя съ паромъ—271. Вылущеніе эхинококка изъ селезенки посредствомъ пара (исторія болѣзни)—272.	268
Глава	X. Остановка крови въ случаяхъ смертельныхъ кровотеченій.	274
	V. Частный обзоръ лѣченія маточныхъ кровотеченій.	
Глава	I. Лѣченіе рака шейки матки <i>Лѣченіе симптоматическое</i> —276. Показанія—276. Рецепты—277. Лѣченіе язвъ—279. Лѣченіе трипсиномъ—280. Употребленіе каленаго желѣза—281. Выскабливаніе—281. <i>Оперативное лѣченіе</i> —282. Высокая ампутація и полная экстирпація—282. Новая статистика рецидивовъ—283. Сравненіе результатовъ высокой ампутаціи и extirpatio totalis per vaginam—287.	276
Глава	II. Лѣченіе рака и саркомы тѣла матки	288
Глава	III. Лѣченіе фибромъ Удаленіе прорѣзавшихся полиповъ посредствомъ экразера—288. Техника—289. Исторія болѣзни—290. Методъ раг mellelement—291. Удаленіе подслизистыхъ фибромъ—292. Лѣченіе фибрознаго перерожденія матки—293. <i>Лѣченіе подсерозныхъ фибромъ</i> —293. Показанія къ операциі—293. Противопоказанія—293. Удаленіе per laparotomiam—294. Статистика—294. Статистика автора—295. Myomohysterectomy vaginalis—295. Кастрація—296. Перевязка сосудовъ—297. Симптоматическое лѣченіе—297.	—

Глава	IV. Лѣченіе endocervicitidis et endometritidis fungosae.	298
	<i>Лѣченіе трипперныхъ заболѣваній</i> —299. Оперативное лѣченіе—300. Продолженіе менструаціи послѣ salpingoophorectomia—300. Разстройства мѣстныхъ и общія послѣ ablatio adnexorum—301. Профилактическія мѣры для предупрежденія conjunctivitis blennorrhoeica neonatorum—302. Лѣченіе острыхъ кондиломъ—302.	
Глава	V. Лѣченіе двухсторонняго Эмметовскаго разрыва	302
Глава	VI. Лѣченіе metritis chronicae	304
	Излѣчимость страданія—304. Основной принципъ лѣченія—304. Профилактическое лѣченіе (веденіе послѣродового періода)—305. Лѣченіе собственно хроническаго воспаленія матки—307. Вырѣзываніе клинообразнаго куска изъ передней губы и производство эшеры на задней—308. Лѣченіе грязевыми ваннами—309.	
Глава	VII. Лѣченіе кровотеченій при выкидышѣ и graviditas extrauterina	310
	Лѣченіе съ цѣлью удержать яйцо въ маткѣ—310;—опорожнить матку—310. <i>Лѣченіе при graviditas extrauterina</i> —311. Электричество при graviditas extrauterina—311. Электричество при haematocoele (извлеченіе изъ исторіи болѣзни)—312. Лапаротомія при graviditas extrauterina—313.	
Глава	VIII. Лѣченіе subinvolutionis.	314
Глава	IX. Лѣченіе retroflexio, retroversio, retropositio.	—
	Редрессація матки—314. Выборъ кольца—315. Введеніе кольца—315. Разрушеніе сращеній—316. Беременность—317.	
Глава	X. Лѣченіе pelveocellulitis.	318
	Лѣченіе остраго періода—318. Лѣченіе инфильтратовъ—318. Лѣченіе нагноеній—319. Разрѣзы при эксудатахъ—319. Осложненіе перфорациями—320. Результаты Laparotomia externa—320. Лѣченіе phlegmasiae albae dolentis—321.	
Глава	XI. Лѣченіе ante flexionis uteri congenitae	321
	Лѣченіе страданія у дѣвушекъ—321. У женщинъ—322. Операция Симса—322.	
Глава	XII. Лѣченіе colli conici	323
	Кровавсе расширеніе наружнаго отверстія—323. Koegelmantelförmige Excision—324.	
Глава	XIII. Лѣченіе кровотеченій во время беременности.	324
Глава	XIV. Лѣченіе апролексіае ovarii	—
Глава	XV. Лѣченіе haematocoele.	325
Глава	XVI. Лѣченіе климактерическихъ кровотеченій	327
Глава	XVII. Лѣченіе superinvolutionis	328
Глава	XVIII. Лѣченіе inversionis uteri	—
	Вправленіе инвертированной матки—328. Ампутація инвертированной матки—329.	
Глава	XIX. Лѣченіе obesitatis	330

П р и л о ж е н и е.

Остановка кровотечений по Робертъ Барнезъ	3
” ” ” Гайллярдъ Томасъ.	4
” ” ” Робертъ Бортолла.	4
” ” ” Джонъ Тильтъ	5
” ” ” Грейли Гюйтъ	5
” ” ” Вилльямъ Байфортъ	6
” ” ” Пана	7
” ” ” Д-ръ Дилленбергеръ	7
Resumé средствъ.	9
Маточныя средства. (Сост. проф. Императорскаго Московскаго Университета В. С. Богословскимъ).	14
Исслѣдованіе Коберта—15. Корнунтъ—15. Сфацелиновая кислота—15. Эрготиновая кислота—15. Физиологическое дѣйствіе составныхъ началъ спорынья—16. Маисовая головня—18. <i>Hydrastis canadensis</i> —19. Физиологическое дѣйствіе—20. Показанія—21. <i>Gossypium</i> и <i>Viburnum</i> —22.	

О Т Д Ъ Л Ъ В Т О Р О Й.

Краткій очеркъ анатоміи тазовыхъ органовъ женщины (Сост. профессоромъ Императорскаго Юрьевскаго университета А. П. Губаревымъ).	
Наружные половые органы.	1
<i>vulva</i> —3; <i>vestibulum vaginae</i> —3; <i>introitus vaginae</i> —4; <i>fossa navicularis</i> —5. <i>Perineum</i> —5; фасціи и мышцы промежности—6—11.	
Внутренніе тазовые органы	12
Матка—14. Связки матки—16. Яичникъ—19. Фаллопіева труба—22. Влагалище—23. Сосуды внутреннихъ половыхъ органовъ: артеріи—26, вены—29. Лимфатическіе сосуды—30. Нервы—30. Мочевые органы—31. Мочеточники—31. Пузырь—32. Мочепускательный каналъ—34.	
Топографія передней брюшной стѣнки	34
Топографія слоевъ паховой области и свойства тазовой клѣтчатки—35—42. Разрѣзы брюшныхъ стѣнокъ—43. Объясненіе таблицъ—49.	
Глава I. Приготовленія къ операціи.	54
Раздѣленіе хирургическихъ пособій—54. Приготовленіе оперативной комнаты—55. Снабженіе оперативной комнаты—56. Приготовленіе инструментовъ, шелка, марли—56. Приготовленіе больной—57. Приготовленіе рукъ операторовъ—57. Наркозъ—58. Случайности при наркозѣ—58. Рвота—58. Упадокъ дѣятельности сердца—59. Мѣстный наркозъ—59. Швы, повязки—60. Тамповада влагалища—61. <i>На операционномъ столѣ</i> —62. Дезинфекція наружныхъ покрововъ—62. Вскрытіе брюшной полости—62. Неблагопріятныя для операціи моменты: неподатливость брюшныхъ стѣнокъ—62. Приращенія—63. Рвота—64. Туалетъ брюшины—64. Остановка кровотеченія—64. Промываніе—65. Раненіе мочеточника—66. Дренажированіе брюшной полости—68. Наложеніе повязки—69.	
Глава II. Оперативная гинекологія	71
<i>Amputatio clitoridis</i> —71. <i>Amputatio labiarum majorum et minorum</i> —71. Операціи на <i>hymen</i> —71. <i>Excisio perinei</i> —73. <i>Restitutio perinei</i> —74. Удаленіе заднепроходнаго отверстія съ частью прямой кишки до <i>sphincter</i>	

tertius—75. Dilatio et oclusio ositi vaginae et vaginae et restitutio vaginae—80. Методъ restitutio vaginae автора—81. Colpocesis—82. Colpotomia—83. Extirpatio vaginae partialis et totalis—84. Dilatio et restitutio urethrae—86. Способъ Симона—87. Образование перегиба уретры — 87. Ранения и свищи — 88. Hysteroecesis—91. Urethroraphia—93. Cystotomia per vaginam—93. Amputatio cervicis supravaginalis — 94. Вскрытие сводовъ—95. Extirpatio uteri per vaginam—96. Способъ непосредственного извлечения—97. Способъ запрокидывания матки назад—100. Способъ Doyen — 101. Способъ Pean'a — 105. Extirpatio uteri per vias sacrales—106. Extirpatio uteri perineo-vaginalis—107.

Ablatio adnexorum per vaginam—111. Перевязка сосудовъ—111. Перевязка art. uterinae: а) intraperitonealis (методъ автора)—112;—per vaginam—113;—per laparotomiam externam (методъ Губарева)—114. Hysterec-tomia totalis—115. Методъ Doyen видоизмѣненный авторомъ—116. Amputatio uteri—121. Интраперитонеальный методъ (методъ Шредера-Мартина)—121. Параперитонеальный методъ Снегирева—123. Экстраперитонеальный методъ—173. Методъ Pean—124. Удаление фиброміомъ изъ существа матки—125. Удаление множественныхъ интралигаментарныхъ, подсерозныхъ и интестинальных фиброміомъ—125;—подслизистыхъ—126. Ovariectomy—126. Вылущивание интралигаментарныхъ опухолей—126. Возстановление подвижности матки per vaginam et per laparotomiam—127. Укрѣпленіе положенія матки по поводу смѣщенія ея—127. Vaginofixatio: способъ Макенрода—127;—способъ Дюрсепа—128. Операция Александра Адамса, видоизмѣненная авторомъ—129. Укорачивание круглыхъ маточныхъ связокъ per laparotomiam—130. Hysteroexia (ventrofixatio)—130.

Глава III. Послѣоперационный уходъ. 130

Послѣоперационный уходъ въ неосложненныхъ случаяхъ—130. Осложненія послѣоперационнаго періода—132. Шокъ, колапсъ, кровотеченіе—132. Перитонитъ—133. Причины, время появленія послѣоперационнаго перитонита—133. Появленіе, характеръ и локализція экссудатовъ—133. Начало перитонита—134. Выраженіе лица больныхъ—134. Діагностика перитонита—134. Картина перитонита—135. Вторая форма перитонита—136. Двѣ исторіи болѣзни—136. Профилактика перитонита—138. Лѣченіе развившагося перитонита—139. Техника вторичной лапаротоміи по поводу перитонита—140. Послѣоперационная септицемія—140. Непроходимость кишечекъ—140. Двѣ формы непроходимости—141. Симптомы непроходимости—141. Дифференціальная діагностика отъ перитонита—141. Лѣченіе непроходимости терапевтическое—141;—оперативное—142. Техника вторичной лапаротоміи по поводу непроходимости—142. Нагноенія въ швахъ—143. Тошнота и рвота—143. Боли, маточное кровотеченіе, болѣзненное мочеиспусканіе—144. Анурия, циститъ, кровавая моча—145. Кашель, ослабленіе дѣятельности сердца—145. Безсонница, лихорадочное состояніе, пролежни—146. Паротитъ—147. Отеки ногъ—147. Позднѣйшія измѣненія въ организмѣ больныхъ, перенесшихъ чревосѣченіе—147.

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

ОГЛАВЛЕНИЕ РИСУНКОВЪ.

ОТДѢЛЪ I.

Рис.	Стр.
1. Арея тупого звука при кистомѣ	26
2. Арея тупого звука при асцитѣ	27
3. Арея тупого звука при кистомѣ, осложнен. асцитомъ.	27
4. Зеркало Симона для расширенія уретры.	34
5. Hydrosalpinx	55
6. Pyosalpinx	56
7. Ракъ шейки матки и фиброзный полипъ	66
8. Ракъ шейки, дошедшій до внутренняго отверстія. Endometritis Metritis chron. hypertrophica. Salpingoophoritis duplex.	67
9. Ракъ влагалищной части и шейки	68
10. Ракъ шейки, перешедшій по наружной части на тѣло и на влагалище	69
11. Калкроидный полипъ передней губы.	70
12. Грибовидный ракъ шейки матки	71
13. Папиллярный ракъ шейки матки.	72
14. Ракъ влагалищной части шейки, выполняющій весь просвѣтъ верхней части влагалища	73
15. Карцинома шейнаго канала и абсцессъ въ толщѣ шейки.	77
16. Начальная стадія рака влагалищной части шейки и кистома лѣваго яичника.	79
17. Ракъ шейки, перешедшій на влагалище.	80
18. Ракъ шейки въ позднѣйшей стадіи развитія (смѣшанной формы)	81
19. Ракъ шейки (смѣшанной формы).	82
20. Отверстіе и влагалищная часть матки при ракѣ	91
21. Ракъ тѣла и дна матки.	91
22. Ракъ тѣла и дна матки, изъязвившій въ одномъ мѣстѣ дно матки до peritoneum.	90
23. Первая форма аденомы по Ruge.	92
24. Вторая форма аденомы.	93
25. Третья форма аденомы	94
26. Микроскопическіе препараты децидуомы	98
27. Прорѣзавшійся фиброзный полипъ	105
28. Колоссальный фиброзный полипъ матки, прорѣзавшійся черезъ introitus vaginae и доходящій до середины бедра.	106
29. Descensus uteri cum rectocele	107
30. Descensus uteri cum cystocele	107
31. Выпаденіе гипертрофированной матки съ образованіемъ rectocele и cystocele	107
32. 33 и 34. Гипертрофіи шейки матки.	108
35. Выпаденіе вывороченной матки	108

XIV

36. Влагалищно-кишечная грыжа	109
37. Гипертрофія передней губы въ формѣ фибрознаго полипа	109
38. Схематическій рисунокъ опухоли до операціи	111
39. Схематическій рисунокъ опухоли послѣ вскрытія	111
40. Непрорѣзавшійся фиброзный полипъ	112
41. Подслизистая фиброма	112
42. Фиброноперерожденная матка	112
43. Подсерозная фиброма	114
44. Фиброміома въ правомъ рогѣ матки	122
45. Подслизистая фиброміома, осложненная <i>pyosalpinx</i>	128
46. Интерстиціальная фиброміома	129
47. Подсерозная и ингерстиціальная фиброміома	130
48. Множественная фиброміома	131
49. Фиброно-перерожденная матка съ двухстороннимъ поражениемъ придатковъ	132
50. Фиброміома, осложненная беременностью	133
51. <i>Fibromyoma interstitiale et subserosum uteri gravidi</i>	135
52. Подсерозная фиброміома въ днѣ матки, симулирующая беременность	137
53. Продольный разрѣзъ матки съ фиброміомой	138
54. <i>Endometritis chronica</i>	143
55. <i>Endometritis chronica hyperplastica</i>	143
56. Язва шейки. Гипертрофія влагалищной части, фолликулярное засореніе. Слизистый шейный полипъ	145
57. Затвердѣнія и изъязвленіе шейки матки при хроническомъ метритѣ, дающія поводъ къ смѣшенію съ <i>cancer colli uteri</i>	146
58. Фаллопиевы трубы однодневной дѣвочки	156
59. Фаллопиевы трубы трехдневной дѣвочки съ широкими связкамъ	156
60. Труба пятидневной дѣвочки, освобожденная отъ широкой связки	156
61. Продольный разрѣзъ трубы пятидневной дѣвочки	156
62. <i>Graviditas tubaria dextra</i>	157
63. Лѣвая труба того же препарата	157
64. Двойня трубнои беременности	158
65. Доношенная внѣматочная трубная беременность	160
66. <i>Graviditas tubaria sinistra</i>	163
67. Дермоидъ, осложнен. беременностью другой трубы	165
68. Лопнувшая <i>graviditas interstitialis sinistra</i>	168
69. <i>Pyosalpinx dextrum</i>	174
70. <i>Deciduoma malignum</i> Фаллопиевой трубы	179
71. Разрѣзъ узла децидуомы Фаллопиевой трубы	181
72. Разрѣзъ тонкой кишки, пораженной децидуомой	182
73. <i>Anteflexio congenita</i>	191
74. Схематическое изображеніе раздѣленія полости малаго таза круглыми связками на переднюю и заднюю половины	193
75.	
76.	
77.	
78.	
79. Локалізація эксудатовъ при параметритѣ и разрѣзы при нихъ	194
80.	
81.	
82.	
83.	
84. 	195

85. Hypertrophia colli.	198
86. Apoplexia ovarii	200
87. Аппаратъ для постояннаго орошенія.	230
88. Кривая температуры при параметритѣ, при примѣненіи постоянн. орошенія.	238
89. Массажъ матки.	257
90. Подниманіе матки.	259
91. Электродъ въ видѣ дырчатой пластинки.	262
92. Электродъ въ видѣ зонда.	263
93. Троакарь для электропунктуры	263
94. Влагалищный электродъ.	263
95. Окопчатый катетеръ для пропусканія пара.	269
96. Паровикъ для маточной вапоризаціи.	270
97. Наконечники для выпусканія пара	271
98. Острая трубочка Doyen'a и ножъ Pean'a.	291
99. Сшиваніе Эмметовскаго разрыва.	303
100. Клинообразное вырѣзываніе передней губы и косое срѣзываніе задней.	308
101. Разрѣзъ шейки по Sims'у.	322
102. Двухсторонній разрѣзъ шейки матки.	323
103. Kegelmantelfoermige Excision	323
104. Выворотъ губъ.	323

О Т Д Ъ Л Ъ II.

Рис.	Стр.
1. Наружные половые органы дѣвственницы	
2. Фронтальный разрѣзъ наружныхъ половыхъ органовъ дѣвственницы.	4
3. Рисунки изъ учебника Morris	5
4. Схематическое изображеніе мышцъ малаго таза и промежности	6
5. Дно малаго таза, видимое сверху	7
6. Положеніе m. levatoris ani и его точки прикрѣпленія	8
7. Схематическое изображеніе продольнаго разрѣза женскаго таза	10
8. Полусхематическое изображеніе горизонтальнаго разрѣза таза черезъ cavum ischio-rectale	12
9. Схематическое изображеніе расположенія органовъ малаго таза.	13
10. Полусхематическое изображеніе фронтальнаго разрѣза матки рожавшей женщины	14
11. Orificium externum uteri нерожавшей и рожавшей женщины.	15
12. Схема расположенія листковъ въ основаніи широкой связки.	17
13. Схема расположенія листковъ широкой связки.	18
14. Схема связокъ яичника	20
15. Размѣры яичника, трубы и ovarium	21
16. Продольный разрѣзъ трубы.	22
17. Поперечный разрѣзъ трубы.	23
18. Поперечный разрѣзъ влагалища и мочеиспускательнаго канала дѣвственницы.	24
19. Схематическое изображеніе отношеній мочеиспускательнаго канала и мочеточниковъ къ передней стѣнкѣ влагалища	25
20. Схема сосудовъ матки, ея придатковъ и влагалища	26
21. Аномалія отхожденія arteriae uterinae.	28
22. Мѣста вливанія venae ovaricae dextrae et venae ovaricae sinistrae in venam cavam et venam renalem sinistram	29
23. Полусхематическое изображеніе мочевого пузыря, фасцій и клѣтчатки, его окружающей	33
24. Слой паховой области	36

25. Схема поперечнаго разрѣза брюшныхъ стѣнокъ по Пирогову	37
26. Диаграмма направленія волоконъ брюшныхъ мышцъ	38
27. Схема косвеннаго разрѣза, не заходящаго въ сухожильную часть <i>m. transversi abdominis</i>	38
28. Полусхематическое изображеніе тазовыхъ органовъ и окружающей ихъ подбрюшинной клѣтчатки.	40
29. Разрѣзъ клѣтчатой брызжейки круглой маточной связки.	41
30. Поперечный разрѣзъ передней брюшной стѣнки.	44
31. Разрѣзы брюшныхъ стѣнокъ (рис. по Kocher).	46
32. Поперечный разрѣзъ чрезъ поясничную область.	47
33. Столъ для Тренделенбургской позиціи	55
34. Наложеніе глубокихъ кожно-мышечныхъ швовъ для целота	60
35. Повязка съ пелотомъ.	61
36. 37 и 38. Вшиваніе мочеточника въ мочевой пузырь	67
39. <i>Amputatio clitoridis, amputatio labiorum, excisio hymenis</i>	72
40. Разрѣзы при частичномъ удаленіи промежности, задней спайки и задней стѣнки	
41. Наложеніе непрерывнаго шва послѣ частичнаго удаленія промежности	74
42. Разрѣзы при полномъ разрывѣ промежности (операція Tait).	75
43. Рана и швы при перинеорафії по Tait.	75
44. Промежность, возстановленная по Tait	76
45. Разрѣзы при <i>extirpatio ani et recti</i>	77
46. Освобожденіе прямой кишки до <i>sphincter tertius</i>	78
47. Возстановленіе <i>ani et septi recto-vaginalis</i>	79
48, 49 и 50 Возстановленіе влагалища при врожденномъ отсутствіи его по методу автора.	82
51. <i>Colpoclesis</i>	83
52. Разрѣзы при <i>extirpatio vaginae</i>	85
53. Вырѣзываніе клинообразнаго куска изъ толщи уретры	86
54. Зашиваніе свища мочеиспускательнаго канала	87
55. Возстановленіе атрезированной уретры	87
56. Диаграмма свищей.	89
57. Окровавленіе краевъ по Simon	90
58. Расщепленіе краевъ свища по Tait.	90
59. Наложеніе швовъ, не захватывающихъ <i>mucosam vesicae</i>	90
60. Зашиваніе расщепленныхъ краевъ	91
61. Зашиваніе <i>f. vesico-utero-vaginalis profundae</i>	92
62. <i>Hysteroctesis</i> при пузырно-маточн.-шейвомъ свищѣ.	92
63. Образованіе пузырнаго свища на передней брюшной стѣнкѣ и зашиваніе уретры и шейки пузыря	94
64. Сшиваніе слизистой оболочки сводовъ со слизистой шейнаго канала.	95
65. Высокая ампутація шейки по Schröder	96
66. Положеніе мочеточниковъ	97
67. Удаленіе матки чрезъ влагалище	99
68. Эластическіе пинцеты.	101
69. Низведеніе матки (по Doyen).	102
70. Отдѣленіе шейки отъ пузыря (по Doyen)	102
71. Выведеніе передней стѣнки въ просвѣтъ влагалища	102
72. Разсѣченіе передней стѣнки матки (Doyen)	103
73. Дно матки выведено чрезъ переднее Дугласово пространство.	104
74. Накладываніе эластическаго пинцета на широкую связку.	105
75. Множественное разсѣченіе матки и удаленіе по частямъ.	106
76. Удаленіе передней стѣнки матки.	106

77. Разрѣзы кожи при extirpatio per vias sacrales.	107
78. Послойное раздѣленіе мягкихъ тканей до обнаженія lgg. tuberoso-et spinoso-sacra (рис. заимствованъ изъ брошюры д-ра Солодовникова).	108
79. Разрѣвъ и удаленіе копчика по Kocher (заимств. у д-ра Солодовникова).	109
80. Extirpatio uteri съ удаленіемъ резецированного крестца (заимствованъ у д-ра Солодовникова).	110
81. Разрѣвъ при extirpatio uteri perineo-vaginalis (операция Шухардта).	112
82. Мѣсто прикрѣпленія передняго свода	114
83. Мѣсто прикрѣпленія задняго свода	114
84. Линія разрѣза при hysterectomy abdominalis по Doyen.	117
85. Линія разрѣза на боковыхъ поверхностяхъ матки	117
86. Разрѣвъ брюшины на задней поверхности матки (модификація автора).	118
87. Разрѣзы брюшины на боковыхъ поверхностяхъ матки (модификація автора)	118
88. Наложеніе лигатуръ на lig. lata	118
89. Отсѣченіе широкой связки и вколъ иглы Дешампа.	119
90. перевязка art. uterinae.	119
91. Видъ поля операциі послѣ экстирпациі матки.	120
92. Выведеніе лигатуръ per vaginam.	121
93. Поле операциі послѣ удаленія матки per laparotomiam	122
94. перевязка широкихъ связокъ	122
95. Нормальная толщина эластической лигатуры.	123
96. Клинообразное вырѣзываніе тѣла и дна матки	123
97. Заворачиваніе брюшинныхъ листковъ	123
98. Укрѣпленіе ножки по способу Réap.	124
99. Ножка, перегинутая эластической лигатурой	124
100. Ножка съ эластической лигатурой, укрѣпленная въ нижнемъ углу раны.	124
101. Операция Александра Адамса (модификація автора)	129

На стр. 116 отд. II сдѣланы невѣрныя ссылки на рисунки.

Напечатано: строка 19 снизу (рис. 84, 85), надо (рис. 84, 85, 86, 87).

„ 10 „ (рис. 86) „ (рис. 88).

„ 8 „ (рис. 87) „ (рис. 89).

Прошло десять лѣтъ съ изданія „Маточныхъ кровотеченій“. Въ свое время книга принесла извѣстную пользу, и потребность во 2-мъ изданіи уже сказалась черезъ годъ. Но такъ какъ въ это время приступлено было къ устройству новой Гинекологической Клиники, то естественнымъ казалось поощрять со 2-мъ изданіемъ, дабы пополнить многіе пробѣлы и, главнымъ образомъ, пополнить хирургическій отдѣлъ въ личной опытности, что и было мною исполнено, благодаря моимъ работамъ — въ учрежденномъ мною Гинекологическомъ отдѣленіи Басманной больницы, Старо - Екатерининской больницѣ, Ново - Екатерининской больницѣ, Алексинской Земской больницѣ и Гинекологической Клиникѣ Императорскаго Московскаго Университета.

Произведя до настоящаго времени болѣе тысячи чревосѣченій при самыхъ разнообразныхъ условіяхъ, начиная отъ русской избы и кончая такимъ образцовымъ учрежденіемъ, какъ Гинекологическая Клиника Императорскаго Московскаго Университета, и учреждая новый „Гинекологическій Институтъ для Врачей“, — я считаю себя въ правѣ въ настоящее время подѣлиться моей личной опытностью съ земскими врачами, которымъ по необходимости приходится имѣть ежедневно дѣло съ страданіями женскихъ половыхъ органовъ, въ частности съ маточными кровотечениями; дать имъ пособіе, которое могло бы облегчить ихъ тяжелый трудъ и дало возможность съ успѣхомъ бороться съ разнообразными недугами женской половой сферы, недугами, требующими помимо терапевтическихъ пособій и хирургическаго вмѣшательства.

Книга носитъ названіе „Маточныхъ кровотеченій“.

Я съ умысломъ оставилъ это старое названіе, потому что не одно уже поколѣніе врачей знакомо съ этимъ названіемъ.

Но книга переработана и дополнена во многихъ отношеніяхъ. Въ нее введены слѣдующія статьи: дифференціальная діагностика тазовыхъ и брюшныхъ опухолей, внѣматочная беременность, пельвеоцеллюлитъ, массажъ, электричество, паръ и т. д., и кромѣ того вкратцѣ оперативная гинекологія съ изложеніемъ до и послѣ операціоннаго ухода. Чтобы облегчить пониманіе и усвоеніе хирургическихъ мѣропріятій, я включилъ сюда и „Анатомію тазовыхъ органовъ“. Мой другъ, Александръ Петровичъ Губаревъ, внесъ въ этотъ изложенный имъ отдѣлъ достаточное количество своихъ самостоятельныхъ работъ и наблюденій.

Книга обильно снабжена рисунками. Большинство ихъ вполнѣ оригинальны и изображены съ препаратовъ, добытыхъ въ Гинекологической Клиникѣ. Нѣкоторые рисунки въ особенности въ оперативномъ отдѣлѣ полу-и схематическіе. Всѣ они исполнены художникомъ Юмомъ и, мнѣ кажется, по своей точности и ясности должны заслужить одобреніе.

Въ приложеніи помѣщена статья профессора Виктора Степановича Богословскаго „Маточныя средства“, изложенная на основаніи новѣйшихъ фармакологическихъ изслѣдованій. Статья эта трактуеть о самыхъ употребительныхъ средствахъ гинекологической практики, какъ спорынья и ея препараты.

Я позволю себѣ принести В. С. Богословскому и А. П. Губареву мою сердечную и глубокую признательность.

Книга написана на основаніи моей 25-тилѣтней врачебной дѣятельности, поэтому въ ней изложено преимущественно то, что лично мною было испробовано. Причемъ, главнымъ образомъ, обращено вниманіе на факты прочно установленные и на возможное упрощеніе діагностическихъ и терапевтическихъ мѣропріятій.

При новизнѣ предмета и разносторонности вопросовъ, затрогиваемыхъ имъ, трудно избѣжать неполноты и неточности, — авторъ просить извинить его за такіе недостатки. Но просить также и вѣрить, что онъ проникнуть былъ искреннимъ желаніемъ подѣлиться своей опытностью и облегчить по возможности трудную дѣятельность земскаго врача, которая извѣстна ему по многолѣтней его дѣятельности въ земской Алексинской больницѣ.

В. Снегиревъ.



ПРЕДИСЛОВІЕ КЪ 1-МУ ИЗДАНІЮ.

In magnis voluisse sat est.

Медицинская литература не богата отечественными оригинальными гинекологическими работами, въ особенности систематическими и въ особенности такими, которыми могли бы безъ труда пользоваться врачи, не только городскіе, но и земскіе. Мнѣ хотѣлось отчасти пополнить таковой пробѣлъ. Мнѣ хотѣлось, чтобы врачъ, въ особенности земскій, нашелъ въ моей книгѣ подспорье себѣ, добрый совѣтъ и доброе наставленіе, какъ бороться съ однимъ, часто встрѣчающимся симптомомъ въ женскихъ болѣзняхъ—съ кровотеченіемъ.

Спрашивается, какіе причины и мотивы побудили меня остановиться на маточномъ кровотеченіи, а не на другомъ какомъ-либо страданіи? Самая существенная причина состояла въ томъ, что сказанное страданіе чаще всего встрѣчается (на 7600 больныхъ 1402 случая съ кровотеченіемъ т. е. 18, 44%) и умѣнье бороться съ нимъ составляетъ жизненную необходимость для врача. Земскому врачу, поставленному часто одиноко, вдали отъ опытнаго совѣта и помощи, много приходится претерпѣвать неприятныхъ и тяжелыхъ моментовъ въ борьбѣ съ такимъ опаснымъ врагомъ, какъ кровотеченіе. Всякій пойметъ то, по истинѣ, удручающее впечатлѣніе, какое можетъ оказывать внезапное, почти смертельное кровотеченіе на молодого, недавно окончившаго курсъ врача. Умѣнье предупредить кровотеченіе, остановить его, не растеряться въ критическій моментъ—вотъ что долженъ искать врачъ въ настоящемъ трудѣ. Если хоть небольшое съ этой стороны будетъ достигнуто, я буду считать себя удовлетвореннымъ своей работой.

Но развѣ мало вообще учебниковъ и трактатовъ, въ которыхъ излагаются способы и методы борьбы противъ кровотеченій, и развѣ не можетъ воспользоваться ими врачъ и даже земскій врачъ?—Ихъ много, но пользованіе ими мало удобно, а для земскаго врача иногда рѣшительно невозможно. По большей части въ существующихъ учебникахъ излагаются болѣзни по извѣстной классификаціи (болѣзни матки, трубъ, яичниковъ и т. д.) и врачу, желающему распознать причину кровотеченія и методъ его остановки, приходится перелистывать всю книгу. Такое перелистываніе мало приноситъ пользы: оно не уясняетъ ни причины, ни показаній, ни противопоказаній, словомъ сущность дѣла остается по старому темна. Въ своей книгѣ я старался пополнить этотъ недостатокъ: врачъ находитъ въ ней таблицу съ изложеніемъ причинъ кровотеченій.

Спрашивается, какъ воспользоваться этой таблицей и уяснить себѣ, какая въ данномъ случаѣ причина кровотеченія? Умѣнье уяснить себѣ причину болѣзни дается умѣньемъ спрашивать больныхъ и умѣньемъ изслѣдовать ихъ.

Вотъ причина, почему въ началѣ книги изложено субъективное и объективное изслѣдованіе съ таблицей, по которой удобно вести записи и распросы больной. Къ этой же части приложены и исторіи больныхъ, выбранныхъ на удачу изъ амбулаторной поликлиники Московскаго Университета. Я говорю выбранныхъ на удачу потому, что въ нашей поликлиникѣ записи ведутъ дежурные студенты, которые обязаны разобрать больныхъ, записанныхъ ими и разборъ внести въ книгу. Правда, онѣ изложены не такъ подробно, какъ бы желательно, но вполнѣ исчерпываютъ все, что необходимо врачу-практику.

Эта существенная часть моей работы, я считаю ее самой главной, съ которою врачъ, желающій воспользоваться моей книгой, долженъ обстоятельно ознакомиться. Это не трудно, ибо существенная часть распроса состоитъ въ уясненіи 4-хъ кардинальныхъ функцій матки: забеременія и родовъ, менструаціи, coitus и секреціи. Все остальное служитъ только дополненіемъ. Десятилѣтнія занятія со студентами убѣдили меня, что эта система распроса и выводы изъ него легко усваиваются начинающими и много имъ помогаютъ при оцѣнкѣ физикальнаго изслѣдованія. Они указываютъ имъ, что нужно искать и на что нужно дать отвѣтъ.

Какъ скоро врачъ усвоилъ себѣ распросъ, ему легко сдѣлать и выводъ изъ него, легко и классифицировать причину кровотеченія:

зависитъ ли оно отъ новообразованія, воспаленія, смѣщенія матки и т. д. и совершается-ли оно въ беременномъ или въ небеременномъ состояніи.

Многое, быть можетъ, въ объясненіи вопросныхъ пунктовъ изложено не точно, не вѣрно, ошибочно—я не стою за это; но я твердо стою за то, что *система*, мною предложенная, есть наиболѣе удобная и правильная, какая извѣстна до сихъ поръ. Ниже я выскажу еще одинъ мотивъ, который будетъ очень понятенъ воспитанникамъ Московскаго Университета, понятенъ потому, что двадцать пять поколѣній врачей прошло подъ этимъ благодѣтельнымъ вліяніемъ. Я говорю о системѣ распроса, введенной въ терапевтической клиникѣ Московскаго Университета уважаемымъ профессоромъ Г. А. Захарьинимъ.

Моя система есть только необходимое развѣтвленіе и послѣдствіе системы, введенной и пропагандируемой профессоромъ Захарьинимъ и служить какъ бы дополненіемъ къ ней. И я думаю, что, въ интересѣ университетскаго преподаванія, солидарность въ этомъ направленіи имѣетъ очень многое за себя. Только такимъ образомъ могутъ создаваться школы врачей, солидарно усвоивающихъ себѣ принципы и направленіе науки. Какъ бы ни была ошибочна система, но разъ она проводится чрезъ все подготовительное обученіе врача, она становится школой и направленіемъ.

Пересматривая этиологическую таблицу, врачъ знакомится съ процентомъ причинности и частоты кровотеченій и наглядно усвоиваетъ ихъ.

При изложеніи діагностики главнымъ образомъ было обращено вниманіе на легкость усвоенія кардинальныхъ симптомовъ, какъ субъективныхъ, такъ и объективныхъ. Достигнута-ли цѣль или нѣтъ—судьею будетъ тотъ результатъ, который получаютъ врачъ и больныя врача отъ усвоенія послѣднимъ діагностическихъ приѣмовъ, изложенныхъ въ этой книгѣ. Я не думаю и не хочу думать, что все, что изложено въ діагностикѣ, абсолютно вѣрно. Тамъ есть одинъ пробѣлъ, въ высокой степени важный—отсутствіе анатомо-патологическаго отдѣла. Но да извиняютъ меня за это. Московскій Университетъ обладаетъ только четырьмя стаціонарными койками для женскихъ болѣзней на 250 и болѣе слушателей и только съ 1876 года Разумѣется,—по одежкѣ протягивай ножки—не могъ я собрать и разработать на этой почвѣ анатомо-патологическій отдѣлъ и потому volens-

полезъ пришлось ограничиться главнымъ образомъ клиническими наблюденіями, собранными исключительно изъ амбулаторныхъ больныхъ, стационарныхъ больныхъ моей собственной лѣчебницы и изъ больныхъ моей частной практики. Отсюда понятно, что большинство рисунковъ я долженъ былъ заимствовать у другихъ авторовъ и вполне сознаю, что многіе изъ нихъ ниже посредственной критики.

Звеномъ, связующимъ діагностику съ терапіей, служить изложеніе показаній и противопоказаній, на которыя я обратилъ вниманіе и по силѣ возможности старался ихъ изложить практически удобопонятно. Я старался провести въ нихъ гуманныя начала, защитить беззащитныхъ больныхъ отъ произвола, умѣрить страсть къ эксперименту и поддержать добрую репутацію хирургическаго начала гинекологіи. Здѣсь я безбоязненно пользовался всѣмъ, что могло хоть отчасти облегчить участь больныхъ. Еще съ бѣльшимъ консерватизмомъ и съ бѣльшей опредѣленностью я старался поставить показанія къ труднымъ операціямъ и еще съ бѣльшимъ стараніемъ противопоказанія при витальныхъ операціяхъ, считая за правило, что лучше — *ne posse, si juvare non potes*. Смотри такъ на дѣятельность врача и зная по опыту, что наиболѣе успѣха достигается въ томъ случаѣ, когда болѣзнь захвачена въ началѣ, я стремился заболѣванія въ началѣ отгнать наиболѣе рѣзко. Я не знаю, удалось ли это мнѣ, но особенное стараніе я прилагалъ при изложеніи злокачественныхъ новообразованій, гдѣ врачевныя пособія только и дѣйствительны пока мѣсть въ началѣ. Но конечно, по новизнѣ дѣла, вѣроятно, эта часть самая несовершенная.

Терапія маточныхъ кровотеченій вся основана на моей личной опытности и за все сказанное я принимаю отвѣтственность на себя, ибо вся она испытана мною частью съ успѣхомъ, частью безъ него. Она прилагалась въ самыхъ разнообразныхъ условіяхъ, мѣстностяхъ и классахъ общества. Не безъ умысла она раздѣлена на два отдѣла: — на общую — большую частью терапевтическую и частную — хирургическую. О первой я больше заботился, чѣмъ о второй, ибо трудъ мой посвящается земскому врачу, этому труженику, котораго до сихъ поръ мало цѣнятъ, потому что не знаютъ всѣхъ трудностей, всего героизма, выносимыхъ имъ. Но мнѣ хорошо извѣстно, по личному опыту, что значить дѣятельность земскаго врача. Не рублями, а почетомъ должна она цѣниться. Земскому врачу невозможно иногда прилагать серьезные хирургическіе приемы, или потому, что онъ стоитъ

одинокю или потому, что окружающія условія несовмѣстны съ серьезностью операціи. Между тѣмъ усвоеніе гигиеническихъ, терапевтическихъ и малыхъ хирургическихъ приѣмовъ есть уже безусловная обязанность всякаго дѣятеля на врачебномъ поприщѣ. Вотъ причина, заставившая меня коснуться болѣе подробно терапевтическаго отдѣла, и здѣсь я по возможности старался придержаться точныхъ показаній, но, конечно, — *errare humanum est*.

Въ заключеніи приложено *resumé* кровеостанавливающихъ средствъ, взятыхъ изъ книги Аткинсона. Это прибавленіе не столько важно потому, чтобы знакомило врача съ показаніемъ тѣхъ или другихъ средствъ, сколько наглядно и поучительно доказываетъ, что многихъ и многихъ причинъ кровотеченій мы до сихъ поръ не знаемъ, и наглядно показываетъ, что средства, могущія считаться кровегонными, могутъ обладать свойствами и кровеостанавливающими.

Москва

Мая 23 дня, 1885 г.

PRÉFACE DE L'ÉDITION FRANÇAISE

Depuis quelques années, les traductions françaises d'ouvrages étrangers, Traités, Manuels, Mémoires consacrés à l'obstétrique ou à la gynécologie se succèdent rapidement.

D'aucuns s'en plaignent alors que tous devraient s'en réjouir.

En effet, nous pouvons apprécier, en connaissant mieux ce qui se fait à l'étranger, la place que nous occupons dans le monde scientifique; et si nous constatons quelquefois avec plaisir, sinon avec orgueil, que nous pouvons regarder de haut en bas, il faut reconnaître aussi franchement qu'il nous appartient quelquefois, sinon souvent, de regarder de bas en haut. Dans tous les cas, nous en tirons profit.

Nous devons accueillir, avec reconnaissance, tout ouvrage sérieux, d'où qu'il vienne, que l'auteur appartienne à une nation qui feint d'ignorer la nôtre, ou à une nation amie. La science est au-dessus des passions et ne doit rencontrer aucune barrière.

Aussi, ayant l'honneur de présenter au public médical français le Traité des hémorragies utérines du professeur Sneguireff, je ferai taire les sympathies que nous éprouvons naturellement pour tout ce qui touche à la nation Russe et, faisant abstraction de toute autre considération, je n'aurai en vue, dans mon appréciation, que la valeur intrinsèque de l'œuvre.

Le Traité des hémorragies utérines comprend l'étude des hémorragies qui peuvent survenir chez la femme pendant toute la vie. Il diffère donc essentiellement du traité d'Edouard Rigby et de Stewart Duncan, traduit par M^{me} Boivin, où l'on ne trouve que l'histoire des hémorragies pendant la grossesse. Le professeur Sneguireff a laissé de côté le grand chapitre des hémorragies causées par l'insertion vi-

XXVIII

cieuse du placenta. Après avoir consacré une première partie à l'exposé de sa méthode générale de diagnostic des maladies des femmes, l'auteur étudie, dans une deuxième partie, l'étiologie des hémorrhagies utérines. Il divise les causes des métrorrhagies en organiques et en réflexes. Il classe ainsi les causes organiques: 1^o les dégénérescences malignes; 2^o les dégénérescences bénignes; 3^o les phlegmasies chroniques (métrite parenchymateuse et endométrite); 4^o l'avortement, la grossesse, les maladies puerpérales; 5^o les déplacements de l'utérus; 6^o les apoplexies des ovaires et les hémorrhagies du péritoine pelvien; 7^o la ménopause; 8^o les troubles de la nutrition générale.

Un tableau montre la fréquence relative des causes des hémorrhagies aux différents âges. Un chapitre est consacré à chacune de ces causes, à propos du diagnostic.

Le traitement est divisé en deux parties: 1^o traitement des hémorrhagies utérines en général; 2^o traitement des diverses affections qui causent les hémorrhagies.

Cette énumération montre le plan suivi par l'auteur. Je ne crois pas qu'il en existe de plus logique. En effet, dès la première partie, le lecteur apprend non seulement à interroger et à explorer, mais encore il est éclairé à chaque instant sur des points de pathogénie dont l'importance est trop souvent méconnue. Il voit ensuite quelles sont les causes qui déterminent le plus souvent l'hémorrhagie suivant les âges. Il est guidé autant qu'on peut l'être à propos du diagnostic, et enfin il apprend quand et comment il faut avoir recours au traitement symptomatique ou au traitement curatif. Je ne cache pas que dans aucun livre cette méthode d'exposition ait été encore suivie, et cependant je la crois supérieure à toutes les autres.

L'auteur, contrairement à ce qu'on rencontre trop souvent aujourd'hui, n'a pas publié ce livre pour faire croire qu'il est érudit; aucune litanie bibliographique n'encombre les pages de son volume. Il s'est contenté de se montrer médecin dans la belle et large acception du mot. Homme de cœur et de sens, instruit et expérimenté, il nous donne le fruit de son labeur avec la plus entière bonne foi; se gardant de formuler un jugement sur les choses qu'il ne connaît pas assez ou qu'il n'a pas vues, il se montre affirmatif quand l'expérience l'a convaincu et sait toujours rester à égale distance de la pusillanimité et de l'audace téméraire.

Pour ces raisons, nous sommes persuadés que ce livre sera justement apprécié par les médecins français, et nous ne saurions trop remercier M. Varnier et M. Steinheil des efforts qu'ils ont faits pour rendre possible la publication de cet ouvrage en langue française.

Paris, le 25 avril 1886.

Dr A. PINARD.

ПЕРВЫЙ ОТДѢЛЪ.

akusher-lib.ru

I.

Общій методъ изслѣдованія женскихъ болѣзней.

Діагностика женскихъ болѣзней основывается на субъективномъ и объективномъ изслѣдованіи.

Умѣніе пользоваться данными, получаемыми при разспросѣ больныхъ объ ихъ предшествовавшемъ и настоящемъ состояніи, оказываетъ существенную услугу въ постановкѣ правильной и точной діагностики. Конечно, это умѣніе основывается всецѣло на знаніи патологіи и клиники женскихъ болѣзней, но опытъ учитъ, что и начинающіе могутъ пользоваться этими данными и находить въ нихъ истинный путь и правильное направленіе въ діагностикѣ. Хотя я не утверждаю, что одного разспроса больныхъ, безъ изслѣдованія внутренняго, достаточно для полной діагностики, но я утверждаю, что при помощи разспроса больныхъ можно заранѣе поставить тѣ задачи, которыя должны быть подтверждены физикальнымъ изслѣдованіемъ. Изъ субъективнаго изслѣдованія врачъ выводитъ заключеніе: находится ли источникъ страданія въ половой сферѣ или нѣтъ. Оно возстановляетъ предъ врачомъ всю предшествующую картину жизни женщины и яркими красками обрисовываетъ женскій типъ, позволяя иногда прямо классифицировать источникъ заболѣванія половой сферы, другими словами, узнать: находится ли въ половой сферѣ новообразованіе, воспаленіе, смѣщеніе или другія разстройства питанія; даетъ точное представленіе о четырехъ капиталѣйшихъ функціяхъ половой сферы: беременности, родахъ, менструаціи, coitus и секреціи. Если врачъ знакомъ съ физиологіей и патологіей этихъ четырехъ cardinalныхъ функцій, то картина болѣзни представится въ высокой степени ясной. Въ примѣрахъ нижеприведенныхъ будетъ ясно указана возможность пользоваться знаніями этихъ функцій, какъ діагностическими и прогностическими признаками, а теперь перейдемъ къ разспросу.

Уже издавна я ввелъ въ клиникѣ разспросъ и изслѣдованіе больныхъ по извѣстной схемѣ, которую и привожу здѣсь. Она кратко, но точно сообщаетъ все необходимыя свѣдѣнія о состояніи женщины и приучаетъ врача не упускать ни одного малѣйшаго уклоненія отъ нормальныхъ проявленій половой сферы.

Г Л А В А I.

Значеніе вопросныхъ пунктовъ.

Образъ жизни больныхъ тѣсно связанъ съ ихъ званіемъ и нечего распространяться о томъ, что извѣстное сословіе и извѣстное занятіе больной даютъ ясное представленіе о воспитаніи и образѣ жизни. Такъ же интересно при этомъ слѣдить за вліяніемъ образа жизни и занятія на половую сферу: наприм., вліяніе физической тяжелой работы на состояніе половой сферы можно уяснить себѣ изъ сравнительнаго изслѣдованія половой сферы прачекъ и особей, которыя по своему матеріальному положенію никогда не занимались и не занимаются тяжелой работою. Также и оцѣнка болѣзненныхъ явленій у рабочаго и нерабочаго сословія должна быть нѣсколько иная; такъ, напр., если рабочая женщина говоритъ, что у нея есть бѣли, то можно быть увѣреннымъ, что это постоянная патологическая гиперсекреція, тогда какъ для интеллигентныхъ особей физиологическая секреція кажется иногда обильными бѣлями. Такъ же можно относиться и къ представленіямъ о боляхъ. Всякому извѣстна діетическая и гигиеническая разница родоваго и послѣродоваго процесса у рабочаго сословія и у обезпеченныхъ женщинъ и извѣстно также, что рабочее сословіе только при тяжелыхъ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ обращается за совѣтомъ къ врачу, а потому многіе легкіе процессы, хотя и оставляющіе послѣ себя тяжелыя послѣдствія, проходятъ ими незамѣченными. Тоже самое мы замѣчаемъ при разспросѣ о менструаціяхъ и coitus. Кромѣ того и примѣненіе терапіи различно у рабочаго и обезпеченнаго класса; отсюда сама собой понятна и разница въ прогностикѣ. Словомъ, понятіе о званіи тѣсно соединено съ образомъ жизни, воспитаніемъ, развитіемъ и продолжительностью типа женщины. Рабочее сословіе ранѣе заканчиваетъ всѣ функціи и не такъ заботится о продолженіи ихъ, какъ развитой классъ.

Возрастъ женщины играетъ огромную роль въ діагностикѣ, предсказаніи, лѣченіи женскихъ болѣзней. Напр., если молодая женщина, 20 съ чѣмъ-нибудь лѣтъ, страдаетъ какимъ-либо процессомъ, могущимъ повлечь за собой безплодіе, то врачъ обязанъ примѣнить всю свою энергію и искусство для устраненія таковой возможности. Если у женщины находится разрывъ съ выворотомъ губъ, то въ молодыхъ годахъ, если нѣтъ жизненныхъ противопоказаній, шейка должна быть восстановлена; при таковомъ же страданіи у женщинъ за 35 лѣтъ, нѣсколько разъ рожавшихъ, шейка можетъ быть ампутирована. При хроническомъ воспаленіи матки забота о restitutio ad integrum составляетъ существенную необходимость у молодыхъ; у пожившихъ-же особей насущная потребность является въ переведеніи матки въ стадію склероза. Если является вопросъ о кастраціи или вылученіи матки, то у молодыхъ особей это можетъ быть произведено только при жизненныхъ показаніяхъ. Словомъ, чѣмъ субъектъ моложе, тѣмъ больше консерватизма и тѣмъ болѣе заботы должно прилагаться для восстановленія отправленій всѣхъ функцій, въ особенности—родовой.

Различные патологическіе процессы протекають различно въ разные періоды жизни женщины. Изъ цѣлаго ряда наблюдений можно отмѣтить слѣдующія явленія: подъ именемъ женщины или женскаго типа должно подразумѣвать особей въ среднемъ итогѣ отъ 15 до 45 лѣтъ, т. е. въ продолженіе 30—35 лѣтъ сохраняющихъ въ полномъ смыслѣ типъ женщины—въ это только время особа можетъ беременѣть, родить, кормить, менструировать и т. д. Въ этого періода субъектъ теряетъ свойство типа женщины. Все это очень важно помнить при оцѣнкѣ болѣзненныхъ явленій; еще важнѣе помнить, что вся жизнь женщины можетъ быть подраздѣлена на 3 періода: 1-й періодъ между 15—25 годами, 2-й между 25—35 годами (аспе развитія) и 3-й между 35—45 годами, переходящій потомъ въ періодъ климактерическій. Значеніе этихъ періодовъ въ жизни женщины чрезвычайно важно и потому заслуживаетъ болѣе точнаго разсмотрѣнія.

Первый періодъ можетъ быть названъ подготовительнымъ періодомъ или неполнымъ, ибо еще не все функціи достигаютъ maximum'a своего развитія, что особенно замѣтно на функціи менструаціи и coitus, а потому, не смотря на то, что женщина въ это время можетъ беременѣть, родить, кормить и т. д.,—этотъ періодъ можетъ быть названъ подготовительнымъ, такъ какъ окончательный и характерный типъ женщины сформировывается только во второмъ періодѣ.

Второй періодъ, т. е. между 25—35 годами, болѣе характеризуетъ женщину, какъ въ физиологическомъ, такъ и въ патологическомъ состояніи, ибо все физиологическіе процессы достигаютъ аспе своего развитія, а патологическіе—протекають съ наибольшей интенсивностью и типичностью.

Словомъ, новообразовательныя формы болѣзни, рефлекторныя явленія, вліяніе ихъ на психическое состояніе и психическаго состоянія на болѣзни половой сферы—все это гораздо рѣзче и интенсивнѣе выражено въ этотъ періодъ жизни женщины: такъ актъ coitus достигаетъ аспе своего развитія; замѣчается развитіе болѣе сладострастныхъ ощущеній, при чемъ женщина въ первый разъ получаетъ ясное, сознательное представленіе о мѣстномъ и общемъ сладострастіи. Неудовлетворенность въ этомъ отношеніи рождаетъ массу мѣстныхъ и общихъ расстройствъ, заставляющихъ обращаться къ врачу.

Въ этотъ-же періодъ духовная и нравственная сторона женщины достигаетъ полнаго развитія; все, что прежде удовлетворяло и наполняло жизнь женщины, въ этотъ періодъ уже мало ее удовлетворяетъ и въ женщинѣ является, такъ сказать, физиологическій разладъ. Семейная жизнь мало доставляетъ отрады и утѣшенія, и начинается въ жизни женщины то состояніе, которое можетъ быть названо исканіемъ идеала. Если условія благоприятствуютъ, то идеаль отыскивается и все болѣзненныя ощущенія, замѣчаемыя въ моментъ физиологическаго разлада, исчезаютъ сами собой, какъ бы по мановенію волшебнаго жезла. Въ это время самое слабое вмѣшательство терапіи дѣлаетъ наибольшія чудеса, и пользующій врачъ заслуживаетъ всегда названіе чудодѣйственнаго цѣлителя. Если-же идеаль не отысканъ, то все врачебныя пособія, даже самыя энергическія, никакого эффека не производять. Эти явленія довольно постоянны и характерны, хотя иногда остаются незамѣченными со стороны больной, мужа и врача; но если въ это время подвергнуть полной добросовѣстной исповѣди даже высоконравственную больную,

то врачу не трудно будетъ убѣдиться, что причина болѣзни кроется въ переломѣ ея нравственной и физической сторонѣ. Наблюденія показываютъ, что если этотъ переломъ не находитъ исхода, онъ отражается въ третьемъ періодѣ, а иногда въ климактерическомъ. Это отраженіе выражается въ усиленіи рефлекторныхъ разстройствъ, зависящихъ отъ какого либо мѣстнаго патологическаго процесса. Такъ напр., искривленіе матки взадъ производитъ всегда рядъ отраженныхъ явленій въ брюшной, грудной и цереброспинальной областяхъ. Эти измѣненія у такихъ особей выражаются рельефнѣе и значительнѣе.

Фактъ этотъ объясняется легко, если принять во вниманіе, что при полной добросовѣстности и искренности отношеній то, что удовлетворяетъ женщину въ 18-ть, не удовлетворитъ ее въ 25 лѣтъ. Было-бы очевидной односторонностью и ошибкой думать, что причина этого лежитъ только въ неудовлетворенномъ coitus; главнымъ образомъ, здѣсь бываетъ неудовлетворена духовная и нравственная сторона женщины, и не слѣдуетъ позабывать, что у женщинъ вліяніе этихъ сторонъ на функцію coitus болѣе развито, чѣмъ у мужчинъ, и если первая сторона не возбуждается, то вторая рѣдко получаетъ удовлетвореніе. У насъ въ среднемъ классѣ явленіе это обычное. Я готовъ былъ-бы явленіе это назвать физиологическимъ. Многія страданія могутъ быть устранены при ясномъ и отчетливомъ знаніи этого факта и, конечно, не этотъ только фактъ порождаетъ безотрадность нашихъ браковъ, но многія другія условія, о которыхъ здѣсь не мѣсто говорить. Въ интересахъ истины я долженъ сказать, что чаще вина лежитъ не въ женщинѣ, а въ мужчинѣ, и если-бы мужчины относились болѣе добросовѣстно къ своимъ брачнымъ обязанностямъ, то многіе браки проходили бы въ ихъ полной цѣльности и возможномъ счастьи. Несомнѣненъ фактъ, что большинство молодыхъ дѣвушекъ вступаетъ въ бракъ съ полнымъ довѣріемъ къ своему будущему мужу, и еслибы мужья относились внимательно къ интересамъ и желаніямъ жень, старались бы наполнить ихъ духовную жизнь, исключили бы изъ общенія съ женой все то, что носитъ характеръ распущенности, невнимательности, циничности, и берегли бы во время молодую жизнь отъ развращающаго воздѣйствія окружающихъ — словомъ, слѣдили бы за своей обоюдной жизнью съ такимъ вниманіемъ, какъ мать слѣдитъ за жизнью дорогого ей ребенка, то нѣтъ никакого сомнѣнія, разладъ въ брачной жизни составлялъ бы исключеніе. Особенно все это приложимо къ первому періоду жизни женщины, въ который молодая особь развивается до степени женщины въ полномъ смыслѣ этого слова.

Такимъ образомъ при оцѣнкѣ всѣхъ болѣзненныхъ условій, въ періодъ отъ 25—35 лѣтъ, врачъ не долженъ упускать изъ виду значеніе этого періода въ жизни женщины.

Третій періодъ отъ 35 до 45 лѣтняго возраста, — періодъ наибольшаго спокойствія, постоянства, устойчивости, малой ранимости половой сферы, если ранѣе не было отклоненій. Эти явленія особенно хорошо наблюдаются до 40 лѣтняго возраста. Съ 40 до 45 лѣтъ въ проявленіяхъ функцій замѣчается стремленіе или подготовка къ полному ихъ прекращенію, что обыкновенно и бываетъ, если первые два періода протекли правильно. Если же женщина подвергалась многимъ неправильностямъ въ первые два періода жизни, то ранимость половой сферы стано-

вится больше, и появленіе злокачественныхъ новообразованій не составляетъ рѣдкости. Тоже замѣчается и въ функции coitus, которая при неудовлетворенности въ первые періоды извращается въ своемъ проявленіи; отсюда виды и подвиды dyspareuniaе et nymphomaniaе—явленія не рѣдкія. Если coitus былъ только въ первый періодъ, продолжался годъ или два, и женщина родила разъ или ни разу не рожала, то сила въ организмѣ, долженствующая истрачиваться на нормальную функцію, переходитъ въ этомъ періодѣ въ болѣзненную силу, что на языкѣ публики выражается словами: слабость, безсиліе, нервность. Поясню примѣромъ: женщина 42 лѣтъ, годъ была замужемъ (отъ 18 до 19 лѣтъ), овдовѣла и больше coitus не имѣла. Неопредѣленные боли въ области половой сферы, тоскливость, чувство жара и полноты, не смотря на правильное отправленіе всѣхъ функцій. Жизнь протекаетъ въ хорошихъ матеріальныхъ и нравственныхъ условіяхъ и, при всемъ этомъ, являютя обмороки, слабость, апатія и рядъ истерическихъ принадлежностей, при отрицательныхъ данныхъ, какъ со стороны половой сферы, такъ и другихъ органовъ. Объясненіе весьма вѣроятно: женщина много сохранила въ себѣ силы, не родила, не кормила и излишекъ накопившихся силъ разстроилъ первую систему.

Послѣдній періодъ жизни женщины, такъ сказать четвертый, отъ 45—50 лѣтъ, періодъ климактерической. Въ немъ заканчивается одна функція—менструація, вслѣдствіе прекращенія овуляціи, и этотъ періодъ долженъ совершаться спокойно, безъ всякихъ особыхъ разстройствъ. Однако же, если въ немъ проявляются патологическіе процессы—они тянутся чрезвычайно бурно, упорно и продолжительно. Характерно для этого періода, что субъективный разспросъ мало даетъ точныхъ указаній; только физикальное изслѣдованіе устанавливаетъ діагнозъ.

Вопросы: замужняя, дѣвица или вдова данный субъектъ, важны потому, что ясно обрисовываютъ образъ жизни и социальное положеніе женщины. Конечно, иногда деликатнѣе спрашивать болыую: рожала она или не рожала, не справляясь о ея законномъ замужествѣ, ибо въ послѣднее время такъ называемое незаконное сожителство не составляетъ рѣдкости.

Обстоятельство это важно въ томъ отношеніи, что доставляетъ возможность врачу оцѣнивать рядъ явленій при неправильныхъ социальныхъ условіяхъ.

Точно также и продолжительное вдовство и пребываніе въ старыхъ дѣвахъ отражается на жизни и явленіяхъ половой сферы и практически скоро можно убѣдиться въ разницѣ терапевтическихъ мѣропріятій. Напримѣръ, назначеніе горячихъ спринцеваній мало примѣнимо у вдовъ: вмѣсто успокаивающаго дѣйствія является возбуждающее. Также и употребленіе тампоновъ, электричества, массажа и т. п.

Впечатлительность половой сферы совершенно различна, будетъ ли эта дѣвушка, женщина или вдова. Если вдова, то нужно спросить, сколько времени вдовѣтъ. Не должно забывать, что долгое воздержаніе отъ coitus поражаетъ массу первичныхъ разстройствъ: ночныя сповидѣнія, поллюціи, приливы крови къ половой сферѣ суть обычныя явленія; pruritus и непроизвольный опанизмъ не составляютъ рѣдкости; склонность къ катаррамъ желудка съ инхондрическимъ состояніемъ—явленіе почти постоянное.

Долго продолжающееся вдовство часто ведетъ къ ожирѣнію, и въ этомъ случаѣ ожирѣніе чаще выражается уменьшеніемъ регуль, а иногда и раннимъ ихъ прекращеніемъ.

За симъ врачъ приступаетъ къ разспросу о самой главной функціи *беременности и родовъ*, и прежде всего получаетъ отвѣтъ: безплодна или плодита женщина. Освѣдомившись о состояніи здоровья мужа, о лѣтахъ его, о потенціи (для чего необходимо бываетъ подвергнуть иногда изслѣдованію и мужчину), врачъ устанавливаетъ діагнозъ:—лежитъ-ли причина безплодіи въ женщинѣ или въ мужчинѣ. Родовая функція есть самая главная и существенная, ибо прямое назначеніе женщины есть дѣторожденіе и, если женщина не имѣетъ этой функціи, то ее должно разсматривать, какъ несовершенно развитого субъекта. Сколько разъ должна родить женщина и чрезъ какіе промежутки времени, остается до сихъ поръ неизвѣстнымъ. Но знаніе этихъ фактовъ рѣшительно необходимо. Общее впечатлѣніе таково, что совершенно здоровая женщина должна родить не менѣе четырехъ дѣтей (и ни одного выкидыша), въ противномъ случаѣ, при правильности окружающихъ условій, въ ней кроется какое нибудь патологическое состояніе. Наблюденія показываютъ, что если женщина не рождаетъ такого количества дѣтей, то половая сфера ея становится необыкновенно ранима относительно внѣшнихъ условій. Я ничего не могу сказать, какъ влияетъ множественность родовъ (8—10 и болѣе) на ранимость половой сферы, но могу совершенно отчетливо и ясно заявить тотъ фактъ, что если силы, назначенныя природой для родовъ, не истрачиваются, то онѣ переходятъ, такъ сказать, въ болѣзненные силы. Типичные примѣры замѣчаются у особей безплодныхъ и картину ихъ можно получить при чтеніи главы о врожденной антефлексіи.

Узнавши о количествѣ родовъ, врачъ задаетъ вопросъ, когда родила послѣдняго: другими словами, спрашиваетъ, когда настолько была здорова ея половая сфера, что она могла совершить такую крупную функцію, какъ роды, ибо только за рѣдкими исключеніями, при болѣзненномъ состояніи половыхъ органовъ, беременность доходитъ до конца или оканчивается правильно.

Если у молодой женщины, напр. до 30 лѣтъ, послѣдняя беременность была 3—4 года тому назадъ, то вѣроятность болѣзненнаго состояніи несомнѣнна, ибо здоровая женщина въ первый періодъ чрезъ 2 года почти обязательно беременѣетъ; во всякомъ случаѣ это можетъ быть названо относительнымъ безплодіемъ.

Кормленіе женщиною своихъ дѣтей, вѣроятно, въ жизни ея составляетъ одну изъ капитальнѣйшихъ функцій; но, къ сожалѣнію, въ цивилизованномъ мірѣ и въ средѣ врачей эта функція пользуется небольшимъ вниманіемъ и, повидимому, дѣло дошло до того, что цивилизованная женщина смотритъ какъ-то неохотно на эту функцію, считая ее роскошью или чаще тяготой, безцѣльнымъ обремененіемъ своей жизни. Есть деньги, есть и кормилица, и, къ сожалѣнію, врачи часто помогаютъ этому, считая эту функцію якобы истощающей и ослабляющей организмъ, разрушающей красоту женщины и ведущей къ преждевременной старости. Если женщина нервна, то ей и окружающимъ рисуютъ страшную картину передачи наследственныхъ страданій. Словомъ, много темнаго, неяснаго существуетъ въ средѣ общества и врачей относительно функціи кормленія.

Надо много терпѣнія и настойчивости, чтобы изгнать изъ общества существующія ложныя представленія о кормленіи своего ребенка чужой женщиной (1). Многія женщины, не кормя сами, не понимаютъ всего вреда и всей пагубности для своего здоровья, которые происходятъ отъ этого. Кормленіе совершается при помощи секрети очень обильной и, конечно, такое обиліе секрети для организма должно имѣть капитальное значеніе (2). Ограниченность взглядовъ приводитъ къ недѣльнымъ понятіямъ о кормленіи, думаютъ, что кормленіе только потому полезно, что оно сокращаетъ матку, и съ недостойнымъ легкомысліемъ отсвѣтываютъ многимъ кормленію, не подозрѣвая о томъ вредѣ, какой приносится женщинѣ лишеніемъ этой функціи. Мои наблюденія приводятъ меня къ слѣдующему заключенію относительно этой могущественной функціи: при кормленіи совершается *универсальная инволюція* организма, что мѣстно выражается въ инволюціи матки, влагалища, связокъ, брюшныхъ стѣнокъ, а обще въ инволюціи крови или инволюціи всего организма. Мы почти ничего не знаемъ, по крайпей мѣрѣ съ практической точки зрѣнія, объ измѣненіяхъ въ крови при беременности и какимъ путемъ происходитъ нормальное возстановленіе крови. Между прочимъ знаніе этого факта безусловно отразилось бы на многомъ: многія болѣзни были бы устранены и многія страданія предупреждены. Кормленіе доставляетъ покой половой сферѣ, ибо, за рѣдкимъ исключеніемъ, женщина въ продолженіе году не беременѣетъ и менструація не показывается. Неужели и этого недостаточно, чтобы понять всю существенную необходимость кормленія? Неужели должно упускать изъ виду и тотъ фактъ, что не кормящая женщина чаще беременѣетъ и чаще не донашиваетъ? Совѣтую всѣмъ, а въ особенности матерямъ, посерьезнѣй относиться къ кормленію, потому что оно воспитываетъ и развиваетъ то чувство, которое извѣстно подъ названіемъ «материнскаго». Развѣ эта интимность между ребенкомъ и матерью, порожаемая кормленіемъ, не наполняетъ всецѣло жизни послѣдней и не порождаетъ въ ребенкѣ священнаго чувства уваженія къ матери?

Наконецъ кормленіе совершаетъ всѣ половыя функціи, развивая мѣстное и универсальное сладострастіе; даетъ ту грацію женщинѣ, которая не приобретается женщиной не кормившей. Кормленіе наполняетъ существо женщины свя-

(1) Этотъ варварскій, феодальный, крѣпостническій обычай долженъ быть устраненъ законодательнымъ путемъ, иначе какъ то странно видѣть извращеніе естественныхъ вещей, развратъ, совершаемый въ обществѣ и не преслѣдуемый закономъ. Трудно себѣ представить, что за небольшую плату отъ молодого существа отрывается мать и продается на рынкѣ съ публичнаго торга! Если не въ интересахъ женщинъ, то въ интересахъ молодыхъ существъ, оторванныхъ отъ матери, законъ долженъ преслѣдовать это зло, тѣмъ болѣе что за убійство младенца или плода законъ судить одинаково, какъ и за убійство взрослого. Трудно себѣ представить всѣ колоссальныя послѣдствія для общества, гдѣ это явленіе составляетъ нѣчто обыденное! Неужели деньги имѣютъ такую законную силу, что ребенокъ завѣдомо родившійся отъ больныхъ и худосочныхъ родителей, долженъ кормиться здоровой женщиной, отрывая мать и кормилицу отъ здороваго ребенка, а будущій здоровый гражданинъ испытываться на сосѣбъ? Это больше чѣмъ непонятно. Вѣдь это лишеніе естественныхъ правъ невиннаго, беззащитнаго существа, терпимое законами государства!

(2) Количество выдѣляемаго женщиной молока по наблюденіямъ Samperrier равняется въ сутки 44½ унціи, по Robin—отъ 34—100 унцій, по Flint—отъ 2—6 пинтъ.

тымъ чувствомъ, примиряющимъ ее со многими неудобствами окружающей среды. Если бы когда нибудь женщина пекормящая могла представить себѣ тѣ блаженныя и святыя ошущенія, которыя выпадаютъ на долю кормилицы, и убѣжденъ, что мало нашлось бы охотницъ лишить себя такого наслажденія. Кормленіе—гимнастика, которая совершенствуется силы, и женщина, перенесшая кормленіе, во многомъ застрахована и менѣе ранима, чѣмъ пекормящая. Устраняя заболѣваемость половой сферы, развивая силы и мужественность—кормленіе сохраняетъ красоту женщины и свѣжесть половой сферы, совершенствуя ея впечатлительность.

Итакъ женщина должна сама кормить своего ребенка, а задача врача настаивать на этомъ.

Патологія беременности, къ сожалѣнію; мало разработана и трудно бываетъ при разспросѣ получить ясное представленіе о картинахъ болѣзни во время беременности. Разспрашиваемъ преимущественно о рвотѣ во время беременности, о болѣзненныхъ схваткахъ, кровотеченияхъ, послабленіяхъ, о бѣлихъ (очень важно), объ отекахъ ногъ, о лихорадочномъ состояніи не задолго до родовъ. Иногда заболѣваніе половой сферы начинается со времени беременности и сама беременность ясно очерчиваетъ форму заболѣванія. Напр., вопросъ о рвотѣ можетъ указать или на мѣстное половое заболѣваніе, или на какое либо другое страданіе въ организмѣ. Черѣдко женщины, имѣющія врожденное искривленіе матки, или суженіе шейнаго канала, или измѣненія въ придаткахъ, страдаютъ рвотой. Если до беременности были явленія, указывающія на такія страданія, какъ дисменоррея, боли, бѣли и т. д., то ясно, что беременность проходитъ въ большой маткѣ и что таковая половая сфера наиболѣе склонна къ заболѣванію въ родовомъ и послѣродовомъ состояніяхъ. Рвота беременныхъ можетъ указать на страданія желудка и кишекъ (упорные запоры), на страданіе почекъ и на нервныя разстройства. Но во всякомъ случаѣ она указываетъ на высокую рефлекторную раздражительность и задача врача состоитъ въ томъ, чтобы указать беременной женщинѣ, что послѣ окончанія беременности ей слѣдуетъ подвергнуться строгому осмотру и, весьма вѣроятно, какому либо опредѣленному леченію. Болѣзненные схватки служатъ чаще всего прямымъ указателемъ воспалительныхъ заболѣваній матки и брюшины, а иногда дѣтскаго мѣста.

Кровотеченія во время беременности или указываютъ на присутствіе язвъ, новообразованій, или на неправильное прикрѣпленіе дѣтскаго мѣста, или на болѣзнь плода.

Слишкомъ большой животъ обуславливается или обвислымъ животомъ, ожирѣлымъ, отекомъ, водянкой, присутствіемъ опухоли, или двойнями, большимъ количествомъ околоплодныхъ водъ, или метеоризмомъ. Значеніе всѣхъ этихъ факторовъ ясно само собой, равно какъ и развитіе венъ въ брюшныхъ покровахъ указываетъ на застой отъ сдавленія *v. cav. infer.*

Отекъ нижнихъ конечностей всегда указываетъ, что беременность чѣмъ либо осложнена: изслѣдованіе мочеполовой сферы, сердца становится обязательнымъ. Должно помнить, что у такихъ особей предрасположеніе къ заболѣванію женской половой сферы во время родовъ и послѣ повышено.

Стоитъ только припомнить перѣзкіе случаи эклямпси и уремій, о которыхъ больныя иногда позабываютъ упомянуть, считая ихъ незначительными, преходящими явленіями.

Разстройство желудочно-кишечнаго канала, въ особенности упорныя запоры, есть прямой источникъ заболѣванія беременной женщины—отравленіе крови гаминами, — словомъ копреміей.

Не слѣдуетъ никогда забывать, что беременность можетъ быть съ вѣроятностью названа универсальной гипертрофіей уже хотя потому, что вмѣсто одной жизни въ организмѣ существуютъ двѣ и что поэтому всѣ секрети и экскрети въ организмѣ должны быть усилены: моча, потъ, экскременты и т. д. и задержка какой либо секрети въ организмѣ есть въ настоящемъ и будущемъ аутоинфекція.

Бѣли во время беременности, и въ особенности въ послѣднее время, составляютъ серьезное осложненіе, могущее повлечь за собой серьезное заболѣваніе для матери, въ особенности бѣли гнойныя и гонорройныя, и если врачи при этихъ условіяхъ совѣтуютъ поворожденному младенцу для предупрежденія гонорройнаго заболѣванія пускать въ глаза 2% растворъ ляписа, то я съ своей стороны настойчиво совѣтую вычищать и вымывать половой каналъ роженицы простой мыльной водой и растворомъ сублимата до и во время родовъ.

Лихорадочное состояніе до родовъ, въ особенности въ послѣднія двѣ недѣли, даже незначительныхъ размѣровъ, есть серьезный признакъ уже начавшейся инфекции, и если нѣтъ температурныхъ измѣреній, то разспросъ объ ознобахъ, жарѣ, сухости во рту, недомоганіи помогаетъ иногда опредѣлить начало заболѣванія, и если женщина не была заражена извнѣ—изслѣдованіемъ или отъ окружающихъ—то оно служить яснымъ указаніемъ на аутоинфекцію.

Этимъ, конечно, не заканчиваются всѣ разспросы о теченіи беременности. Иногда само страданіе заставляетъ разспрашивать болѣе подробно о состояніи костной и нервной системы и т. д.

Настолько же важно знакомство съ *послѣродовымъ состояніемъ*, такъ какъ извѣстно, что наибольшій процентъ заболѣваній половой сферы начинается съ послѣродового времени. Во первыхъ знакомимся съ продолжительностью родовъ, съ скорымъ, или позднимъ отхожденіемъ дѣтскаго мѣста и съ кровотеченіемъ послѣ отхожденія его. Отмѣтивъ всѣ неправильности въ родовомъ процессѣ, задаемъ вопросъ: гдѣ данная особь родила? въ городѣ, деревнѣ, на дому или гдѣ либо въ родильномъ институтѣ? былъ ли врачъ и, если былъ, то по какой причинѣ? далѣе, на какой день оставила женщина постель? Этотъ послѣдній вопросъ можетъ имѣть только тогда положительное значеніе, когда больная отвѣчаетъ, что пролежала нѣсколько недѣль въ постели; а въ рабочемъ сословіи, если больная указываетъ на 10—12 дневное пребываніе въ постели, то это служитъ уже прямымъ указаніемъ на послѣродовое заболѣваніе.

Разспрашиваютъ подробно о качествѣ и количествѣ послѣродовыхъ очищеній (ибо прекращеніе отдѣленій прямо указываетъ на заболѣваніе), о дурномъ запахѣ и, наконецъ, о цвѣтѣ.

Если дурной запахъ присутствуетъ, то заболѣваніе очевидно; точно также, если очищенія въ продолженіе 12 дней были бурья или кровавистыя, то забо-

лѣваніе очевидно. Если боли были очень сильны, то больныя отмѣчаютъ ихъ: въ противномъ случаѣ трудно получить отъ нихъ удовлетворительный отвѣтъ. Но если боли сопровождались вздутіемъ живота, рвотой и лихорадочнымъ состояніемъ, то заключеніе о воспалительномъ состояніи половыхъ органовъ или брюшины несомнѣнно. Затѣмъ спрашиваемъ больную: были ли сотрясательныя знобы и было ли повышеніе температуры—при чемъ на повышеніе температуры указываютъ иногда усиленная жажда и сухость во рту—сопровождались ли эти знобы и повышение температуры испаринами и потами? Опухали ноги или иѣтъ, и черезъ какое время послѣ родовъ больная считала себя выздоровѣвшей, или же выздоровленія полного не наступало и больная считаетъ себя заболѣвшей съ послѣднихъ родовъ?

За симъ задается вопросъ: кормила ли женщина во время послѣродового заболѣванія или должна была по причинѣ заболѣванія оставить кормленіе, и обусловливалось ли это отсутствіемъ молока или слабостью? Наконецъ, живъ или умеръ ребенокъ, по какой причинѣ произошла смерть ребенка и когда пришли первыя регулы послѣ родовъ?

Этихъ вопросовъ достаточно для того, чтобы получить ясное представленіе о послѣродовомъ періодѣ и уяснить себѣ, было ли послѣродовое заболѣваніе, и въ какой связи оно находится съ заболѣваніемъ въ беременномъ состояніи.

Если женщина рабочаго сословія родитъ въ городѣ въ январѣ, февралѣ или мартѣ мѣсяцахъ у себя на дому, или въ родильномъ пріютѣ, или у акушерки и покидаетъ постель не ранѣе 12-аго дня, то заболѣваніе очевидно. Въ среднемъ сословіи, а въ особенности у интеллигентныхъ особей, получить отвѣтъ о заболѣваніи разумѣется легче, уже потому, что обыкновенно долѣе 12-ти дней ни одна здоровая роженица не останется въ постели. Отсутствие послѣродовыхъ очищеній указываетъ или на острый эндометритъ, или на воспалительный экссудатъ (клатчатки или брюшины), или на *septicaemia serosa*. Временное отсутствіе въ продолженіе 2-хъ—3-хъ дней съ обильнымъ излитіемъ на 4—5 день, нерѣдко съ запахомъ, при чемъ выдѣленіе очищеній сопровождается сильными схваткообразными болями, указываетъ на задержку лохій (*retentio*), зависящую отъ искривленія матки впередъ или назадъ. Присутствіе дурного запаха указываетъ или на то, что въ полости матки остались части послѣда или оболочекъ, которыя разлагаются, на атонію матки вслѣдствіе *subinvolutio*, или на гангрену частичную или общую, или на дифтеритъ влагалища или матки, или, наконецъ, зависитъ отъ того, что подъ вліяніемъ высокой температуры очищенія быстро разлагаются.—Если при дурномъ запахѣ очищеній показываются кровотечения и схватки, то вѣроятность задержанія, или приращенія оболочекъ, или части послѣда, весьма несомнѣнна. Цвѣтъ очищеній служитъ весьма вѣрнымъ указаніемъ на здоровое или болѣзненное состояніе родильницы: въ нормальномъ состояніи въ первые 3—4 дня выдѣляются кровянистыя очищенія, которыя смѣняются сукровичными отъ 3-го до 6-го дня, а съ 6-го—7-го до 9-го—10-го дня желтоватыми, а съ 10-го дня бѣловатыми, молочными очищеніями. Если очищенія буры, коричневы, кровянисты, или очень водянисты, то пораженіе эндометрія несомнѣнно. Потрясающіе знобы по большей части указываютъ или на всасываніе гнилостныхъ очищеній, или на

поступленіе септической заразы. Если больная прохворала послѣ родовъ болѣе 4-хъ недѣль и захварываніе это выражалось отсутствіемъ или малостью очищеній, потрясающими знобами, жаромъ безъ болей, то, вѣроятно, больная хворала *septicaemia serosa*, при чемъ первоначально развился *endometritis* съ поражениемъ, главнымъ образомъ, лимфатическихъ сосудовъ. Если при такомъ же состояніи бываютъ и сильныя боли, рвота, вздутіе живота, то поражение не ограничивалось лимфатическими сосудами, но заболѣваніе распространилось и на венозные, и вѣроятность воспаления клѣтчатки и брюшины, можетъ быть, даже въ формѣ экссудативной, несомнѣнна. Если очищенія были обильны, съ запахомъ или безъ запаха, боли совершенно отсутствовали, лихорадочное состояніе было нерѣзко выражено, а, можетъ быть, и отсутствовало, и первыя регулы явились очень обильными и продолжительными, то почти вѣроятно, что у женщины была или есть *subinvolutio*. Если *phlegmasia alba dolens* была въ одной или обѣихъ конечностяхъ, то заболѣваніе лимфатическихъ и венозныхъ стволовъ несомнѣнно, причемъ источникъ заболѣванія находился въ маткѣ и въ широкой связкѣ, соответствующей заболѣвшей конечности. Если септическое заболѣваніе послѣ родовъ несомнѣнно, то спрашиваемъ, не было ли сыпи, или рожи, или метастазовъ. Присутствіе послѣднихъ указываетъ на крайнюю серьезность заболѣванія (*riaemia*). Долго или нѣтъ прохворала женщина послѣ родовъ, заслуживаетъ со стороны врача полнаго вниманія, ибо всѣ долго продолжающіяся заболѣванія послѣ родовъ суть несомнѣнно септическія; задержка регулъ указываетъ на серьезность заболѣванія и на глубокія измѣненія, оставшія послѣ родовымъ заболѣваніемъ. Если 4—5 мѣсяцевъ регулы у не кормящей женщины не показываются, то, стало-быть, очевидно, что возстановленіе крови или ея, такъ сказать, оздоровленіе еще не совершилось. Далѣе интересенъ вопросъ: осталось ли послѣ септического заболѣванія жировое перерожденіе сердца или нѣтъ? Иногда больныя ясно подтверждаютъ, что чувство тоски, субъективнаго удушья, тяжести въ сторонѣ *sterni*, головокруженія, похолоданіе конечностей, синеватая окраска кожныхъ покрововъ конечностей долго остаются послѣ септического заболѣванія; въ особенности опухшее, какъ бы отекшее, нѣсколько желтоватое лицо съ помутнѣвшими глазами, съ тоскливымъ выраженіемъ, удавалось ясно видѣть черезъ 2—3 года послѣ заболѣванія и въ такихъ случаяхъ я часто видѣлъ хроническое увеличеніе селезенки. И такъ важно помнить одно обстоятельство, что почти всякое заболѣваніе послѣ родовъ чаще всего бываетъ септическое, другими словами, что послѣ родовыя болѣзни суть болѣзни крови, причемъ мѣстныя измѣненія являются только какъ выраженія заболѣванія крови. Мѣстныя измѣненія исчезаютъ ранѣе, чѣмъ кровь доходитъ до нормальнаго состоянія. Эти заболѣванія крови оставляютъ слѣды какъ въ половой сферѣ, такъ особенно въ состояніи сердца. Лучшаго оздоровленія крови я не видалъ ни при какихъ условіяхъ, какъ при повой беременности, окончившейся благополучными родами и здоровымъ послѣ родовымъ періодомъ; если при этомъ женщина еще кормила, то это окончательно возстановляетъ ея здоровье. Другой вопросъ, черезъ какое время беременность такъ благотѣльно дѣйствуетъ на особь, перенесшую послѣ родовую септицемию, остается, разумѣется, открытымъ; но я видѣлъ случаи, гдѣ такой результатъ наблюдался черезъ 1½—2 года. Если

въ послѣродовомъ состояніи существуетъ указаніе на воспаленіе брюшины и если женщина страдаетъ кровотеченіемъ, то вѣроятность приращенія матки, особенно кзади, почти несомнѣнна. Если съ послѣднихъ родовъ менструаціи стали ходить сильнѣе и чаще, а внизу живота больная стала замѣчать желвакъ, то вѣроятно, это фиброма. Мнѣ часто удавалось констатировать фактъ, что послѣродовое время служило, повидимому, стимуломъ для быстрого роста фибромы. Но если послѣ родовъ животъ не опадаетъ, а остается увеличеннымъ, если далѣе присоединяется лихорадочное состояніе съ болями и вообще съ указаніемъ на воспаленіе брюшины, то является подозрѣніе о присутствіи кисты, кистомы или опухоли широкой связки. Тяжелые послѣродовые процессы располагаютъ къ уменьшенію молока, и обыкновенно на 14—15 день, а въ тяжелыхъ случаяхъ и ранѣе, женщина оставляетъ кормленіе по причинѣ недостаточности молока. При воспалительномъ же состояніи, и особенно брюшины, кормленіе скоро дѣлается невозможнымъ по причинѣ усиливающихся болей. Если послѣ родовъ въ продолженіе 1—2 лѣтъ не появляется регуль, то это зависитъ отъ атрофіи или *superinvolutio* матки, причемъ, если было еще воспаленіе брюшины, то, вѣроятно, произошла и атрофія яичниковъ, которая зависитъ или отъ нагноенія въ нихъ или отъ сдавливанія ихъ ложными оболочками; въ этомъ послѣднемъ случаѣ *polymena menstrualia* почти отсутствуютъ. Въ концѣ концовъ врачъ долженъ познакомиться еще съ тѣмъ, какъ повліяли послѣдніе роды и послѣродовой періодъ на функціи менструаціи, *coitus* и секреціи.

Выкидышъ или преждевременные роды служатъ ясными указателями или мѣстнаго заболѣванія половой сферы или общаго, при чемъ, если выкидыши часто повторяются, становится вѣроятнымъ, что заболѣваніе хроническое. Къ мѣстнымъ причинамъ, вызывающимъ выкидышъ, относятся: врожденные недостатки развитія матки, въ особенности однорогая матка, *anteflexio* и *collum conicum*; смѣщенія матки взадъ (*retroversio*, *retroflexio*), причемъ выкидышъ происходитъ чаще отъ 3-го до 4-го мѣсяца отъ неподвижности матки и ея придатковъ или сдавленія ихъ опухолями; полипы и фибромы матки, хроническія воспаленія и дряблость матки.

Общія причины: всѣ острые заболѣванія крови и вообще долго продолжающіяся лихорадочныя состоянія, сифилисъ и т. д.

Наконецъ, не должно упускать изъ виду, что могутъ быть причины случайныя, каковы: травматическія и ревматическія, усиленный *coitus*, испугъ, нравственное потрясеніе и т. д. Конечно, изъ разспроса трудно уяснить себѣ причину выкидыша: напр., сифилисъ у матери могъ протекать безъ видимыхъ признаковъ для нея. Поэтому иногда приходится справляться о состояніи здоровья мужа.

Не слѣдуетъ позабывать, что выкидышъ въ первые мѣсяцы можетъ сопровождаться обильными кровотечениями и притомъ яйцо можетъ не выдти все изъ полости матки. Иногда женщина рассказываетъ сама, что абортъ вышелъ въ видѣ яйца, иногда же онъ выдѣлялся сгустками. Главнымъ указаніемъ на выкидышъ служить задержка регуль, сопровождаемая кровотеченіемъ, сгустками въ кровяхъ и схваткообразными болями. Изъ мѣстныхъ измѣненій векорѣ послѣ выкидыша, а иногда и черезъ 2 мѣсяца, можно констатировать расширеніе наружнаго маточнаго

отверстія и увеличеніе матки. Всѣ заболѣванія, которыя замѣчаются послѣ выкидыша, какъ по мѣстнымъ условіямъ, такъ и по существу, совершенно тождественны съ послѣродовыми заболѣваніями. Привычные выкидыши не должны быть смѣшаны съ явленіями, свойственными *dysmenorrhoea membranacea* и отличіе можетъ быть сдѣлано только при разсмотрѣніи *corporis delicti*. Очень возможно врачу принять вѣматочную беременность за выкидышъ, такъ какъ выходненіе *deciduae* совершается при явленіяхъ, напоминающихъ собою абортъ. Практически важно всегда помнить, что это могъ быть не маточный абортъ, а или вѣматочная беременность, или трубный абортъ. Если вскорѣ послѣ выкидыша женщина забеременѣла и донашиваетъ, то вѣроятно причина выкидыша случайная и участие его въ дашемъ заболѣваніи мало вѣроятно. Въ настоящее время часто приходится встрѣчать искусственные выкидыши. Они чаще всего совершаются неумѣлыми руками, при помощи введенія зондовъ, даванія спорыньи, и потому нерѣдко сопровождаются тяжелыми септическими состояніями. Искусственный выкидышъ очень сильно предрасполагаетъ къ привычному (*abortus habitualis*), и задача врача—попизить эту впечатлительность, что достигается доставленіемъ отдыха маткѣ, совѣтомъ воздерживаться отъ совокупленія и тѣмъ предостеречь себя отъ возможности выкидыша.

Словомъ, разспросъ о выкидышѣ и послѣдующемъ за нимъ времени долженъ быть веденъ точно съ такою же подробностью, какъ разспросъ о родахъ и послѣродовомъ періодѣ, причемъ, если выкидышъ совершился послѣднимъ, то начало заболѣванія нужно считать отъ этого момента; и, съ другой стороны, не слѣдуетъ забывать, что и самый выкидышъ могъ произойти на большой почвѣ.

Покончивши разспросъ о первой капитальной функціи—родовой—и ея отклоненіяхъ, должно приступить къ обследованію второй функціи — *менструаціи*. Практически эту функцію должно разсматривать, какъ ежемѣсячные роды неоплодотвореннымъ яйцомъ. Такое воззрѣніе на эту функцію, если, быть можетъ, и несправедливо съ фізіологической и гистологической стороны, но за то клинически приноситъ существешую пользу, заставляя врача идентифицировать гигиену и діететику, какъ при послѣродовомъ періодѣ.

Разспросъ о менструаціи распадается на нѣсколько отдѣловъ. Первый отдѣлъ даетъ представленіе о періодѣ *pubertatis* и здѣсь получаютъ даннѣе, что первая менструація наступаетъ обыкновенно отъ 14 до 16 лѣтъ. Если періодъ *pubertatis* правильный, то регулы устанавливаются правильно съ перваго-же ихъ проявленія, въ противномъ же случаѣ, регулы, разъ появившись, могутъ не являться еще съ годъ, начиная потомъ ходить съ большею или меньшею правильностью. Въ другихъ случаяхъ онѣ являются не ежемѣсячно, но пропускаютъ 2—3 мѣсяца, что ипогда замѣчается въ продолженіе первыхъ двухъ лѣтъ; бываетъ, что въ первый годъ онѣ ходятъ очень обильно, а потомъ потеря кровей дѣлается нормальной. Самый важный вопросъ заключается въ томъ, появились ли первыя регулы съ болью или нѣтъ. Если боль при первыхъ регулахъ замѣчалась, то такую дисменоррею можно назвать врожденной въ отличіе отъ дисменорреи, приобрѣтенной уже вслѣдствіе какой либо болѣзни.

Врожденная дисменоррея по большей части служитъ симптомомъ какого-ни-

будь недостаточнаго развитія матки или ея придатковъ. Если регулы не установились сразу, то субъекта должно разсматривать, какъ весьма ранимаго и склоннаго къ заболѣванію половой сферы. Также не должно быть упущено при разспросѣ вліяніе первой менструаціи на общее состояніе, и чѣмъ бурнѣе было вліяніе первой менструаціи на общее состояніе, тѣмъ вѣроятнѣе ранимость субъекта. Но большей части бурное начало кровей совпадаетъ съ бурнымъ ихъ окончаніемъ.

Засимъ, если особь замужня или вообще имѣла coitus, то разспрашиваемъ о томъ, какъ являлась и приходила менструація до замужества: другими словами, чрезъ сколько недѣль или дней она показывалась, сколько дней продолжалась, сильно или слабо, съ болью или безъ боли, хорошо окрашена была кровь или нѣтъ и были ли сгустки въ кровяхъ.

Потомъ знакомимся съ менструаціей послѣ замужества или послѣ родовъ, задаемъ тѣ-же вопросы и получаемъ ясное представленіе о вліяніи coitus и родовъ на менструацію. Какъ общее правило, слѣдуетъ помнить, что у здоровой женщины и coitus и роды имѣютъ слишкомъ малое вліяніе на менструацію. Стало быть, если менструація измѣняется, то очевидно, что или половые органы недоразвиты до функціи совершеннаго coitus, или въ родовомъ и послѣродовомъ состояніяхъ явилось какое нибудь заболѣваніе, повліявшее на функцію менструаціи. Нормальныя регулы являются чрезъ 3—4 недѣли, словомъ, промежутокъ между регулами отъ 21 до 31 дня можетъ быть названъ нормальнымъ. Въ этихъ предѣлахъ всегда и во всякомъ случаѣ менструація не можетъ быть названа нормальной. Продолжительность менструаціи обыкновенно равна 3—7 днямъ.

О количествѣ теряемой крови трудно получить ясное представленіе, но, во всякомъ случаѣ, если при каждой менструаціи и послѣ нея замѣчаются явленія анеміи и общей слабости, то потеря крови больше нормальной. Присутствіе сгустковъ всегда указываетъ на ненормальность, ибо только въ рѣдкихъ случаяхъ обусловливается недостаткомъ влагалищнаго секрета (вислаго). Пронзительный или вонищій запахъ замѣчается только при заболѣваніи. Цвѣтъ крови темный, иногда красно-коричневый. Присутствіе алой крови всегда указываетъ или на избытокъ потери крови, или на извы. Сукровичное отдѣленіе передъ самой менструаціей или влѣдъ за окончаніемъ ея не всегда служитъ указаніемъ заболѣванія. Правильная менструація протекаетъ при легкихъ явленіяхъ *molimina menstrualia*, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ женщина совершенно не испытываетъ никакихъ ощущеній: поэтому, если женщина говоритъ о боляхъ при менструаціяхъ, то эти боли должно разсматривать всегда, какъ патологическія. Боли предъ менструаціей могутъ быть спазматическія или схваткообразныя; чаще всего онѣ начинаютъ чувствоваться до появленія кровей или въ дни наибольшихъ потерь крови. Боли могутъ быть воспалительныя, которыя характеризуются постоянствомъ. Боли эти всегда увеличиваются при движеніи и наиболѣе сильны бывають въ первые дни менструаціи. Характерно для нихъ то, что чѣмъ больше теряетъ женщина крови, тѣмъ болѣе меньше, и наоборотъ. Боли могутъ сосредоточиваться преимущественно въ сторонѣ паховыхъ или подвздошныхъ областей, распространяясь оттуда по всему животу и въ верхнюю и нижнюю часть туловища. Эти боли зависятъ или отъ болѣзненности яичника, или трубъ, или отъ ограниченнаго илеоперитонита.

Чаще, повидимому, онѣ зависятъ отъ страданія трубъ. Наконецъ, боли могутъ быть при менструаціи, не обуславливаясь осизательными разстройствами матки и ея придатковъ. Появляясь неправильно, эти боли существуютъ чаще у особъ истеричныхъ, нервныхъ, малокровныхъ, и могутъ быть названы нервными болями. Иногда онѣ показываются въ срединѣ между двумя менструаціями и носятъ названіе *dysmenorrhoea intermenstrualis*

Итакъ, врачъ изъ разспроса получаетъ ясное представленіе о ходѣ менструаціи. Если при разспросѣ женщина указываетъ на задержку менструаціи, то практически должно всегда думать о беременности не только маточной, но и вѣматочной. Это маленькое замѣчаніе слѣдуетъ всегда помнить, дабы избѣгнуть большихъ опасныхъ послѣдствій.

Разспросъ закачивается вопросомъ, когда была послѣдняя менструація, и если менструація должна скоро прійти, то изслѣдованіе врача должно быть крайне осторожно, деликатно: должно избѣгать употребленія зеркалъ и зондовъ и сильно-раздражающихъ средствъ. Соблюденіе этого правила даетъ возможность избѣгать большихъ непріятностей.

Если женщина находится въ климактерическомъ періодѣ, то врачъ ознакамливается съ періодомъ окончанія регулъ. Въ нормальныхъ условіяхъ регулы или оканчиваются вдругъ, или, что чаще, онѣ начинаютъ ходить рѣже и меньше: напр., пропуская по 2—3 мѣсяца, бывая только зимой. Иногда въ климактерическомъ періодѣ показываются компенсирующія кровотеченія въ видѣ геморроидальныхъ или носовыхъ. И таковыя кровотеченія удлучшаютъ самочувствіе больной. Общее заключеніе таково: чѣмъ раньше начались регулы и чѣмъ полнѣе онѣ ходили, тѣмъ типъ женщины совершеннѣе. Если регулы показываются въ 18 лѣтъ или позже и не сразу устанавливаются, то вѣроятно, что половые органы развиты несовершенно, и если женщина и родитъ, то по большей части одного, а наступленіе климактерическаго періода совершается отъ 30 до 35 лѣтъ.

При разспросѣ о coitus должно помнить, что эта функція можетъ быть разстроена у женщины. Разстройство это можетъ доходить до полной невозможности имѣть сношенія, что обуславливается или болѣзненнымъ спазмомъ входа во влагалище—*vaginismus*, или гиперестезіей и высокой чувствительностью—*dyspareunia*, или наконецъ механическими препятствіями: стенозами, атрезіями. Coitus возможенъ, но болѣзненъ, и при томъ болѣзненность замѣчается не во входѣ во влагалище, но въ глубинѣ таза, что въ особенности часто встрѣчается при смѣщеніяхъ матки взадъ, при опущенныхъ и приращенныхъ ячникахъ, при хроническомъ заболѣваніи тазовой брюшины и клѣтчатки, и при *hydro-haemato-pyosalpinx*. Coitus возможенъ, но субъектъ не испытываетъ никакого ощущенія и мало чувствуетъ потребность въ немъ—coitus индифферентный. Этотъ coitus можетъ быть у женщинъ безплодныхъ и у плодовитыхъ, и даже послѣ нѣсколькихъ родовъ ощущеніе сладострастія не появляется. Это особенно бываетъ замѣтно у особей ожирѣлыхъ, флегматичныхъ, по большей части съ ограниченнымъ развитіемъ умственныхъ способностей, иногда безъ мѣстныхъ измѣненій, иногда же съ врожденной антефлексіей, латерофлексіей и т. д., словомъ—врожденными недостатками развитія. Иногда это замѣчается у особей, рано вышедшихъ замужъ, въ бракахъ, совер-

пенныхъ не по чувству любви, но по извѣстнымъ обыденнымъ социальнымъ условіямъ, и, если первый coitus совершенъ съ большимъ насиліемъ, то у такихъ особей онъ оставляетъ рядъ такихъ нервныхъ ощущеній, что чувство сладострастія никогда уже больше не показывается, и женщина въ сожителствѣ съ такимъ мужемъ разсматриваетъ coitus скорѣе какъ неприятную, тяжелую обязанность. Здѣсь индифферентизмъ обуславливается не мѣстными разстройствами, но психическимъ аффектомъ и равнодушіемъ къ своему сожителю, ибо въ сожителствѣ съ новымъ субъектомъ, избраннымъ по ея волѣ, функція coitus достигаетъ нормы. При нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ матки и ея придатковъ, въ особенности при заболѣваніяхъ яичниковъ (хроническое воспаленіе и смѣщеніе ихъ), если сожителство основано не на любви, а на насиліи и страхѣ, у женщинъ впечатлительныхъ, первыхъ, съ деликатной конституціей, является при актѣ coitus ощущеніе, которое женщина называетъ отвратительнымъ, ужаснымъ ощущеніемъ, внушающимъ помимо отвращенія еще чувство ненависти и злобы, доходящее иногда до полного аффекта («кажется, зарѣзала-бы его съ удовольствіемъ»). Этотъ coitus согласно вышеуказанному можно назвать отвратительнымъ. За нимъ перѣдко слѣдуютъ истерическіе припадки съ судорогами, конвульсіями, съ раздражающими криками и иногда съ потерей сознанія, переходящими въ глубокой сонъ. Проснувшись, женщина чувствуетъ себя разбитой, усталой, апатичной, перѣдко съ ощущеніемъ зуда и жара въ половыхъ частяхъ, усиливающимися еще болѣе первное разстройство.

Причиной приобрѣтеннаго индифферентнаго coitus можетъ быть общій упадокъ питанія или вслѣдствіе острыхъ или послѣродовыхъ заболѣваній, или вслѣдствіе частыхъ родовъ, а также глубокой анеміи (хлорозъ). — При coitus женщина испытываетъ общее и мѣстное сладострастіе; въ нѣкоторыхъ случаяхъ при полномъ отсутствіи мѣстнаго сладострастія испытывается одно общее. Эта форма располагаетъ къ истеріямъ съ иллюзіями и галлюцинаціями, къ почнымъ сновидѣніямъ, къ почнымъ поллюціямъ и къ непроизвольнымъ мастурбаціямъ, перѣдко бываетъ рвота, а передъ регулами и въ началѣ беременности pruritus vulvae и vaginae. Неполнота сладострастныхъ ощущеній у женщины зависитъ большею частію отъ мужчины, но иногда зависитъ и отъ недостатковъ женщины, напр., слишкомъ высокое стояніе матки съ малой влагалищной порціей и т. д. Иногда послѣ первыхъ родовъ или послѣ вторыхъ, если особа молодая, явленія эти могутъ исчезнуть безслѣдно. Всѣ виды несовершеннаго coitus влекутъ за собой приливы крови къ половымъ органамъ, выражающіеся усиленной гиперсекреціей, чувствомъ жара, зуда, раздраженіемъ пузыря и рѣзко выраженной истеріей, съ упорными запорами, съ ясновыраженной facies uterina. Въ концѣ концовъ при изслѣдованіи матки получаютъ всѣ явленія, свойственныя хроническому воспаленію.

Познакомившись съ видомъ coitus, врачъ можетъ спросить: какъ часто онъ совершается. Последнее конечно обуславливается массой разнообразныхъ условій, темпераментомъ и обстоятельствами, перечисленіе которыхъ невозможно. Однако же практически возникаетъ вопросъ, сколько разъ женщина можетъ подвергаться coitus безъ вреда и разстройства для мѣстнаго и общаго состоянія, тѣмъ болѣе,

что въ послѣднее время этотъ вопросъ часто задаютъ врачу. При отвѣтѣ на этотъ вопросъ должно помнить, что совѣтъ врача въ точности исполняется только тогда, когда очевидность болѣзни вѣдѣ всякаго сомнѣнія въ глазахъ мужа, жены и окружающихъ. Я руководствуюсь, помимо специальныхъ указаній, зависящихъ отъ болѣзни, слѣдующими соображеніями: если день проведенъ мужемъ и женой въ работѣ, безъ сна послѣ обѣда или завтрака, безъ излишняго употребленія вина, безъ какихъ либо возбуждающихъ обстоятельствъ, и если вечеромъ, ложась въ постель, является сладострастный позывъ, то это можно разсматривать, какъ нормальное желаніе. Другое дѣло утренній coitus: онъ часто обусловливается большимъ отдыхомъ, тепломъ, а иногда и ночными сновидѣніями, и здѣсь экецессъ легко принять за нормальное ощущеніе. Женщины привыкаютъ къ вечернимъ или утреннимъ coitus, и понятное дѣло, что женщинамъ, привыкшимъ къ утреннимъ coitus, трудное предписать воздержаніе, ибо усталости и утомленія поутру нѣтъ. Всякій дневной coitus скорѣе должно разсматривать, какъ экецессъ. Не должно позабывать, что слишкомъ продолжительныя спринцеванія, холодныя подмыванія, продолжительное катанье верхомъ, въ экипажахъ, уселенные танцы, питье горьчительныхъ напитковъ, обильное употребленіе косметическихъ средствъ, въ особенности нѣкоторыхъ духовъ, носеніе узкихъ корсетовъ, попоны, сидѣніе на слишкомъ мягкой мебели, возбуждающія позы, долгое смотрѣніе въ зеркало, абажурное освѣщеніе, въ особенности розовое, красное, фіолетовое, и много другихъ условій служатъ причинами, возбуждающими экецессъ. На всѣ эти мелочи врачъ долженъ обратить вниманіе, причѣмъ снае на отдѣльныхъ кроватяхъ должно быть обязательно для того, чтобы достигнуть воздержанія отъ coitus. Но конечно, и здѣсь должна быть положена извѣстная граница, и иногда необходимо предоставить полную свободу, чтобы достигъ желаннаго успѣха. Умѣнье варьировать, умѣнье заставлять слушаться совѣтовъ врача достигается опытноостью врача и довѣріемъ къ нему. Нередко больныя задаютъ вопросъ: можетъ ли быть совершаемъ coitus безъ вреда тотчасъ предъ и послѣ менструаціи? Я не видѣлъ существеннаго вреда у здоровыхъ женщинъ, но тамъ, гдѣ функція менструаціи разстроена, или у больной находятся заболѣванія, могущія повлечь острое воспаленіе, воздержаніе совѣтуется. Иногда задается вопросъ, черезъ сколько времени послѣ родовъ coitus возможенъ безъ вреда, ибо мало особей дожидается до перваго появленія регулъ. Послѣ 20-го дня, при обыкновенныхъ условіяхъ, coitus совершается по большей части безъ дурныхъ послѣдствій, но, конечно, и здѣсь врачу лучше придерживатся принципа досрочности. Можетъ ли кормящая своего ребенка женщина имѣть coitus? Этотъ вопросъ приходится рѣшать въ положительномъ смыслѣ, ибо при мало-мальски сносныхъ супружескихъ сожителствахъ воздержаніе отъ coitus болѣе вредно, чѣмъ полезно; но, конечно, не должно позабывать, что возможна беременность, могущая окончиться абортomъ.

Какъ скоро послѣ какой-либо мѣстной болѣзни матки или ея придатковъ можетъ быть допускаемъ coitus? Исключивъ, разумѣется, эксудаты и новообразованія, должно помнить, что coitus можетъ быть совершаемъ безъ вреда только

послѣ послѣдней правильной менструаціи и если при изслѣдованіи задняя поверхность матки и задній сводъ влагалища не чувствительны; въ противномъ случаѣ легко можетъ повториться возвратъ болѣзни.

Засимъ женщина разспрашивается, не хворала-ли она чѣмъ нибудь до настоящей болѣзни, и если были воспаленія, бѣли, кровотеченія, то какъ часто повторялись и когда были въ послѣдній разъ. Иногда путемъ такого разспроса мы добываемъ весьма точныя свѣдѣнія, что въ нѣкоторые мѣсяцы года больная особенно склона къ заболѣванію (обострѣніе хроническихъ пельвеоперитонитовъ и пельвеоцеллюлитовъ). У насъ въ Москвѣ чаще встрѣчаются заболѣванія раннею осенью и раннею весною. Если этотъ фактъ подмѣченъ, то женщинѣ предписывается возможный покой, воздержаніе отъ coitus, легкая діета, умѣренный моціонъ и осторожность относительно простуды и охлажденія нижнихъ конечностей. Въ эти мѣсяцы должно воздерживаться отъ энергическаго лѣченія и лучше вовсе не производить ручного гинекологическаго изслѣдованія. Иногда разсказъ женщины относительно порядка заболѣванія ясно указываетъ, какъ постепенно захватывалась тѣль за тѣлью: сначала слизистая, потомъ мышечная, потомъ клѣтчатка и, наконецъ, брюшина поражались другъ за другомъ.

Ознакомившись съ прежнимъ заболѣваніемъ, врачъ задаетъ вопросъ: давно ли женщина больна настоящею болѣзнию? Рѣдко женщина можетъ точно обозначить начало заболѣванія, ибо, по понятнымъ причинамъ, со словомъ «заболѣваніе» она соединитъ понятіе сильныхъ болей, бѣлей, кровотеченій и т. д. Точный гинекологическій разспросъ по большей части указываетъ, что начало заболѣванія относится къ послѣднимъ родамъ, выкидышу или послѣднему бывшему воспаленію. Напр., женщина является съ воспаленіемъ оварій, клѣтчатки или брюшины, и на вопросъ о давности заболѣванія отвѣчаетъ, что она болѣть не болѣе недѣли, т. е. съ того момента, какъ явились боли, лихорадочное состояніе или сильное кровотеченіе, а изъ разспроса оказывается, что особь зрѣлыхъ лѣтъ (28—29), не рожала уже 7 лѣтъ при здоровомъ мужѣ. Очевидно, она больна 7 лѣтъ, ибо трудно объяснить себѣ семилѣтнее безплодіе безъ какихъ либо измѣненій въ половой сферѣ, и точный разспросъ о всѣхъ 4-хъ кардинальныхъ функціяхъ, а равно и физикальное изслѣдованіе, точно укажетъ, что помимо настоящаго болѣзненнаго состоянія еще есть хроническое, которое должно было рано или поздно непремѣнно обнаружиться, помимо безплодія, еще другимъ осложненіемъ. Также бываетъ и при кровотеченіи: уже давно, можетъ быть, послѣ послѣдняго выкидыша, или родовъ, или воспаленія, крови стали ходить сильнѣй, и только незначительный стимулъ обусловилъ кровотеченіе, заставившее больную обратиться за помощью къ врачу.

Итакъ, относительно давности заболѣванія не должно руководиться временемъ послѣдняго заболѣванія, но должно обращать вниманіе на давность разстройства кардинальныхъ функцій матки: родовой, менструальной, секреторной и функціи coitus.

Ознакомившись съ давностію заболѣванія, врачъ спрашиваетъ больную, что ее особенно беспокоитъ, другими словами, на что она можетъ пожаловаться? Чаще всего больныя жалуются на боль внизу живота и въ полости таза.

По характеру своему боли могутъ быть спазматическія, постоянныя, мѣстныя или иррадирующія, усиливающіяся при движеніи и ходьбѣ и уменьшающіяся при покоѣ, и обратно. Гораздо важнѣе мѣсто боли. Самыя частыя боли въ поясницѣ, распространяющіяся къ пахамъ и въ полость таза; иногда боли собственно внизу живота, тотчасъ надъ *symphysis pubis*, а иногда въ той или другой подвздошной области. Нѣкоторыя больныя специально жалуются на боль въ области крестцовой кости или копчика. Всѣ эти боли могутъ быть въ строгомъ смыслѣ мѣстными, или онѣ распространяются въ нижнія конечности по передней или задней поверхности ихъ, или распространяются вверхъ къ сторонѣ почекъ, желудка, въ область спины или интеркостальныхъ промежутковъ. По болямъ трудно догадаться, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло, и въ *диагностику женскихъ болѣзней боли имѣютъ малое значеніе*. Практическое знакомство съ ними потому необходимо, что онѣ составляютъ самую частую жалобу, и врачъ, не сумѣвшій ослабить или прекратить боли, считается въ глазахъ больныхъ малосвѣдущимъ и малопомагающимъ врачомъ. Часто говорятъ больныя: «уймите мнѣ только боли, а отъ остальнаго лѣчиться не хочу». Больныя охотнѣе мирятся съ разстройствомъ другихъ функций, но болѣе онѣ не желаютъ переносить, и врачъ долженъ имѣть это въ виду.

Мы еще вернемся къ болямъ при наружномъ и внутреннемъ изслѣдованіи.

Засимъ у больныхъ спрашивается о присутствіи бѣлей, и если таковыя есть, то въ какомъ количествѣ и какого качества, и при томъ идутъ ли онѣ постоянно или прерывисто. Цвѣтъ бѣлей можетъ быть или бѣловатый, какъ яичный бѣлокъ, какъ молоко, или желтый, зеленый; бѣли могутъ быть сукровичныя, съ запахомъ или безъ него, жидкія или густыя, тягучія, вязкія, раздражающія или не раздражающія. Конечно, иногда по бѣлямъ можно заключить о мѣстѣ и характерѣ болѣзней⁽¹⁾, но по большей части гораздо важнѣе запомнить, что въ данномъ случаѣ существуетъ гиперсекреція, чѣмъ по характеру бѣлей дѣлать диагностическіе выводы. Если бѣли существуютъ, то нужно тотчасъ задаться вопросомъ, ослабляетъ ли эта гиперсекреція больную, или она дѣйствительно необходима, и прекращеніе ея, въ особенности внезапное, можетъ повести къ болѣе тяжелому заболѣванію? Вопросъ этотъ въ особенности необходимъ тѣмъ врачамъ, которые употребляютъ энергическія средства для остановки бѣлей. Много приходилось видѣть случаевъ, гдѣ вслѣдствіе назначенія крѣпкихъ вяжущихъ спринцеваній и сильно дѣйствующихъ прижиганій бѣли внезапно останавливались, но улучшенія отъ такой остановки не воспослѣдовало, наоборотъ, если это были особы ожирѣлыя, или очень первныя, или приближались къ климактерическому періоду—во всѣхъ такихъ случаяхъ слѣдовало замѣтное ухудшеніе. Появлялись головныя боли, головокруженія, сердцебиеніе, звонъ въ ушахъ, наклошность къ

(1) Какъ общее правило, бѣли, похожія на бѣлокъ, по большей части происходятъ изъ полости матки; бѣли тягучія, вязкія, трудно смываемыя—изъ шейки матки. Бѣли гнойныя могутъ происходить изъ всего полового канала. Сливкообразныя бѣли встрѣчаются въ первую половину беременности; развѣдающія—или при новообразованіяхъ, или при старческомъ катаррѣ полости матки и влагалища (*colpitis adhaesiva*), при трипперѣ въ первое время, и наконецъ могутъ быть при доброкачественныхъ катаррахъ шейки матки (О залахъ при бѣдяхъ, см. въ частномъ отдѣлѣ).

обморокамъ и истерическимъ припадкамъ, усиленіе мѣстныхъ болей, словомъ, множество неожиданныхъ страданій, которыя быстро исчезали, какъ только снова появлялись бѣли. Это практическое наблюденіе наводитъ на мысль, что не всякія бѣли, какъ и не всякія извы, должны быть закрываемы, а при закрытіи ихъ должна быть соблюдена нѣкоторая предосторожность и постепенность и, какъ общее правило, можетъ быть сказано, что если страданія желудочно-кишечныя не будутъ устраняемы, то излѣченіе бѣлей весьма сомнительно, а прекращеніе ихъ при этихъ обстоятельствахъ не оказываетъ благотворнаго вліянія; но если бѣли истощаютъ организмъ, какъ кровотеченіе, лѣченіе ихъ должно быть энергично. Лѣченіе мѣстное состоитъ въ уменьшеніи секреторной поверхности, стало-быть, въ измѣненіи консистенціи. Лѣченіе общее—поправленіе питанія. Если хотятъ назначить правильное лѣченіе противъ бѣлей, то необходимъ разспросъ о діетическихъ, гигиеническихъ и другихъ условіяхъ, вліяющихъ на бѣли. Первое: пища и питье. Второе: отправленіе кишечнаго канала. Третье: количество мочи. Четвертое: движеніе и покой. Пятое: сонъ. Шестое: coitus. Седьмое: время года, и т. д. Изъ знанія вліяній этихъ условій на уменьшеніе или увеличеніе бѣлей слугается правильная терапія.

Дальше врачъ задаетъ вопросъ, страдала ли женщина кровотечениями или нѣтъ? Не всѣ одинаково понимаютъ слово «кровотеченіе», а потому скажемъ, прежде всего, о томъ, что считать кровотеченіемъ. Выше мы говорили, что правильная менструація имѣетъ извѣстнаго рода правильный періодическій типъ, стало-быть подъ словомъ «кровотеченіе» должно подразумѣвать всякое появленіе крови изъ половыхъ органовъ, замѣчаемое между двумя менструальными періодами, и всякую менструацію, появляющуюся чаще, по большей части должно разсматривать, какъ кровотеченіе, равно и всякое кровеотдѣленіе, появляющееся внѣ менструальной жлзны женщины; другими словами, если менструація показывается черезъ 2 недѣли или $1\frac{1}{2}$, если менструація продолжается дольше 7 дней, и если наконецъ потеря крови при менструаціи такъ значительна, что каждый разъ оказывается явленіе остраго малокровія, то всѣ сказанныя измѣненія должно разсматривать, какъ кровотеченіе. Этотъ взглядъ практически вѣренъ. Руководствуясь имъ, врачъ несомнѣнно окажетъ существенную услугу больнымъ. Но, конечно, и здѣсь бываютъ исключенія, о каковыхъ см. въ общей терапіи. Поэтому по большей части уже при разспросѣ о менструаціи врачъ знакомится точно, есть ли у больной кровотеченіе или нѣтъ.

Ознакомившись со всѣми функціями матки и ея придатковъ и съ разстройствами этихъ функцій, врачъ приступаетъ къ разспросу о состояніи соседнихъ органовъ—пузыря и recti, т. е. функціи мочеиспусканія и дефекаціи. Извѣстно, что заболѣваніе матки тотчасъ же отражается на состояніи этихъ двухъ органовъ, причѣмъ заболѣваніе матки и придатковъ ея или дѣйствуетъ, какъ причина механическая, или путемъ отраженнымъ обусловливаетъ органическія или функціопальныя измѣненія въ сказанныхъ органахъ. Страданіе пузыря выражается въ частыхъ болѣзненныхъ позывахъ, болѣзненнымъ мочеиспусканіи, въ задержкѣ или недержаніи мочи. Страданія шейки матки часто производятъ сказанныя измѣненія, потому что шейка тѣсно соединена съ пузыремъ и при смѣщеніи шейки смѣщается

и пузырь, увеличеніе ея обусловливаетъ давленіе, а выпаденіе—образованіе дивертикуль или *cystocele*. Также острое воспаленіе шейки производитъ и острое раздраженіе уретры и шейки пузыря; словомъ, въ силу анатомической связи, всякое маломальски серьезное заболѣваніе шейки отражается на заболѣваніи пузыря. Эти разстройства пузыря бывають настолько значительны, что только по поводу ихъ женщина обращается за помощію къ врачу. Между прочимъ пузырь у женщины рѣдко заболѣваетъ самостоятельно и по большей части изслѣдованіе пузыря даетъ отрицательные результаты. Однакоже должно помнить о возможности уретритовъ, циститовъ и уретеритовъ бленнорройнаго происхожденія, о возможности смѣщенія и сдавленія мочеточниковъ, смѣщенія и заболѣванія правой почки и присутствія камней въ пузырьѣ.

Вліяніе заболѣванія матки на прямую кишку тоже весьма значительно, уже главнымъ образомъ потому, что прямая кишка помѣщается въ полости крестцовой кости, куда дно и тѣло матки, если послѣдняя сколько нибудь увеличена, легко направляется (*retroversio, retroflexio*). Всѣ ретроутеринные эксудаты, кровоизліянія чаще замѣчаются въ дугласовомъ пространствѣ; наконецъ, не слѣдуетъ позабыть, что во время родового акта прямая кишка подвергается значительному давленію, и инволюція прямой кишки тѣсно связана съ инволюціей задней стѣнки влагалища. По устройству и расположенію сосудовъ, оттокъ крови изъ прямой кишки затрудненъ, а въ особенности затрудненъ онъ при опухоляхъ въ полости таза и при беременіи. Ниже будетъ говорено о значеніи недостаточной инволюціи брюшныхъ стѣнокъ, влекущей за собой атонію кишекъ, брюшное полнокровіе, т. е. всѣ тѣ условія, которыя сами по себѣ обусловливаютъ заболѣваніе прямой кишки; и потому геморроидальное состояніе прямой кишки, атонія ея, суть обыденныя явленія. Другими словами, запоры суть самые частые спутники маточныхъ заболѣваній. Актъ дефекаціи можетъ быть болѣзненнымъ, и болѣзненность эта не всегда обусловливается трещинами или воспаленіемъ геморроидальныхъ шишекъ, но часто зависитъ отъ раздраженія задней поверхности матки проходящимъ каломъ, а иногда самый актъ жилаія невозможенъ по причинѣ болѣзненности матки и ея придатковъ,—и все это располагаетъ и обусловливаетъ запоръ. Но иногда можно видѣть обратныя явленія: упорные, обильные поносы бывають только симптомомъ маточныхъ болѣзней. У нѣкоторыхъ женщинъ предъ всякой менструаціей являютя обильныя, жидкія испраженія, у другихъ *post coitum*, у третьихъ послѣ прижиганія влагалищной части и т. д. Но во всякомъ случаѣ поносъ и обильныя послабленія замѣчаются гораздо рѣже, чѣмъ запоры. Иногда при этомъ больныя жалуются еще на боль въ кончикѣ (*coccygodynia*), которая или обусловливается самостоятельнымъ страданіемъ сустава, или есть отраженное явленіе; послѣднее чаще, чѣмъ первое.

Точно также врачъ долженъ освѣдомиться о геморроидальныхъ кровотеченіяхъ, которыя часто совмѣстно замѣчаются съ маточными и иногда регулируютъ другъ друга. Въ этихъ случаяхъ не должно упускать изъ виду брюшное полнокровіе, и лѣченіе, направленное противъ него, даетъ всегда хорошіе результаты. При этомъ кстати замѣтить, что иногда больныя, говоря объ актѣ испраженія, рассказываютъ, что что-то у нихъ выпираетъ изъ передняго прохода. Такое же чув-

ство выпирания ощущаютъ онѣ при усиленной ходьбѣ, поднятіи тяжести, восхожденій на лѣстницу и т. д. Это ощущеніе зависитъ по большей части отъ дѣйствительнаго опущенія (descensus) передней стѣнки влагалища и рѣже задней. Иногда это есть частичное явленіе ретровертированной и опущенной матки.

Этимъ оканчивается разпросъ о функциональныхъ измѣненіяхъ въ тазовой области и врачъ переходитъ къ разпросу о состояніи нижнихъ конечностей: 1) боль, мѣсто боли и характеръ, 2) онѣмѣніе, дрожаніе или судорога конечностей, 3) опуханіе.

Въ полости таза находятся нервы, которые переходятъ на бедро по передней или по задней поверхности. Естественно, что всѣ патологическіе процессы, какъ то: смѣщенія матки взадъ, кровоизліянія, эксудаты, и т. д., помѣщаясь въ задней половинѣ таза, производятъ боли въ нижнихъ конечностяхъ, имѣющія иногда характеръ истиннаго ischias. Тѣ же процессы, которые помѣщаются въ боковыхъ стѣнкахъ таза, близъ plexus sarriniformis или впереди широкихъ связокъ, разстраиваютъ функціи нервовъ, распространяющихся на передней поверхности бедра. Сдавленіе сосудовъ опухолями, въ особенности злокачественными инфильтраціями, производитъ отеки и боли въ конечностяхъ: сначала на одной, а потомъ и на обѣихъ.

Слѣдующій вопросный пунктъ знакомитъ врача съ состояніемъ желудочно-кишечнаго канала, гдѣ обращается вниманіе на всѣ кардинальныя функціи желудка и кишекъ. Здѣсь замѣтимъ только, что тошноты, рвоты и боли въ подложечной области, появляющіяся на тощакѣ, до принятія пищи, въ моментъ, когда женщина покидаетъ постель и начинаетъ одѣваться, суть по большей части маточнаго происхожденія. Не должно упускать изъ виду, что ректальныя боли и боли въ сторонѣ слѣпой кишки могутъ быть также частными отраженными явленіями маточныхъ и яичниковыхъ заболѣваній. Равно вздутіе живота, метеоризмъ и боли, зависящія отъ него, часто смѣшиваются съ болями въ маткѣ и яичникахъ, въ особенности во время менструацій, но перкуссія и мѣстное изслѣдованіе гарантируютъ отъ ошибокъ. Жизнь половыхъ органовъ тѣсно связана съ жизнью желудочно-кишечнаго аппарата беременности, менструаціи, овуляціи, заболѣваній дна матки (endometritis fundi), яичниковъ и брюшины, чтобы вполнѣ признать интимную связь между этими двумя системами. Внезапное прекращеніе кровей, аменоррея, часто обуславливаетъ рядъ разстройствъ, напр. phantom-tumor и т. д. Съ другой стороны, и истинное страданіе кишекъ, печени и почекъ поражаетъ грубыя измѣненія въ маткѣ и ея придаткахъ. Врачъ долженъ путемъ знанія патологій брюшной и тазовой области, привычки и навыка, умѣть различать, гдѣ кроются первичныя и гдѣ вторичныя явленія. Но гдѣ бы ни находилась причина страданія, устраненіе запоровъ, особенно при помощи діеты, должно составлять главную заботу при лѣченіи маточныхъ разстройствъ.

Окончивши разпросъ о состояніи желудка и кишечнаго канала, врачъ освѣдомляется, не страдаетъ ли больная кашлемъ, такъ какъ при кашлѣ сотрясеніе тотчасъ же передается и на матку и ея придатки, и потому, попятно, присутствіе кашля замедляетъ нѣсколько лѣченіе. Также всѣ измѣненія въ легкихъ обуслов-

ливаютъ расположеніе къ кровенакопленію въ полости таза, а нѣкоторыя болѣзни, какъ напр. чахотка, рѣже въ ранней стадіи, чаще въ поздней, влекутъ за собой аменоррею. Сердцебиеніе, замирание, чувство тоски и тяжести, трепетанія сердца — не рѣдкія явленія при маточныхъ заболѣваніяхъ. Но самое главное, врачъ долженъ удостовѣриться, есть ли порокъ сердца, ожирѣніе или жировое перерожденіе его. Головные боли, мигрени, головокруженія, или бывають послѣдствіями маточныхъ страданій, или появляются одновременно съ ними; съ улучшеніемъ послѣднихъ улучшаются и первыя. Если онѣ маточнаго происхожденія, — менструація обыкновенно вліяетъ на нихъ.

Точно также разспрашиваемъ о функціяхъ органовъ чувствъ и осведомяемся, состоятъ ли разстройства ихъ въ связи съ менструаціей, съ состояніемъ беременности, съ актомъ coitus, или съ съ болевыми ощущеніями въ полости таза. *Наконецъ изльдуемъ температуру больной* и справляемся о ходѣ этой температуры, не проявляется ли она въ формѣ гектической лихорадки и т. д. Разстройство половой сферы отражается на питаніи: или является похуданіе, или дряблость, или ожирѣніе. При рѣшеніи вопроса о диагнозіи или злокачественности заболѣванія похуданіе имѣетъ важное значеніе, тогда какъ при вѣсхъ атрофическихкихъ процессахъ на первый планъ выступаетъ ожирѣніе организма. Если отмѣчается кровотеченіе и при этомъ похуданіе, то быстрое вмѣшательство становится необходимою, и можетъ потребоваться даже удаленіе матки и ея придатковъ. Кровотеченіе при ожирѣніяхъ очень мало требуетъ мѣстнаго лѣченія и болѣе общаго. Измѣненія въ кожѣ: сыпи, зудъ, потливость, сухость и т. д. одинаково отмѣчаются и записываются, такъ какъ иногда страданія половыхъ органовъ обусловливаютъ разстройства питанія кожи.

При заболѣваніяхъ женской половой сферы *наслѣдственность* играетъ весьма важную роль. На первомъ планѣ является конечно tuberculosis и lues. Въ половой сферѣ tuberculosis можетъ быть первичнымъ явленіемъ (salpingitis tuberculosa, pelveoperitonitis tuberculosa, peritonitis tuberculosa). Гнойные процессы въ придаткахъ матки не составляютъ рѣдкости; показаніе къ радикальной операціи учащается. Иногда аменоррея, происшедшая послѣ родовъ (superinvolutio), служитъ первымъ признакомъ скрытаго туберкулеза. При несомнѣнныхъ страданіяхъ верхушекъ легкаго удаленіе гнойныхъ придатковъ иногда устраняетъ это заболѣваніе. Вліяніе врожденнаго lues понятно само собой. Очень важная вещь, въ особенности для маточныхъ кровотеченій, наслѣдственныя страданія сердца и кровеносной системы. (См. въ частномъ отдѣлѣ). При вопросѣ о безплодіи, о вырожденіи, значеніе плодovitости родителей даетъ цѣпшыя указанія, также старческіе браки, алкоголизмъ и т. д.

При разспросѣ о *привычкахъ* наиболѣе существеннымъ и цѣпнымъ является вопросъ о подмываніи и спринцеваніяхъ: дѣлаются ли таковыя изъ холодной, теплой воды, съ прибавленіемъ или безъ прибавленія косметическихкихъ и лѣкарственныхныхъ средствъ. Подмываніе холодной водой послѣ акта coitus строго должно быть воспрещено. Строго нужно запрещать и присыпки разными пахучими пудрами, прибавленіе душистыхъ туалетныхъ укусовъ, потому что иногда только этимъ и объясняются разныя отклоненія: бѣли, зудъ и т. п. Ношеніе легкихъ ботинокъ, а слѣдовательно

постоянное остуженіе ступней ногъ, обуславливаетъ усиленный притокъ крови къ половой сферѣ. Ношеніе теплыхъ кальсонъ отражается вредно, и вообще должно замѣтить, что у простого класса, не посягающаго вообще кальсонъ, сопротивляемость къ заболѣваніямъ больше. Тоже можно сказать о вредѣ корсетовъ. Короче сказать, вредны всѣ привычки и обычаи, которые увеличиваютъ кровенакопленіе въ тазовой и брюшной полости. Далѣе слѣдуетъ вопросъ о мѣстности, въ которой живетъ больная (эхинококкъ, малярія и т. д.)

Раньше, чѣмъ приступить къ обследованію живота и тазовой области, врачъ долженъ тщательно взглянуть въ *выраженіе лица больной*. Не даромъ издавна нѣкоторыя выраженія лица обозначены, какъ *facies uterina*, *ovagica* и т. д. Но помимо этихъ специальныхъ оттѣнковъ въ выраженіи лица, есть еще другіе, одинъ изъ которыхъ я предложилъ бы назвать *facies septica*. Въ этомъ лицѣ главнымъ образомъ характерно: апатія, глубокія, рѣзко очерченныя морщины, желтовато-сѣрый цвѣтъ дриблой, вялой опухшей отекшей кожи, тусклые глаза съ приподнятыми одной или обѣими бровями, и это тоскливое, апатичное и нѣсколько удивленное выраженіе лица замѣчается у женщинъ, только что перенесшихъ тяжелую форму септицеміи, а иногда оно сохраняется въ продолженіе двухъ и болѣе лѣтъ. Можно указать на особое выраженіе лица и окраску у женщинъ, страдающихъ *superinvolutio*, но этотъ типъ скорѣе приближается къ типу лицъ, страдающихъ туберкулезомъ. Рѣзко выраженное иктерическое окрашиваніе, при жалобахъ на аменоррею, всегда указываетъ на тяжелую форму заболѣванія печени. Это приглядываніе къ выраженію лица необходимо во все время изслѣдованія, ибо ознакомленіе съ болями и съ мѣстнымъ страданіемъ узнается легко по измѣненію чертъ лица, скрежету зубовъ и т. д.

Засимъ женщина кладется или на кресло, или на столъ, или на кровать (1), и врачъ, становясь или между ногъ, или сбоку, обнажаетъ животъ больной. Иногда даже удобно, чтобы колѣнки были согнуты и бедра приподняты. При осмотрѣ живота обращаютъ вниманіе на форму его. Животъ можетъ быть выпуклый, или ровный, или доскообразный. Выпуклость можетъ быть сводообразная, что замѣчается при беременности, оваріальныхъ кистамахъ, фибромахъ, метеоризмѣ, *phantom-tumor*. При свободныхъ жидкостяхъ въ брюшной полости животъ увеличенъ, растянутъ, но сводообразности не замѣчается, увеличеніе же плоское, въ особенности, при лежаніи на спицѣ, въ области пупка. Животъ доскообразный замѣчается при канкрозныхъ и туберкулезныхъ страданіяхъ, въ особенности съ переходомъ ихъ на брюшину. Если сводообразное увеличеніе живота зависитъ отъ присутствія оваріальной, фиброзной или другой опухоли, то по наблюденію за движеніемъ верхняго контура опухоли и брюшныхъ стѣнокъ во время акта вдыханія и выдыханія можно опредѣлить присутствіе или отсутствіе приращеній, для чего врачъ становится сбоку больной и заставляетъ ее дышать: если при актѣ вдыханія и выдыханія брюшныя стѣнки и опухоль опускаются и поднимаются одновременно, вѣроятно сращеніе существуетъ. Раз-

(1) Для объективнаго изслѣдованія избирается обыкновенно положеніе на спицѣ и при томъ собственно модификація этого положенія колчико-спинная съ приподнятой верхней частью туловища.

сматривая увеличение живота, обращаемъ вниманіе на то, которая часть брюшной полости наиболѣе увеличена: подревная, или надчревная, или боковая. Если увеличение живота сводообразное, а пупокъ слишкомъ вдавленъ и притянутъ къверху, то, вѣроятно, сращеніе между пупочною областью и опухолью существуетъ. Осмотрѣвши форму, осматриваемъ *наружные покровы*: сухи ли они, шереховаты, шелушатся или лоснятся и блестятъ. Какъ общее правило, послѣднее чаще замѣчается при асцитахъ или при отека́хъ брюшныхъ стѣнокъ. Растяженіе подкожныхъ венъ имѣетъ всегда значеніе, какъ указаніе или на злокачественность новообразованія, или на тѣсныя и нитимныя сращения, или на страданіе печени, въ особенности, если оно бываетъ соединено съ отекомъ брюшныхъ стѣнокъ. Увеличеніе живота можетъ зависѣть или отъ ожирѣнія брюшныхъ стѣнокъ или расслабленія ихъ (*venter propendens*); при первой формѣ живота замѣчаются двѣ борозды, выпуклостью обращенныя книзу. Нижняя начинается около *spina anterior superior ossis ilei* обѣихъ сторонъ, а верхняя въ области пупочной. Въ обвисломъ животѣ этой верхней горизонтальной линіи нѣтъ. Кромѣ того, захватывая полной рукой брюшныя стѣнки, легко ориентироваться, имѣемъ ли мы дѣло съ первой или второй формой живота. Различіе между этими двумя формами еще важно потому, что прогностика и лѣченіе совершенно различны: такъ какъ ожирѣніе живота по большей части есть первый симптомъ общаго ожирѣнія, то и борьба должна быть направлена противъ него, а при расслабленіи брюшныхъ стѣнокъ достаточно бандажа и массажа. Окрашиваніе бѣлой линіи не столь существенный симптомъ, чтобы заслуживалъ описанія; но направленіе этого окрашиванія, его изломы, всегда соотвѣтствуютъ смѣщенію бѣлой линіи, что при операціяхъ (лапаротоміи) весьма важно..

Измѣреніе производится или по причинѣ увеличенія живота, или съ цѣлью прослѣдить скорость увеличенія, другими словами — ростъ опухоли или быстроту выхожденія. Измѣреніе производится на уровнѣ пупка по окружности живота, отъ *symphysis pubis* до пупка, отъ *symphysis pubis* до *scrobiculum cordis*, отъ *scrobiculum cordis* до пупка, затѣмъ отъ пупка до *spina anterior superior* обѣихъ сторонъ и отъ *scrobiculum cordis* до этихъ же точекъ. Если размѣры нижней части живота больше, чѣмъ верхней, то, вѣроятно, увеличеніе зависитъ отъ опухоли, растущей изъ полости таза; если размѣры на одной сторонѣ больше, то вѣроятно опухоль развивается съ этой стороны.

Перкуссия живота производится по слѣдующимъ линіямъ: по бѣлой, по мамиллярнымъ, по боковымъ люмбарнымъ. Перкуссію производятъ поверхностную и глубокую. Причина двоякой перкуссіи объясняется уступчивостью брюшныхъ стѣнокъ и могущимъ быть совмѣстнымъ присутствіемъ опухолей, жидкостей, инкапсулированныхъ и свободныхъ, постояннымъ присутствіемъ газовъ въ кишечномъ каналѣ и подвижностью кишечныхъ петель. Въ силу этихъ обстоятельствъ въ каждомъ случаѣ должно производить поверхностную и глубокую перкуссію, ибо напр. при поверхностной перкуссіи можетъ получиться звукъ глухой, а если надавить плессиметръ, то звукъ будетъ тимпаниченъ; заключеніе изъ такого обстоятельства понятно: между кишками и передней брюшной стѣнкой находится тонкій слой свободной жидкости; и наоборотъ, поверхностная перкуссія даетъ тимпа-

нической звукъ, а при глубокой получается звукъ глухой — заключение ясно: тимпанический звукъ зависитъ отъ петли кишки, попавшей между опухолью и брюшными стѣнками. При ожирѣніи брюшныхъ стѣнокъ или отека ихъ поверхностная перкуссия всегда даетъ притупленный звукъ. Перкуссия начинается отъ подреберной части живота по направленію къ полости таза, причемъ общее правило, что при всѣхъ тазовыхъ опухоляхъ тупой звукъ непосредственно переходитъ въ полость таза и въ огромномъ большинствѣ случаевъ отдѣляется полосой тимпанического звука отъ печени, селезенки и другихъ органовъ. Если глухой звукъ распространяется изъ полости таза въ полость живота, то по большей части опухоль интраперитонеальная. Если животъ увеличенъ вслѣдствіе какой либо твердой или мягкой опухоли, а звукъ на передней брюшной стѣнкѣ при всѣхъ положеніяхъ получается тимпанической, то заключение весьма вѣроятно, что опухоль экстраперитонеальная, и, вѣроятно, происходитъ изъ ретроперитонеального пространства. Вообще, перкуссия принадлежитъ къ чрезвычайно важнымъ и серьезнымъ диагностическимъ моментамъ; точную діагностику опухоли въ полости живота и таза и отношеніе ея къ сосѣднимъ органамъ можно установить единственно перкуссіей. Перкуссия указываетъ, откуда растетъ опухоль и находится ли она въ интра — или экстраперитонеальномъ пространствѣ, а равно при помощи перкуссіи точно опредѣляется, имѣемъ ли въ данномъ случаѣ дѣло съ свободною жидкостью или съ инкапсулированной. Повторная перкуссия положительно необходима въ силу измѣчивости въ степени наполненія кишекъ и въ особенности въ виду возможности измѣненія въ количествѣ свободной жидкости, а потому, какъ общее правило, разъ только констатировано присутствіе опухоли, выходящей изъ полости малаго таза въ полость живота, повторная перкуссия необходима. Для примѣра здѣсь будутъ приведены данныя, получаемыя при перкуссіи овариальныхъ кистомъ и асцита, а также и совмѣстнаго ихъ существованія.

Представимъ себѣ овариальную кисту, достигшую величины матки на 8-мъ мѣсяцѣ беременности. Перкутируя животъ по выше-сказаннымъ линіямъ, мы получаемъ, что арея глухого отъ тимпанического звука ограничивается кривою линіей, обращенной выпуклостью къверху, и отъ этой линіи, какъ при поверхностной, такъ и при глубокой перкуссіи глухой звукъ идетъ непосредственно въ полость малаго таза, а боковыя люмбарныя области или одна изъ нихъ даютъ тимпанической звукъ; вершина же сводообразнаго увеличенія живота всегда съ глухимъ звукомъ (см. рис. 1). При асцитѣ мы отмѣчаемъ, что линія, разграничивающая арею глухого и тимпанического звука, обращена выпуклостью книзу; вершина увеличенія — съ тимпаническимъ звукомъ, боковыя люмбарныя области — съ глухимъ (см. рис. 2). При совмѣстномъ существованіи овариальныхъ кистъ и асцита верхняя граница будетъ обозначаться кривою линіей съ выпуклостью,



Рис. 1. Линія распространія тупого звука при овариальной кистомѣ. О — tumor ovarii, I — intestina, H — hepar.

асцита верхняя граница будетъ обозначаться кривою линіей съ выпуклостью,

обращенной кверху; вершина увеличения живота съ глухимъ звукомъ, а въ боковыхъ люмбарныхъ областяхъ звукъ будетъ глухой, по линіи, разграничивающая полосу ясного звука и глухого, выпуклостью будетъ обращена внизъ (см. рис. 3—Асцитъ средней величины). Такая же картина глухого звука получается при беременности, фиброміомахъ и другихъ тазовыхъ опухоляхъ. Но, конечно, могутъ быть и исключенія, что объясняется возможностью ненормальнаго положенія кишекъ по причинѣ ихъ приращенія къ переднимъ брюшнымъ стѣнкамъ. Желаящіе ознакомиться съ разновидностями перкуссіи при увеличеніи живота могутъ прочесть объ этомъ у Peaslee и Spencer Wells.

Выслушиваніе. При всякомъ увеличеніи живота въ періодъ менструальной жизни женщины врачъ обязанъ произвести аускультацию, ибо не должно позабывать, что при діагностикѣ увеличенія живота должно всегда начинать съ исключенія беременности, съ исключенія, такъ сказать, физиологической причины увеличенія живота. Помимо выслушиванія сердцебиенія, плацентарныхъ шумовъ, иногда слышатся шумы въ сосудахъ или нормальныхъ или патологическихъ. Шумы въ нормальныхъ сосудахъ слышатся по направленію стволонъ, т. е. аорты и ея развѣтлений и при глубокомъ надавливаніи стетоскопомъ шумы или звуки могутъ исчезнуть. При шумахъ въ сосудахъ опухоли мѣсто шумовъ неопредѣленное, и отъ сдавливанія стетоскопомъ шумы не исчезаютъ. Некоторые выслушиваютъ *arterias epigastricas*, въ которыхъ иногда замѣчаются шумы, и удостовѣряютъ, что таковые шумы замѣчаются исключительно при фиброміомахъ; наблюденіе же этого не подтвердило, а наоборотъ, указало, что присутствія шумовъ въ сказанныхъ сосудахъ не бываетъ при несомнѣнныхъ фибромахъ и иногда замѣчается при несомнѣнныхъ яичниковыхъ кистахъ. Иногда при аскультации слышенъ ясно шумъ тренія или кренигации, что указываетъ на треніе двухъ шероховатыхъ поверхностей—брюшиной и опухоли,—и обусловливается или утолщеніемъ и уплотнѣніемъ брюшины, или присутствіемъ легкихъ, легкоразрываеваемыхъ, слабыхъ сращеній. Во всякомъ случаѣ этотъ признакъ долженъ считаться хорошимъ, указывающимъ или на отсутствіе приращеній, или на слабость ихъ.

Ощупываніе начинается съ изслѣдованія подчревной области, причемъ сперва обследуется плоскость входа въ малый тазъ. Для этого основанія ладони кладутся на *symphysis pubis* и горизонтальныя вѣтви лобковыхъ костей, а концы пальцевъ направляются къ *promontorium*, который при расслабленныхъ брюшныхъ стѣнкахъ достигается и ощупывается чрезвычайно легко. Въ нормальномъ состо-



Рис. 2. Линія распространенія тупого звука при асцитѣ А—ascites, J—intestina, H—hepar.



Рис. 3. Линія распространенія тупого звука при совмѣстномъ существованіи асцита и овар. кист.

линіи достиженіе promontorium не вызываетъ никакой чувствительности, и на этомъ пути только у многорожавшей можно ощупать тѣло, которое соответствуетъ дну матки, такъ что если таковаго тѣла не встрѣчается, то заключеніе отсюда ясное, что или матка опущена, или запрокинута назадъ. Установивши концы пальцевъ на promontorium, ведутъ ихъ въ стороны по lineae innomitaе, и обходя послѣднія, ощупываютъ плоскость входа въ малый тазъ, т. е. границу между большимъ и малымъ тазомъ. Если концы пальцевъ, приставленные къ промоторію, направлять внизъ въ полость крестцовой кости, то можно ощупать заднюю половину таза, а если привести ихъ на заднюю поверхность symphysis pubis, то переднюю половину таза. Нигдѣ не должно быть чувствительности. Если провести линію отъ пупка до середины пупартовой связки обѣихъ сторонъ, раздѣлить эту линію на три части и давить среднимъ пальцемъ глубоко на границѣ средней и нижней частей, то въ случаѣ пораженія придатковъ получается на этомъ мѣстѣ боль. Этотъ признакъ весьма надежный. Засимъ изслѣдуется пупочная область, надчревная, и боковая лямбарная. Особенное вниманіе обращается на илеоцекальную область и на обследованіе appendix vermicularis. Для этого проводятъ линію отъ пупка до sp. ant. sup. dextra; положи на средину ея ладонь, пальцами ощупываютъ илеоцекальную область и отмѣчаютъ или чувствительность, или опухоль, или урчаніе. При обвисломъ или дрябломъ животѣ обязательно изслѣдованіе печени, въ особенности нижняго ея края. Для этого основаніе ладони кладется на подреберье, а концами пальцевъ ощупывается нижній край печени. Установивъ концы пальцевъ около 10 ребра съ правой стороны, обслѣдуется мѣсто желчнаго пузыря, а переводя въ подложечную и подреберную области концы пальцевъ обѣихъ рукъ, обслѣдуется желудокъ и селезенка. Если поставить пальцы по средней линіи выше пупка на три поперечные пальца и разводять ихъ въ разныя стороны, то обслѣдуется colon transversum и двумя руками обслѣдуется in fossa iliaca sinistra S. Vomanum. Въ нормальномъ состояніи весь трактъ толстой кишки нечувствителенъ, и если она пуста, то ощупываніе дастъ отрицательный результатъ. Ощупываніе почечной области производится или въ спинномъ положеніи, или боковомъ. Въ спинномъ положеніи пальцы одной руки подводятся въ подреберье, а другая рука подпираетъ мягкую часть лямбарной области. Заставляя большую глубоко вдыхать и выдыхать, стараются ощупать почку. Если почка ощупывается, то она или опущена, или увеличена. Въ боковомъ положеніи ладонь руки подводится подъ боковую лямбарную часть и концы пальцевъ направляются впередъ и къ подреберью, а другой рукой, начиная съ средней линіи, прижимаютъ подреберье.

При помощи ощупыванія, мы стараемся получить ясное представленіе о консистенціи, флюктуациі, подвижности, чувствительности и о мѣстѣ развитія опухоли. Главнымъ образомъ стараемся при помощи извѣстнаго маневра убѣдиться, имѣемъ ли дѣло съ тазовою или брюшною опухолью. Въ случаѣ тазовой опухоли, пальцы, положенные надъ symphysis pubis, не достигаютъ promontorium, потому что плоскость входа въ малый тазъ занята опухолью, и въ случаѣ маточной или тазовой опухоли выведеніе ея изъ полости таза въ брюшную затруднительно или невозможно. Но, конечно, здѣсь могутъ быть и исключенія. Исключенія эти или

обусловливаются длинной пожкой, или атрофіей и истощеніемъ шейки матки, или сращеніемъ брюшныхъ опухолей съ тазовыми органами.

Выше мы говорили объ ощущиваніи ожирѣлаго и отвислаго живота, а ниже говоримъ о значеніи чувствительности при ощущиваніи его. При ощущиваніи врачъ обращаетъ тщательное вниманіе на выраженіе лица больной, и по немъ заключаетъ о присутствіи или отсутствіи чувствительности. Большую должно заставить ровно и глубоко дышать, совѣтуя держать ротъ полуоткрытымъ, и при помощи разговора отвлекать ея вниманіе, дабы устранилъ произвольное сокращеніе брюшныхъ мышцъ. Иногда при ощущиваніи замѣчается сводообразная напряженность брюшныхъ стѣнокъ съ яснымъ тимпаническимъ звукомъ, но большей части у особъ первичныхъ и истеричныхъ. При нѣкоторомъ навыкѣ почти безошибочно можно опредѣлить присутствіе истеріи. Если животъ сводообразно увеличенъ и истерія на лицо, то такое увеличеніе извѣстно подъ названіемъ *phantom-tumor*. Иногда неуступчивость брюшныхъ стѣнокъ бываетъ настолько значительна, что служитъ показаніемъ къ хлороформированію больной. При изслѣдованіи опухоли брюшной полости должно продолжительное время двигать рукой по опухоли, какъ бы растирая ее, ибо иногда въ случаѣ беременности и присутствія *haematometra* появляются замѣтныя сокращенія опухоли (матки). Если это явленіе замѣчается, врачъ обязанъ произвести самое тщательное изслѣдованіе, чтобы исключить беременность. При всякомъ ощущиваніи живота должно ощущивать и паховыя железы, ибо въ нормальномъ состояніи онѣ почти никогда ясно не прощупываются. Если при движеніи брюшныхъ стѣнокъ слышится скрипъ подъ рукой или треніе, какъ бы крепитация, то это указываетъ намъ на тѣ же самыя явленія, какъ и при выслушиваніи.

Осмотръ грудей никогда не долженъ быть упускаемъ, такъ какъ въ сомнительныхъ случаяхъ можетъ вывести на истинную дорогу. Въ хорошо развитыхъ грудяхъ у женщины съ перерожденными яичниками прощупываются ясно и отчетливо дольки железъ. Это самое важное, въ чемъ долженъ убѣдиться врачъ при ощущиваніи грудей, ибо величина, упругость или обвислость грудныхъ железъ имѣетъ малое значеніе. При атрофіи яичниковъ, канкрозномъ перерожденіи или недостаткѣ развитія ихъ дольки железъ не прощупываются. При *superginvolutio*, если дольки железъ прощупываются и *molimina menstrualia* присутствуютъ, излѣченіе возможно. При позднемъ наступленіи періода *pubertatis* присутствіе ясно ощущиваемыхъ долекъ указываетъ на развитые яичники. При наступающемъ климактерическомъ періодѣ исчезновеніе долекъ является первымъ почти признакомъ. Осмотръ соска имѣетъ малое значеніе и указываетъ только на могущее представиться затрудненіе при кормленіи. Осмотръ ареоль, окружающихъ сосокъ, и Монгомеровыхъ железъ имѣетъ важное значеніе, такъ какъ сильное окрашиваніе первыхъ и увеличеніе послѣднихъ всегда должно наводить врача на мысль о присутствіи беременности, въ особенности если ареолы раздѣляются на два круга: внутренній, болѣе темный, и наружный, слабѣе окрашенный. Этотъ послѣдній признакъ особенно рѣзко замѣтеть отъ 4—5 мѣсяца беременности. Осмотрѣвши груди, врачъ старается выдавить изъ соска молозиво или молоко. Для этого грудь захватывается у основанія полною рукою и легкими сжимающими движе-

пальцы сводятся по направленію къ соску, причемъ, не доходя дойма на 2 до конца соска, грудь сдавливается сильнѣе и при этомъ иногда замѣчается выступаніе молозива или молока. Въ начальныхъ періодахъ *graviditas extrauterina* этотъ признакъ долженъ считаться драгоценнымъ, ибо удавалось его добывать у особей черезъ 3—4 мѣсяца послѣ разрыва беременной трубы. Затѣмъ осматривается *mons Veneris*, его полнота или уплощенность, обрѣзываются ли волосы горизонтальной линіей, или ростъ ихъ продолжается по средней линіи, какъ у мужчинъ. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ является подозрѣніе о какомъ либо недостаткѣ развитія половыхъ органовъ.

Покончивши съ наружнымъ осмотромъ, врачъ приступаетъ къ внутреннему, для чего обнажаетъ наружные половые органы и осматриваетъ большія и малыя губы, отмѣчая въ нихъ консистенцію, чувствительность и величину, и раздвигая большимъ и указательнымъ пальцами большія и малыя губы, обнажаетъ клиторъ съ *praeputium* и *frenulum*, мочеиспускательное отверстие, входъ во влагалище и промежность. При осмотрѣ клитора обращаетъ особенное вниманіе на чувствительность и развитіе головки и кавернозныхъ тѣлъ послѣдняго. Ощупываніе кавернозныхъ тѣлъ клитора рѣшительно необходимо у женщинъ безплодныхъ или рожавшихъ, но съ индифферентнымъ *coitus*, ибо иногда при этихъ условіяхъ при прямомъ раздраженіи эрекции кавернозныхъ тѣлъ не происходитъ. Такъ же тщательно должно разсматривать основаніе головки клитора, гдѣ нерѣдко вслѣдствіе присутствія смегмы образуются сеадины, доставляющія много страданій. Излишнее увеличеніе кавернозныхъ тѣлъ (при безплодіи) иногда заставляетъ предполагать мастурбацию, въ особенности при значительной пигментации малыхъ губъ. Изслѣдованіе отверстия мочеиспускательнаго канала совершается по общимъ правиламъ. При изслѣдованіи входа во влагалище тотчасъ убѣждаемся въ цѣлости или разорванности промежности, ибо при разрывахъ промежности *fossa navicularis* и задняя спайка большихъ губъ не существуютъ. Если разрывъ промежности существуетъ, то стараемся обслѣдовать направленіе рубцовъ. При осмотрѣ входа во влагалище обращается тщательное вниманіе на остатки *hymen* или *carunculae myrtiformes*; вялость, дряблость и плохое развитіе ихъ по большей части бываетъ при такомъ же состояніи внутреннихъ половыхъ органовъ. О цвѣтѣ входа во влагалище будетъ говорить ниже (см. ракъ). Кромѣ того обслѣдуется отверстие выводныхъ протоковъ Бартолиновыхъ железъ. Въ нормальномъ состояніи они едва замѣтны и отверстие представляется окруженнымъ блѣдно-розовымъ кружкомъ. Если окраска этого кружка темнокрасная, а при выдавливаніи изъ отверстия мочеиспускательнаго канала показывается капля слизи или гноя, то является большое подозрѣніе, не заражена ли женщина трипперомъ. Чтобы добыть послѣдній признакъ, указательный палецъ вводится во влагалище и уретра на всемъ протяженіи придавливается къ *symphus. pubis*. Чтобы ощупать Бартолиновы железы, захватывается пальцами большая губа на соединеніи задней трети съ среднею, и въ случаѣ увеличенія Бартолиновыхъ железъ, послѣднія прощупываются. При осмотрѣ же входа во влагалище убѣждаемся въ выпаденіи передней или задней стѣнки его, заставляя иногда женщину жидиться и кашлять. Равно также убѣждаемся въ цвѣтѣ слизистой оболочки влагалища и въ качествѣ отдѣляемаго. Вводи указатель-

ный палецъ лѣвой или правой руки, одноименной съ пораженной половиной тѣла, во входъ во влагалище, опредѣляемъ чувствительность входа во влагалище; за-симъ проводимъ палецъ, обращенный ладонной поверхностью вверхъ, по направ-ленію передней стѣнки влагалища и получаемъ точныя свѣдѣнія о консистенціи, чувствительности, температурѣ и *columna rugata* на передней стѣнкѣ влагалища. Такимъ образомъ проводимъ конецъ пальца до влагалищной части и отмѣчаемъ, находится ли влагалищная часть въ передней, задней или въ одной изъ боковыхъ половиць таза, или лежитъ центрально. Опредѣливши мѣсто ея, опредѣляемъ вели-чину, въ особенности продольный размѣръ, консистенцію, направление и чувстви-тельность. Нормальная влагалищная часть имѣетъ размѣръ въ $\frac{1}{2}$ или $\frac{3}{4}$ " , по зад-ней поверхности нѣсколько больше, консистенція плотная, чувствительности ни-какой, поверхность гладкая, ровная, скользкая. Обслѣдовавши влагалищную часть, обслѣдуемъ наружное маточное отверстіе, которое должно быть закрыто, безъ разрывовъ и надрывовъ у нерожавшихъ, и неровное у рожавшихъ: у нерожав-шихъ форма щелевидная, у дѣвственницъ передняя губа заходитъ нѣсколько на заднюю—*os tyncae*; у неимѣвшей *coitus* иногда сохраняются боковыя *frenula*; у рожавшихъ форма круглая или неправильная, звѣздообразная съ присутвіемъ надрывовъ или разрывовъ (см. рисунокъ въ анатоміи). Чувствительности не должно быть. Консистенція одинакова съ консистенціей влагалищной части. Если палецъ въ отверстіи матки ощущаетъ бархатистую консистенцію, то присутвіе ссадинъ или язвъ весьма вѣроятно. Этотъ признакъ настолько постояненъ, что можетъ служить показаніемъ къ введенію зеркала, и почти всегда безошибочно открываются ссадины или язвы. Изслѣдованіе влагалищной части и отверстія матки составляетъ, такъ сказать, основу внутренняго гинекологическаго изслѣдованія, ибо въ нѣко-торыхъ случаяхъ у особъ ожирѣлыхъ, съ большимъ метеоризмомъ, дно и тѣло плохо прощупывается и по консистенціи, формѣ, величинѣ влагалищной части можно возсоздать болѣе или менѣе правильное представленіе о таковыхъ же свой-ствахъ тѣла и дна матки. Точно также мѣсто нахождения влагалищной части въ огромномъ большинствѣ случаевъ указываетъ, гдѣ надо искать дно и тѣло матки. Такъ напр. если шейка матки стоитъ высоко и въ задней половинѣ таза, и если въ переднемъ сводѣ, при двойномъ обслѣдованіи, не находится дна и тѣла матки, то ясно, что вся матка *en masse* лежитъ въ задней половинѣ таза т. е. въ со-стояніи *retropositionis*, и если пузырь пустъ, то такая *retropositio* безусловно пато-логическая. Тоже самое, если шейка лежитъ ближе къ *symphysis pubis*, то дно и тѣло находится вѣроятно въ задней половинѣ таза т. е. въ *retroversio* или *flexio*. Если же они тамъ не прощупываются, то матка находится въ состояніи *antero- sitionis*. Другими словами, направление влагалищной части по большей части на-ходится въ противоположномъ направленіи съ дномъ и тѣломъ. Надо бы сказать о высотѣ стоянія влагалищной части отъ входа во влагалище, но матка—органъ подвижный, и потому точное положеніе высоты влагалищной части мало извѣстно. Но какъ общее правило, если влагалищная часть приближена къ *symphysis pubis* и лежитъ ниже верхняго его края, то матка или находится въ опущенномъ со-стояніи или существуетъ гипертрофія шейки.

Обслѣдовавъ влагалищную порцію, обслѣдуемъ своды, которые должны быть

выпуклы, эластичны, податливы, не чувствительны и безъ яснаго біенія сосудовъ. Податливость ихъ настолько развита, что можно черезъ нихъ обследовать всю надвлагалищную часть шейки матки, причемъ женщина не испытываетъ никакихъ непріятныхъ ощущеній. При этомъ удается получить ясное представленіе о сказанной части.

Послѣ этого врачъ приступаетъ къ двойному изслѣдованію, для чего кладетъ основаніе ладони на верхній край symphysis pubis, а концы пальцевъ направляетъ къ promontorium, такъ что кисть руки находится въ плоскости входа въ малый тазъ. Если при такой манипуляціи палецъ, покоящійся на наружномъ маточномъ отверстіи, чувствуетъ толчекъ, то этимъ тотчасъ же опредѣляется положеніе дна матки и отмѣчается, лежитъ ли оно въ передней или задней половинѣ таза; тогда, иди концами пальцевъ отъ promontorium къ symphysis pubis, отыскиваютъ дно матки и по разстоянію между концами пальцевъ заключаютъ о наружномъ продольномъ размѣрѣ матки (нормальный равенъ $2\frac{1}{2}$ —3"). Опредѣливши продольный размѣръ, дно матки фиксируютъ и пальцемъ во влагалищѣ опредѣляютъ консистенцію, чувствительность и соотношеніе оси тѣла и дна матки съ осью шейки; при этомъ легко убѣдиться, находится ли уголъ между сказанными частями, или нѣтъ, и куда онъ обращенъ, помни, что въ нормальномъ состояніи соотношеніе оси тѣла къ оси шейки представляетъ легкую криватуру, выпуклостью обращенную къзади, или незначительный тупой уголъ, обращенный къпереди. При изслѣдованіи матки главнымъ образомъ обращаемъ вниманіе на ея подвижность: дно и тѣло можетъ быть легко и безболѣзненно отклонено впередъ или назадъ, при чемъ шейка направится въ противоположную сторону.

Точно также возможны движенія вверхъ и внизъ. При всѣхъ таковыхъ движеніяхъ женщина не должна испытывать ни малѣйшей боли. Что касается чувствительности матки, то главнымъ образомъ должна быть изслѣдована задняя поверхность ея, для чего пальцемъ, глубоко введеннымъ въ задній сводъ, толкаемъ матку впередъ. Если подвижность ограничена, то опредѣляемъ причину, зависить ли это отъ присутствія опухоли, эксудата, сращеній или отъ болей.

Зондъ рѣдко долженъ быть употребляемъ и показанія къ его употребленію весьма ограничены. Лично я употребляю его въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ необходимо какое либо оперативное вмѣшательство и гдѣ необходимо въ силу этого знать о соотношеніи матки къ окружающимъ органамъ и новообразованіямъ; другими словами, исключительно почти при фиброзныхъ, оваріальныхъ и тазовыхъ новообразованіяхъ. Если есть какой либо эксудатъ въ полости таза, то зондированіе воспрещается. Если матка чувствительна и неподвижна, или подвижна, но болѣзненна, то зондъ не долженъ быть употребляемъ. Я иду дальше и утверждаю, что если при двойномъ изслѣдованіи ясно ощущается біеніе сосудовъ въ сводахъ, зондированія не должно предпринимать. Неисполненіе сихъ правилъ производитъ массу тяжелыхъ заболѣваній, и если зондированіе необходимо, то должно производить его по всѣмъ правиламъ строгой антисептики.

За снмъ двойнымъ изслѣдованіемъ опредѣляемъ состояніе широкихъ связокъ. У женщинъ рожавшихъ широкія связки податливы, нечувствительны, такъ что при нѣскольکو расслабленныхъ брюшныхъ стѣнкахъ можно свести концы пальцевъ.

У нерожавшихъ иногда это удается, иногда нѣтъ, но въ обоихъ случаяхъ чувствительности нѣтъ. Иногда въ толщѣ широкихъ связокъ прощупываются какъ бы тяжи или шнуры; по мѣсту положенія и направленія этихъ тяжей удается заключить, труба ли это, круглая ли маточная связка, или связка яичника. Уже раньше было сказано, что своды влагалища должны быть выпуклы, и потому изглаживаніе ихъ зависитъ или отъ опухоли, или отъ эксудата, или отъ смѣщенія матки, такъ напр. въ началѣ беременности матка находится въ состояніи *anteversionis*, причемъ передній сводъ, въ силу отклоненія шейки взадъ, а дна впередъ, всегда бываетъ изглаженъ.

Что касается ощупыванія ovarій при двойномъ влагалищно-брюшномъ изслѣдованіи, то нормальные яичники въ огромномъ большинствѣ случаевъ прощупываются въ формѣ легко-ускользающихъ изъ подъ пальцевъ мишдалевидныхъ тѣлъ. Поэтому, если нѣтъ исхуданія, одрябленія, и если яичники прощупываются въ видѣ неускользающихъ тѣлъ, то, вѣроятно, въ силу какого-либо заболѣванія ихъ. Если желаютъ получить ясное представленіе о величинѣ, консистенціи, чувствительности ovarій, то они должны быть обслѣдованы двойнымъ изслѣдованіемъ *per rectum* и *per parietes abdominales*, однимъ или лучше двумя пальцами, причемъ можно удостовѣриться не только въ сказанныхъ свойствахъ, но и въ подвижности ихъ. Заключение о состояніи трубъ дѣлается по большей части или путемъ исключенія, или логическимъ анализомъ болѣзненныхъ явленій, или прямымъ ощупываніемъ растянутыхъ, утолщенныхъ, иногда извитыхъ или чувствительныхъ трубъ.

Черезъ влагалище же можно изслѣдовать и мочеточники. Въ беременномъ состояніи иногда легко прощупываются гипертрофированные утолщенные мочеточники двойнымъ изслѣдованіемъ черезъ переднюю стѣнку влагалища. Направленіе ихъ идетъ косвенно снизу вверхъ и въ стороны. Виѣ беременности и при нормальномъ состояніи мочеточниковъ прощупываніе ихъ невозможно или исключительно рѣдко удается. Но если мочеточникъ боленъ и утолщенъ, или если въ немъ есть скопленіе гноя, или инфильтрація, или камни, или лоханка и почка соответствующей стороны болны, то мочеточникъ или прощупывается, или мѣсто его прохожденія весьма чувствительно, и если ввести зондъ въ пузырь, и концомъ зонда упираться близъ отверстія мочеточника, то чувствительность въ такихъ случаяхъ получается довольно рѣзкая. Этимъ способомъ изслѣдованія удается иногда довольно вѣроятно констатировать заболѣваніе мочеточниковъ.

Изслѣдованіе пузыря по способу Симона. Уже при двойномъ влагалищно-брюшномъ изслѣдованіи можно получить представленіе о толщинѣ и чувствительности стѣнокъ пузыря, сводя концы пальцевъ за *symph. pubis*, но иногда спеціальныя показанія требуютъ тактильнаго изслѣдованія внутренней поверхности пузыря. Эти показанія обуславливаются присутствіемъ инородныхъ тѣлъ, камней въ пузырьѣ, ненормальными истеченіями, присутствіемъ опухолей и разстройствомъ функціи мочеотдѣленія. Во всѣхъ этихъ случаяхъ изслѣдованіе по способу Симона представляется незамѣнимымъ. Раньше такого изслѣдованія пузырь изслѣдуется зондомъ и опредѣляется чувствительность, гладкость или ровность пузыря и мочеиспускательнаго канала. Для изслѣдованія по способу Симона необходимо имѣть это зеркало въ количествѣ 7 штукъ (см. рис. 4) Наканунѣ женщинѣ дается сла-

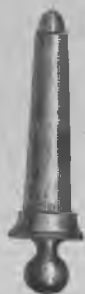


Рис. 4. Зеркало Симона для расширенія уретры.

бительное, до операциі ставятъ промывательное, и хлороформируютъ женщину *ad maximum*. На наружномъ мочеиспускательномъ отверстіи дѣлаются звѣздообразныя, неглубокія насѣчки, проникающія сквозь слизистую и мышечную ткань, и начинаютъ вставлять постепенно зеркала отъ меньшаго № до большаго. Уже при № 6 мочеиспускательный каналъ настолько расширенъ, что можно легко провести черезъ него указательный палецъ, а при № 7-мъ, при искусственномъ освѣщеніи, легко ознакомиться *per visum* съ цвѣтомъ слизистой оболочки пузыря или новообразованія въ немъ. Цвѣтъ слизистой оболочки пузыря представляется бѣлесовато-блѣднымъ, почти безсосудистымъ, вплоть до шейки пузыря. Начиная съ шейки пузыря цвѣтъ слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала представляется темнокраснымъ, но ровнымъ, гладкимъ и не кровоточивымъ; въ случаѣ присутствія противоположныхъ признаковъ заключаютъ о его заболѣваніи. Изслѣдуютъ пузырь по обыкновеннымъ правиламъ двойнаго изслѣдованія: пузырно-брюшнаго и пузырно-влагалищнаго или, пользуясь таковымъ расширеніемъ, примѣняютъ терапевтическое и хирургическое пособіе. Послѣ операциі женщина переносится въ постель, и обыкновенно, недержанія мочи не бываетъ. Вообще я не видѣлъ ни разу какихъ-либо дурныхъ послѣдствій отъ такого расширенія. Симонъ предложилъ еще черезъ пузырь изслѣдовать мочеточники и состояніе лоханокъ, для чего употребляются длинныя, тонкіе бужи и катетеры; но я лично не имѣлъ случая на живой воспользоваться этимъ методомъ. Изслѣдованіемъ по способу Симона еще можно пользоваться съ діагностической и терапевтической цѣлью въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ влагалище отсутствуетъ по причинамъ врожденнымъ или приобретеннымъ.

Изслѣдованіе per rectum по способу Симона. Гинекологи часто пользуются изслѣдованіемъ *per rectum* однимъ, двумя и четырьмя пальцами съ цѣлью удостовѣриться въ состояніи матки и ея придатковъ и въ отношеніи этихъ послѣднихъ къ новообразованію. Но этого бываетъ иногда недостаточно, ибо новообразованіе можетъ лежать слишкомъ высоко, и поэтому Симонъ предложилъ вводить полную руку вплоть до локтя. Женщинѣ очищаютъ кишечный каналъ и хлороформируютъ ее. Предварительно дѣлаютъ нѣсколько насѣчекъ на *sphincter ani*, и засимъ вводятъ сначала одинъ палецъ, потомъ другой, третій и четвертый въ заднепроходное отверстіе, причемъ концы пальцевъ конусообразно сводятся, и дѣлается нѣсколько ротаторныхъ движеній. Засимъ, направляя концы пальцевъ вверхъ, къзади, въ полость крестцовой кости, вводятъ большой палецъ и направляютъ концы пальцевъ по лѣвую сторону *promontorium*—по направленію *flexura sigmoidea*. Когда концы пальцевъ прошли за *promontorium*, то дальнѣйшее введеніе должно быть совершаемо съ осторожностью, ибо легко на мѣстѣ поворота *S Rotundum* произвести пораненіе и даже разрывъ кишки. Дальнѣйшія попытки къ введенію врядъ-ли необходимы, такъ какъ при этомъ легко свести концы пальцевъ рукъ въ пупочной области. Затѣмъ осторожно рука вынимается изъ задняго прохода, заднепроходное отверстіе и кишка вымываются антисептической жидкостью и на заднепроходное отверстіе кладется свищовая или карболовая при-

мочка. Недержанія кала не замѣчается, болѣзненность при испраженіи остается иногда надолго. Весь методъ изслѣдованія производится или въ положеніи для камнешченія, или въ боково-брюшномъ, или въ положеніи *à la vache*. Я долженъ замѣтить, что лично я этотъ способъ примѣнялъ при діагностикѣ новообразованія почекъ и по поводу трубной вѣматочной беременности, и думаю, что показанія къ нему должны быть весьма серьезны и крайне ограничены.

Въ настоящее время способъ Симона едва-ли найдетъ примѣненіе, потому что, въ виду усовершенствованія техники лапаротомій, эксплораторная лапаротомія можетъ дать гораздо болѣе совершенныя данныя.

Изслѣдованіе при помощи зеркалъ.—Зеркала употребляются троякаго рода: круглое, створчатое и желобоватое. Цѣль—діагностическая и терапевтическая. Діагностическая цѣль—осмотръ наружнаго отверстія матки, влагалищной части, сводовъ и стѣнокъ влагалища.

Терапевтическая—употребленіе лѣкарственныхъ средствъ или съ цѣлію расширенія. Всякое зеркало должно быть введено безболѣзненно. Поэтому должно быть избѣгаемо дотрогиваніе до клитора и до отверстія мочеиспускательнаго канала. Главнымъ образомъ надо растягивать задній край входа во влагалище и на него нужно опираться концомъ зеркала. При введеніи избѣгать попаданія волосъ и ущемленія малыхъ губъ. Влагалищная часть и отверстіе матки отыскиваются предварительнымъ ручнымъ изслѣдованіемъ, а при введеніи зеркалъ руководствуются поперечною складкой, образуемой отъ соприкосновенія передней стѣнки съ задней (1).

Зондированіе. Для зондированія необходимо имѣть твердый и мягкій зондъ. Зондъ долженъ быть предъ употребленіемъ чистъ, поэтому онъ или промывается 5%, растворомъ карболовой кислоты или прогрѣвается на спиртовой лампочкѣ, и передъ введеніемъ смачивается растворомъ іодоформа въ эфирѣ. Рукоятка захватывается большимъ и указательнымъ пальцемъ правой руки.

Указательный палецъ лѣвой руки отыскиваетъ наружное отверстіе матки, и пуговка зонда ведется по ладонной поверхности лѣваго указательнаго пальца до наружнаго отверстія матки, проникаетъ сквозь него въ шейный каналъ, и доходить до внутренняго отверстія матки, которое нѣсколько сокращается и задерживаетъ. Подождавши 1 или 2 секунды, проникаютъ дальше въ полость матки, соображаясь съ предварительнымъ ручнымъ изслѣдованіемъ.

Зондомъ не слѣдуетъ упираться въ дно матки, которое можетъ быть очень чувствительно (*endometritis fundi*), или можетъ быть рыхло и проникаемо (послѣ—родовая и старчѣская матка). Діагностическая цѣль: 1) опредѣленіе проходимости шейнаго и маточнаго канала, 2) направленія, 3) чувствительности, 4) кровотоковости, 5) длины полости матки, отчасти ширины, и отчасти расширенія полости матки (если конецъ зонда очень легко поворачивается въ разныя стороны, то полость расширена, *dilatatio cavi uteri*), 6) опредѣленіе подвижности матки (чего, впрочемъ, нужно избѣгать), 7) опредѣленіе положенія матки впереди, сбоку или

(1) Детальныя показанія къ зеркаламъ см. въ частномъ отдѣлѣ.

сзади опухоли и 8) опредѣленіе непосредственной передачи движенія опухоли на матку или зондъ; въ случаѣ непосредственной передачи—опухоль маточная или въ тѣсномъ приращеніи съ маткой.

Терапевтическая цѣль:—1) производство выкидыша и преждевременныхъ родовъ, 2) лѣченіе суженій (лучше бужами), 3) лѣченіе смѣщеній (лучше избѣгать), 4) введеніе лѣкарственныхъ веществъ (марли)—зондъ Плейфера, маточные пистолеты. Противопоказанія: беременность, маточная или внематочная (последняя условно), острые воспалительные процессы въ маткѣ или ея придаткахъ, кровоточивость и гистеро-эпилептическіе припадки (возможность вызвать ихъ ⁽¹⁾).

Г Л А В А П.

Примѣры разбора больныхъ.

Г-жа Н., чиновница, 42 лѣтъ, замужняя, родила 7 человекъ дѣтей, послѣдняго 7 лѣтъ тому назадъ, кормила. Не хворала ни во время беременности, ни послѣ родовъ; выкидышей не было. Крови явились первый разъ 15-ти лѣтъ, сразу установились и ходили до замужества черезъ 3 недѣли по 5 дней, безъ боли, въ умѣренномъ количествѣ. На 20-мъ году вышла замужъ, къ концу года родила, кормила; первыя крови послѣ родовъ показались къ концу 8-го мѣсяца и ходили съ тѣхъ поръ до настоящей болѣзни черезъ 4 недѣли по 6 дней, умѣренно, съ незначительными болями.

Coitus всегда былъ нормаленъ. Болями и кровотечениями никогда не страдала, больна $1\frac{1}{2}$ года. Жалуется на кровотеченіе и на сильныя неправильныя регулы. Боли внизу живота, усиливающіяся при движеніи, съ характеромъ постояннымъ, но бываютъ стрѣляющія и ломящія въ сторонѣ *symph. pubis* и крестцовой кисти. Бѣли обильныя, сукровичныя, съ запахомъ. Кровотеченіе постоянное 3-ю недѣлю. Моченспусканіе болѣзненно, не учащено. Около задняго прохода шишки, изъ которыхъ по временамъ бываетъ кровотеченіе. Существуютъ запоры по 3—4 дня, причемъ актъ испраженія бываетъ большею частью съ болью. Неопредѣленныя боли въ нижнихъ конечностяхъ. Аппетитъ плохъ, существуютъ отрыжки, изжоги, тошноты натошакъ и по принятіи пици, рвоты не было. Сердцебиеніе и одышка. Кашля нѣтъ, грудь не болитъ. Головныя боли и головокруженія повремениамъ. Сонъ плохъ. Знобовъ и жара не бываетъ. Кожа суха, повремениамъ бываетъ клейкій потъ.

Общій выводъ изъ разспроса. Передъ нами находится женщина много-ржавшая, которая до 41 слишкомъ лѣтъ была здорова, ибо всѣ функціи, начиная съ родовой и кончая секреторной, въ продолженіе этого времени совершались

(¹) Расширеніе матки, введеніе лѣкарственныхъ средствъ, тампонація и т. п. будутъ разсматриваться при частномъ обзорѣ. Различнаго рода модификаціи зондированія см. „Частный обзоръ“.

правильно. Только съ полгода начались расстройства. По словамъ больной, послѣдніе роды были 7 лѣтъ тому назадъ, т. е. 35-ти лѣтъ больная родила послѣдняго, и въ этомъ случаѣ нѣтъ данныхъ подозрѣвать какія либо послѣродовыя заболѣванія, которыя обусловили бы семилѣтнее безплодіе и настояція расстройства. Она родила 7 человѣкъ, слѣдовательно женскій типъ ея выразился выше средней величины. Итакъ, прошедшее ея можно назвать вполне нормальнымъ. Настоящая болѣзнь, т. е. кровотеченія, бѣли, началась $1\frac{1}{2}$ года тому назадъ, т. е. 41 $\frac{1}{2}$ года.

Причины болѣзни больная указать не можетъ; изъ тщательнаго разспроса оказывается, что года съ 2 тому назадъ появились разныя неблагоприятныя обстоятельства въ семейной жизни и матеріальной обстановкѣ, (мужъ потерялъ мѣсто, двое дѣтей умерло), которыя обусловили нравственное безпокойство больной и усилили ея заботы о благосостояніи семьи. Мѣсяца за три до кровотеченія у больной стали появляться бессонница и усиленный позывъ къ сладострастнымъ ощущеніямъ. Вотъ все, что можно получить относительно ея предшествовавшего состоянія въ смыслѣ причины заболѣванія. Спрашивается, какія причины могли вызывать кровотеченія? Не могла ли наша больная забеременѣть и выкинуть, ибо лѣта больной и обстановка не препятствуютъ этому? Но она твердо отрицаетъ задержку регулъ, схватки, появленіе сгустковъ въ кровяхъ, такъ что вопросъ о выкидышѣ долженъ быть устраненъ. Больной 42 года, родила 7-хъ, нѣтъ ли возможности предположить, что настоящая болѣзнь обуславливается наступленіемъ климактерическаго періода, ибо воючія бѣли не составляютъ рѣдкости въ климактерическихъ годахъ при катарральномъ заболѣваніи внутренней поверхности матки? Это предположеніе потому мало вѣроятно, что у больной какъ періодъ *pubertatis*, такъ и зрѣлая жизнь, были совершенно нормальны, и потому, если подъ влияніемъ нравственныхъ потрясеній и могъ бы наступить климактерическій періодъ, то, вѣроятно, проявленія его были бы не такъ бурны и не сопровождались бы болями. Итакъ, климактерическое кровотеченіе мало вѣроятно у нашей больной.

Съ такой же вѣроятностью должно исключить, какъ причипу кровотеченія, воспаленіе матки, смѣщеніе ея и неподвижность, равно и недостаточную инволюцію, ибо въ исторіи болѣзни нѣтъ рѣшительно ни одного указанія на такія причины. Больная худѣетъ, стало-быть *obesitas* также не можетъ служить причиной. Разрывъ шейки матки, въ особенности съ выворотомъ губъ, можетъ подать поводъ къ кровотеченіямъ, но обыкновенно появленію кровотеченій предшествуютъ усиленные и болѣзненные регулы, а также и бѣли послѣ родовъ. Да и въ самомъ послѣродовомъ процессѣ замѣчаются неправильности въ послѣродовыхъ очищеніяхъ. Но всѣхъ сказанныхъ явленій у нашей больной не было. Отсюда естественно является предположеніе, что не новообразованіе ли служитъ источникомъ кровотеченія? Извѣстно, что новообразованія могутъ быть доброкачественныя и злокачественныя. Къ доброкачественнымъ относятся фибромы и полипы. Есть ли возможность допустить, что въ данномъ случаѣ ими обуславливается кровотеченіе? Кровотеченіе при фибромахъ по большей части бываетъ хроническое, продолжающееся годы, причемъ еще до кровотеченія регулы начинаютъ ходить или въ

большемъ количествѣ, или чаще, такъ что, такъ сказать, стремленіе къ кровотеченію очень рано показывается у больныхъ, а если иногда кровотеченіе и происходитъ при совершенно правильныхъ регулахъ, то въ исторіи болѣзни стимуломъ являются роды, выкидышъ или воспаленія, чего въ данномъ случаѣ не было. Это одинаково можетъ быть приложимо и къ полипу. Если же иногда при фиброзныхъ полипахъ и появляется внезапно кровотеченіе, то обыкновенно оно сопровождается схватками, чего въ данномъ случаѣ не было замѣчено. Кровотеченію отъ слизистыхъ полиповъ обыкновенно предшествуютъ бѣли, чего у больной тоже не было. У нашей больной замѣчаются еще вонючія бѣли. Это явленіе рѣдко наблюдается при фибромахъ и полипахъ, и когда бываетъ, то зависитъ отъ распада и гангрены сказанныхъ новообразованій. Въ такомъ случаѣ схватки, долго продолжающіяся кровотеченія суть обычные явленія, предшествующія вонючимъ бѣлямъ.

Итакъ, мало вѣроятно, что въ данномъ случаѣ причиною кровотеченій служить фиброма или полипъ. Стало бытъ, единственной причиною кровотеченія въ данномъ случаѣ остаются злокачественныя новообразованія: аденома, саркома или ракъ. Съ этимъ вполне согласуется быстрота и внезапность наступленія кровотеченій, возрастъ больной, нравственныя потрясенія и предшествовавшее здоровое состояніе. Если окажется при изслѣдованіи одна изъ этихъ причинъ, то въ виду вонючихъ бѣлей должно думать, что новообразованіе находится въ стадіи распада и изъязвленія; кромѣ того новообразованіе, вѣроятно, перешло границы матки, судя по появленію болей, которыя главнымъ образомъ сосредоточиваются въ области крестцовой кости и *symphysis pubis*. Посему, вѣроятно, парацервикальная клѣтчатка поражена, такъ что, можетъ быть, случай принадлежитъ къ категоріи *incurabilis*. Всѣ вышесказанныя разсужденія должно подтвердить физикальное изслѣдованіе половыхъ органовъ.

Объективное изслѣдованіе. Выраженіе лица мало характерно, хотя нѣтъ тѣхъ признаковъ, которые замѣчаются при фибромахъ: нѣтъ отежности, прозрачной блѣдности. При осмотрѣ животъ оказывается не вздутымъ, скорѣе плоскимъ, кожа морщиниста, легко захватывается и при захватываніи образуетъ складку, которая долго потомъ не распускается. Брюшныя стѣнки плотны, не уступчивы, мало податливы. При изслѣдованіи плоскости входа въ малый тазъ получаются отрицательные результаты. Итакъ, при наружномъ обследованіи получаютъ явленія, мало говорящія въ пользу карциномы, но за то рѣшительно говорящія противъ сколько-нибудь развитой фибромы. Отсутствіе вздутія, отсутствіе боли при изслѣдованіи также рѣшительно говорятъ противъ воспалительныхъ страданій и противъ брюшного полнокровія. Отрицательныя данныя со стороны плоскости входа въ малый тазъ указываютъ, что, вѣроятно, процессъ не гнѣздится въ тѣлѣ и днѣ матки, но въ нижележащихъ частяхъ, т. е., вѣроятно, въ шейкѣ. Большія и малыя губы атрофичны, консистенція входа во влагалище дряблая, цвѣтъ его характерно-бѣлесоватый. Изъ влагалища истекаетъ вонючая, буровато-красная жидкость, въ которой плаваютъ маленькіе кусочки, бѣловато-желтоватыя, похожіе на клочки бумаги. Стѣнки влагалища скользки, и на мѣстѣ влагалищной части находится небольшое кратерообразное углубленіе, твердое,

бугристое, хрупкое, кровоточивое; въ этотъ кратеръ легко проникаетъ палецъ.

Затвердѣніе сводовъ очевидное, въ особенности задняго, гдѣ на поверхности слизистой оболочки ясно прощупываются экскоріаціи, характеризующіяся бархатистостью. При двойномъ обследованіи, дно и тѣло матки расположены по оси таза, но лежатъ болѣе въ задней половинѣ; продольный размѣръ матки не увеличенъ, консистенція плотная, подвижность ограниченная, въ особенности при попыткахъ подвинуть матку книзу. Глубокое изслѣдованіе задняго свода вызываетъ чувство боли. Въ параметріи, трубахъ и яичникахъ ничего ненормальнаго, за исключеніемъ нѣкотораго надвлагалищнаго утолщенія вокругъ шейки.

Диагностика. Процессъ сосредоточивается въ шейкѣ матки, процессъ не воспалительный, а новообразовательный въ стадіи изъязвленія и распада; парацервикальная клѣтчатка инфильтрирована. Инфильтрація распространяется на всѣ своды, но главнымъ образомъ въ ligamenta utero-sacralia; по причинѣ плохой подвижности, нѣсколько задняго положенія матки и чувствительности задняго свода, наслоеніе ложныхъ оболочекъ въ дугласовомъ пространствѣ вѣроятно. Твердость, хрупкость, ломкость скорѣе говорятъ въ пользу карциномы, чѣмъ саркомы. Тѣло и дно матки относительно здоровы.

Прогностика pessima, случай *incutabilis*, ибо инфильтрація распространилась на клѣтчатку и lig utero-sacralia. Всякое оперативное вмѣшательство безусловно будетъ сопровождаться рецидивомъ; за это говоритъ еще ограниченная подвижность матки. Продолжительность жизни при паллиативныхъ пособіяхъ—выскабливаніи и прижиганіи—не долгая, на что указываетъ распространеніе карциномы больше въ глубь, чѣмъ снаружи.

Г-жа Д., купеческая жена, 43 лѣтъ, вдова, родила 7, послѣдняго 8 лѣтъ назадъ; всѣхъ благополучно. Кормила только второго и третьяго ребенка, остальныхъ нѣтъ по неизвѣстной причинѣ. Выкидышей не было. Крови открылись на 12 году, ходили чрезъ 4 недѣли по 7 дней, много, съ схваткообразными болями внизу живота; послѣ замужества и родовъ продолжали ходить также, но послѣ послѣднихъ родовъ стали ходить черезъ 3 недѣли и по 7 дней, безъ боли, но въ большемъ количествѣ. Послѣдніе 2 года крови ходятъ чрезъ 3 недѣли, но уже по 9—13 дней, причемъ замѣчаются въ нихъ стустки. Въ продолженіе послѣднихъ 2 лѣтъ раза 2 было кровотеченіе по 2, по 3 недѣли безъ всякой видимой причины. Послѣднія регулы продолжались 2 недѣли и были обильны. Больной считаетъ себя съ годъ, жалуясь на затвердѣніе внизу живота, причиняющее ей чувство жженія, тоску и слабость; при ходьбѣ всѣ эти явленія ухудшаются, а при лежаніи стихаютъ. Бѣли сильныя, появляющіяся тотчасъ послѣ регулъ и продолжающіяся до слѣдующихъ, желтоватаго цвѣта, безъ запаха, иногда производящія чувство жженія и зуда въ наружныхъ половыхъ органахъ. Кровотеченій нѣтъ, если не считать послѣднія регулы за кровотеченіе. Мочиспусканіе свободно, на низъ запоры 2—3 дневные, смѣняющіеся иногда, въ особенности передъ регулами, поносами. Отрыжка, тошнота до пріятія пищи, сердцебіеніе, слабость,

головныя боли, боли въ спинѣ, опуханіе временами нижнихъ конечностей, бессонница, раздражительность и общая слабость. Лихорадочнаго состоянія нѣтъ.

Общій выводъ. Изъ этого разспроса видно, что больная принадлежитъ къ наиболѣе энергичному типу женщины: она родила 7, всѣхъ благополучно, всѣхъ доношенныхъ и всѣхъ живыхъ. Крови показались очень рано и ходили, хотя правильно, но всегда сильно, по 7 дней, въ началѣ же, до первыхъ родовъ, съ болью. Выкидышей ни одного. Такимъ образомъ до послѣдняго года, не смотря на сильныя крови, здоровье ея не разстраивалось, и только съ появленіемъ затвердѣнія она начала чувствовать рядъ мѣстныхъ и общихъ разстройствъ.

Всматриваясь тщательно, должно отмѣтить, что этому затвердѣнію предшествовали, съ годъ уже, усиленныя регулы, другими словами, должно думать, что въ послѣдній годъ затвердѣніе это выросло на столько, что стало замѣтно и для больной, причѣмъ въ продолженіе этихъ двухъ лѣтъ, не смотря на повторившееся кровотеченіе и обильныя регулы, ни разу не показывались вонючія бѣли, и не смотря на появленіе затвердѣнія, болѣе внизу живота не замѣчалось. Эти факты капитальной важности: они прямо исключаютъ возможность существованія злокачественнаго новообразованія, ибо трудно себѣ представить, чтобы какое-либо злокачественное новообразованіе матки, разрастаясь въ брюшную полость, не производило боли, воспаленія брюшины, и, подавая поводъ къ кровотеченію, не обозначалось бы зловонными отдѣленіями. Итакъ, отсутствіе болѣе при ясномъ ощупываніи больною затвердѣнія внизу живота и отсутствіе зловоннаго распада при существующемъ кровотеченіи заставляютъ думать, что причиною болѣзни не служить, по крайней мѣрѣ первично, какое-либо злокачественное новообразованіе. Кромѣ того, въ этомъ удостовѣряютъ хроничность кровотеченія и склонность къ большимъ потерямъ крови съ самаго начала періода *pubertatis*. Такая склонность къ кровотеченію обыкновенно замѣчается при фибромахъ. Съ послѣднихъ родовъ, т. е. уже въ продолженіе 8 лѣтъ, крови стали ходить сильнѣе; очевидно, что въ родовомъ или послѣродовомъ періодѣ данъ былъ какой-то стимулъ такого обилія кровей. Однако же изъ разспроса больной не усматривается, чтобы она хворала чѣмъ-либо въ послѣродовомъ періодѣ, и потому съ большой вѣроятностью можно исключить всѣ воспалительныя причины. Нельзя ли думать о смѣщеніяхъ матки, обусловленныхъ плохой инволюціей послѣдней? Но такое продолжительное смѣщеніе, подающее поводъ къ кровотечениямъ, неминуемо должно бы было повлечь за собою боли и рядъ многообразныхъ отраженныхъ явленій; кромѣ того, врядъ ли такое продолжительное смѣщеніе матки не осложнилось бы воспаленіемъ. Наконецъ, нельзя ли думать, что у больной находилась только недостаточная инволюція, ибо при ней усиленіе регулъ, бѣли и боли обыкновенное явленіе? Но у нашей больной бѣли стали показываться только два года; да и трудно себѣ представить, чтобы недостаточно инволюцированная матка перешла въ какое-то затвердѣніе, которое можетъ ощупать сама больная. Тоже самое можно сказать и о разрывахъ шейки. Исключивъ абортъ, ожирѣніе, *aroplexiam ovarii*, *retropositionem*, намъ еще представляется одна возможность, что не есть ли это затвердѣніе—опухоль яичника или широкой связки, въ которую случаются кровоизліянія, подающія поводъ къ наружнымъ кровотечениямъ. Но всѣ такіа

внутриопухольныя кровоизліянія сопровождаются болями и шокѣмъ въ той или другой степени, внезапнымъ увеличеніемъ опухоли, а иногда всѣми явленіями, свойственными перитониту. Такимъ образомъ и эту причину должно исключить. Остается, стало быть, всецѣло остановиться на фибромѣ. Но не можетъ ли здѣсь быть еще одного обстоятельства: большой 43 года, она не родитъ 8 лѣтъ, — нельзя ли думать о климактерическомъ періодѣ, совмѣстно съ которымъ появляется опухоль связокъ, яичниковъ или другихъ областей таза и брюшной полости? Такое предположеніе весьма вѣроятно и потому при физикальномъ изслѣдованіи должно быть обращено вниманіе на слѣдующее: имѣемъ ли мы дѣло съ маточной опухолью, или съ внѣматочною; въ послѣднемъ случаѣ, замѣчаются ли въ маткѣ и соосѣднихъ частяхъ явленія, свойственныя климактерическому періоду, или нѣтъ? Вотъ вопросы, на которые мы должны получить отвѣтъ.

Объективное изслѣдованіе. Больная высокаго роста, средняго тѣлосложенія, съ спокойнымъ выраженіемъ лица, блѣдная, немного опухшая, съ синеватыми губами. Разговоръ обстоятельный и неторопливый. Животъ вздутъ, нѣсколько сводообразно увеличенъ; кожа глянцевиата; брюшныя стѣнки между пупкомъ и лобкомъ нѣсколько ожирѣлы. Перкуссия показываетъ, что глухой звукъ начинается тотчасъ ниже пупка и идетъ непрерывно въ полость малаго таза какъ по средней линіи, такъ и по мамиллярнымъ, причемъ контуры глухого и тимпанического звука ограничиваются линіей, обращенной выпуклостью кверху. Эти явленія одинаковы при поверхностной и глубокой перкуссии. Ощупываніе указываетъ, что въ полости живота, въ нижней его части, находится плотная, нечувствительная, ровная, гладкая, полуподвижная опухоль съ рѣзкими дугообразными контурами. Эта опухоль, помѣщаясь по средней линіи внизу живота, спускается вглубь малаго таза, концами пальцевъ нельзя дойти до promontorium и не удастся ее удалить изъ полости малаго таза. По фигурѣ своей она напоминаетъ матку, беременную 4½ мѣсяца. Съ правой стороны находится какъ бы полушаровидный придатокъ твердой консистенціи. Итакъ, объективное изслѣдованіе полости живота указываетъ на присутствіе тазовой опухоли—интраперитонеальной. Изслѣдованіе большихъ, малыхъ губъ и входа во влагалище указываетъ только на вялость, дряблость и блѣдность сказанныхъ частей; окраска входа во влагалище блѣдно-розовая. Colunnae rugae прощупываются отчетливо и палецъ отыскиваетъ вверху и въ задней половинѣ таза влагалищную часть, которая нѣсколько увеличена (1"), плотна, нечувствительна; отверстіе закрыто, кругловатой формы и смотритъ назадъ. Палецъ, заведенный за влагалищную часть, легко оттягиваетъ ее въ переднюю половину таза. Своды свободны, за исключеніемъ передняго, сквозь который прощупывается непосредственно увеличенная шейка матки, переходящая въ опухоль. Если палецъ поставить на наружное отверстіе матки, а другою рукою per partes abdominales двигать опухоль около пупка, то движенія послѣдней передаются непосредственно шейкѣ матки. При двойномъ изслѣдованіи оказывается, что въ нижнихъ частяхъ опухоль эта имѣетъ тѣ же свойства, какъ и верхній сегментъ ея, и что нѣтъ возможности найти какую-либо бороздку, отдѣляющую опухоль отъ матки. Вся матка вмѣстѣ съ опухолью подвижна и нечувствительна. Въ виду однообразной плотности, отсутствія задержки регулъ и отсутствія другихъ явленій,

свойственныхъ беременности, (вдовство и т. д.) существуетъ показаніе къ зондированью, дабы убѣдиться, внѣматочная ли это опухоль или маточная, и насколько заинтересована полость матки въ этомъ увеличеніи. Зондъ проходитъ легко, выпуклостью кзади; конецъ его не ясно прощупывается въ верхней части опухоли съ правой стороны пупка. Движенія зонда въ полости матки весьма ограничены; движенія, сообщаемыя верхней части опухоли, непосредственно передаются рукояткѣ зонда. Длина полости матки, какъ показываетъ зондъ, увеличена ($4\frac{1}{4}$ ".)

Діагностика. Заключение ясно: опухоль есть увеличенная, перерожденная матка, а такъ какъ консистенція плотная, эластичная, и сама опухоль—матка подвижная, то ясно, что увеличеніе матки зависитъ отъ фиброміомы. Какой же? Конечно не подсерозной, а интерстиціальной или подслизистой. Въ виду гладкости маточной полости, незначительности кровотеченій, отсутствія схваткообразныхъ болей, увеличенія и плотности шейки должно думать, что фиброма не подслизистая, а интерстиціальная, и что она принадлежитъ къ множественнымъ интерстиціальнымъ фибромамъ, такъ что вѣрнѣе, въ особенности судя по влагалищной части, думать, что мы имѣемъ дѣло съ фиброзиоперерожденной маткой, а что твердый бугоръ съ правой стороны есть, вѣроятно, подсерозный фиброидъ. Слѣдовательно, опухоль маточная—*fibroma multiplex*, и нѣтъ никакихъ признаковъ климактерической матки. Является естественный вопросъ, можетъ ли вполнѣ доброкачественная опухоль (фиброма) безъ приращеній, стало быть, безъ патологическихъ, новыхъ питательныхъ сосудовъ, вырости въ продолженіе года до такой величины? По словамъ больной, это затвердѣніе явилось у пей въ послѣдній годъ. Было бы величайшей ошибкой предполагать, что опухоль выросла въ продолженіе послѣдняго года. Съ большею вѣроятностью должно думать, что она начала расти съ послѣднихъ родовъ, и что задатки ея можетъ быть были еще до періода *pubertatis*, потому что съ самаго періода *pubertatis* существовало обиліе кровей и дисменоррея; съ послѣднихъ же родовъ крови стали ходить особенно сильно, что, вѣроятно, зависитъ отъ роста опухоли, которую больная и не могла замѣтить, покуда она не доросла до середины между пупкомъ и лобкомъ. Съ этого времени она производитъ увеличеніе живота, давить на кишки, усиливаетъ регулы и заставляетъ больную обратить на себя вниманіе.

Прогностика. Такимъ образомъ фиброма несомнѣнно давняго происхожденія и ростъ ея, равно какъ и явленія, ею производимыя, нельзя отнести къ быстрымъ и тяжелымъ. Отсюда само собою понятно, что и лѣченіе должно быть направлено или къ задержанію роста и къ уменьшенію наклонности къ кровотеченію, или къ радикальной операціи, т. е. удаленію тѣла и дна матки съ опухолью *per laparotomiam*.

Г-жа П., вдова почетнаго гражданина, 45 лѣтъ, бесплодна. Регулы начались на 13 году, установились сразу, ходили сильно, съ схваткообразными болями внизу живота и въ поясницѣ, сроками путались: ходили черезъ 2—3 недѣли, послѣ замужества (на 26-мъ году) стали ходить сильнѣе, печенью, съ болѣзненными схватками внизу живота и въ поясницѣ; задержки регулъ никогда не было. Съ замужества начались и бѣли, сильно раздражившія *genitalia* и вызывавшія *pruritus*; бѣли продолжаются и до сихъ поръ, но отходятъ не постоянно,

чаще по окончаніи регулъ дня черезъ два. Спринцевалась раньше холодной водой, 8 лѣтъ тому назадъ бросила. Coitus всегда былъ нормаленъ. 3 года тому назадъ потеряла мужа. Около 2-хъ лѣтъ тому назадъ большая замѣтила у себя внизу живота на лѣвой сторонѣ желвакъ, величиной съ куриное яйцо, гладкій, плотный, подвижный, неболезненный; передъ каждымъ регулами желвакъ увеличивался и выросъ за это время въ большую опухоль, доходящую до пупка, оставаясь все время вполне безболѣзненнымъ. Вместе съ тѣмъ во время регулъ большую стало лихорадить. Больная всегда жила въ хорошей, покойной обстановкѣ, въ деревнѣ, внѣ всякихъ возбуждающихъ условій. Никогда не употребляла спиртныхъ напитковъ, каждый день бывала на воздухѣ. Въ дѣтствѣ была больна только корью, всегда страдала сердцебіеніемъ (не переносила бани); со смерти мужа стала страдать одышкой, съ полгода назадъ былъ отекъ ногъ (до лодыжекъ), послѣднія недѣли отекъ доходилъ до колѣнъ. Мочеиспусканіе учащено, появилась склонность къ запорамъ. Отецъ большой умеръ 40 лѣтъ отъ отека легкихъ, мать умерла 75 лѣтъ отъ холеры; дѣтей у матери было 7.

Общій выводъ. Такимъ образомъ, при разсмотрѣніи этого случая прежде всего бросается въ глаза неправильность регулъ, а именно, съ самаго періода pubertatis регулы часты, сильны и болѣзненны (menorrhagia, metrorrhagia, dysmenorrhoea). Вышла замужъ, coitus былъ нормаленъ, а осталась безплодной, т. е. къ вышеозначеннымъ страданіямъ присоединилась sterilitas. Итакъ, у этой особи двѣ капитальныя функціи, родовая и менструальная, были врожденно разстроены. Отсюда само собой понятно, что и заболѣваніе, вѣроятно, было врожденное. Къ числу врожденныхъ заболѣваній, разстраивающихъ эти двѣ функціи, относятся недостатки развитія или по формѣ, или по структурѣ. Два года тому назадъ внизу живота появляется плотный желвакъ, вырастающій векорѣ до пупка. Является подозрѣніе, не есть ли это опухоль, выходящая изъ матки, и не есть ли эта опухоль не что иное, какъ дальнѣйшее, послѣдовательное измѣненіе структуры матки, другими словами — фиброміома, т. е. опухоль, состоящая изъ соединительной и мышечной ткани, — тканей, однородныхъ съ тканями матки. Поэтому объективное изслѣдованіе должно быть направлено на изслѣдованіе структуры матки, т. е. на ея величину и консистенцію.

Объективное изслѣдованіе. Больная удовлетворительнаго питанія съ удовлетворительно развитымъ костнымъ скелетомъ. Выраженіе лица покойное. Нижняя часть живота сводообразно увеличена, брюшныя стѣнки жирныя. При перкуссіи граница тупого звука представляетъ изъ себя неправильную, дугообразную линію, выпуклостью обращенную вверхъ; внизу тупой звукъ по болей и мамиллярнымъ линіямъ спускается въ полость малаго таза, нигдѣ не прерываемый тимпанитомъ. Въ обѣихъ подвздошныхъ областяхъ звукъ тимпанической. На пространствѣ этого тупого звука прощупывается опухоль, величиной съ голову новорожденного ребенка, плотная, безболѣзненная, подвижная; на мамиллярныхъ линіяхъ отъ этой центральной опухоли отходятъ 2 отростка: справа меньшій, величиною съ куриное яйцо, слѣва вдвое большій, слегка чувствительный. При двойномъ изслѣдованіи нижній контуръ опухоли прощупывается въ заднемъ сводѣ, представляя изъ себя правильный сегментъ, твердый, гладкій, безболѣзненный, воспринимающій

всѣ движенія, производимыя на опухоль съ брюшныхъ стѣнокъ и непосредственно передающіяся на шейку матки. Въ наружныхъ половыхъ органахъ ничего ненормальнаго не замѣчается. Цвѣтъ входа во влагалище блѣдно-розовый, большія губы дряблы. *Orgānum ext.* щелевидной формы, смотритъ вправо и къзади, влагалищная часть увеличена до 1"; плотная, сплюснутая шейка матки въ верхнихъ своихъ частяхъ переходитъ непосредственно въ опухоль, прощупываемую черезъ своды; изъ полости матки выдѣляются бѣлы. Прощупать тѣло и дно матки не удается, зондъ идетъ только до *orgānum internum*. Яичники и трубы также не прощупываются. Груды развиты удовлетворительно, не увеличены, сосокъ не пигментированъ, не даетъ никакого отдѣленія. Области почекъ и пузыря безболѣзненны, моча нормальна; гипертрофіи сердца нѣтъ, тоны чисты, пульсъ 86. Въ органахъ дыханія есть неурядки: насморкъ, одышка при ходьбѣ, въ верхушкахъ легкихъ слышны влажные хрипы.

Диагностика. Такимъ образомъ данныя, полученные изъ объективнаго изслѣдованія, удостовѣряютъ насъ, что мы имѣемъ дѣло съ опухолью, находящеюся въ самомъ тѣсномъ соотношеніи съ маткой и какъ бы вырастающею изъ нея. Опухоль плотная, гладкая, бугристая, подвижная, неболѣзненная и поднимающаяся почти до пупка, несомнѣнно со всѣми свойствами, отмѣчаемыми въ доброкачественныхъ опухоляхъ. Это не ракъ и не саркома, потому что при двухъ послѣднихъ новообразованіяхъ такой величины большею частію замѣчаются инфильтраты въ окружности, въ силу чего появляются съ одной стороны воспалительныя явленія въ брюшинѣ, а съ другой—неподвижность опухоли; появляются кахексія и маразмъ, т. е. исхуданіе, а у нашей больной брюшныя стѣнки даже ожирѣлы; появляются стаціонарные отеки и даже тромбозы сосудовъ,—у нашей больной были отеки, но проходили. Такіе преходящіе отеки при тазовыхъ доброкачественныхъ опухоляхъ возможны или въ силу временнаго сдавливанія сосудовъ, когда опухоль въ 1-ой стадіи своего развитія (тазовой) можетъ легко сдавливать тазовые сосуды,—а по мѣрѣ роста опухоли, переходящей изъ малаго таза въ большой, сдавленіе сосудовъ можетъ прекратиться и отеки исчезнуть,—или отеки могутъ происходить отъ временнаго сдавливанія опухолью мочеточниковъ, раздраженія почки, появленія временной альбуминуріи. Но все это временно, а не стаціонарно, какъ замѣчается это въ злокачественныхъ опухоляхъ. Если опухоль доброкачественная, и проявляетъ свою жизнь безплодіемъ, кровотечениями, бѣлями, и она маточнаго происхожденія, то трудно себѣ представить другую опухоль, кромѣ фибромы. Какая же фиброма? Черезъ брюшныя покровы прощупывается центральная опухоль и при ней два боковыхъ отростка. Значитъ, по наружному изслѣдованію это множественная фиброміома и притомъ частью субсерозная. Но женщина страдаетъ дисменорреей, меноррагіей и *fluor albus*, стало-быть ясно, что полость матки заинтересована въ заболѣваніи, потому что при интерстиціаль-ныхъ и подслизистыхъ фиброміомахъ слизистая оболочка матки находится въ состояніи хроническаго эндометрита, а полость матки при этихъ двухъ видахъ фиброміомъ бываетъ увеличена, растянута и можетъ быть извиллиста. что, въ огромномъ большинствѣ случаевъ, и констатируется зондированіемъ. Въ нашемъ случаѣ зондъ не пошелъ далѣе внутренняго отверстія, и тѣмъ, повидимому, не

дать возможности подтвердить вышесказанное, но эти отрицательныя со стороны зонда данныя могутъ быть объяснены извилистостью маточной полости, невозможностью прозондировать такую полость. Не только на живой женщинѣ, но и на вырѣзанной маткѣ фиброматозно перерожденной зондированіе на всегда даетъ точныя указанія. Зная это, и зная, что фиброма принадлежитъ по большей части къ множественнымъ новообразованиямъ, чрезвычайно различнаго характера по мѣстоположенію опухоли и строенію ея, — и въ данномъ случаѣ легко постановить діагностику въ смыслѣ множественной фиброміомы, тѣмъ болѣе, что при внутреннемъ изслѣдованіи мы встрѣчаемъ въ боковыхъ и заднемъ сводахъ сегменты опухоли.

Операция, произведенная 11 декабря, подтвердила все вышесказанныя соображенія. Полость матки была увеличена болѣе ладони, но внутреннее отверстіе было сжато опухолью и смѣщено.

Эта исторія болѣзни можетъ служить типическою исторіей болѣзни множественной фиброміомы и рѣзкою иллюстраціей того взгляда, что фиброміомы въ большинствѣ случаевъ нужно разсматривать, какъ новообразованія врожденныя, какъ новообразованія, указывающія на вырожденіе половой сферы, ибо онѣ въ огромномъ большинствѣ случаевъ оставляютъ женщину бесплодною.

Г-жа М., иностранка, 31-го года, замужняя, родила 9-ть, послѣдняго 4 года назадъ, не кормила. Послѣ послѣднихъ родовъ хворала, по словамъ больной, воспаленіемъ матки и яичниковъ, а по точному разспросу слѣдующимъ: роды прошли благополучно; къ концу 2-хъ сутокъ показался знобъ, смѣнившійся жаромъ, и боли внизу живота съ правой стороны. Этотъ жаръ продолжался почти 4 недѣли, осложняясь по временамъ знобами. Боли на 3-й и 4-й день увеличились, появилась тошнота и рвота, такъ что по разспросу все признаки воспаления брюшины были налицо. Очищеній въ первый день было мало, безъ запаха, а потомъ показались кровянистыя, которыя продолжались почти все 6 недѣли. Засимъ къ концу 8-ой недѣли пришли очень обильно регулы съ сильной болью внизу живота и съ лихорадочнымъ состояніемъ. Крови показались 13-ти лѣтъ, ходили до родовъ черезъ 3 недѣли по 5 дней, довольно сильно; послѣ послѣднихъ родовъ крови стали ходить то черезъ 2½ недѣли, то черезъ три по 8—9 дней, обильно, съ сильными болями внизу живота. Послѣ послѣднихъ родовъ соитусъ сталъ болѣзненъ, особенно въ концѣ его, причемъ боли сосредоточиваются въ глубинѣ таза. Онъ неудовлетворителенъ, послѣ него остается чувство жженія, частаго позыва на мочу, а иногда и 3—4-хъ дневныя боли, заставляющія больную оставаться дома. Больна 4 года съ послѣднихъ родовъ; жалуется на боли внизу живота, въ лѣвомъ паху, усиливающіяся при движеніи; боли постоянныя, иногда ломящія, распространяющіяся въ поясницу, въ ноги и особенно въ колѣни. Бѣли желтоватыя, по временамъ бѣлыя, особенно обильны послѣ регулъ. Кровотеченій нѣтъ. Частый позывъ на мочу, иногда съ болью; моча желтая, съ осадкомъ. Запоры по 2, по 3 дня, дефекація болѣзненная; аппетитъ плохъ; рѣзкія явленія катарра желудка; сердцебиеніе, головныя боли, мигрени, плохой сонъ, слабость; больная худѣетъ. Лихорадочнаго состоянія нѣтъ, но изъ разспроса оказывается, что иногда въ продолженіе мѣсяца 1 или 2 раза, вмѣстѣ съ появленіемъ

болей, показывается и лихорадочное состояніе, продолжающееся 2—3 дня. На кожѣ появляется иногда зудящая сыпь, въ особенности передъ регулами.

Общій выводъ. Больная до 27 лѣтняго возраста, т. е. до послѣднихъ родовъ, была здорова, ибо всѣ функціи совершались правильно, и даже послѣдніе роды, по словамъ больной, ничѣмъ не отличались отъ предшествовавшихъ. Послѣ послѣднихъ родовъ она захворала очевидно тяжелымъ послѣродовымъ процессомъ, ибо должна была оставаться въ постели нѣсколько недѣль. Болѣзнь ея состояла въ воспалительныхъ боляхъ, осложненныхъ рвотой, лихорадочнымъ состояніемъ и кровавистымъ очищеніемъ. Очевидно, въ заболѣваніи были заинтересованы всѣ ткани: слизистая, мышечно-сосудистая и брюшина; было то, что въ практикѣ часто обозначается названіемъ *metropéritonitis puerperalis*. Разумѣется, при этой формѣ заболѣваетъ и параметрій, и придатки матки (трубы и яичники). Словомъ, заболѣваніе тяжелое, при которомъ не только матка, но и всѣ тазовые органы могутъ быть поражены. Это заболѣваніе оставляетъ къ концу 2-хъ мѣсяцевъ ясныя слѣды. Крови съ тѣхъ поръ приходятъ чаще, сильнѣе и съ рѣзкими явленіями воспалительныхъ дисменоррей (осложненіе лихорадкой). Также бѣли, неудовлетворительный *coitus*—все это суть послѣдствія бывшаго послѣродового заболѣванія. Боли внизу живота имѣють двоякій характеръ: одинъ постоянный, другой временный, когда онѣ усиливаются и осложняются лихорадкой въ продолженіе 3—4 дней, иногда *post coitum*, иногда безъ всякой видимой причины. Это послѣднее обстоятельство весьма важно. Итакъ, помимо постоянныхъ болей, *post coitum*, бѣлей и другихъ разстройствъ, существуютъ ежемѣсячныя экзacerbации болѣзни. Наблюденія показываютъ, что такія экзacerbации особенно свойственны воспалительнымъ формамъ заболѣванія матки и ея придатковъ. Кромѣ того, и самая настоящая болѣзнь есть остатокъ воспалительнаго процесса. Такимъ образомъ при объективномъ изслѣдованіи мы должны отыскивать или воспалительныя явленія, или послѣдствія воспаленій. А такъ какъ при первоначальномъ заболѣваніи страданіе главнымъ образомъ сосредоточивалось въ маткѣ и брюшинѣ, то задача будетъ состоять въ тщательномъ изслѣдованіи этихъ двухъ частей.

Объективное изслѣдованіе. *Facis uterina* рѣзко выражена, съ матежами на лбу и потливостью. Языкъ обложенъ и изо рта пронзительный, непріятный запахъ. Животъ вздутъ, въ особенности въ нижней его части; при оцупываніи плоскость входа въ малый тазъ болѣзненна, и болѣзненность увеличивается по мѣрѣ приближенія къ *promontorium*, причемъ больная морщится и брюшныя мышцы непроизвольно сокращаются. Если концами пальцевъ отъ *promontorium* углубляться внизъ въ полость крестцовой кости, то боли усиливаются *ad maximum*, такъ что больная не въ состояніи переносить ихъ. Изслѣдованіе передней половины таза менѣе болѣзненно. На уровнѣ плоскости входа въ малый тазъ, въ передней половинѣ его, попадаетъ тѣло, напоминающее дно матки, сильно болѣзненное. Изслѣдованіе области почекъ болѣзненно, но еще болѣе значительная болѣзненность замѣчается въ сторонѣ *scrobiculi cordis*. Большія и малыя губы не представляютъ ничего особеннаго. У больной находится незначительный разрывъ промежности; передняя стѣнка влагалища нѣсколько опущена и покрыта зеленовато-бѣловатымъ отдѣляемымъ. Влагалищная часть лежитъ взади и вверху, чувствительна, сочна

и нѣсколько увеличена. Отверстіе немного раскрыто, края его бархатисты, и при болѣе глубокомъ введеніи пальца больная испытываетъ боли, въ особенности съ лѣвой стороны. Если начать оттягивать влагалищную часть впередъ, то такое оттягиваніе мало удастся и вызываетъ очень интенсивныя боли внизу живота и въ поясницѣ. При двойномъ изслѣдованіи дно матки лежитъ въ передней половинѣ таза и легко прощупывается за *symphysis pubis*. Матка увеличена ($3\frac{1}{4}$ "), пастозна, какъ бы отекшая, болѣзненна. Движенія возможны, но болѣзненны, причемъ дно, выведенное на средину таза, снова наклоняется впередъ. Матка находится въ состояніи *anteversionis*. При двойномъ изслѣдованіи задняго свода замѣчается какая-то неподатливость, нерастяжимость, и при попыткахъ къ точному обслѣдованію или оттягиванію шейки впередъ являются сильныя боли, такъ что у больной выступаютъ на глазахъ слезы. Параметрій свободенъ, но при попыткахъ къ тщательному обслѣдованію въ верхнихъ частяхъ является боль, другими словами, обслѣдованіе трубъ болѣзненно. Яичники не увеличены, но также болѣзненны. При изслѣдованіи *per rectum* влагалищная часть легко прощупывается черезъ переднюю стѣнку прямой кишки, ибо выпираетъ послѣднюю нѣсколько въ полость *recti*. Пройдя выше можно прощупать нѣкоторое утолщеніе въ сторонѣ *lig. utero-sacral.*, сильно болѣзненное.

Диагностика. Итакъ, у больной замѣчаются слѣдующія отступленія: увеличеніе, разрыхленіе, чувствительность и ограниченная подвижность матки, — патологическая *anteversio* вслѣдствіе притяженія шейки къзади. Шейка притягивается къзади, вѣроятно, вслѣдствіе измѣненія въ клѣтчаткѣ нижней части дугласова пространства. Эти измѣненія очевидно воспалительнаго характера, потому что замѣчается значительная чувствительность. Стало-быть, имѣемъ дѣло съ наслоеніемъ ложныхъ оболочекъ въ дугласовомъ пространствѣ и съ воспалительнымъ рубцеваніемъ лежащей подъ ними клѣтчатки, что можетъ быть названо *peri-uteroparametritis adhaesiva posterior*. Итакъ, у больной имѣется патологическая *anteversio*. Сама матка представляетъ всѣ кардинальные признаки воспаления, а по теченію болѣзни, т. е. по несомнѣнному присутствію экзакербацій, можно съ положительностью утверждать, что матка поражена хроническимъ воспаленіемъ. У больной бѣли и у наружнаго маточнаго отверстия находятся *erosiones*, ибо бархатистость ясно ощущивается. Стало-быть, несомнѣнно, эндометрій шейки и тѣла матки пораженъ хроническимъ катарромъ. Периметрій въ области дна представляетъ рѣзкую чувствительность, а равно и брюшина по тракту трубъ и въ сторонѣ яичниковъ, такъ что въ ней или только кровенакопленіе, или явленія хроническаго воспаления. Итакъ, у больной *metritis chronica, peri-parametritis posterior adhaesiva, pelveoperitonitis chr.* и можетъ быть *salpingoophoritis duplex*. Всѣ остальные явленія со стороны пузыря, прямой кишки, и другія разстройства становятся понятны.

Прогностика мало утѣшительна, потому что матка и ея придатки болыи, такъ что *restitutio ad integrum* весьма мало вѣроятна. На восстановленіе главной функціи, т. е. родовой, въ виду пораженія придатковъ, мало надежды. Но прогностика относительно симптомовъ болѣзни вполне благопріятна, такъ какъ всѣ разстройства могутъ быть или удалены, или облегчены.

Принципъ *мѣненія* долженъ состоятъ въ уменьшеніи матки, ибо вслѣдъ за уменьшеніемъ ея всѣ остальные явленія уменьшатся.

Больная В., крестьянка, 24 лѣтъ, 6 лѣтъ замужемъ, родила 4, послѣдняго 8 мѣс. назадъ; не кормила. Роды прошли благополучно, равно и послѣродовые періоды, за исключеніемъ послѣдняго, съ котораго она и считаетъ себя больной. Главное отступленіе въ послѣродовомъ періодѣ заключалось въ неправильности послѣродовыхъ очищеній, а именно: они были обильны, временами пахучи и въ продолженіе 6-ти недѣль измѣнялись въ свойствахъ: то были кровянисты, то сукровичны, то бѣловаты, большей же частью сукровично-кровянисты. Не смотря на обиліе очищеній, по временамъ на 1 или 2 дня они задерживались, и потомъ истекали при схваткообразныхъ боляхъ и нѣсколько пахучія. Больная не испытывала острыхъ болей, но чувство тяжести, полноты, жара внизу живота существовало почти во все время послѣродового періода. Больная оставила постель на 9-й день и чувствовала себя больной, хотя и не могла указать опредѣленно, въ чемъ выражалась болѣзнь. Аппетитъ былъ плохъ, животъ вздутъ, запоры, головныя боли, плохой сонъ. Лихорадки не было, за исключеніемъ 5-го и 6-го дня, когда былъ единичный знобъ, смѣшившійся жаромъ и потомъ; къ концу 6-ти недѣль явились регулы, очень болѣзненные и обильныя, и больная вмѣсто облегченія почувствовала ухудшеніе общаго состоянія. Первые крови показались 14-ти лѣтъ, ходили до замужества неправильно, черезъ 3—5 недѣль, и продолжались 3 дня, не обильно. Съ первыхъ до послѣднихъ родовъ крови ходили черезъ 3 недѣли по 3 дня въ достаточномъ количествѣ и безъ боли. Съ послѣднихъ родовъ крови ходятъ черезъ 3 недѣли, продолжаются 7—9 дней, весьма обильны, съ сгустками и съ сильными схваткообразными болями въ лѣвомъ паху. Соитіе съ послѣднихъ родовъ нѣсколько болѣзненно, индифферентно, послѣ него больная ощущаетъ слабость, а иногда показывается и нѣсколько капель крови. Больной считаетъ себя 8 мѣсяцевъ, съ послѣднихъ родовъ. Больная главнымъ образомъ жалуется на бѣли, запоры, обильныя регулы и общую слабость. Боли внизу живота очень ничтожны, немного болятъ поясница и крестецъ. Бѣлей много, въ особенности къ вечеру и поутру: цвѣтъ ихъ различный, то бѣлый, то желтый. Онѣ густы, клейки, оставляютъ на бѣльѣ большія пятна, похожія на крахмальныя. Кровотеченій нѣтъ. Мочиспусканіе болѣзненно, часто; мочи мало, она красна, съ осадкомъ. Запоры по нѣскольку дней, такъ что больная не помнитъ, когда количество испражнений было полное. Предъ регулами показываются иногда поносы. Аппетитъ плохъ, тяжесть подъ ложечкой, урчанье, большое количество газовъ. Замираніе сердца, тоска, по утрамъ кашель; плохой сонъ, постоянныя головныя боли, унылое расположеніе духа, слабость, мѣшающая заниматься ей обычною работою. Больная худѣетъ.

Общій выводъ. Итакъ, настоящая болѣзнь началась съ послѣднихъ родовъ. Сущность заболѣванія въ послѣродовомъ періодѣ состояла въ гиперсекреціи, а именно, вмѣсто 3-хъ—4-хъ дневнаго кровянистаго отдѣляемаго у больной съ которыми промежутками оно продолжалось 6 недѣль, при отсутствіи какихъ-либо

воспалительныхъ процессовъ. Кромѣ того, это обильное отдѣляемое по временамъ почему-то задерживалось, а съ наступленіемъ схваткообразныхъ болей выбрасывалось наружу, иногда даже съ запахомъ. Это послѣднее явленіе, задержаніе лохий, обыкновенно замѣчается при смѣщеніи и искривленіи полового канала, а въ виду схваткообразныхъ болей должно думать, что задержание было въ самой маткѣ. Итакъ, въ самомъ уже послѣродовомъ періодѣ матка была или отклонена, или искривлена. Причину такого смѣщенія матки въ послѣродовомъ періодѣ обыкновенно бываютъ два условія: увеличеніе и разрыхленіе матки; послѣднее обыкновенно само по себѣ обуславливаетъ гиперсекрецію. Всѣ воспалительные процессы должны быть исключены, съ одной стороны по причинѣ отсутствія лихорадки, съ другой потому, что при нихъ чаще наблюдается скудость, а не обиліе очищеній. Итакъ несомнѣнно, что у больной были плохія сокращенія матки, что и подало поводъ къ сказаннымъ явленіямъ. Совокупность этихъ явленій можетъ быть названа *involutio vitiosa*—какое-либо смѣщеніе матки. Это подтверждается и тѣмъ фактомъ, что вслѣдъ за послѣродовою гиперсекреціею явились катарральная и менструальная, причеиъ послѣдняя имѣетъ 2 отступленія: появленіе стустковъ и схваткообразныя боли, что еще болѣе указываетъ на вѣроятность смѣщенія и искривленія матки. Но не могутъ ли всѣ сказанныя явленія быть послѣдствіями заболѣванія всего организма? Этотъ вопросъ устраняется тѣмъ соображеніемъ, что, по словамъ больной, общія явленія явились совмѣстно съ мѣстными, и такъ какъ съ понятіемъ *involutio vitiosa* мы соединяемъ представленіе не только о неправильномъ обратномъ развитіи матки, но и о неправильномъ обратномъ развитіи ея придатковъ, брюшныхъ стѣнокъ, кишечнаго канала, *самой крови*, словомъ, такъ какъ съ понятіемъ о недостаточной инволюціи матки мы должны связывать понятіе о недостаточной инволюціи всего организма, то, стало быть, явленія, находимыя въ маткѣ, только служатъ лучшими выразителями и лучшими указателями тѣхъ процессовъ, которые замѣчаются въ остальномъ организмѣ. Не слѣдуетъ забывать, что мѣстнымъ условіемъ плохой инволюціи матки можетъ быть какое-нибудь новообразованіе, злокачественное или доброкачественное, а потому при физикальномъ изслѣдованіи, помимо отыскиванія *involutionis vitiosae* и смѣщенія, должно быть обращено вниманіе и на присутствіе или отсутствіе новообразованія.

Объективное изслѣдованіе *Facies uterina* рѣзко выражена, взглядъ унылый и подавленный, блѣдность, слабый голосъ, обложенный и сухой языкъ. Брюшныя стѣнки дряблы, вялы, легко захватываются въ складку и далеко оттягиваются: начало *venter prorepens*. Брюшныя стѣнки тонки и черезъ нихъ легко прощупываются петли кишекъ, въ которыхъ ясно слышится плесканіе и урчаніе. Пальцами легко прощупать биеніе аорты; обслѣдованіе почечныхъ областей нѣсколько болѣзненно. Плоскость входа въ малый тазъ не болѣзненна, *promontorium* легко достигается, и ясно ощупывается *linea innominata*. Нигдѣ не встрѣчается дна и тѣла матки. Малыя губы увеличены, дряблы и выходятъ изъ-за большихъ губъ въ видѣ двухъ фартукообразныхъ отростковъ. Входъ во влагалище не представляетъ ничего особеннаго, по *sagunculae myrtiformes* необыкновенно дряблы, такъ сказать, выползаютъ изъ входа во влагалище. Задняя стѣнка влагалища и складки

большихъ губъ покрыты тягучимъ, желтовато-зеленоватымъ отдѣляемымъ, которое тянется легко въ нити. Передняя стѣнка влагалища опущена, красна. Влагалищная часть лежитъ въ передней половинѣ таза близъ symphysis rubis, увеличена, разрыхлена. Отверстіе матки зияетъ. Первый суставъ указательнаго пальца легко проникаетъ въ полость шейнаго канала, встрѣчая въ окружности бархатистость и нѣкоторую чувствительность, ощущаемую больно болѣе въ лѣвой сторонѣ. Передній сводъ суженъ и приближенъ нѣсколько къ symph. rubis. Пальцы въ немъ сходятся: ничего ненормальнаго нѣтъ. Задній сводъ растянуть тѣломъ и дномъ матки, которыя при двойномъ обследованіи ясно прощупываются; оси тѣла и шейки образуютъ тупой уголъ. Наружный продольный размѣръ матки равенъ $3\frac{1}{2}$ "; задняя поверхность матки чувствительна, консистенція матки мягкая, рыхлая. Подвижность полная, ибо можно матку вправить: словомъ, приращеній нѣтъ. Лѣвый яичникъ нѣсколько опущенъ и немного чувствителенъ. Въ остальныхъ придаткахъ матки ничего ненормальнаго нѣтъ.

Диагностика — involutio vitiosa, retroflexio, catarrhus corporis et cervicis uteri chronicus, descensus ovarii sinistri.

Предсказаніе — благоприятно.

Лѣченіе — уменьшить матку, вправить и удержать, увеличивъ тонусъ ея связокъ.

Г-жа Е., купеческая жена, 23 лѣтъ, замужемъ 5 лѣтъ. Дѣтей не было. Мужъ здоровъ. Въ первый годъ замужества было 3 мѣсяца задержаніе кровей, окончившееся кровотеченіемъ съ схваткообразными болями. По разспросу напоминаетъ абортъ. Крови показались 13 лѣтъ, установились совершенно правильно, ходили до замужества черезъ 3 недѣли по 6 дней всегда, съ самаго начала, съ болью внизу живота. Боли съ схватками обыкновенно предшествовали регуламъ иногда за сутки, иногда за нѣсколько часовъ, и къ концу первыхъ сутокъ исчезали. Послѣ замужества и до настоящаго времени крови ходятъ черезъ три, иногда черезъ 4 недѣли, по 7 дней, довольно обильныя, но всегда съ схваткообразными болями до кровей, а въ послѣднее время боли частью схваткообразныя, частью воспалительныя, продолжаются и во все время регулъ. Coitus въ первое время замужества индифферентенъ, въ послѣднее время иногда болѣзненъ; удовольствія большая никогда не испытывала и относится къ этой функціи совершенно равнодушно. Какъ въ дѣвушкахъ, такъ и послѣ замужества временами показываются бѣлы и боли, но чаще всего до и послѣ регулъ. Считаетъ себя больной съ самаго замужества. Жалуется на безплодіе, дисменоррею, индифферентный coitus и на массу нервныхъ припадковъ. Боли внизу живота, въ пахахъ, въ поясницѣ, въ ногахъ непостоянныя, но когда бывають, то имѣють характеръ спазматическій или ломящій; при движеніи иногда онѣ исчезаютъ, иногда ухудшаются. Бѣлы въ послѣднее время почти постоянныя, бѣловатыя, не особенно клейкія. Передъ регулами и во время ихъ частый и болѣзненный позывъ на мочу, нерѣдко съ задержаніемъ, чувствомъ жженія; склонность къ запорамъ. Лѣвая нижняя конечность болитъ; иногда боль до того сильна, что больная съ трудомъ можетъ

ходить. Мѣсто боли—иногда передняя, иногда задняя поверхность бедра. Со стороны желудочно-кишечнаго канала явленія диспепсiи, сильныя кардіалгическія боли, въ особенности во время менструаціи, иногда даже рвота. Иногда приступы почечной колики. Сердцебиеніе, боли въ области сердца; мигрени, раздражительности, временами плохой сонъ, безпричинныя веселость и слезы, интергостальныя невралгіи, зубныя боли, малая потливость. Лихорадки нѣтъ.

Общій выводъ. Самый важный капиталный фактъ состоитъ въ томъ, что молодая женщина въ сожителствѣ съ молодымъ здоровымъ мужемъ бесплодна, и потому при изслѣдованіи безусловно должна быть отыскана причина бесплодія. Оставляя въ сторонѣ разсмотрѣніе причинъ бесплодія со стороны яичниковъ и трубъ, мы остановимся главнымъ образомъ на разсмотрѣніи причинъ бесплодія со стороны матки. Бесплодіе можетъ быть врожденное и пріобрѣтенное.

Къ причинамъ врожденнаго бесплодія относятся отсутствіе матки и врожденные недостатки развитія. Въ виду существованія менструацій у нашей больной, не можетъ быть и рѣчи о полномъ отсутствіи матки, равно и о рудиментѣ—*uterus bipartitus* и *uterus foetalis s. infantilis*, а равно и о врожденной атрофіи матки. Слѣдовательно, здѣсь могутъ быть *uterus unicornis* или *bicornis*; хотя при этихъ двухъ формахъ зачатіе, беременность и роды возможны, но во всякомъ случаѣ при изслѣдованіи должно имѣть ихъ въ виду. Есть еще два вида врожденныхъ недостатковъ матки, это коническая шейка матки и врожденная *anteflexio* (рѣже *retroversio*, *lateroversio*, *lateroflexio*). Эти послѣдніе недостатки развитія въ особенности должно имѣть въ виду, такъ какъ при нихъ всѣ кардинальныя функціи женщинъ недостаточно развиты. Эта недостаточность функцій проявляется въ бесплодіи, врожденной дисменорреи, индифферентномъ *coitus*, катарральной гиперсекреціи, въ склонности къ заболѣванію матки, яичниковъ, въ особенности лѣваго, и въ общемъ нервномъ разстройствѣ (*hysteria*).

У нашей больной всѣ таковыя признаки на лицо, и потому мы остановимъ на этомъ наше вниманіе. Изъ разспроса больной оказывается, что у ней въ первый годъ замужества была 3-хъ мѣсячная задержка кровей, и есть основаніе заподозрить выкидышъ. Это послѣднее явленіе нисколько не противорѣчитъ существованію таковыхъ недостатковъ развитія матки, наоборотъ, наблюденія показали, что при вышеперечисленныхъ недостаткахъ развитія явленіе это весьма нерѣдко. Въ исторіи болѣзни больной нѣтъ указаній на какіе либо воспалительныя процессы, а потому о смѣщеніи трубъ и яичниковъ влѣдствіе воспитательно-адгезивныхъ процессовъ нельзя и думать.

Точно также и яичники, вѣроятно, достаточно развиты, ибо менструація бываетъ ежемѣсячно. Нельзя также думать, что катарральная гиперсекреція служитъ причиной бесплодія; стоитъ только припомнить возможность беременности у бленнорройныхъ, фистулезныхъ, карциноматозныхъ больныхъ, чтобы съ положительностью устранить катарръ, какъ причину бесплодія. Кромѣ того катарральная секреція и не особенно обильна, и не имѣетъ раздражающихъ свойствъ. Не могутъ ли новообразованія въ яичникахъ послужить причиной бесплодія? Мы знаемъ, что двухстороннее кистозное перерожденіе оварій не всегда обусловливаетъ бесплодіе. Дермоидныя кисты бываютъ по большей части односторонними, и если что можетъ

повлечь за собою бесплодіе, такъ это карциноматозное перерожденіе обоихъ яичниковъ, что совсѣмъ уже невѣроятно у нашей больной. Есть одно новообразованіе матки, которое можетъ служить причиною врожденнаго бесплодія, это—врожденный фиброидъ, который можетъ и не обусловливать кровотеченія по своей малососудистости и по малому развитію при немъ матки. Это явленіе всегда нужно имѣть въ виду при діагностикѣ врожденнаго бесплодія. Итакъ, у нашей больной при физикальномъ изслѣдованіи будетъ обращено вниманіе главнымъ образомъ на врожденное искривленіе или изгибленіе и на врожденный фиброидъ, причемъ, въ случаѣ нахожденія первыхъ двухъ болѣзней, будетъ обращено тщательное вниманіе на состояніе яичниковъ, въ особенности лѣваго, такъ какъ больная во время *menses* ощущаетъ боли въ лѣвомъ паху и лѣвой ногѣ.

Объективное изслѣдованіе. Цвѣтъ лица больной достаточно свѣжій, но подъ глазами рѣзко выражены синеватые круги. Выраженіе лица довольно и нѣсколько пытливое. Осмотръ живота не представляетъ ничего особеннаго, за исключеніемъ чувствительности въ лѣвой *fossa iliaca*, въ сторонѣ лѣвой почки, и въ области *scrobiculi cordis*. Лобокъ, большія и малыя губы, кавернозные тѣла клитора развиты хорошо. Остатки *hymenis*, въ количествѣ пяти, нормальны. На передней стѣнкѣ влагалища ощущаются хорошо развитыя *columnae rugosae*; передняя стѣнка влагалища нормальной длины и въ центрѣ таза находится влагалищная часть, болѣе плотной консистенціи, чѣмъ нормальная, длиною въ $\frac{3}{4}$ " , нечувствительная, форма плоская, сплюснутая спереди назадъ. Передняя губа немного выдается надъ задней, отверстіе матки шеевидно-кругловатое, немного бархатистой консистенціи, нечувствительное, смотритъ внизъ и нѣсколько кпереди. Черезъ передній сводъ прощупывается тѣло и дно матки, въ особенности при двойномъ обслѣдованіи. Ось тѣла вмѣстѣ съ осью шейки матки образуетъ почти прямой уголъ, обращенный кпереди, такъ что существуетъ несомнѣнная *anteflexio*. Величина матки $2\frac{1}{2}$ " (наружный продольный размѣръ), консистенція болѣе плотная, сама матка почти нечувствительна, только при попыткахъ выпрямленія женщина жалуется на боли. Матка подвижна. Движенія ея безболѣзненные. Сбоку и сзади матки съ лѣвой стороны прощупывается увеличенный и чувствительный яичникъ, совершенно подвижный, упруго-сочный; при сдавливаніи его женщина жалуется на мѣстные и отраженные боли. Въ остальныхъ частяхъ ничего ненормальнаго.

Діагностика. Два отступленія бросаются въ глаза: измѣненная форма и измѣненная консистенція матки.

Эта *anteflexio* безусловно врожденная, ибо при приобретенной консистенціи матки по большей части рыхлая и сама матка увеличена. Болѣе плотной консистенціей и изгибленіемъ совершенно объясняются явленія врожденной дисменореи. Кромѣ этого эта форма и консистенція матки сохраняютъ типъ, свойственный маткамъ до періода *pubertatis*. Уплотненіе матки объясняется, вѣроятно, недостаточнымъ развитіемъ сосудисто-мышечной ткани и, вѣроятно, недостаткомъ развитія железистаго аппарата, и этимъ уже склонность къ выкидышамъ. Кромѣ того больная страдаетъ хроническимъ воспаленіемъ лѣваго яичника, который вслѣдствіе увеличенія опустился внизъ. Этотъ хронически воспаленный и опущенный

яичникъ усиливаетъ массу нервныхъ разстройствъ, на которыя жалуется больная.

Прогностика благоприятная, ибо женщина молодая, не страдаетъ никакими другими органическими разстройствами, кромѣ вышеозначенныхъ, касающихся матки и лѣваго яичника. Здѣсь можно надѣяться на излѣченіе безплодія, а вмѣстѣ съ нимъ и на устраненіе дисменоррей, ненормальнаго coitus, и т. д.

Терапія. Операція Симса съ предварительнымъ двухнедѣльнымъ назначеніемъ горячихъ спринцеваній и эрготиіа, или электризація съ послѣдовательнымъ расширеніемъ полости матки. Общее укрѣпляющее лѣченіе.

Г-жа М., 23 лѣтъ, жена фельдшера, поступила въ клинику, жалуясь на постоянныя поющія, иногда схваткообразныя, боли въ лѣвомъ паху, на лихорадочное состояніе, знобъ, жаръ и потъ. Вышла замужъ на 19 году, родила 3-хъ, послѣдняго 5½ мѣс. назадъ; продолжительность между родами по 2 года, и во время 2-ой беременности перенесла инфлюэнцу. Послѣ вторыхъ родовъ было лихорадочное состояніе. Былъ выкидышъ на 1-мъ году замужества, вѣроятно 2-хъ мѣсячный; первыя регулы пришли 14 лѣтъ, очень слабы, безъ боли, ходили черезъ 4 недѣли по 7 дней; за 2 года до замужества лѣтомъ регулъ не посила. Послѣ родовъ регулы стали ходить сильнѣе съ давящей, ноющей болью внизу живота наканунѣ регулъ, черезъ три недѣли по 5—7 дней. Послѣднія регулы были 2 недѣли тому назадъ. Coitus или нормаленъ, или вызываетъ боль въ лѣвомъ боку. Бѣлей нѣтъ, кровотеченій нѣтъ, боли ноющія, схваткообразныя, внизу живота и слѣва. На 2-й день послѣ послѣднихъ родовъ появилась сильная рѣзь внизу живота, сильный жаръ и головная боль, но вскорѣ эти явленія стихли и до конца 8-го дня страдала только плохимъ сномъ. На 8-ой день встала съ постели и двѣ недѣли была совершенно здорова. Черезъ недѣлю послѣ послѣднихъ родовъ пошли отдѣленія зеленоватыя, ѣдкія, въ большомъ количествѣ, съ запахомъ, съ зудомъ паружныхъ половыхъ частей; но все это отъ спринцеванія прошло и никакого послѣродового очищенія не было до 7 недѣль. Во время появленія отдѣленій больная, по словамъ ея, заболѣла острымъ сочленовнымъ ревматизмомъ; принимала салициловый натръ и ревматическія боли стихли. Черезъ мѣсяць послѣ родовъ больная, приподнявши сына на руки, почувствовала боль внизу живота и надъ лѣвымъ пахомъ, почувствовала, что какъ будто у ней что-то оборвалось внизу живота. Эти боли продолжались съ разными промежутками 2 мѣсяца; боли эти то стихали, то увеличивались, и наконецъ начали осложняться лихорадочнымъ состояніемъ, тошнотой и рвотой. Coitus сдѣлался болѣзненнымъ; боли на столько были сильныя, что заставляли больную ложиться въ постель. Регулы были послѣ родовъ 3 раза и каждый разъ чѣмъ больше шло кровей, тѣмъ больная чувствовала себя лучше. За недѣлю до поступленія къ клинику обостреніе болей было весьма значительно и сопровождалось лихорадочнымъ состояніемъ, доходившимъ до 39,6°.

Общій выводъ. Заболѣваніе женщины произошло послѣ послѣднихъ родовъ; появились зеленыя, разѣдающія отдѣленія. Хотя они и исчезли послѣ спринцеваній, но затѣмъ появилось общее заболѣваніе, названное больноі острымъ сочленовнымъ ревматизмомъ.

Ревматическія боли скоро стихли, но больная не чувствовала себя здоровой. Достаточно было ей приподнять сына, какъ начались боли внизу живота, лихорадочное состояніе, боли, локализирующіяся преимущественно въ лѣвой сторонѣ, ноющія, схваткообразныя, которыя заставили ее обратиться за помощью въ клинику.

Итакъ, первое заболѣваніе было очевидно въ половомъ каналѣ, заболѣваніе гнойное; гной всосался, и появилось острое гнойное отравленіе, выразившееся въ припуханіи сочлененій; у больной, такъ сказать, появилась пиэмія. Это проходить, но больная худѣетъ, слабѣетъ, лишается возможности работать, coitus страивается, появляется лихорадочное состояніе, и обостреніе. Все это заставляетъ думать о какомъ-то остромъ воспалительномъ процессѣ внизу живота и слѣва, т. е. въ маткѣ и около матки, можетъ быть даже въ придаткахъ матки, и именно въ трубѣ, потому что боли надъ пахомъ имѣютъ схваткообразный характеръ; боли воспалительныя, потому что обостреніе бываетъ значительное и лихорадочное состояніе достигаетъ до 39,6°. Если первое заболѣваніе, т. е. бѣли, были гнойныя, если было пораженіе всего организма, то почему гной *per continuitatem* не могъ перейти на трубы и *perisalpinx*, и не произвести *salpingo-oophoritidem purulentam*?

Такимъ образомъ эти соображенія заставляютъ искать гнойнаго скопленія гдѣ либо внизу живота. Что касается до того, что начало заболѣванія произошло послѣ поднятія сына, когда больная почувствовала, что что-то оборвалось внизу живота и появились боли, то должно думать, что подъ вліяніемъ усилія и напряженія гной проложилъ себѣ путь изъ трубы въ полость брюшины.

Объективное изслѣдованіе. Больная средняго тѣлосложенія, похудавшая, выраженіе лица тоскливое, наружныя покровы вялы, животъ впалый. При изслѣдованіи плоскости входа въ малый тазъ больная ощущаетъ боль, усиливающуюся по мѣрѣ давленія преимущественно въ задней половинѣ таза; боль острая, рѣзущая. *Fossae iliacae* той и другой стороны болѣзненны, преимущественно въ лѣвой сторонѣ, и если на томъ мѣстѣ надавить снаружи пальцемъ, то боль ощущается въ болѣе рѣзкой степени и больная вскрикиваетъ. Подложечная область болѣзненна, въ другихъ частяхъ живота болѣзненности нѣтъ.

При внутреннемъ изслѣдованіи влагалищная часть стоитъ нѣсколько кзади, дно и тѣло впередъ, наружное отверстіе матки кругло, бархатисто, съ рѣзко выраженнымъ лѣвостороннимъ разрывомъ. Продольный размѣръ матки 3½ дюйма, консистенція плотная, матка чувствительна, въ особенности по задней поверхности; своды не изглажены, въ боковыхъ сводахъ, въ особенности слѣва, ясно ощущается біеніе сосудовъ. Сзади и слѣва матки прощупывается опухоль съ пейсными контурами, пастозной консистенціи; опухоль идетъ по задней поверхности широкой связки, поднимается вверхъ и кнаружи, продолговатой формы, эластическая, неподвижная, болѣзненная, шириною въ 2 поперечныхъ пальца, и контуры ея постепенно терются близъ бокового края таза.

Съ правой стороны, на мѣстѣ отхожденія трубы отъ рога матки, начинается болѣзненный тяжъ, идущій кнаружи и кзади и переходящій постепенно въ утолщеніе, величиною въ сливу, тоже болѣзненное, неподвижное и въ высшей степени чувствительное. Мочеиспусканіе неболѣзненно, въ мочѣ ни бѣлка, ни сахара

нѣтъ. Языкъ влажный, поутру тошнота, плохой аппетитъ, запоры, послабленіе болѣзненно. Сердцебіеніе; пульсъ 78, средняго наполненія; сердце не увеличено, тоны слабы и съ первымъ временемъ небольшой шумъ. Кашель съ мокротою; дыхательные шумы вездѣ свободны. Головные боли, плохой сонъ и общая слабость. Температура нормальная.

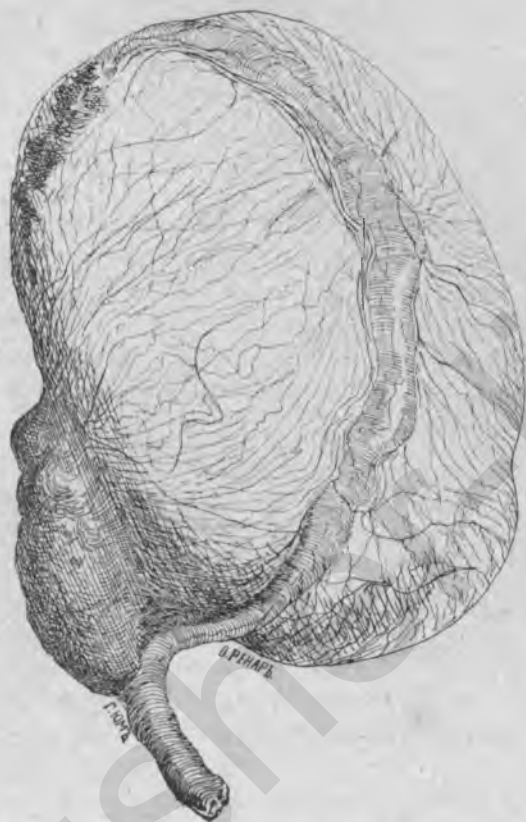


Рис. 5. Hydrosalpinx.

Диагностика. Разбирая объективныя явленія, мы отмѣчаемъ, что матка имѣетъ всѣ свойства хронически воспаленной матки: она увеличена, она чувствительна, и существуютъ экзacerbации. Въ ней находится поврежденіе слизистой оболочки шейки (присутствіе эрозій) и, вѣроятно, эндометрія. Съ обѣихъ сторонъ матки, больше съ лѣвой, находятся опухоли, прощупываемыя на мѣстѣ придатковъ, со всѣми характерными воспалительными явленіями, болями такими острыми при изслѣдованіи, которыя только встрѣчаются при высокомъ растяженіи трубъ или при гнойныхъ процессахъ. Peritoneum, покрывающій заднюю поверхность матки, дугласова пространства, трубы, и заднюю поверхность широкихъ связокъ остро чувствителенъ. Опухли неподвижны, значить, онѣ или приросли, или окружены ложными сращениями, другими словами—*pelveoperitonitis posterior et lateralis adhaesiva*. Все это въ совокупности съ исторіей происхожденія даннаго

заболѣванія ясно указываетъ на гнойный характеръ заболѣванія всей половой сферы: матки, придатковъ и брюшины. Откуда произошло гнойное зараженіе? Есть ли оно бленнорройнаго характера, или септического, или какая нибудь смѣшанная форма—по даннымъ исторіи болѣзни съ утвердительною сказать нельзя.

Отсюда само собой понятно, что наиболѣе цѣлесообразнымъ лѣченіемъ является операція удаленія придатковъ, т. е. *salpingoophorectomia*, которая черезъ недѣлю со дня поступленія больной и была произведена.

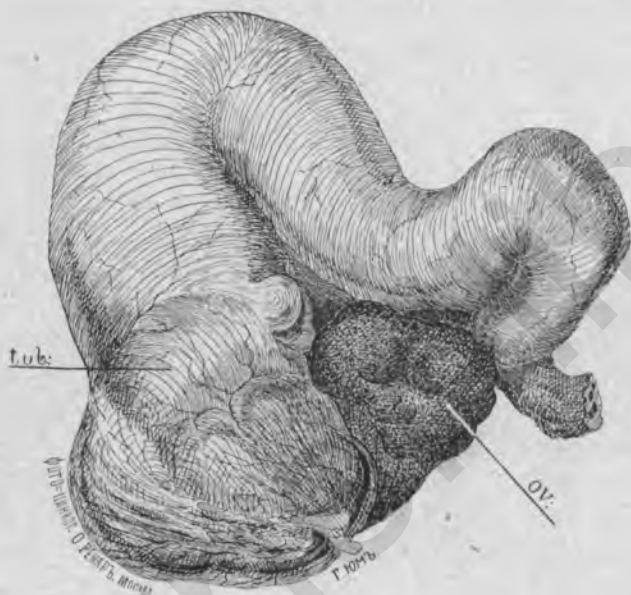


Рис. 6. Pyosalpinx.

Вырѣзанныя трубы оказались увеличенными и растянутыми гноемъ (pyosalpinx), лѣвый яичникъ, тѣсно спаянный съ бахромчатымъ концомъ трубы, представляется размячченнымъ, увеличеннымъ, частью кистозно-перерожденнымъ, мѣстами съ старыми кровоизліяніями. Лѣвая труба утолщена въ разрѣзѣ, пропитана гноемъ (*salpingitis interstitialis hypertrophica purulenta*), сзади и съ боковъ труба и яичникъ спаяны ложными оболочками, а къ верхней части приращены кишки. Въ правой сторонѣ яичникъ нѣсколько больше нормальнаго съ небольшимъ кистознымъ перерожденіемъ. Труба подобно лѣвой утолщена, содержитъ гной, и какъ яичникъ, такъ и труба приращены къ тазовой брюшинѣ и окружены ложными оболочками. Больная выписалась изъ клиники на 48-й день.

II.

Этіологія маточныхъ кровотеченій.

Всѣ причины кровотеченій у женщинъ во всѣхъ возрастахъ можно раздѣлить на органическія и функціональныя. Послѣднія могутъ или самостоятельно обусловливать кровотеченіе, или служить только предрасполагающими моментами. Изъ органическихъ первое мѣсто занимаютъ злокачественныя новообразованія; 2-й классъ составляютъ доброкачественныя новообразованія; 3-й—хроническія воспаленія эндометрія и самой паренхимы; 4-й—аборты, беременность и послѣродовыя заболѣванія; 5-й—смѣщенія матки; 6-й—внутреннія кровоизліянія или въ яичникъ, или въ полость тазовой брюшины; 7-й—климактерическій періодъ, и наконецъ 8-й классъ составляютъ общія разстройства питанія (ожирѣніе, застой крови, брюшное полнокровіе и т. д.). Кромѣ этихъ причинъ, такъ сказать, органическихъ разстройствъ, безусловно бываютъ и функціональныя; къ нимъ нужно отнести сильныя душевныя потрясенія, внезапный страхъ и проч. Далѣе причины кровотеченія могутъ быть травматическія, или первичныя или послѣдовательныя (разрывы шейки), и наконецъ операціи.

Въ нижеслѣдующей таблицѣ выведено процентное отношеніе причинъ кровотеченій и, кромѣ того, указанъ возрастъ, въ которомъ чаще замѣчается кровотеченіе. Разсматривая точнѣе эту таблицу, можно убѣдиться въ правильности расположенія вышеозначенныхъ причинъ, но кромѣ того видно какъ бы противорѣчіе. Напр. въ числѣ причинъ указаны воспаленія клѣтчатки, брюшины, новообразованія яичниковъ и другія формы болѣзни, которыя сами по себѣ уже не могутъ произвести кровотеченія, но это противорѣчіе только кажущееся, ибо очевидно сказанныя болѣзни осложняли какую либо изъ вышеперечисленныхъ болѣзней, такъ напр. женщина страдала фибромой, обусловливающей у ней кровотеченіе, а являлась въ клинику съ явленіями *pelveoperitonitidis exsudativae*. Разумѣется, въ виду острыхъ симптомовъ болѣзни обозначалась *pelveoperitonitis*, такъ какъ иногда и не было возможности опредѣлить первичную ея болѣзнь—фиброму. Съ другой стороны при кистомахъ яичниковъ кровотеченія обусловливались или кровоизліяніями въ нихъ, или какими либо случайными явленіями психическими, травматическими, ревматическими и т. п. Отсюда само собой понятно, что на эти

болѣзни не слѣдуетъ смотрѣть, какъ на причины сами по себѣ обуславливающія кровотеченіе, но должно разсматривать ихъ, какъ осложненія болѣзней, влекущихъ за собою кровотеченіе.

Объясненіе таблицы. Приведенная подъ № 1 кривая служитъ выраженіемъ того, насколько часто встрѣчается при кровотеченіи то или другое вызывающее его заболѣваніе. Цифры, поставленныя вверху, и соотвѣтствующія имъ графы представляютъ частоту этихъ заболѣваній, выраженную въ процентномъ отношеніи къ общему числу кровотеченій, принятому за 100. Такимъ образомъ, беря какое либо изъ обозначенныхъ слѣва заболѣваній, напр. *endometritis*, мы замѣчаемъ въ графѣ эндометрита, что кривая проходитъ на 8-мъ дѣленіи, и заключаемъ, что эндометритъ является причиной кровотеченія въ 8 случаяхъ на 100 и т. д.

Разсматривая эту кривую, мы видимъ, что въ 25% или въ $\frac{1}{4}$ случаевъ причиною кровотеченія является *cancer colli uteri*, а въ 19% — *fibroma* или, иначе говоря, въ 44 случаяхъ на 100 (почти $\frac{1}{2}$) мы имѣемъ дѣло съ новообразованіемъ. Такимъ образомъ становится понятнымъ, почему при дифференціальной діагностики обращается прежде всего вниманіе на эти двѣ группы заболѣваній. Разсматривая дальнѣйшее движеніе кривой, мы видимъ, что изъ остающихся 50% сравнительно большія цифры падаютъ на метритъ (10, 5%), эндометритъ (8%); стало быть, такъ какъ эти два болѣзненные процесса идутъ совмѣстно, то на нихъ падаетъ 18, 5% (1), отчасти на абортъ и *subinvolutio* (5, 8%) и лишь 32% остается на всѣ остальные заболѣванія. Названія болѣзней для удобства расположены именно въ томъ порядкѣ, который соотвѣтствуетъ постепенно уменьшающейся частотѣ заболѣваній.

Таблица № 2 представляетъ тоже самое отношеніе кровотеченій къ различнымъ заболѣваніямъ, но здѣсь она выведена не для всѣхъ больныхъ вообще, а отдѣльно для того или другого ихъ возраста. Всѣ больныя раздѣлены на 4 группы: 1) до 25 лѣтъ (періодъ разцвѣтанья), 2) отъ 25—35 лѣтъ (періодъ зрѣлости), 3) отъ 35—45 лѣтъ (періодъ увяданія) и 4) свыше 45 лѣтъ (періодъ климактерическій).

Кривыя замѣнены прямоугольниками, имѣющими одинаковое основаніе: *a*, *b*, *c* и *d*. Соотвѣтственно тому или другому возрасту прямоугольники окрашены въ различные цвѣта. Прямоугольники эти построены слѣдующимъ образомъ: число больныхъ каждаго возраста принято за 100, затѣмъ вычислено, сколько % падаетъ въ этомъ возрастѣ на долю карциномы, фибромы и т. д., и соотвѣтственно количеству % прямоугольнику дана та или другая высота. Напримѣръ въ возрастѣ за 45 лѣтъ карцинома вызывала кровотеченія въ 58% случаевъ, и потому высота перваго прямоугольника достигаетъ 58-го дѣленія. Затѣмъ фиброма встрѣчалась въ 25% случаевъ и соотвѣтственно этому высота чернаго прямоугольника въ графѣ фибромы соотвѣтствуетъ 25-му дѣленію и т. д. Изъ сравненія этихъ прямоуголь-

(1) Нѣтъ никакого сомнѣнія, что эндометритъ служитъ гораздо чаще причиною кровотеченія, но естественно, что обозначалась въ записи главная причина болѣзни, а не осложненіе. Напр. смѣщеніе или искривленіе матки назадъ обозначалось, какъ первичное, а эндометритъ разсматривалось, какъ вторичное заболѣваніе.

никовъ мы видимъ, что въ климактерическомъ періодѣ преобладающее значеніе рака и фибромы становится еще болѣе яркимъ. Здѣсь на долю перваго должно быть отнесено до 58% всѣхъ кровотеченій, а на долю послѣдней 25%, такъ что на долю всѣхъ остальныхъ остается едва 17%, и такимъ образомъ предположеніе о ракъ, а потомъ фибромѣ, у каждой страдающей кровотеченіемъ женщины въ возрастѣ свыше 45 лѣтъ становится еще болѣе вѣроятнымъ, и обращеніе на нихъ особеннаго вниманія еще болѣе важнымъ. Въ возрастѣ отъ 35 до 45 лѣтъ характеръ заболѣваемости гораздо болѣе подходитъ къ общему типу (кривая № 1) и даже мало чѣмъ отъ него отличается. Въ возрастѣ отъ 25 и до 35 лѣтъ мы встрѣчаемъ уже значительное отклоненіе. Наибольшая частота оказывается на сторонѣ фиброзныхъ (16%) новообразованій, а не злокачественныхъ (8%), которыя составляютъ только половину первыхъ, и въ общемъ новообразованія захватываютъ лишь 32% заболѣванія, такъ что здѣсь мы находимъ явленіе, почти противоположное тому, что мы замѣтили какъ въ общей кривой № 1, такъ особенно въ заболѣваемости, соответствующей климактерическому періоду.

Вслѣдствіе этого, помимо фибромы и рака, мы здѣсь всегда должны быть готовыми къ тому, что въ основѣ кровотеченія окажется метритъ, эндометритъ, абортъ и недостаточная инволюція.

Наконецъ, крайнюю степень отступленія мы находимъ въ юномъ возрастѣ больныхъ, гдѣ уже на долю рака и фибромы должно быть отнесено лишь 6, 5% случаевъ изъ 100 и вмѣстѣ съ тѣмъ метритисъ (15%), subinvolutio (13, 5%) anteflexio et collum conicum (12%) и за ними endometritis (11, 5%) занимаютъ первое мѣсто.



III

Діагностика маточныхъ кровотеченій.

ГЛАВА I.

Cancer colli uteri.

Ракъ шейки матки даетъ самый большой процентъ маточныхъ кровотеченій (24, 75%). Діагностика рака при полномъ его развитіи основывается на слѣдующихъ данныхъ: больныя находятся въ возрастѣ отъ 35 до 45 лѣтъ (1), по большей части многорожавшія. Главная жалоба ихъ на кровотеченія, чаще всего въ формѣ метроррагіи, иногда же въ формѣ меноррагіи или въ той и другой формѣ вмѣстѣ. Кровотеченія эти смѣняются бѣлыми сукровичными, похожими на мясные помои, по большей части вонищими. Далѣе, больныя очень часто жалуются на боли внизу живота, въ крестцѣ, въ вертлугахъ, стрѣляющія, колющія, или рѣжущія, существующія постоянно, а по временамъ еще усиливающіяся. Боли въ крестцѣ до того бываютъ мучительны, что больныя въ буквальномъ смыслѣ не могутъ сидѣть, и это бываетъ тогда, когда ретроперитонеальное пространство поражено карциноматозной инфильтраціей. Боли въ вертлугахъ по большей части являются въ послѣднія стадіи развитія рака, наичаще замѣчаются въ узловатой формѣ его, гдѣ мало отдѣлений и очищеній, но много боли, такъ сказать, въ сухомъ ракѣ, и служатъ признакомъ того, что и кости таза поражены уже раковымъ инфильтратомъ. Весьма рѣдко больныя жалуются на припадки ischias, но когда признакъ этотъ существуетъ, то можно навѣрное сказать, что нервы, находящіяся на передней поверхности крестцовой кости, сдавливаются или поражаются раковой инфильтраціей. Но боли могутъ совершенно отсутствовать, не смотря на полное разрушеніе шейки ракомъ и не смотря на безусловно существующую раковую инфильтрацію въ окружности и придаткахъ матки. Словомъ, боли при ракѣ матки не имѣютъ патогномическаго значенія: отчего однѣ формы рака сопровождаются болями,

(1) По наблюденія показываютъ, что и въ гораздо болѣе молодомъ возрастѣ случается раковое перерожденіе шейки матки; такъ намъ удавалось видѣть случаи у 26—27 лѣтнихъ, а равно и у особъ старше 60 лѣтъ.

въ другихъ послѣднія отсутствуютъ совершенно, въ третьихъ имѣютъ характеръ воспалительный, — остается до сихъ поръ неизвѣстнымъ.

Что касается до разстройствъ мочеотдѣленія и мочеиспусканія, то на послѣднее большія жалуются чаще: или оно болѣзненно, или часто, или существуетъ недержание мочи. Это недержание бываетъ или прерывистое, или постоянное; послѣднее обуславливается перфорацией задней стѣнки пузыря и передней влагалища. О такой перфорации узнается уже по пронзительному гнилостному острому запаху отъ больныхъ, отечности и экзематозности vulvae и внутренней поверхности бедра, и по затрудненности походки. Болѣзненность мочеиспусканія указываетъ на раковую инфильтрацію или передняго свода влагалища, задней стѣнки пузыря, или уретры. Этимъ же можетъ обуславливаться и частый позывъ, и прерывистое недержание. Но всѣ эти тотчасъ упомянутые признаки могутъ быть обусловлены однимъ только присутствіемъ канкротной язвы на шейкѣ матки.

Разстройство мочеотдѣленія можетъ зависѣть отъ затрудненнаго стока мочи изъ почечныхъ лоханокъ вслѣдствіе сдавленія мочеточниковъ раковой инфильтраціей, которое можетъ повести къ полному задержанію мочи въ почечныхъ лоханкахъ, къ расширенію уретеровъ и къ образованію hydronephrosis. По большей части послѣднее явленіе бываетъ одностороннее.

Что касается до самой мочи, то относительно ея свойствъ мало извѣстно, хотя появленіе бѣлка, крови, гноя, или раковаго распада не представляетъ ничего удивительнаго.

Всѣ эти признаки разстройства мочеотдѣленія и мочеиспусканія могутъ и не быть, и потому не заслуживаютъ названія патогномичныхъ. Упорные запоры, болѣзненные и частые тенезмы, присутствіе геморроидальныхъ шишекъ и катаральныхъ истеченій обуславливаются раковой инфильтраціей прямой кишки и клѣтчатки, ея окружающей. Дѣло можетъ дойти до перфорации прямой кишки, причемъ образуется общая kloака во влагалищѣ и недержание кала. Это явленіе замѣчается и въ самыхъ послѣднихъ стадіяхъ рака, такъ сказать, наканунѣ смерти. Рѣдко вмѣсто запоровъ существуютъ поносы и иногда геморрой. Иногда обѣ стопы и голени бываютъ поражены отекомъ.

Аппетитъ раковыхъ больныхъ плохъ, существуютъ частыя тошноты и рвоты. Запахъ изо рта, въ особенности у больныхъ простого класса, весьма тяжкій, языкъ сухъ, въ особенности посрединѣ, немного обложенъ, иногда на немъ замѣчаются трещины. Этотъ признакъ вмѣстѣ съ характернымъ блескомъ глазъ, съ румянцемъ на желтыхъ, впалыхъ щекахъ по большей части указываетъ на присутствіе воспаления въ полости таза.

Если при этомъ большія жалуются на сильныя боли самаго разнообразнаго характера внизу живота, въ полости малаго таза, то можно навѣрно сказать, что клѣтчатка и тазовая брюшина поражены уже ракомъ и въ первой, вѣроятно, находятся гдѣ либо островчатые абсцессы.

Далѣе у больныхъ встрѣчается часто головная боль, головокруженіе, плохой сонъ. Иногда большія жалуются на потливость, причемъ потъ бываетъ клейкій, разслабляющій. Присутствіе ознобовъ и лихорадочнаго состоянія обуславливается воспалительными процессами.

Видъ больной очень характеренъ: соломенно-желтый, землистый цвѣтъ лица, впалые глаза, глубокострадальческое выраженіе лица. Но должно предупредить, что какъ цвѣтъ, такъ и выраженіе лица могутъ быть совершенно нормальны и нисколько не внушать подозрѣнія о раковомъ новообразованіи, хотя уже послѣднее далеко распространилось и можетъ находиться въ періодѣ полного распада.

Такимъ образомъ субъективное изслѣдованіе приводитъ къ заключенію, что нѣтъ ни одного признака, который можно бы было назвать патогномичнымъ, ибо самые важные: — кровотеченіе и вонючія бѣли, — могутъ совершенно отсутствовать, и это къ несчастію случается въ той формѣ рака, которая по своему характеру самая ужасная, самая скоротечная, самая болѣзненная, въ которой такъ боли велики, что приходится издерживать по 6 унцій опійной настойки, по 4 грана морфія подъ кожу въ день для утоленія ихъ, въ формѣ, менѣе всѣхъ доступной оперативному лѣченію, которую я осмѣливаюсь назвать — но ея серьезности и впечатлительности къ хирургическому вмѣшательству — *noli me tangere*. По счастью, эта форма рѣдка, хотя я и не могу указать процента рѣдкости.

Но и въ другихъ формахъ рака кровотеченіе можетъ или отсутствовать, или бываетъ такъ ничтожно, что не оно приводитъ больную за пособіемъ къ врачу. Бѣли, а въ особенности вонючія, могутъ также почти отсутствовать и заставляютъ мало обращать на себя вниманіе со стороны больной при несомнѣнно развитомъ и изъязвившемся ракѣ; а если онѣ замѣчаются въ періодѣ жизни климактерической или близкій къ нему, то больная охотно появленіе таковыхъ бѣлей приписываетъ физиологическому окончанію регулъ.

Есть еще одинъ признакъ — зудъ, *pruritus*, который можетъ достигать колоссальнаго развитія и по истинѣ отравлять и безъ того несчастную жизнь больныхъ. Присутствіе его я не могу объяснить ни инфильтраціей, ни истеченіемъ, ибо этотъ признакъ и при обиліи и при отсутствіи таковыхъ иногда встрѣчается, иногда отсутствуетъ. Мнѣ кажется болѣе вѣроятнымъ объяснить появленіе его у субъектовъ, страдающихъ, болѣзнями желудочно-кишечными. По крайней мѣрѣ наибольшій успѣхъ терапіи тотъ, гдѣ вниманіе главнымъ образомъ сосредоточено было на устраненіи желудочно-кишечныхъ страданій.

Раковые субъекты иногда мучаются появленіемъ зудящихъ сыпей на различныхъ частяхъ тѣла, которыя какъ внезапно появляются, такъ внезапно и исчезаютъ, и причины которыхъ я рѣшительно не понимаю. Этотъ признакъ всегда указывалъ мнѣ, что оперативное вмѣшательство должно быть производимо съ осторожностью, ибо въ нѣкоторыхъ случаяхъ я видѣлъ, что вслѣдъ за вмѣшательствомъ раковая инфильтрація шла очень быстро, не смотря на то, что рана послѣ операции заживала хорошо и скоро, и у больныхъ не появлялось лихорадочнаго состоянія.

При разспросѣ больной врачъ долженъ обратить вниманіе, давно-ли больная страдаетъ, ибо появленіе кровотеченій и бѣлей только указываетъ на время изъязвленія или распадения рака, и, если вѣрить статистикѣ Симпсона, то жизнь таковыхъ больныхъ отъ момента распадения продолжается не болѣе двухъ лѣтъ. Къ сожалѣнію врачу рѣдко приходится наблюдать первичный моментъ заболѣванія, потому что и во время полного разгара болѣзни (распада), скажу болѣе — во

время полного пораженія шейки матки и параметральной клѣтчатки, всѣ функціи, каковы: менструація, секреція, coitus и забеременѣніе могутъ быть совершенно нормальны и, какъ извѣстно, раковыя женщины могутъ доносить плодъ до конца и у нихъ могутъ произойти правильные роды.

Но я бы хотѣлъ обратить вниманіе читателя на слѣдующій фактъ: иногда въ началѣ появленія рака у женщины появляется усиленное сладострастіе, усиленная похотливость, ненасытимость сладострастныхъ ощущений, что въ извѣстныхъ условіяхъ подаеъ иногда поводъ даже къ онанизму, чтобы удовлетворить тотъ сладострастный зудъ, который въ особенности въ ночное время беспокоитъ больныхъ. Это своего рода тоже pruritus, и попадались женщины, у которыхъ дигитальное изслѣдованіе тотчасъ же вызывало сладострастный эффектъ. Нерѣдко послѣ совершенія усиленнаго coitus появляется нѣсколько капель крови, что сначала больныя охотно приписываютъ усиленному сладострастному ощущенію, а можетъ быть и coitus («растревожилъ матку»); но потомъ постоянное появленіе крови заставляетъ ихъ обратиться къ врачу, и врачъ къ удивленію своему находить, что шейка уже поражена карциномой, хотя въ этихъ случаяхъ распада еще нѣтъ. Конечно, нельзя не разсматривать этой случайности, какъ самой счастливой для больныхъ, ибо во всѣхъ такихъ случаяхъ оперативное вмѣшательство даеъ наиболѣе счастливые результаты, такъ какъ раковой инфильтраціи клѣтчатки или вовсе нѣтъ, или она находится въ предѣлахъ возможности ея удавленія. Правда, это появленіе нѣсколькихъ капель крови post coitum я встрѣчалъ и у другихъ больныхъ, у которыхъ уже совсѣмъ не было никакого раковаго перерожденія, а только единственно обуславливалось фолликулярнымъ засореніемъ влагалищной части или усиленнымъ развитіемъ Наботьевыхъ железъ, или гранулезнымъ эндоцервицитомъ. Наконецъ этотъ признакъ я еще встрѣчалъ у женщинъ, перешедшихъ въ климактерическій періодъ и которыя страдали увеличеніемъ и уплотненіемъ матки съ явленіями endometritis fungosae. Но діагностику таковаго endometritis fungosae я совѣтую ставить исключительно на микроскопическомъ изслѣдованіи, такъ какъ тутъ легко упустить изъ виду adenoma uteri и другія злокачественныя новообразованія.

Наружное изслѣдованіе. При наружномъ изслѣдованіи находимъ плоскій, доскообразный животъ и твердыя, неуступчивыя стѣнки живота. На этотъ признакъ обращаемъ тщательное вниманіе; только у ожирѣлыхъ особъ эта доскообразность и неуступчивость не такъ рѣзко выражены; въ остальныхъ случаяхъ это явленіе постоянное. Причина доскообразности живота въ особенности классически выражена въ тѣхъ случаяхъ рака, въ которыхъ раковая инфильтрація, а, можетъ быть, и метастазы прямо поразили брюшину. Повидимому, природа этою неуступчивостью брюшныхъ стѣнокъ какъ бы хочетъ защитить больныя, ракомъ пораженныя мѣста. Всего рѣзче эта неуступчивость выражена надъ symphysis pubis въ сторонѣ пирамидальныхъ и прямыхъ мышцъ.

Кожа брюшныхъ стѣнокъ морщиниста, вяла и какъ бы отечна, хотя при надавливаніи пальцемъ не получается ямки.

Паховыя железы припухаютъ не всегда, и навѣрное можно сказать, что, разъ онѣ припухли до величины лѣснаго орѣха, карциномой уже пораженъ почти

весь тазъ; но большей же части онъ прощупываются величиной съ горошину и прощупываніе ихъ обусловливается скорѣе похуданіемъ, чѣмъ дѣйствительнымъ увеличеніемъ железъ. Словомъ, присутствіе или отсутствіе ихъ не имѣетъ тоже патогномоничнаго значенія.

Груди необыкновенно вялы, но дольки железъ прощупываются довольно отчетливо, и иногда въ груди, соответствующей пораженной ракомъ сторонѣ таза, ощупываются дольки наиболѣе ясно. При дотрогиваніи до такой груди ощущается иногда стрѣляющая ланцирующая боль въ тазу.

Изслѣдованіе наружныхъ половыхъ органовъ. Раздвинувши большія и малыя губы, которыя могутъ быть очень атрофичными, врачъ тщательно осматриваетъ входъ во влагалище, цвѣтъ котораго, какъ я замѣтилъ у большинства женщинъ, страдающихъ ракомъ шейки матки, *блѣсоватый*. Этотъ признакъ я считаю въ высокой степени характернымъ. Онъ мнѣ встрѣчался въ 90% рака шейки матки и присутствіе его даже и неопытному врачу рѣзко бросается въ глаза, и легко запоминается, въ чемъ убѣдили меня мои занятія со студентами. Эта характерная блѣсоватость не встрѣчается ни при одной формѣ женскихъ болѣзней, за исключеніемъ очень старыхъ женщинъ, отъ 60 до 70 лѣтъ, и притомъ рѣшительно ничѣмъ не страдающихъ со стороны матки и ея придатковъ. Сначала мнѣ казалось возможнымъ объяснить появленіе этой блѣсоватости сильнымъ малокровіемъ вслѣдствіе кровотеченій, но мнѣ ни разу не удавалось найти еѣ у особей, страдающихъ сильными кровотечениями, напр. при фибромѣ, выкидышахъ, въ послѣродовомъ періодѣ, при *endometritis fungosa*, и т. п. и потому я охотно этотъ признакъ назвалъ бы патогномоничнымъ, по крайней мѣрѣ въ томъ смыслѣ, что при нахожденіи блѣсоватости врачъ обязанъ сдѣлать самое тщательное изслѣдованіе, чтобы исключить совершенно карциному. Онъ больше патогномониченъ, чѣмъ тотъ бархатистый темно или краснофіолетовый цвѣтъ входа во влагалище, который замѣчается у беременныхъ. Эта блѣсоватость особенно рѣзко замѣтна въ передней части входа во влагалище. Изъ промежутка между клиторомъ и уретрой расходятся по бокамъ двѣ блѣсоватыя полосы, которыя могутъ соединяться въ задней части, но можетъ соединенія такового и не быть. Клѣтчатка въ этомъ мѣстѣ находится, повидимому, въ атрофическомъ состояніи, и когда указательнымъ и большимъ пальцемъ лѣвой руки, раздвинувъ большія и малыя губы, обнажить входъ во влагалище, то кажется, что слизистая оболочка какъ бы прикрѣплена плотно къ нисходящимъ вѣтвямъ лобковой кости. *Sagittulae purtiformes* всегда отечны, дряблы, вялы и иногда висятъ какъ бы полипы.

Проведеніе пальцемъ по входу во влагалище вызываетъ особый скрипъ, что кажется особенно поразительнымъ при массѣ истекающихъ крови и отдѣленій. Это истеченіе иногда бываетъ рѣшительно патогномоничнымъ. Представьте себѣ жидкость коричнево-красноватаго цвѣта, совсѣмъ не тягучую, совсѣмъ лишнюю повидимому слизи, съ гнилостнымъ запахомъ, жидкость, которую можно уподобить пастойкѣ изъ гнилого мяса, въ которой плаваютъ мелкія крупинки бѣловатаго цвѣта на подобіе манной крупы. Если таковая жидкость встрѣчается, то это заставляетъ еще тщательнѣе изслѣдовать, имѣтъ ли рака, и въ огромномъ большинствѣ случаевъ палецъ, введенный во влагалище, упирается въ твердую

массу. Это присутствіе твердой массы можетъ быть или очень недалеко отъ входа во влагалище (на 2"), или очень высоко ($3\frac{1}{4}$ —4").

Раньше, чѣмъ описать различныя формы рака и ихъ діагностику, я хочу обратить вниманіе врачей малоопытныхъ на понятіе о *твердости*, такъ какъ этотъ признакъ въ діагностикѣ рака играетъ несомнѣнно весьма важную роль. Подъ твердой консистенціей должно разумѣть такую, которая окончательно не имѣетъ въ себѣ никакой эластичности. Поэтому раковая твердость почти всегда бываетъ соединена съ хрупкостью, а послѣдняя съ кровоточивостью. Вотъ почему при первомъ введеніи пальца и упираніи въ твердую массу нерѣдко показывается изъ влагалища кровь. Однако же съ понятіемъ о твердости не слѣдуетъ соединять понятія о консистенціи хряща или кости, ибо послѣдніе всегда представляютъ изъ себя поверхность гладкую, ровную и весьма часто скользкую. Ни одного этого признака въ раковой твердости нѣтъ, ибо раковая твердость шероховата, бугриста и палецъ не скользитъ по ней, какъ это замѣчается въ фибромахъ, а напротивъ засѣдаетъ въ углубленіяхъ и шероховатости. Эту твердость не слѣдуетъ представлять себѣ одинаковой плотности, ибо мѣстами, но большей части въ углубленіяхъ, находится несомнѣнно мягкая консистенція, пастозная, такъ что введенный палецъ ощущаетъ какъ бы сухую рѣшетообразность, причемъ твердые мѣста соотвѣтствуютъ переплету рѣшета, а мягкія—его отверстиямъ; иногда ощущеніе совершенно похоже на то, которое получается, если водить пальцемъ по языку кошки. Не знаю, понятно ли я излагаю представленіе о раковой твердости, но я охотно посоветовалъ бы начинающему діагноцировать ракъ шейки матки поупражняться въ изслѣдованіяхъ таковой консистенціи въ ракахъ на поверхности тѣла, въ особенности рекомендую ракъ груди и губы. Еще къ признакамъ твердости рака охотно отношу слѣдующій: слизистая оболочка влагалищной части на таковой твердости мало-подвижна, но, къ сожалѣнію, этотъ признакъ легко диагноцируется только опытными людьми. Советую дальше чаще изслѣдовать фиброзную консистенцію, въ которой попадаются и твердые мѣста, но всегда съ присутствіемъ эластичности. Занятія со студентами убѣдили меня, что тѣ изъ нихъ усвоивали наиболѣе себѣ впечатлѣніе раковой твердости, которые наиболѣе изоцрились въ въ изслѣдованіи фиброзной консистенціи. Особенно полезно изслѣдовать для сравненія или фиброзные полипы чрезъ влагалище, или множественныя фиброміомы матки *per parietes abdominales*. Находя такую консистенцію, врачъ еще болѣе убѣждается въ присутствіи рака и тотчасъ долженъ задаться вопросомъ, не происходитъ ли такая консистенція отъ распадающагося фиброида, который иногда, прорѣзавшись сквозь наружное отверстіе матки и попадая во влагалище, загниваетъ, распадается и на своемъ нижнемъ концѣ представляетъ углубленіе бугристое, твердое, хрупкое и кровоточивое, что и напоминаетъ собою канкротную язву. Но оставляя другіе характерные признаки до дальнѣйшаго рассмотрѣнія, врачъ долженъ обратить вниманіе на влагалищную часть и на наружное отверстіе матки, и если влагалищная часть остается нетронутой, а только расширена и истончена прорѣзавшимся фиброидомъ, то діагностика ясна: здѣсь нѣтъ карциомы. Итакъ, присутствіе нормальной консистенціи влагалищной части исключаетъ карциому шейки матки; нормальная консистенція есть плотная и эластичная. Обыкновенно

раковая твердость занимает всю влагалищную часть и в случаях развитых такая твердость распространяется до уровня внутреннего отверстия, причем обыкновенно клетчатка, окружающая шейку, неравномерно инфильтрована. Шейка,



Рис. 7. Рак шейки матки и фиброзный полип.

Опер. $\frac{7}{III}$ 92.

благодаря этой твердости, может быть увеличена и продольно, и циркулярно (см. рис. 7), причем непосредственно эта твердость распространяется на задний, передний и боковые своды, так что последние теряют эластичность, несколько изглаживаются и только постепенно переходят в здоровые ткани. Порядок этого распределения может быть указан следующим: прежде всего затверднение ощущается in ligamentis utero-sacral., которые прощупываются в виде двух натянутых дужек, и констатирование такого изменения даже и неопытному врачу легко удастся при исследовании per rectum, причем исследующий палец должен быть глубоко введен in rectum по направлению к promontorium и загнутый крючком впереди легко ощущает две натянутые дужки ligamentorum utero-sacralium. Этот факт должно считать капитальным приобретением; если не ошибаюсь, на него впервые указал Schröder. Такая инфильтрация или затвердость показывается в то время, когда рак шейки можно наверное диагностировать, но никому неизвестно до сих пор: может быть, такая затвердость существует и раньше, чем возможно диагностировать двойным исследованием присутствие несомненного рака шейки матки. Между прочим знание этого факта привело бы нас к весьма важным результатам относительно прогностики и лечения рака. Зная, что при развитой форме такая инфильтрация существует всегда, и зная, со словъ Cruveillier, что раковая инфильтрация параметральных желез показывается одновременно с распадением рака шейки матки, должно думать, что в это время рак шейки матки есть трудно излечимая болезнь, хотя в последнее время методами Крашке и Шухерта дана некоторая возможность удалять инфильтрованные железы широких связок.

Поразивши ligamenta utero-sacralia, затверднение идет с шейки матки на задний свод, непрерывно поражая клетчатку, лежащую под слизистой оболочкой заднего свода. Это затвердение вместе с утолщением и изглаживанием заднего свода характеризуется малой подвижностью и некоторою слабою чув-

ством, благодаря этой твердости, может быть увеличена и продольно, и циркулярно (см. рис. 7), причем непосредственно эта твердость распространяется на задний, передний и боковые своды, так что последние теряют эластичность, несколько изглаживаются и только постепенно переходят в здоровые ткани. Порядок этого распределения может быть указан следующим: прежде всего затверднение ощущается in ligamentis utero-sacral., которые прощупываются в виде двух натянутых дужек, и констатирование такого изменения даже и неопытному врачу легко удастся при исследовании per rectum, причем исследующий палец должен быть глубоко введен in rectum по направлению к promontorium и загнутый крючком впереди легко ощущает две натянутые дужки ligamentorum utero-sacralium. Этот факт должно считать капитальным приобретением;

ствительностью. Затѣмъ затвердѣніе переходитъ на передній сводъ и въ большинствѣ случаевъ нисходитъ на переднюю стѣнку влагалища ранѣе, чѣмъ на заднюю. Въ это время еще боковые своды могутъ быть свободны, но скоро и они затвердѣваютъ, преимущественно лѣвый, въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ ракъ шейки начинается на мѣстѣ бывшаго лѣвосторонняго разрыва,—и тогда вся ра-



Рис. 8. Ракъ шейки, дошедшій почти до внутренняго отверстія. Endometritis. Metritis chron hypertrophica. Salpygoophoritis duplex. Опер. $\frac{6}{11}$ 95.

ковая твердость дѣлается неподвижной, какъ бы прикрѣпленной тяжами къ фасціямъ таза. Обыкновенно въ это время начинается распадъ раковаго затвердѣнія, хотя въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ этого и не бываетъ. Съ этихъ поръ раковое затвердѣніе идетъ быстрыми шагами въ клѣтчатку таза, и въ скоромъ времени большая часть тазовыхъ органовъ поражена раковой инфильтраціей. Какъ бы желая защитить брюшную полость отъ нашествія такого врага, въ тазовой брюшинѣ начинаются воспалительно-адгезивные процессы, результатомъ которыхъ является наслоеніе ложныхъ оболочекъ, сначала въ заднемъ дугласовомъ пространствѣ, потомъ въ переднемъ, а потомъ въ остальныхъ частяхъ, и все это характеризуется полною неподвижностью, неподатливостью, неуступчивостью

и чувствительностью. Въ это время распадъ совершается не только въ шейкѣ, но обыкновенно и въ сводахъ,—образуется въ полномъ смыслѣ слова *ulcus capsulosum*. Съ этого же времени распространение раковой инфильтрации совершается съ особой быстротой, обыкновенно внизъ, поражая сначала заднюю стѣнку пузыря, а потомъ уже переднюю гесті, дѣлая переднюю и заднюю стѣнку влагалища твердыми, неподатливыми, неуступчивыми и мало подвижными. Тогда



Рис. 9. Ракъ влагалищной части и шейки.

Опер. $\frac{3}{x}$ 91.

инфильтраты съ боковыхъ сводовъ быстро спускаются внизъ, и такимъ образомъ иногда двѣ верхнія трети влагалища бываютъ выполнены раковой твердостью; если таковая распадается, то образование общей клоаки несомнѣнно. Вскорѣ показываются метастазы сначала въ брюшинѣ, а потомъ въ отдаленныхъ органахъ, сдавление мочеточниковъ, и смерть дѣлается неизбежною, или отъ истощенія, или отъ кровотеченія съ нагноеніемъ, или отъ уремическихъ припадковъ.

Но не все такъ ясно, какъ описано здѣсь. Самыхъ интимныхъ, интересныхъ сторонъ распространения раковыхъ инфильтрацій мы не знаемъ. Мы не знаемъ, напр., почему въ одномъ случаѣ раковое затвердѣніе, начавшись съ шейки матки и поразивши ее всю, останавливается около внутренняго отверстія и не распространяется на тѣло и дно матки, причемъ иногда курьезно, что дно и тѣло матки нисколько не увеличены (см. рис. 8); и должно замѣтить, что большинство нами

экстирпированныхъ матокъ доказываетъ несомнѣнно этотъ фактъ. Въ другихъ, но болѣе рѣдкихъ случаяхъ раковое, затвердѣніе, начавшись съ шейки, непосредственно переходитъ за внутреннее отверстіе (см. рис. 9) инфильтрируетъ тѣло и часть дна матки, и поразивши все существо послѣдней, поражаетъ и сосѣдніе органы. Въ третьихъ, мы не знаемъ, почему ракъ, поразивши шейку, распространяется иногда по наружной поверхности (чаще всего передней) шейки матки и переходитъ на тѣло (рис. 10). Въ четвертыхъ, мы не знаемъ, посредствомъ или непосредственно поражаются трубы и яичники, а главное, не знаемъ, какъ и когда при ракѣ шейки матки поражаются трубы и въ особенности яичники, и поражаются ли они вообще, потому что при нашемъ методѣ экстирпированія матки мы въ огромномъ большинствѣ случаевъ оставляемъ трубы и яичники нетронутыми, находя ихъ здоровыми, и если бывалъ возвратъ въ такихъ случаяхъ, то вовсе не въ трубахъ и не въ яичникахъ. Такимъ образомъ, вѣроятно, трубы и яичники поражаются только въ самое послѣднее время существованія рака, когда о какомъ нибудь лѣ-

ченіи такъ называемомъ радикальномъ не можетъ быть и рѣчи. Далѣе мы не знаемъ рѣшительно ничего о порядкѣ и времени инфильтраціи ретроперитонеальныхъ железъ, и хотя описанъ случай Vardenheuer'омъ экстирпаціи матки по способу Freund'a съ экстирпаціей инфильтрованныхъ ретроперитонеальныхъ железъ, но я позволяю себѣ усумниться въ описаніи этого случая. Это существенный пробѣлъ въ ученіи о ракѣ матки, и ближайшая задача гинекологовъ пополнить сей анатомо-патологическій пробѣлъ; безъ него нѣтъ движенія впередъ хирургіи въ этой области.

Приступая къ описанію собственно раковъ шейки матки, я придержусь описанія Schröder'a; не потому, чтобы классификація его была безупречна и встрѣчалось бы все такъ, какъ онъ описываетъ, но потому, что классификація Schröder'a очень схематична и весьма удобно по ней установить показанія къ различнымъ оперативнымъ пособіямъ. Конечно, всѣ три формы, описанныя Schröder'омъ, встрѣчаются въ чистомъ видѣ весьма и весьма рѣдко, такъ что въ продолженіе годовъ изрѣдка увидишь типическій случай, ибо на долю врача-практика достаются случаи или застарѣлые, или смѣшанные. Да и самъ Schröder говоритъ, что различить эти формы въ концѣ заболѣванія уже невозможно. Поэтому я опишу форму помимо Шредеровскихъ формъ, которой предложу названіе смѣшаной формы, заранее предупредивъ, что въ этой формѣ терапія не имѣетъ почти никакого успѣха. Schröder различаетъ слѣдующія три формы рака шейки матки: канкроидную, узловую (*carcinoma cervicis*) и ракъ слизистой оболочки шейнаго канала.

Между раками шейки матки канкроидная форма встрѣчается не часто. Подъ именемъ ея мы разумѣемъ такую форму рака шейки матки, которая имѣетъ стремленіе рости не вглубь ткани, а внизъ въ полость влагалища, увеличивая и гипертрофируя влагалищную часть шейки, большею частью въ продольномъ и частью въ поперечномъ размѣрахъ. Иногда такая гипертрофія ограничивается только одной губой, чаще передней, чѣмъ задней. Если новообразование занимаетъ всю влагалищную часть, то форма гипертрофированной влагалищной части можетъ быть крайне разнообразной: то грушевидная, то цилиндрическая, то грибовидная или въ формѣ шампиньона (см. рис. 11), послѣдняя форма замѣчается при двухстороннемъ разрывѣ шейки матки: при Эмметовскомъ разрывѣ. Отверстіе матки, за



Рис. 10. Ракъ шейки, перешедшій по наружной части на тѣло и на влагалище. Опер. $\frac{19}{21}$ -93.

исключением последней формы, может быть закрытым или зияющим; первое у нерожавших, второе—у рожавших. Поверхность может быть ровная, консистенция всегда твердая, и если отверстие раскрыто, то введенный в него палец встречает характерную неподатливость, неуступчивость, и кажется, что при насильственном расширении произойдет не разрыв, а скорее надламывание влагалищной части: так мало эластичности в канкроиде. Наружная поверхность влагалищной части гладка; эта гладкость слизистой оболочки особенно резко замечна у сводов влагалища, где она несомненно подвижна, а внизу, близ отверстия матки, начинает получаться на ощупь сначала бархатистость, полная неподвижность слизистой оболочки, а ближе к отверстию замечаются бугристость и неровности, и нередко вокруг отверстия, как и в нем самом, находится злокачественная язва. Если язва велика и достаточно глубока, то края язвы ограничены неровной зубчатобразной слизистой оболочкой, причем эти зубчики торчат и ломки. Чувствительности в таковой влагалищной части нет, величина влагалищной части может быть различна: или она увеличена вдвое, или может быть увеличенной до нескольких дюймов, так что нижний утолщенный конец влагалищной части почти достигает до входа во влагалище (редкие случаи). Кровотечение может и отсутствовать, но секреция, в особенности при язве, бывает обильная и воющая (сукровица). Тело и дно матки не увеличены, матка лежит скорее ниже, подвижность матки полная, чувствительности никакой: другими словами, тело и дно матки находятся в здоровом состоянии (см. рис. 11). Равно и в придатках матки не замечается ничего ненормального.

Копстатировавши все сказанное двойным исследованием, врач обязан удостовериться в полной подвижности матки; при чем двойным приемом ста-



Рис. 11. Канкроидный полип передней губы.

рается усиленно опустить матку книзу, что обыкновенно легко достигается: надавливая левой рукой через брюшную стенку на дно матки, можно низвести новообразование до входа во влагалище. Если этим способом не удалось копстатировать полную подвижность, то, введя зеркало Simon'a или Sims'a (или без зеркала) в положение для камнеисъечения, должно захватить влагалищную часть щипцами Мюзе и оттягивать ее книзу по направлению к входу во влагалище—маневр вполне безопасный. При этом могут произойти два обстоятельства: или влагалищная часть с маткой будут вытягиваться очень легко,—значит нет еще инфильтрата в ligam. utero-sacral. и lig. lata, — или же подвижность матки

в этом направлении будет ограничена—тогда, вероятно, инфильтраты в указанных местах уже существуют, в чем и можно убедиться при исследовании per rectum. Присутствие или отсутствие этого признака равносильно вопросу: быть или не быть. Ибо в первом случае всякое лечение—почти всегда только паллиатив, а во втором может быть и полное излечение (так нам удалось видеть случаи, где через 6—7 лет после операции канкроид не возвращался; сюда же, вероятно, надо отнести и случай Брауна—19 лет). Но

здѣсь можетъ произойти маленькая конфузія, въ особенности съ неопытнымъ врачомъ: не должно забывать о частомъ болѣзненномъ состояніи *perimetritis posterior adhaesiva*. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ матка находится или въ состояніи *retropositionis*, или *anteversionis*, при чемъ ощупать нормальныя или увеличенныя крестцово-маточныя связки не удастся. Чтобы избѣгнуть такой конфузіи, совѣтую изслѣдующему врачу прибѣгнуть къ слѣдующему нехитрому и неопасному способу: захвативши безъ зеркалъ влагалищную часть щипцами Мюзе и оттягивая ее внизъ, насколько это возможно, ввести указательный палецъ правой или лѣвой руки *in rectum*; если причина лежитъ въ инфильтрированныхъ крестцово-маточныхъ связкахъ, то онѣ прощупываются въ видѣ двухъ утолщенныхъ, натянутыхъ шнуровъ, идущихъ сверху внизъ, и при попыткахъ къ вытяженію матки изслѣдующій *in recto* палецъ чувствуетъ сопротивленіе въ нихъ; другими словами, при инфильтраціи *lig. utero-sacralia*, онѣ прощупываются въ видѣ двухъ утолщенныхъ натянутыхъ шнуровъ, чего не бываетъ при адгезивномъ воспаленіи Шульца.

На этотъ маленькій способъ я обращаю тщательное вниманіе, ибо во всѣхъ оперативныхъ случаяхъ карциномы шейки матки онъ рѣшительно необходимъ и къ указанію на него я больше не вернусь.

Замѣчу еще кстати, что этимъ способомъ удается ощупывать инфильтраты и въ правой и въ лѣвой широкой связкѣ въ видѣ разнообразныхъ утолщеній и затвердѣній въ формѣ плоской или яйцевидной, разнообразной величины: отъ горошины до лѣсного орѣха, и тутъ-то не должно забывать, что послѣднюю форму инфильтрата (яйцевидную) легко смѣшать съ онущеннымъ и приращеннымъ яичникомъ. Помимо другихъ способовъ исключенія, которые даются только опытомъ въ гинекологическомъ изслѣдованіи, укажу на одинъ признакъ, годный и для начинающаго, а именно: особая, такъ сказать, специфическая чувствительность при давленіи на яичникъ, нѣсколько похожая на ощущеніе, происходящее отъ придавливанія *testiculi*.

Все сказанное о канкроидѣ можетъ быть легко отнесено и къ грибовидной формѣ—шампиньону, по здѣсь есть нѣкоторыя отклоненія, которые должны быть специально описаны (рис. 12). Помимо формы, здѣсь консистенція нароста нѣсколько мягче и здѣсь нѣтъ уже той равномерной характерной твердости. Здѣсь попадаются мѣста мягкой консистенціи, по большей части островчатой, но въ наружныхъ частяхъ въ вывороченныхъ передней и задней губахъ встрѣчается и характерная твердость.

Присутствіе язвы или отсутствіе ея съ характерными или не характерными признаками еще мало уясняетъ діагностику. Во первыхъ, на основаніи такой мягкой консистенціи возможно смѣшеніе съ *sarcoma colli uteri*; а не все равно, что канкроидъ, что саркома, ибо послѣдняя, навѣрно, также злокачественна, какъ ракъ, и прогностика по нашему личному опыту при саркомахъ маточной шейки одинаково печальна, какъ и при рагѣ. Единственнымъ критеріемъ служить микроско-



Рис. 12. Грибовидный ракъ шейки матки.

пическое изслѣдованіе, производимое до или послѣ отнятія новообразованія, и потому изслѣдованіе микроскопическое канкроидовъ безусловно необходимо въ интересахъ больной. Во вторыхъ, можно смѣшать съ простымъ выворотомъ губъ, зависящимъ отъ двухсторонняго Эмметовскаго разрыва, и хотя такое смѣшеніе съ практической стороны не особенно важно какъ для больной, такъ и для врача, я все-таки совѣтовалъ бы прибѣгнуть къ маневру, предложенному самимъ Эмметомъ: обнаживъ при помощи зеркалъ Симона или Симса влагалищную часть, берутъ два острыхъ, длинныхъ крючка или шипцы Мюзе и стараются свести вмѣстѣ переднюю и заднюю губу; въ случаѣ разрыва, шейка при этомъ получаетъ свою нормальную форму; въ случаѣ канкроида или саркомы, восстановление шейки не удается по причинѣ затвердѣній и инфильтраціи ея. Въ третьихъ, возможно смѣшеніе, которое я къ сожалѣнію видѣлъ и у опытныхъ врачей, въ особенности страдающихъ *ruptio chirurgico*: простое выпаденіе и разбуханіе слизистой оболочки съ засореніемъ железъ смѣшивали съ канкроидомъ или ракомъ и, — *volens-nolens*, подвергали женщину ненужной и неумѣстной операціи — ампутаціи шейки. Стоитъ только ввести зеркало и обнажить влагалищную часть, какъ тотчасъ обнаружится конфузія: на темно-красномъ фонѣ изъѣденной, эрозированной, выпавшей слизистой оболочки будутъ замѣтны просовидные, желтоватые бугорки или полипообразныя набухлости съ коллоиднымъ желтоватымъ или прозрачнымъ стекловиднымъ содержимымъ. Стоитъ только проткнуть то или другое возвышеніе, какъ тотчасъ вытекаетъ сказанная фолликулярная жидкость. При ракъ этого никогда не бываетъ: за всякимъ уколомъ идетъ кровь. Но и безъ помощи зеркала можно убѣдиться въ томъ же, ибо изслѣдующій палецъ находитъ, что такая выпавшая

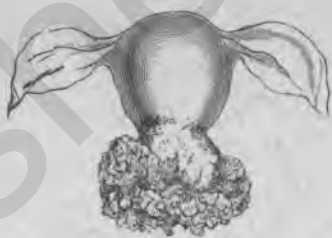


Рис. 13. Папиллярный ракъ шейки матки.

слизистая оболочка сохраняетъ подвижность: при карциномѣ же слизистая оболочка отверстія матки или шейнаго канала всегда неподвижна.

Если канкроиды остаются долго безъ пособія, то они переходятъ въ обыкновенную форму рака шейки матки со всѣми послѣдствіями его.

Слѣдующая за канкроидомъ форма есть папиллярная форма, *папиллярный ракъ*, *Blumenkohlgeschwulst*. Хотя эта форма и описывается многими, какъ новообразованіе, стоящее на границѣ между злокачественными и доброкачественными, но наши личныя наблюденія привели насъ къ заключенію отнести эту форму къ порядку канкроидовъ, и если это не совсѣмъ вяжется съ гистологическимъ характеромъ, за то клиническая сторона, прогностика и лѣченіе однѣ и тѣ же, что и въ канкроидахъ, ибо симптомы одни и тѣ же, что и въ канкроидахъ, и воз-

вратъ за удаленіемъ ихъ такъ же рѣдко какъ и въ послѣднихъ. Вотъ причина, заставившая насъ отнести и описывать эту форму вмѣстѣ съ канкроидами. Изслѣдующій per vaginam палецъ находитъ въ полости влагалища, въ средней или верх-



Рис. 14. Ракъ влагалищной порціи шейки, выполняющій весь просвѣтъ верхней части влагалища. По наружному виду напоминаетъ канкроидъ. Опер. $\frac{1}{IV}$ 90.

ней его части, мягкую, губчатую, хрупкую массу, которая широкимъ своимъ основаніемъ смотритъ внизъ, а болѣе узкимъ концомъ, т. е. основаніемъ влагалищной части, къверху, словомъ, напоминаетъ собою по формѣ грибовидный канкроидъ (см. рис. 13). Эта форма встрѣчается весьма рѣдко; за всю свою десятилѣтнюю практику я встрѣтилъ только 3 случая. Обильное кровотеченіе, вонючія бѣли во всѣхъ 3-хъ случаяхъ были развиты въ колоссальныхъ размѣрахъ. Слизистая оболочка наружной поверхности влагалищной части была гладкая, подвижная и эластичная, матка неувеличена и подвижна. Женщины уже страдали года по два кровотечениями и бѣлями, и общій видъ былъ у нихъ вполне канкरोзный, но при

самомъ тщательномъ изслѣдованіи ни *ligamenta utero-sacralia*, ни параметральная клетчатка, ни железы въ широкихъ связкахъ не были инфильтрированы. Во всѣхъ случаяхъ была произведена *amputatio colli uteri*: въ двухъ гальвано-каустической петлей, въ одномъ—высокая надвлагалищная ампутація шейки матки и всѣ больныя выздоровѣли. Одну я видѣлъ спустя 8 лѣтъ послѣ операціи, другую чрезъ 4 года и третью чрезъ 3 года, и ни у одной не нашелъ никакихъ признаковъ возврата. Вотъ на основаніи сродства симптомовъ и малой склонности къ возвратамъ я и описываю здѣсь эту форму. Стало быть, единственнымъ отличіемъ при объективномъ изслѣдованіи должно считать мягкость новообразованія, но все-таки соединенную съ хрупкостью.

Послѣдующія наблюденія указали еще, что иногда *Blumenkohlgeschwulst* не сидитъ на ножкѣ, а инфильтрируетъ всю шейку и своды влагалища и по теченію своему ничѣмъ не отличается отъ рака влагалищной части шейки матки. (См. рис. 14) Вторая форма — *узловая*. Карциноматозный узелъ шейки матки развивается въ видѣ ограниченной опухоли подъ слизистой оболочкой, причемъ эта послѣдняя или совершенно нормальна, или представляетъ признаки лишь доброкачественнаго раздраженія. Этотъ узелъ можетъ развиваться или подъ слизистой оболочкой, покрывающей наружную поверхность влагалищной части, или же подъ слизистой оболочкой шейнаго канала. Узелъ постепенно увеличивается, подвергается размягченію въ центрѣ и прободаетъ наконецъ дотолѣ здоровую слизистую оболочку. Такимъ образомъ образуется канкротная язва, смотря по мѣсту прободенія или на наружной поверхности влагалищной части, или у наружнаго маточнаго отверстія, или въ полости шейнаго канала. Въ дальнѣйшемъ теченіи узелъ еще болѣе разрастается, превращаетъ влагалищную часть въ безформенную опухоль, и затѣмъ новообразованіе распространяется далѣе на верхніе отдѣлы шейки матки, на тѣло матки, а главное, на клетчатку таза, въ которой оно образуетъ уже большіе узлы.

Что касается до этой формы рака, то я долженъ прибавить къ описанію ея слѣдующія данныя: дѣйствительно, дѣло начинается съ образованія узловъ въ шейкѣ матки, именно чаще въ передней и боковой правой части шейки; засимъ шейка гипертрофируется, но гипертрофія шейки болѣе замѣтна надъ сводами, такъ что, повидимому, эти узлы разрастаются преимущественно въ *параметрическую клетчатку*, ибо вслѣдъ затѣмъ одинъ изъ боковыхъ сводовъ, чаще правый, бываетъ выполненъ таковыми же узлами, сидящими плотно и тѣсно другъ около друга, неподвижными, гладкими, выпирающими слизистую оболочку сводовъ влагалища и распространяющимися во всѣ стороны таза, преимущественно-же идущими къ боковымъ частямъ его, такъ что при полномъ развитіи вся полость малаго таза выполнена таковыми узлами. Засимъ они поднимаются кверху въ полость большого таза и прощупываются при двойномъ изслѣдованіи какъ бугристая масса, какъ бы состоящая изъ сложенныхъ въ кучу ядеръ. Распаденіе или изъязвленіе на влагалищной части весьма минимальное, поверхностное, въ видѣ сухой язвы съ небольшими, твердыми, каллозными краями, шероховатымъ дномъ, въ высокой степени чувствительнымъ, такъ что вполнѣ имѣетъ характеръ эретичной язвы. Отдѣленія почти никакого или минимальное; регулы или малы, или рѣдки, или сроки ихъ правильны, но количество теряемой крови ничтожно. Боли внѣ

регуль сильны въ крестцѣ, внизу живота, въ вертлугахъ, въ нижнихъ конечностяхъ, въ пузырьѣ, въ промежности, въ прямой кишкѣ, а во время регуль присоединяются дисменорейныя явленія и боли достигаютъ ужасающихъ размѣровъ. За вѣсколько комнатъ еще можно слышать стоны и крики этихъ больныхъ. Бессонныя ночи, запоры, ошеломленіе отъ боли и наркотическихъ средствъ дѣлаютъ выраженіе ихъ лица особымъ, которое стоитъ только разъ увидѣть, чтобы не забыть его во всю жизнь. Больныя жалуются обыкновенно, что причина ихъ болѣзни кроется въ отсутствіи кровей: «вызовите регулы», говорятъ онѣ, — «и я тотчасъ же поправлюсь». И дѣйствительно, если безъ всякой особенной причины у больныхъ случаются регулы посильнѣе, и покажется кровотеченіе, облегченіе наступаетъ. Чаше эту форму я встрѣчалъ въ интеллигентныхъ классахъ, у субъектовъ полныхъ, скорѣе даже ожирѣлыхъ, но всегда много рожавшихъ, перенесшихъ много нравственныхъ заботъ и хлопотъ, прекрасныхъ матерей, прекрасныхъ женъ и вообще сострадательныхъ людей. Точно существуетъ въ самомъ дѣлѣ какая-то злая иронія природы, и добродѣтель должна страдать. Вотъ эту-то форму я и предложилъ назвать еще въ 1880 году *poli me tangere*. Страданія тянутся долго; на моихъ рукахъ было двѣ несчастныхъ больныхъ, которыя въ продолженіе 2½ лѣтъ наполняли жилище криками. Припоминаю одинъ случай, въ бытность мою студентомъ: я встрѣтилъ больную съ карциномой *colli uteri*, которая 3 года лежала въ такомъ положеніи и только на 4-й годъ умерла. Эта форма не терпитъ никакого хирургическаго вмѣшательства, въ чемъ я убѣдился лично на одной больной. Я нашелъ у ней при изслѣдованіи узлы, лежащія въ толщѣ шейки и вокругъ ея, величиною съ гусиное яйцо, подвижныя вмѣстѣ съ маткой и шейкой, а остальную часть параметрія и придатки матки совершенно свободными отъ какихъ либо признаковъ новообразованія. На основаніи усиленныхъ просьбъ со стороны больной и ея окружающихъ и съ согласія консультировавшихъ врачей, я рѣшился произвести ей удаленіе новообразованія, и произвелъ его, причѣмъ экстирпировалъ не только узлы, но и всю шейку матки почти вплоть до уровня внутренняго отверстія. Экстирпированные узлы представляли изъ себя твердую, фиброзную массу, которая скрипѣла при разрѣзѣ и представляла подъ микроскопомъ всѣ характерныя признаки карциномы. Изслѣдованіе микроскопическое экстирпированной шейки въ верхнихъ частяхъ ея, близъ уровня внутренняго маточнаго отверстія, не показывало присутствія какой либо карциномы: она была совершенно нормальна. Рана начала заживать прекрасно, появились хорошія грануляціи, лихорадки не было, и въ первые два дня боли совершенно отсутствовали. Съ конца третьихъ сутокъ появились боли, сначала легкія, не воспалительныя, а стрѣляющія, ланцеирующія, которыя, не смотря на отсутствіе лихорадки или какого либо воспаленія, все усиливались, и къ концу 12-ти дней достигли прежнихъ размѣровъ. Осмотръ раны показалъ, что въ днѣ ея находились нѣскольکو вялыхъ, кровоточивыхъ грануляціи, а по краямъ раны грануляціи были здоровыя, некровоточивыя; отдѣляемое раны — хорошій, доброкачественный гной. Матка была не увеличена и подвижна: периметрій и параметрій были свободны отъ какого нибудь воспалительнаго процесса. Къ удивленію своему, около правой боковой части таза я нашелъ опухоль величиною съ грецкій орѣхъ, а къ

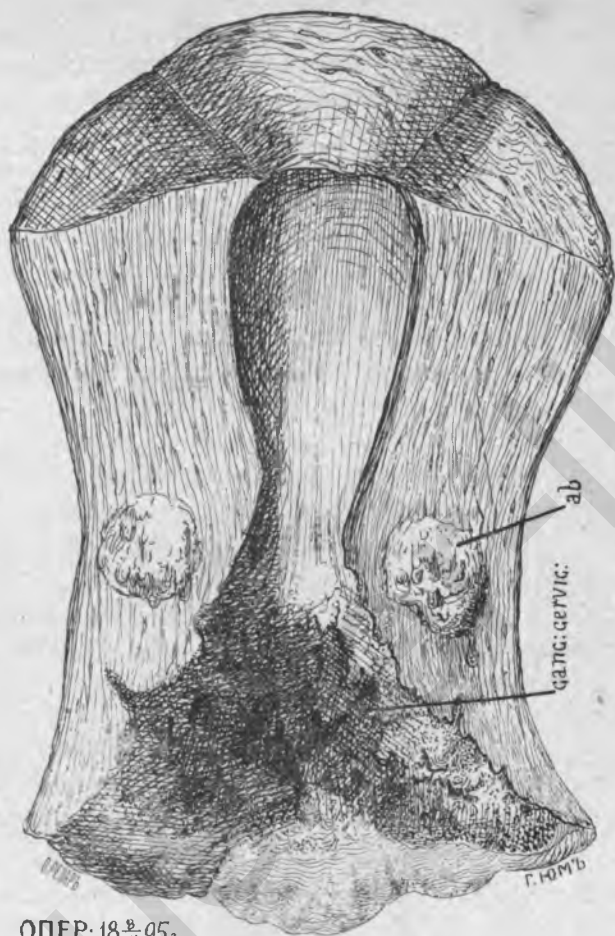
концу двухъ недѣль, т. е. стало быть на 25-й или 26-й день послѣ операци, вся полость малаго таза была усѣяна такими узлами. Подъ ложечкой въ сторонѣ желудка можно было уже прощупать такой же узелъ, въ надключичномъ пространствѣ прощупывался такой-же узелъ, — и больная вскорѣ умерла.

Этотъ случай оставилъ во мнѣ неизгладимое впечатлѣніе. Операци была совершена вслѣдствіе сильныхъ болей, которыхъ больная не могла и не хотѣла переносить. Операци удалась, какъ по ея непродолжительности, малой потери крови, такъ и по заживленію раны, хорошо; по крайней мѣрѣ не было ни въ операционное время, ни послѣ него никакихъ отклоненій и никакой реакціи, и вдругъ такое быстрое, колоссальное, диссеминирующее и фатальное распространение рака. Съ этихъ поръ я положилъ себѣ за правило не трогать такихъ раковъ, ни по просьбѣ больныхъ, ни по настоянію врачей. Держась такого направленія въ продолженіе 5-ти лѣтъ, я не имѣю повода раскаяваться въ этомъ. Въ продолженіе этихъ 5-ти лѣтъ я видѣлъ случаевъ 10-ть, гдѣ мои совѣты были отвергнуты больными и лѣчащими ихъ врачами. Всѣ эти больныя являлись ко мнѣ съ просьбой рѣшить ихъ сомнѣніе, дѣлать или не дѣлать операцию. Во всѣхъ случаяхъ я не совѣтовалъ производить операци, и, конечно, въ утѣшеніе родственникововъ больныхъ могъ сказать весьма неутѣшительное. Понятная вещь, что такой отвѣтъ не удовлетворялъ ни больныхъ, ни родственникововъ, въ особенности первыхъ, такъ какъ боли и страданія ихъ были ужасны. Онѣ обращались къ другимъ врачамъ, и врачи много говорили имъ утѣшительнаго: операци возможна и можетъ быть удачною, если не въ смыслѣ полнаго излѣченія, которое нельзя предвидѣть, то навѣрно въ смыслѣ утишенія страданій. Съ нѣкоторыми изъ этихъ врачей я консультировалъ, но мои взгляды не были приняты во вниманіе. Послѣдствія оправдали мой взглядъ. Всѣхъ этихъ больныхъ я видѣлъ потомъ, уже послѣ операци, которыхъ къ концу мѣсяца, которыхъ къ концу двухъ, и всѣ эти больныя скоро погибали отъ быстрого распространения рака и его метастазовъ. Всѣ больныя горько раскаявались въ согласіи на операцию, а у близкихъ и окружающихъ, повидимому, навсегда исчезло довѣріе къ какимъ либо операциямъ. И понятно — и на нихъ производило впечатлѣніе, что до операци хотя больныя и страдали, но за то ѣли, спали, а главное—ходили; послѣ же операци не спали, не ѣли и не ходили, а только страдали. Я долженъ добавить, хотя и не вполне утвердительно, что и на болѣе мелкія хирургическія вмѣшательства (выскабливаніе, глубокія насѣчки, прижиганіе сильно дѣйствующими веществами) таковыя больныя отвѣчали тѣмъ же. Скажу болѣе, что простое гинекологическое изслѣдованіе, и то ухудшаетъ страданія больныхъ; вотъ причина, почему я называлъ такую форму *poli me tangere*. Но было бы глубокой ошибкой думать, что такая ранимость свойственна одной только этой формѣ. И другія формы рака при нѣкоторыхъ условіяхъ даютъ тѣ же результаты, но объ этомъ ниже.

Прошло 10 лѣтъ съ тѣхъ поръ, какъ написаны эти строки, но взгляды мои на эту форму рака остаются тѣ-же.

Третья форма—*ракъ шейнаго канала*. Образованію третьей формы—рака шейнаго канала (см. рис. 15)—содѣйствуетъ повидимому болѣе всего застарѣлый катарръ шейки. Эта форма развивается поверхностно и плоско подъ цилиндрическимъ эпите-

ліємъ слизистой оболочки шейнаго канала, распространяется преимущественно въ подслизистой клетчаткѣ и превращаетъ цервикальный каналъ въ полость съ изъязвленными стѣнками. Эта форма рака рано переходитъ вверхъ на полость матки,



ОПЕР: 18 $\frac{2}{III}$ 95 г.

Рис. 15. Карцинома шейнаго канала и абсцессъ въ толщѣ шейки.

затѣмъ на стѣнки матки, и лишь поздно и медленно захватываетъ наружное маточное отверстіе. Въ этой формѣ на первый планъ выступаетъ изъязвленіе, а не новообразование ткани. Эту форму шейнаго рака встрѣтилъ я однажды, гдѣ не только весь шейный каналъ, но и вся внутренняя поверхность матки была поражена карциномой; параметрій, какъ въ нижнихъ частяхъ, такъ и въ верхнихъ, былъ отчасти инфильтрированъ, и потому о радикальныхъ пособіяхъ не могло быть и рѣчи. Другой случай былъ сомнительный, хотя несомнѣнно принадлежалъ къ этому порядку. У больной была опредѣлена не изъязвившаяся *carcinoma colli uteri*. Вла-

галищная часть въ продольномъ размѣрѣ была $2\frac{1}{2}$ " , въ передне-заднемъ — дюйма 2. Отверстіе матки едва пропускало конецъ пальца, было ровное, гладкое, неизъязвленное. Сквозь слизистую оболочку увеличенной влагалищной части прощупывались твердые бугры въ толщѣ ея. Матка была немного увеличена и подвижна. Это было въ 1876 году. Когда я приступилъ къ отнятію шейки, то, отнявши ее ножомъ, я былъ пораженъ представившейся картиной. Оказалось, что вся шейка матки, внутренняя ея поверхность и внутренняя поверхность матки представляли канкрозный распадъ и канкрозную язву. Пальцемъ легко можно было войти въ расширенную полость матки и дойти до дна, при чемъ изъ полости матки свободно выскабливались куски канкрозной массы. Я выскаблилъ все, что могъ, и убѣдился, что большая часть мышечнаго слоя матки подверглась распаду, такъ что казалось, что существо матки состояло изъ утолщенныхъ нѣсколькихъ листовъ периметрія; кровотеченія никакого. На этомъ и остановилась операція. Экстирпированная шейка матки представляла слѣдующія интересныя данныя: на внутренней поверхности шейнаго канала замѣчалась канкрозная язва, занимавшая двѣ верхнихъ трети шейки, а нижняя до наружнаго маточнаго отверстія представляла совершенно гладкую, ровную и, повидимому, здоровую слизистую оболочку шейнаго канала; словомъ, нижній сегментъ влагалищной части, въ особенности около наружнаго маточнаго отверстія, не былъ пораженъ распадомъ. Откуда же ракъ начался, изъ тѣла-ли матки спустился внизъ, или изъ шейнаго канала подымался вверхъ, — словомъ, былъ ли это *carcer corporis*, или *collis uteri*, я не могу сказать утвердительно. Большая послѣ операціи и лѣченія смазываніемъ бромомъ поправилась, кровотеченіе не возвращалось и отдѣляемое было гнойное. Умерла она вслѣдствіе метастазовъ въ печени. Въ послѣднія 10 лѣтъ ежегодно приходится удалять 3—4 случая раковъ шейнаго канала, и должно подтвердить, что ракъ, начавшись съ шейнаго канала, можетъ распространяться на тѣло и дно, образовать тамъ канкрозную язву съ обильнымъ канкрознымъ распадомъ, который иногда задерживается (*ruometra*), причемъ влагалищная часть и наружное маточное отверстіе остаются нетронутыми. (Рис. 15). Если изъязвленіе въ шейномъ каналѣ не очень глубоко, и парацервикальная клѣтчатка легко отдѣляется, то возврата въ этихъ случаяхъ послѣ удаленія матки не особенно часты.

Слѣдовательно, подъ именемъ рака шейнаго канала мы должны подразумѣвать такое новообразованіе, которое начинается въ шейномъ каналѣ на передней или задней его части; новообразованіе, дающее язву съ одной или двухъ сторонъ, распространяющееся на тѣло и дно матки, разрушая ихъ и превращая внутреннюю поверхность ихъ въ канкрозную язву; и только послѣ пораженія тѣла и дна матки оно изъ шейнаго канала распространяется къ наружному маточному отверстію, разрушаетъ его и образуетъ воронкообразную канкрозную язву. Въ этомъ случаѣ рѣшить вопросъ, была ли это *carcinoma canalis cervicalis*, или *corporis et fundi uteri*, невозможно. Эта форма рака шейнаго канала отличается двумя особенностями: или она въ весьма раннихъ стадіяхъ, инфильтрируя переднюю стѣнку шейнаго канала, разрушаетъ ее и клѣтчатку, находящуюся между пузыремъ и шейкою, — и въ такомъ случаѣ она не излѣчима, — или при пораженномъ днѣ и тѣлѣ парацервикальная клѣтчатка остается сравнительно не тронутою. Въ первомъ случаѣ

циркулярная гипертрофія надвлагалищной части рѣзко выражена, подвижность шейки ограничена, отдѣленія много и функція мочевого пузыря такъ или иначе разстроена. Во второмъ случаѣ эти явленія отсутствуютъ, и утолщеніе, инфильтрація, чувствительность главнымъ образомъ наблюдаются въ днѣ и тѣлѣ матки. Слѣдовательно шеечный ракъ имѣетъ два пути распространенія: въ одномъ, начиная съ шейпаго канала, онъ разрушаетъ всю шейку и идетъ на тѣло и дно матки, въ другомъ, поражая шейный каналъ, не трогаетъ глубокихъ частей шейки и окружающей клѣтчатки, но распространяется вверхъ, въ дно и тѣло; въ обоихъ этихъ случаяхъ наружное маточное отверстіе долго остается нетронутомъ и почти нормальнымъ. Само собой понятно, что первая форма злокачественнѣе второй.

Четвертый видъ — плоскій ракъ влагалищной части. Онъ начинается изъязвленіемъ вокругъ *orific. extern.*, причемъ по мѣрѣ изъязвленія инфильтрируется вся влагалищная часть шейки матки, инфильтрируется парацервикальная клѣтчатка и *lig. utero-sacral.*, образуется кратерообразная язва, — и затѣмъ ракъ принимаетъ теченіе, описанное въ смѣшаной формѣ рака (рис. 16).



Рис. 16. Начальная стадія рака влагалищной части шейки и кисты леваго яичника.

Опер. $\frac{3}{11}$ 90 г.

Перехожу теперь къ описанію той формы рака, которую я называю смѣшаной, въ которой уже нельзя опредѣлить источникъ новообразованія: изъ шейпаго канала, изъ наружной поверхности влагалищной части, изъ узловъ формы, изъ плоскаго рака, или изъ канкроида развилось то новообразованіе и тѣ измѣненія, съ которыми является больная къ врачу. Здѣсь сущность дѣла состоитъ въ распадѣ раковаго новообразованія, въ образованіи характерной кратерообразной канкрозной язвы, занимающей не только всю *collum uteri*, но и распространяющейся на своды, (см. рис. 17) въ переходѣ новообразованія на параметрій, въ полной инфильтраціи *ligamentorum utero-sacralium*, нерѣдко съ распадомъ по тракту лимфатическихъ сосудовъ, въ полной неподвижности увеличенной матки, въ появленіи пельвеоперитоническихъ ложныхъ наслоеній, въ метастазахъ и инфильтратахъ трубъ и яичниковъ, пузыри и гесті. Иногда такія явленія замѣчаются у больныхъ, которымъ уже прежде сдѣлана была операція удаленія рака. Это самый частый контингентъ раковыхъ больныхъ. При наружномъ обследованіи *per parietes abdominales* помимо всѣхъ въ общемъ очеркѣ раньше указанныхъ признаковъ отмѣчается внизу живота глухой звукъ, идущій въ полость малаго таза. Контуры этого глухого звука обозначаются неправильными линіями, уровень которыхъ на одной сторонѣ выше, чѣмъ на другой. На мѣстѣ глухого звука прощупывается твердая, неподвижная, нѣсколько чувствительная масса, равномерно внѣдряющаяся въ полость

малого таза. Бугры прощупываются рѣдко, но если и попадаются, то торчатъ иногда въ видѣ какъ бы остроугольныхъ камней (рис. 18). При внутреннемъ изслѣдованіи палецъ находитъ твердую, неподатливую, неуступчивую язву, дно которой образуетъ воронку или кратеръ, а боковыя стороны покоятся на сводахъ



Рис. 17. Ракъ шейки, перешедшій на влагалище. Раковые узлы въ толщѣ шейки.
Опер. $\frac{8}{x}$ 92 г.

влагалища, а иногда на передней и задней стѣнкахъ его. Иногда края язвы состоятъ изъ остатковъ наружной поверхности влагалищной части въ видѣ мозолистаго, нечувствительнаго кольца. (См. рис. 19). Поверхность язвы мелкобугристая, мѣстами шероховатая, кровоточивая и отдѣляющая зловонный распадъ. Иногда вся язва мало чувствительна, иногда въ высокой степени чувствительна и даже эретична; въ послѣднемъ случаѣ она суха и температура ея на ощупь какъ бы возвышена. Уставя палецъ на дно язвы, а другой рукой двигая эту массу *per parietes abdominales*, врачъ находитъ полную неподвижность этой массы, причемъ при попыткахъ сдвинуть ее больная жалуется на боли. Если надавливать на задній сводъ, то можно прощупать твердую массу, лежащую между маткой и прямой кишкой, а если ввести одинъ или два пальца *in rectum*, то соответственно этой твердости замѣчается въ прямой кишкѣ суженіе, причемъ кишка сужена какъ бы съ боковъ и неподвижна въ этомъ мѣстѣ. Это боковое суженіе кишки зависитъ отъ дальнѣйшей инфильтраціи *lig. utero-sacral.* и эту инфильтрацію можно прослѣдить до передней поверхности крестцовой кости и выше по направленію къ поясничнымъ позвонкамъ. Таковое изслѣдованіе всегда болѣзненно и больныя

горько жалуются на него. Всѣ субъективныя жалобы больныхъ, которыя мы описали выше, здѣсь присутствуютъ на лицо. Эта форма чаще всего встрѣчается врачу. Здѣсь кровотеченіе, вошочія бѣли, отравленіе крови вслѣдствіе всасыванія гнилостнаго распада, пораженія пузыря и прямой кишки—въ полномъ развитіи,



Рис. 18. Ракъ шейки матки въ позднѣйшей стадіи развитія. V—ves. urin. U—uterus. R—rectum. X—orif. uretr. V'—vagina.

но больныя еще ходять, кое-какъ ѣдятъ и кое-какъ спятъ, требуютъ настоятельно помощи, согласны на все, дабы избавиться отъ страданій; однако здѣсь помощь и искусство врача скорѣе состоятъ въ утѣшеніи и милосердіи, чѣмъ въ активныяхъ пособіяхъ. Но бываютъ и исключенія, и о такомъ исключеніи, встрѣтившемся мнѣ однажды, я хочу сообщить.

Какъ ни курьезно и ни страшно, по дію и тѣло матки, а равно одинъ или оба яичника, могутъ иногда остаться повидимому здоровыми, не смотря на полное разрушеніе шейки карциномой, и женщина можетъ забеременѣть. Беременность можетъ кончиться выкидышемъ или искусственно быть прервана врачомъ, но иногда можетъ дойти и до конца, и могутъ наступить роды. Конечно, все это еще болѣе доступно и возможно въ первыхъ стадіяхъ болѣзни. Роды могутъ окончиться двоякимъ путемъ: или естественнымъ, или неестественнымъ, въ послѣднемъ чаще всего происходитъ разрывъ матки и выходженіе плода въ брюшную полость. Я видѣлъ тотъ и другой исходъ. Одинъ случай встрѣтился мнѣ въ Воспитательномъ домѣ, гдѣ мнѣ пришлось присутствовать при родахъ канкротной больной. Шейка была вся поражена значительной карциномой и своды, въ особенности передній, были инфильтрированы. Больная поступила въ родильный институтъ на полныхъ мукахъ, воды прошли, отверстіе матки было почти закрыто. Сердцебиеніе и движеніе плода не были ощущаемы. Схватки были частыя и сильныя, но контуры сокращенной матки плохо прощупывались вслѣдствіе доскообразности брюшныхъ стѣнокъ. Большая была оставлена подъ наблюденіемъ особой повивальной бабки,



Рис. 19. Тоже что и рис. 18.

которой даны были специальные указания. Через несколько часов бабка пришла ко мне с известием, что пузырь спустился очень низко и дошел до наружной половой расщелины. Какъ ни странно было слышать о прорѣзавшемся пузырьѣ, такъ какъ воды уже прошли, но когда я пришелъ къ больной, то увидѣлъ, что промежность выпячивающею бѣловато-черпчатой опухолью, гладкою, скользкою, рѣзко флюктуирующею. Находя усиленныя схватки, переходящія въ тетаническія сокращенія, и опасаясь за разрывъ матки, я поспѣшилъ сдѣлать проколъ казавшагося мѣстѣ пузыря. Изъ мѣста прокола съ шумомъ, зависящимъ отъ присутствія газовъ, вытекла вонючая дегтеобразная масса съ кусками, напоминающими секвестрированную клетчатку. Опухоль спала и какъ бы нѣсколько ушла въ глубь таза. Схватки прекратились на время и вотъ что я могъ констатировать. Опухоль зависѣла не отъ растянутого пузыря, а отъ расширенной, вслѣдствіе разложенія мозга и образованія газовъ, облѣзшей отъ волосъ головки. Немедленно вмѣстѣ съ моимъ товарищемъ, д-ромъ Павловымъ, было приступлено къ краніотоміи, и плодъ былъ извлеченъ. Больная была выведена изъ состоянія коллапса и назначены вышоласкиванія матки, которыя продолжались всѣ 9 дней, а къ концу 12-ти дней больная была выписана изъ госпиталя безъ малѣйшаго пуэрперального расстройства. При изслѣдованіи послѣ выведенія послѣда оказались надрывы шейки матки, изъ которыхъ лѣвый шелъ выше прикрѣпленія бокового свода, кровотеченія однако не было; отдѣлялись только во всѣ дни, а въ особенности въ первый, въ довольно значительномъ количествѣ некротизированные раковые куски. Такимъ образомъ роды могутъ окончиться благополучно для матери, у которой находится пораженіе шейки матки ракомъ, но это въ такомъ только случаѣ, какъ было и въ данномъ, гдѣ типъ рака канкроидный и гдѣ онъ мягкій. И конечно, если бы эту больную можно было видѣть за мѣсяць до ея родовъ, когда, по ея словамъ, движенія ребенка ясно ощущались, то возможно было бы при помощи преждевременныхъ родовъ сохранить жизнь и плода. Но я видѣлъ другой случай. Больная явилась въ клинику Московскаго Университета съ жалобой на кровотеченіе и на боли въ животѣ. При изслѣдованіи оказалось, что она беременна 7½ мѣсяцевъ.

Больная 40 лѣтъ, крѣпкаго тѣлосложенія. Жалуется на незначительное кровотеченіе, лихорадочное состояніе, боли внизу живота и на общую слабость (температура утромъ 38,3°; вечеромъ 39,5°). При изслѣдованіи найдена 7½ мѣсячная беременность живымъ плодомъ; брюшныя стѣнки доскообразны и давленіе внизу живота вызываетъ сильныя боли. При внутреннемъ изслѣдованіи влагалищной части не находится, а на мѣстѣ ея имѣется твердая, бугристая, неподатливая, изъязвленная масса, равно и своды, въ особенности задній, инфильтрированы таковой же твердой, неподатливой, неуступчивой массой, такъ что шейка матки и своды совершенно неподвижны. Эта масса занимаетъ почти 2/3 полости таза, и

при изслѣдованіи per rectum ясно можно ошупать распространеніе инфильтратовъ по lig. utero-sacralia и по направленію къ promontorium.

Diagnosis: Carcinoma colli uteri incurabilis, инфильтрація парацервикальной клѣтчатки, сводовъ и ligamentorum utero-sacralium et pelveoperitonitis. Больная была оставлена въ клиникѣ и ей предложено было сдѣлать кесарское сѣченіе по причинѣ невозможности родовъ естественными путями. Чтобы удостовѣриться въ правильности діагностики и показаній въ операци, къ больной были приглашены профессоръ Н. А. Тольскій и доцентъ А. М. Макѣевъ, которые удостовѣрили точность діагноза. Рѣшено было произвести роды при помощи кесарскаго сѣченія; выборъ времени для операци зависѣлъ отъ состоянія жизнеспособности младенца. Къ концу 2-хъ недѣль сердцебіеніе младенца стало ослабѣвать, и потому было произведено кесарское сѣченіе по обыкновенному способу. Больная погибла на 4-й день послѣ операци отъ гнойнаго воспаленія брюшины (вѣроятно, вслѣдствіе разрыва, при извлеченіи матки въ рапу, гнойниковъ, найденныхъ при вскрытіи въ крестцово-маточныхъ связкахъ). Ребенокъ живъ до сихъ поръ (теперь ему 14 лѣтъ). При аутопсіи рана матки оказалась слипшеюся на всемъ протяженіи.

Эти два случая наводятъ меня на мысль, что, быть можетъ, благодаря кровотоčenіямъ, бѣлямъ, лихорадочному состоянію, истощеніе матерей достигаетъ крайнихъ предѣловъ, и жизнь плода не можетъ сохраниться долѣе 8-ми мѣсяцевъ. На этотъ пунктъ должно быть обращено тщательное вниманіе, ибо при всѣхъ консультаціяхъ по поводу кесарскаго сѣченія врачи придерживаются исключительно права на жизнь младенца и совѣтуютъ дожидаться конца беременности, руководствуясь тѣмъ соображеніемъ, что, чѣмъ взрослѣе младенецъ, тѣмъ больше дана вѣроятность на сохраненіе и продолжительность жизни его. Но едва ли этотъ общій принципъ умѣстенъ у истощенныхъ больныхъ, каковы раковыя. Исторія перваго и втораго случаевъ служатъ этому демонстративными доказательствами. Наконецъ, если бы наступилъ разрывъ матки съ выходомъ плода въ брюшную полость, то здѣсь показуется немедленная лапаротомія. Однимъ словомъ, беременность при таковомъ перерожденіи шейки матки можетъ встрѣтиться врачу въ разные періоды. Если таковое новообразованіе не зашло слишкомъ далеко, и беременность въ раннемъ періодѣ, то показуется hysterectomy vaginalis или abdominalis. Въ моей практикѣ это встрѣтилось 3 раза: 2 раза въ клиникѣ и 1 разъ въ Старо-Екатерининской больницѣ. Слѣдовательно, въ случаяхъ раковыхъ новообразованій на шейкѣ матки, доступныхъ для оперативнаго вмѣшательства, случай разсматривается, какъ случай простаго рака, осложненнаго увеличеніемъ матки, зависящимъ отъ беременности. Если же врачъ встрѣчается съ случаями во второй половинѣ или концѣ беременности и экстирпація раковоперерожденной матки не можетъ быть произведена, тамъ все вниманіе врача должно быть сосредоточено на сохраненіи жизни плода, путемъ ли преждевременныхъ родовъ, симфизеотоміи, или кесарскаго сѣченія.

Оканчивая діагностику, я желалъ бы поставить на видъ главные моменты въ діагностикѣ рака. Сущность раковой діагностики состоитъ въ опредѣленіи границъ рака. Пораженіе шейки, сводовъ, частью пузыря и гестіи узнается непосредственно дигитальнымъ изслѣдованіемъ. Распространеніе инфильтратовъ въ пара-

метрии и въ *lig. utero-sacralia* всегда бываетъ, если существуетъ кратерообразная язва. Утолщеніе и увеличеніе влагалищной части шейки матки, хотя бы и при полной подвижности, не всегда служитъ признакомъ отсутствія инфильтраціи въ параметрії и *lig. utero-sacralia*. Полная неподвижность матки и канкрозной массы указываетъ всегда на существованіе распространенныхъ инфильтратовъ. Боли при изслѣдованіи *per parietes abdominales*, глухой звукъ, ощупываніе опухолей внизу живота, присутствіе перфорации и образованіе *hydronephrosis* суть вѣрные признаки присутствія инфильтраціи. Но и полная подвижность матки къ несчастью не есть еще гарантія отсутствія инфильтратовъ въ широкихъ связкахъ и придаткахъ матки. Отсутствіе инфильтратовъ можно констатировать или въ началѣ заболѣванія, или въ канкроидной формѣ, но и при этомъ не слѣдуетъ никогда упускать изъ виду изслѣдованіе *per rectum* по способу, нами описанному. Въ всякомъ случаѣ, если повторное изслѣдованіе и не открываетъ инфильтратовъ, то не слѣдуетъ позабывать, что они могутъ присутствовать въ видѣ мелко-инфильтрированныхъ железъ въ широкихъ связкахъ.

Отличить воспалительные инфильтраты отъ раковыхъ весьма трудно, и наблюденія показываютъ, что при несомнѣнныхъ воспалительныхъ инфильтратахъ операція мало приноситъ пользы, потому что присутствіе ихъ весьма часто обуславливается раковой инфильтраціей. По поводу этого я расскажу одинъ случай изъ своей практики. Новообразованіе поразило только шейку матки и канкрозная опухоль напоминала собой грибовидный канкرويدъ. Палецъ проникалъ въ отверстіе матки, гдѣ находилась канкрозная язва съ мягкимъ, рыхлымъ дномъ, сильно кровоточившая. Матка лежала въ задней половинѣ таза и была неподвижна вслѣдствіе приращеній къ прямой кишкѣ. Своды были гладки, эластичны, и нигдѣ, за исключеніемъ задняго, не ощупывалось никакой ненормальности. При изслѣдованіи черезъ задній сводъ, который былъ уже, можно было констатировать пастозную припухлость, біеніе сосудовъ, повышенную температуру и острую, рѣзкую и перитоническую боль. При изслѣдованіи *per rectum* прощупывалась нѣкоторая часть задней поверхности матки сильно болѣзненная. Нижняя часть живота была нѣсколько вздута и при давленіи чувствительна. При давленіи въ заднюю половину таза чувствительность увеличивалась и больная не могла переносить такого давленія. У больной было лихорадочное состояніе, достигавшее 39°, и она жаловалась на кровотеченіе, тошноту, обмороки. Пульсъ едва ощутимый, губы блѣдны; словомъ, все признаки острой анеміи на лицо. Больная едва говоритъ и постоянно впадаетъ въ забытіе. Изъ разспросовъ окружающихъ оказалось, что больная недавно пріѣхала изъ провинціи съ цѣлью найти себѣ помощь отъ продолжавшихся уже съ 1/2 года обильныхъ кровотеченій. Это было зимой; больной пришлось много ѣхать на лошадахъ по ухабистой дорогѣ и на нути уже она почувствовала перитоническія боли съ потрясающими знобами.

По пріѣздѣ въ Москву, больную съ трудомъ переправили на квартиру и уложили въ постель. Я засталъ ее почти въ безпамятствѣ, а кровотеченіе продолжалось. Кровь была очень жидкая, и, по разсказу окружающихъ, уже сутки не было сгустковъ, какъ это и бываетъ при сильныхъ и долго продолжающихся кровотеченіяхъ. Изслѣдовавъ осторожно больную, я высказалъ предсказаніе весьма

печальное относительно сохраненія ея жизни, и настоятельно потребовалъ консультаціи врачей, принявъ тотчасъ же слѣдующія мѣры для остановки кровотеченій. Въ то время мнѣ еще не было извѣстно хорошее дѣйствіе горячихъ спринцеваній, и потому назначены были возбуждающія средства, низкое положеніе головы и верхней части туловища съ приподнятѣмъ нижнихъ конечностей и таза, съ отвлеченіемъ при помощи тепла и раздраженій къ верхнимъ частямъ туловища и со льдомъ на нижнюю часть живота; но кровотеченіе не останавливалось. Было сдѣлано нѣсколько разъ повторное холодное спринцеваніе съ liquor ferri sesquichlorati, тоже безъ результата. Послѣ этого я вложилъ небольшой ватный тампонъ, смоченный растворомъ liquoris ferri sesquichlorati, въ отверстіе матки, но кровотеченіе не останавливалось. Тогда во влагалище положено было нѣсколько кусковъ льду, но тоже безъ результата, такъ что отъ начала приложенія средствъ и до конца ихъ примѣненія, въ продолженіе, по крайней мѣрѣ, 12 часовъ, кровотеченіе не было остановлено и большая все ослабѣвала. Въ силу этого я рѣшился затампонировать влагалище, хотя думалъ, что врядъ ли энергическое тампонированіе влагалища въ присутствіи воспалительнаго эксудата можетъ быть перенесено; и дѣйствительно, вслѣдъ за тампонированіемъ больная начала стонать, метаться и появились всѣ признаки наступающаго коллапса, вѣроятно, вслѣдствіе усиленія болей. Сдѣлано было подкожное впрыскиваніе морфія, поставлены суппозиторіи изъ опія, но боли не успокаивались, а усиливались, и рвота, совмѣстно появившаяся съ болями, становилась все чаще и чаще. Поэтому я удалилъ тампоны, и грозныя явленія коллапса стали исчезать, а кровотеченіе все продолжалось. Слѣхавшіеся врачи, согласившись со мной въ опредѣленіи болѣзни, предложили сдѣлать прижиганіе каленымъ желѣзомъ, что и было исполнено съ величайшимъ трудомъ и стараніемъ, и удалось прижечь не только раковую язву, но и глубже ея — шейный капаль, а кровотеченіе все продолжалось. Въ виду опасности общаго состоянія я предложилъ консультирующимъ врачамъ приступить къ операціи, къ экстирпаціи шейки матки, на что и воспослѣдовало согласіе. Мотивами для операціи служили не только одно общее состояніе, но и знаніе того факта, что иногда не только ампутація шейки, но и простые разрѣзы ея останавливаютъ кровотеченіе; но какимъ причинамъ—я не знаю, но это фактъ клиническій. Операція была произведена безъ хлороформа и, хотя въ то время еще не была обработана высокая ампутація шейки матки, но она была совершена по тому же типу, по способу Nuguier. По окончаніи операціи кровотеченіе остановилось, и при помощи всѣхъ противо-анемическихъ средствъ къ концу первыхъ сутокъ больная была приведена въ сознаніе, и первые 6 сутокъ, казалось, все обстояло благополучно, только лихорадочное состояніе продолжалось. Покой, опій и ледь безпрерывно прилагались, отдѣляемое было ничтожно и, повидимому, рана заживала безостановочно. На 6-тыя сутки показался потрясающій знобъ, и при изслѣдованіи оказался въ параметріяхъ эксудатъ, сначала пастообразный, а потомъ болѣе плотный. При соответствующемъ лѣченіи эксудатъ началъ уплотнѣвать, и, наконецъ, перешелъ въ плотныя и неподвижныя затвердѣнія, занимавшія всю окружность матки. Во все это время, т. е. почти 2 мѣсяца, существовали боли двойкаго характера: воспалительныя и стрѣляющія — ланцеирующія. Паховыя железы опухли

и существовали упорные, почти ничѣмъ не устранимые запоры, такъ что пришлось остановиться исключительно на легкой удобоваримой жидкой пищѣ. Кровотеченій за все время не было, и больная не особенно исхудала. Пульсъ и сонъ были удовлетворительны. Назначены были разрѣшающія средства — согрѣвающимъ компрессъ и мушки.

Въ началѣ 3-го мѣсяца ланцирующія боли стали особенно беспокоить больную, и въ правомъ сводѣ, ближе къ пузырю, показался твердый бугоръ, который вскорѣ изъязвился, и язва, образовавшаяся на мѣстѣ его, была по своему виду и характеру безусловно канкротная. Вслѣдъ за тѣмъ въ нижней трети бедра, близъ наружнаго мыщелка, показалось такое же затвердѣніе, которое вскорѣ начало показывать признаки размягченія. Такое же затвердѣніе показалось въ правой груди, въ подключичномъ пространствѣ, и пока существовали эти затвердѣнія въ продолженіе 2-хъ недѣль, не смотря на бессонныя ночи, лихорадочное состояніе отсутствовало. Стало быть, поэтому уже это не была пиэмія. Затѣмъ въ сторонѣ правой почки показалась опухоль, быстро растущая, по всѣмъ признакамъ напоминающая *hydronephrosis*. Опухоль внезапно исчезла, и совмѣстно съ ея исчезновеніемъ появилось истеченіе мочи изъ передняго прохода, вѣроятно, вслѣдствіе разрушенія мочеточника язвой, находившейся въ правомъ сводѣ. Исхуданіе и истощеніе достигло крайнихъ размѣровъ, и больная погибла отъ истощенія, а лихорадки все не было, не смотря на то, что диссеминація канкротная продолжалась цѣлый мѣсяць. Спрашивается, чѣмъ объяснить себѣ такое загадочное и злостное состояніе вещей? Я думаю, что присутствіе воспалительныхъ инфильтратовъ располагаетъ къ этому, ибо, послѣ вышеописаннаго событія, я рѣшился избѣгать операціи въ присутствіи ихъ и послѣдующій опытъ подтвердилъ мое рѣшеніе. Я видѣлъ нѣсколькихъ больныхъ, которымъ были произведены операціи, и у всѣхъ такихъ больныхъ впослѣдствіи я наблюдалъ быстрый, скоротечный, канкротно-воспалительный инфильтратъ. Всѣ таковыя больныя уже не вставали послѣ операціи и требовали огромныхъ хлопотъ и заботъ, почти ежедневнаго посѣщенія врача по ихъ разнообразнымъ, удивительно непредвидѣннымъ переменамъ. Конечно, не слѣдуетъ смѣшивать съ воспалительными инфильтратами тѣхъ ничтожныхъ микроскопическихъ инфильтрацій, можетъ быть, даже воспалительныхъ, но которыя и подъ микроскопомъ не отличить отъ канкротныхъ инфильтрацій, и съ другой стороны я совсѣмъ не говорю о тѣхъ благодѣтельныхъ ложныхъ оболочкахъ, которыя показываются въ тазовой брюшинѣ и которыми, какъ я уже упоминалъ, природа старается защитить брюшную полость отъ распространенія карциномы. Не о нихъ здѣсь рѣчь. Въ настоящее время практика приобрѣла въ горячихъ спринцеваніяхъ дѣйствительное и могущественное средство противъ кровотеченій и воспалительныхъ инфильтратовъ. Было бы величайшей ошибкой не воспользоваться ими въ обстоятельствахъ, подобныхъ описанному случаю. Ибо горячія спринцеванія, остановивъ кровотеченіе, если и не разрѣшатъ инфильтратовъ до полнаго исчезновенія, то, по крайней мѣрѣ, уменьшатъ ихъ до той степени, при которой оперативное вмѣшательство уже не влечетъ за собой такихъ пагубныхъ послѣдствій, въ чемъ я и убѣдился неоднократно.

Прошло 10 лѣтъ, и мой взглядъ въ коренныхъ свойствахъ не измѣнился.

Могу добавить, что дѣло представляется затруднительнымъ отличить воспалительные инфильтраты отъ гнойныхъ сальпингооофоритовъ, при которыхъ показывается операція для удаленія рака матки совмѣстно съ придатками. Такъ какъ пораженіе придатковъ воспалительнаго характера встрѣчается весьма перѣдко, а дифференцировать, какъ уже сказано, отъ воспалительныхъ инфильтратовъ не всегда возможно, то поэтому въ настоящее время въ большинствѣ случаевъ операція производится, и общее впечатлѣніе таково, что при воспалительной инфильтраціи, подразумевающей подъ этимъ инфильтрацію основанія широкой связки, возвратъ рака является весьма скорымъ. Нѣсколько разъ микроскопическое обследованіе удаленныхъ частей инфильтратовъ показывало ихъ воспалительную натуру, а не раковую, и не смотря на то, что ракъ матки удаленъ былъ на границѣ микроскопически здоровыхъ частей, возвратъ появлялся быстро, не *въ самомъ рубцѣ, а около него.*

Итакъ, постановивши діагностику, что данный субъектъ страдаетъ карциномой *colli uteri*, врачъ долженъ опредѣлить распространеніе карциномы, т. е. ограничивается ли пораженіе одной шейкой или и сосѣднія части тоже поражены? Во 1) должно тщательно осмотрѣть своды влагалища:—нѣтъ ли изъязвленій, или инфильтрацій, или затвердѣній слизистой оболочки сводовъ влагалища. Если таковыхъ нѣтъ, и влагалищная часть выдается значительно въ полость влагалища, матка неувеличена, подвижна, крестцово-маточныя связки не прощупываются утолщенными, то, изъязвлена ли нижняя часть влагалищной части или нѣтъ,—случай должно разсматривать какъ самый удобный для оперативнаго вмѣшательства (ампутация или высокая влагалищная экзцизия шейки матки или экстирпация матки). 2) Если влагалищная часть разрушена и на мѣстѣ ея находится канкротная язва, слизистая оболочка передняго свода изъязвлена, не гладка или затвердѣла, то, не смотря на нормальную величину матки и ея подвижность, оперативное вмѣшательство даетъ мало шансовъ на успѣхъ. 3) Если къ сказаннымъ условіямъ присоединяется пораженіе слизистой оболочки задняго свода, подвижность матки ограничена, крестцово-маточныя связки инфильтрированы, то, вѣроятно, лѣченіе должно ограничиться палліативными средствами, хотя бы и хирургическими, ибо рецидивы послѣ полной экстирпации матки въ такихъ случаяхъ составляютъ обыденное явленіе. 4) Часть влагалищной порціи, повидимому, нормальна, а остальная часть ея или какого-нибудь свода разрушена ракомъ, хотя бы и на незначительномъ протяженіи; но если матка съ пораженною частью неподвижна,—хирургическое вмѣшательство мало гарантируетъ отъ возврата. 5) Если влагалищная часть разрушена, своды поражены, и замѣчается нѣкоторое затвердѣніе въ передней и задней стѣнкѣ влагалища,—оперативное пособіе имѣетъ характеръ только симптоматическій. 6) Если при *carcinoma colli uteri* въ параметріи замѣчаются узлы и затвердѣнія, подвижные или неподвижные, операція не показывается. Итакъ, операція показывается тамъ, гдѣ нѣтъ инфильтрацій, чаще всего въ канкроидахъ, въ грибовидномъ канкроидѣ, въ *Blumenkohlgeschwulst*, вначалѣ всякаго рака, будетъ ли то узловая или шейная форма, словомъ, во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ раковое пораженіе мѣстное.

Прогностика. Хотя въ старинныхъ и новыхъ руководствахъ разсказаны

случаи самопроизвольнаго полнаго излѣченія, происходившаго, по описанію, отъ нагноенія въ окружности рака и послѣдовательной некротизаціи послѣдняго, но мнѣ лично не приходилось не только видѣть такіе случаи, но и слышать отъ кого-либо изъ своихъ товарищей. Однако-же должно замѣтить, что идея или принципъ такого излѣченія вполнѣ удобопонятенъ и, можетъ быть, когда-либо послужить основаніемъ для терапіи рака. Попытки такого лѣченія были уже совершены, но безъ успѣха (Tirsch). Гораздо важнѣе, въ виду сомнительности успѣха терапіи, рѣшить вопросъ, какая продолжительность жизни при ракѣ шейки матки. По рѣшенію и этого вопроса обставлено необыкновенными трудностями, что обусловливается тѣмъ обстоятельствомъ, что начало заболѣванія ускользаетъ отъ наблюденія, такъ какъ врачу приходится всего чаще наблюдать ракъ шейки въ періодѣ распада. Отсюда само собою понятно, что только съ этого момента и можно говорить о продолжительности жизни, и хотя существуютъ на этотъ счетъ статистики Симпсона, Арнота, Беркера, Гуссерова, Шредера, но всѣ онѣ страдаютъ общимъ недостаткомъ, что не приняты во вниманіе индивидуальныя особенности, распространеніе рака и его инфильтратовъ. По моему личному впечатлѣнію невозможно, въ настоящее время, указать какой-либо срокъ, и не потому только, что ощущается недостатокъ въ цифрахъ, но и потому, что мы рѣшительно ничего не знаемъ, какая существуетъ разница въ теченіи различныхъ формъ рака и ихъ инфильтратовъ, не говоря уже о томъ, что теченіе одной и той же формы рака бываетъ совершенно различно у людей ожирѣлыхъ, истощенныхъ, первныхъ и т. д. Много можно было бы разсказать случаевъ, гдѣ при самыхъ благопріятныхъ условіяхъ для операціи теченіе рака вскорѣ видоизмѣнялось и изъ медленнаго переходило въ быстрое, а изъ мѣстнаго пораженія въ общее. Поэтому, хотя статистика указываетъ, что minimum продолжительности жизни—1 годъ, а maximum 3 года 8 мѣсяцевъ, я совѣтую быть крайне осторожнымъ въ назначеніи срока; лучше отказываться отъ отвѣта, чѣмъ вводить въ заблужденіе близкихъ къ больной. Стоитъ только припомнить, что помимо кровотеченія, маразма, могутъ быть еще многія другія причины смерти, являющіяся совершенно неожиданно: peritonitis, pneumonia, pleuritis, embolia, страданія почекъ, гангрена легкихъ, pyelonephritis и, наконецъ, жировое перерожденіе сердца. Это послѣднее страданіе не должно быть упускаемо изъ вида, не говоря уже во время хлороформированья, но даже и при назначеніи средствъ, дѣйствующихъ на сердце. Вспоминаю одинъ случай, гдѣ я былъ призванъ къ больной, находящейся въ припадкѣ удушья, съ нитевиднымъ пульсомъ, съ цианозомъ и очень слабыми и рѣдкими ударами сердца, едва слышимыми стетоскопомъ. Оказывалось, что пользующій врачъ сдѣлалъ подкожное вырыскиваніе эрготина для остановки кровотеченія. Послѣ принятыхъ мѣръ больная оправилась и удушье окончилось. Дня черезъ 2 былъ позванъ новый врачъ, который прописалъ больной настойку изъ полторы драхмъ спорыньи на 6 унцій, и у больной послѣ четвертой ложки повторились тѣ же явленія, изъ которыхъ ее уже нельзя было привести къ жизни. Послѣ этого мнѣ приходилось много видѣть раковыхъ больныхъ, которымъ было прописано: эрготинъ, спорынья. Хотя большыя были на ногахъ и являлись амбулаторно, но общій отвѣтъ ихъ о дѣйствіи спорыньи былъ одинъ и тотъ-же: «родитъ и увеличиваетъ тоску и голово-

круженіе». Тоже въ болѣе слабой степени наблюдалъ я и отъ дѣйствія digitalis.

Прогностика основывается на терапіи. Чѣмъ болѣе случай подходитъ подъ операцію, т. е. чѣмъ раньше отъ начала заболѣванія больная попадаетъ къ врачу, тѣмъ благоприятнѣе прогностика. Этотъ фактъ чрезвычайной важности. Его не только нужно знать, но всегда помнить и всюду сообщать, и если бы удалось убѣдить женщинъ отъ 30 до 50 лѣтъ ежегодно подвергаться изслѣдованію черезъ каждые 3—4 мѣсяца, то можно быть убѣжденнымъ, что запущенныхъ формъ рака не существовало бы, операціи принесли бы наибольшую пользу и рецидивы стали бы рѣдкостью. Кромѣ того опасность оперативнаго вмѣшательства доведена была бы до minimum'a. Операція удаленія всей матки составляла бы рѣдкость. Другой вопросъ, стоящій въ тѣсной связи съ этимъ: излѣчиваются ли радикально раки шейки матки операціей; другими словами, какъ часто замѣчаются возвраты послѣ операціи и, если замѣчаются рецидивы, то черезъ сколько времени послѣ операціи являются таковыя? Подробная рѣчь объ этомъ будетъ при лѣченіи, здѣсь только скажу, что ни при одной формѣ рака шейки, ни при одной отъ самой легкой до самой трудной операціи, ни при благоприятныхъ, ни при неблагоприятныхъ условіяхъ ручаться за неоявленіе возврата нельзя; и потому на вопросъ о рецидивѣ справедливѣе и добросовѣстнѣе отвѣтить незнаніемъ, чѣмъ подвергать обманчивыми и лживыми завѣреніями окружающихъ больную разочарованію и разрушать въ обществѣ довѣріе къ операціямъ и къ искусству врача.

Г Л А В А II.

Cancer, sarcoma, adenoma, deciduoma corporis et fundi uteri.

Первичная карцинома и саркома тѣла и дна матки по счастью весьма рѣдки (карцинома тѣла и дна составляетъ 0,50%, саркома 0,71% кровотеченій; еще меньшій процентъ—аденома и децидуома), но все-таки врачу необходимо знать, что онѣ могутъ служить истинной причиной кровотеченія, которое сначала проявляется въ формѣ меноррагій, а потомъ переходитъ въ постоянное кровотеченіе, весьма упорное, мало подчиняющееся дѣйствию какихъ либо кровеостанавливающихъ средствъ. Бѣли—явленіе постоянное, въ особенности во время распада, и нерѣдко приобрѣтаютъ зловонный и злокачественный характеръ. Боли являются обыкновенно въ послѣдней стадіи, уже во время пораженія брюшинной клѣтчаткой раковой или саркоматозной инфильтраціей, или во время метастазовъ. Явленія кахексіи замѣчаются тоже въ послѣднихъ стадіяхъ распада опухоли, такъ что изъ постоянныхъ признаковъ остается только одно кровотеченіе. Женщина, страдающая кровотеченіемъ изъ карциномы или саркомы тѣла матки, является къ врачу или въ началѣ болѣзни, или въ концѣ, и потому діагностика можетъ быть или очень трудна, или очень легка. Чаще всего женщина является во время распада рака, и тогда явленія могутъ быть слѣдующія: при наружномъ обслѣдованіи брюшныхъ покрововъ отмѣчаются неясные признаки доскообразности, и при давленіи надъ symphysis pubis больныя жалуются на

боль, увеличивающуюся по мѣрѣ силы давленія; такая же боль или чувствительность можетъ замѣчаться и въ сторонѣ обѣихъ foss. iliac. При изслѣдованіи плоскости входа въ тазъ, встрѣчается опухоль твердая, мѣстами плотная, правильной или неправильной конфигураціи, но всегда мало подвижная, весьма чувствительная. Попытки выведенія ея изъ полости малаго таза вверхъ не удаются. Опухоль эта лежитъ по средней линіи, соответствуетъ маткѣ, и иногда по округлости

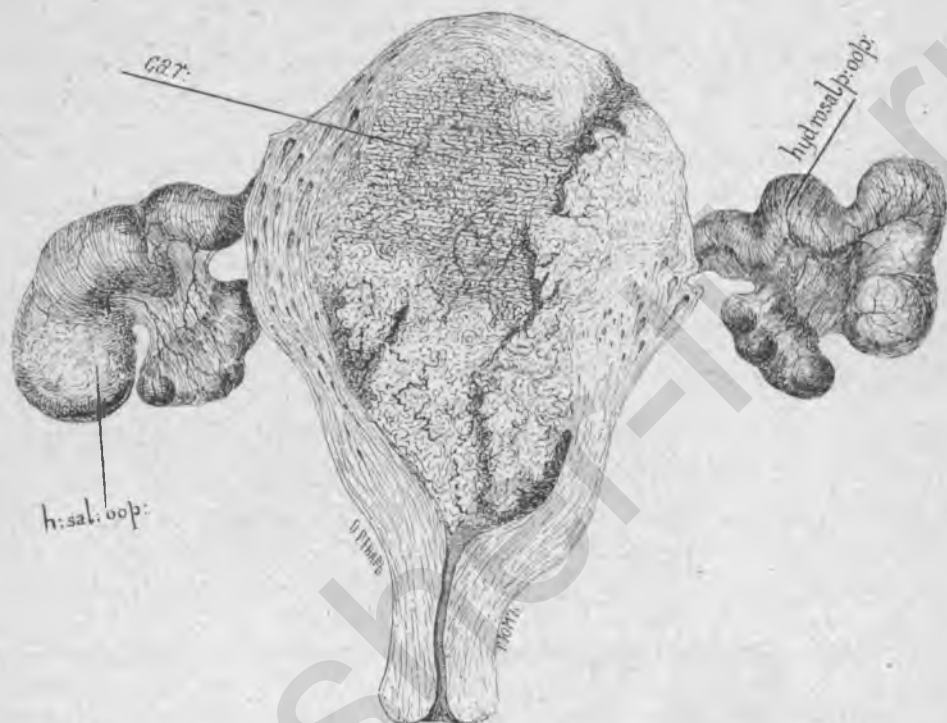
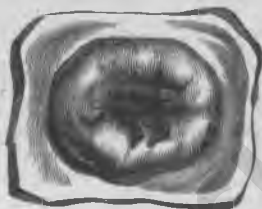


Рис. 22. Ракъ тѣла и дна матки, изъязвившій въ одномъ мѣстѣ дно матки до peritoneum.
Опер. $\frac{15}{11}$ 95 г.

верхняго контура можно узнать увеличенное и затвердѣлое дно матки. Шаховыя железы или припухли, или пѣтъ. Это наружное изслѣдованіе приводитъ врача къ заключенію, что опухоль, находящаяся внизу таза, есть увеличенная матка, плохо подвижная, потому что въ окружности ея находится или новообразовательные, или воспалительные инфильтраты. Такъ какъ субъектъ старъ—отъ 40—60 лѣтъ, и много и долго страдаетъ кровотечениями, то, конечно, не можетъ быть и рѣчи о томъ, что увеличеніе матки зависитъ отъ фізіологической причины, т. е. беременности. Являются два предположенія: или это увеличеніе зависитъ отъ воспалительныхъ экссудатовъ, или отъ новообразованія. Первое исключается потому, что лихорадка и другіе симптомы такого большого воспалительнаго экссудата отсутствуютъ, и потому еще, что рѣдко женщину приходится встрѣчать на ногахъ съ такими большими экссудатами. Отсюда само собой понятно заключеніе, что причина

увеличенія матки или встрѣчаемой опухоли зависитъ отъ новообразованія. Остается рѣшить вопросъ: доброкачественное ли это новообразование, или злокачественное. Въ разрѣшеніи этого вопроса, конечно, играетъ громадную роль медленный или быстрый ростъ опухоли, медленное или быстрое теченіе болѣзни и общій видъ больной, это во-первыхъ, а во-вторыхъ — неподвижность опухоли, болѣзненность при отсутствіи какъ предшествовавшихъ, такъ и настоящихъ острыхъ воспалительныхъ припадковъ дѣлаеть вѣроятнымъ діагнозъ въ пользу злокачественнаго новообразованія, и, если внутреннее изслѣдованіе показываетъ, что отверстіе матки раскрыто, палецъ проникаетъ черезъ него въ полость послѣдней, встрѣчая тамъ твердыя и хрупкія разращенія, выполняющія всю полость матки (см. рис. 20 и 21), и вся матка мало или совсѣмъ неподвижна, то заключеніе ясное: кровотеченіе зависитъ отъ злокачественнаго новообразованія тѣла и дна матки, такъ какъ шейка матки мало измѣнена (рис. 20 и 22). Конечно, нельзя сказать, саркома это или ракъ; хотя всѣ наблюдатели согласны, что консистенція маточной



Ри. 20 Отверстіе и влагалищная часть матки, представленной на рис. 21



Рис. 21. Ракъ тѣла и дна матки.

саркомы мягче, чѣмъ рака, однако это не совсѣмъ вѣрно, и потому рѣшеніе зависитъ отъ микроскопическаго изслѣдованія. Стало быть діагностика въ развитыхъ формахъ весьма проста.

Но гораздо труднѣе и интереснѣе діагностика въ раннихъ стадіяхъ, въ первое время распада, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ еще раковыхъ или саркоматозныхъ инфильтратовъ, гдѣ терапия безусловно можетъ отсрочить летальный исходъ болѣзни. Существуютъ бѣли, существуютъ незначительныя кровотеченія, при изслѣдованіи врачъ находитъ увеличенную (какъ на 2-мъ мѣс. беременности), или почти нормальную матку (рис. 22), подвижную, неболѣзненную, плотную или рыхлую, наружное маточное отверстіе совершенно закрытымъ; такъ какъ ни въ периметриі, ни въ параметриі, ни на collum uteri не встрѣчается ничего ненормальнаго, то ясно:

кровотечение и бѣли зависятъ отъ какого-то болѣзненнаго процесса въ полости и стѣнкахъ матки. Этотъ болѣзненный процессъ можетъ быть или *endometritis fungosa haemorrhagica* (*endom. hyperplastica polyposa*), или новообразование, напр. фиброзный полипъ. Во всѣхъ такихъ случаяхъ дѣло начинается съ примѣненія горячихъ спринцеваній, спорыньи и другихъ кровоостанавливающихъ средствъ, которыя всѣ оказываются безуспѣшными, и потому для уясненія диагностики и для излѣченія больной совершается расширение матки съ послѣдовательнымъ выскабливаніемъ. Исключивъ при осмотрѣ полипъ или фиброзное новообразование, врачъ встрѣчаетъ иногда мягкія пульозныя разрастанія на слизистой оболочкѣ матки, или изъѣденную, шероховатую, нѣсколько жестковатую поверхность, причѣмъ путемъ выскабливанія и добываетъ себѣ нѣсколько объектовъ, которые безусловно



Рис. 23. Первая форма аденомы по Руге.

надо изслѣдовать подъ микроскопомъ. Микроскопъ можетъ показать 4 ряда картинъ: одну форму доброкачественную и три злокачественныхъ. Первая доброкачественная форма будетъ *endom. fungosa* или *endometr. hyperplastica polyposa*. Здѣсь гиперплазированная и гипертрофированная слизистая оболочка матки съ увеличенными и разросшимися железами, причѣмъ интерглангулярная или межжелезистая субстанція инфильтрирована мелкими кѣлками. Если же находятся только обильно разросшіяся железы, тѣсно и извилисто лежащія другъ около друга безъ инфильтраціи интерглангулярной, то дѣло идетъ о злокачественной аденомѣ (рис. 23, 24 и 25), изъ которой по увѣренію Schroeder'a легко развивается *cyllindroma* ⁽¹⁾; или подъ микроскопомъ оказывается круглокѣлоччатая или веретенообразнокѣлоччатая саркома или

(1) По Руге *adenoma uteri malignum* есть *carcinoma glandularis*, характеризуется какъ формой эпителиальныхъ элементовъ, такъ и особымъ ихъ строеніемъ. вмѣсто полиморфныхъ раковыхъ кѣлокъ находятъ при *adenoma malignum* только однослойный цилиндрической эпителий, часто совершенно одинаковый съ цилиндрическимъ эпителиемъ при *endometritis glandularis*. Ядра расположены почти по срединѣ кѣлки, равномерно, одно подлѣ другого, или въ два ряда — одинъ выше, другой ниже. Ядра при *adenoma malign.* въ отличіе отъ таковыхъ при *endometr. glandular.* не однородны — то круглыя, то неправильной формы. Различіе кѣлокъ на различныхъ мѣстахъ матки (*corpus, cervix*) вначалѣ явственно: въ кѣлкахъ тѣла матки мы находимъ большую способность пропитыванія (имбибиція), ядро лежитъ въ срединѣ, въ кѣлкахъ же шейки этой способности не достаетъ и ядро лежитъ въ основаніи. При дальнѣйшемъ теченіи элементы такъ измѣняются,

рагъ. Итакъ, діагностика въ раннихъ стадіяхъ, при закрытой шейкѣ матки, возможна только путемъ микроскопическаго изслѣдованія. Въ это время діагностика

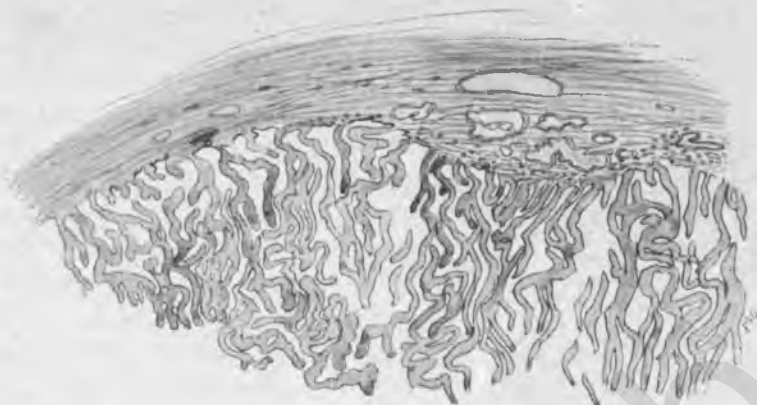


Рис. 24.

Рис. 24. Вторая форма.

имѣть жизненную цѣну, потому что, если матка будетъ подвижна и въ окружающихъ тканяхъ не будетъ найдено инфильтратовъ, то здѣсь возможна полная

что трудно бываетъ сказать по строенію клѣтокъ, откуда препаратъ, — изъ тѣла, или изъ шейки. Adenoma portionis vaginalis стоитъ на ряду съ аденомой шейки.

Для происхожденія adenoma malignum недостаточно только разрастанія цилиндрическаго эпителия, какъ при endometr. glandular., но цилиндрической эпителий, разрастаясь и развѣтвляясь во всѣ стороны въ формѣ зубьевъ гребня или пилы, разрушаетъ tunica progriam железы и соединительную ткань, проникаетъ въ ткань и просвѣтъ расширенной железы, такъ что въ концѣ концовъ ткань железы разрушается почти безъ остатка.

Вторая форма adenoma malignum характеризуется громаднымъ разращеніемъ железъ (железа на железѣ), причемъ разрушается слизистая оболочка и глубже лежащая ткань. Разрастаніе железъ идетъ въ глубь мышечнаго слоя. Для діагностики важно отмѣтить, что въ этой формѣ, чаще чѣмъ въ первой, наблюдается многослойный эпителий и чаще встрѣчается переходъ въ Carcinomzarpfel.

Въ третьей формѣ разрастаніе происходитъ изъ железъ, лежащихъ близко одна къ другой. Въ группѣ отдѣляются маленькіе кружки (Bezirk), раздѣленные тканью. Большое число просвѣтовъ железъ лежатъ вмѣстѣ, представляя почти одинаковую величину и овальную или круглую формы.

Въ 4-й формѣ группы раздѣлены тканью стромы, железы расширены, эпителиальные отростки проникаютъ въ просвѣтъ железы, такъ что на поперечномъ разрѣзѣ представляется картина папиллярнаго разращенія. Кромѣ этихъ формъ встрѣчаются еще комбинированныя.

экстирпация матки *per vaginam*. Земскому врачу, если онъ имѣетъ микроскопъ, легко будетъ такимъ изслѣдованіемъ сохранить много жизней; въ описаніи выскабливанія будутъ указаны легкіе способы производства сей маленькой операци. Здѣсь только указываю на правило: во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ кровотеченія, въ особенности въ случаяхъ, упорно сопротивляющихся дѣйствию крове-



Рис. 25. Третья форма.

останавливающихъ средствъ, должно производить выскабливанье съ цѣлью микроскопическаго изслѣдованія, ибо въ случаяхъ развитыхъ карциномъ или саркомъ, которыя раньше описаны, изслѣдованіе микроскопическое имѣетъ лишь научный интересъ, но не жизненный, такъ какъ во всѣхъ случаяхъ, гдѣ прощупывается въ полости матки твердая, хрупкая, кровоточивая масса и матка при этомъ неподвижна вслѣдствіе инфильтратовъ въ окружности, тамъ не можетъ быть рѣчи о какомъ-либо радикальномъ лѣченіи; тамъ смерть больной составляетъ правило.

Эти краткія замѣчанія о ракѣ и саркомѣ тѣла матки, конечно, не выясняютъ всего хода, всего разнообразія теченія рака и саркомы тѣла и дна матки. Не слѣдуетъ позабывать, что иногда развитыя формы, какъ напр. изображенная на рис. 22, не дають повода ни къ сильнымъ кровотеченіямъ, ни къ бѣлямъ, но сопровождаются сильными болями, ланцеирующими, схваткообразными, особенно въ ночное время, болями, не уступающими ни теплу, ни холоду. Если это встрѣчается у женщины за 40 лѣтъ и она быстро худѣетъ, то весьма вѣроятно, что это злокачественное новообразованіе, ибо при *endometritis fundi* бывають боли въ маткѣ, съ массою нервныхъ рефлекторныхъ явленій и отраженныхъ болей въ другихъ частяхъ тѣла, но истощенія не замѣчается. Поэтому въ присутствіи такихъ явленій показуется изслѣдованіе внутренней поверхности матки. Иногда злокачественныя новообразованія тѣла и дна матки, увеличивая матку и дѣлая ее бугристой, дѣлають ее схожей съ единичными или множественными фиброміомами. Правда, что увеличеніе матки не бываетъ особенно значительнымъ, но все-таки смѣшеніе возможно, и въ этихъ случаяхъ расширеніе и изслѣдованіе полости матки составляетъ необходимость при діагностикѣ.

Точно также не указанъ до сихъ поръ ходъ и распространеніе инфильтраціи при ракѣ тѣла и дна матки. Такихъ грубыхъ фактовъ, какъ и въ какое время ракъ или саркома тѣла матки инфильтрируетъ или метастазируетъ трубы

Adenoma malignum чаще всего встрѣчается въ тѣлѣ матки, это ея избранное мѣсто. Рѣдко поражаетъ *portionem vaginalem*, происходя изъ эрозій железъ и образуя бородавчатые разращенія. Принадлежитъ чаще къ 1-й формѣ.

Adenoma malignum cervicis встрѣчается рѣдко. Здѣсь выступаетъ больше 2-я форма.

или яичники, мы рѣшительно не знаемъ, а потому само собою понятно, что послѣ радикальной операціи — экстирпаціи матки — рецидивы возможны.

Прогностика. Случаи диффузной саркомы и карциномы матки попадаютъ чаще въ томъ періодѣ, когда распадъ новообразованія уже въ полной силѣ и инфильтрація клѣтчатки и брюшины въ значительной степени, такъ что о радикальномъ лѣченіи не можетъ быть и рѣчи.

Слѣдующій случай ясно показываетъ, какъ трудно бываетъ иногда поставить діагнозъ *Sarcoma corporis uteri*.

9 ноября 1883 года поступила въ мою лѣчебницу учительница М. Н., 25 лѣтъ, жалуясь на кровотеченіе, продолжающееся 2 года. Больная замужемъ 5 лѣтъ, бесплодна. Вскорѣ послѣ замужества было задержаніе регулъ, окончившееся кровотеченіемъ съ явленіями, напоминавшими выкидышъ. Первые регулы открылись 12 лѣтъ, ходили правильно черезъ 3 недѣли по 5 дней, безъ боли. Послѣ замужества регулы стали ходить черезъ 4 недѣли по 7 дней очень обильно и съ сильною болью. *Coitus* нормаленъ. Года 2 регулы стали являться часто, неправильно, обильно, съ очень сильными болями, такъ что можно сказать что больная страдаетъ уже 2 года кровотеченіями. Въ продолженіе этихъ 2 лѣтъ она пользовалась у многихъ врачей, причемъ, помимо примѣненія разныхъ средствъ, производилось еще расширеніе съ выскабливаніемъ внутренней поверхности матки, но безъ результата, и наконецъ поступила въ лѣчебницу.

Итакъ, больная жаловалась на кровотеченіе, небольшія бѣли, частый позывъ на мочу, тошноту и запоры, головныя боли, плохой сонъ, лихорадочное состояніе. Иногда на животѣ и на рукахъ передъ регулами появлялись красноватые пятна. Больная — крѣпкаго тѣлосложенія, съ румянымъ цвѣтомъ лица, не истощенная, разговорчивая, общительная и внимательная. Изслѣдованіе живота и плоскости входа въ малый тазъ даетъ отрицательные результаты. Большія и малыя губы, входъ во влагалище и само влагалище не представляютъ ничего ненормальнаго. Влагалищная часть циркулярно увеличена, дряблая и вялая. Отверстіе матки широко раскрыто, свободно пропускаетъ конецъ пальца, который ощупываетъ на внутренней поверхности передней губы эластичную бугристость, распространяющуюся вплотную до уровня внутренняго отверстія. При двойномъ обслѣдованіи матка немного увеличена (3"), дряблой консистенціи, подвижная и неболезненная, и при фиксированіи черезъ брюшныя покровы дна матки палецъ легко проникаетъ въ полость послѣдней до самаго дна, ощупывая и на передней и на задней внутренней поверхности матки эластичную бархатистость. Въ параметріи и придаткахъ матки ничего ненормальнаго. Діагностика — *endometritis et endocervicitis follicularis* (кистозное перерожденіе железъ).

Больной было произведено выскабливаніе внутренней поверхности матки, причемъ выскоблено значительное количество кусковъ слизистой оболочки. Кровотеченіе при операціи было незначительно. Вытекало огромное количество коллоидной жидкости, въ особенности при глубокомъ надрѣзываніи внутренней поверхности передней губы, такъ что необходимо было удалить часть слизистой и мышечной ткани изъ передней губы, дабы вырѣзать массу засоренныхъ фолликулъ, причемъ обнаженные края соединены шелковыми швами и въ полость матки

выпрыснута іодная настойка. Послѣ выскабливанія больной назначены были горячія спринцеванія; швы были удалены на 7-й день. Реакціи послѣ операциі—никакой. Въ продолженіе 5-ти недѣль кровотеченій не замѣчалось, бѣли шли въ самомъ незначительномъ количествѣ, слизистыя и полупрозрачныя. Матка уменьшилась и отверстіе ея сократилось, такъ что о проведеніи пальца въ полость матки не могло быть и рѣчи. На 6-ю недѣлю послѣ операциі появились регулы, были правильны, безъ боли, не обильны и продолжались 5 дней, послѣ чего были остановлены при помощи горячихъ спринцеваній. Послѣ регулъ больная замѣтно поправилась: запоры уничтожились, сонъ сталъ хорошій, она совершала ежедневно довольно большія прогулки пѣшкомъ, при чемъ о кровотеченіи и поминѣ не было. Такъ прошло еще 4 недѣли, вторично пришли регулы, но въ очень маломъ количествѣ, по нѣскольку пятенъ въ день. Прошло 8 дней, а пятна все продолжали показываться, почему къ концу 12 дней больная была изслѣдована и снова найдены всѣ прежнія явленія (фолликулярнаго эндометрита). Явленія эти на столько походили на картину первоначальной болѣзни, что какъ будто бы и не было производимо никогда никакого выскабливанія съ послѣдовательнымъ улучшеніемъ. Разница состояла только въ томъ, что кровотеченій не было. Подождавши недѣли 2 и не замѣчая отъ простыхъ внутриматочныхъ впрыскиваній *t-rae jodi* никакихъ результатовъ, мы рѣшились снова на выскабливаніе, что и было произведено также удачно, какъ и въ первый разъ. На этотъ разъ мы произвели и микроскопическое изслѣдованіе, которое къ немалому нашему удивленію показало, что мы имѣемъ дѣло съ диффузною формою саркомы (*sarcoma fuso-globocellulare*); кромѣ того имѣлось еще фолликулярное засореніе съ коллоиднымъ содержимымъ. Больной была предложена полная экстирпациі матки, но по обстоятельствамъ служебнымъ она была вызвана телеграммой на мѣсто жительства (Кавказъ), откуда и должна прибыть для сказанной операциі. Здѣсь курьезенъ фактъ, что не было ни одного явленія, которое сколько нибудь напоминало бы злокачественное новообразованіе, ибо больной 25 лѣтъ, на видъ она цвѣтущаго здоровья, 2 года страдала сильными кровотечениями съ ничтожными слизистыми бѣлями, при полномъ отсутствіи боли, съ полной подвижностью матки, съ ничтожнымъ увеличеніемъ, съ дряблостью и эксквизитною эластичностью внутренней поверхности матки, съ очевиднымъ засореніемъ железъ. Вотъ причины, по которымъ мы не имѣли повода производить въ первый разъ микроскопическаго изслѣдованія. Однако опытъ показалъ, что мы сдѣлали этимъ грубую ошибку, которую надѣемся больше не повторять, ибо 2 мѣсяца въ жизни злокачественныхъ новообразованій могутъ быть равны десяткамъ лѣтъ въ жизни доброкачественныхъ. Случай по своимъ свойствамъ (ограниченность новообразованія) можетъ служить прекраснымъ образцомъ для точныхъ и законныхъ показаній къ влагалищной экстирпациі матки.

Какъ рѣдко встрѣчается *cancer corporis et fundi uteri*, доказываетъ тотъ фактъ, что за 5 лѣтъ встрѣтилось въ клиникѣ всего 10 случаевъ, всѣ въ климактерическомъ періодѣ. Для примѣра приведемъ слѣдующую исторію болѣзни. Вдова врача Р. 56 лѣтъ поступила въ клинику 17 сентября 94 года съ жалобами на боль внизу живота, въ нахахъ, съ отдачей въ бедра, преимущественно въ правое, на боли въ поясницѣ, обильныя, водянистыя бѣли, съ схваткообразными

болями при выдѣленіи, иногда ѣдка, изрѣдка съ запахомъ, и на общую слабость.

Живетъ въ хорошихъ условіяхъ; отецъ умеръ отъ апоплектического удара, мать 76 лѣтъ жива. Регулы начались съ 14 лѣтъ, всегда ходили правильно и прекратились 10 лѣтъ тому назадъ, т. е. 46 лѣтъ. 18 лѣтъ вышла замужъ и родила 11 дѣтей, послѣдняго 19 лѣтъ назадъ; съ этихъ поръ вдовѣтъ и дѣтей не имѣла. Послѣ послѣднихъ родовъ долго оставалась въ постели вслѣдствіе лихорадочнаго состоянія, болей внизу живота и въ правомъ бедрѣ и задержки очищеній. 4 года тому назадъ стали появляться бѣли, за послѣдніе 2 года усилившіяся и иногда принимавшія разъѣдающій характеръ. Съ мая настоящаго года начались боли въ правомъ паху: сначала ноющія, постоянныя, потомъ стрѣляющія и схваткообразныя внизу живота, также боли въ поясницѣ, въ лѣвомъ паху и въ правомъ бедрѣ. Боли все усиливаются и больная съ мая мѣсяца сильно истощилась. Больная очень исхудала, блѣдножелтая, съ подавленнымъ выраженіемъ лица, животъ плоскій, брюшные покровы сморщены, кожа, захваченная въ складку, долго не расходитя. Исслѣдованіе плоскости входа въ малый тазъ удается весьма трудно по причинѣ боли; ничего не прощупывается. Малыя и большія губы атрофированы, блѣдноваты, есть старый разрывъ промежности, геморoidalныя сильно развитыя шишки. Входъ во влагалище и стѣнки влагалища дряблы, блѣднаго цвѣта. Влагалище кверху суживается въ видѣ воронки, своды исчезли, влагалищная часть мала, плотна, поверхность гладкая, отверстіе матки зазубрено, неправильной формы. Матка лежитъ по оси таза, консистенція твердая, форма грушевидная, сильно чувствительна, почему оцупать контуры не удается; подвижность ограничена внизъ въ бока. Размѣры матки 5 дюймовъ при зондированіи, отдѣляемое зловонно, водянисто. На мѣстѣ придатковъ и кругомъ матки ничего не прощупывается. Мочи количество 900, удѣльный вѣсъ 1020, слѣды бѣлка, реакція кислая. Аппетитъ плохъ, запоры по 2 дня, сонъ плохой отъ боли, пульсъ 72, темпер. 37°.

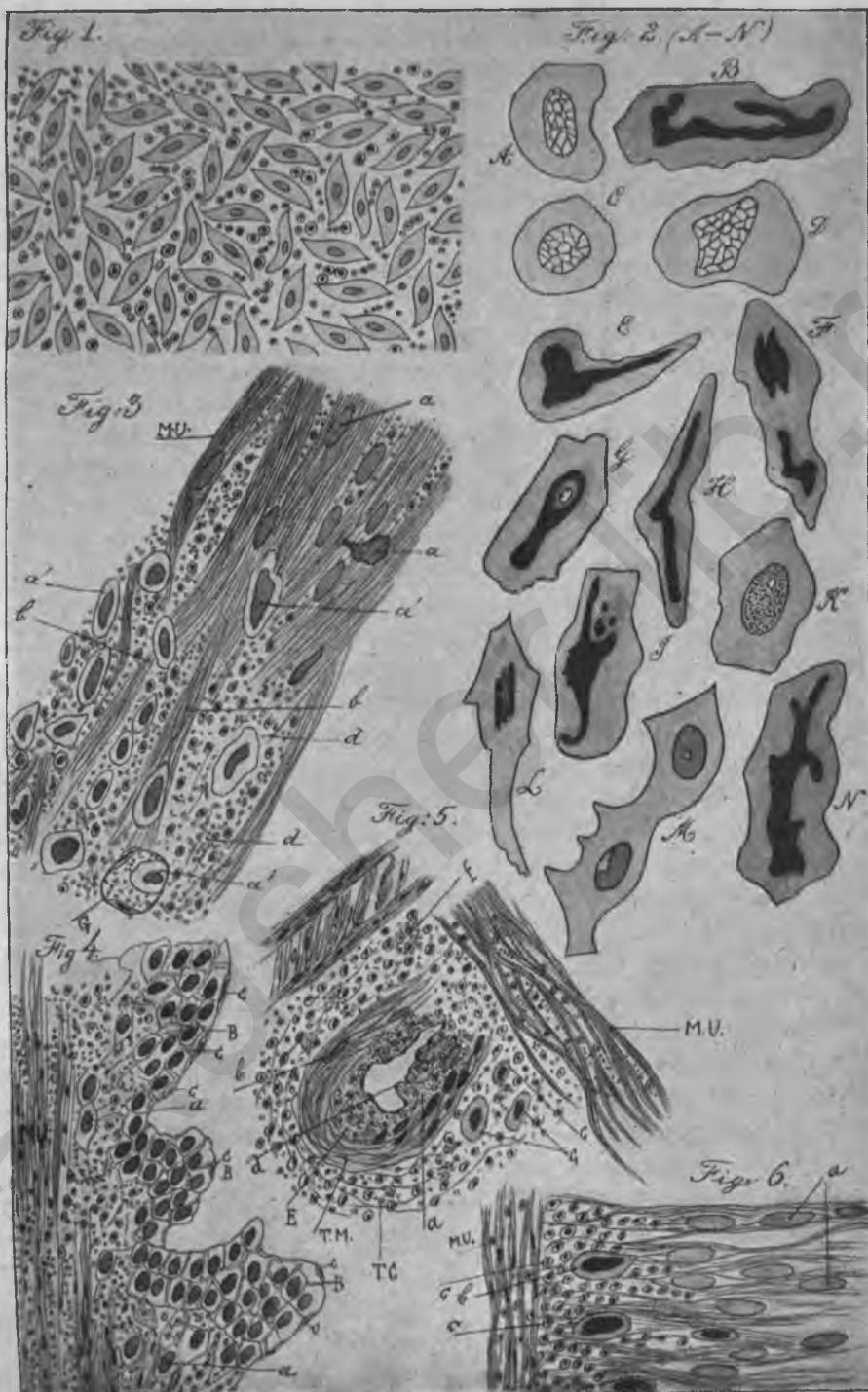
Диагностика. Въ виду зловонныхъ, разъѣдающихъ бѣлей, идущихъ въ продолженіе 4½ мѣсяцевъ, процессъ, разумѣется, гнѣздится въ полости матки, потому что матка увеличена и полость ея расширена при всѣхъ явленіяхъ, свойственныхъ климаксу. Очевидно, въ полости матки что либо разлагается, т. е. или фиброма, или карцинома. Но кромѣ того, такъ какъ у больной былъ 19 лѣтъ тому назадъ процессъ послѣ родовъ, повлекшій за собой боли въ правомъ паху и въ правомъ бедрѣ, то можетъ быть это старческій катарръ съ задержаніемъ секрета и его разложеніемъ. Настойчивое промываніе полости матки не уничтожило запаха, поэтому источникъ разложенія кроется не въ задержкѣ секрета, а зависитъ отъ распада. За злокачественность новообразованія говоритъ еще быстротечность процесса (всего 4 мѣсяца), быстрое исхуданіе, потеря силъ. При распадающихся фибромахъ зондъ не входилъ бы съ такой легкостью въ полость матки, контуры опухоли были бы рѣзче обозначены и въ виду схваткообразныхъ болей влагалищная часть совершенно была бы изглажена, т. е. всѣ тѣ признаки, которыхъ у нашей больной не было.

Удаленіе матки *per vaginam* показано, и поэтому черезъ 3 дня послѣ поступленія была произведена *extirpatio uteri per vaginam*.

Удаленная матка оказалась увеличенной, на внутренней ее поверхности, начиная от внутреннего отверстия, находилась язвенная поверхность, неровная, шероховатая, грязно-желтого цвета. Стѣнки матки утолщены преимущественно въ днѣ, но въ нѣкоторыхъ мѣстахъ стѣнки матки тонки, въ силу язвеннаго процесса. По виду новообразование походило на диффузную, разлитую цилиндрокарциному, что и подтвердилось микроскопическимъ изслѣдованіемъ.

Выздоровленіе безъ осложнений, и на 32-ой день больная выписалась изъ клиники.

Рис. 26. Fig. 1. *Нормальная decidua при 3-хъ мѣсячномъ абортѣ.*
 Fig. 2. *Изолированныя шантскія клѣтки злокачественной децидуомы* A, C, D—разновидности клѣтокъ съ приблизительно правильными ядрами и содержащими мало хроматина. B, E, F, G, H, J, N—разновидности клѣтокъ съ очень неправильными ядрами и сильно насыщенными хроматиномъ. K—клѣточка, ядро которой отличается очень густою хроматиною сѣтью, стоитъ на границѣ двухъ предыдущихъ видовъ клѣтокъ. L—клѣточка съ четырехстороннимъ ядромъ, съ длиннымъ отросткомъ, подготовляющаяся къ дѣленію. M—двѣ большія клѣточки децидуомы, еще связанныя широкимъ мосткомъ изъ протоплазмы. Fig. 3. *Мышца матки, раздвинутая клѣтками злокачественной децидуомы.* MU—мышца матки, пучки которой разъединяются мало по малу лейкоцитами; a, a—большія клѣтки децидуомы, проникающія въ мышечные пучки; a', a'—клѣтки децидуомы, свободно лежащія въ маленькихъ геморрагическихъ фокусахъ; d, d и b—мышечные пучки, совершенно разъединенные и сведенные на одно—два обыкновенно измѣненные волокна. G—капилляръ, эндотелій котораго отшелушенъ большой клѣткой децидуомы (a'). Fig. 4. *Разрѣзъ эпителиевидныхъ выступовъ въ просвѣтъ венознаго синуса.* MU—мышца матки, разъединенная эмбриональными элементами.—B—эпителиевидные выступы, выдвигающіеся въ просвѣтъ синуса, покрытые въ нѣкоторыхъ мѣстахъ (c, c, c) эндотеліемъ, и составленные изъ большихъ скученныхъ клѣтокъ децидуомы; нѣкоторыя изъ послѣднихъ (a, a) лежатъ по одиночкѣ въ существѣ внутренней оболочки венознаго синуса. Fig. 5. *Поперечный разрѣзъ артеріи, пораженной злокачественной децидуомой.* MU—маточная мышца, пучки которой слегка раздвинуты эмбриональными элементами и небольшими геморрагіями (b). T. C.—Соединительная межмышечная ткань, инфильтрованная эмбриональными элементами съ свободными большими (c) и маленькими (e) клѣтками децидуомы T. M.—мышечная оболочка артеріи; большія (b) клѣтки децидуомы проникли въ пространство между мышечными волокнами этой оболочки. E—intima артеріи, внутрисосудистые выступы (a, a'), высланные эндотеліемъ (d), возникшіе на большихъ клѣткахъ децидуомы. Fig. 6.—*Срѣзъ выступа въ просвѣтъ вены, показывающій иное (чѣмъ на fig. 4) расположеніе клѣтокъ децидуомы.* MU—мышца матки, граничащая съ венознымъ синусомъ. a—клѣтки децидуомы, скучивающіяся между собой и принимающія веретенообразную очень притупленную форму. b—очень большія, закругленные клѣтки децидуомы, расположенныя въ основаніи выступа. c—инфильтрація лейкоцитами оболочки венознаго синуса.



Д. РЕНАРЪ ПОСКВА

ГЮМЪ.

Къ злокачественнымъ пораженіямъ дна и тѣла матки относится новообразование, извѣстное подъ названіемъ *deciduoma malignum*, s. *polypus placentaris destructiva*, s. *deciduosarcoma* и т. д. Я лично не наблюдалъ таковой болѣзни, но, вѣроятно, потому, что не всѣ злокачественныя новообразования тѣла и дна матки были изслѣдованы микроскопически и притомъ съ достаточною тщательностью; подобную форму я встрѣтилъ въ трубѣ; этотъ случай описанъ подробно въ главѣ о внѣматочной беременности.

Въ виду огромнаго интереса этой болѣзни, въ виду быстрого, злокачественнаго ея распространения, ведущаго къ смерти, и въ виду возможности, если болѣзнь захвачена въ началѣ, устранить печальный исходъ, знаніе дифференціальной діагностики необходимо.

Благодаря работамъ Hegar, Pelvet, Volkmanн Jarosky, Nové-Josserand et Lacroix, Sanger, Gottschlk, Menge и др. можно въ настоящее время описать общую картину этой болѣзни. Болѣзнь начинается обыкновенно послѣ выкидышей, заносовъ (въ особенности *mola hydatidosa*) и наконецъ послѣ нормальныхъ родовъ. Она начинается тѣмъ, что у больныхъ появляется кровотеченіе и бѣли обыкновенно черезъ мѣсяць послѣ выкидыша или родовъ, но главнымъ образомъ кровотеченіе, которое въ началѣ иногда уступаетъ медицинскимъ пособіямъ, но потомъ возвращается и становится необходимымъ сдѣлать выскабливаніе матки. Послѣ выскабливанія кровотеченіе на нѣкоторое время останавливается, но потомъ снова съ большею силою возвращается и становится обильнымъ. Если ничего не будетъ предпринято болѣе радикальнаго, то при продолжающемся кровотеченіи появляется упадокъ силъ и истощеніе, а черезъ нѣкоторое время обнаруживается злокачественный характеръ процесса; въ маткѣ появляется распадъ со всѣми явленіями, свойственными ему. Злокачественнымъ новообразованиемъ поражаются сосѣдніе органы, клѣтчатка, яичники, влагалище и появляются метастазы въ другихъ органахъ: легкихъ, кишкахъ, печени; больныя погибаютъ при явленіяхъ малярии. Короче сказать, злокачественный характеръ новообразования по своей быстротѣ, по склонности къ метастазамъ напоминаетъ собою мягкую саркому.

Если расширить матку и изслѣдовать пальцемъ, то на передней или задней стѣнкѣ матки, или въ днѣ, ощупываются коническіе узлы, полумягкіе, кровоточивые, а иногда ощупывается язва, глубоко проникающая въ толщу существа матки, могущая доходить даже до *peritoneum*, и легко разрушаемая пальцемъ. Въ иныхъ случаяхъ ощупывается или полипъ или полипообразная опухоль. Если такія возвышенія или язвы выскоблить, то заживленія не воспослѣдуетъ, а черезъ нѣкоторое время наступаетъ новое разрушеніе; если такой полипъ отнять, то онъ снова показывается; если такую матку вырѣзать въ началѣ процесса, то рецидива можетъ не быть, если же при вполнѣ развитой формѣ, то рецидивъ появляется, притомъ не въ самомъ рубцѣ, а или въ окружности, или въ отдаленныхъ мѣстахъ.

Теченіе болѣзни надо считать отъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ до года или двухъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи (см. рис. 26) такія возвышенія состоятъ главнымъ образомъ изъ клѣтокъ, весьма схожихъ съ децидуальными клѣтками, причемъ различаютъ троюкаго рода клѣтки: 1) большія децидуальныя съ

неправильными ядрами, сильно преломляющими свѣтъ, 2) маленькія клѣтки децидуомы и 3) клѣтки эмбриональныя, расположенныя между клѣтками децидуомы. — Это главная составная часть. Кромѣ того видны пучки соединительной ткани и мышечныхъ волоконъ, расширенныя кровеносныя и лимфатическія сосуды, наполненныя децидуальными клѣтками. Если изслѣдовать матку, пораженную децидуомой, то полость матки найдена будетъ немного расширенной, благодаря присутствію опухоли, круглой, величиною отъ лѣсного орѣха до апельсина (единичной или множественной) краснаго цвѣта, покрытой кровью, мягкой консистенціи съ изъѣденной поверхностью, покрытою кровяными сгустками, такъ что слизистая оболочка матки на мѣстѣ опухоли совершенно разрушена, а въ остальныхъ частяхъ представляетъ или видъ здоровый или пораженный катарромъ. Изъязвленіе опухоли проникаетъ мышечный слой и если разрѣзать черезъ всю толщю новообразованіе, то поверхность разрѣза сѣровато-блѣдно-красная, испещренная красными и темно-красными пятнами, напоминая собой по виду эпителиому или саркому, но мягкую, какъ губка, пропитанную кровью; въ ней видны тонкія перегородки фибрина, напоминающія собой перекладки въ черномъ трюфелѣ. Границы опухоли не рѣзки ни со стороны слизистой, ни со стороны мышечной и не ограничены никакой фиброзной оболочкой, будучи неправильными. Разматривая полость матки, какъ центръ, мы можемъ на разрѣзѣ опухоли различать три слоя: слой периферическій, чисто воспалительный; слой средній, состоящій изъ новообразованной инфильтраціи, и слой внутренній, представляющій центральное изъязвленіе. Новообразованіе это посылаетъ отростки, которые, проникая сосуды и синусы матки, выполняютъ ихъ и распространяются далѣе или *per continuitatem* или путемъ метастазовъ. Помимо макроскопическаго сходства съ саркомой и подъ микроскопомъ сходство съ саркомой можетъ быть поразительнымъ; почему иногда новообразованіе и описывается подъ названіемъ *deciduosarcoma*. Спрашивается, откуда происходитъ это новообразованіе? Какъ само названіе показываетъ, новообразованіе это можетъ происходить изъ пролифераціи децидуальныхъ клѣтокъ, которыя, разрастаясь, разрушаютъ мышечную, слизистую и *peritoneum* матки. Причины неизвѣстны (1); но важный фактъ состоитъ въ томъ, что новообразованіе, вѣроятно, имѣетъ своей исходной точкой или *decidua* или *mola hydatidosa*. Въ виду этого нѣкоторые авторы смотрятъ на *mola hydatidosa*, какъ на особый видъ злокачественнаго перерожденія яйца, имѣющій характеръ мигсомы или саркомы, такъ какъ послѣ *mola hydatidosa* болѣзнь эта чаще наблюдалась. Отсюда само собой понятна вся важность и значеніе такого взгляда на далеко не рѣдкую болѣзнь яйца, какъ *mola hydatidosa*. Важность факта состоитъ въ томъ, что если послѣ *mola hydatidosa* женщина начинаетъ страдать кровотеченіемъ, то врачъ обязанъ поступить слѣдующимъ образомъ: (тоже самое можетъ быть сказано относительно абортовъ и даже родовъ) (!)

Должно расширить матку на столько, чтобы можно было изслѣдовать внутреннюю поверхность ея пальцемъ и при помощи пальца, если встрѣтятся какія

(1) Хотя предполагаютъ, что миксоматозное перерожденіе яйца или ворсинокъ плаценты раздражаетъ децидуальныя клѣтки и вызываетъ усиленную ихъ пролиферацію.

либо опухоли, достать или ихъ, или ихъ обломки, и изслѣдовать подъ микроскопомъ; и если найдутся децидуальные, гигантскія клѣтки, то такую матку немедленно должно экстирпировать, ибо по всему вѣроятію это есть *decidua maligna*; но предсказаніе во всякомъ случаѣ, даже и при экстирпаціи матки, очень плохо, потому что изъ трехъ оперированныхъ двѣ умерли отъ рецидивовъ въ самомъ скоромъ времени.

Въ настоящее время въ кровавомъ методѣ Douel-Martin'a дапа возможность осмотрѣть внутреннюю поверхность матки и убѣдиться въ измѣненіяхъ на ея внутренней поверхности. Если же это (удеть полипъ, мягкій, рыхлый, темно-красный, такъ называемый плацентарный, то, изслѣдовавъ его микроскопически и убѣдившись въ плацентарной натурѣ полипа, слѣдуетъ тоже удалить матку.

Г Л А В А III.

Fibromyoma uteri.

Вторая причина, обуславливающая такъ часто (19, 12%) кровотеченіе и меноррагію у женщинъ, какъ показываетъ наша статистика, есть доброкачественное новообразованіе, извѣстное подъ названіемъ фиброидовъ, фибромъ, міомъ матки. Они чаще всего встрѣчаются въ возрастѣ отъ 40 до 50 лѣтъ у нерожавшихъ или рожавшихъ, а также у дѣвицъ, во всѣхъ классахъ общества и одинаково часто у рабочаго и обезпеченнаго сословія; такъ что этиологія фиброміомъ мало выяснена.

Фиброміомы могутъ быть врожденными и приобретенными. Симптомы первыхъ можно иногда прослѣдить съ самаго начала періода *pubertatis* (кровотеченіе, бѣли, а въ замужествѣ безплодіе). Симптомы вторыхъ, т. е. приобретенныхъ, обыкновенно развиваются съ послѣднихъ родовъ или выкидыша, такъ что кажется, что и приобретенныя и врожденныя остаются до извѣстнаго времени индифферентными, но потомъ въ одномъ случаѣ періодъ *pubertatis*, и въ другомъ роды, служатъ какъ бы стимулами, вызывающими ихъ ростъ. У замужнихъ безплодныхъ причина роста лежитъ въ какомъ-нибудь бывшемъ воспаленіи матки или ея придатковъ, въ силу котораго, вѣроятно, получается новое, усиленное питаніе, и фиброидъ начинаетъ расти. Такъ что съ этой точки зрѣнія должно было бы разсматривать всѣ фиброиды, какъ врожденные, и если мы раздѣляемъ ихъ на врожденные и приобретенные, то этимъ скорѣе отмѣчаемъ разницу возраста, въ которомъ начинаетъ проявлять себя фиброидъ: напр. мы называемъ врожденными фиброидами такіе, которые уже съ перваго появленія періода *pubertatis* сначала, до замужества, разстраивали функціи менструальную и секреторную, а потомъ послѣ замужества обуславливали безплодіе. У такихъ особей можно констатировать присутствіе фибромы въ очень ранніе годы, уже отъ 20 до 25 лѣтъ; но должно отмѣтить, что процентъ этихъ больныхъ много меньше, чѣмъ съ фибромами, проявляющимися въ возрастѣ отъ 40 до 50 лѣтъ. Причина, почему въ этомъ возрастѣ больныя чаще попадаютъ врачу, лежитъ въ томъ об-

стоятельствѣ, что фиброма проявляетъ большій безпорядокъ и разстройство функций въ періодъ климактерическій или близкій къ нему, а женщины въ этомъ возрастѣ менѣе могутъ справляться съ болѣзненными припадками. Итакъ, по нашему личному впечатлѣнію, должно думать, что фиброма можетъ встрѣтиться во всякомъ возрастѣ, что дѣйствительно и случается.

Являющіяся больныя, какъ уже замѣчено, жалуются или на кровотеченіе, или на усиленныя или продолжительныя регулы; но бываетъ не мало и такихъ случаевъ, гдѣ жалобъ на кровотеченіе нѣтъ. Последнее обстоятельство чаще встрѣчается во врожденныхъ фиброидахъ и въ твердыхъ подсерозныхъ, а также и въ мягкихъ, если произошло въ фибромѣ жировое, кистозное, слизистое перерожденіе, известковое отложеніе, отекъ или, наконецъ, наступила атрофія яичниковъ. Во всѣхъ такихъ случаяхъ регулы ходятъ правильно и кровотеченій не замѣчается, ибо, какъ скоро начинаются вышесказанныя перерожденія, такъ кровотечения сами собой останавливаются. Отсюда понятно, что кровотеченіе при фибромахъ не составляетъ патогномичнаго признака.

Больныя жалуются на бѣли, которыя не имѣютъ какого-либо опредѣленнаго характера ни по количеству, ни по качеству, ибо въ присутствіи огромныхъ и множественныхъ фибромъ бѣлей можетъ и не замѣчаться и, наоборотъ, при маленькихъ, сравнительно ничтожныхъ опухоляхъ существуютъ обильныя бѣли. Таковыя могутъ быть бѣлаго, желтаго, зеленаго цвѣта и даже разѣдающаго свойства. Въ общемъ можно сказать: 1) чѣмъ больше кровотеченій, тѣмъ меньше бѣлей; 2) чѣмъ больше болей при менструаціи, тѣмъ больше бѣлей; 3) бѣли чаще замѣчаются при подслизистыхъ и интерстиціальныхъ фибромахъ и при распадѣ послѣднихъ. Итакъ, и бѣли не составляютъ постояннаго признака.

Болей внизу живота въ сосѣднихъ частяхъ или совсѣмъ нѣтъ, или онѣ бываютъ весьма различныя: схваткообразныя, перитоническія, дисменоррейныя, механическія. Присутствіе или отсутствіе ихъ не играетъ никакой роли въ діагнозѣ фиброміомъ.

Равно и безплодіе не составляетъ постояннаго симптома, ибо многія женщины родятъ въ присутствіи фиброидовъ много разъ.

Больныя иногда жалуются на опухоль внизу живота, появившуюся въ видѣ затвердѣнія надъ *symphysis pubis*, иногда неподвижную, иногда мѣняющую мѣсто съ перемѣной положенія больной, увеличивающуюся передъ менструаціей и уменьшающуюся послѣ нея. Эта жалоба больныхъ имѣетъ въ себѣ нѣчто характерное или потому, что, по свидѣтельству больныхъ, это затвердѣніе совпадаетъ съ появившимся кровотеченіемъ или съ усиленными регулами, или потому, что начало этого затвердѣнія отмѣчено ими давно и увеличивается оно очень медленно. При обоихъ этихъ заявленіяхъ является уже указаніе на присутствіе доброкачественной опухоли, и если по разспросу оказывается, что женщина давно не рожала, то присутствіе фиброміомы дѣлается болѣе вѣроятнымъ.

Что касается *coitus*, то рѣдко приходится слышать жалобу отъ больныхъ, ибо въ первое время фиброміомы не разстраиваютъ этой функции, а въ послѣдующее время такъ сильны другіе припадки (кровотеченіе или давленіе на сосѣдніе органы), что не приходитъ въ голову дѣлать разспросъ объ измѣненіи таковой

функции. Однако же должно замѣтить, что при фиброміомахъ въ началѣ функція coitus повышена.

Объективное изслѣдованіе. Больныя, не смотря на долгое страданіе кровотоchenіями и другими разстройствами, при фиброміомахъ рѣдко представляются исхудалыми и истощенными, какъ это замѣчается у карциноматозныхъ больныхъ. Иногда наоборотъ больныя полнѣютъ и у нихъ замѣчаются всѣ признаки *obesitatis*.

Кожа на лицѣ глянцевита и блеститъ. Лицо представляется нѣсколько опухшимъ, отекишимъ, блѣднымъ, какъ бы прозрачнымъ, съ отекомъ подъ глазами, въ особенности поутру. Выраженіе лица спокойное, губы синеватыя, кончикъ носа холодный. Разговоръ спокойный, обстоятельный, неторопливый.

При осмотрѣ покровы живота глянцевиты, и, въ случаѣ достаточной величины опухоли, животъ своеобразно увеличенъ. Если брюшныя стѣнки тонки и вялы, то иногда черезъ нихъ какъ бы просвѣчивается овальной или неправильной формы опухоль, лежащая по бѣлой линіи и на глазъ выдающаяся изъ полости таза.

Если черезъ наружныя покровы оцупать такую опухоль, то консистенція опухоли въ огромномъ большинствѣ случаевъ *плотная*, т. е. такая, которая заключаетъ въ себѣ много эластичности. Это явленіе составляетъ какъ при наружномъ, такъ и при внутреннемъ изслѣдованіи, самое характерное явленіе, и если консистенція и мѣняетъ свой характеръ, то или въ болѣе мягкую, или, что рѣже, въ консистенцію хряща или камня, но во всякомъ случаѣ рядомъ съ таковыми измѣненіями остаются мѣста плотной консистенціи. Тщательное изслѣдованіе обыкновенно открываетъ такую консистенцію и служитъ руководящимъ пунктомъ при отличіи фибромы. Идеально плотная консистенція бываетъ въ истинныхъ, неперерожденныхъ фиброміомахъ; понятіе объ ней можно получить при изслѣдованіи нормальной матки. Измѣненія въ консистенціи зависятъ отъ многихъ причинъ: 1) чѣмъ больше мышечныхъ элементовъ въ опухоли, тѣмъ консистенція менѣе плотна, такъ что въ чистыхъ міомахъ она мягко-плотная, въ чистыхъ же фиброидахъ плотно-твердоватая. 2) При отекахъ, жировомъ, слизистомъ, кистозномъ перерожденіяхъ консистенція мягкая, пастозная, иногда съ рѣзкой флюктуацией, при калькаріомъ же отложеніи — твердая, каменистая. 3) Чѣмъ фиброма ограниченнѣе и чѣмъ ростъ ея медленнѣе (десятки лѣтъ), тѣмъ консистенція плотнѣе. 4) Чѣмъ меньше женщина перенесла воспаленій и чѣмъ меньше воспалительныхъ продуктовъ въ окружности фибромъ, тѣмъ консистенція плотнѣе. 5) Чѣмъ меньше кровотоchenій, тѣмъ консистенція плотнѣе.

Поверхность фиброзныхъ опухолей гладкая, ровная. Контуры гладки. Ровность эта или непрерывна, или она раздѣляется бороздами. Чувствительности никакой, если же послѣдняя и бываетъ, то зависитъ отъ раздраженія или воспаленія брюшины. Опухоль можетъ быть подвижная или нѣтъ. Послѣднее обуславливается или адгезивными воспаленіями, или мѣстомъ опухоли (интралигаментарная фиброма), или же величиною. Если нѣтъ этихъ условій, фиброма подвижна. При изслѣдованіи *per parietes abdominales* легко убѣдиться, что опухоль исходитъ изъ полости таза, потому что чаще встрѣчается внизу живота по средней линіи, и потому что пальцами, положенными надъ *symphysis pubis*, трудно дойти до *promontorium* и трудно вывести опухоль изъ малаго таза.

Вены на нижнихъ конечностяхъ, особенно на лѣвой, могутъ быть расширены, такъ что образуются настоящія varices, легко могущія воспалиться. Это растяженіе венъ замѣтно болѣе на внутренней поверхности бедра, и тогда нерѣдко бывають отеки соотвѣтствующей конечности, иногда съ припадками phlegmasiae albae dolentis.

Наружные половые органы не представляютъ ничего особеннаго; равно и входъ во влагалище, не смотря на большія потери крови, сохраняетъ свой нормальный цвѣтъ—розовый.

Внутреннее изслѣдованіе даетъ такія разнообразныя данныя, что необходимо описать мѣсто и положеніе фибромъ и отношеніе ихъ къ маткѣ и окружающимъ частямъ.

1-й случай (рис. 27). Если будетъ случай прорѣзавшагося фибрознаго полипа, то данныя, получаемыя при изслѣдованіи, будутъ слѣдующія. При наружномъ изслѣдованіи брюшная полость не представляетъ ничего ненормальнаго, изслѣдованіе плоскости входа въ малый тазъ даетъ отрицательные результаты. Изслѣдующій per vaginam палецъ встрѣчаетъ опухоль въ полости влагалища грушевидной формы, гладкую, ровную, подвижную и не болѣзненную, плотной консистенціи (исключеніе: отекъ или гангрена измѣняютъ консистенцію, дѣлая ее болѣе мягкой). Опухоль эта сидитъ на ножкѣ или тонкой, или толстой, окруженной истонченнымъ отверстіемъ матки. При двойномъ изслѣдованіи дно матки прощупывается отчетливо на своемъ мѣстѣ на уровнѣ плоскости входа въ тазъ или выше, или ниже его, что и исключаетъ выворотъ или опущеніе матки. Изслѣдованіе зондомъ указываетъ или на нормальный размѣръ полости матки ($2\frac{1}{2}$ "), или на большій. Указываютъ еще на возможность смѣшенія съ выкидышами, но, не говоря уже о различіи анамнеза, консистенція и другія свойства опухоли различны. Но если бы таковое смѣшеніе и случилось, то разница была бы только въ предсказаніи, а лѣченіе одно и тоже (удаленіе опухоли).

Фиброзные полипы развиваются изъ полостныхъ и прикрѣпляются ножкой болѣею частью ко дну и тѣлу. Ножка можетъ быть тонкая и состоять только изъ дубликатуры слизистой оболочки матки, что узнается по значительной подвижности опухоли, или ножка толстая, состоитъ изъ фиброзной и маточной ткани. Первая ножка мало-сосудиста, вторая можетъ быть съ развитіемъ колоссальныхъ сосудовъ, притомъ соединяющихся съ синусами матки, что при оперативномъ вмѣшательствѣ имѣетъ важное значеніе.

Величина и мѣсто фиброзныхъ полиповъ могутъ быть чрезвычайно разнообразны. Прорѣзавшійся фиброзный полипъ можетъ быть отъ величины лѣснаго орѣха до величины опухоли, выполняющей всю полость малаго таза и поднимающей дно матки выше пупка. Нижній конецъ опухоли находится во влагалищѣ или во входѣ его, или выходитъ изъ него и опускается иногда до середины бедра и ниже. Года два тому назадъ мнѣ встрѣтился одинъ такой случай у бродячей цыганки, явившейся въ Московскую Клинику съ опухолью, которая спускалась до нижней трети бедра (рис. 28) и нижняя часть которой была гангренифицирована вслѣдствіе



Рис. 27. Прорѣзавшійся фиброзный полипъ.

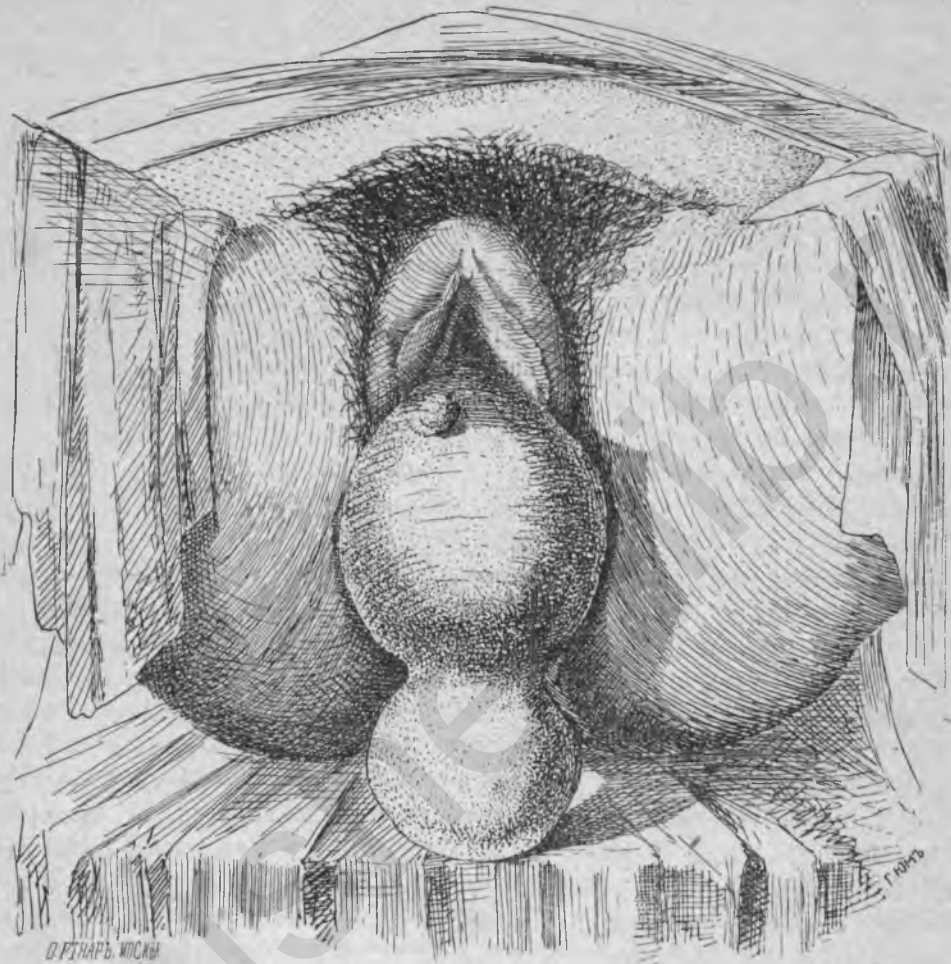


Рис. 28. Колоссальный фиброзный полип матки, прорывавшийся через introitus vaginae и доходящий до середины бедра.

отмораживанія. Если прорывавшийся фиброзный полип, благодаря своей величинѣ, опускается ниже и выходит через наружную половую щель, то помимо всѣхъ другихъ жалобъ, больныя жалуются на то, что у нихъ что-то выходитъ изъ передняго прохода, что-то выпадаетъ. При такой жалобѣ невольно возникаетъ вопросъ, что у женщины можетъ выходить или выпадать изъ передняго прохода. Это можетъ быть выпаденіе матки, это можетъ быть гипертрофія шейки (влагалищной части, средней и надвлагалищной), это можетъ быть опущеніе одной изъ двухъ стѣнокъ влагалища, это можетъ быть выворотъ матки, осложненный выпаденіемъ ея, и это можетъ быть кишечно-влагалищная грыжа. На предста-

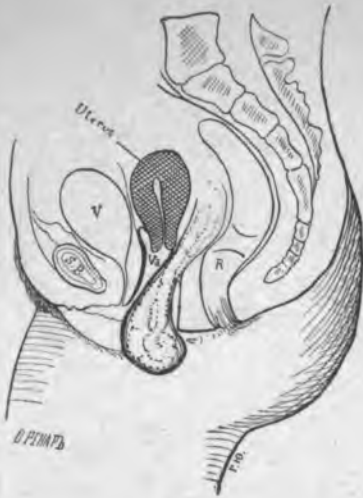


Рис. 28. Descensus uteri cum rectocele.



Рис. 30. Descensus uteri cum cystocele.

вленныхъ рисункахъ (см. рис. 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37) чрезвычайно ясно видна дифференціальная діагностика всѣхъ этихъ болѣзней. Въ самомъ дѣлѣ, при выпаденіи матки можно ощупать въ выпавшемъ мѣшкѣ, размѣры ея нормальны, дно и тѣло не пахотятся на своемъ мѣстѣ, пузырь образуетъ cystocele. При гипертрофіяхъ дно матки на своемъ мѣстѣ, длина полости матки увеличена (отъ 5—7"). Если своды на своемъ мѣстѣ, не смѣщены, то гипертрофія влагалищной части; если передній смѣщенъ, а задній на своемъ мѣстѣ и есть cystocele, то гипертрофія средней влагалищной части; если оба свода смѣщены внизъ—плюсъ cystocele, а можетъ быть плюсъ rectocele, то гипертрофія верхней влагалищной части. Если внизу опухоли находится одно отверстіе, то это выпавшая или ги-

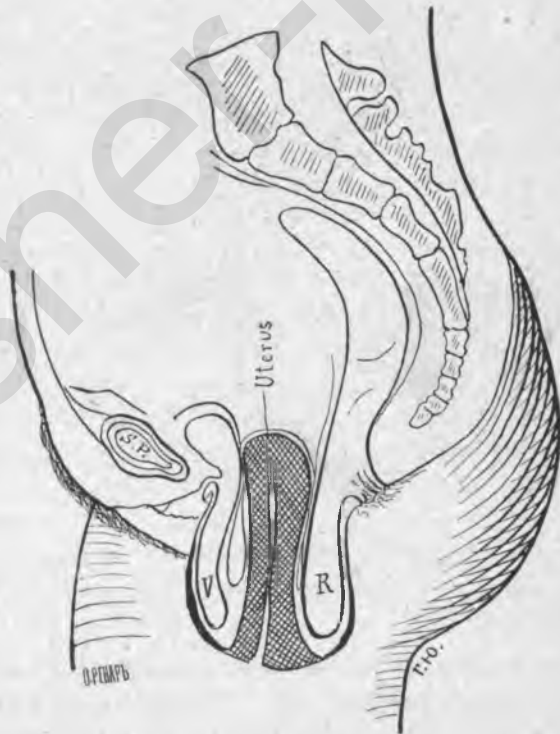


Рис. 31. Выпаденіе гипертрофированной матки съ образованіемъ rectocele и cystocele.

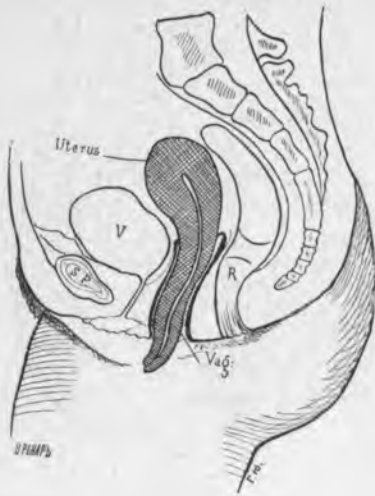


Рис. 32. Гипертрофия влагалищной части шейки.

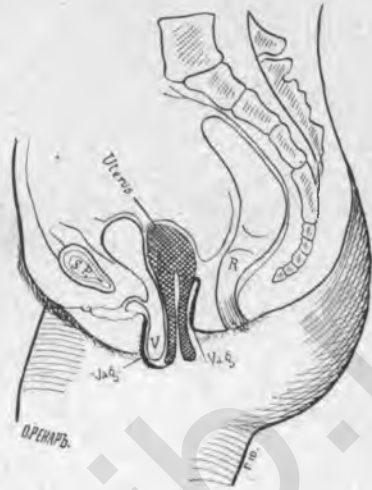


Рис. 33. Гипертрофия средневлагалищной части.



Рис. 34. Гипертрофия нижневлагалищной части.



Рис. 35. Выпадение вывороченной матки.

пертрофированная матка; если находятся два отверстия, тонкія, щелевидныя, то это есть вывороченная матка (*inversio*). Если матка на своемъ мѣстѣ, а черезъ задній сводъ проецируется опухоль, выходящая въ полость влагалища или наружу, и если въ этой опухоли существуетъ урчанье, тимпаническій звукъ, то это есть грыжа. Если же опухоль плотная, отъ давленія не измѣняющаяся, то это есть фиброзный полипъ или киста влагалища. Изслѣдованіе *per rectum*, *per vesicam* во

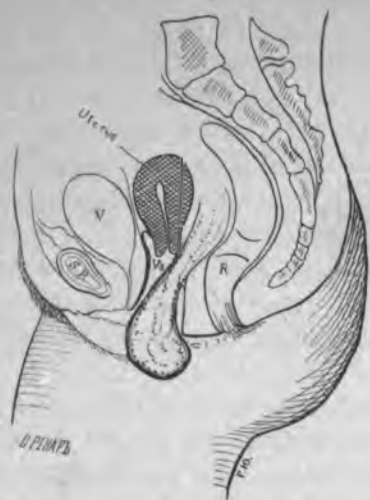
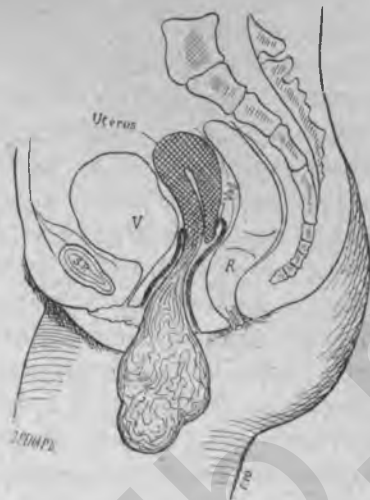


Рис. 36. Влагалищно-кишечная грыжа.

Рис. 37. Гипертрофія передней губы
въ формѣ фибрознаго полипа.

всѣхъ вышесказанныхъ страданійхъ рѣшительно необходимо. (Для наглядности см. приведенные рисунки).

Какъ бы ни былъ великъ фиброзный полипъ, спускающійся во влагалище, во всякомъ случаѣ расширенное отверстіе матки ясно прощупывается, ибо палецъ легко проходитъ между опухолью и стѣнками влагалища. Но бываютъ случаи, гдѣ пройти пальцемъ между опухолью и стѣнками влагалища невозможно, по причинѣ плотнаго прижатія послѣднихъ къ костямъ таза, и въ этомъ послѣднемъ случаѣ узнать мѣсто происхожденія опухоли представляется дѣломъ въ высокой степени труднымъ, какъ то показываетъ слѣдующій случай.

Н. Н., мѣшанка, 52 лѣтъ, поступила въ клинику Московскаго Университета, жалуеть на опухоль внизу живота, недержаніе мочи и бѣли. Первые менструа появились на 13-мъ году, были безболѣзненны и обильны, черезъ 3 недѣли по 7 дней. На 22-мъ году больная вышла замужъ и родила 3-хъ дѣтей, послѣдняго 26 лѣтъ назадъ. Послѣ первыхъ родовъ регулы стали являться безъ опредѣленнаго срока въ обильномъ количествѣ, но безъ болей. Послѣ послѣднихъ родовъ «болѣла животомъ», причѣмъ бабка, къ которой она обратилась за совѣтомъ, опредѣлила, что матка опущена и лежитъ влѣво. Около 7-ми лѣтъ тому назадъ появилось кровотеченіе, останавливавшееся лишь недѣли на 3, на 4 и то раза 2 въ годъ. Кровотеченіе достигало иногда такой степени, что совершенно ослабляло больную. Къ врачебной помощи больная однако не прибѣгала. За послѣдній годъ кровотеченіе уменьшилось, но за то появились бѣли и недержаніе мочи.

При изслѣдованіи живота замѣчается опухоль плотная и твердая, довольно гладкая, начинающаяся пальца на 2 ниже пупка и простирающаяся въ полость малаго таза; поперечный размѣръ опухоли равенъ 7". Опухоль состоитъ какъ бы

изъ двухъ частей, причемъ правая меньше и тверже лѣвой и является въ видѣ нароста на послѣдней.

При внутреннемъ изслѣдованіи, въ полости влагалища, въ верхней его трети, прощупывается полушаровидная, плотная опухоль, занимающая почти $\frac{3}{4}$ пространства малаго таза. Опухоль гладкая, кровоточивая, нечувствительная и распространяющаяся вверхъ, такъ что движенія, сообщаемыя опухоли черезъ брюшные покровы, непосредственно передаются влагалищному сегменту Палець съ трудомъ проходитъ около ея периферіи, причемъ можно убѣдиться въ существованіи расширеннаго, истонченнаго orific. extern. Зондъ можетъ проникнуть только чрезъ правую половину таза и входить на $2\frac{1}{2}$ ". Лѣвый край orif. extern. наиболѣе истонченъ, такъ что представляется въ видѣ бороздки. По правому краю можно проникнуть пальцемъ въ шейный каналъ.

Діагностика: подслизистая фиброма тѣла и шейки матки; опухоль съ правой стороны—подсерозная фиброма. Итакъ, вѣроятно, что въ виду упорныхъ кровотеченій, недержанія мочи и величины опухоли имѣемъ дѣло со множественной фибромой.

Операция: экстирпация фибромы чрезъ влагалище съ предварительнымъ разсѣченіемъ слизистой оболочки и раздробленіемъ опухоли при помощи экразера (1).

Предсказаніе сомнительно: во 1-хъ потому, что операция можетъ быть недокончена въ одинъ сеансъ, во 2-хъ, — что, какъ во время операціи, такъ и послѣ нея, больная можетъ погибнуть отъ кровотечения, въ 3-хъ, — въ виду обширнаго раченія, производимаго частичнымъ или полнымъ удаленіемъ опухоли, можетъ появиться нагноеніе, септицемія и пиэмія.

Послѣ предварительнаго $1\frac{1}{2}$ —недѣльнаго подкожнаго впръскиванія эрготина было приступлено къ операціи, причемъ удалось удалить лишь небольшой отрѣзокъ опухоли, величиною въ полъ-ладони. Снова назначены впръскиванія эрготина и горячія спринцеванія. Появилась септическая лихорадка. Черезъ 3 дня удалена вновь часть опухоли, нѣсколько меньшая предыдущей. Назначено постоянное орошеніе. Наконецъ, черезъ 4 дня экразеромъ захвачена остальная часть опухоли, величиною больше головы младенца, и удалена съ большимъ усиленіемъ per vaginam. Отдѣлить экразеромъ опухоль по кускамъ не было никакой возможности, такъ какъ проволоки, даже выписныя англійскія, рвались. Кровотеченіе незначительное, остановлено горячимъ спринцеваніемъ. Послѣ операціи больная, несмотря на примѣненіе всевозможныхъ возбуждающихъ, умерла черезъ $1\frac{1}{2}$ сутокъ при явленіяхъ колыяса.

Вскрытіе показало, что мы имѣли дѣло съ опухолью, начавшею ростъ интерстиціально въ лѣвой половинѣ шейки матки и оттуда распространившеюся съ одной стороны въ лѣвую широкую связку, а съ другой въ полость влагалища, такъ что опухоль была интралигаментарная, интерстиціальная и подслизистая фиброма шейки. Опухоль, прощупываемая справа, была матка. Приложенные рисунки (рис. 38 и 39) представляютъ схематично опухоль, какъ она была діагносцирована до операціи и какъ она оказалась при аутопсіи.

(1) Конечно, въ настоящее время оперативное пособіе должно было въ данномъ случаѣ состоять въ полномъ удаленіи опухоли вмѣстѣ съ маткой.



Рис. 38. Схематическій рисунокъ опухоли до операціи.



Рис. 39. Схематическій рисунокъ опухоли послѣ вскрытія.

Фиброзные полипы, какъ и слизистые, могутъ быть или единичными, или множественными; такъ, случалось видѣть, что вслѣдъ за удаленіемъ одного показывался другой или тотчасъ же, или черезъ нѣкоторое время. Послѣдній видъ полиповъ извѣстенъ подъ названіемъ возвращающихся или рецидивирующихъ ⁽¹⁾. Это зависитъ или отъ саркоматознаго перерожденія (фибро-саркомы), или отъ множественности фибромъ. Первое явленіе не представляетъ большой рѣдкости, а потому, въ виду огромной разницы прогностики и лѣченія, удаленные фиброзные полипы должны быть изслѣдованы микроскопически. Точно также, необыкновенно быстрый ростъ фибрознаго полипа безусловно обязываетъ производить микроскопическое изслѣдованіе, какъ на то доказательно указываетъ нижеслѣдующій случай.

Больная, 30 лѣтъ, поступила въ клинику, жалуясь на кровотеченіе. Изъ разспроса оказалось, что она многорожавшая и послѣдняго родила 3 мѣсяца назадъ. Съ послѣднихъ родовъ страдаетъ кровотеченіемъ, до этого же времени кровотеченій не было. Регулы ходили всегда совершенно правильно. Послѣдняго ребенка она не доносила 1¼ мѣс. Изъ разспроса не видно, чтобы сами роды и послѣродовое время отличались какой-либо неправильностью. Во всякомъ случаѣ я думалъ, что причину кровотеченія были или плохая инволюція, или смѣщеніе матки, или задержаніе въ ней оболочекъ или части послѣда. Къ немалому своему удивленію я нашелъ прорѣзавшійся фиброзный полипъ, величиною съ куриное яйцо, на ножкѣ, толщиною съ указательный палецъ, исходящій съ внутренней поверхности задней стѣнки матки. Трудно было себѣ представить, чтобы доброкачественный фиброзный полипъ развился только послѣ родовъ въ продолженіе 3-хъ мѣс. Мнѣ казалось вѣроятнымъ, что онъ началъ развиваться во время беременности и обусловилъ собою преждевременные роды. Но, допуская и такое объясненіе, казалось очень страннымъ, что доброкачественный фиброзный полипъ разросся до такой величины въ продолженіе 5-ти мѣс. у женщины, до того вполне здоровой и ничѣмъ со стороны матки не страдавшей. Поэтому я предположилъ, несмотря на 30 лѣтній возрастъ больной и цвѣтущее ея здоровье, что мы имѣемъ здѣсь дѣло съ фибросаркомой. Послѣ операціи опухоль была изслѣдована подъ микроскопомъ и оказалась саркоматознымъ полипомъ (*sarcoma fusocellulare*). Больной была предложена надвлагалищная ампутація дна и тѣла матки *per laparotomiam* ⁽²⁾,

(1) У одной больной было удалено 22 фибромы величиною начинала съ куриного яйца и кончая горошиной.

(2) Въ настоящее время существовали всѣ показанія къ экстирпаціи матки.

но она, въ виду субъективнаго ощущенія полнаго здоровья и прекращенія кровотока, не согласилась на операцию и выписалась изъ клиники.

Здѣсь указаніемъ для микроскопическаго изслѣдованія служило то обстоятельство, что обыкновенный доброкачественный фиброзный полипъ не могъ такъ скоро вырости, и такое заключеніе вполне оправдалось. Но я видѣлъ случаи, гдѣ и этого явленія не замѣчалось, и женщина была цвѣтушаго здоровья въ полномъ смыслѣ слова, и только по привычкѣ я произвелъ микроскопическое изслѣдованіе, въ результатѣ котораго оказалась фибросаркома. Женщина въ виду своего вполне здороваго состоянія не согласилась ни на какое оперативное вмѣшательство и черезъ 2 года умерла при явленіяхъ злокачественной опухоли тѣла и дна матки.



Рис. 40. Непрорѣзавшійся фиброзный полипъ.



Рис. 41. Подслизистая фиброма.



Рис. 42. Фибрино-перерожденная матка.

2-й случай—диагностика непрорѣзавшагося фиброзаго полипа (рис. 40), подслизистой (рис. 41), интерстиціальной фибромъ и фиброзаго перерожденія матки (рис. 42). При всѣхъ этихъ заболѣваніяхъ явленія какъ субъективныя, такъ и объективныя могутъ быть тождественны. Матка можетъ быть увеличена, начиная съ величины полутора-мѣсячной беременности и до величины беременности конца 9-го мѣсяца; она ровна, гладка, подвижна, безболѣзненна, такъ что при наружномъ изслѣдованіи всѣ признаки беременной матки могутъ быть на лицо, хотя консистенція рѣдко бываетъ такъ размягчена и однообразна, какъ при беременности. Выслушиваніе даетъ отрицательные результаты, движеній плода не замѣчается и ballotement рѣдко фальсифицируется. Иногда поверхность опухоли неровная, въ особенности въ случаѣ множественности фибромъ, но объ этомъ ниже. При изслѣдованіи per vaginam влагалищная часть можетъ быть или нормальна, или увеличена, или изглажена. Разница зависитъ отъ слѣдующихъ причинъ: если полость матки растянута ad maximum, то, несмотря на величину, влагалищная часть, постепенно уменьшаясь, можетъ дойти до полнаго изглаживанія. Если полость матки частью только растянута, но увеличеніе матки происходитъ главнымъ образомъ насчетъ утолщенія ея стѣнокъ, влагалищная часть или остается неизмѣнной, или въ случаѣ фиброзаго перерожденія матки можетъ быть увеличенной, что зависитъ отъ такого же фиброзаго перерожденія и шейки матки. Консистенція по большей части плотная, иногда фиброзная и въ рѣдкихъ только случаяхъ немного размягченная, причемъ размягченіе не бываетъ общимъ, какъ это замѣчается въ беременной маткѣ, и зависитъ, вѣроятно, отъ отека, такъ какъ при изслѣдованіи зеркаломъ цвѣтъ влагалищной части бѣловато-розоватый. Исключивъ беременность

на основаніи анамнеза, отсутствія окраски входа во влагалище и влагалищной части, отсутствія нагрубанія грудей и остальныхъ патогномичныхъ признаковъ, можно приступить къ обследованію полости матки: къ зондированію.

Зондированіе, въ огромномъ большинствѣ случаевъ, указываетъ, что полость матки увеличена, какъ въ продольномъ, такъ и въ поперечномъ діаметрахъ, причемъ увеличеніе полости, по большей части, соотвѣтствуетъ увеличенію наружнаго продольнаго размѣра матки, такъ напр., если наружный продольный размѣръ матки равенъ $4\frac{1}{2}$ " , то внутренній— $3\frac{1}{2}$ " и т. д. (Этого не можетъ замѣчаться при фибромахъ, растущихъ въ днѣ матки). При зондированіи обращаютъ вниманіе на слѣдующіе пункты: 1-й) легко ли зондъ проникаетъ и 2-й) куда направляется пуговка зонда—впередъ, назадъ или въ бока. Затрудненное проведеніе зонда указываетъ или на фиброзный полипъ, или на подслизистую фиброму и, если металлическій зондъ не проходитъ вовсе, а мягкій гуттаперчевый бужъ входитъ на достаточную глубину, то заключеніе будетъ, что полость матки многообразно извита. Если же мягкій зондъ не проникаетъ въ полость, и матка при двойномъ изслѣдованіи равномерно плотна и во всѣхъ размѣрахъ соотвѣтственно увеличена, то, вѣроятно, имѣемъ дѣло съ подслизистой фибромой, широкимъ основаніемъ исходящей изъ дна и стѣнокъ матки. Направленіе пуговки зонда указываетъ, что опухоль помѣщается въ противоположной сторонѣ, и по разстоянію между пуговкой зонда и изслѣдуемыми *per parietes abdominales* или *per rectum* пальцами можно судить о толщинѣ стѣнокъ матки. Если зондъ введенъ, и черезъ брюшныя стѣнки надавливаютъ на дно матки, то движенія эти сообщаются непосредственно рукояткѣ зонда. Эта *непосредственная* передача движеній отъ дна матки къ рукояткѣ зонда составляетъ патогномичное явленіе для маточныхъ опухолей, каковы фибромы.

Окончивши зондированіе, врачъ на основаніи всѣхъ вышеизложенныхъ признаковъ можетъ постановить: 1) что женщина не беременна, 2) что матка увеличена не отъ скопленія въ ней секрета и 3) что она увеличена отъ опухоли. При вопросѣ отъ какой опухоли—доброкачественной или злокачественной, врачъ руководствуется всѣми данными, изложенными нами въ діагностикѣ рака и саркомы тѣла и дна матки, и основываетъ свои заключенія на слѣдующемъ: доброкачественность опухоли доказывается медленнымъ ростомъ и медленнымъ теченіемъ болѣзни (годами), плотной консистенціей, ровностью, гладкостью и подвижностью опухоли (матки), отсутствіемъ злокачественныхъ отдѣленій (распада), соотвѣтствіемъ между наружнымъ и внутреннимъ продольными размѣрами матки, общимъ видомъ больной. На основаніи этихъ признаковъ, а главное на основаніи отсутствія инфильтратовъ въ клетчаткѣ и окружающихъ тканяхъ, можно поставить діагностику доброкачественной опухоли.

Поставивши такую діагностику, должно по возможности исключить хроническое воспаленіе матки, осложненное, можетъ быть, *endometritide fungosa haemorrhagica*, но смѣшеніе съ этой болѣзью не имѣетъ особо худыхъ послѣдствій, такъ какъ лѣченіе въ первое время одинаково (понимай средства кровеостанавливающія), а если требуется оперативное вмѣшательство, то, конечно, потребуется и предварительное расширеніе матки и выскабливаніе, при которыхъ діагностика станетъ уже ясной. То же можно сказать и объ *adenoma uteri* и первич-

ныхъ стадіяхъ саркомы и карциномы. Опредѣливши, что увеличеніе матки зависитъ отъ доброкачественной опухоли, въ огромномъ большинствѣ случаевъ безъ предварительнаго расширенія матки нельзя постановить точнаго діагноза относительно формы и мѣста развитія опухоли. И если всѣ кровоостанавливающія средства (не хирургическаго характера) оказались не дѣйствительными въ устраненіи симптомовъ, производимыхъ такой опухолью, то является безусловное показаніе къ некровавому расширенію матки. Произведя послѣднее, можно съ положительностью установить точный діагнозъ относительно формы и мѣста опухоли, т. е. есть ли это фиброзный полипъ, подслизистая фиброма, интерстиціальная опухоль или наконецъ фиброзное перерожденіе. Въ послѣднемъ случаѣ какъ передняя, такъ и задняя стѣнка, а равно и дно матки, одинаково утолщены; въ случаѣ же интерстиціального фиброида утолщеніе будетъ замѣчаться преимущественно въ одной стѣнкѣ или части матки, причемъ утолщеніе одинаково распространяется какъ въ полость матки, такъ и внѣ ея; въ случаѣ подслизистой фибромы утолщеніе идетъ преимущественно въ полость матки и опухоль сидитъ на широкомъ основаніи, чего не бываетъ при фиброзномъ полипѣ, который можно иногда легко обойти пальцемъ и прослѣдить прикрѣпленіе его болѣе тонкой ножки. Въ случаѣ фунгозныхъ, саркоматозныхъ, карциноматозныхъ разраженій діагностика устанавливается путемъ микроскопическаго изслѣдованія выскобленныхъ частицъ. Кроме того, въ случаѣ подслизистыхъ или интерстиціальнахъ фибромъ должно быть обращено вниманіе на слѣдующее: если опухоль лежитъ близко къ слизистой оболочкѣ или прямо подъ ней, и послѣдняя легко передвигается по поверхности опухоли, а при растираніи дна матки рукою опухоль выпячивается вслѣдствіе сокращенія матки въ полость послѣдней, это доказываетъ, что такая фиброміома рыхло соединена съ существомъ матки и стало-быть можетъ быть легко вылучена при помощи расщепленія слизистой оболочки и капсулы.



Рис. 43. Подсерозная фиброма.

Здѣсь кстати упомянуть, что трудное расширеніе маточнаго зѣва вслѣдствіе неподатливости шейки указываетъ на присутствіе или интерстиціального фиброида, или фиброза перерожденія.

3-й случай — діагностика подсерозныхъ фибромъ (рис. 43). При чистыхъ формахъ подсерозныхъ фибромъ кровотеченія и бѣли могутъ быть ничтожными. Страданіе зависитъ, главнымъ образомъ, отъ давленія, производимаго на сосѣдніе органы въ тазовой и брюшной полостяхъ, отъ болей вслѣдствіе растяженія и раздраженія брюшины, отъ истощенія больныхъ вслѣдствіе затраты громаднаго количества питательнаго матеріала на ихъ существованіе или вслѣдствіе разстройствъ отъ сдавленія первыхъ путей и затрудненнаго кровообращенія въ организмѣ. По большей части эти фибромы множественны и нерѣдко сопровождаются присутствіемъ другихъ фибромъ, но здѣсь будетъ рѣчь только о множественныхъ подсерозныхъ фибромахъ. Главная сущность состоитъ въ томъ, что полость матки можетъ быть совсѣмъ не измѣненной, такъ что размѣры поперечнаго и продольнаго діаметровъ могутъ быть нормальными или лишь немного увеличенными. Матка

лежитъ впереди, сзади, съ боковъ или въ срединѣ опухоли. Ничтожныя измѣненія полости матки объясняютъ правильность секреторной и менструальной функций. Женщина является къ врачу или по поводу увеличенія живота, или явленія сдавленія сосѣднихъ органовъ: первыхъ путей, мочевого пузыря, мочеточниковъ, сосудовъ.

Діагностика увеличенія живота.— Больная приходитъ съ жалобой на увеличеніе живота. Является вопросъ, отчего зависитъ увеличеніе и можно ли узнать причину такого увеличенія?

Увеличеніе живота можетъ зависѣть отъ газообразныхъ, жидкихъ и твердыхъ веществъ или отъ совокупности ихъ. Вотъ почему перкуссія и опусканіе живота играютъ такую важную роль при діагностикѣ такого увеличенія. Если является женщина, жалуясь на увеличеніе живота, то первая мысль должна явиться, не зависитъ ли увеличеніе живота отъ физиологическаго состоянія, т. е. беременности, и какъ бы ни отрицала женщина таковой возможности, врачъ обязанъ начать съ исключенія этой причины, тѣмъ болѣе, что беременность можетъ быть патологическая, внѣматочная, т. е. таковая, которая долго можетъ быть незамѣченною ни женщиной, ни окружающими ее. Отсюда разумѣется, врачъ долженъ помнить всѣ явленія, свойственныя беременности, и не позабыть воспользоваться аускультацией.

Что касается до діагностики внѣматочной беременности, то кромѣ признаковъ, которые будутъ описаны въ спеціальной главѣ, долго продолжающаяся беременность (lithoraedion) имѣетъ всѣ свойства, присущія плотнымъ опухолямъ.

Если это не беременность, то не зависитъ ли увеличеніе живота отъ чрезмернаго раздутія кишокъ (meteorismus, tympanitis, phantom-tumor). Разстройства со стороны желудочнокишечнаго канала обыкновенно свойственны такимъ больнымъ и легко отмѣчаются у нихъ въ исторіи болѣзни вмѣстѣ съ высокою нервною и иногда съ отсутствіемъ регуль (phantom-tumor, ложная беременность). Здѣсь перкуссія даетъ тимпаническій звукъ по всей ареѣ увеличенія, и если у врача остается какое-либо сомнѣніе, то обязательно показуется дать слабительное и промыть кишки. При этомъ должно отмѣтить слѣдующее: *во зрѣлыхъ случаяхъ, идѣ врачъ желаетъ діагносцировать причину брюшнаго увеличенія, повторное изслѣдованіе живота необходимо послѣ предварительнаго очищенія кишечнаго канала, какъ необходимо опорожнить мочевой пузырь длиннымъ катетеромъ, такъ какъ случалось, что растяженіе пузыря обуславливало увеличеніе живота* и по ошибкѣ иногда дѣлали даже лапаротомію. При этомъ не слѣдуетъ полагаться на слова больныхъ, что опорожненіе мочевого пузыря и кишечнаго канала совершается правильно. Увеличеніе живота можетъ зависѣть отъ скопленія свободной жидкости въ полости живота (ascites) На стр. 26 достаточно ясно указана діагностика такого увеличенія. Увеличеніе живота можетъ зависѣть отъ жидкости инкапсулированной, будетъ ли то трансудатъ, эксудатъ или кровоизліяніе. Таковыя трансудаты, эксудаты и кровоизліянія могутъ помѣщаться въ различныхъ частяхъ брюшной и тазовой полости. Они будутъ имѣть всѣ свойства жидкостей, т. е. поверхностную или глубокую флюктуацію, при этомъ должно помнить, что высокое гидростатическое давленіе жидкостей, обуславливающее

сильное растяжение капсулы или стѣнокъ опухоли, можетъ давать консистенцію совершенно плотную безъ всякаго намека на флюктуацию. Итакъ, въ послѣднемъ случаѣ отсутствіе флюктуации не указываетъ еще на отсутствіе жидкости, какъ и присутствіе флюктуации не всегда указываетъ на жидкое содержимое: отечныя опухоли, миксоматозныя, жироперерожденныя, какъ и само ожирѣніе, могутъ дать ясную флюктуацию. При инкапсулированныхъ экссудатахъ въ анамнезѣ ясно отмѣчаются воспалительныя явленія со стороны брюшины, иногда явленія, свойственныя хроническому или острому заболѣванію трубъ и яичниковъ (трипперное, послѣ родовое заболѣваніе), перфоративныя процессы со стороны кишекъ и въ особенности слѣпой кишки и червеобразнаго отростка, желчныя камни и наконецъ травматическія пораженія. Опухоль имѣетъ иногда рѣзкіе контуры; плоская поверхность, глухой звукъ—обычное явленіе: чувствительность присутствуетъ и бываетъ иногда острою; живыя боли и произвольныя и непроизвольныя, въ особенности при гипоничныхъ скопленіяхъ. Опухоль мало подвижная или неподвижная, но, конечно, если стѣнки опухоли состоятъ изъ спаянныхъ кишекъ и покрыты ими, глухого звука не будетъ и опухоль будетъ подвижною. Наконецъ пробный проколъ, о которомъ см. таблицу.

Увеличеніе живота можетъ зависѣть отъ ожирѣнія брюшныхъ стѣнокъ, отъ обвислаго живота, съ возможнымъ смѣщеніемъ внутренностей, отъ грыжъ живота, и отъ отека и различнаго рода опухолей брюшныхъ стѣнокъ. Осмотръ живота при ожирѣніи брюшныхъ стѣнокъ указанъ выше (стр. 25).

Ясный звукъ на всей ареѣ, иногда нѣсколько притупленный (необходима сильная, глубокая перкуссия). Анамнезъ указываетъ, что ожирѣніе преимущественно начинается въ подчревной области. Общее ожирѣніе по большей части на лицо, и если захватить въ складку кожу съ подкожножировымъ слоемъ на внутренней сторонѣ верхней части бедра, то толщина этой складки почти всегда указываетъ на толщину брюшныхъ стѣнокъ. Обвислый животъ, въ особенности соединенный съ отечностью и съ ожирѣніемъ, можетъ обусловить увеличеніе живота, но здѣсь осмотръ живота, присутствіе интраабдоминальной линіи, и при сплнномъ положеніи направленіе его на мѣсто, тимпаническій звукъ, отрицательныя данныя со стороны внутренняго изслѣдованія половыхъ органовъ, присутствіе характерныхъ болей въ поясницѣ и иногда возможность добавить смѣщеніе брюшныхъ органовъ, облегченіе всѣхъ явленій отъ ношенія бандажа—достаточно гарантируютъ отъ ошибокъ.

Грыжи, могуція служить причиною увеличенія живота, по мѣсту бываютъ или надчревыя, или пупочныя или подчревыя (я исключая паховыя и бедренныя). По большей части онѣ помѣщаются по средней линіи, образуя собою опухоль, обыкновенно давняго происхожденія, съ явленіями ущемленія или безъ оныхъ, по съ постояннымъ присутствіемъ болевыхъ ощущеній, въ особенности послѣ принятія пищи, при надчревныхъ—вскорѣ, при остальныхъ—спустя нѣкоторое время. Здѣсь опухоль можетъ имѣть кругло-плоскую форму и иногда рѣзкіе контуры, съ присутствіемъ или отсутствіемъ урчанья, съ рѣзко тимпаническимъ звукомъ или притупленнымъ, или тупымъ. Опухоль должна быть оцупана по всей периферіи и по серединѣ ея, и врачъ можетъ оцупать или расхожденіе мышцъ (діастазъ), или грыжевое кольцо. Но оцупать послѣднее въ нѣкоторыхъ случаяхъ весьма и

весьма затруднительно. Конечно, вся діагностика значительно облегчается, если существовали или существуют явления ущемления.

Діагностика опухолей брюшныхъ стѣнокъ очень легка, когда опухоль лежитъ въ подкожномъ слоѣ; по опухоли, помѣшающіяся въ мышечномъ слоѣ или въ фасціи Вельпо, иногда могутъ представлять колоссальное затрудненіе относительно вопроса, есть ли онѣ интра—или экстраперитонеальныя. Опухоль можетъ выпячивать паріетальный листокъ брюшныхъ стѣнокъ далеко вглубь брюшной или тазовой полости, причемъ брюшина, покрывающая опухоль, можетъ сростись съ какою-либо частью брюшины и стать неподвижною;—кромѣ того, помѣщаясь надъ кишками, она можетъ давать ясный тимпаническій звукъ,—и все это, понятно, еще больше затруднить діагностику. Практически подобное затрудненіе не такъ важно, потому что возможность удаленія опухоли обуславливается только ея характеромъ и свойствами, причемъ и при экстраперитонеальныхъ опухоляхъ въ такихъ случаяхъ возможность пораненія брюшины дана.

У меня въ практикѣ встрѣчалось нѣсколько подобныхъ случаевъ какъ въ надчревной, такъ и подчревной областяхъ. Въ недавно оперированномъ случаѣ больная страдала тремя опухолями: прорѣзавшейся фиброміомой, hydrosalpinx (рис. котораго помѣщенъ на стр. 55), и опухолью подъ правымъ подреберьемъ по наружному краю прямой мышцы. Больная страдала разстройствомъ кишечнаго канала и желчеотдѣленія. Опухоль въ правомъ подреберьѣ была твердая, величиною въ малый апельсинъ, полуподвижная, съ рѣзко выраженнымъ яснымъ звукомъ по всей периферіи и при попыткахъ къ смѣщенію слышалось урчанье, такъ что діагностика относительно опухоли склонялась скорѣе въ пользу интраперитонеальнаго ея происхожденія (кишечнаго или брыжжеечнаго). По наступленіи наркоза передъ операцией опухоль удалось смѣстить на среднюю линію, причемъ при такомъ большомъ смѣщеніи по всей периферіи опухоли отмѣчался тупой звукъ (вмѣсто бывшаго яснаго), что заставило думать, особенно вмѣстѣ съ соответственнымъ смѣщеніемъ правой прямой мышцы, что опухоль экстраперитонеальная и помѣщается вѣроятно въ подбрюшинной кѣлѣтчаткѣ. Операция подтвердила это предположеніе: опухоль оказалась саркомой, проросшею заднюю стѣнку влагалища прямой мышцы и выпятившею брюшину внутрь брюшной полости.

Переходя къ увеличенію живота, зависящему отъ интраперитонеальной опухоли, необходимо сдѣлать предварительный разпросъ больной. Первое, откуда произошло увеличеніе живота, другими словами, если увеличеніе живота зависитъ отъ опухоли, *то идѣ больная впервые замѣтила увеличеніе живота: снизу, сверху, справа или слева*. Вопросъ этотъ весьма важенъ, потому что въ огромномъ большинствѣ случаевъ женщина прямо указываетъ мѣсто происхожденія опухоли. Этимъ вопросомъ *не слѣдуетъ пренебрегать*, потому что во многихъ случаяхъ удавалось, благодаря этому, опредѣлять источники происхожденія опухолей. При этомъ не должно упускать изъ виду, что возможны ошибки, такъ какъ опухоли могутъ быть подвижными, и первое ощупываніе опухоли больною именно и могло совершиться въ моментъ ея перемѣщенія. Однако же, какъ общее правило, всѣ увеличенія живота тазового происхожденія и тазовыя опухоли отмѣчаются больными внизу живота, почечныя—въ боковыхъ люмбарныхъ, печеночныя, селезеночныя, желудочныя—изъ подреберья.

Второй вопрос—*увеличение живота началось равномерно или была ошупана ограниченная опухоль (желвак)*, — ибо при равномерном увеличении живота, вѣроятно, таковое увеличение или происходитъ отъ ожирѣнія, отъ тимпанита, отъ свободныхъ жидкостей, хроническаго воспаленія брюшины (*peritonitis tuberculosa*), отъ высокихъ степеней растяженія желудка, отъ злокачественной инфильтраціи, отъ прободающихъ кистъ и кистомъ, отъ экссудатовъ, кровоизліяній, а иногда только отъ опухолей съ весьма и весьма тонкими и слабо напряженными стѣнками. Если же женщина указываетъ, что она вначалѣ ошупала опухоль или, какъ онѣ говорятъ, желвакъ, то должно задать вопросъ, *былъ ли онъ подвиженъ или нѣтъ, чувствителенъ или нѣтъ*; причемъ, если подвиженъ, то двигался ли онъ самъ при перемѣнѣ положенія женщиной (подвижность произвольная), или онъ могъ быть только передвигаемъ ея рукой (подвижность непроизвольная). Общее правило: экстраперитонеальные опухоли, въ частности ретроперитонеальные, обыкновенно неподвижны (исключеніе — подвижны смѣщенные почки нормальные или измѣненные). Подвижность опухолей обуславливается длиною ножкою, неподвижность — широкою ножкою или отсутствіемъ ножки, или вросаніемъ опухолей подъ брюшину, (напримѣръ интралигаментарныя опухоли), сращеніями, или большою величиною опухоли. Подвижность опухоли есть хорошій признакъ въ пользу доброкачественности опухоли. Подвижность опухоли указываетъ на отсутствіе интраперитонеальныхъ сращеній, т. е. бывшихъ воспаленій. Подвижность опухоли, указывая на длинную и тонкую ножку, указываетъ на малососудистость ножки, и стало быть на возможность медленнаго роста и на возможность перекручиванія ножки (*rotatio*), — а стало быть въ этомъ послѣднемъ случаѣ на возможность или кровоизліяній, или послѣдовательныхъ воспаленій, или некроза опухоли — или даже на отрывъ ея отъ первичнаго мѣста. Перемѣщенія опухолей могутъ быть весьма значительныя (изъ подреберья въ тазъ и обратно). Перемѣщаясь на такомъ протяженіи, онѣ легко могутъ прирости къ мѣстамъ, далекимъ отъ ихъ исходнаго пункта, или могутъ перекрутить въ томъ или другомъ мѣстѣ кишку и образовать явленія обструкціи.

При разпросѣ о подвижности опухоли, т. е. ея перемѣщеніи, слѣдуетъ справиться *и о боляхъ, которыя могутъ вызываться такими перемѣщеніями*. Иногда эти боли мѣстнаго характера, иногда отраженныя: боли въ поясницѣ, нахахъ, подложечныя, тошноты, сердцебіенія, удушья, обморочныя состоянія и т. д.

Характернымъ признакомъ зависимости такихъ мѣстныхъ и рефлекторныхъ болей является перемѣна положенія больной. Примѣръ: ночью слить — болей нѣтъ, встаетъ поутру съ постели — появляются внезапно боли.

При тазовыхъ опухоляхъ возможность разстройства мочеиспусканія, дефекаціи, возможность осложненія беременностью и затрудненіемъ при родахъ. Такія опухоли, какъ во время беременности, такъ и послѣ нея, подвергаются перекручиванію ножки, а помѣщаясь низко въ полости таза могутъ затруднить родовой актъ.

Чувствительность опухоли зависитъ отъ воспаленія ея серознаго покрова, что обуславливается причинами, лежащими или внутри опухоли, или внѣ ея. Причины, лежащія внутри, суть: высокое растяженіе капсулы содержимымъ опу-

холи, нагноеніе, кровоизліянія, распаденіе содержамаго, прорастанія изнутри кнаружи (папиллярныя), образованіе газовъ внутри опухоли. Причины, лежащія внѣ опухоли, суть: воспалительныя осложненія, переходящія съ сосѣднихъ органовъ и тканей, срастанія съ воспаленными трубами, кишками и т. д.

Чувствительность въ опухоли можетъ быть и при покойномъ положеніи, и при движеніи. Въ первомъ случаѣ причина лежитъ, вѣроятно, внутри опухоли; во второмъ случаѣ можетъ быть и внѣ и внутри. Чувствительность можетъ быть отъ самой легкой степени до острыхъ, стрѣляющихъ, ланцирующихъ и агонизирующихъ болей. Примѣръ—нагноеніе, кровоизліяніе, злокачественное перерожденіе.

Боли при опухоляхъ могутъ сопровождаться *лихорадочнымъ состояніемъ*. Типъ лихорадки или можетъ быть гектической (знобъ, жаръ, потъ)—въ случаяхъ нагноенія,—(но не слѣдуетъ забывать, что если оболочка толстая, то присутствіе гноя можетъ не давать повода ни къ какой лихорадкѣ. Лихорадка только указываетъ на всасываніе гноя изъ опухоли или, что чаще, что гной инфицируетъ брюшину путемъ ли перфорацин, или вслѣдствіе особенныхъ свойствъ гноя—вирулентности гноя). Лихорадка можетъ быть ремиттирующаго характера, и поты и знобы могутъ отсутствовать. Лихорадочное состояніе можетъ быть почти скрытое, выражающееся только недомоганіемъ, сухостью во рту, горѣніемъ щекъ и ладоней, въ особенности или при злокачественныхъ, или туберкулезныхъ (наслѣдственныхъ) пораженіяхъ брюшной и тазовой полости (*Febris larvata*).

Получивши на это отвѣты, спрашиваемъ, *какъ давно замѣчена опухоль*. Общее правило: доброкачественныя опухоли растутъ годами, злокачественныя—мѣсяцами; исключеніе: нагноенія, кровоизліянія, трансудаты, эксудаты, перфорацин могутъ обусловить увеличеніе живота въ самое короткое время; и злокачественныя опухоли могутъ расти иногда медленно, а въ особенности это слѣдуетъ помнить при яичниковыхъ новообразованіяхъ: разъ не прорастаетъ *tunicam albugineam* яичника—злокачественное новообразованіе, ростъ опухоли можетъ быть медленный и инфильтраты, какъ и возвратъ, могутъ отсутствовать.

Получивши на это отвѣты, врачъ расспрашиваетъ больную, какъ и всегда, о состояніи всего организма, главнымъ образомъ о функціяхъ брюшныхъ и тазовыхъ органовъ, причемъ обращаетъ особенно тщательное вниманіе на изслѣдованіе почекъ, легкихъ, кожи и сердца и т. д. Общее правило: чѣмъ сильнѣе развита секреторная и экскреторная дѣятельность организма, тѣмъ причина увеличенія живота доброкачественнѣе, и обратно.

Кромѣ того, тщательное изслѣдованіе всего организма можетъ выяснитъ противопоказанія для хирургическаго вмѣшательства. Главными противопоказаніями при чревосѣченіяхъ наичаще всего бываютъ или заболѣванія почекъ, или сердца.

I. Всѣ опухоли, растущія изъ надчревныхъ и люмбарныхъ областей, отдѣляются отъ тазовой области полосой яснаго звука и имѣютъ непосредственную связь съ вышележащими органами, что опредѣляется перкуссіей (безпрерывностью глухого звука) и ощупываніемъ. При этомъ должно отмѣтить, что опухоли ретроперитонеальныя, въ томъ числѣ и почечныя, при своемъ ростѣ или имѣютъ на передней своей поверхности общій тимпаническій звукъ, или частичный; напр.,

при увеличеніи правой почки на ареѣ глухого звука выстукивается полоса яснаго звука, свойственная colon ascendens, а съ лѣвой—colon descendens. Но при большихъ опухоляхъ и означенныя кишки могутъ быть смѣщены въ сторону. Блуждающія печень, селезенка, почки могутъ смѣститься въ полость таза и, смѣстившись, тамъ могутъ начать увеличиваться и расти, причемъ больная мѣсто происхожденія опухоли будетъ отмѣчать внизу живота, но въ такомъ случаѣ на мѣстѣ смѣщенныхъ органовъ будетъ отсутствовать глухой звукъ.

II. Всѣ опухоли брыжейки отличаются слѣдующими характерными чертами:

1) *Занимаютъ почечную область.*

2) *Имѣютъ надъ собою тимпаническій тонъ.* Достигая большихъ размѣровъ и оттѣсняя кишки въ стороны, опухоль можетъ притти въ соприкосновеніе съ брюшной стѣнкой и давать тупой тонъ, но арея этого тона очень ограничена и не соответствуетъ размѣрамъ опухоли.

3) *Сильно подвижны во всѣхъ направленіяхъ.*

4) Сдавливая лимфатическіе и кровеносные сосуды, могутъ рано вызывать похуданіе, а сдавливая кишки—запоры.

5) Иногда сопровождаются жесточайшими болями періодическаго характера.

III. Функціональныя разстройства, свойственныя заболѣваніямъ паренхиматозныхъ органовъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ имѣютъ патогномическое значеніе: желтуха, обструкція кишекъ, анурія, и т. д., но въ другихъ случаяхъ отклоненія функціональныя могутъ быть весьма ничтожны, и только подробное, повторное, тщательное наблюденіе можетъ до нѣкоторой степени навести на мысль объ источникѣ заболѣванія. Напр.: 1) одна почка перестала функционировать и подала поводъ къ увеличенію живота; функція мочеотдѣленія и свойства мочи могутъ быть совершенно нормальны. 2) При двухстороннемъ пораженіи почекъ количество мочи можетъ быть нормально, цвѣтъ, удѣльный вѣсъ — нормальны, бѣлка, сахара, цилиндровъ нѣтъ, кажется, все состоитъ въ нормѣ, а между тѣмъ, если видимо увеличенную почку удалить, то послѣдуетъ смерть. Въ этомъ случаѣ необходимо изслѣдовать количество мочевины, и если оно уменьшено, то заболѣваніе двухъ почекъ весьма вѣроятно.

Отсюда понятно, что только тщательное обсужденіе функціональныхъ разстройствъ можетъ дать драгоценныя указанія. Короче сказать, діагностика заболѣваній органовъ, находящихся въ надчревной и ретроперитонеальной областяхъ, конечно требуетъ изложенія патологии заболѣваній этихъ органовъ, что здѣсь не можетъ быть подробно изложено. Для насъ въ данную минуту важно только было указать общія правила, которыми можно руководствоваться при разграниченіи причинъ, подающихъ поводъ къ увеличенію живота, и потому мы переходимъ къ діагностикѣ тазовыхъ опухолей.

Тазовыя опухоли, могущія подать поводъ къ увеличенію живота, суть маточнаго или вѣматочнаго происхожденія.

Помимо беременности, можетъ быть растяженіе матки, зависящее отъ кровянаго, слизистаго, гнойнаго или газоваго содержимаго матки (haemato-hydro-pyophysetra). Растянутая матка можетъ дойти до пупка и выше. Если нѣтъ газовъ, то звукъ будетъ глухой (въ послѣднемъ случаѣ звукъ тимпаническій); опухоль

тазового происхожденія, схваткообразныя боли проходятъ черезъ весь анамнезъ и составляютъ характерное явленіе status praesens. Въ случаѣ haematometra — схваткообразныя боли, частичное или общее воспаленіе брюшины, совпадающее съ менструальнымъ періодомъ. *Если тереть опухоль рукою, она подъ рукою начинаетъ сокращаться и женщина ощущаетъ болевую схватку.* При внутреннемъ изслѣдованіи въ случаѣ зарощенія наружнаго маточнаго отверстія при haemato-hydrometra на мѣстѣ маточнаго отверстія прощупывается углубленіе, влагалищная часть изглажена; при двойномъ изслѣдованіи получается *шаровидная опухоль, сокращающаяся подъ руками.* Если при этомъ существуетъ отсутствіе menses врожденное или приобретенное, присутствіе схваткообразныхъ болей съ molimina menstrualia, то діагностика ясна. Равно діагностика нетрудна въ случаѣ осложненія haematometra врожденнымъ отсутствіемъ влагалища. Если зарощеніе находится въ шейномъ каналѣ или во внутреннемъ отверстіи, то тогда существуютъ признаки увеличенія матки, свойственныя беременнымъ (грушевидная, эллипсовидная опухоль); но величина матки не соотвѣтствуетъ числу мѣсяцевъ задержки, а всегда меньше его. Присутствіе схваткообразныхъ болей съ molimina menstrualia въ менструальные періоды, одновременное увеличеніе въ это время матки, бурныя воспалительныя явленія періодическаго характера, отсутствіе сердцебиенія и движенія плода и другихъ признаковъ беременности достаточно гарантируетъ отъ ошибки.

Скопленіе крови можетъ быть въ зачаточномъ рогѣ и при uterus bicornis bicollis въ одномъ изъ 2-хъ роговъ. Здѣсь регулы продолжаются, можетъ быть доказано присутствіе матки, и рядомъ съ маткой прощупывается опухоль, подъ рукою сокращающаяся, увеличивающаяся во время менструаціи и уменьшающаяся послѣ нея, причѣмъ увеличенія опухоли обыкновенно сопровождаются воспалительными явленіями. Вотъ это-то сокращеніе опухоли подъ рукою есть патогномичный признакъ, характеризующій скопленія и растяженія въ маткѣ или въ зачаточномъ рогѣ. Кроме того, въ виду присутствія вышесказанныхъ признаковъ легко возникаетъ мысль о двурогости матки и о непроходимости одной половины, будетъ ли непроходимость во влагалищѣ, въ наружно-маточномъ отверстіи, или зависить она отъ полной изолированности зачаточнаго рога.

Кромѣ скопленія крови, увеличеніе зачаточнаго рога можетъ зависѣть и отъ другихъ причинъ. Какъ курьезъ, на рис. 44 представленъ препаратъ фиброміомы зачаточнаго рога. Вмѣстѣ съ тѣмъ этотъ примѣръ можетъ служить наилучшей иллюстраціей того положенія, что фиброміомы суть страданіе врожденное.

Газовое растяженіе матки отъ присутствія гноя или разлагающихся веществъ діагностируется тимпаническимъ звукомъ и предшествующей исторіей болѣзни, вонючими бѣлями, кровотеченіемъ и т. д.

Увеличеніе живота можетъ зависѣть отъ кистъ и кистомъ яичника, доброкачественныхъ и злокачественныхъ. Ростъ яичниковыхъ опухолей можетъ быть обозначенъ въ слѣдующемъ порядкѣ. Яичники, перерождаясь и увеличиваясь, опускаются въ полость Дугласова пространства и помѣщаются сзади и сбоку матки, гдѣ и остаются до тѣхъ поръ, пока не выростутъ изъ полости малаго таза. Это есть первая стадія, такъ сказать тазовая, при которой, если ножка не особенно длинна, опухоли не прощупываются большими. При этомъ матка отталкивается

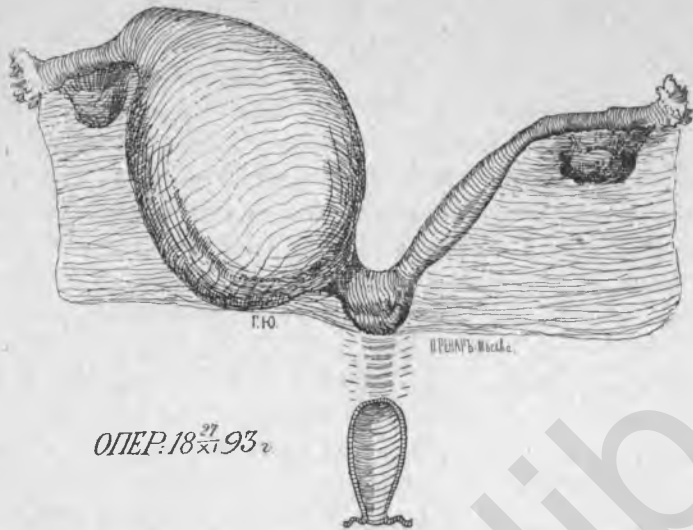


Рис. 44. Фиброміома въ правомъ рогѣ матки.

впередъ и въ противоположную сторону, и если не происходитъ тазовыхъ приращеній, то опухоль перекачивается черезъ широкую связку впередъ ея, отталкиваетъ матку къзади и въ сторону, и помѣщается частью въ полости большого таза съ той или съ другой стороны. Вотъ въ этомъ-то положеніи больныя отмѣчаютъ впервые присутствіе опухоли или желвака внизу живота надъ пахомъ. Это есть вторая стадія, которая продолжается до тѣхъ поръ, погамѣстъ опухоль до-растаетъ до пупка. Въ этой стадіи, какъ уже сказано, матка лежитъ къзади и сбоку. Это весьма важно, потому что исключаетъ возможность заднетазовыхъ сращеній опухоли, весьма и весьма серьезныхъ, ибо вылученіе опухоли несравненно легче, когда опухоль лежитъ впереди матки. Третья стадія начинается при ростѣ опухоли отъ пупка до *scrobiculum cordis*, и четвертая — когда опухоль верхнимъ сегментомъ нѣсколько подымается выше *scrobiculum cordis*, а, главнымъ образомъ, наклоняясь впередъ выпираетъ переднюю брюшную стѣнку и производитъ обвислость живота.

Дальнѣйшая судьба роста опухоли состоитъ въ томъ, что она сжимаетъ позади и вверху лежащіе органы (отеки, бѣлокъ въ мочѣ, сжатіе желудка и грудныхъ органовъ со смѣщеніемъ сердца).

Начиная со второй стадіи и до конца, кишки отталкиваются вверхъ и въ бока, что и объясняетъ классическую фигуру глухого звука, упомянутую на стр. 26. Итакъ, арея глухого и яснаго звука, присутствіе или отсутствіе флюктуации, тазовое происхожденіе опухоли при вышеупомянутыхъ данныхъ, получаемыхъ при изслѣдованіи генитальныхъ органовъ, все это дѣлаетъ диагностику не трудною. При этомъ весьма важнымъ обстоятельствомъ будетъ нормальный размѣръ полости матки и отсутствіе непосредственной передачи движеній опухоли на матку. Заключение становится еще болѣе вѣрнымъ, если возможно ощупать контуры матки и

прошунать ножку, которая въ неосложненныхъ случаяхъ будетъ прошупываема отходящею сзади рога матки (lig. ovar. progr). Исключеніе: опухоль можетъ рано прирасти или ущемиться въ полости таза:—матка навсегда останется спереди и сбоку. Если при положеніи a la vache опухоль не уходитъ изъ полости малаго таза, то приращеніе весьма вѣроятно. Увеличеніе полости матки, не прошупываніе ножки (помимо короткости ея) и непосредственная передача движеній со стороны опухоли на матку можетъ быть обусловлена тѣснымъ приращеніемъ опухоли къ маткѣ и растяженіемъ ея. Функція матки и яичниковъ можетъ быть не разстроена и могутъ быть беременность и роды. Въ случаѣ двухсторонняго перерожденія яичниковъ, въ особенности злокачественнаго (карцинома), менструація можетъ отсутствовать.

На границѣ мягкихъ и твердыхъ новообразованій яичника находятся т. наз. кожевики или дермоиды яичниковъ. Дермоиды бываютъ однокамерные и многокамерные, первые встрѣчаются чаще, вторые много рѣже. Первые вполне доброкачественны, вторые имѣютъ нѣкоторый злокачественный характеръ, ибо первые растутъ чрезвычайно медленно, а вторые быстро, и притомъ имѣютъ склонность перерождаться. Но и тѣ и другіе принадлежатъ къ врожденнымъ новообразованіямъ.

Итакъ, однокамерные дермоиды растутъ чрезвычайно медленно (десятки лѣтъ), при ростѣ своемъ нерѣдко помѣщаются уже въ первой стадіи сбоку и спереди матки, рѣдко достигаютъ до величины конца второй стадіи, обладаютъ узкой или широкой ножкой, толстостѣбчатые, почему флюктуація въ нихъ бываетъ неясна, внутри покрыты кожистой или слизистой оболочкой или той и другой вмѣстѣ, а содержимое состоитъ изъ жироподобной жидкости съ большимъ количествомъ холестеарина и продуктовъ дѣятельности и гистологическихъ элементовъ кожи, какъ-то: волосъ, сальныхъ и потовыхъ железъ, зубовъ, шамшае, роговидныхъ образованій, костей, гладкихъ мышечныхъ волоконъ и тканей, гистологически идентичныхъ съ мозговымъ веществомъ; содержимое ихъ дѣйствуетъ раздражающе, и, попадая въ брюшную полость, можетъ вызвать воспаленіе септического характера. Дермоиды необыкновенно склонны къ нагноенію, въ особенности въ послѣродовой періодъ, а также при гнилостныхъ или гонорройныхъ процессахъ на внутренней поверхности матки или трубъ. Нагнаивающійся дермоидъ имѣетъ стремленіе срастаться съ сосѣдними органами, и потому могутъ происходить перфорации per rectum, vaginam, vesicam и особенно нерѣдко per umbilicum. Нагноеніе продолжается долго. Характернымъ при этихъ перфорацияхъ считается особенная маслянистость выделяемаго черезъ фистулу, присутствіе холестеарина, плоскаго кожного эпителия и наконецъ волосъ. Напр. характерны рассказы больныхъ о выхожденіи волосъ съ мочею.

Многокамерные дермоиды, перерождаясь, могутъ расти очень быстро. Кромѣ того, дермоиды могутъ быть множественными. Иногда нѣкоторые изъ нихъ отрываются и врастаютъ въ сальникъ; иногда же инфицируется дермоидами брюшина. Такіе множественные дермоиды и нѣкоторые единичные мясистые дермоиды послѣ ихъ удаленія могутъ давать рецидивы въ формѣ саркомъ и карциномъ въ органахъ брюшной полости. Наглядное представленіе о типическихъ чертахъ дермоидовъ даетъ слѣдующая исторія болѣзни.

Больная Е. Ж. 28 лѣтъ, поступила въ клинику 25 апрѣля 94 г., жалуясь на боли внизу живота, непостоянныя, ноющія, преимущественно при утомленіи.

Больная 6 лѣтъ замужемъ, безплодна. Регулы появились на 16 году, ходили до замужества черезъ 3 недѣли по 7 дней. Съ замужества регулы усилились, въ особенности въ первые 3 дни, и показываются сгустки; въ послѣднее время регулы продолжаются до 10 дней съ схваткообразными болями. Coitus индифферентенъ и иногда послѣ него бываетъ боль въ правой сторонѣ живота.

Годъ тому назадъ больная страдала сильнымъ малокровіемъ, у нея стали замѣчаться обмороки и иногда во время этихъ обмороковъ чувствовались боли внизу, ноющія, не очень сильныя. Обратилась по поводу этихъ болей за совѣтомъ къ врачу, который отослалъ ее въ клинику.

St. pr. Больная слабого тѣлосложенія, блѣдна, съ унылымъ выраженіемъ лица; животъ не увеличенъ, форма его плоская, при перкуссии пальца на $2\frac{1}{2}$ выше symph. rubis съ лѣвой стороны звукъ тупой, и на мѣстѣ тупого звука ощущивается плотная, твердая опухоль, полуподвижная, немного болѣзненная.

При внутреннемъ изслѣдованіи влагалищная часть конической формы, отверстіе круглое, очень маленькое, съ ровными краями; консистенція влагалищной части плотная. Влагалищная часть находится въ передней половинѣ таза, а дно и тѣло матки направляется къзади, находясь подъ угломъ къ оси шейки матки (retroversio cum anteflexione). Форма матки грушевидная, величина $2\frac{1}{2}$ ", подвижность ограничена, матка не чувствительна. Изъ отверстія матки выдѣляется гнойное отдѣленіе въ умѣренномъ количествѣ; передній сводъ и частью лѣвый изглажены въ силу того, что здѣсь прощупывается опухоль твердой консистенціи, неровная, величиною съ небольшой кулакъ, болѣзненная и малоподвижная, нефлюктуирующая, причемъ движенія, сообщаемыя опухолью, не передаются на матку. Грудныя железы развиты удовлетворительно.

Диспептическія явленія и запоры по 4—5 дней. Уд. в. мочи 1015, небольшіе слѣды бѣлка, сахару нѣтъ, суточное колич. 1950 к. с. Частое сердцебиеніе, захватываніе дыханія, чувство тоски и страха. Границы и тоны сердца нормальны. Пульсъ 76, температура $37,5$; сонъ хорошъ.

Итакъ, у больной существуетъ дисменоррея и безплодіе по причинѣ недостаточнаго развитія матки—конической шейки матки,—существуетъ меноррагія въ силу гнойнаго катарра матки и смѣщенія ея, которое обусловливается опухолью плотною, болѣзненною, не флюктуирующею, лежащею повидимому отдѣльно отъ матки, ибо движенія, сообщаемыя опухолью, не передаются на матку и коптуры матки можно обойти отдѣльно отъ опухоли.

По плотности опухоль напоминаетъ собою фиброзную опухоль, а по положенію овариальную, а такъ какъ матка не увеличена и опухоль не состоитъ въ интимномъ соотношеніи съ маткою, то болѣе вѣроятія, что эта опухоль не фиброма, а яичниковая. Она величиною въ кулакъ, стало быть она находится въ концѣ первой стадіи своего развитія, и если бы была обыкновенная киста или кистома, она помѣщалась бы сзади, а она лежитъ спереди. Это ея особенность. Такая особенность, т. е. раннее положеніе опухоли впереди матки, свойственна опухолямъ тоже врожденнымъ—дермоидамъ, которыя дѣйствительно нерѣдко ассо-

цируются вмѣстѣ съ недостаточно развитой маткой. Поэтому естественно и въ данномъ случаѣ заподозрить, что мы имѣемъ дѣло съ дермоидомъ; чувствительность же въ опухоляхъ можетъ быть объяснена процессомъ нагноенія, который такъ часто бываетъ въ дермоидахъ.

30 апрѣля была произведена лапаротомія, при которой оказалось, что опухоль дѣйствительно правосторонній дермоидъ, величиною въ кулакъ, и по разрѣзѣ опухоли оказалось начало нагноенія, въ силу вѣроятно ущемленія и сгибанія кишки опухоли, потому что съ правой стороны она была перемѣщена впередъ и влѣво. Выздоровленіе безъ осложнений, на 20 день больная выписалась изъ клиники.

Твердые опухоли яичника, фибромы, составляютъ величайшую рѣдкость (2 случая почти на 1000 лапаротомій). Медленно растутъ и едва ли могутъ достигать колоссальной величины. Діагностика ихъ ничѣмъ не отличается отъ обыкновенныхъ, плотныхъ кистомъ яичника.

Гораздо сложнѣе и труднѣе діагностика такъ называемыхъ папиллярныхъ опухолей яичника (*papilloma ovarii*), потому что послѣднія, разрастаясь на поверхность опухоли, инфицируютъ брюшину тазовую, брюшную и висцеральную. Эти опухоли осложняются присутствіемъ свободной жидкости въ брюшной полости. Растутъ онѣ быстро, причѣмъ главными явленіями выступаютъ явленія водянки со стороны живота и нерѣдко отекъ нижнихъ конечностей. Въ начальныхъ стадіяхъ опухоль *per parietes abdominales* не удается, въ послѣдствіи безъ прокола или послѣ прокола прощупывается твердая бугристая опухоль, иногда подвижная, но большею частью неподвижная. При внутреннемъ изслѣдованіи въ начальныхъ стадіяхъ опухоль безъ рѣзкихъ контуровъ или потому, что новообразование разлитое, или потому что перерожденная опухоль яичника плаваетъ въ асцитической жидкости. Въ случаѣ обширнаго разрастанія опухолей и большой водянки, своды выпячиваются, въ особенности задній. Если выпячиваніе зависитъ отъ жидкости, то черезъ нихъ ощущается рѣзкая флюктуация, если отъ инфильтраціи новообразованиемъ, то своды дѣлаются плотными, неподвижными. Быстрый ростъ, умѣренное или колоссальное увеличеніе живота, зависящее отъ присутствія свободной жидкости, неправильная фигура тупого звука при перкуссіи, отекъ нижнихъ конечностей, присутствіе при внутреннемъ изслѣдованіи признаковъ, пѣдходящихъ болѣе къ злокачественнымъ новообразованиямъ (неподвижность сводовъ, инфильтрація ихъ, отсутствіе при ощупываніи нижняго сегмента опухоли, отсутствіе рѣзкихъ контуровъ, зависящее отъ разлитого новообразования, неясное и неопредѣленное отношеніе къ маткѣ, неподвижность послѣдней, и то, что при изслѣдованіи *per rectum* иногда ясно и рѣзко удается ощупать на задней поверхности матки и широкихъ связокъ разросшееся папиллярное новообразование — этотъ признакъ я особенно рекомендую), и, наконецъ, пробный проколъ устанавливаютъ діагностику.

Злокачественныя новообразования яичниковъ, если они не даютъ инфильтратовъ, и метастазовъ, въ физикальной діагностикѣ своей не отличаются отъ доброкачественныхъ кистомъ. Быстрый ростъ, присутствіе асцитической жидкости (иногда кровянистой), разсѣянные по брюшной полости подвижные или неподвижные бугры, отечность брюшныхъ стѣнокъ, отекъ нижнихъ конечностей, односто-

ронній или двухсторонній, отсутствіе менструацій, упадокъ питанія, воспалительныя экзакцербации со стороны брюшины—все это въ совокупности заставляеть подозрѣвать злокачественность опухолей.

Параоваріальныя кисты на ощупь по физическимъ свойствамъ ничѣмъ не отличаются отъ кистъ яичника: мѣсто появленія опухоли надъ пахомъ, ростъ медленный, флюктуация ясная, поверхностная, положеніе опухоли сзади и сбоку, тотъ же перкуторный звукъ. Проколота или лопнувшая киста иногда больше не наполняется. (О данныхъ пробнаго прокола см. таблицу). Если параоваріальная киста становится интралигаментарной, то она пріобрѣтаетъ все свойства интралигаментарныхъ опухолей, т. е. подвижность нижняго сегмента опухоли или совсѣмъ исчезаетъ, или ограничивается, опухоль нельзя вывести изъ полости таза; при внутреннемъ изслѣдованіи матка оттиснута впередъ или назадъ, и въ сторону, и основаніе широкой связки растянута. Нижний сегментъ глубоко входитъ въ тазъ и ясно прощупывается, и при передвиженіи верхней части опухоли *per vaginam* передвиженіе нижняго сегмента или совсѣмъ не совершается, или совершается слабо. При положеніи *à la vache* нижній сегментъ опухоли или совсѣмъ не подымается, или подымаясь, втягиваетъ своды влагалища. Движеніе опухоли на матку могутъ передаваться въ особенности при значительной величинѣ опухоли непосредственно. Еще труднѣе диагностика, если опухоль параоваріальная интралигаментарная перерождается доброкачественно или злокачественно (напр. папиллярное перерожденіе опухоли съ прорастаніемъ сквозь стѣнки на брюшину). То же можетъ быть сказано и вообще объ интралигаментарныхъ опухоляхъ.

Растяженіе трубъ само по себѣ, за исключеніемъ вѣнматочной беременности, не можетъ подавать повода къ сколько нибудь значительному увеличенію живота, и если больная при растяженіяхъ трубы ощупываетъ внизу опухоль, диагностика растяженія трубы ставится при помощи двойнаго изслѣдованія, причемъ опухоль бываетъ круглою, или эллиптической, или колбасообразною, лежащей по тракту трубы, чаще сзади и сбоку, рѣже сбоку, еще рѣже сбоку и спереди матки, и еще рѣже интралигаментарно. (См. болѣе подробно въ главѣ «Gravid. extraut.»).

Эксудаты и кровоизліянія около матки, подающія поводъ къ увеличенію живота, помѣщаются чаще всего сзади матки въ Дугласовомъ пространствѣ, словомъ, въ самомъ нижнемъ сегментѣ брюшной полости. Если они сколько нибудь значительны, то, наполняя Дугласово пространство, они заходятъ сбоку и впередъ матки и окружаютъ ее со всехъ сторонъ (ретроутеринные и периутеринные эксудаты и кровоизліянія). Они могутъ быть найдены инкапсулированными или неинкапсулированными, причемъ въ случаѣ инкапсуляціи верхній сводъ или покрывку ихъ составляютъ спайки между собой кишки и сальникъ. Увеличеніе живота или происходитъ при явленіяхъ строго воспалительныхъ брюшины, и тогда оно продолжается днями, недѣлями и мѣсяцами, или въ случаѣ кровоизліянія увеличеніе живота наступаетъ внезапно, вдругъ, безъ предварительныхъ воспалительныхъ явленій, иногда посреди цвѣтущаго здоровья, съ явленіями внутреннихъ кровотеченій, т. е. острой анеміи, шока и обморока. Увеличеніе живота всегда плоское и рѣдко сводообразное. Контуръ глухого и яснаго звука въ случаѣ воспалительныхъ эксудатовъ неправильный; въ случаѣ тазовыхъ и брюшныхъ кровоизліяній линія, разграничивающая

глухой звукъ отъ яснаго, идетъ справа сверху влѣво и внизъ, матка или отталкивается впередъ, очень рѣдко кзади, или находится въ срединѣ таза. Своды выпячены, въ особенности задній, который можетъ быть растянутъ и выпяченъ, причѣмъ это выпячиваніе неподвижно и въ случаѣ экссудатовъ весьма чувствительно, біеніе сосудовъ въ сводахъ, и, въ случаѣ кровоизліянія—присутствіе маточнаго кровотеченія, въ случаѣ островоспалительныхъ экссудатовъ—явленія частичнаго или общаго воспаления брюшины, лихорадочнаго состоянія и т. д. Въ случаѣ кровоизліяній къ концу 2—3 сутокъ показывается реактивное воспаление брюшины съ лихорадочнымъ состояніемъ. Въ острой стадіи флюктуація можетъ быть ясная, въ особенности въ сводахъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи флюктуація можетъ отсутствовать. Гнойное содержимое узнается по лихорадочному состоянію и по чувствительности, и пробный проколъ даетъ драгоцѣнныя указанія.

Наиболѣе труднымъ для діагностики является хроническое воспаление брюшины, въ особенности туберкулезное перерожденіе. Наслѣдственность играетъ большую роль, но не всегда она присутствуетъ. Сожительство съ больнымъ мужемъ, съ туберкулезными больными имѣетъ важное значеніе. Помимо того, возможность зараженія туберкулезомъ дана и другими путями: брюшина можетъ заразиться непосредственнымъ распространеніемъ отъ трубъ, отъ кишекъ. Туберкулезный перитонитъ, подающій поводъ къ увеличенію живота, сопровождается асцитомъ. Здѣсь всѣ явленія, свойственныя асциту плюсъ хроническому или подострому воспаленію брюшины, существуютъ на лицо. Діагностика сухихъ формъ туберкулезнаго перитонита чрезвычайно затруднительна; она устанавливается по большей части на основаніи исключенія и по большей части на основаніи эксплораторнаго разрѣза, и безъ микроскопическаго изслѣдованія не можетъ быть точной и полной: только присутствіе туберкулезныхъ бациллъ даетъ возможность постановки прочной діагностики (*peritonitis nodosa, peritonitis tuberculosa*).

Причиной увеличенія живота могутъ быть эхинококки. Они помѣщаются или въ паренхиматозныхъ органахъ, или свободно въ брюшной полости. Увеличеніе живота можетъ быть значительное. Паріетальный листокъ брюшины можетъ быть приращенъ или не приращенъ къ мѣшку. Смотря по мѣсту происхожденія, увеличеніе можетъ быть главнымъ образомъ или въ верхней части живота, или съ боковъ. Контуры опухоли рѣзки, опухоль не чувствительна, если только нѣтъ нагноенія, подвижна или мало подвижна, консистенція опухоли плотная, эластичная, съ ясной флюктуаціей или безъ нея; во всякомъ случаѣ флюктуація по большей части глубокая. При ощупываніи иногда ощущается характерное, почти патогномичное хрустѣніе. Опухоль растетъ медленно. Проколъ съ микроскопическимъ изслѣдованіемъ и химическимъ анализомъ даетъ присутствіе крючковъ и янтарной кислоты.

Увеличеніе живота при фиброміомѣ матки можетъ быть ничтожное, и можетъ достигать колоссальныхъ размѣровъ, причѣмъ такое колоссальное увеличеніе живота обуславливается или чистыми случаями фиброміомъ, или перерожденіями или осложненіями ихъ (беременность, овариальныя кисты и кистомы, асциты и т. д.).

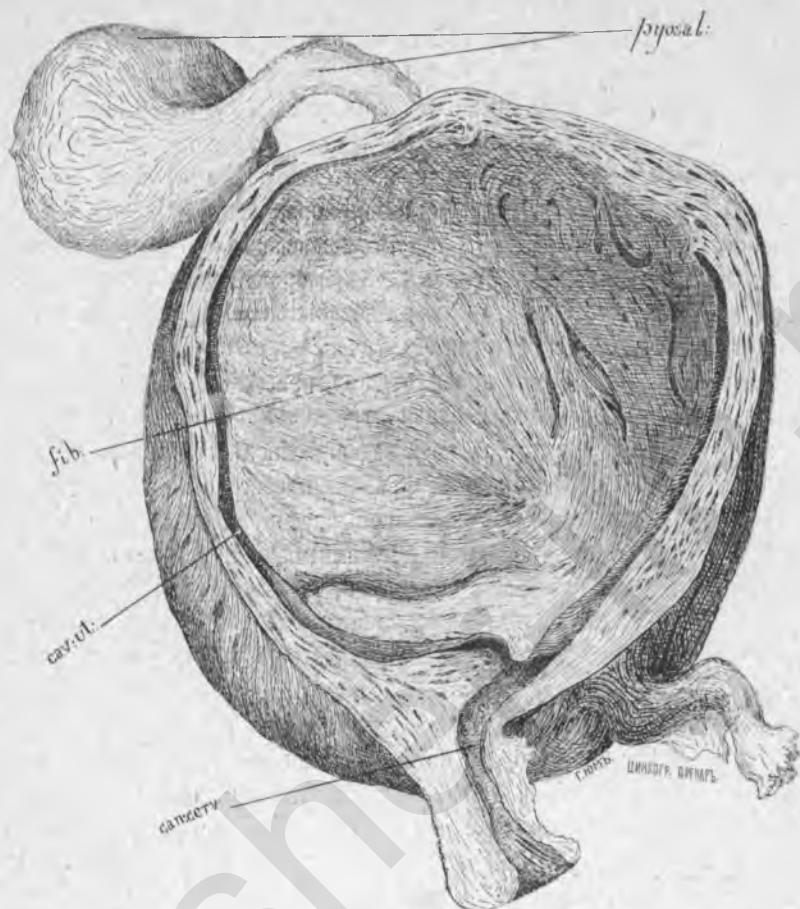


Рис. 45. Подслизистая фиброміома, осложненная ruosalpinx. Опер. $\frac{9}{III}$ 95 г.

Несомнѣнно, подслизистая фиброміома можетъ подать поводъ къ увеличенію живота (рис. 45), также и интерстиціальная (рис. 46), но по большей части къ увеличенію живота даютъ поводъ подсерозныя (рис. 47) и множественныя (рис. 48) фиброміомы. Увеличивается животъ при фиброміомахъ обыкновенно медленно—годами, съ явленіями или безъ явленій разстройства менструаціи, но чаще сопровождается кровотеченіями, съ явленіями сдавленія внутренностей: сосудовъ, мочеточниковъ, почекъ и другихъ тазовыхъ и брюшныхъ органовъ. Увеличеніе живота отъ фиброміомъ можетъ быть быстрое, если фиброміомы перерождаются кистозно или злокачественно (fibrosarcoma), или если фиброміома осложняется воспаленіями и благодаря сращеніямъ съ сосѣдними органами получаетъ новое питаніе и болѣе быстрый ростъ. Увеличеніе живота отъ фиброміомъ имѣетъ всѣ перкуторныя свойства, характеризующія тазовыя опухоли. Консистенція опухолей плотная, поверхность бугристая, или ровная и гладкая, нечувствительная; опухоль подвижная или неподвижная, по во



ОПЕР. 21 Янв. 95.

Рис. 46. Интерстиціальная фиброміома.

всякомъ случаѣ вывести ее изъ полости малаго таза или совсѣмъ не удастся (интралигаментарная, ретроутеринная), или же при выведеніи изъ полости таза ясно можно прощупать внизу живота по срединѣ его идущій внизъ отъ опухоли широкій тяжъ, соответствующій по положенію маткѣ или ея шейкѣ.

Консистенція фиброміомы можетъ быть мягкая, даже не только пастообразная, но съ ясной флюктуацией (oedema, жировое, миксоматозное перерожденіе, цистофиброма).

Курьезенъ фактъ, что даже послѣ открытія брюшной полости консистенція до того бываетъ обманчива, что невольно является желаніе проколомъ или разрѣзомъ выпустить жидкость, чтобы уменьшить величину опухоли. Со мной случилось это нѣсколько разъ. Отсюда само собой понятно, что при этихъ условіяхъ смѣщеніе съ кистами и кистозными яичниками повторяется не рѣдко, но при теперешнемъ состояніи хирургіи это не имѣетъ практическаго значенія. Консистенція можетъ быть твердая (известковыя отложенія), и, наконецъ, консистенція можетъ

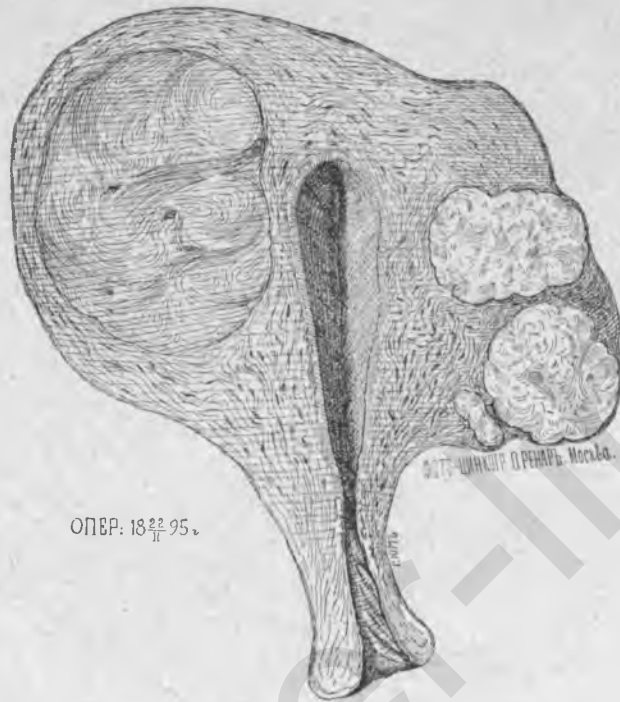
ОПЕР. 18²²/_{IV} 95.

Рис. 47. Подсерозная и интерстициальная фиброміома.

быть смѣшанная. Двойное гинекологическое изслѣдованіе можетъ ясно указать, что опухоль маточнаго происхожденія, что сама матка увеличена, и въ огромномъ большинствѣ случаевъ полость ея увеличивается и растягивается до нѣсколькихъ дюймовъ, причемъ или зондъ проходитъ легко, или при проведеніи зонда встрѣчается непреодолимое препятствіе вслѣдствіе смѣщенія и извилистости маточнаго капала. Влагалищная часть можетъ быть изглажена, наружное маточное отверстіе расширено и сквозь него можетъ быть прощупана опухоль (подслизистая фиброма); или влагалищная часть нормальна, или увеличена (интерстициальная и подсерозная). Черезъ своды спереди, сзади, съ боковъ или кругомъ матки прощупываются плотные бугры, составляющіе нижній сегментъ опухоли. Они или выводятся легко изъ таза при помощи пальца, или, растягивая своды, плотно сидятъ въ полости таза, и при всѣхъ попыткахъ смѣщенія, будетъ ли то *per parietes abdominales* или *per vaginam*, передвигаются едва замѣтно. Если это явленіе замѣчается въ боковыхъ или боково-заднихъ сводахъ, то является предположеніе о фибромахъ, вросшихъ въ широкую связку (нитралигаментарныя), причемъ при этихъ же условіяхъ другіе бугры, находящіеся выше, могутъ быть подвижными, другими словами, фиброміомы могутъ быть множественными и включать въ себѣ всѣ виды и подвиды фиброміомъ. Если нельзя ошупать контуровъ матки, то зондированіе даетъ драгоценныя указанія, куда направляется тѣло и дно матки, другими словами, — гдѣ находится исходный пунктъ происхожденія фиброміомы.

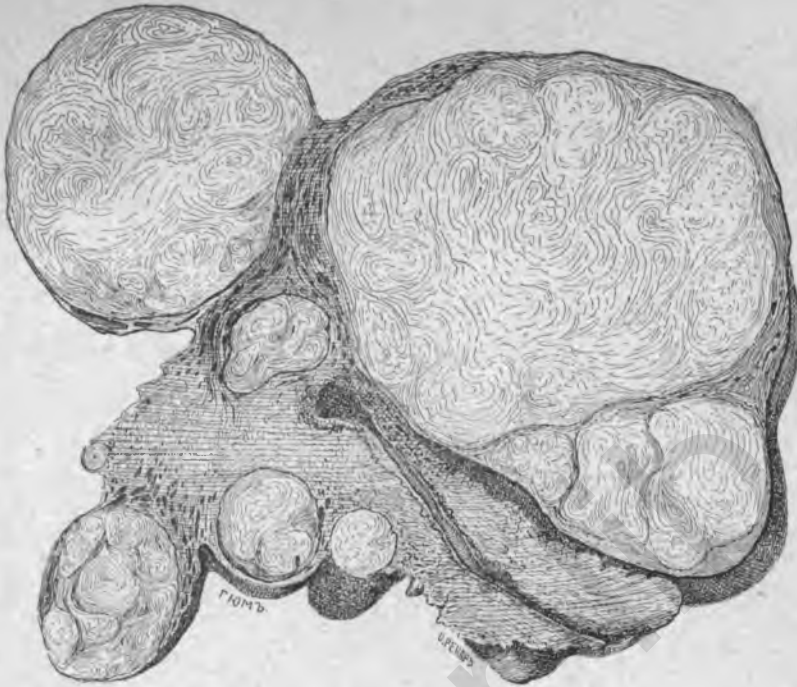


Рис. 48. Множественная фибромиома. Опер. ²⁹ 95 г.

Диагностика интралигаментарныхъ опухолей.—Разсматривая интралигаментарныя опухоли, можно отмѣтить слѣдующія характерныя черты ихъ: 1) чаще всего опухоль не занимаетъ строго бокового положенія въ полости таза, а или передне-боковое или задне-боковое; 2) нижній сегментъ опухоли можетъ лежать высоко или, что чаще, очень низко; 3) подвижность опухоли очень ограничена; 4) опухоль неболѣзненна, но въ исторіи болѣзни всегда отмѣчается внезапное наступленіе острыхъ воспаленій брюшины, по большей части въ періоды менструаціи, быстро наступающихъ и быстро же кончающихся, послѣ которыхъ замѣчается увеличеніе опухоли, боли, сопровождающія эти опухоли, зависятъ вѣроятно отъ сдавленія яичниковъ и трубъ; 5) матка отталкивается въ противоположную сторону и, если опухоль нѣсколько значительна, то помѣщается сзади или чаще спереди послѣдней; 6) подвижность матки можетъ быть независимой отъ опухоли или матка и опухоль двигаются совмѣстно; 7) увеличеніе матки не составляетъ правила даже при несомнѣнныхъ фибромахъ; 8) часто бываетъ кровотеченіе, но если фибромиома мягкая или отечная, то послѣдняго не бываетъ; 9) беременность и роды возможны, но чаще замѣчается относительное или абсолютное безплодіе; 10) флюктуація при твердыхъ опухоляхъ иногда рѣзко замѣтна, что зависитъ отъ отечности или отъ слизистаго перерожденія. Иногда же при несомнѣнномъ кистозномъ перерожденіи флюктуаціи добыть нельзя, ибо кистозное перерожденіе находится въ глубинѣ опухоли.

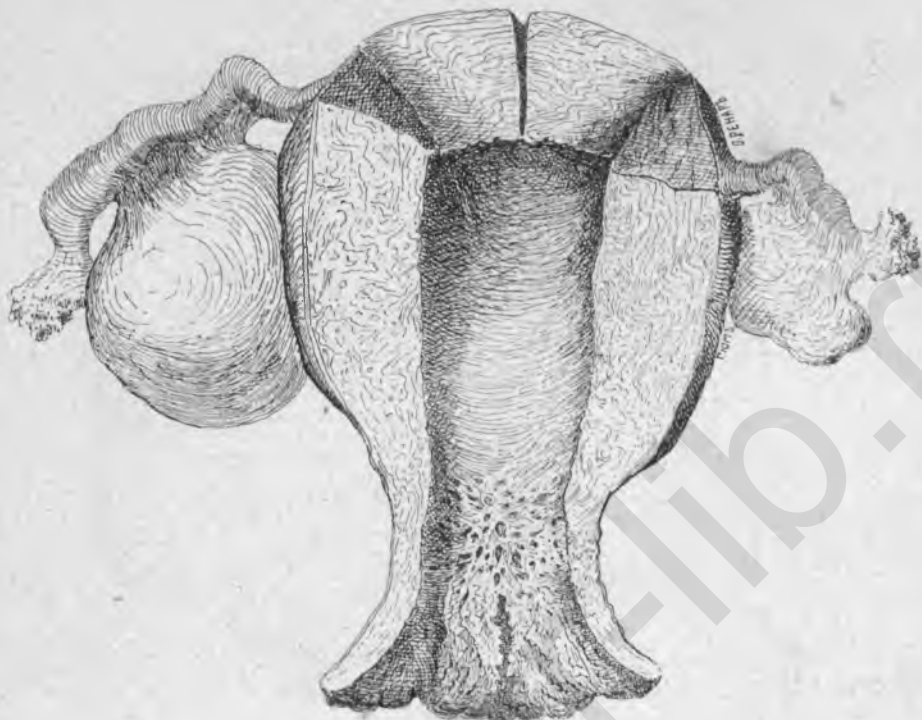


Рис. 49. Фиброзно-перерожденная матка съ двухстороннимъ пораженіемъ придатковъ.

Опер. $\frac{26}{1}$ 95 г.

Такимъ образомъ разстройство менструаціи, медленный ростъ, часто безплодіе, увеличеніе полости матки, тѣсное интимное соотношеніе опухоли съ маткой, бугристость, плотность—все это признаки весьма характерные для отличія фиброміомъ отъ другихъ тазовыхъ опухолей. Но ошибки возможны. Онѣ происходятъ изъ того разнообразія въ консистенціи, въ ростѣ, въ соотношеніи съ маткой и съ окружающими органами, которымъ такъ богата жизнь фиброміомъ матки. Онѣ могутъ осложниться кистами и кистомами яичниковъ и воспаленіемъ трубъ, гипертрофіей и гнойными скопленіями въ нихъ (рис. 49). Такимъ образомъ къ жизни фиброміомъ присоединяется жизнь другихъ страданій, и клиническая картина дѣлается весьма сложною. Распознаваніе всѣхъ этихъ осложненій было бы чрезвычайно важно хотя бы въ томъ отношеніи, что можетъ быть такое могущественное средство, какъ электричество, при фиброміомахъ нашло бы для себя точную опору.

Женщина, страдающая фибромой, можетъ забеременѣть (рис. 50). Это можетъ случиться при всѣхъ видахъ фибромъ, но конечно чаще случается при подсерозныхъ, такъ какъ здѣсь полость матки менѣе всего бываетъ измѣнена.

Теченіе беременности и вліяніе на нее фибромы различно. Беременность или доходитъ до конца, или оканчивается абортонъ, или преждевременными родами,



Рис. 50. Фиброміома, осложнившая беременность.

искусственными или естественными. Роды и послѣродовое время оказываютъ различное вліяніе на жизнь фибромъ: послѣднія или остаются *in statu quo*, или начинаютъ расти, или наступаетъ полное излѣченіе. Излѣченіе наступаетъ или отъ жирового перерожденія опухоли и послѣдовательнаго всасыванія, что бываетъ въ мягкихъ, не инкапсулированныхъ міомахъ, или отъ вылуценія опухоли вслѣдствіе нагноенія въ капсулѣ, что можетъ сопровождаться обильными кровотечениями, ихорознымъ отдѣленіемъ и явленіями септицеміи и піэміи. Не слѣдуетъ забывать, что, не смотря на беременность, кровотеченіе можетъ продолжаться, особенно при интерстиціальнѣхъ фибромахъ матки и шейки. Если фиброміома помѣщается глубоко въ полости таза, то роды естественнымъ путемъ вслѣдствіе суженія таза могутъ быть затруднительными или даже невозможными и потребуются

или искусственное преждевременное окончание беременности, или кесарское сечение, или операция Poggio, или предварительное удаление фибромы.

Какъ примѣръ осложненія фиброміомы беременностью, я приведу случай изъ клиники.

Жена священника, 27 лѣтъ, поступила въ клинику 27 сент. 1894 года, жалуясь на опухоль живота и отсутствіе регулъ.

Замужемъ 9 лѣтъ, родила 5, послѣдняго 10 мѣс. тому назадъ. Кормила сама всѣхъ, и во время кормленія имѣла правильныя регулы, которыя бывали у ней всегда нормальными; послѣ же послѣднихъ родовъ, бывшихъ 10 мѣс. тому назадъ, большая не носила регулъ, но не придавала этому значенія, приписывая отсутствіе ихъ кормленію. Въ срединѣ іюля 94 г., т. е. за 2½ мѣсяца до поступленія въ клинику (7 мѣс. спустя послѣ родовъ) стала замѣчать какую-то опухоль въ правомъ боку, которая постепенно увеличивалась, а за недѣлю до поступленія въ клинику замѣтила движеніе въ животѣ.

При изслѣдованіи было найдено, что больная беременна около 6 мѣс., и на передней поверхности матки, пальца на 3 выше symph. pubis, прощупывается глубокая борозда, отдѣляющая матку сверху отъ опухоли, исходящей изъ полости малого таза, занимающей средину его, плотной, неровной, бугристой, почти хрящеватой, полуподвижной и двигающейся совместно съ маткой (рис. 51). Сверху опухоли и слѣва на передней поверхности матки слышится пляцентарный шумъ.

Внутреннее изслѣдованіе. Шейка матки находится сзади, а черезъ передній сводъ прощупывается вышесказанная опухоль соединенная съ маткой, какъ бы исходящая изъ передней и лѣвой боковой ея поверхности.

Опредѣлено: Fibromyoma interstitiale et subserosum uteri gravidi.

4 октября произведена операція.

Послѣ разрѣза брюшныхъ стѣнокъ матка съ опухолью была приподнята кверху, помощникъ захватилъ пальцами ткань матки выше и ниже опухоли, и черезъ толщу матки по передней поверхности былъ проведенъ продольный разрѣзъ. Опухоль была вылучена изъ существа матки и при помощи этажныхъ, кетгутовыхъ швовъ *рана въ существѣ матки глубокою около 3 дюймовъ* была зашита.

Опухоль оказалась плотной фиброміомой интерстиціально подсерозной, величиною въ кулакъ.

Послѣопераціонный періодъ протежъ безъ лихорадки, беременность продолжалась и черезъ мѣсяць, т. е. 3 поября, больная была переведена въ акушерскую клинику проф. Макѣева, гдѣ 18 февраля 1895 года у ней наступили роды, окончившіеся того же числа при помощи щипцовъ. Родилась дѣвочка, вѣсомъ 3160 грам., послѣдъ вышелъ черезъ 10 минутъ. Роды происходили при туго забитомъ животѣ. Инволюція матки и послѣродовыя очищенія нормальны, и больная сама кормитъ ребенка.

Этотъ случай весьма поучителенъ въ трехъ отношеніяхъ: во 1-ыхъ, какъ обращикъ, что беременность можетъ течь правильно въ присутствіи фиброміомы, во 2-ыхъ, что на беременной маткѣ въ самомъ ея существѣ могутъ быть производимы сложныя и обширныя операція безъ нарушенія правильнаго хода бере-

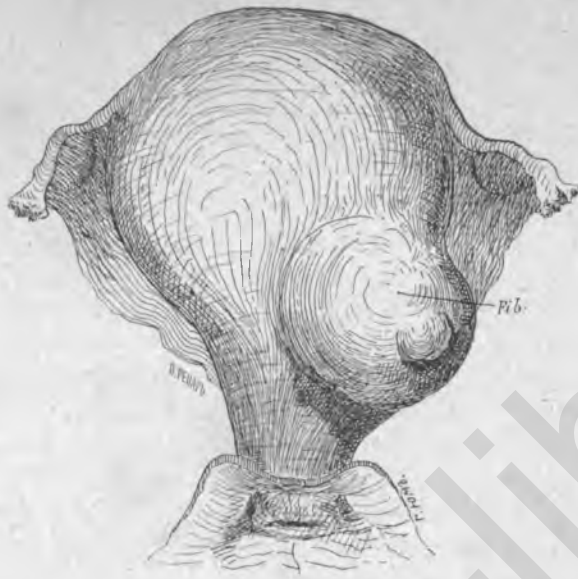


Рис. 51. Fibromyoma interstitiale et subserosum uteri gravidi. Опер. $\frac{4}{X}$ 94 г.

менности, и наконецъ въ 3-ихъ, что хорошо наложенные швы какъ на самой маткѣ, такъ и въ брюшныхъ стѣнкахъ образуютъ такое плотное сращеніе, которое выдерживаетъ родовыя сокращения. Въ данномъ случаѣ продольный размѣръ рапы на маткѣ равнялся 4 дюймамъ, а глубина доходила до 3 дюймовъ. Все стараніе было приложено къ тому, чтобы не поранить слизистую матки.

Трудность діагностики фиброзныхъ опухолей обусловливается еще тѣмъ обстоятельствомъ, что фибромы могутъ претерпѣвать самыя разнообразныя измѣненія, каковы: жировое, слизистое, саркоматозное, карциноматозное, кистозное перерожденія, калькарное отложеніе, отекъ. Кроме того трудность увеличивается еще и тѣмъ обстоятельствомъ, что фибромы могутъ быть множественными, такъ что получаютъ смѣшанныя формы, многообразно перерожденные, при которыхъ всѣ кардинальные признаки собственно фибромъ, каковы, напримѣръ, плотность, гладкость, ровность, утрачиваютъ свою рельефность, и діагностика иногда можетъ быть поставлена только при помощи эксплораторнаго разрѣза (пробной лапаротоміи).

Пробная лапаротомія. *Laparotomia confirmativa s. explorativa.*—Если всѣ діагностическія пособія: исторія болѣзни, ручное, инструментальное изслѣдованіе, наркозъ, оказываются недостаточными для постановки точной діагностики, а случай серьезный, требующій активнаго вмѣшательства, — показуется діагностическое вскрытіе брюшной полости. Это чревосѣченіе можетъ ограничиться только разрѣзомъ брюшныхъ стѣнокъ и осмотромъ — диагнозомъ, — или, что чаще, оно можетъ закончиться и хирургическимъ лѣченьемъ — операцией. Если страданіе на-

ходится въ тазовой или подчревной области, то разрѣзъ дѣлается по средней линіи между пупкомъ и лобкомъ; если въ желудочной, селезеночной, брыжжеечной или кишечной, то между пупкомъ и scrobic. cordis; если въ почечной, печеночной, то по наружному краю прямыхъ мышцъ (Langenbuch); если въ илеоцекальной, то по linea semilunaris.

Длина разрѣза, необходимая для изслѣдованія пальцами и глазомъ, бываетъ 2"—4". Обсѣдывается данная область пальцами простымъ или двойнымъ изслѣдованіемъ, или инструментами.

Въ тазовой полости изслѣдованіе начинается съ обсѣдованія матки и ея придатковъ, для чего послѣдніе не только ошупываются, но при удобныхъ условіяхъ могутъ быть извлечены наружу и здѣсь обсѣдованы per visum et per tactum.

Самые трудные вопросы—гдѣ находится источникъ страданій: тазовая или брюшная полость? интраперитонеально или экстраперитонеально? изъ какого органа? доброкачественное или злокачественное? возможно-ли удалить страданіе, другими словами—какъ глубоко оно проникло? если въ парныхъ органахъ—почкахъ,—здоровы-ли другая почка? Словомъ, черезъ небольшое отверстіе при помощи 2-хъ пальцевъ или даже одного приходится разрѣшить самые трудные и сложные вопросы, рѣшеніе которыхъ перѣдко и на анатомическомъ столѣ представляетъ большія затрудненія и требуетъ много времени. Если при этомъ еще надо рѣшить вопросъ, какъ долго можетъ затянуться операція, будетъ-ли она кончена или нѣтъ, то всякій долженъ понять, сколько опытности, находчивости и умѣнья надо имѣть, чтобы удачно рѣшить вопросъ. Вотъ почему *пробное чревостыченіе* въ нѣкоторыхъ случаяхъ даетъ *неудовлетворительный отвѣтъ*.

Если же при этомъ припомнить, что для постановки точной діагностики надо иногда разрушить множественныя сращенія между большими органами и тканями и такимъ образомъ volens-nolens соединить остатки здоровой брюшной полости съ больной, что можетъ, благодаря выноту, содержимому, паходящемуся въ больной части, инфицировать всю брюшину, то, конечно, стаетъ понятнымъ, что пробная лапаротомія въ извѣстныхъ условіяхъ можетъ быть такъ же опасна, какъ и всякая другая операція, а можетъ быть даже опаснѣе, потому что границы пособій: промыванья, дренажированья, остановки кровотеченій, благодаря малому операціонному пространству, ограничены, а случаи, требующіе пособій, крайне тяжелы. Предсказаніе и всѣ условія необходимыя для производства пробной лапаротоміи суть тѣ же, что и для обыкновенной лапаротоміи.

Эксплораторный разрѣзъ самъ по себѣ не всегда можетъ выручить изъ затрудненія. Для примѣра разскажу здѣсь исторію болѣзни, къ которой относится изображенный на рисункѣ 52 препаратъ. У больной существовали безпорядки регулъ, матка была величиною $4\frac{1}{2}$ мѣс. беременности (рис. 53), но по многимъ другимъ даннымъ это не походило на беременность: не было окрашиванія слизистыхъ, набуханія паружныхъ частей, грудныхъ желѣзъ, не было молозива. Рѣшено было сдѣлать эксплораторную лапаротомію съ цѣлью окончательно убѣдиться въ точной діагностикѣ. Каково же было удивленіе, когда по вскрытіи брюшной полости увеличенная матка въ силу темнокраснаго цвѣта и размягченія представляла всѣ явленія, свойственныя беремености. Когда было рѣшено убѣдиться въ точности

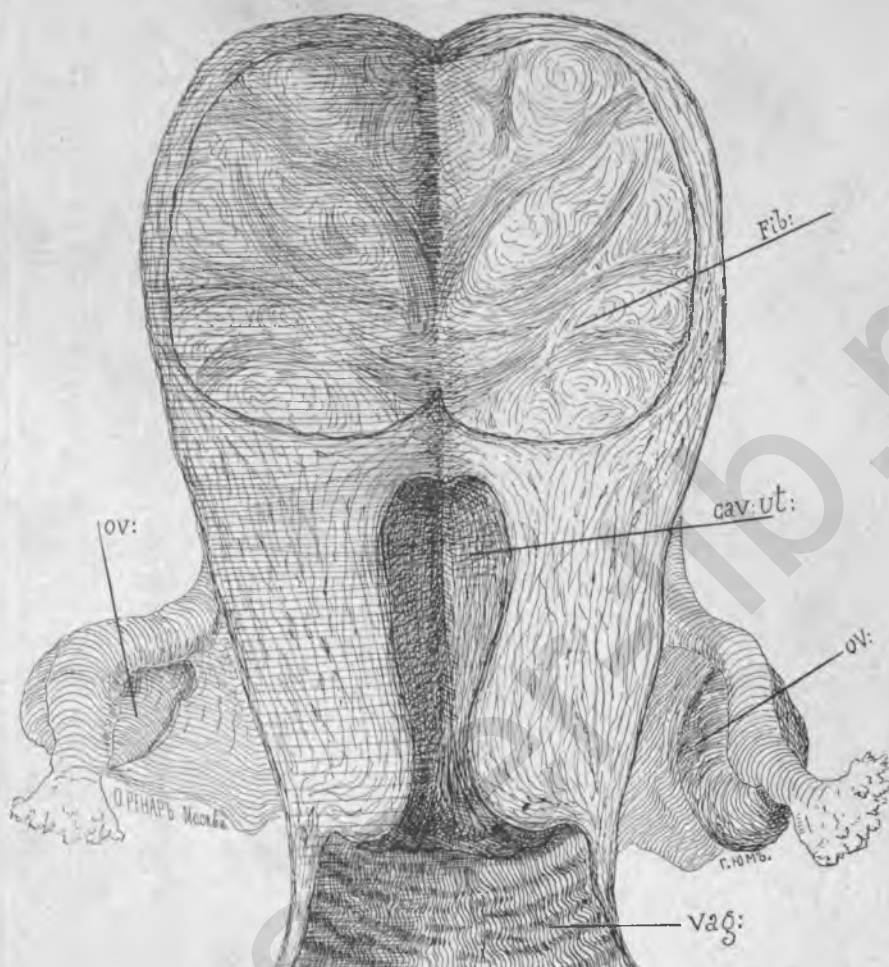


Рис. 52. Подсерозная фибромиома въ днѣ матки, симулирующая беременность. Смотри отхожденіе трубъ относительно дна матки.

положенія придатковъ и особенно мѣста отхожденія трубъ отъ матки, оказалось, что трубы отходятъ пальца на три ниже предполагаемаго дна матки и не были ни увеличены, ни размягчены, почему и сдѣлана была полная экстирпація матки, и по разрѣзѣ, какъ видно, фибромиома сидѣла въ днѣ матки, симулируя собою увеличивающіяся и разрастающіяся дно и тѣло беременной матки. Симуляція эта была тѣмъ рѣзче, что фиброма представлялась полумягкой, а отсутствіе регуль объяснялось начинающимся нагноеніемъ въ задней части капсулы опухоли. (Рис. 52 и 53).

Итакъ, фибромиома можетъ симулировать беременность и даже изслѣдованіе per tactum и per visum, хотя и въ очень рѣдкихъ случаяхъ, не можетъ гаран-

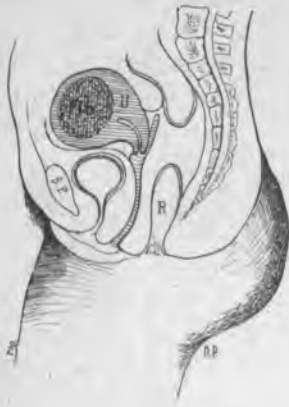


Рис. 53. Продольный разръвъ той же матки.

тировать отъ ошибки. Единственнымъ опознавательнымъ пунктомъ остается мѣсто отхожденія трубъ и видъ ихъ, несвойственный беременности.

Впослѣдствіи я имѣлъ еще 2 подобныхъ случая, гдѣ этотъ признакъ разрѣшилъ мои діагностическія сомнѣнія.

Далѣе фибромы могутъ осложняться другими болѣзнями, напримѣръ, кистамами яичниковъ и ракомъ матки. Что касается до перваго осложненія, то мнѣ встрѣтились нѣсколько случаевъ, въ одномъ изъ которыхъ фиброма была осложнена двухстороннимъ кистознымъ перерожденіемъ яичниковъ (одна кистама достигала величины арбуза). Что касается до втораго, то въ моей практикѣ я видѣлъ 7 случаевъ, составляющихъ 0,50% кровотеченій.

При разсмотрѣніи этихъ случаевъ, можно отмѣтить слѣдующія черты: фибромы были интерстиціальныя, или подсерозныя, или чаще всѣ три вида существовали вмѣстѣ. Величина фибромъ была различна, но всегда опухоль прощупывалась пальца на 4 выше symphus. pubis, а въ одномъ случаѣ дно матки доходило до scrobiculum cordis. Женщины издавна страдали кровотечениями и являлись съ жалобой на кровотеченіе и боли.

Не смотря на то, что на шейкѣ матки можно было констатировать совершенно развитую карциному, съ начавшимся распадомъ и перѣдко съ инфильтраціей въ параметральную клѣтчатку, даже съ полною неподвижностью нижняго сегмента матки, симптомы, свойственные раку, каковы: доскообразность брюшныхъ стѣнокъ, бѣлесоватость входа во влагалище отсутствовали, равно и общій видъ больныхъ нисколько не напоминалъ характерныхъ лицъ канкрозныхъ больныхъ. Видъ ихъ былъ настолько здоровъ и обманчивъ, что только несомнѣнные признаки рака шейки заставляли убѣдиться въ его присутствіи. Обыкновенно раковое перерожденіе начиналось около orific. extern. и оттуда распространялось на всю шейку матки и окружающую клѣтчатку. Изъязвленіе было поверхностное, кровоточивость язвы малая и отдѣляемое ничтожно.

Прогностика. Предсказаніе при фибромахъ зависитъ отъ мѣста, величины опухоли и отъ возможности ея удаленія или per vaginam или per laparotomiam. Всѣ опухоли, могущія быть удаленными per vaginam, мало опасны для жизни и потому предсказаніе при нихъ благоприятно. Во всѣхъ случаяхъ удаленія per laparotomiam предсказаніе сомнительно, о чемъ ниже при лѣченіи.

Фибромы шейки матки встрѣчаются рѣдко, рѣдко влекутъ за собой кровотеченіе и по мѣсту бываютъ или подслизистыми, или интерстиціальными, или парацервикальными. Діагностика фиброміомъ шейки иногда чрезвычайно легка: гладкость, ровность, безболѣзненность опухоли, соединенныя съ плотностью, достаточно характерны для діагностики. Трудность можетъ быть при парацервикальныхъ, а именно трудно бываетъ опредѣлить ихъ верхнюю боковую границу

Таблица данных, получаемых пробным проколом.

Водянка.	Кисты и кистомы яичника.	Пароваріальныя кисты, кисты широкихъ связокъ.	Околоплодные жидкости.	Дермоидныя кисты яичника.	Инкапсулированный экссудатъ.
<p><i>Цвѣтъ</i> жидкости свѣтлосоломенный, желтый, лимонный; иногда отъ примѣси крови, желчи непрозрачный, буроватый.</p> <p><i>Реакція</i> щелочная, рѣдко нейтральная. Безъ запаха.</p> <p><i>Консистенція</i> водянистая, не тягучая; но при воспалительныхъ состояніяхъ можетъ быть густа.</p> <p><i>Уд. вѣсъ</i> отъ 1008 — 1032; разница зависитъ отъ количества бѣлка: при 1008 = 0,2⁰/₀; 1010 = 1⁰/₀; 1012 = 1,7⁰/₀ бѣлку. При стояніи на воздухъ чрезъ 12—24 часа жидкость свертывается произвольно.</p> <p><i>Микроск. изслѣдованіе.</i>—эндотелиальные клѣтки (амебовидно движущіяся тѣльца) нормальныя или жирноперерожденныя, иногда красныя тѣльца, жировыя зернушки. Въ старыхъ изліяніяхъ кристаллы холестерина.</p> <p><i>Химическ. составъ.</i> Фибринъ и составныя части кровяной сыворотки. Огромное содержаніе NaCl.</p> <p><i>Асцитъ</i> бываетъ троякаго рода: 1) отъ затрудненнаго кровообращенія— больше всего походить на кровяную сыворотку; 2) отъ раздраженія брюшины опухолями— цвѣтъ темнѣе до коричневаго. Всегда содержитъ свертки фибрина, нерѣдко окрашеннаго кровью. Уд. вѣсъ выше и количество бѣлка больше. Если опухоль злокачественная, то при микроскопическомъ изслѣдованіи попадаютъ клѣтки новообразованія; 3) отъ осложненія воспаленіемъ брюшины— жидкость гуще, тягучѣе, мутная, желтоватобѣловатая, зеленоватая или напоминаетъ мыльную воду; осадокъ весьма значительный; присутствие запаха отъ жидкости или даже запахъ разложенія. Уд. вѣсъ очень высокъ; огромное количество фибрина; осадокъ въ раннихъ стадіяхъ полупрозрачный; въ застарѣлыхъ— опаловидный, въ формѣ хлопьевъ и ключевъ.</p>	<p><i>Цвѣтъ</i>— соломенножелтый, или безцвѣтный, напоминаетъ цвѣтъ сырого яичнаго бѣлка, или буроватый (отъ примѣси крови), желтый, красный, зелено-темный, шоколадный и въ рѣдкихъ случаяхъ черный, какъ чернило.</p> <p><i>Запахъ</i> животный, иногда запахъ супа.</p> <p><i>Реакція</i> слабощелочная, или нейтральная.</p> <p><i>Консистенція</i> водянистая или тягучая (однокамерная), сиропообразная, клейкая, густая, похожая на мыло. Иногда такъ густа, что не течетъ чрезъ канюлю троакара— желеобразна, ливнетъ къ рукамъ или растирается между пальцами въ видѣ тягучей слизи. <i>Консистенція</i> гуще въ болѣе старыхъ кистахъ и кистомахъ.</p> <p><i>Уд. вѣсъ</i> рѣдко ниже 1015 (1009—1045). Въ случаяхъ, гдѣ послѣ выпариванія жидкости получается количество плотныхъ веществъ выше 0⁰/₀ содержанія этихъ частей въ кровяной сывороткѣ, должны быть признаны за кисты и кистомы, а не за водянку.</p> <p><i>Жидкость</i> при стояніи на воздухъ не свертывается самопроизвольно.</p> <p><i>Микроскопическ. изслѣдованіе.</i> Клѣтки яичниковаго эпителия, (цилиндрической эпителий), коллоидные шары, зернистыя круглыя клѣтки и кристаллы холестерина (почти все элементы зернисто перерождены).</p> <p><i>Химическ. составъ:</i> вода (90—96⁰/₀) коллоидное вещество, муцинъ, метальбуминъ, паральбуминъ, соли кровяной сыворотки; <i>фибрина нѣтъ</i>, если только не было воспаленія или геморрагіи въ кистому.</p>	<p>Жидкость <i>безцвѣтная</i>, течетъ изъ канюли свободно, какъ вода, прозрачна. Но если налить въ пробирную трубку, то немного дѣлается опаловидной, какъ будто прибавили каплю молока.</p> <p><i>Уд. вѣсъ</i>— 1004—1009. Щелочной реакціи. При нагреваніи и прибавленіи уксусной кислоты даетъ легкой осадокъ; паральбуминъ отсутствуетъ; богата NaCl.</p> <p><i>Микр. изслѣд.</i>— очень бѣдна форменными элементами— иногда разрушенныя, иногда сохранявшіяся клѣтки мерцательнаго эпителия и немного амебовидныхъ тѣлецъ.</p>	<p><i>Цвѣтъ</i> блѣдносоломенный, немного мутноватый; плавааетъ нѣсколько хлопьевъ. Запахъ напоминаетъ запахъ спермы. При стояніи осадокъ; щелочной реакціи.</p> <p><i>Уд. вѣсъ</i> 1005—1010; не содержитъ фибрина; бѣлка разнообразное количество, NaCl, Аммоній.</p> <p><i>Микроск. изслѣд.</i> Эпителиальные различные элементы кожи въ стадіяхъ жирового перерожденія, жирныя капли. Если жидкость смѣшана съ меконіумъ, кровью, остатками умершаго плода, тогда видъ и составъ ея чрезвычайно разнообразенъ.</p>	<p><i>Цвѣтъ</i> блѣдноватосоломенный или напоминающій отваръ риса, до желтаго, напоминающаго масло, медъ, жирнаго на ощупь. Въ жидкости плаваютъ сгустки состоящія изъ водостъ, кусочковъ жира и обломковъ эпителия. Огромное количество холестерина. Жиры растворимы въ эфирѣ. Если случается нагноеніе, то очень маслянистое; иногда съ запахомъ; характерно присутствие волосъ и эпидермоидальныхъ элементовъ.</p>	<p>По свойствамъ жидкости похожъ на водяночную; но <i>уд. вѣсъ</i> выше 1018; 0⁰/₀ содержанія бѣлка больше т. е. 4⁰/₀; въ жидкости значительное количество бѣлыхъ и красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, двойныя тѣльца и хлопья фибрина.</p>
			Цистофибромы.	Водянка трубъ.	Ракъ брюшины.
			<p>Жидкость серозная, похожая на лимфу, цвѣтъ жидкости буроватый (отъ примѣси крови). Содержитъ много фибрина. Сначала она прозрачная, но скоро <i>самопроизвольно свертывается</i> гораздо значительнѣе, чѣмъ при водянкѣ, такъ что если налить въ бутылку и дать свернуться, то жидкость не польется. Чрезъ нѣсколько часовъ сгустокъ сморщивается и жидкость раздѣляется на два слоя: свертокъ, почти безцвѣтный или желтоватокрасный (отъ крови) и сыворотку, похожую на водянистую жидкость.</p> <p><i>Химическ. составъ.</i> Бѣлокъ и фибринъ; при микроскопическомъ изслѣдованіи иногда находятъ клѣтки соединительной ткани.</p>	<p><i>Цвѣтъ</i> прозрачный, если нѣтъ кровоизліяній или нагноеній. Содержитъ въ изобиліи <i>слизь</i> и клѣтки мерцательнаго эпителия. Бѣлку мало.</p>	<p><i>Жидкость</i> мутная, грязная, кровянистая. Помимо фибрина и кровяныхъ элементовъ, микроскопъ открываетъ крупныя клѣтки съ вакуолами. 0⁰/₀ содержаніе бѣлка такое же почти какъ при экссудатахъ.</p>
			Гидронефрозъ.		Эхинококкъ.
			<p><i>Цвѣтъ</i>—блѣдной мочи.</p> <p><i>Реакція</i> нейтральная, но можетъ быть щелочной и слабокислой.</p> <p><i>Консистенція</i>—водянистая, какъ моча.</p> <p><i>Уд. вѣсъ</i>— 1002—1005; но онъ колеблется отъ уцѣлѣвшей почечной ткани и высоты внутри почечнаго давленія; въ открытыхъ гидронефрозахъ и гдѣ почка работаетъ—уд. вѣсъ <i>выше</i>.</p> <p><i>Жидкость</i> произвольно не свертывается. При кипяченіи не даетъ свертка; присутствие бѣлка указываетъ на воспалительные процессы въ существѣ почечной ткани или лоханкѣ.</p> <p><i>Микроск. изслѣд.</i>—Веретенообразныя клѣтки лоханочнаго эпителия; но можетъ быть и не найдено (старые случаи).</p> <p><i>Химическ. составъ</i> Вода, ничтожное количество солей нормальной мочи— <i>мочевины</i>. Въ старыхъ случаяхъ и гдѣ внутрипочечное давленіе велико, специфическихъ началъ можетъ не оказаться. Химическій составъ тѣмъ болѣе подходитъ къ здоровой мочѣ, чѣмъ болѣе сохранена функция почки.</p>		<p><i>Цвѣтъ</i>—ключевой воды.</p> <p><i>Реакція</i> слабощелочная, <i>нейтральная</i>.</p> <p><i>Консистенція</i> ключевой воды.</p> <p><i>Уд. вѣсъ</i> 1000—1002 (но рѣдко и 1015).</p> <p><i>Жидкость</i> произвольно не свертывается, не мутится при кипяченіи.</p> <p><i>Микроск. изслѣд.</i>—Крючки эхинококка.</p> <p><i>Химич. составъ</i>—вода (98¹/₂⁰/₀) NaCl и часто янтарная кислота или ея соли. Присутствие бѣлка или гноя указываетъ на болѣзнь и смерть паразита. Въ эхинококкахъ печени открываются иногда составныя части желчи и сахаръ.</p>

Примѣчаніе. Изложенныя здѣсь данныя отнюдь не имѣютъ значенія абсолютно вѣрнаго. Они касаются только большинства случаевъ и при томъ—чистыхъ. Тамъ, гдѣ про сходитъ воспаленіе или нагноеніе въ стѣнкахъ опухоли или кровоизліяніе, содержимое теряетъ свои характерныя свойства. Напр. въ жидкости эхинококка можетъ появиться бѣлокъ и даже гной, а если паразитъ сидитъ въ печени, въ содержимомъ мѣшка могутъ быть открыты составныя части желчи т. е. все то, что такъ *характерно для желчнопузырной опухоли*. Тоже нужно сказать и по отношенію къ гидронефрозамъ. Какъ правило, въ содержимомъ гидронефроза всегда открываются составныя части мочи; бѣлка нѣтъ или только слѣды. Но при давности процесса и при полной утратѣ железистой ткани мочевины можетъ быть не открыта. Если же цистоциститъ къ этому воспалительный процессъ въ мѣшкѣ—жидкость будетъ содержать бѣлокъ т. е. приобрететъ свойства жидкости изъ кисты. Курьезно, что въ гидронефротическихъ мѣшкахъ (хотя очень рѣдко) находятъ нѣчто похожее на коллоидное вещество.

и ихъ соотношеніе съ сосудами и мочеточниками. Но если фиброміома шейки распадается и образуется язва съ вонючимъ отдѣляемымъ, съ твердыми бугристыми краями, то отличіе отъ злокачественной опухоли весьма затруднительно и необходимо микроскопическое изслѣдованіе.

ГЛАВА IV.

Metritis chronica, endometritis, ruptura colli uteri.

Слѣдующей причиной кровотеченія является *metritis chronica* (10,49%), а потомъ по процентному отношенію, какъ видно изъ таблицы, *endometritis* (8,06%). Въ практическомъ отношеніи неудобно описывать каждую форму отдѣльно, отчасти по причинѣ повторности нѣкоторыхъ явленій, отчасти потому, что обѣ формы протекають большею частью совмѣстно или слитно и, наконецъ, лѣченіе въ обоихъ случаяхъ принципиально тождественно. Такъ, всякій знаетъ, что первый періодъ *metritidis chronicae* всегда почти осложняется эндометритомъ и долго продолжающійся эндометритъ безусловно влечетъ за собою измѣненія въ самой паренхимѣ матки. А такъ какъ кровотеченія, появляющіяся при этихъ болѣзняхъ, бывають всегда хроническими, долго продолжающимися, то иногда трудно бываетъ сказать, преобладаетъ ли въ данномъ случаѣ, какъ причина кровотеченія, *endometritis* или хроническое воспаленіе матки. Всякій хроническій эндометритъ можетъ подать поводъ къ кровотеченіямъ, но есть одна форма, которая преимущественно подаетъ поводъ къ кровотеченіямъ—это *endometritis fungosa s. hyperplastica polyposa, s. endometritis granularis et interstitialis (mixta)*, о которой уже ранѣе было говорено. Въ самомъ дѣлѣ, трудно себѣ представить, чтобы долго продолжающійся эндометритъ не повлекъ за собою до нѣкоторой степени растяженія и увеличенія полости матки и такимъ образомъ не уменьшилъ-бы внутриматочнаго давленія, причемъ кровотеченіе можетъ случиться уже весьма легко. Кромѣ того по самой сущности гистологическихъ измѣненій эндометритъ располагаетъ къ кровотеченіямъ, такъ какъ онъ влечетъ за собою образованіе эрозій, грануляцій и язвъ и образованіе новыхъ сосудовъ. Эти грануляціи могутъ разрастаться и образовывать или папиллярныя, или фунгозные разрастанія; вотъ послѣднія то разрастанія и обуславливають всегда кровотеченія, ранѣе которыхъ появляется катаральная гиперсекреція (въ силу разрастанія въ особенности железистаго аппарата слизистой), потомъ менструальная (*menstrua profusa et protracta*) и наконецъ кровотеченіе. Правильность такого вывода основывается на анатомо-патологическихъ измѣненіяхъ, на эффектѣ лѣченія, устраниющаго такія грануляціонныя фунгозные разрастанія (выскабливаніе) и наконецъ на томъ обстоятельстве, что въ шейкѣ матки всѣ таковыя измѣненія можно видѣть глазомъ, и, слѣдовательно, непосредственно убѣдиться въ источникѣ кровотеченія. Такъ какъ измѣненія въ шейкѣ матки происходятъ чаще, чѣмъ на внутренней поверхности, то мы и начнемъ описаніе съ болѣзни шейки *endocervicitis*, которая составляетъ или самостоятельную болѣзнь, или только частное явленіе эндометрита.

Endocervicitis haemorrhagica. Нерѣдко женщина является къ врачу, жалуясь на бѣли, меноррагію, и боли, частью спазматическія, а частью въ сторонѣ лѣваго яичника. По причинѣ этихъ жалобъ, а главное по причинѣ болей въ сторонѣ лѣваго яичника, можетъ явиться предположеніе, что въ источникѣ такого кровоточенія заинтересованъ лѣвый яичникъ. Но врачъ не долженъ забывать, что боль въ сторонѣ лѣваго яичника можетъ зависѣть исключительно отъ endocervicitis безо всякаго разстройстваstroma ovarii. Это явленіе часто наблюдается въ практикѣ и такую связь между шейкой матки и лѣвымъ яичникомъ не слѣдуетъ упускать изъ виду. Стоитъ ввести палецъ въ наружное отверстіе матки и надавливать на шейный каналъ, какъ больная будетъ жаловаться на боли въ лѣвомъ яичникѣ, который при двойномъ изслѣдованіи оказывается нечувствительнымъ. Обративши вниманіе на эту жалобу, врачъ приступаетъ къ внутреннему изслѣдованію и при изслѣдованіи шейки можетъ найти нѣсколько видовъ эндоцервицита.

Самый обыденный случай замѣчается у особой малокровныхъ, нервныхъ, съ плохую, дряблую кожу, многожавшихъ. Шейка увеличена, благодаря увеличенію влагалищной части, какъ въ поперечномъ, такъ и въ продольномъ діаметрахъ. Консистенція влагалищной части плотная и влагалищная часть стоитъ нѣсколько ниже. При обслѣдованіи наружнаго маточнаго отверстія, конецъ пальца проникаетъ нѣсколько въ него, что зависитъ съ одной стороны отъ расширенія, обусловленнаго звѣздообразными, неправильными разрывами шейки матки, а съ другой отъ размягченія поверхности наружнаго маточнаго отверстія. Это размягченіе характеризуется особымъ ощущеніемъ *мякости и бархатистости*, которыя особенно рѣзко бросаются въ глаза при сравненіи съ ощущеніемъ при обслѣдованіи наружной поверхности влагалищной части. Присутствіе размягченности и бархатистости около os externum есть всегда безусловный признакъ существованія или эрозій, или язвъ, или катарральныхъ разраженій и, благодаря констатированію такой бархатистости, можно въ 95% безъ помощи зеркала опредѣлить присутствіе сеадинъ, изъязвленій, язвъ, грануляцій и фунгозныхъ разраженій. Этотъ признакъ нигдѣ не упомянуть и съ тѣхъ поръ, какъ я ознакомился съ нимъ, я рѣдко употребляю съ діагностическою цѣлью зеркало. Занятія мои со студентами убѣдили меня, что и начинающіе врачи легко знакомятся съ этимъ признакомъ и во многихъ случаяхъ безошибочно ставятъ діагностику erosiones et ulcera colli uteri. Благодаря такому способу діагностики, женщины во многихъ случаяхъ не подвергаются непріятному изслѣдованію зеркаломъ, которое въ нашей клиникѣ за исключеніемъ терапевтическихъ и оперативныхъ цѣлей почти никогда не употребляется, ибо всѣ измѣненія на collum uteri точно диагностируются тактильнымъ изслѣдованіемъ.

Иногда въ толщѣ этого размягченія, или на поверхности его, или на передней и задней губѣ шейки матки встрѣчаются затвердѣнія на ощупь въ формѣ крупныхъ песчинокъ. Это ощущеніе маленькихъ затвердѣній можно уподобить ощущенію, испытываемому при проведеніи пальцемъ по поверхности легкаго, пораженнаго острой мильярной бугорчаткой. Эти затвердѣнія зависятъ отъ фолликулярнаго засоренія и извѣстны подъ названіемъ фолликулярныхъ затвердѣній. Они бываютъ двоякаго рода: одни—мелкія, не болѣе булавочной головки, твердыя, полунподвижныя, весьма поверхностныя, при осмотрѣ зеркаломъ находятся или въ отверстіи матки или

около него въ видѣ желтыхъ булавочнообразныхъ возвышеній; если проколоть ихъ, то выступаетъ тягучая, желтоватая жидкость, легко удаляемая. Вторая форма представляется въ видѣ затвердѣннхъ большихъ размѣровъ до горошины и больше, лежащихъ иногда поверхностно, иногда глубоко, или на наружной поверхности влагалищной части, или въ шейномъ каналѣ, откуда они могутъ уже выдаваться на подобіе полиповъ (*ovula Nabothi*).

Если затвердѣнія лежатъ поверхностно, то они просвѣчиваютъ въ видѣ блѣдноватыхъ пузырьковъ, въ особенности въ шейномъ каналѣ; если они сидятъ глубоко, то прощупываются, какъ плотныя, эластичныя, иногда флюктуирующія, полусферовидныя возвышенія и при осмотрѣ зеркаломъ напоминаютъ собою эктазированные, расширенныя вены. Если ихъ проколоть, то вытекаетъ прозрачная коллоидная жидкость, иногда студенистой консистенціи. При лопаннн этихъ фолликулярныхъ засореній образуются иногда фолликулярныя язвы, характеризующіяся воронкообразнымъ углубленіемъ. Находя при изслѣдованн пальцемъ или бархатистость, или фолликулярныя поверхностныя или глубокія затвердѣнія, врачъ убѣждается въ чувствительности шейки, надавливая пальцемъ въ шейный каналъ, причемъ больная жалуется на боли въ глубн таза и въ сторонѣ яичника.

Если изслѣдованіе дна и тѣла матки и сосѣднихъ органовъ указываетъ на здоровое ихъ состояніе, то діагностика ясна: причина кровотеченій кроется въ шейкѣ матки. Находя бархатистость около *os. extern.* или фолликулярныя затвердѣнія, врачъ на основанн этихъ показаній приступаетъ къ изслѣдованню зеркаломъ и глазомъ прямо убѣждается, существуютъ ли грануляціонная, папиллярная, фолликулярная, фунгозная язва или фолликулярныя поверхностныя и глубокія засоренія.

Есть еще 2 признака этихъ измѣненій: это—появленіе нѣсколькихъ капель крови *post coitum*, что бываетъ при язвахъ, и стрѣляющія, ланцеирующія, мгновенныя боли въ глубн таза, что зависитъ отъ фолликулярныхъ засореній. Иногда разсказъ пациентки о такихъ боляхъ чрезвычайно характеренъ. Онѣ появляются вдругъ—«какъ бы что кольнуло въ глубн»,—вызывая краску лица и потъ.

При обследованн зеркаломъ можно иногда видѣть, какъ разросшіяся грануляціи кровоточатъ; другой разъ стоитъ только дотронуться зондомъ до шейнаго канала, какъ тотчасъ показывается капля крови, а третій разъ можно видѣть сидящія въ шейномъ каналѣ фіолетовыя, темнокрасныя грануляціи, покрытыя густымъ слоемъ желтоватаго или зеленоватаго гноя. Во всѣхъ такихъ случаяхъ діагностика ясна и предсказаніе хорошо.

Вторая форма характеризуется при внутреннемъ изслѣдованн тѣмъ, что губы матки какъ бы выворочены наружи и представляютъ изъ себя бархатистыя возвышенія, мало чувствительныя и легко кровоточивыя. При обследованн зеркаломъ оказывается, что выворота никакого нѣтъ, потому что нѣтъ разрывовъ шейки матки, а что подобіе выворота обусловливается набухлостью и выпаденіемъ слизистой оболочки шейнаго канала, въ которой также иногда могутъ быть фолликулярныя затвердѣнія и ссадины. Характерно, что эта набухлость слизистой оболочки подвижна, ее легко перемѣститъ пуговкой зонда или кисточкой и легко вправить въ шейный каналъ.

Третій видъ есть двухсторонній Эмметовскій разрывъ (1,14% кровотеченій) съ истиннымъ выворотомъ губъ (ectropion). По формѣ и величинѣ онъ напоминаетъ собою грибовидный канкроидъ, въ діагностикѣ котораго и указаны приемы и способы, при помощи которыхъ легко отличить злокачественный и доброкачественный выворотъ.

Если шейка здорова или мало измѣнена, а въ сосѣднихъ органахъ нѣтъ измѣненій, то ясно, что причина кровотечения лежитъ въ тѣлѣ и днѣ матки и, если можно исключить новообразованіе, беременность, то ясно, что причина кровотеченій лежитъ въ воспалительныхъ измѣненіяхъ или внутренней поверхности матки, или паренхимы ея, что, опять замѣчу, бываетъ часто и совмѣстно.

Endometritis чаще бываетъ у женщинъ 25—35 лѣтъ, но наиболѣе упорная и кровоточивая ея форма замѣчается отъ 40—50 лѣтъ; въ послѣднемъ случаѣ бѣли могутъ быть зловонныя, а субъектъ истощенный, а потому очень легко по наружному виду смѣшать эту форму эндометрита съ злокачественнымъ новообразованіемъ. При чистой формѣ endometritidis матка или нормальна, или немного увеличена, консистенція дряблая или очень плотная, матка или искривлена, или конфигурація ея нормальна и чувствительности въ маткѣ нѣтъ. Если при этихъ условіяхъ кровотеченіе упорно, мало или вовсе не уступаетъ кровеостанавливающимъ средствамъ, если женщина стерильна или выкинула послѣдній плодъ, то діагностика относительно endometritidis haemorrhagicae вѣроятна и потому на основаніи упорности кровотеченій должно приступить къ расширенію матки. Расширивъ матку, врачъ, захвативши влагалищную часть щипцами Мюзе, оттягиваетъ ее ко входу во влагалище и, фиксируя при содѣйствіи помощника дно матки per parietes abdominales, вводитъ палецъ, обращенный ладонной поверхностью къ symphysis pubis, въ полость матки. Въ случаѣ endometritidis fungosae слизистая оболочка на передней поверхности матки ближе ко дну будетъ представлять изъ себя небольшія валикообразныя возвышенія, мягкія на оцупь. Если перевернуть палецъ ладонной поверхностью кзади, то на задней поверхности эти валикообразныя возвышенія замѣчаются еще рѣзче, и иногда такія возвышенія на задней поверхности простираются далеко внизъ, въ шейный каналъ. Если же женщина въ послѣдній разъ выкинула, то болѣе вѣроятности встрѣтить эти возвышенія около маточныхъ отверстій трубъ. Убѣдившись въ ихъ существованіи, врачъ беретъ острую ложку Мартина или Симса и начинаетъ производить выскабливаніе или вычерпываніе этихъ бархатистыхъ возвышеній; эта операція можетъ иногда вызвать непріятное чувство у больной съ болями, тошнотою и головокруженіемъ, иногда мѣшающее производству операціи. Но въ огромномъ большинствѣ случаевъ не слѣдуетъ много обращать вниманія на это ощущеніе, такъ какъ выскабливаніе продолжается всего нѣскольکو минутъ. Достаточность выскабливанія характеризуется особымъ ощущеніемъ скрипа, напоминающимъ собою ощущеніе, какъ бы ложка скребла поверхность разрѣзаннаго фиброида: при одинаковомъ давленіи она уже не идетъ гладко, а какъ бы скачками. Это ощущеніе я считаю признакомъ достаточности выскабливанія.

Въ продолженіе выскабливанія выдѣляется нѣкоторое количество крови, въ которой и находятся куски оторванной и выскобленной слизистой оболочки. Эта



Рис. 54. Endometritis chronica.



Рис. 55. Endometritis chronica hyperplastica.

кровь или попадаетъ въ подкладное судно или выбирается изъ влагалища, причемъ замѣчаются плавающие въ крови кусочки различной величины, блѣдно-красные или желтовато-розовые, мягкой, иногда студенистой консистенціи, иногда же съ небольшими затвердѣніями. Они собираются въ склянку и кладутся въ Мюллерову жидкость. На приложенныхъ здѣсь рисункахъ можно видѣть разницу гистологическаго строенія эндометрита и аденомы: въ послѣдней нѣтъ межжелезистой инфильтраціи (см. рис. 54, 55, 23, 24, 25). Küstner совершенно справедливо указываетъ, что при микроскопическомъ изслѣдованіи трудно отличить эти кусочки отъ нормально разросшейся слизистой оболочки (*decidua menstrualis*), тѣмъ болѣе, что вмѣстѣ съ больною тканью извлекается и здоровая, которая въ этомъ случаѣ можетъ напоминать собою слизистую, пораженную катарромъ. Вотъ почему точная діагностика не всегда возможна при микроскопическомъ изслѣдованіи малень-

кихъ выскабленныхъ кусочковъ.

Итакъ, діагностика *endometritidis fungosae* основывается на расширеніи матки, присутствіи валикообразныхъ утолщеній на днѣ ея и на стѣнкахъ, на выскабливаніи и микроскопическомъ изслѣдованіи. Предсказаніе въ этой формѣ безусловно хорошо, но иногда замѣчается возвратъ, поэтому нельзя обѣщать больной, что и во второй разъ не придется ей подвергнуться расширенію и выскабливанію, хотя срокъ наступленія возврата съ точностью нельзя опредѣлить.

Хроническое воспаленіе матки въ первой стадіи нерѣдко подаетъ поводъ къ кровоточеніямъ или само по себѣ, или вслѣдствіе какихъ либо внѣшнихъ, весьма часто даже незначительныхъ причинъ, напр. coitus, простуды, зондированія и т. д. При внутреннемъ изслѣдованіи матка увеличена ($3\frac{1}{4}''$ — $3\frac{1}{2}''$), сочна и чувствительна. Чувствительность эта замѣчается при давленіи на дно матки, на заднюю ея поверхность, менѣе на переднюю и шейку. Подвижность, если нѣтъ пери- и - параметритовъ, полная, хотя движенія матки болѣзненны; влагалищная часть увеличена, утолщена и нерѣдко уже въ первый періодъ болѣзни мѣстами затвердѣла, отверстіе закрыто. Но діагностика становится только тогда вѣрной, когда съ этими признаками согласуется исторія болѣзни. Если женщина безплодна, то чаще хроническое воспаленіе матки замѣчается какъ осложненіе *stenos. colli uteri*, будетъ ли то суженіе наружнаго маточнаго отверстія, или врожденное искривленіе матки. Если же женщина рожавшая, то послѣ предпослѣднихъ или послѣднихъ родовъ у ней замѣчалось какое нибудь острое воспалительное состояніе

матки, перешедшее въ хроническое, и потому начало заболѣванія женщина относитъ къ послѣднимъ родамъ или выкидышу. Но въ томъ и другомъ случаѣ этого еще недостаточно для діагностики, и только если теченіе сопровождается экзацербациями, послѣдняя становится вѣрной. Такимъ образомъ, если матка увеличена, разрыхлена, чувствительна и если женщина рассказываетъ, что въ продолженіе интерменструальнаго и самаго менструальнаго періода появляются обостренія всѣхъ симптомовъ хроническаго воспаленія, каковы: боли, бѣли, раздраженіе пузыря, болѣзненный или невозможный coitus, которыя сопровождаются лихорадочнымъ состояніемъ, знобомъ, жаромъ и общимъ недомоганіемъ, заставляющимъ женщину иногда ложиться въ постель на 2—3 дня, то діагностика становится безусловно вѣрной.

Итакъ, давность заболѣванія, жалобы на бѣли, на боли внизу живота, усиливающіяся при движеніи, на дисменоррейныя боли, на *menstrua profusa* или меноррагію, на страданіе пузыря, на расстройство пищеваренія, на истерію, при рѣзко выраженной *facies uterina*, при мягкости, сочности, увеличеніи и чувствительности матки и въ присутствіи вышесказанныхъ экзацербаций, діагностика несомнѣнна: *metritis chronica* въ первой стадіи и источникъ кровотеченій лежитъ въ усиленномъ кровенакопленіи въ паренхимѣ матки и сосудахъ слизистой ея оболочки и въ необыкновенной ранимости матки виѣшними причинами, вызывающими легко новые приливы крови.

Не должно смѣшивать хроническаго воспаленія матки съ недостаточной инволюціей, ибо хотя при недостаточной инволюціи матка также увеличена, рыхла и даже чувствительна, въ особенности въ задней стѣнкѣ, отверстіе шейки матки постоянно открыто, что не всегда замѣчается при хроническомъ воспаленіи; главное же экзацербации при *subinvolutio uteri* отсутствуютъ; хотя принципы лѣченія одни и тѣ-же, но разница въ прогностикѣ и продолжительности лѣченія громадная.

При нѣкоторыхъ обстоятельствахъ хроническое воспаленіе матки можетъ подать поводъ къ смѣшенію съ беременностью въ первые 2 мѣсяца, ибо въ обоихъ случаяхъ физикальныя данныя при обследованіи матки могутъ быть идентичны (увеличеніе, разрыхленіе и чувствительность). Это случается, когда наступаетъ абортъ, появляется кровотеченіе и подострое воспаленіе существа матки. Различіе состоитъ въ томъ, что нѣкоторые признаки беременности, каковы: темная окраска входа во влагалище, изглаживаніе передняго свода, уменьшеніе, разрыхленіе влагалищной части и неравномѣрное островчатое разрыхленіе матки при этомъ существуютъ на лицо и въ исторіи болѣзни отмѣчается задержка или уменьшеніе кровей. Если при хроническомъ воспаленіи матки существуетъ какое либо сомнѣніе относительно беременности, то врачъ долженъ воздержаться при оставленіи кровотеченія отъ всѣхъ средствъ, вызывающихъ сокращеніе матки, и потому дозволительны только средства отвлекающія: кислоты и покой, ибо не слѣдуетъ позабывать, что и хронически воспаленная матка можетъ забеременѣть и что роды суть лучшее лѣкарство, радикально излѣчивающее *metritidem chronicam*. И потому покой больной подѣ строгимъ наблюденіемъ врача за теченіемъ болѣзни составляетъ лучшее средство при беременности, осложненной хроническимъ воспаленіемъ матки.

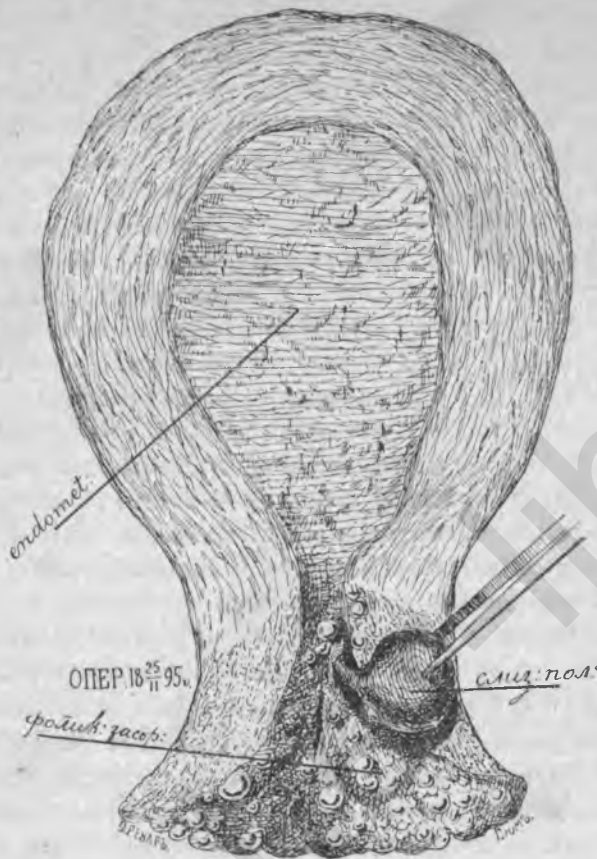


Рис. 56. Язва шейки. Влагалищная часть весьма гипертрофирована — фолликулярное засорение. Слизистый шейный полип. Отверстие матки представляет язву шероховатую, бугристую, хрупкую, кровоточивую. Особь 54 лѣтъ. Полная кахексія.

Но есть форма хроническаго метрита, осложненнаго затвердѣніемъ и изъизвлениемъ шейки матки, которую весьма легко смѣшать съ начинающеюся *carcinoma colli uteri*. Общій видъ больныхъ положительно напоминаетъ канкрозную кахексію, потому что женщина крайне истощена сильными потерями крови: то въ видѣ менструальныхъ кровотеченій, то въ видѣ настоящихъ, то въ видѣ кровотеченія *post coitum*, сильными болями, иногда раздражающими и вызывающими *pruritus vulvae*, болями, то постоянными, то ланцеирующими, и давностью недомоганія. При внутреннемъ изслѣдованіи матка, съ признаками хроническаго метрита, часто неподвижна отъ хроническаго воспаленія брюшины и на шейкѣ матки встрѣчаются измѣненія, которыя трудно даже опытному гинекологу отличить отъ начинающагося рака (рис. 56). Отверстие матки раскрыто, нерѣдко кратерообразно углублено и въ немъ самомъ и въ окружности его замѣчается язва съ рѣзко утол-



Рис. 57. Затвердѣнія и изъязвленіе шейки матки при хрон. метритѣ, дающія поводъ къ смѣшенію съ cancer colli uteri.

щенными краями, легко кровоточащая и отдѣляющая сукровицу. Поверхность дна язвы шероховатая и въ передней и въ задней губѣ замѣчаются возвышенія твердыя, обуславливающія бугристость губъ и какъ бы выворотъ ихъ. Образование этихъ затвердѣній или бугровъ зависитъ отъ здѣздообразныхъ надрывовъ шейки матки. Вся шейка увеличена и плотнѣе нормальной (рис. 57). Изслѣдованіе зеркаломъ показываетъ, что дно язвы красное, кровоточивое, покрыто эрозіями, частью папиллярными, частью фолликулярными, легко кровоточивыми, которыя проникаютъ вглубь шейнаго канала; бугры же менѣе красны и на возвышенностяхъ своихъ даже нѣсколько блѣдноваты. Въ виду такихъ признаковъ

діагностика можетъ быть поставлена только путемъ наблюденія, и если при лѣченіи замѣчается рубцеваніе и заживленіе язвъ, то діагностика въ пользу *metritis chronica*. Мнѣ удавалось нѣсколько разъ въ такихъ сомнительныхъ случаяхъ ноставить діагностику въ теченіе двухъ недѣль *ex juvantibus*, а именно при двухъ или трехкратномъ смазываніи влагалищной части *liquore Bellostii*, причемъ замѣчалось иногда поразительное размягченіе бугристости губъ и рубцеваніе эрозій, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ это не приводило ни къ какому результату и тогда приходилось ставить діагностику при помощи микроскопическаго изслѣдованія, для котораго надо вырѣзать маленькій клинообразный кусочекъ изъ дна язвы. Но изъ 10 или болѣе таковыхъ случаевъ однажды только оправдалась діагностика начинающагося рака.

Есть одинъ исходъ хроническаго воспаленія матки, который тоже подаетъ поводъ къ кровотеченію, это—*metritis chronica hypertrophica*. При этомъ находятъ матку увеличенной, плотной и *мало чувствительной*, такъ что при физикальномъ изслѣдованіи нѣтъ возможности отличить это страданіе отъ фиброза перерожденія, хотя послѣднее можетъ увеличивать матку до величины конца беременности, а при *metritis chronica hypertrophica* матка бываетъ величиною обыкновенно въ $3\frac{1}{2}$ "—4". Главное и существенное отличіе состоитъ въ томъ, что такое увеличеніе матки развилось, какъ это видно изъ разспроса больной, изъ несомнѣннаго хроническаго воспаленія. Такая воспалительная гипертрофія матки потому еще обуславливаетъ кровотеченіе, что часто осложняется *endometritide fungosa* и *dysmenorrhoea menbranasca* и, какъ показываетъ наблюденіе, наиболѣе рѣзко обуславливаетъ беспорядокъ въ кровяхъ и кровотеченіе во время наступленія климактерическаго періода, часто отсрочивая прекращеніе кровей до 50 и болѣе лѣтъ, а въ климактерическомъ періодѣ обуславливая тяжелые припадки старческаго катарра матки.

Предсказаніе въ этой формѣ безусловно хорошо, потому что энергическое внутриматочное лѣченіе переносится таковой маткой легко; но не слѣдуетъ забывать, что эта почва очень легко въ климактерическомъ періодѣ обуславливаетъ злокачественное перерожденіе, и потому больныя должны разъ или два въ годъ

показываться врачу, покуда не наступитъ полная атрофія матки, что не рѣдко совершается только около 60 лѣтъ.

Трипперъ. Одна изъ частыхъ причинъ остраго и хроническаго катарра слизистой полового аппарата, а равно и заболѣванія всего несомнѣнно, трипперъ. Сущность его обусловливается присутствіемъ гонококковъ, что конечно можетъ быть узнано микроскопическимъ изслѣдованіемъ; но есть нѣкоторыя клиническія данныя, по которымъ съ большой вѣроятностью можно опредѣлить существованіе блепоррей у женщины.

Къ такимъ отличительнымъ чертамъ относятся слѣдующія: 1) Обширное распространеніе пораженія слизистой; пораженія железъ, начиная отъ vulva до бахромчатаго конца трубы совмѣстно съ пораженіями яичниковъ и брюшины. 2) Упорство страданія. 3) Появленіе бѣлей или въ первый годъ замужества, или послѣ сомнительнаго coitus. 4) Зараженіе conjunctivae плода во время родовъ. 5) Наклонность къ послѣродовымъ заболѣваніямъ. 6) Трипперъ у мужа. 7) Абсолютное или относительное безплодіе. 8) Гнойный характеръ заболѣванія — мѣстнаго и общаго (pyaemia).

Вотъ главныя основныя, характерныя черты триппера у женщины.

Острыя формы триппера сопровождаются характерными признаками бурныхъ припадковъ. На третій или четвертый день послѣ coitus, а иногда къ концу семи дней, женщина начинаетъ ощущать чувство жара, полноты, зуда въ половыхъ органахъ вмѣстѣ съ частымъ позывомъ къ мочеиспусканію и общимъ недомоганіемъ. Къ концу вторыхъ сутокъ отъ начала этихъ ощущеній показывается на бѣлѣ гнойное отдѣленіе, иногда въ незначительномъ количествѣ, иногда сопровождаемое обильной слизистой секретіей. Большія и малыя губы припухаютъ и находятся какъ бы въ состояніи эрекции; ходьба затруднительна отъ чувства садненія, покальванья, что и заставляетъ больную часто присаживаться. Но сидѣніе не облегчаетъ страданія, не облегчаетъ и разставлянье ногъ, сниманіе кальсоновъ; зудъ и жженіе продолжаются. Частый позывъ на мочу ухудшаетъ это тягостное состояніе, потому что моча, попадая въ половую щель, раздражаетъ ее и заставляетъ больную усиленно вытираться, чѣмъ еще болѣе поддерживается раздраженіе. Прямая кишка принимаетъ въ этомъ иногда участіе; появляются тенезмы, но кишечный каналъ плохо опоражнивается и эти потуги къ испражненію еще болѣе усиливаютъ мѣстное страданіе. Въ это время нерѣдко больная отмѣчаетъ набуханіе большихъ губъ и появленіе лихорадочнаго состоянія. Отдѣленія начинаютъ принимать зеленовато-желтоватый цвѣтъ; они довольно густы, тягучи и раздражающи. Попадая на волосы, склеиваютъ ихъ, засыхаютъ въ видѣ корочки и своей шероховатостью служатъ новымъ поводомъ къ раздраженію. Ни обмываніе, ни спринцеваніе не облегчаютъ больную надолго. Иногда является усиленный позывъ на сладострастіе, заканчивающійся актомъ coitus или ночными поллюціями. То и другое усиливаетъ страданіе, потому что тотчасъ послѣ этого является временное прекращеніе отдѣленій: чувство сухости и жженіе становится больше и появляются коликообразныя боли внизу живота. Эти боли могутъ быть временными; но если внутренніе половые органы принимаютъ участіе въ заболѣваніи, то боли дѣлаются постоянными, воспалительными, животъ вздувается, по-

является тошнота, и все это заставляет большую лечь въ постель. Если дѣло ограничивается только раздраженіемъ брюшины, то всѣ острые припадки обыкновенно оканчиваются къ концу семи сутокъ. Во все это время отдѣляемое имѣеть желто-зеленый цвѣтъ.

Если изслѣдовать женщину въ этотъ острый періодъ, то большія и малыя губы представляются красными, набухшими, какъ бы отеками, чувствительными, въ особенности на мѣстѣ нижней трети ихъ, на мѣстѣ Бартолиновыхъ железъ. Если раздвинуть большія и малыя губы, то входъ во влагалище темно-красный, какъ бы зернистый, причеиъ верхушки этой зернистости покрыты желтымъ гнойнымъ отдѣленіемъ. Отверстіе Бартолиновыхъ железъ темно-фіолетоваго цвѣта, верхушка выступаетъ въ видѣ бугорка: оно окружено валиками и покрыто тѣмъ же отдѣленіемъ. Наружное отверстие мочеиспускательнаго канала набухло, отечно, красно-фіолетоваго цвѣта и изъ него выпячивается слизистая.

Входъ во влагалище весьма чувствителенъ, особенно остатки *hymenis* или *carunculae myrtiformes*. Нерѣдко палецъ, введенный во входъ, вызываетъ спазмъ. Если *urethra* поражена и женщина долго не мочилась, то при сдавленіи *urethrae* изнутри показывается капля мутной или гнойной жидкости. Въ это время одна или обѣ Бартолиновы железы могутъ быть прощупаны въ видѣ катающихся увеличенныхъ лимфатическихъ железъ, весьма чувствительныхъ, а къ концу семи дней можетъ быть ясная картина гнойнаго воспаления Бартолиновыхъ железъ, причеиъ губа, соответствующая воспаленной железѣ, опухаетъ, краснѣетъ и дѣлается необыкновенно чувствительной, представляя всѣ признаки, свойственные *phlegmone*, съ ясной или не ясной флюктуацией.

Палецъ, введенный во влагалище, ощупываетъ набухшія утолщенные *colunnae vaginalis*; температура стѣнокъ влагалища повышена, и въ сводахъ и стѣнкахъ влагалища ощупывается ясное біеніе сосудовъ. Влагалищная часть набухла, чувствительна, наружное отверстие немного приоткрыто и при изслѣдованіи его больная жалуется на боль въ лѣвой паховой области; короче сказать, шейка матки представляетъ явленія, свойственныя подострому воспаленію. Двойное изслѣдованіе обыкновенно весьма болѣзненно и во время острыхъ явленій оно должно быть совершаемо съ крайней осмотрительностью, потому что во время изслѣдованія и послѣ него могутъ появиться схваткообразныя боли въ маткѣ и трубахъ, и распространеніе процесса на глубокія части будетъ облегчено. Поэтому двойнымъ изслѣдованіемъ я констатирую только присутствіе или отсутствіе экссудатовъ или опухолей, не заботясь о точномъ распознаваніи мѣста заболѣванія, ибо для терапіи, при этихъ условіяхъ, безразлично, заболѣла ли одна труба, или совместно съ яичникомъ или съ брюшиной. Такимъ образомъ двойнымъ изслѣдованіемъ устанавливается только острота заболѣванія и глубина его распространенія. Последнее очень важно, ибо трипперное пораженіе можетъ ограничиться вульвою, влагалищемъ, шейкою матки, тѣломъ и дномъ, и придатки могутъ не заболѣть.

Диагностика ясна, если у мужа находится острое, подострое или хроническое заболѣваніе трипперомъ. Но въ практикѣ эти факты добыть трудно, потому что мужья тщательно скрываютъ свои заболѣванія. Притомъ должно помнить, что трипперомъ можно заразиться и не черезъ *coitus*. Напр. иногда за-

раза передается кончиками для спринцеванья, и потому разспросъ о здоровьи женщинъ, окружающихъ больную, имѣеть существенное значеніе. Кромѣ того надо помнить, что употребленіе косметическихъ средствъ: пудры, coldcream, ароматическихъ средствъ можетъ вызвать явленія, сходныя съ явленіями триппера. Здѣсь только иногда бактериологическое изслѣдованіе можетъ рѣшить вопросъ;—короче сказать, врачъ не долженъ быть торопливъ въ своихъ сужденіяхъ и долженъ соблюдать крайнюю осторожность въ опредѣленіи источника заболѣванія.

Иногда въ этотъ періодъ или даже при хроническомъ теченіи присоединяется заболѣваніе сосѣднихъ и отдаленныхъ органовъ. Уже было упомянуто объ уретритѣ; отсюда трипперъ можетъ перейти на пузырь, мочеточникъ и почки, т. е. *urethritis, cystitis, pyelonephritis purulenta*.

Также и прямая кишка можетъ быть мѣстомъ заболѣванія—*proctitis et paraproctitis*.

Пораженіе сочлененій, въ особенности колѣннаго — *gonarthrosae*, и иныя *arthritides gonorrhoeicae*.

Серозная оболочка вообще склонна къ заболѣваніямъ. При трипперѣ на первомъ мѣстѣ стоитъ брюшина—*pelveoperitonitis adhaesiva s. exsudativa*.

Воспаленіе можетъ распространиться и на висцеральную брюшину, въ особенности на *соесит*. Это отмѣчается при гнойникахъ яичника. Эти гнойники въ яичникахъ могутъ образоваться благодаря непосредственному распространенію процесса черезъ трубу и брюшину или черезъ лимфатическіе сосуды. Если при этомъ воспаляется брюшина въ области *соесит*, то образуется гнойное воспаленіе брюшины, помѣщающееся между этой кишкой и соответственнымъ придаткомъ матки. Это воспаленіе переходитъ въ хроническое и можетъ подать поводъ къ хронической піэміи. Острое воспаленіе всей брюшины рѣдко встрѣчается, потому что воспаленная брюшина имѣеть большую склонность къ слипанію и тѣмъ ограничиваетъ или локализуетъ воспалительныя явленія. Другія серозныя оболочки, какъ-то *endocardium, pericardium, pleura*, мозговья оболочки также могутъ быть послѣдовательно поражены въ формѣ острой или хронической. Отсюда трипперъ у женщины можетъ быть общимъ заболѣваніемъ, подобно септицеміи и піэміи.

Дознано, что гонококки помѣщаются какъ въ эпителиальныхъ, такъ и въ подэпителиальныхъ клѣткахъ. Этимъ объясняется глубина и стойкость пораженія слизистой.

Мѣсто, наиболѣе ими излюбленное, есть уретра и шейный каналъ матки (4:1 по *Corry*), т. е. такое мѣсто, изъ котораго они могутъ распространяться и вверхъ и внизъ. Распространяясь вверхъ, они обусловливаютъ пораженіе слизистой матки, откуда могутъ перейти на трубы, брюшину и яичники, производя всѣ виды и формы эндометритовъ, сальпингооофоритовъ съ послѣдовательнымъ прирастаніемъ сада широкихъ связокъ и къ дну Дугласова пространства.

Такое же пораженіе придатковъ и клѣтчатки таза можетъ случиться и черезъ лимфатическіе сосуды, а потому появленіе параметрита и абсцессовъ тоже возможно.

Трипперное зараженіе предрасполагаетъ къ аборту и къ послѣдовымъ заболѣваніямъ: къ выкидышамъ въ силу заболѣванія матки (паренхимы и слизистой

этого органа) и ея придатковъ; къ послѣродовымъ заболѣваніямъ—въ силу тѣхъ же причинъ и въ особенности въ силу гнойнаго характера этого заболѣванія.

Послѣродовое заболѣваніе у женщинъ, пораженныхъ трипперомъ, какъ уже сказано, объясняется гнойнымъ характеромъ триппернаго заболѣванія. Отсюда само собой понятно, что гной этотъ, благодаря трещинамъ, надрывамъ и разрывамъ, можетъ легко всосаться и подать поводъ въ гнойному зараженію. Кромѣ того въ виду предварительнаго заболѣванія внутренней поверхности матки и ея придатковъ, гнилостные и септические процессы легко появляются и инфекция чаще бываетъ смѣшаная. Ириходилось нѣсколько разъ оперировать больныхъ по поводу нагноеній придатковъ матки въ послѣродовомъ періодѣ и вмѣстѣ съ гонококками были находимы стрептококки и стафилококки. Вотъ почему настойчивая борьба съ трипперомъ во время беременности и передъ самыми родами рѣшительно необходима (см. терапію этого страданія).

Хроническая форма триппера у женщины проявляется главнымъ образомъ въ упорныхъ бѣляхъ и въ боляхъ въ тазу. Бѣли обуславливаются поражениемъ слизистыхъ. Боли зависятъ отъ пораженія матки и ея придатковъ и отъ *pelvoperitonitis*, подающихъ поводъ къ смѣщенію матки, придатковъ, къ неподвижности ихъ и иногда къ неподвижности самой матки. Отсюда само собой понятно, что всѣ явленія, свойственныя хроническому воспаленію матки, могутъ находиться на лицо: разстройство менструаціи, дисменоррея, меноррагія, равно *dyspareunia*, *fluor albus* и т. д., но есть еще одна особенность, это именно коликообразныя схватки внизу живота и въ особенности въ областяхъ паховыхъ. Эти боли появляются внезапно подъ вліяніемъ всякаго сравнительно ничтожнаго, физическаго или психическаго стимула. Онѣ схваткообразны, причемъ онѣ не ограничиваются низомъ живота, но распространяются по всему животу и осложняются кишечными и желудочными болями. Животъ вздувается, является тошнота и позывъ на низъ, иногда сопровождаемый поносомъ

Эти боли надъ пахами могутъ распространяться вверхъ и внизъ, въ особенности въ нижнія конечности, преимущественно по задней поверхности ихъ. Коликообразныя боли могутъ быть очень сильными, такъ что доводятъ больную до состоянія почти коллапса. Ни тепло, ни холодъ, въ особенности при привычномъ ихъ употребленіи, не облегчаютъ ихъ; равно ни лежаніе, ни сидѣнье, ни ходьба—больныя мечутся.

Причина этихъ болей лежитъ въ поражении трубъ и яичниковъ, въ особенности въ поражении трубъ—такъ называемомъ *salpingitis interstitialis hypertrophica*. Иногда толща трубы пропитана мелкими гнойниками. Эти страданія доводятъ больныхъ до полнаго физическаго и психическаго истощенія. Больныя охотно соглашаются на всякую операцію, лишь бы избавиться отъ нихъ. Но конечно, сила распространенія и продолжительность боли не всегда бываютъ одинаковы, иногда онѣ присутствуютъ въ легкой степени и вызываются какими нибудь явными погрѣшностями въ діетѣ, или въ гигиенѣ, но въ сильныхъ степеняхъ онѣ проявляются безо всякой видимой причины и сопровождаются замѣтнымъ лихорадочнымъ состояніемъ. Изъ коликообразныхъ боли могутъ переходить въ ломящія, при чемъ больной кажется, что боль по преимуществу сосредоточивается въ

synchondrosis sacro-iliaca и тазъ «какъ бы разламывается». Если обследовать эти сочлененія, то дѣйствительно чувствительность въ нихъ при наружномъ и внутреннемъ изслѣдованіи очевидна!

Итакъ, хроническій трипперъ проявляется въ боляхъ и бѣляхъ и въ разстройствѣ функцій—менструаціи и дѣторожденія. Бѣль могутъ быть или въ ничтожномъ количествѣ, нераздражающія, неистощающія, бѣловато-желтоватыя, или обильныя разъѣдающія, истощающія, желто-зеленаго цвѣта и даже сукровичныя. Онѣ могутъ быть постоянными, или изливаться вдругъ. У жирныхъ особей, даже у чистоплотныхъ, иногда съ запахомъ.

Трипперъ у женщины можетъ начаться съ острой формы и перейти въ хроническую, но чаще острой формы не отмѣчается, а дѣло начинается прямо съ хроническаго заболѣванія. На первый или на второй годъ замужества показываются бѣли, или послѣ выкидыша, или послѣ родовъ. Бѣли эти сначала бываютъ ничтожны, но потомъ усиливаются, въ особенности временами подъ вліяніемъ какихъ нибудь вредностей или эксцессовъ. Къ нимъ присоединяются боли и другія явленія, свойственныя пораженію глубокихъ частей полового аппарата. Упорство страданій, ничтожное дѣйствіе терапевтическихъ мѣропріятій заставляютъ больныхъ искать помощи въ хирургическомъ пособіи (выскабливанье), которое иногда помогаетъ, но по большей части временно, что и заставляеть больныхъ искать помощи въ радикальной операціи—удаленіи придатковъ; и вотъ въ этихъ то удаленныхъ придаткахъ констатируются гонококки. Разспросъ больныхъ и ихъ мужей выясняетъ, что у мужа былъ когда-то трипперъ, отъ котораго онъ излѣчился, ибо послѣ этого не было никакихъ отдѣленій и онъ считалъ себя совершенно здоровымъ. Но болѣе тщательный разспросъ, не выдѣлялось ли по утрамъ чего либо, указываетъ, что послѣ эксцессовъ in Vasso et in Venere, или послѣ погрѣшностей въ діетѣ, или послѣ переутомленія, изъ наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала выдѣлялась капля стекловидной жидкости. Такимъ образомъ отсюда весьма вѣроятное заключеніе, что зараженіе произошло этимъ путемъ, ибо добросовѣстное и подробное изслѣдованіе другихъ обстоятельствъ и случайностей не открываетъ въ нихъ ничего подозрительнаго по отношенію къ возможности зараженія. Оставляя въ сторонѣ вопросъ, можетъ или не можетъ быть радикально излѣченъ трипперъ мужчины, должно отмѣтить, что разъ констатировано, что у мужчины былъ трипперъ, женщина можетъ отъ него заразиться. Что-же касается до того, что нѣкоторыя женщины въ сожителствѣ съ такими мужчинами не заражаются, то это должно бытъ приписано особому здоровому состоянію половыхъ ея органовъ, ибо какъ только здоровье половой сферы нарушено, такъ женщина можетъ заразиться отъ того же мужчины. Напр. женщина замужемъ лѣтъ 6—7, родила первыхъ двоихъ благополучно. Послѣ вторыхъ или третьихъ родовъ у нея показались бѣли, а у ребенка тотчасъ послѣ родовъ *blennorrhoea neonatorum*.

Обстоятельный разспросъ родильницы, мужа, акушерки и окружающихъ не даютъ указаній на этиологію заболѣванія, но разспросъ о теченіи послѣдней беременности показываетъ, что больная чувствовала себя не совѣсмъ здоровой; страдала тошнотами, рвотой, запорами, отеками, болями внизу живота и истече-

ниями из половых органов. Очевидно, под влиянием общих или местных причин здоровье половой сферы и всего организма было разстроено и благодаря этому разстройству ранимость половой сферы и ее восприимчивость к заражению стали больше. Отсюда является интересный и жизненный вопрос, — имѣть-ли право мужчина, страдавшій когда либо трипперомъ и повидимому излѣченный, жениться, не рискуя заразить свою жену? Зная, что трипперное зараженіе у женщины ведетъ въ большинствѣ случаевъ къ поражению придатковъ матки и что современное лѣченіе обыкновенно оканчивается удаленіемъ заболѣвшихъ органовъ т. е. холощеніемъ женщины, позволительно ли при такихъ условіяхъ жениться? Этотъ вопросъ по-истинѣ весьма трудно рѣшить, но все, что мнѣ позволяетъ высказать моя двадцатипятилѣтняя опытность, я бы позволилъ себѣ формулировать въ слѣдующихъ выраженіяхъ.

1) Если женщина, благодаря врожденному или благопріобрѣтенному условію, больна, или склонна къ заболѣванію половой сферы, то возможность ее зараженія весьма вѣроятна.

2) Если дѣвушка, или женщина, и вполне здорова, то мужчина какъ передъ бракомъ, такъ и во время брачной жизни долженъ избѣгать всѣхъ эксцессовъ и погрѣшностей, — словомъ всѣхъ тѣхъ причинъ и условій, при которыхъ у него появляется истеченіе хотя бы въ видѣ одной капли.

3) При малѣйшемъ разстройствѣ, или заболѣваніи половых органовъ женщина и ее сожитель должны тотчасъ обращаться къ медицинской помощи, потому что вначалѣ заболѣванія трипперъ женщины еще можетъ быть излѣченъ или ограниченъ въ своемъ распространеніи.

Что касается вопроса, при какихъ условіяхъ женщина способна заразить мужчину, другими словами, страдаетъ ли женщина заразительными бѣлями или нѣтъ — этотъ вопросъ долженъ быть рѣшенъ при помощи бактериологическаго изслѣдованія, причемъ отдѣляемое надо брать изъ уретры и шейнаго канала при помощи выскабливанія. Приустройство или отсутствіе гонококковъ рѣшаетъ вопросъ. Но здѣсь можетъ быть ошибка: гонококки могутъ быть не найдены, а женщина несомнѣнно страдаетъ трипперомъ (въ вестибулярныхъ желѣзахъ или уретритомъ) (Соггу); поэтому необходимы повторныя изслѣдованія, а иногда даже вырѣзываніе части слизистой шейнаго канала. Но должно отмѣтить, что рѣшеніе всего этого вопроса дѣло весьма трудное, ибо одинъ мужчина можетъ заразиться, а другой отъ той же женщины не заражается, а потому я въ практикѣ, по большей части, даю по этому поводу, или уклончивый, или отрицательный отвѣтъ и совѣтую въ сомнительныхъ случаяхъ, тамъ, гдѣ существуютъ бѣли, темно-красная окраска выводныхъ протоковъ Бартолиновыхъ железъ, предварительно подмываться, спринцеваться или вставлять *in vaginam* іодоформный суппозиторій.

Какъ осложненіе триппера у женщинъ слѣдуетъ упомянуть объ острыхъ кондиломахъ на наружныхъ половых органахъ.

Если истеченія бленорройныя сильны и разъѣдающи, то иногда на большихъ, малыхъ губахъ, клиторѣ, наружномъ мочеиспускательномъ каналѣ, промежности и заднемъ проходѣ показываются остроконечныя бородавки — *condylomata acuminata*. Иногда онѣ сидятъ отдѣльно, иногда сливаются вмѣстѣ своими основаніями и

походятъ иногда на цвѣтную капусту; производятъ зудъ, жженіе тѣхъ частей, на которыхъ помѣщаются, съ утолщеніемъ и гипертрофіей подлежащихъ тканей. Трескаясь на своихъ верхушкахъ и основаніяхъ, онѣ подають поводъ къ сукровичному отдѣляемому и къ кровотеченіямъ. Отдѣляемое пахнетъ прѣлью или загнившимъ сыромъ.

Если онѣ множественны и гипертрофія частей значительная, то онѣ показываютъ большое сходство съ злокачественными новообразованиями наружныхъ половыхъ органовъ. Отсутствие неподвижности инфильтратовъ, язвъ, углубляющихся внутрь тканей—служитъ довольно ясными отличительными признаками отъ злокачественныхъ новообразований.

ГЛАВА V.

Abortus; graviditas extrauterina.

Аборты даютъ поводъ къ кровотеченію въ количествѣ 5, 85%. Врачъ можетъ встрѣтить кровотеченіе или въ тотъ моментъ, когда яйцо, находящееся въ полости матки, еще настолько здорово, что, устранивъ причину кровотеченій, можно сохранить развитіе яйца до конца, или въ тотъ моментъ, когда все яйцо или часть его уже вышли изъ полости матки и кровотеченіе зависитъ или отъ плохого сокращенія, отъ смѣщенія матки, отъ остатковъ яйца, или отъ *endometritis hyperplastica polyposa*. Эта разница въ практическомъ отношеніи имѣетъ громадное значеніе при терапіи, потому что въ первомъ случаѣ дѣло идетъ объ удержаніи и сохраненіи жизни плода, а во второмъ объ удаленіи его. При діагностикѣ абортовъ должно твердо помнить признаки беременности въ первую ея половину, потому что эти признаки довольно долго сохраняются даже при несомнѣнной смерти плода. Они суть слѣдующіе: 1) Увеличеніе матки соотвѣтственно количеству времени задержанныхъ регуль. 2) Размягченіе наружныхъ и внутреннихъ половыхъ органовъ, въ особенности влагалищной части и самой матки. 3) Уменьшеніе влагалищной части. 4) Изглаживаніе передняго свода. 5) Окраска входа во влагалище въ темнокрасный или темнофіолетовый бархатистый цвѣтъ. 6) Появленіе густыхъ сливкообразныхъ бѣлей, которыми какъ бы смазаны бывають стѣнки влагалища. 7) Припухлость нижней части живота. 8) Нагрубаніе груди съ увеличеніемъ долекъ железы, съ окрашиваніемъ ареолъ и съ увеличеніемъ Монгомеровыхъ железъ. 9) Общіе субъективные признаки.

Изъ всѣхъ этихъ признаковъ самый цѣнный есть увеличеніе и размягченіе матки: матка увеличивается во всѣхъ діаметрахъ и потому форма ея грушевидная, а не сплюснутая. Неопытному врачу совѣтуется поупражняться въ опредѣленіи передне-задняго размѣра матки, потому что въ женскихъ болѣзняхъ причинъ увеличенія этого размѣра съ сохраненіемъ грушевидной формы матки только двѣ: или беременность, или присутствіе опухоли въ передней стѣнкѣ матки (*fibromyoma*). Что касается до размягченія, то оно потому характерно, что не одинаково и неравномѣрно, а *островчато*, чего при другихъ формахъ размягченія почти никогда

не бывает и, если оно связано съ уменьшеніемъ и размягченіемъ влагалищной части, то становится патогномичнымъ признакомъ. Окрашиваніе входа во влагалище чрезвычайно характерно и даже не смотря на сильное кровотеченіе и выходненіе яйца изъ полости матки на нѣкоторое время еще сохраняется. Если при этихъ двухъ признакахъ при сдавленіи грудей получается еще молозиво, то вѣроятность беременности несомнѣнна. Помня эти признаки, врачъ при разспросѣ больной о причинахъ кровотеченія всегда задаетъ вопросъ: не было ли задержанія регулъ до появленія кровотеченія? и въ случаѣ полученія утвердительнаго отвѣта разспрашиваетъ больную о ходѣ и теченіи самого кровотеченія: во 1-хъ были ли схваткообразныя боли, напоминающія родовыя, и въ 2-хъ были ли сгустки при кровотеченіи, и если были, то какова была ихъ плотность. Если получается на все это утвердительный отвѣтъ, то изслѣдованіе матки и ея придатковъ можетъ окончательно установить діагностику. Если яйцо находится въ полости матки, то увеличеніе матки будетъ соответствовать времени отсутствія регулъ (*) и при прочихъ сказанныхъ явленіяхъ, свойственныхъ беременности, діагностика ясна.

Если влагалищная часть не изглажена, наружное маточное отверстіе не раскрыто и если кровотеченіе не угрожаетъ жизни больной, то являются всѣ показанія къ сохраненію беременности, и потому средства, вызывающія сокращеніе матки, не должны быть примѣняемы для остановки кровотеченій. Но если влагалищная часть изглажена и яйцо прилежитъ къ наружному маточному отверстію, то на сохраненіе беременности едва ли можно рассчитывать. Если врачъ найдетъ увеличеніе матки, не соответствующее (а меньше) времени отсутствія регулъ и наружное маточное отверстіе проходимо для пальца, то вѣроятно все яйцо или часть его уже вышла изъ матки и въ огромномъ большинствѣ случаевъ выкидышъ уже произошелъ. Въ этомъ случаѣ, если кровеостанавливающія средства не дѣйствительны, то является показаніе къ расширенію матки. Когда поставлена діагностика о совершившемся или совершающемся абортѣ, то врачъ обязанъ разспросить больную, было ли и есть ли лихорадочное состояніе (знобъ и жаръ) и не показывались ли кровотеченія или отдѣленія изъ матки съ запахомъ, потому что присутствіе лихорадочнаго состоянія будетъ указывать на зараженіе крови, а присутствіе гнилостнаго запаха будетъ служить показаніемъ къ немедленному удаленію остатковъ яйца. Если лихорадочное состояніе присутствуетъ, то при внутреннемъ изслѣдованіи, вѣроятно, будутъ найдены воспалительныя измѣненія или въ существѣ матки или въ ея придаткахъ. О вліяніи этихъ воспаленій на терапію будетъ указано въ отдѣлѣ о лѣченіи. Иногда кровотеченіе съ нѣкоторыми промежутками продолжается по мѣсяцамъ и годамъ послѣ несомнѣнно бывшаго аборта и при изслѣдованіи по большей части матка находится въ состояніи смѣщенія назадъ. Въ этихъ случаяхъ причиной кровотеченій является *endometritis hyperplastica polyposa*.

Если кровотеченіе появляется вскорѣ послѣ родовъ, то распознаваніе причины такого кровотеченія иногда бываетъ весьма затруднительно: оно можетъ за-

(*) Исключеніе при *тола*; напр. задержка регулъ пятимѣсячная, величина же матки соответствуетъ трехъ мѣсячной беременности.

вистѣть какъ отъ послѣродовыхъ измѣненій матки, такъ и отъ аборта, тѣмъ болѣе что забеременѣніе послѣ родовъ можетъ произойти очень рано. Встрѣчаются случаи, гдѣ забеременѣніе произошло уже черезъ два мѣсяца послѣ родовъ, и такая ранняя беременность болшею частью кончается выкидышемъ.

Поводомъ къ кровотеченію можетъ быть беременность не только маточная, но и *внѣматочная*, въ особенности трубная и трубно-брюшная. Трудно вывести процентное отношеніе кровотеченій при внѣматочной беременности ко всему числу кровотеченій, потому что нѣкоторыя больныя являлись съ жалобой не на кровотеченіе, а по поводу или болей въ животѣ, или опухоли, или ненормальныхъ уклоненій со стороны казавшейся имъ нормальной беременности. Можно только сказать, что внѣматочная беременность встрѣчается далеко не часто. Въ продолженіе 5 лѣтъ Московскую клинику посѣтило и 7100 новыхъ больныхъ изъ нихъ было точно констатировано *gravid. extraut.* у 30. Должно однако думать, что это число меньше дѣйствительнаго, такъ какъ навѣрно многіе случаи начинающейся беременности не были діагностированы. Во всякомъ случаѣ съ развитіемъ и усовершенствованіемъ гинекологической діагностики неправильность эта распознается чаще и чаще.

Всѣ случаи, пользованные мной въ клиникѣ, въ частной практикѣ и въ больницахъ, были строго говоря или трубными, или трубно-брюшными. Ни разу не встрѣтилось ни яичниковой, ни брюшной беременности. Возрастъ больныхъ колебался въ предѣлахъ отъ 23 лѣтъ до 42, средній возрастъ отъ 28 лѣтъ до 37. Наибольшее число больныхъ принадлежало къ крестьянкамъ, всѣ замужнія; болѣе 50% падаетъ на многорожавшихъ, 14 на безплодныхъ и только у одной былъ въ анамнезѣ выкидышъ. Изъ рожавшихъ только 3 родили послѣдняго годъ назадъ, остальные не рожали уже по нѣсколько лѣтъ, двѣ 13 и одна 14 лѣтъ. Такимъ образомъ у большинства замѣчается болѣе или менѣе продолжительное относительное безплодіе. У большинства регулы начались на 15—16 году, у 17 больныхъ безъ всякой боли, ходили черезъ 3—4 недѣли, по 3—8 дней; у большинства довольно сильно, словомъ въ регулахъ не замѣчалось никакихъ особенныхъ отклоненій. У огромнаго большинства *coitus* нормаленъ, у остальныхъ болѣзненъ. Боли встрѣчались въ ничтожномъ количествѣ только у четырехъ больныхъ. У всѣхъ больныхъ въ дѣтствѣ была корь, у нѣкоторыхъ скарлатина, у нѣкоторыхъ тифъ, у 2-хъ оспа.

Такимъ образомъ, рассматривая этиологическіе моменты, добываемые изъ анамнеза, получаемъ отрицательные результаты, если не считать кори, которая была у всѣхъ, и болѣе или менѣе продолжительнаго относительнаго безплодія, которое было у большинства.

Гдѣ же искать причину внѣматочной беременности? Бѣли, т. е. различнаго рода катарральныя пораженія слизистой оболочки полового аппарата, не могутъ быть приняты за причину, и такимъ образомъ вѣроятно и тѣ десквамативныя катарры трубъ, которые выставляются какъ причина внѣматочной беременности, здѣсь могутъ быть исключены. Также можетъ быть исключена бленоррея; также ни въ одномъ случаѣ не отмѣчено присутствія фиброміомъ. Правая и лѣвая труба по количеству случаевъ одинаково часто были мѣстомъ беременности. Отсюда



Рис. 58. Фаллопиевы трубы однодневной дѣвочки. Правая труба совершенно отдѣлена отъ широкой связки; лѣвая труба откинута книзу, чтобы видѣть яичникъ позади ея.



Рис. 59. Фаллопиевы трубы трехдневной дѣвочки съ широкими связками. Яичники отрѣзаны и опущены книзу.

является вопросъ, нѣтъ-ли еще какихъ либо причинъ или особенностей, которыя могли-бы обусловить вѣматочную беременность? Всѣ больныя были не крѣпкаго тѣлосложенія, большинство изъ нихъ рыхлы, съ плохо-развитой мускулатурой и большинство многорожавшія и относительно безплодныя. Поэтому является вопросъ, не было-ли у нихъ какихъ нибудь отклоненій въ половой сферѣ, которыя могли-бы подать поводъ къ задержкѣ яйца въ трубѣ?

Прежде всего бросается въ глаза двухстороннее заболѣваніе трубъ у большинства больныхъ, констатированное лапаротоміями, въ видѣ salpingoophoritis, hydro-haemato-pyosalpinx. Но конечно, трудно сказать, были ли таковыя заболѣванія до беременности, или они были произведены самой беременностью.

Въ другихъ случаяхъ можно навѣрное констатировать измѣненія трубъ до беременности. Такъ у безплодныхъ отмѣчалась рѣзкая извилистость небеременной трубы, свойственная младенческой стадіи развитія трубы (рис. 58, 59, 60, 61, 62, 63).



Рис. 60. Труба пятидневной дѣвочки, совершенно освобожденная отъ широкой связки.

Рис. 61. Труба пятидневной дѣвочки, разрѣзанная, чтобы видѣть продольныя складки слизистой оболочки трубы.



Рис. 62. Graviditas tubaria dextra.

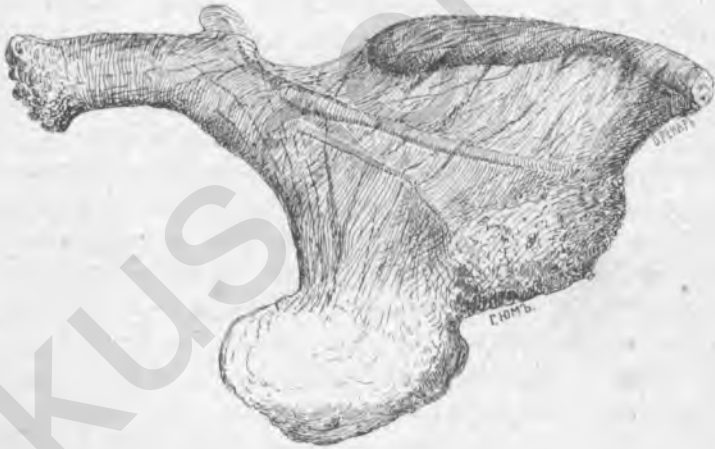


Рис. 63. Лѣвая труба того же препарата съ врожденнымъ отсутствіемъ средней части трубы.
Опер. $\frac{IV}{20}$ 90 г.

Этотъ фактъ былъ подмѣченъ у всѣхъ бесплодныхъ съ gravid. extrauterina, и такимъ образомъ это явленіе довольно постоянное не должно быть исключено и можетъ быть разсматриваемо, какъ одна изъ болѣе вѣроятныхъ причинъ, могущихъ подать поводъ къ gravid. extraut. tubaria. Извилистость трубы несомнѣнно затрудняетъ движеніе оплодотвореннаго яйца къ маткѣ. Но если врожденная извилистость можетъ препятствовать движенію яйца, то нѣтъ ничего невѣроятнаго,

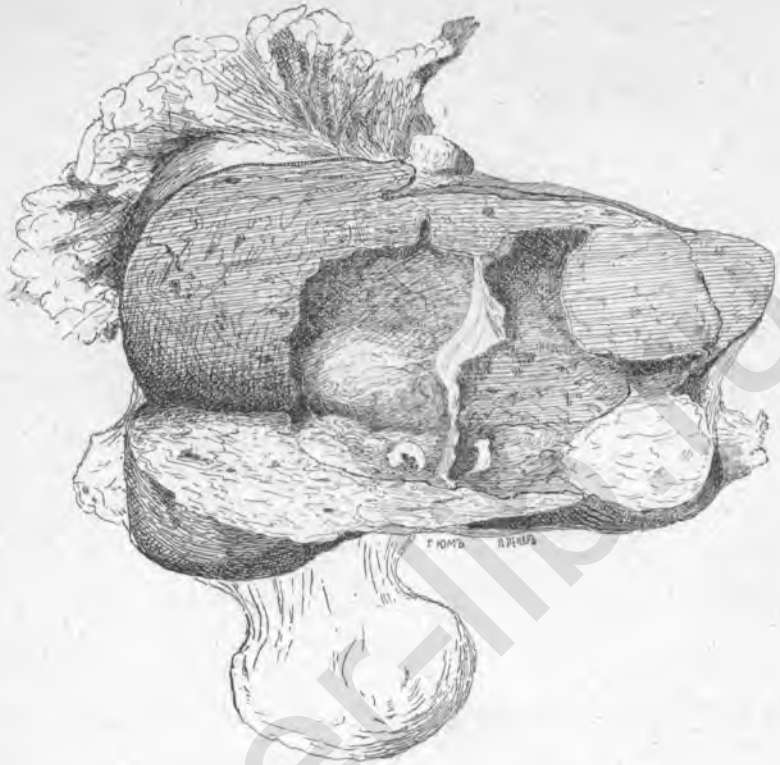


Рис. 64. Двойня трубной беременности. Оп. $\frac{1}{II}$ -92 г.

что и смѣщеніе трубы, въ особенности къзади, и обусловленное смѣщеніемъ *искривленіе* трубы можетъ стать причиной внѣматочной трубной беременности, удерживая оплодотворенное яйцо въ трубѣ. Въ большинствѣ препаратовъ оплодотворенное яйцо помѣщается или въ срединѣ трубы или ближе къ *morsus diaboli*, то есть въ болѣе широкихъ частяхъ трубы. Кроме того при лапаротоміяхъ беременная труба въ огромномъ большинствѣ случаевъ оказалась съзади матки и въ огромномъ большинствѣ случаевъ была приращена къ дну Дугласова пространства. Эти приращенія иногда были очень плотными, требовавшими при разсѣченіи ихъ ножницъ, другими словами эти приращенія были несомнѣнно давняго происхожденія. Поэтому въ нѣкоторыхъ случаяхъ, въ особенности при неразорванныхъ трубахъ, можно было безусловно точно констатировать, что таковое смѣщеніе трубы произошло ранѣе беременности.

Въ другихъ случаяхъ приращенія встрѣчались около *plexus rampiniformis*, тоже плотныя, весьма давняго происхожденія. Здѣсь смѣщеніе трубы и искривленіе трубы около рога матки были выражены не рѣзко, и такимъ образомъ въ искривленіи и смѣщеніи трубы нельзя было видѣть причину задержки оплодотвореннаго яйца въ трубѣ. Спрашивается, возможно-ли другое объясненіе?

Я думаю, что да, а именно, въ силу приращеній труба потеряла свою

подвижность, а измѣненіе подвижности несомнѣнно можетъ послужить причиной задержки яйца въ трубѣ.

Конечно, этими предполагаемыми причинами нельзя объяснить всѣхъ случаевъ внѣматочной беременности, напр. gravid. extraut. interstitialis.

Эти причины стали-бы болѣе вѣроятными, если-бы наблюденія подтверждали, что такія большыя страдали до беременности смѣщеніемъ матки и ея придатковъ назадъ.

Беременность можетъ быть въ одной трубѣ и можетъ быть одновременно въ двухъ трубахъ, а у насъ есть препаратъ (рис. 64), гдѣ въ одной трубѣ находится двойня. Трубная беременность можетъ быть въ различныхъ частяхъ трубы: или въ той части трубы, которая проходитъ черезъ существо матки, — интерстиціальная беременность, — или въ средней части трубы, или около ампулы. Бываетъ ли беременность яичниковая и абдоминальная, какъ первичная, я на основаніи своего матеріала отказываюсь рѣшить.

Какъ скоро женщина забеременѣетъ, такъ регулы задерживаются или совсѣмъ, или являются въ очень маломъ количествѣ, доходя иногда до нѣсколькихъ пятенъ. Эта задержка регулъ или очень замѣтное уменьшеніе ихъ, конечно, заставляетъ подозрѣвать или беременность, или какой либо нагноительный процессъ въ окружности матки. Но въ послѣднемъ случаѣ лихорадочное состояніе обыкновенно присутствуетъ, что при внѣматочной беременности можетъ совершенно отсутствовать. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, правда весьма рѣдкихъ, эта задержка кровей доходитъ до конца беременности. животъ растетъ, увеличивается, происходятъ всѣ измѣненія, свойственныя беременности (движеніе плода, измѣненія въ грудяхъ и т. д.) и наступаютъ въ срокъ роды. Плодъ не выходитъ, показываясь обыкновенно бурныя явленія со стороны брюшины (peritonitis), которыя тоже могутъ закончиться, животъ послѣ этого нѣсколько уменьшается и остается только опухоль въ животѣ. Плодъ размягчается, мацерируется или образуется lithopaedion (рис. 65). Женщина выздоравливаетъ, ходитъ и иногда черезъ нѣкоторое время показывается въ томъ или другомъ мѣстѣ перфорации и свищъ (будетъ ли то пупокъ, пузырь, влагалище, прямая кишка и т. д.), и черезъ это свищевое отверстіе выходятъ сначала жидкія части, потомъ твердыя и наконецъ кости плода. Все это можетъ выйти, очиститься, зарости и не стать причиною какого либо особеннаго заболѣванія; женщина можетъ приняться за свой обычный трудъ. Но эти случаи исключительно рѣдки. Гораздо чаще въ теченіе внѣматочной беременности наступаютъ мучительно грозныя явленія, подвергающія жизнь женщины смертельной опасности. Чтобы понять эти симптомы, надо посмотрѣть, что дѣлается съ трубою и что дѣлается съ маткою.

Съ самаго пачала трубной беременности матка начинаетъ увеличиваться, начинаетъ расти, а на внутренней поверхности матки разрастается decidua gravidarum. Такимъ образомъ матка напоминаетъ собою беременную матку и ростъ ея можетъ продолжаться до тѣхъ поръ, пока мѣсть она не увеличится до величины $3\frac{1}{2}$ или 4-хъ мѣсячной беременности. Какъ бы ни шла дальше трубная беременность, но ростъ матки приостанавливается. Этотъ фактъ весьма важный: его нужно помнить, потому что возможны всегда ошибки смѣшенія съ маточною



Рис. 65. Доношенная вѣматочная трубная беременность (lithopaedion). Опер. $\frac{18}{IV}$ 90 г.

беременностью. И вотъ почему изслѣдованіе внутренней поверхности матки по крайней мѣрѣ до 4 или 5 мѣсяцевъ вѣматочной беременности должно быть избѣгаемо.

Въ трубѣ происходятъ слѣдующія измѣненія. Оплодотворенное яйцо, по-

мѣщаясь въ трубѣ, раздражаетъ ее; является благодаря этому приливъ крови, усиленное питаніе и увеличеніе трубы (hypertrophia). Эта гипертрофія трубы не распространяется на все протяженіе трубы, но въ томъ мѣстѣ, гдѣ находится яйцо, труба вмѣстѣ съ гипертрофіей истончается подѣ влияніемъ роста яйца.

Это истонченіе замѣчается или на поверхности трубы, одѣтой брюшиной, или на поверхности трубы, залегающей въ толщѣ широкой связки. По мѣрѣ роста яйца, съ одной стороны труба гипертрофируется, съ другой растягивается, и иногда это растяженіе подаетъ поводъ къ тресканію трубы и къ частичному небольшому внутри-трубному кровоизліянію. Чѣмъ тоньше просвѣтъ трубы, тѣмъ тресканіе совершается въ болѣе ранніе сроки. Отсюда тресканіе трубы замѣчается скорѣе всего около маточнаго конца трубы; чѣмъ яйцо дальше отстоитъ отъ маточнаго конца, тѣмъ это явленіе наступаетъ позднѣе (въ среднемъ отъ 1—4 мѣсяцевъ) и беременность, помѣщающаяся около ампулы, можетъ не подавать повода къ такому явленію почти до конца беременности.

Какъ только наступаетъ тресканіе трубы, такъ тотчасъ у больной появляются схватки и кровотечения. Боли могутъ быть до того сильны, что происходятъ шокъ съ головокруженіемъ и обморокомъ. Маточное кровотеченіе или можетъ быть ничтожнымъ, или значительнымъ. Кровь можетъ быть или жидкая, или же сгустками, и если при этомъ дѣло осложняется схватками, а кровотеченіе идетъ сгустками, то явленіе до поразительности бываетъ сходно съ маточнымъ выкидышемъ. Нѣкоторыя больныя вполне увѣрены, что опѣ въ этотъ моментъ скинули, потому что были схватки, было кровотеченіе, были сгустки и все это исчезло или уменьшилось, какъ только прекратились схватки. Затѣмъ кровотеченіе постепенно оканчивается, боли исчезаютъ и больныя считаютъ себя выздоровѣвшими.

Это тресканіе трубы встрѣчается по большей части въ менструальный срокъ. Если разсмотрѣть сгустки, то иногда въ этихъ сгусткахъ попадаются или отдѣльные куски оболочки, или вся слизистая decidua gravidarum. Если такая оболочка или части ея найдены и по микроскопическому изслѣдованію оказываются decidua gravidarum, то этотъ признакъ считается *патогномоничнымъ*. Но въ большинствѣ случаевъ врачу рѣдко удается добыть decid. uterin. gravidar. при graviditas extrauterina, потому что больныя не разматриваютъ сгустки и выбрасываютъ ихъ. Тресканіе трубы можетъ быть единичнымъ, или множественнымъ, или повторнымъ и не слѣдуетъ думать, что тресканіе влечетъ за собой кровоизліяніе въ брюшную полость, ибо при лопаніи трубы кровоизліяніе внѣ трубы существуетъ всегда, а при тресканіи можетъ произойти кровоизліяніе только внутрь трубы.

Мѣщанка А. Ф. 36 лѣтъ поступила въ клинику 25 января 92 г., жалуясь на боль внизу живота съ лѣвой стороны, въ крестцѣ, и на ноющія боли въ лѣвой ногѣ до колѣна.

Анамнезъ. Условія и образъ жизни правильные. Мать здоровая, отецъ умеръ 47 лѣтъ отъ чахотки (алкоголикъ), у мужа, вѣроятно, lues. Замужемъ 15 лѣтъ, 7 беременностей, первая и пятая педоношены, остальные правильно, не кормила. Кромѣ того 4 выкидыша отъ 2—5 мѣсяцевъ. Причина абортовъ, по словамъ больной, нецрїятности, вѣриге lues. Родила послѣдняго 8 мѣсяцевъ тому назадъ, послѣ родовъ не хворала и не кормила, 8 лѣтъ тому назадъ лѣчилась

у сифилитолога, были язвы на лбу, на боку, на лѣвой ногѣ, которыя отъ іодистаго калія прошли. Регулы показались 14 лѣтъ, установились сразу, ходили по 2 дня черезъ 4 недѣли безъ боли, словомъ, были правильны. Послѣ послѣднихъ родовъ 2 мѣсяца не было регулъ, затѣмъ были правильныя 2 регулы, т. е. послѣднія правильныя регулы были 4 мѣсяца тому назадъ. Затѣмъ двухмѣсячная задержка, регулы не появляются, а появляются боли внизу живота на столько сильныя, что заставляютъ больную отправиться въ женскую лѣчебницу, гдѣ, по словамъ больной, врачомъ определено было воспаленіе вокругъ матки и воспаленіе яичниковъ. Больная лежала 11 сутокъ въ постели со льдомъ на животѣ, получая опій по 5 капель нѣсколько разъ въ день. Когда острые боли прошли, ей назначили согревающіе компрессы, горячія спринцеванія и т. д. 25 декабря, т. е. за мѣсяць до поступленія въ клинику, показалась кровь въ видѣ нѣсколькихъ пятенъ съ сильными схваткообразными болями. Кровь остановилась, а боли продолжались. 7 января, т. е. за 2 недѣли до поступленія въ клинику, было 3-хъ дневное кровотеченіе, которое больная приняла за регулы.

St. pr. Больная средняго тѣлосложенія, наружные покровы не ожирѣлы, животъ нѣсколько сводообразно вздутъ. При перкуссіи тупой звукъ на лѣвой сторонѣ ниже пупка, идущій непрерывно въ полость таза и занимающій всю f. iliaca sin. Опухоль гладкая, болѣзненная, съ нерѣзкими контурами и неподвижная. При двойномъ изслѣдованіи матка, нѣсколько увеличенная и размигченная, лежитъ впереди и вправо, а черезъ заднелѣвый сводъ прощупывается плотная неподвижная эластическая опухоль безъ всякой флюктуаціи, выполняющая лѣвую половину таза и находящаяся въ тѣсномъ соприкосновеніи съ маткою, прощупать границы не удается. Окраска входа во влагалище не ясная. Грудн нѣсколько увеличены, отдѣляютъ молоко, соски и ареолы пигментированы.

Діагностика. У больной, многорожавшей, имѣвшей нѣсколькихъ выкидышей, происходитъ двухмѣсячная задержка регулъ съ рѣзкими полуострыми и острыми воспалениями вокругъ матки, съ сильными схваткообразными болями и съ появленіемъ кровотеченія изъ наружныхъ половыхъ органовъ. Кровотеченія эти бывають то въ формѣ пятенъ, то въ формѣ 3-хъ дневныхъ истеченій, напоминають больной регулы, потому что они замѣчаются въ ихъ сроки. Мѣстное изслѣдованіе констатируетъ нѣсколько увеличенную матку, присутствіе болѣзненной опухоли съ отсутствіемъ лихорадочнаго состоянія (36, 8°—37, 4°). Опухоль эта недавняго происхожденія, потому что она родила 8 мѣсяцевъ тому назадъ вполне благополучно и потому, что она 4 мѣсяца послѣ родовъ была вполне здорова. вмѣстѣ съ задержкой кровей происходили воспалительныя явленія, можетъ быть, сопровождавшіяся лихорадочнымъ состояніемъ. Находя опухоль въ высокой степени чувствительной при изслѣдованіи, невольно является мысль, не происходитъ ли въ этой опухоли нагноеніе, повлекшее за собой задержку кровей и воспалительныя явленія, или не есть ли это gravid. extrauterina, съ трескаіемъ трубы, которая и вызывала съ одной стороны кровоизліяніе въ трубу и растяженіе трубы (схваткообразныя боли), а вокругъ себя обуславливала воспаление, вызывавшее боли внизу живота и повлекшее неподвижность опухоли. Вотъ 2 болѣзненныхъ состоянія, на которыхъ останавливается діагностика заболѣванія.

Въ обоихъ случаяхъ, въ виду отсутствія флюктуаціи, показуется удаленіе опухоли per laparotomiam, на что больная согласилась, и 30 января была произведена laparotomia, причемъ лѣвосторонняя опухоль оказалась трубой, растянутой до величины младенческой головки, тѣсно сросшейся вверху съ кишками, а внизу съ тазовой брюшиной, съ широкой связкой и съ маткой. Матка оказалась очень дряблой, такъ что отдѣлить матку отъ опухоли не удалось, и потому вылушена была опухоль совместно съ маткой и съ придатками противоположной стороны. Послеоперационный періодъ протекъ безъ осложнений, и больная 27 февраля, т. е. черезъ мѣсяць послѣ поступления, выписалась изъ клиники.



Рис. 66. Graviditas tubaria sinistra не лопнувшая. Опер. $\frac{24}{1}$ 92 г.

Препаратъ состоитъ изъ ампутированнаго тѣла матки съ придатками. Съ лѣвой стороны труба разрослась въ опухоль въ 3 апельсина, содержитъ внутри себя полость, выполненную кровяными сгустками съ зародышемъ 3—3½ мѣсяцевъ. Труба другой стороны нормальна, а въ яичникѣ находится дермоидная киста, величиною съ куриное яйцо (рис. 67).

Такимъ образомъ, внѣ всякаго сомнѣнія, въ данномъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ внѣматочной трубной беременностью. Труба была растянута сгустками и сросшена съ сосѣдними органами. Очевидно, что схваткообразныя боли, воспалительныя боли—все зависѣло отъ повторныхъ кровоизліяній въ трубу, отъ растяженія трубы, отъ ея тресканія, ибо кровоизліянія внѣ трубы не находилось. Несмотря на кровоизліянія въ трубу, на маточныя кровотечения, на воспалительное состояніе вокругъ трубы, плодъ былъ найденъ по величинѣ почти соответствующую

щимъ продолжительности задержки регуль, что ясно доказываетъ, что частичныя кровоизліянія, воспаленіе, появленіе кровотеченій или регуль не указываетъ еще на смерть плода и на прекращеніе внѣматочной беременности.

Эта больная представляетъ нѣкоторое исключеніе изъ обыденныхъ случаевъ внѣматочной беременности.

Въ самомъ дѣлѣ, она имѣла много родовъ и много выкидышей, и при полномъ повидимому здоровьѣ у нея случилась внѣматочная беременность. Не было ли у нея предварительнаго смѣщенія взадъ трубы и яичника, не было ли у нея ретроверси, ибо матка оказалась такой дряблости и въ такомъ тѣсномъ срастаніи находилась труба съ заднебоковой поверхностью матки, что невольно приходитъ на мысль, не существовало ли это соприкосновеніе ранѣ наступленія беременности? Другими словами, не служило ли и здѣсь причиной таковой беременности смѣщеніе взади трубы и яичника?

Итакъ, при тресканіи оплодотворенное яйцо можетъ погибнуть благодаря кровоизліянію въ толщу его, или яйцо можетъ продолжать жить и развиваться, (рисbb), или наступаетъ такъ называемый *трубный абортъ*.

Подъ трубнымъ абортomъ подразумеваютъ такое явленіе въ теченіе внѣматочной беременности, при которомъ оплодотворенное яйцо выбрасывается изъ трубы черезъ ея естественное отверстіе или въ полость матки, что бываетъ преимущественно съ интерстиціальной беременностью, или черезъ брюшной конецъ трубы въ полость брюшины. Выбрасываніе яйца можетъ быть полное или неполное, другими словами часть яйца удерживается или въ брюшномъ концѣ трубы или въ маточномъ концѣ, и здѣсь можетъ оставаться до конца беременности, причемъ получается или маточная беременность или трубно-брюшно-яичниковая. Выброшенное въ брюшную полость яйцо можетъ рассосаться и упичтожиться, или, прирастая къ сосѣднимъ частямъ, получить новое питаніе и продолжать жить, причемъ плацента развивается или въ трубѣ, или внѣ ея, или совмѣстно въ ней и внѣ ея. На мѣстѣ вышедшаго яйца въ трубѣ происходитъ кровоизліяніе, а изъ матки показывается кровотеченіе.

Трубный абортъ сопровождается бурными явленіями: вмѣстѣ съ наружнымъ кровотеченіемъ показываются признаки внутренняго кровотеченія, схватки, боли, рвота, шокъ, анемія, обморочное состояніе и можетъ наступить смерть, если внутреннее кровотеченіе будетъ продолжаться и будетъ обильно, ибо кровь изъ трубы пойдетъ въ брюшную полость и образуется внутрибрюшное кровоизліяніе. Смерть можетъ произойти моментально или въ нѣсколько часовъ. Если decid. uterina раньше не отпала, то въ это время наичаще замѣчается такое отпаденіе. Вслѣдствіе выходенія аборта въ брюшную полость и послѣдовательнаго кровотеченія наступаетъ реактивное воспаленіе со стороны брюшины, ограниченное или разлитое (что, вѣроятно, обуславливается качествомъ вышедшаго содержимаго), которое больныя или переживаютъ, или не переживаютъ, но въ огромномъ большинствѣ случаевъ переживаютъ. Что касается до интерстиціальнаго аборта, то или происходитъ маточный выкидышъ, или яйцо укрѣпляется, и маточная беременность можетъ дойти до конца. Какъ примѣръ трубнаго аборта, оперированнаго въ клиникѣ, привожу слѣдующій случай.

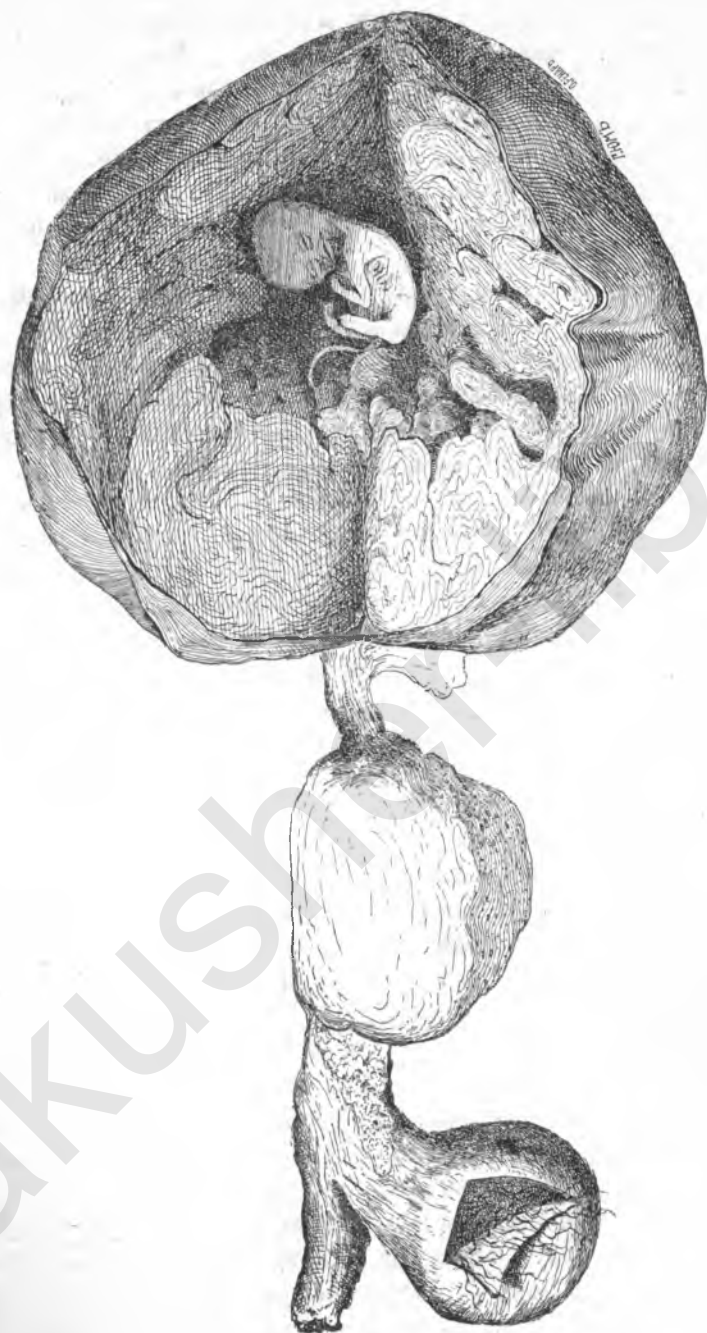


Рис. 67. Средина рисунка—дно и тѣло матки; въ правой трубѣ беременность, дермоидъ въ лѣвомъ яичникѣ. Опер. $\frac{30}{1}$ 92 г.

В. П. солдатская дочь, 29, лѣтъ поступила въ клинику 28 февраля 90 года, жалуясь на тянущія и ноющія боли, появляющіяся періодически внизу живота и въ пахахъ, иногда съ отдачей въ ноги, и на упорныя кровотеченія, продолжающіяся 3-й мѣсяць. Родила 4-хъ, послѣдняго 2 года тому назадъ, кормила его 8 мѣсяцевъ. Регулы на 17-омъ году, черезъ 3 недѣли по 6 дней, послѣднія правильныя регулы въ октябрѣ 89 года, послѣ нихъ была задержка кровей до 24 дек. 89 г. Послѣ 2-хъ мѣсячной задержки произошло внезапное кровотеченіе безъ видимыхъ причинъ, послѣ бани, при явленіи сильнѣйшей боли внизу живота, похолоданія конечностей, тошноты, страшной слабости, такъ что больная должна была лечь въ постель.

На 3-й день кровотеченія вмѣстѣ съ кровью выдѣлился какой-то комочекъ или пленка, а вслѣдъ за этимъ развился воспалительный процессъ въ тазовой области съ лихорадочнымъ состояніемъ, продолжавшимся 2 недѣли (все время ледъ на животѣ). Начавшееся кровотеченіе продолжается безъ перерыва и по настоящее время, по временамъ усиливаясь одновременно съ усиленіемъ болей въ животѣ, вмѣстѣ со рвотой и внезапно развивающейся слабостью. Послѣднія 2 недѣли боли значительно стихли, но временами обостряются. Кровотеченіе тоже слабѣй, но безъ прерыва продолжалось до поступленія въ клинику.

Больная средняго тѣлосложенія, удовлетворительнаго питанія. Животъ немного вздутъ; наружныя покровы дряблы, при перкусіи вездѣ тимпаническій звукъ, только выше лобка на 3 пальца начинается притупленіе, переходящее въ тупой звукъ въ полости таза. При выслушиваніи отрицательныя данныя. При ощупываніи больная жалуется на боль въ лѣвой подвздошной области и надъ лобкомъ, гдѣ прощупывается плотная опухоль, неподвижная, занимающая всю арею глухого звука, безъ рѣзкихъ контуровъ. Наружныя половыя органы не представляютъ ничего особеннаго, входъ во влагалище темно-красный, влагалищная часть, а равно дно и тѣло, прижаты къ *symph. pubis*. Матка равна $3\frac{1}{4}$ ".

Задніе боковыя своды растянуты плотною опухолью, не флюктуирующей, неравномерной, болѣзненной и неподвижной въ лѣвомъ сводѣ и немного подвижной въ правой сторонѣ. Опухоль занимаетъ все Дугласово пространство, тѣсно прилегаетъ къ маткѣ и подымается вверхъ въ полость большого таза.

Кровотеченіе изъ матки продолжается. Груды развиты хорошо, Монгомеровы железы выражены ясно, выдавливаются немного молозива. У больной плохой аппетитъ, тошнота, запоры. Частые позывы на мочу. Небольшой кашель, сердце здорово, пульсъ 68, хорошо наполненъ. Снъ хорошій.

Діагностика: *grav. extraut.*, лопнувшая и подавшая поводъ къ образованію *haematocele*, а именно 24 декабря начало лопанія и изліянія крови въ полость брюшины, вполнѣдствіи инкапсулированный воспалительный процессъ вокругъ излившейся крови. На основаніи того, что боль сосредоточивается преимущественно въ лѣвой сторонѣ, и на основаніи того, что черезъ лѣвый сводъ прощупывается болѣе плотная и неподвижная опухоль, должно думать, что лѣвая труба служитъ источникомъ кровотеченія. Въ виду продолжающихся кровотеченій и возможности еще разъ внутренняго кровотеченія, такъ какъ боли не стихаютъ, показуется лапаротомія съ цѣлью удаленія источника кровотеченія.

3 марта была произведена лапаротомія. По вскрытіи брюшной полости тотчасъ же стала вытекать темная, красная кровь съ сгустками, отдѣляющаяся сверху спаянными кишками, служащими какъ бы сводомъ или крышкой. По удаленіи крови, удалена была опухоль, состоявшая изъ 3 частей: лѣвой трубы, раздѣленной суженіемъ на 2 части; ближайшая къ маткѣ была величиною въ куриное яйцо и здѣсь находился плотный сгустокъ; слѣдующая за ней часть, отдѣлявшаяся отъ нея суженіемъ, представляла лопнувшую растянутую трубу, содержимое которой въ видѣ кровяныхъ сгустковъ помѣшалось сзади опухли въ Дугласовомъ пространствѣ. Третья часть — широкая связка вмѣстѣ съ правой трубой, представлявшей часть передней стѣнки всей опухоли. Сверху опухоль граничитъ сращеніемъ съ кишкой. Послѣ удаленія опухоли брюшная полость была промыта стерилизованной водой и вставленъ сквозной влагалищно-брюшной дренажъ. Теченіе послѣоперационное безъ осложнений и 28 марта больная выписалась здоровою изъ клиники.

Помимо тресканія, труба можетъ лопнуть и лопаніе трубы происходитъ или въ брюшную полость, или лопаніе происходитъ въ широкую связку, что случается гораздо рѣже. Интерстиціальная беременность можетъ лопнуть или въ брюшную полость, или въ широкую связку, или въ полость матки. Въ случаѣ лопанія въ брюшную полость, обыкновенно, дѣло оканчивается смертельнымъ внутреннимъ кровотеченіемъ (рис. 68). Лопаніе зависитъ съ одной стороны отъ растяженія трубы, причемъ яйцо раздвигаетъ мышцы, такъ что слизистая выпячивается сквозь мышечный слой къ перитонеальному листку и здѣсь проронходитъ лопаніе; или плацента, вращая въ толщу трубы, такъ сказать прорѣдаетъ трубную стѣнку. Въ обоихъ случаяхъ вслѣдъ за лопаніемъ произойдетъ кровотеченіе изъ трубы или въ полость брюшины или въ толщу широкой связки, которое можетъ быть настолько значительнымъ, что смерть можетъ наступить моментально. Если же этого не произойдетъ, то образуется интра—или экстраперитонеальная haematocelle. Причина такой разницы, т. е. большего или меньшаго кровоизліянія, повидимому зависитъ оттого, что лопнула труба на мѣстѣ истонченномъ или на мѣстѣ образованія послѣда. Но можетъ быть въ послѣднемъ случаѣ, что кровоизліяніе, происшедшее въ толщу широкой связки, не ограничится ею, а кровь изольется еще въ брюшную полость. Такимъ образомъ получится смѣшанная форма haematocelle intra-et extra peritonealis. Черезъ разрывъ плодъ можетъ выйти изъ трубы или остаться въ ней, причемъ если онъ останется въ трубѣ, то беременность можетъ продолжаться, и мѣшокъ трубный расти и увеличиваться. По крайней мѣрѣ навѣрно плацента можетъ еще дальше развиваться, несмотря даже на погибель плода. Плодъ можетъ удалиться, а плацента останется въ трубѣ и будетъ продолжать развиваться, хотя по большей части плодъ въ этихъ условіяхъ погибаетъ. Наконецъ плодъ вмѣстѣ съ плоднымъ мѣшкомъ весь удаляется въ брюшную полость или въ толщу широкой связки и здѣсь можетъ продолжать расти — и беременность продолжается. Отсюда получается gravid. extrauterina, intraperitonealis или extraperitonealis. Если беременность трубно-брюшная то плодный мѣшокъ срастается съ сосѣдними органами, будетъ ли то яичникъ, задняя поверхность широкихъ связокъ, тазовая



Рис. 68. Лопнувшая graviditas interstitialis sinistra.

брюшина, кишки, паріетальный листокъ брюшины, и въ такомъ видѣ беременность можетъ продолжаться до конца и плодъ можетъ быть живой и хорошо сформированный.

Учительница А. З. 32 лѣтъ изъ Нижегородской губерніи поступила въ клинику 10 февраля 1893 г. Больная считаетъ себя беременной на 7 мѣсяцѣ, пролежала въ земской больницѣ 3 мѣсяца по поводу сильнѣйшихъ болей, сопровождавшихъ ея беременность, болей, бывавшихъ и бывающихъ періодически въ концѣ каждого мѣсяца. Послѣднія 3 мѣсяца отъ болей не спала и принимала на ночь морфій до $\frac{3}{4}$ гр. Мать умерла отъ водянки, отецъ—отъ горловой чахотки. Замужняя, родила одного, 9 лѣтъ назадъ, роды и послѣродовой періодъ нормальны, не кормила. Регулы съ 15 $\frac{1}{2}$ лѣтъ черезъ 4 недѣли по 7 дней. Послѣднія регулы были 2 іюля 92 года и продолжались только 3 дня, сильно, безъ боли, т. е. за 6 $\frac{1}{2}$ мѣсяцевъ до поступленія въ клинику. За время настоящей беременности больная отмѣчаетъ въ концѣ каждого мѣсяца періодически появляющіяся боли—то схватками, то ноющія внизу живота, то по всему животу. 30 сентября было кровотеченіе, продолжалось 2 дня, кровь была темно окрашена. 5 октября въ первый разъ очень сильныя боли, которыя повторились 20 октября въ дорогѣ. Въ ноябрѣ боли усилились и появились признаки воспаленія брюшины (рвота, вздутіе живота, запоры, повышеніе температуры). Все это заставило 10 ноября больную поступить въ больницу, причемъ здѣсь по словамъ ея находили опухоль у ней внизу живота съ лѣвой стороны немного ниже пупка, плотную, болѣзненную и неправильной формы. Опухоль эта не передвигалась вправо, матку же отмѣчали увеличенной, размягченной. 20 ноября при сильныхъ боляхъ наступили явленія упадка силъ: нитевидный пульсъ, головокруженіе, блѣдность слизистыхъ оболочекъ и кожи. Животъ былъ сильно увеличенъ и напряженъ, рвота, запоры и икота. Въ слѣдующіе дни при схваткообразныхъ боляхъ вышли изъ половыхъ органовъ при скудномъ кровянистомъ отдѣленіи пленки, которая врачъ принялъ за лийцевидныя оболочки, почему и счелъ беременность оконченною.

Когда болѣзненность живота уменьшилась и опухоль и напряженность ея тоже меньше стали съ правой стороны внизу живота можно было оцупать твердую опухоль, выходящую изъ малаго таза, болѣзненную, которая напоминаетъ матку. Въ это время лѣвая опухоль увеличилась и дошла до пупка. Увеличилась и вправо, но ограничилась довольно рѣзко отъ правой опухоли. 15 декабря замѣчены первыя движенія плода (при t° 38 $^{\circ}$). 24 декабря опять сильныя боли, вздутіе живота, но безъ особеннаго упадка силъ, съ значительнымъ повышеніемъ температуры (t° 39 $^{\circ}$). 27 января сильныя боли въ верхней части живота, рвота, сначала желчью, а потомъ каломъ. Каловая рвота продолжалась 3 сутокъ.

Во все это время анпетитъ былъ плохъ, запоры, чувство тяжести и стѣсненія даже послѣ ничтожнаго приема пищи, постепенный упадокъ силъ и питанія. Въ послѣдніе 3 дня при внутреннемъ изслѣдованіи оказалось значительное выпячиваніе лѣваго свода и отклоненіе маточной шейки вправо (морфій ежедневно отъ $\frac{3}{4}$ гр. до гр.). Вотъ что написалъ намъ земскій врачъ Лавровъ.

Больная средняго тѣлосложенія, сильно исхудавшая. Животъ сводообразно-выпуклый, наружныя покровы гладкіе, сильно растянуты, окружность живота около пупка 75 сант., высота опухоли отъ *supr.* *pub.* 23 $\frac{1}{2}$ дюйма. Глухой звукъ по всей поверхности опухоли непрерывно идетъ внизъ въ полость таза. Въ обѣихъ боковыхъ люмбарныхъ областяхъ тимпаническій звукъ справа больше, слѣва

меньше. Груды развиты плохо. Соски и около сосковъ кружки окрашены, прощупываются пакеты железъ и отдѣляется молозиво. Большія губы, входъ во влагалище сагитт. шугібогт., стѣнки влагалища представляютъ всѣ явленія, свойственныя беременности. Влагалищная часть находится вправо; уменьшена и размячена. Дно и тѣло матки прощупываются въ правой половинѣ таза. Матка увеличена до $4\frac{1}{2}$ мѣсяцевъ беременности, размячена, чувствительна и неподвижна. Лѣвый, задній сводъ растянутъ плотною опухолью, совершенно неподвижною. Опухоль занимаетъ почти всю лѣвую половину таза. При болѣе тщательномъ обследованіи она наминаетъ собою головку плода, но между головкой и пальцемъ прощупывается плотная масса. Опухоль изъ лѣвой половины таза подымается въ полость живота и занимаетъ лѣвую сторону живота до пупка, а подымаясь выше, доходитъ до лѣваго подреберья по маммальной линіи, и пальца на 3 выше пупка немного заходитъ вправо. Вся опухоль эластична, болѣзненна, неподвижна. Біеніе сосудовъ въ лѣвомъ и заднемъ сводѣ чрезвычайно рѣзкое. Сердцебіенія младенца не слышно, движенія плода ясны, внизу in fossa iliaca sin. и надъ lig. Part. ясный шумъ плаценты, распространяющійся въ полость таза. Аппетитъ плохъ. Тошнота, боль подъ ложечкой, запоры; мочеиспусканіе частое, моча желтаго цвѣта, 1028. Реакція кислая, слѣды бѣлка, сахара нѣтъ, цилиндровъ нѣтъ. Количество отъ 775—1100. Тоны сердца чисты, пульсъ 78, средняго наполненія, сухой кашель, сонъ порядочный при морфін.

Діагностика. На основаніи всѣхъ выше перечисленныхъ данныхъ, діагностика ясна: существуетъ задержаніе регуль съ 21 іюля, ежемѣсячныя, періодическія боли. 20 октября первые признаки воспаленія брюшины, 20 ноября первые признаки внутренняго кровотеченія и появленіе decid. изъ матки. Больная переживаетъ этотъ періодъ и 15 декабря отмѣчаетъ первое движеніе плода—слѣдовательно беременность продолжается. Воспаленіе брюшины повидимому продолжается, потому что 24 декабря отмѣчена $t^{\circ} 39^{\circ}$; 27 января рвота желчью и каломъ (3-хъ дневная обструкція кишекъ). Не смотря на всѣ эти отклоненія, при поступленіи въ клинику движенія плода и шумъ плаценты ясно слышны, стало быть ясно, что беременность продолжается и, такимъ образомъ, явился вопросъ, что дѣлать дальше. Ждать ли до конца беременности, т. е. сохранить жизнь матери и плода, или оперировать тотчасъ. Если оперировать тотчасъ, то не слѣдуетъ ли прекратить жизнь плода, чтобы произошло запусѣніе сосудовъ плаценты, и тогда оперировать. Изъ разговоровъ съ больной выяснилось ея желаніе ждать конца беременности, что и было сдѣлано.

Больная пролежала въ клиникѣ съ 10 февраля по 15 апрѣля, т. е. $2\frac{1}{2}$ мѣсяца. За все время нахожденія t° была нормальная. Существовали запоры, которые были своевременно удаляемы. Существовали боли, то схваткообразныя, то ноющія, то внизу живота, то во всемъ животѣ, которые облегчались и устранялись при помощи наркотическихъ средствъ.

Отдѣленіе изъ половыхъ органовъ было крайне незначительное: то въ формѣ бѣлей, то ничтожнаго сукровичнаго отдѣляемаго. Разстройства мочеиспусканія не отмѣчалось и въ мочѣ не наблюдалось отклоненій. Помимо хорошихъ діетическихъ условій, больная 1—2 раза въ недѣлю получала теплыя ванны. 5 апрѣля явились

сильныя схваткообразныя боли внизу живота и боли въ поясницѣ, напоминающія родовыя, но отъ наркотическихъ средствъ онѣ стихли. Въ виду сдавленія желудка, грудныхъ органовъ, вслѣдствіе увеличенія живота, рѣшено было приступить къ ляротоміи, главнымъ образомъ потому, что движенія плода стали ослабѣвать; 15 апрѣля, т. е. приблизительно за 2—3 недѣли до срока беременности была произведена ляротомія. Разрѣзь былъ произведенъ по бѣлой линіи живота, начиная выше пупка на 3 дюйма и кончая около *symph. pubis*. По разрѣзѣ брюшины внизу живота оказалась матка, тѣсно прижатая къ брюшнымъ стѣнкамъ и мѣстами приращенная. Сзади и выше матки и сбоку ея представлялась опухоль желтоватаго цвѣта съ легкоразрываемыми приращеніями къ передней брюшной стѣнкѣ.

По отдѣленіи приращеній былъ произведенъ разрѣзь на болѣе выпуклой и казавшейся болѣе тонкой части ея, разрѣзь величиною дюймовъ въ 6. Изъ нижней части разрѣза вмѣстѣ съ околоплодными водами показалось сильное кровотеченіе, потому что разрѣзь попалъ въ нижнемъ своемъ концѣ на плаценту. Поэтому плодъ былъ вынутъ быстро за ножку, которая находилась въ верхней части живота, а головка помѣщалась въ полости малаго таза. Одной рукой лѣвый рогъ и боковой край матки былъ захваченъ, другой—*plexus ramificiformis* съ цѣлью остановить кровотеченіе. Несмотря на это, хотя съ меньшею силою, но кровотеченіе продолжалось, и такъ какъ по всей задней поверхности широкой связки и по дну таза оказался послѣдъ, то затампонировавши плодовой мѣшокъ губками, все основаніе широкой связки, *pl. ramificiformis*, лѣвый край матки и лѣвый рогъ матки были обшиты швами и плодовой мѣшокъ вмѣстѣ съ плацентой и съ широкою связкою былъ отрѣзанъ и извлеченъ. Остальная часть плоднаго мѣшка состояла изъ оболочки довольно тонкой, приросшей на большей части своей периферіи къ кишкамъ, отъ которыхъ была отдѣлена, и разорванные серозные покровы на нѣкоторыхъ частяхъ кишокъ были обшиты кетгутумъ. Брюшная и тазовая полости вычищены, промыты, и матка пришита боковымъ своимъ краемъ къ брюшной стѣнкѣ. Послѣ окончательнаго туалета брюшины брюшныя стѣнки зашиты. Продолжительность операциі вмѣстѣ съ хлороформированіемъ 55 минутъ. Больная потеряла очень много крови, дѣятельность сердца во время операциі сильно упала, и не смотря на всѣ возбуждающія средства, черезъ 1½ часа послѣ операциі больная скончалась при явленіяхъ сильной анеміи и шока. Извлеченный младенецъ былъ мужскаго пола, плохо развитой, съ сморщенной кожей, находился въ состояніи асфиксіи; впродолженіе часа благодаря принятымъ мѣрамъ асфиксіа окончилась, ребенокъ слабо кричалъ и на головкѣ у него, надъ ухомъ черезъ затылочныя и височныя кости шла горизонтальная борозда, происшедшая отъ давленія *lin. innominata*. Младенецъ былъ повидимому 8 мѣсяцевъ съ днями, но очень слабенькій и только благодаря заботливому уходу пережилъ это критическое время.

Вскрытіе. Оставляя въ сторонѣ многія подробности должно отмѣтить сильное малокровіе во всѣхъ органахъ. Емкость грудной полости уменьшена отъ высокаго стоянія діафрагмы (между 3 и 4 ребрами той и другой стороны). При вскрытіи обнаружены явленія сильнаго малокровія. Матка увеличена соотвѣтственно 3—4

мѣсяцамъ беременности, малокровна, на внутренней поверхности покрыта легко снимаемымъ съ помощью пальца сметанообразнымъ налетомъ, рыхлымъ и блѣдно-желтымъ. Подъ микроскопомъ децидуальныя клѣтки плацента оказались жирно-пере-рожденными; правая труба и яичникъ, окутанные спайками, найдены въ состояніи пабуханія. У лѣваго рога матки, снаружи—рядъ швовъ. Нигдѣ не найдено ника-кихъ слѣдовъ, напоминающихъ плаценту. Лѣвой трубы и яичника не оказалось (изъ протокола вскрытія).

Такимъ образомъ, изъ этой исторіи ясно видно, что плодъ можетъ быть жизнеспособнымъ, хорошо сформированнымъ и не представлять никакихъ рѣзкихъ уклоненій. Это я говорю къ тому, что жизнью плода въ концѣ 2-й половины бе-ременности столько же нужно дорожить, сколько мы дорожимъ жизнью плода при маточной беременности.

Симптомы, свойственные лопанію беременной трубы, обыкновенно состоятъ изъ явленій внутренняго кровотечения съ послѣдовательными воспалительно-реак-тивными явленіями со стороны брюшины. Первое наступаетъ вдругъ, внезапно и только иногда съ нѣкоторою медленностью (день, два, три); вторые развиваются къ концу 2-ыхъ, 3-ихъ сутокъ и различно продолжаются. Иногда посреди полного цвѣтущаго здоровья женщина ощущаетъ какъ бы ударъ внизъ живота съ явле-ніями шока, обморочнымъ состояніемъ и съ появленіемъ наружнаго кровотечения. Въ другихъ случаяхъ за нѣсколько дней до разрыва начинаютъ появляться схватко-образныя боли внизу живота надъ пахомъ, лихорадочное состояніе, тошнота, рвоты и маточное кровотеченіе, другими словами, появляются предвѣстники раз-рыва. Время разрыва по большей части совпадаетъ съ менструальнымъ періодомъ. Иногда разрывъ бываетъ незначительный и кровоизліяніе тоже незначительное, больныя черезъ недѣлю, черезъ полторы оправляются, причемъ снова можетъ наступать вторичный, третичный разрывъ или онъ совсѣмъ не показывается. Ко-роче сказать, въ теченіи *gravid. extrauter* больныя обыкновенно подвергаются нѣ-сколько разъ заболѣваніямъ, причемъ наичаще на 4—6 мѣсяцѣ беременности.

Итакъ, теченіе *grav. extraut.* всегда сопровождается отступленіями: крово-теченіями, схватками, болѣзненными движеніями плода, массой рефлекторныхъ явленій, неправильностью формы живота (въ одномъ мѣстѣ торчитъ бугоръ), и нерѣдко сами больныя съ ясностью ощущаютъ черезъ брюшныя покровы какія-нибудь выдающіяся крупныя или мелкія части плода. Если въ моментъ схватокъ изслѣдовать больную, то наружное отверстіе матки будетъ раскрыто, шейный каналъ расширенъ, иногда можно пройти черезъ него пальцемъ въ полость матки и убѣдиться въ отсутствіи яйца въ послѣдней. Но беременность въ рѣдкихъ слу-чаяхъ заходитъ за вторую половину. Въ нашемъ матерьялѣ первой половинѣ при-надлежитъ 85%, а наичаще разрывъ трубы въ нашемъ матерьялѣ происходитъ до 3 мѣсяцевъ и до 60%—отъ 6—8 недѣль, т. е. очевидно въ то время, когда происходитъ образованіе плаценты. Отсюда вѣроятно, что надрывы и разрывы случаются чаще всего отъ проѣданія плацентой паренхимы трубы.

Итакъ, больныя являюся къ врачу по большей части въ первую половину, въ первые 2—3 мѣсяца, и обыкновенно рассказываютъ, что онѣ беременны, по-тому что у нихъ существуетъ задержка регулъ, или просто являюся и спраши-

вають, почему у нихъ нѣтъ регуль, или наконецъ являются и жалуются на кровотеченіе и схватки, съ предварительной задержкой регуль, причемъ рассказываютъ, что послѣ такой задержки показались схватки и кровотечения со сгустками или безъ сгустковъ, съ явленіями шока и съ послѣдовательнымъ лежаніемъ въ постели отъ болей внизу живота и лихорадочнымъ состояніемъ. Врачъ, получая свѣдѣнія о бывшей или существующей задержкѣ регуль, невольно задается вопросомъ, зависить ли эта задержка отъ беременности, и притомъ маточной или нематочной; а если женщина является еще съ кровотеченіемъ, то задается вопросомъ, не произошелъ ли выкидышъ. Какъ уже было сказано, матка увеличивается и растетъ до 4 мѣсяцевъ и пріобрѣтаетъ всѣ свойства беременной матки, т. е. сочность, рыхлость съ характернымъ для беременности окрашиваніемъ матки и частью также входа во влагалище. Но, конечно, величина матки никогда не соотвѣтствуетъ строго величинѣ беременной матки, равно и окраска, матка площе и уже.

Беременная труба, растягиваясь и увеличиваясь, чаще всего помѣщается сзади и сбоку матки, можетъ помѣщаться сбоку матки и рѣже всего спереди, причемъ абдоминальный конецъ трубы особенно заворачивается или кпереди, или кзади. Такимъ образомъ до лопанія трубы можно констатировать около матки трубную опухоль или продолговатой формы, или овальной, или круглой, подвижную или неподвижную, съ рѣзкимъ біеніемъ сосудовъ въ сводахъ влагалища и иногда со всѣми явленіями, свойственными беременности (набуханіемъ грудей, молозивомъ и т. д.).

Если это такъ, то діагностика внѣматочной беременности дѣлается очень легкой; единственно, съ чѣмъ можно смѣшать—это съ нагнаивающимися опухолями полости таза, будетъ ли то опухоль трубная, яичниковая или опухоль широкой связки, потому что при такихъ нагноеніяхъ тоже можетъ быть задержка регуль, небольшой отекъ матки и біеніе сосудовъ въ сводахъ. (рис. 69) Но если существуетъ лихорадочное состояніе, типа, свойственнаго нагноенію, то, конечно, дѣло разрѣшается легко. Для окончательной установки діагностики можетъ потребоваться пробный уколъ весьма тонкимъ троакаромъ съ тѣмъ, чтобы въ случаѣ отрицательныхъ явленій нагноенія приступить къ удаленію беременной трубы. Если же возможно смѣшеніе внѣматочной беременности съ кистами оварія, съ растяженіемъ трубъ, съ мягкими фиброміомами, то въ этомъ большой бѣды нѣтъ, такъ какъ во всѣхъ этихъ случаяхъ удаленіе опухоли показано и чѣмъ скорѣе, тѣмъ лучше. Если къ сказаннымъ явленіямъ присоединилось тресканіе трубы, то діагностика становится нѣсколько труднѣе. Ощупать опухоль удается, но обойти верхніе контуры опухоли, благодаря чувствительности и реактивнымъ воспалительнымъ явленіямъ со стороны брюшины, а можетъ быть спайкѣ съ кишками—становится затруднительно, и затруднительность можетъ быть настолько значительна, что потребуется наркозъ, при которомъ обыкновенно съ большею ясностью можно получить желаемыя данныя. Очень затруднительной діагностика представляется въ слѣдующемъ. Врачъ находитъ увеличенную матку, свойственную маточной беременности, и рядомъ съ нею опухоль, которая можетъ казаться ему или трубной опухолью, или яичниковой, или даже фиброміомой. Последнее обстоятельство случается тогда, когда беременный мѣшокъ наполненъ плотными сгустками крови, которые растягиваютъ

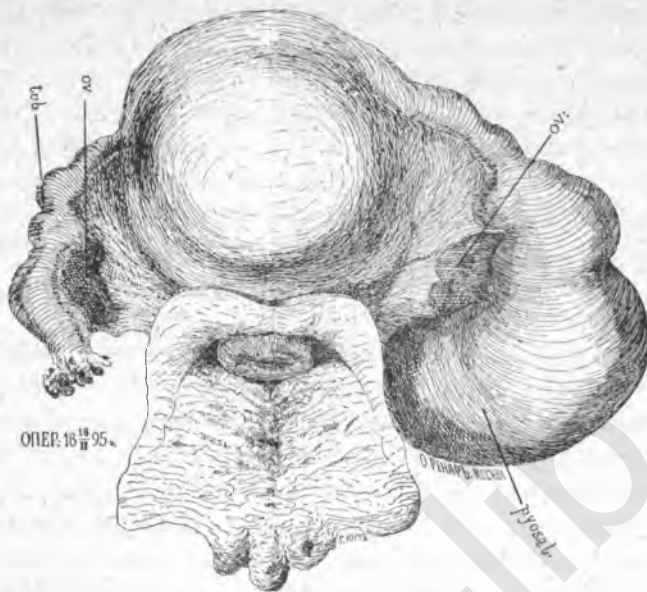


Рис. 69. Pyosalpinx dextrum, симулирующей graviditas extrauterina tubaria.

стѣнки мѣшка и даютъ ощущение изслѣдующему пальцу фиброзной консистенціи. Въ этомъ случаѣ задача врача доказать, что матка порожняя, и невольно является желаніе прозондировать матку или даже путемъ расширенія и выскабливанія освидѣтельствовать полость матки и выскабленные кусочки подвергнуть микроскопическому изслѣдованію. Ни зондированіе, ни расширеніе рѣшительно не желательны *во всѣхъ случаяхъ подозрѣнія маточной или внематочной беременности*, потому что не только что изслѣдованіе внутренней поверхности матки, но даже простое ручное изслѣдованіе можетъ подать поводъ къ лопанію беременной трубы. И потому здѣсь лучше ошибиться и сказать, что въ данномъ случаѣ существуетъ маточная беременность, осложненная опухолью, ибо въ этомъ случаѣ удаленіе опухоли при беременности показуется. Лучше высказаться, что только эксплораторная или конфирмативная лапаротомія можетъ дать точныя указанія. И если приступать къ зондированію, то, помимо осторожности, нужно, чтобы было все приготовлено для немедленной лапаротоміи.

Если женщина является съ haematocoele, то тогда всѣ явленія, свойственныя послѣдней, будутъ на лицо. Haematocoele чаще всего бываетъ ретроутеринная: матка прижата къ symphysis pubis и приподнята нѣсколько впередъ и вверхъ, задній сводъ растянута или выпяченъ полусферической опухолью плотной консистенціи (если прошло уже 6 дней), эластичной, флюктуирующей или нѣтъ, занимающей все Дугласово пространство, почти во всю ширину таза, отгѣсняющею gestum кзади въ полость крестцовой кости. Контуры опухоли со стороны брюшной полости неясны, маточное кровотеченіе существуетъ. Опухоль образовалась вдругъ съ явленіями

шока, съ появленіемъ кровотеченія изъ наружныхъ половыхъ органовъ съ послѣдовательнымъ запоромъ, метеоризмами и т. д. Короче сказать, діагностика не затруднительна. Если существуетъ сомнѣніе, — пробный уколь черезъ задній сводъ. Огромное большинство haematocеле несомнѣнно происходятъ отъ лопнувшей беременной трубы, и въ этомъ случаѣ, если существовала предварительная задержка регуль, то ставится діагностика haematocеле e graviditate extrauterina tubaria.

При діагностикѣ внѣматочной беременности во 2-й ея половинѣ самая беременность констатируется на основаніи присутствія пляцентарнаго шума и сердцебіенія, а порожность матки доказывается несоотвѣтствіемъ величины ея срока беременности. Матка лежитъ чаще всего спереди и сбоку, опухоль лежитъ сзади и сбоку, болѣе рѣдко матка лежитъ сзади и сбоку, а опухоль обратно. Если плодъ живъ, то еще присоединяются движенія плода. Если онъ мертвъ, то ощупывается ballotement или части плода. Здѣсь не слѣдуетъ впадать въ весьма возможную ошибку: беременность маточная, но водъ немного, стѣнки матки и брюшныя стѣнки чрезвычайно дряблы, вялы, и ощупываніе чрезъ брюшныя стѣнки частей младенца достигается съ такою ясностью, что какъ будто бы младенецъ лежитъ не въ маткѣ, а въ брюшной полости. Прежде всего здѣсь необходима повторность изслѣдованія, потому что и въ такой дряблой маткѣ несомнѣнно происходитъ сокращеніе, и врачъ, попадая во время изслѣдованія на сокращенную матку, ясно можетъ ощупать контуры увеличенной матки. Кромѣ того, потирая рукою мѣсто дна матки, можно вызвать маточныя сокращенія, въ особенности при двойномъ изслѣдованіи, а тогда діагностика станетъ ясною.

Образчикомъ того, какъ нетрудно смѣшать gr. extrauter. съ нѣкоторыми видами беременности, привожу исторію болѣзни одной больной, подавшей къ этому поводъ.

Козачка А. К. 27 лѣтъ, поступила въ Клинику 20 сентября 94 года, жалуясь на ноющія боли въ поясницѣ, боли въ лѣвомъ паху, тошноту, рвоту, лихорадочное состояніе.

Больная прислана была изъ Уральской области съ письмомъ отъ врача. Въ письмѣ врачъ высказываетъ подозрѣніе, что у больной его, вѣроятно, находится grav. extrauter. и потому проситъ положить ее въ клинику для производства операціи. Больная живетъ въ хорошей обстановкѣ, мать умерла отъ разрыва сердца, въ роду со стороны матери tuberculosis. 17 лѣтъ вышла замужъ, 6 разъ была беременна и послѣдняго родила 3 года и 2 мѣсяца тому назадъ; продолжительность между родами 11 мѣсяцевъ, а одинъ разъ 5 мѣсяцевъ. Каждая беременность сопровождалась тошнотой и рвотой. 6-ую беременность отъ 3 до 6-го мѣсяца черезъ каждую недѣлю появлялось кровотеченіе, продолжавшееся по суткамъ. Роды и послѣродовой періодъ всегда текли благополучно. Послѣдняя беременность прервалась 5½ мѣсяцевъ, была задержка послѣда на 7 сутокъ съ сильнымъ разложениемъ, такъ что у больной появился запахъ при очищеніи, лихорадочное состояніе, знобъ, жаръ, потъ; выполакиваніе матки сулемою. Явленія эти стихли, послѣ чего больная хотя и поправилаеь, но здоровой себя уже не чувствуетъ, ибо по временамъ бѣваютъ боли рѣзкія, стрѣляющія внизу живота. 15 іюня 1894 года были послѣднія регулы, 21 августа 94 г. безъ всякихъ болей появилось внезапно

кровотеченіе и больная потеряла съ $\frac{1}{2}$ стакана крови, 28 августа повторилось тоже самое, 7 сентября появилось темно-шоколаднаго цвѣта отдѣляемое, что и заставило больную обратиться къ врачу. Врачъ, находя въ лѣвой тазовой сторонѣ опухоль, послалъ ее въ Москву. Больная высокаго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, животъ не увеличенъ, но если изслѣдовать низъ живота, то въ лѣвой подвздошной ямѣ надъ пупартовой связкой прощупывается опухоль полушаровидная съ притупленіемъ звука и съ отрицательными явленіями при аускультаци. Входъ во влагалище, стѣнки влагалища, большія и малыя губы представляютъ характерное явленіе беременности. Влагалищная часть занимаетъ центральное мѣсто, увеличена, разрыхлена и пропускаетъ конецъ пальца вслѣдствіе бывшихъ надрывовъ. Рѣзкое біеніе сосудовъ, въ особенности въ лѣвомъ сводѣ. Въ лѣвомъ и частью въ переднемъ сводѣ прощупывается эластическая полуподвижная опухоль, величиною съ кулакъ, поднимающаяся въ лѣвую подвздошную область. Дно и тѣло матки направляются въ правую сторону, и если постараться отклонить опухоль болѣе влево, то тѣло матки можно прощупывать лежащимъ вправо и позади, немного размягченнымъ и увеличеннымъ. Движенія, сообщаемыя опухолью, неясно передаются на матку. Опухоль прилежитъ тѣсно къ маткѣ, но отдѣляется бороздой, замѣтной болѣе при двойномъ изслѣдованіи черезъ брюшные покровы.

Груди загрубѣли, молозиво отдѣляется. Женщина по всѣмъ признакамъ считаетъ себя беременной. При изслѣдованіи у больной появляются въ опухоль схваткообразныя боли, подъ пальцами она сокращается настолько сильно, что является опасность разрыва. О такихъ же явленіяхъ, какія получаютъ при изслѣдованіи, больная рассказываетъ, что въ послѣдніе 3 дня эти явленія постоянно повторяются.—20 сентября больная поступила въ клинику.

На основаніи задержки кровей, появленія опухоли въ лѣвой сторонѣ съ размягченіемъ влагалищной части, съ характернымъ окрашиваніемъ, біеніемъ сосудовъ, отдѣленіемъ молозива и всѣми субъективными признаками, испытываемой больной, діагностика устанавливается, что больная беременна. Въ виду того, что тѣло матки прощупывается въ правой, а опухоль въ лѣвой сторонѣ и величина опухоли соотвѣтствуетъ 3-хъ мѣсячной задержкѣ, подтверждается подозрѣніе пользующаго ее врача, что беременность, вѣроятно, вѣматочная; но такъ какъ опухоль находится въ тѣсномъ соединеніи съ тѣломъ, принимаемымъ за матку, окончательная діагностика можетъ быть установлена только пробной лапаротоміей, ибо лапаротомія показана уже и потому, что во всякомъ случаѣ, если эта беременность и маточная, то она осложнена какою-либо опухолью, которую можетъ быть удастся точно обследовать и удалить, т. е. опухоль, занимающая лѣвую сторону, можетъ быть беременной маткой, а то, что чувствуется сзади и справа, есть опухоль. Лапаротомія показана потому, что въ послѣдніе дни появляются схватки и потому, если бы это была gr. extraut., оперативное вмѣшательство было бы наиболѣе удачно при цѣлости беременнаго мѣшка.

21 сентября была произведена конфирмативная лапаротомія. По вскрытіи брюшной полости оказалось, что опухоль, находящаяся слѣва, есть не что иное, какъ лѣвый беременный рогъ матки, увеличенный до 3-хъ мѣсячной беременности; правый же рогъ, находившійся сзади, тоже увеличенъ, но вдвое меньше,

причемъ углубленіе между рогами довольно глубокое и доходитъ почти до самой шейки. Слѣдовательно, мы имѣемъ дѣло съ *uter bicornis unicolis* и съ беременностью въ лѣвомъ рогѣ.

Въ силу большого углубленія между рогами, лѣвый беременный рогъ находился въ состояніи *lateroflexio sin.*, чѣмъ и объясняется его отдѣльность при двойномъ изслѣдованіи. Рогъ былъ вправленъ и брюшная полость зашита. Продолжительность ляпоротоміи 10 минутъ, послѣоперационный періодъ протекъ безъ осложнений. Больная пробыла въ клиникѣ 20 дней и уѣхала на родину.

Случай этотъ интересенъ въ томъ отношеніи, что больная была многорожавшая и что, за исключеніемъ послѣдней беременности, роды протекали благополучно и, не смотря на то, что послѣ послѣдней беременности у нея остался послѣдъ, который удаляли, ненормального развитія ея половой сферы не было замѣчено. Ненормальныя ощущенія, испытываемыя больноі во время настоящей беременности—особенно сильныя схваткообразныя боли—могутъ быть объяснены лятерофлексіей беременнаго рога.

Если діагностика внѣматочной беременности поставлена, то прежде всего врачъ долженъ разрѣшить вопросъ: живъ ли плодъ? Отсутствіе сердцебіенія и движенія плода при одиночномъ изслѣдованіи не должно еще подавать поводъ къ отрицательному заключенію. Здѣсь опять важны повторныя изслѣдованія и исчезновеніе явленій, свойственныхъ беременности.

Отысканіе плацентарнаго шума весьма важно, такъ какъ присутствіе его опредѣляетъ мѣсто прикрѣпленія плаценты и даетъ возможность избѣгнуть ея раненія при операциі. Плацентарный шумъ указываетъ на полное кровообращеніе на мѣстѣ выслушванія его, на возможность, стало быть, обильныхъ и опасныхъ кровотечей во время беременности или во время операциі. Уменьшеніе плацентарнаго шума или полное его исчезновеніе, указывая на запустѣніе сосудовъ, указываетъ на возможность удаленія плаценты безъ большого кровотеченія.

Наконецъ является послѣдній вопросъ, можетъ ли плодъ продолжать дальше жить, доносить ли его женщина и не можетъ ли въ это время случиться что либо опасное для жизни матери и плода.

Разъ опредѣлена внѣматочная беременность, женщина должна находиться подъ непрерывнымъ наблюденіемъ врача и все необходимое для ляпоротоміи должно быть приготовлено. Только при этихъ условіяхъ можетъ женщина ждать окончанія беременности. Въ противномъ случаѣ и во 2-ой половинѣ беременности всѣ явленія, которыя угрожаютъ жизни женщины къ первой, могутъ произойти.

Что касается до діагностики затаившихся беременностей и *lithopaedion*, то онѣ диагностируются по общимъ правиламъ тазо-брюшныхъ опухолей.

Изъ исходовъ *graviditatis extrauterinae* есть одинъ, который, насколько мнѣ извѣстно, не былъ еще никогда и нигдѣ упомянутъ, а именно, есть возможность перехода *graviditatis extrauterinae* въ злокачественную опухоль—*deciduoma malignum*. Мнѣ попался такой случай и я сообщаю его здѣсь въ относительно неполномъ видѣ, такъ какъ подробная разработка будетъ произведена потомъ въ отдѣльной статьѣ.

Въ февралѣ 1895 года въ клинику поступила жена свящ., 28 лѣтъ.

Въ анамнезѣ наследственныхъ страданій нѣтъ. Родила 5, послѣдняго 3 года назадъ, всѣхъ благополучно. На 1-омъ году замужества былъ выкидышъ вслѣдствіе тифа. Регулы начала носить съ 16 лѣтъ совершенно правильно, годъ тому назадъ регулы сдѣлались обильными (10—12 дней), а съ полгода тому назадъ у больной показалось кровотеченіе, которое и продолжалось вплоть до поступленія въ клинику. За 8 мѣсяцевъ до поступленія въ клинику, въ іюнь 1894 года, у больной появились сильныя боли внизу живота, осложнившіяся черезъ два дня схватками надъ лѣвымъ пахомъ, съ лихорадочнымъ состояніемъ, рвотой и поносомъ. Эти бурныя явленія продолжались 7 дней, такъ что больная принуждена была лечь въ больницу, гдѣ и пробыла 5 недѣль. Боли стихли, но кровотеченіе съ тѣхъ поръ продолжалось безпрерывно, и въ концѣ августа 1894 года больная замѣтила опухоль внизу живота и частью влѣво, плотную, болѣзненную, подвижную, величиною съ кулакъ. Опухоль съ тѣхъ поръ немного выросла и сдѣлалась неподвижной. По временамъ вмѣстѣ съ кровотеченіемъ показывались боли, небольшое лихорадочное состояніе, вмѣстѣ съ этимъ больная быстро начала худѣть и слабѣть. Все это и заставило ее обратиться въ клинику.

Больная очень блѣдная, истощенная, брюшныя стѣнки похудавшія, и внизу живота надъ *symphus. pubis* прощупывается твердая, бугристая, полуподвижная опухоль съ рѣзкими долями, по плотности и консистенціи напоминающая собой множественную фиброміому. При внутреннемъ изслѣдованіи влагалищная часть оказалась сзади и вправо, а черезъ передній и лѣвый боковой своды прощупывается плотная, бугристая опухоль, находящаяся въ самомъ тѣсномъ соединеніи съ маткой и напоминающая собой фиброміому, такъ что была постановлена діагностика *fibromyoma multiplex*, частью интралигаментарная, вѣроятно съ пораженіемъ придатковъ матки.

24 февраля была произведена лапаротомія.

По вскрытіи брюшной полости спереди и слѣва показалась желтовато-коричневое полушаровидное тѣло, напоминающее собою *haematosalpinx*, величиною съ апельсинъ; по периферіи къ этой опухоли оказались приросшими тонкія кишки и сальникъ, которые безъ большого труда были отдѣлены, и тогда было отмѣчено, что опухоль эта переходила въ другіе бугры, которые, въ количествѣ 4 или 5, оказались продолженіемъ растянутой трубы, достигающими величины небольшого яйца. Такимъ образомъ опухоль представляла изъ себя растянутую трубу, съ пятью перетяжками. Самое большее растяженіе помѣщалось у бахромчатого конца трубы. Повсемѣстно сзади, какъ къ трубѣ, такъ и къ широкой связкѣ, были приращены кишки.

По отдѣленіи этой опухоли и по удаленіи ея изъ брюшной полости часть приращеннаго и измѣненнаго сальника, заключавшая въ себѣ по наружному виду кисты, величиною съ вишню, была удалена. Послѣ чего осмотрѣны кишки и въ одномъ мѣстѣ тонкой кишки найденъ былъ узелъ, величиною съ грецкій орѣхъ, заключавшійся въ стѣнкѣ кишки и частью въ ея брыжжейкѣ. Верхушка полушаровиднаго узла представляла углубленіе, покрытое запекшейся кровью, по снятіи которой оказалось разрушеніе, идущее вглубь опухоли. По этой причинѣ часть

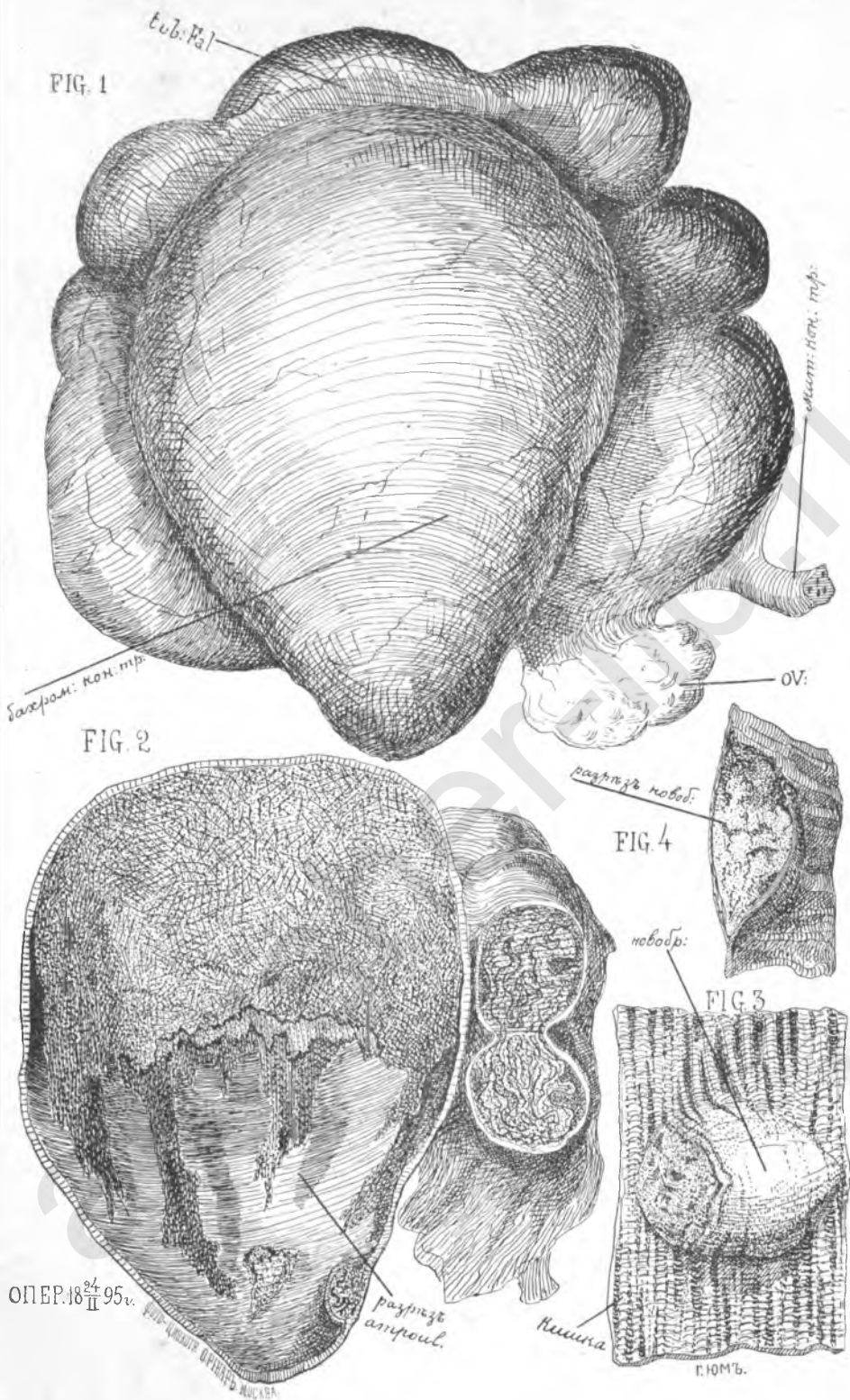


Рис. 70. Deciduoma malignum Фаллопиевой трубы. Fig. 1. Вырѣзанная, растянутая, извѣтная лѣвая труба. Fig. 2. Разрѣзъ Фаллопиевой трубы черезъ ампулу и другое утолщеніе. Fig. 3. Вырѣзанный кусокъ тонкой кишки, пораженной децидуомой. Fig. 4. Разрѣзъ новообразованія въ трубѣ.

ОПЕР. 18²⁴/_{II} 95г.

тонкой кишки была резецирована и оставшіяся петли кишекъ сшиты по обыкновенному способу. Послѣоперационный періодъ текъ безъ лихорадки и безъ осложнений. Несмотря на опій, больную прослабило произвольно на 4-ый день, аппетитъ, сонъ и проч. функціи были удовлетворительны, но больная была очень слаба, и только къ 16-му дню послѣ операциі силы больной стали возстановляться.

Разсматривая удаленную опухоль (рис. 70), мы видимъ лѣвую трубу, многообразно увеличенную, извилистую, какъ это видно на fig. 1-ой, причемъ являлась рѣзкая разница въ цвѣтъ: растяженіе около бахромчатого конца (наибольшее) было красно-желтаго цвѣта, какъ бываетъ при haematosalpinx, растяженіе по тракту трубы напоминало собой hydrosalpinx, яичникъ представлялся немного увеличеннымъ и кистозно-перерожденнымъ. Поверхность опухоли была шероховатая, испещренная кровоподтеками, что зависѣло отъ бывшихъ приращеній; перфораций на опухоляхъ нигдѣ не было отмѣчено. Препаратъ былъ растянутъ и по продольной оси былъ сдѣланъ разрѣзъ. Какъ видно на fig. 2-ой, растяженіе около ампуллы зависѣло съ одной стороны отъ кровянисто-серозной жидкости темнаго цвѣта, а съ другой отъ губчатой, полумягкой, темнокраснаго цвѣта ткани, напоминающей собой какъ бы размяченную *mola carnea* или плицентарную ткань. Стѣнка трубы представлялась кожистою, толщиною линіи въ двѣ, бѣловато-желтоватаго цвѣта, рѣзко отдѣлявшеюся отъ этой спонгиозной массы.

Другія растяженія трубы были наполнены серозною жидкостью, слегка окрашенной кровью, а въ толщѣ стѣнки каждаго растяженія находился узелъ, какъ видно на fig. 2, сѣроватаго желтовато-розоватаго цвѣта, испещренный темными, неправильно расположенными точками. Опухоль не совсѣмъ плотной консистенціи, дающая сокъ и въ разрѣзѣ напоминающая собою *sarcoma* или *carcinoma telangiectoides*.

На fig. 3 видны разрѣзъ просвѣта тонкой кишки и опухоль, покрытая неразрушенной слизистой кишки; только продольныя складки на мѣстѣ опухоли изглажены и слизистая плотно пристаётъ къ опухоли.

На fig. 4-ой изображенъ разрѣзъ черезъ толщу кишки и опухоли, причемъ разрѣзъ опухоли представляется совершенно идентичнымъ съ разрѣзомъ узловъ, расположенныхъ по тракту трубы; микроскопическое изслѣдованіе кишечнаго и трубныхъ узловъ показало, что они состоятъ изъ децидуальныхъ клѣтокъ, залегающихъ какъ въ толщѣ мышечной и соединительной ткани, такъ и въ толщѣ сосудовъ (рис. 71 и 72).

Этимъ покажутся и ограничиваются наши изслѣдованія. На основаніи ихъ можно съ вѣроятностью сказать, что мы имѣемъ передъ собою *decidua maligna*, напоминающую собой *deciduocarcinoma (malignum)*.

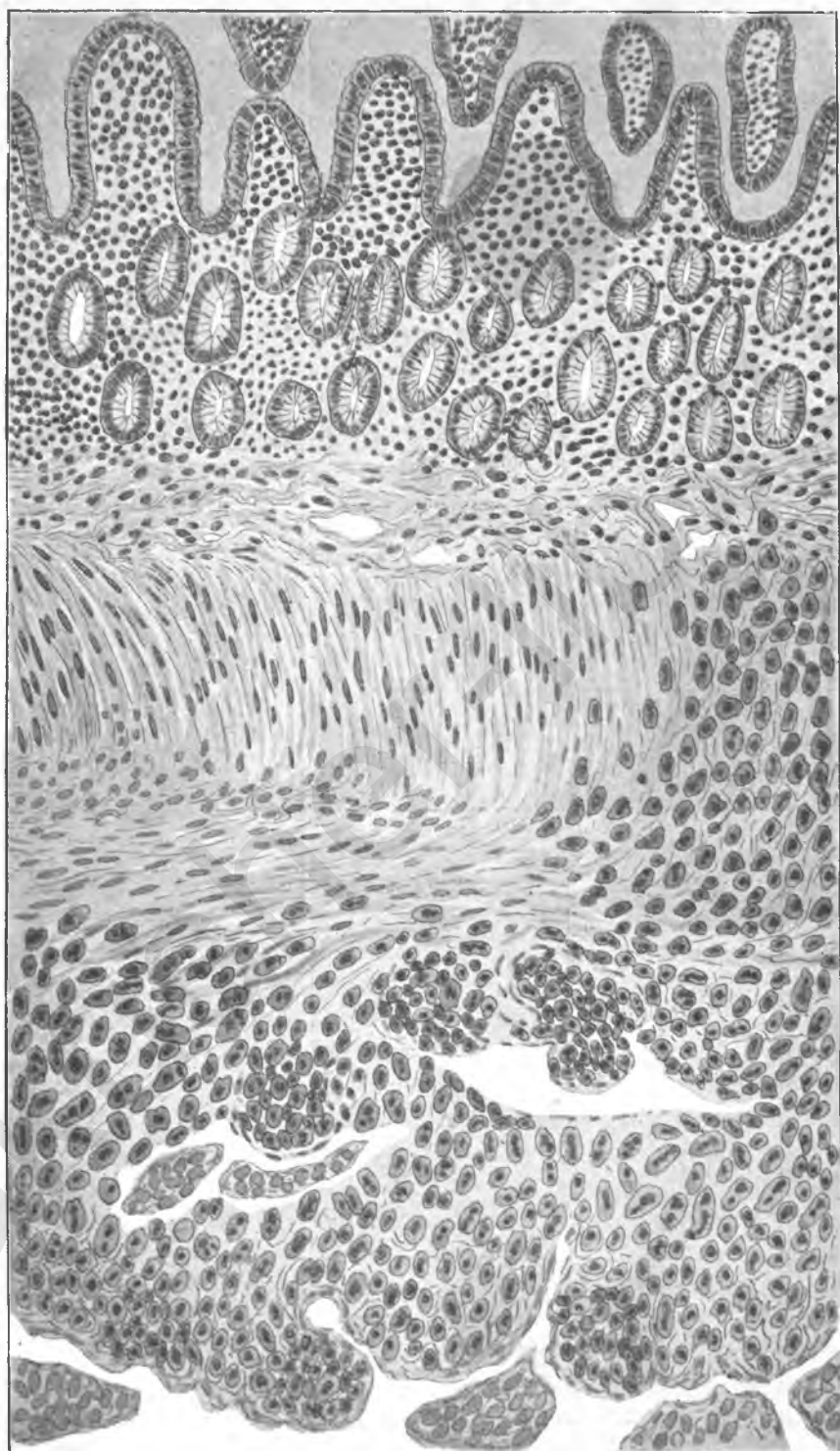
Хотя у больной и не было задержки регуль, но въ іюлѣ мѣсяцѣ всѣ явленія, свойственныя тресканію беременной трубы и внутритрубному кровоизліанію, были на лицо съ послѣдовательнымъ, постояннымъ, обильнымъ, настойчивымъ кровотеченіемъ и съ явленіями перитонита. Отъ этихъ явленій она лѣчится въ продолженіе 5 недѣль въ больницѣ, а въ августѣ мѣсяцѣ замѣчаетъ уже опухоль внизу живота и слѣва. Такимъ образомъ только одного признака, предварительной задержки регуль, не существовало.



Рис. 71. Разрѣзъ узла децидуомы въ Фаллопиевой трубѣ.

Микроскопическая картина растяженія бахромчатого конца удивительно схожа съ haematosalpinx e graviditate extrauterina. Поэтому весьма вѣроятно, на основаніи множества разбросанныхъ метастазовъ, какъ въ трубѣ, такъ и въ кишкахъ, (ибо помимо большого узла въ кишкѣ, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ кишекъ и въ салъникѣ замѣчались маленькіе узелки, вѣроятно, той же натуры), что мы имѣемъ дѣло съ злокачественнымъ новообразованіемъ, микроскопическое изслѣдованіе котораго даетъ довольно ясную картину децидуомы.

Поэтому весьма вѣроятно предположить, что децидуома эта развилась изъ беременной decidua, которая помѣщалась въ трубѣ. Съ этимъ согласуется быстрое исхуданіе и истощеніе больной и медленное поправленіе и восстановленіе силъ и здоровья послѣ операциіи. Если существованіе въ маткѣ новообразованія deciduoma malignum теперь уже всѣми признано и вполне доказано (о чемъ смотри стр. 100), то въ данномъ случаѣ нѣтъ ничего удивительнаго, что изъ патологической формы беременности можетъ развиваться та-же deciduoma, такъ какъ въ маточной и эктопической беременности deciduae не разнятся между собою.



О.РЕНАРЬ

Г.ЮМЬ

Рис. 72. Разрѣзь тонкой кишки, пораженной децидуомой.

Г Л А В А VI.

Subinvolutio.

Недостаточное обратное развитие матки (5,78% кровотечений) въ послѣродовомъ состояніи подаютъ поводъ къ кровотечениямъ, а по окончаніи послѣродового періода обуславливаетъ катарральную гиперсекрецію и появленіе *menstruationis profusae et protractae*, *menorrhagiae* и вообще неправильности регуль. Изъ разспроса больной ясно, что неправильность регуль начала замѣчаться съ послѣднихъ родовъ или выкидыша, при отсутствіи лихорадочнаго состоянія и болѣе внизу живота; впрочемъ отсутствіе болѣе не постоянно, ибо недостаточная инволюція располагаетъ къ воспалительнымъ заболѣваніямъ какъ самую матку, такъ и окружающіе ее органы и ткани. Разспросъ больной убѣждаетъ, что экзацербации, свойственной хроническому метриту, нѣтъ. Это обстоятельство должно помнить твердо, потому что при внутреннемъ изслѣдованіи субинволютированная матка всегда чувствительна, увеличена, разрыхлена, такъ что всѣ физикальные кардинальные признаки воспаления матки па лицо и разница состоитъ только въ слѣдующемъ: въ отсутствіи экзацербаций, въ отсутствіи воспаления послѣ родовъ и въ присутствіи раскрытія наружнаго маточнаго отверстія. Это раскрытіе наружнаго маточнаго отверстія явленіе постоянное при *subinvolutio* и только случайное при хроническомъ воспаленіи матки. Кромѣ того если *subinvolutio* не осложнена какимъ либо воспаленіемъ, то чувствительность матки замѣчается только при обследованіи задней поверхности ея *per lacunam posteriorem vaginae*. И такъ *subinvolutio* при внутреннемъ изслѣдованіи характеризуется увеличеніемъ матки, размягченіемъ и раскрытіемъ наружнаго маточнаго отверстія съ дряблостью и вялостью его, нѣкоторою чувствительностью задней поверхности матки и склонностью къ смѣщенію (*retroflexio, retroversio*). Присутствіе ссадинъ и язвъ на наружномъ маточномъ отверстіи явленіе непостоянное. Женщины, страдающія *subinvolutione*, могутъ забеременѣть, но теченіе беременности бываетъ трудное, или въ силу субъективныхъ ощущеній, или по причинѣ кровотеченій и склонности къ выкидышу; впрочемъ послѣ родовъ и послѣ выкидыша женщина легко подвергается воспалительнымъ заболѣваніямъ и иногда субинволютированная матка легко поражается хроническимъ воспаленіемъ. Осложненіе *subinvolutionis* хроническимъ воспаленіемъ матки очень рѣдко и если при этомъ замѣчается *retroflexio* съ приращеніемъ къ дугласову пространству, то излѣченіе такого случая высоко трудное, о чемъ при *retroflexionibus* будетъ упомянуто.

Г Л А В А VII.

Retroflexio, Retroversio, Retropositio.

Retroflexio-versio-positio uteri чаще другихъ смѣщеній подаютъ поводъ къ кровотеченію (1-я въ 2, 85%, 2-ая въ 2, 08%, 3-ья въ 1, 78%). Извѣстно, что первыя двѣ болѣзни могутъ быть врожденными и приобретенными, но врожденныя

рѣдко или почти никогда не служатъ сами по себѣ причиною кровотеченія, значить здѣсь будетъ говорено только о приобретенныхъ смѣщеніяхъ взадъ.

Чаще эти измѣненія встрѣчаются у рожавшихъ женщинъ и причина ихъ образованія лежитъ или въ субинволюціи и расслабленіи связокъ, или въ воспаленіяхъ тазовой брюшины съ исходомъ въ сращеніе. Для образованія *retroflexionis* надо, чтобы матка была увеличена и размягчена, что обыкновенно и наблюдается въ послѣ-родовой маткѣ. Для образованія же *retroversionis* достаточно одного увеличенія, безъ размягченія; тогда матка въ силу тяжести опускается въ полость таза (*descensus uteri*), а дно матки помѣщается въ полость крестцовой кости. Для происхожденія *retropositionis* нужно, чтобы воспалилась брюшина, покрывающая заднюю поверхность матки и дугласово пространство и произошло сращеніе между двумя сказанными брюшинными листками, причемъ, разумѣется, явленія *subinvolutionis* и хроническаго воспаленія матки по понятнымъ причинамъ могутъ быть на лицо. Во всѣхъ сказанныхъ случаяхъ причиною кровотеченія является: или *увеличеніе матки съ размягченіемъ ея*, или *хроническое воспаленіе матки*, или, при отсутствіи этихъ измѣненій, *разстройства въ кровообращеніи вслѣдствіе искривленій матки*, или *вслѣдствіе потери подвижности*. Стало бытъ при діагностикѣ таковыхъ смѣщеній не столько важна форма смѣщенія, сколько измѣненія въ консистенціи, чувствительности, величинѣ, подвижности матки, и успѣшнѣе будетъ лѣчить тотъ, кто при лѣченіи будетъ устранять сказанныя кардинальныя измѣненія, чѣмъ тотъ, который свое лѣченіе оснуетъ лишь на формѣ смѣщенія. Разбирая въ отдѣльности всѣ 4 кардинальныхъ свойства матки, видимъ, что самое важное измѣненіе изъ нихъ состоитъ въ потери подвижности (*immobilisatio uteri*) и если потеря подвижности полная, напр. по причинѣ твердыхъ, плотныхъ приращеній, то случай очень трудный для лѣченія, хотя кровотеченіе можетъ быть устранено иногда только временно, иногда же и навсегда. Обративъ вниманіе на эти пункты, уже не трудно поставить діагностику по формѣ смѣщенія.

Но раніше чѣмъ описывать физикальную діагностику, должно припомнить жалобы больныхъ на разстройства, испытываемыя ими отъ таковыхъ смѣщеній. Они состоятъ въ мѣстныхъ и общихъ разстройствахъ и во всѣхъ трехъ видахъ смѣщеній разница скорѣе количественная, чѣмъ качественная. Боли внизу живота могутъ отсутствовать при *retroversio*, но при *retroflexio* и *retropositio* боли явленіе постепенное. Больныя жалуются на сильныя боли въ поясницѣ, внизу живота, въ пахахъ и въ нижнихъ конечностяхъ, усиливающіяся при движеніи и ходѣбѣ. Боли и ощущенія въ нижнихъ конечностяхъ бываютъ разнообразны: или чувство тоски въ ногахъ, или сильныя невральгическія боли, распространяющіяся то по переднему бедренному нерву, то по сѣдалищному. Акты мочеиспусканія и дефекаціи по большей части болѣзненны; присутствіе геморроидальныхъ явленій, болѣзненной дефекаціи, болей въ копчикѣ—явленія нерѣдкія. Бѣли и разстройства регуль, выражающіяся въ меноррагіяхъ, метроррагіяхъ и дисменорреѣ, явленія почти постоянныя при ретрофлексіяхъ и ретроверсіяхъ. *Coitus* болѣзненъ, а иногда и невозможенъ по причинѣ болей и спазма; чувство жара, зуда, выпиранія чего-то изъ передняго прохода, мѣшающаго больнымъ ходить. Вслѣдствіе потери соковъ бѣлями, кровотечениями, иногда еще и геморроидальными, и вслѣдствіе за-

поровъ, является разстройство пищеваренія, упадокъ питанія, малокровіе и нервное разстройство, а вслѣдствіе всасыванія газовъ явленія копреміи; а такъ какъ все эти явленія продолжаются хронически, то состояніе больныхъ можетъ быть высокострадальческимъ. *Facies uterina*, выпаденіе волосъ, постоянныя мигрени и различнаго рода невралгіи могутъ привести больныхъ въ состояніе полной инвалидности, такъ что нѣтъ ничего удивительнаго въ случаѣ, рассказанномъ Köberle, гдѣ больная 22 лѣтъ послѣ посѣщенія 25 врачей рѣшилась подвергнуться ляпаротоміи, дабы оторвать матку отъ сросеній и вправить ее; случай окончился выздоровленіемъ; а въ настоящее время это составляетъ почти правило при неудаляемыхъ приращеніяхъ матки кзади. Не мало можно рассказать случаевъ, гдѣ женщины въ силу страданій охотно рѣшаются подвергнуться самымъ героическимъ способамъ лѣченія и изъ нихъ-то и составляется въ настоящее время контингентъ случаевъ для кастраціи. Словомъ, смѣщенія взадъ съ приращеніемъ всегда ведутъ къ бесплодію, къ выкидышамъ, къ хроническому воспаленію матки, къ разстройствамъ пищеваренія, анеміи, копреміи и истеріи съ разнообразными невралгіями.

Объективное изслѣдованіе. Если положить пальцы надъ *symph. pubis* и начать изслѣдовать плоскость входа въ малый тазъ, то во всехъ случаяхъ дно матки не прощупывается, изъ чего заключеніе ясно: или матка опущена, или находится въ задней половинѣ таза. Если при этомъ, дойдя до *promontorium*, опустить пальцы въ глубь таза и у больной покажутся боли, то ясно заключеніе, что брюшина въ задней половинѣ таза или раздражена или воспалена.

Итакъ отсутствіе ощупыванія дна матки при наружномъ изслѣдованіи у женщины рожавшей должно наводить на мысль о смѣщеніи матки кзади; и внутреннее изслѣдованіе тотчасъ же подтвердитъ справедливость такого заключенія. Если случай будетъ *retroflexio*, то влагалищная часть матки центральна, пальцы въ переднемъ сводѣ сведутся, не встрѣчая ни дна, ни тѣла матки и при изслѣдованіи задняго свода встрѣчается опухоль, движенія которой непосредственно сообщаются шейкѣ матки и контуры которой напоминаютъ дно и тѣло матки, а надавливая пальцами по плоскости входа въ тазъ легко ощупать соотношеніе между опухолью и шейкой матки, причѣмъ ощупывается той или другой величины уголъ (тупой, прямой или острый).

При *retroversia*хъ отверстіе матки и влагалищная часть находятся въ передней половинѣ таза близъ *symph. pubis* и близко отъ входа во влагалище. Во всякомъ случаѣ передняя стѣнка влагалища укорочена, передній сводъ уже, задній же растянутъ и при двойномъ изслѣдованіи въ немъ прощупывается дно и тѣло матки, соотношеніе которыхъ можно прослѣдить, ведя палецъ по задней поверхности влагалищной части кверху и кзади. Когда поставлена діагностика *retroflexio* или *retroversio*, то тотчасъ же ставятъ діагностику, приращено ли дно матки къ дугласову пространству и прямой кишкѣ, или нѣтъ, что узнается при помощи двойного изслѣдованія и, если приращенія существуютъ, то вправить дно и тѣло матки изъ дугласова пространства нельзя. Въ противномъ случаѣ дно и тѣло матки легко вправляются. Способъ вправленія слѣдующій: вводятъ одинъ или два пальца въ задній сводъ и толкаютъ черезъ него дно матки кверху и

нѣсколько вбокъ, дабы избѣжать promontorium; въ тоже время другой рукой *per parietes abdom.* стараются захватить черезъ брюшные покровы дно матки и оттянуть его впередъ. Если же этотъ маневръ трудно удается, то заводятъ пальцы въ передній сводъ за шейку матки и усиленно отталкиваютъ шейку кзади. Иногда оба эти способа чрезвычайно болѣзненны и потому не приложимы. Тогда ставятъ женщину въ положеніе *à la vache* и, если приращеній не существуетъ, то дно и тѣло матки уходятъ въ брюшную полость и матка переходитъ въ состояніе *anteversionis*. Въ случаяхъ же приращеній, такого перемѣщенія дна и тѣла матки не замѣчается, а задній сводъ или остается на своемъ мѣстѣ, или нѣсколько оттягивается кверху, оставаясь также растянутымъ, и черезъ него прощупывается очень хорошо дно и тѣло матки. Опредѣливши подвижность или неподвижность матки, т. е. вправимость или невправимость ея, врачъ долженъ обратить вниманіе на состояніе яичниковъ, такъ какъ при этихъ двухъ формахъ опущеніе, увеличеніе и приращеніе яичниковъ составляютъ нерѣдкое явленіе и, если яичники оказываются приращенными, то, хотя бы матка и была вправима, полное излѣченіе затруднительно, но возможно.

Что касается до діагностики ретропозиціи, то при внутреннемъ изслѣдованіи отверстіе матки и влагалищная часть находятся въ задней половинѣ таза и по большей части высоко. Передній сводъ растянуть и пальцы при двойномъ изслѣдованіи сходятся, что указываетъ, что растяженія пузыря мочею нѣтъ, а равно нѣтъ и опухоли, которая отталкивала бы дно и тѣло матки кзади. Уже этого одного достаточно, чтобы сдѣлать заключеніе, что явленіе это не физиологическое, а патологическое и что смѣщеніе зависитъ отъ приращенія матки къ прямой кишкѣ; и потому, если палецъ одной руки поставить на наружное отверстіе матки, а пальцами другой руки идти по направленію къ *promontorium*, то, когда дойдемъ до него, больная будетъ жаловаться на чувство боли, а при движеніи пальцами въ глубь таза иногда удается ощупать дно матки, иногда же нѣтъ; но во всякомъ случаѣ при этомъ получается толчекъ на влагалищную часть, причемъ по разстоянію между пальцами можно опредѣлить величину матки. Остается теперь узнать, насколько тверды, или растяжимы, или болѣзненны приращенія, для чего одинъ или два пальца вводятся въ задній сводъ и шейка матки отталкивается по направленію къ *symph. pub.* Ощупываніе консистенціи задняго свода и количество боли, испытываемой больной, укажутъ, есть ли это хроническій адгезивный процессъ или подострый.

Прогностика изъ всего вышесказаннаго ясна. Лѣченіе же основывается на удаленіи ненормальностей въ кардинальныхъ свойствахъ матки (въ консистенціи, величинѣ чувствительности, подвижности).

ГЛАВА VIII.

Anteflexio uteri congenita, collum conicum.

Въ таблицѣ помѣчено 48 случаевъ *anteflexionis*, бывшихъ причиной кровотоечения, т. е. 3,50%. Изъ этихъ 48 случаевъ большая часть врожденныхъ и лишь незначительная приобрѣтенныхъ.

По этотъ процентъ кровотеченій относительно антефлексій невѣренъ, такъ какъ къ этой группѣ случаевъ надо отнести и *collum conicum*, которые у насъ въ таблицѣ помѣчены почти всѣ въ другихъ отдѣлахъ, что уже значительно увеличиваетъ $\%$ кровотеченій; кромѣ того иногда врожденная *anteflexio* и не помѣчалась вовсе, а помѣчались ея осложнения, такъ какъ по поводу этихъ осложненийъ больныя являлись за помощью; эти осложнения суть: *oophoritis*, *perimetritis*, *parametritis*, *metritis*, такъ что $\%$ кровотеченій, вѣроятно, вдвое больше (7%). При послѣдующемъ описаніи мы обратимъ вниманіе исключительно на врожденные флексіи, такъ какъ причины кровотеченій въ приобретенныхъ антефлексіяхъ зависятъ или отъ потери подвижности матки, или отъ измѣненій въ структурѣ. Наблюденія показываютъ, что изъ всѣхъ недостатковъ развитія матки антефлексіи самыя частыя: такъ на 7599 больныхъ число врожденныхъ недостатковъ развитія 790, т. е. $10,40\%$, а изъ 790 случаевъ 245 относятся на долю *anteflexio*, т. е. $31,01\%$. Если же прибавить къ этому число случаевъ *collum conicum* (139) и *anteflex. c. coll. con.* (83), то $\%$ будетъ равенъ $59,11\%$.

Такимъ образомъ больше половины числа врожденныхъ недостатковъ развитія относится на долю *antefl. cum coll. con.* Кромѣ того, благодаря нашимъ общественнымъ условіямъ, какъ то: образованію, воспитанію и социальному положенію женщинъ, число недостатковъ развитія матки увеличивается съ каждымъ годомъ. А такъ какъ эти недостатки развитія влекутъ за собою безплодіе, то значеніе этой болѣзни принимаетъ уже характеръ государственной и социальной важности, ибо тѣсно связано съ вопросомъ о плодovitости женщинъ и, стало быть, съ вопросомъ о народонаселеніи. Наблюденіе показываетъ, что, если причина безплодія кроется только въ этихъ формахъ и если рано будетъ на нихъ обращено вниманіе, такая причина безплодія можетъ быть успѣшно излѣчена, а стало быть въ будущемъ и не подастъ поводъ къ кровотечениямъ, какъ самостоятельная причина. Эти обстоятельства заставляютъ меня коснуться этого вопроса въ болѣе обширныхъ границахъ, тѣмъ паче, что въ общепринятыхъ руководствахъ мало отведено вниманія на жизнь и теченіе этого недостатка развитія. Не смотря на частоту этой болѣзни, этиологія ея мало уяснена и точнаго о ней можно сказать очень немного. Самые экзквизитные случаи такого недостатка развитія, бывають иногда совместно съ общимъ недостаткомъ развитія, что доказывается тѣмъ, что не только функція матки, но и функція пищеварительнаго аппарата, сосудистой системы и психическія бывають одинаково несовершенно развиты, такъ напр. это можно видѣть въ случаяхъ хлороза, гдѣ всѣ функціи матки почти не проявляются, пищевареніе такъ слабо дѣятельно, что заставляеть думать о несовершенствѣ развитія пищеварительнаго аппарата. Недостатки же развитія сосудистой системы блистательно доказаны изслѣдованіями Вирхова. Функція кожи тоже понижена, ибо напр. пота совсѣмъ не бываетъ. Словомъ, всѣ секретіи и экскреціи организма находятся на самыхъ низкихъ ступеняхъ развитія. Далѣе, очень нерѣдко наблюдается, что врожденные *anteflexiones* тѣсно связаны съ раннимъ появленіемъ ожирѣнія, причеиъ появленіе этого послѣдняго не можетъ быть никоимъ образомъ приписано какимъ-либо вышнимъ условіямъ жизни. Это заставляеть думать, что въ самомъ организмѣ

находятся врожденные недостатки, влекущие за собою усиленное отложение жира. Иногда эти недостатки развития бывают совмѣстны съ измѣненіемъ скелета, напр., съ общимъ суженіемъ таза и, наконецъ, мнѣ удавалось изъ разспроса больныхъ убѣждаться въ постепенномъ уменьшеніи количества дѣторожденій; такъ бабушка родила троихъ, мать одну, а дочь ни одного, и въ этихъ случаяхъ явленіе это совпадало какъ бы съ вымираньемъ рода (Entartung). Во всѣхъ этихъ случаяхъ одна *anteflexio* или *antefl. c. coll. conic.* были только частичнымъ явленіемъ или симптомомъ общаго недостаточнаго развитія всего организма; разумѣется въ этихъ случаяхъ не было уже никакой надежды на какое-либо удаленіе явленій послѣдствій этого недостатка. Но, по счастью, количество такихъ случаевъ не особенно значительно. Въ другихъ же случаяхъ нельзя было отыскать осязательныхъ недостатковъ развитія организма и наблюденіе показывало, что устраненіе суженія или искривленія исправляло всѣ функціи матки и женщины забеременѣвали и рождали и даже неоднократно. Изъ всѣхъ классовъ общества средней, образованный классъ, повидимому болѣе расположенъ къ такому недостатку развитія, что, можетъ быть, объясняется условіями воспитанія дѣвочекъ, ибо у гимназистокъ и институтокъ эта форма встрѣчается чаще всего; хотя практика показываетъ, что наибольшій контингентъ больныхъ, являющихся по причинѣ безплодія, зависящаго отъ *anteflexio*, есть еврейки, но это кажущаяся частота, а не дѣйствительная, потому что въ русскомъ народѣ безплодіе не составляетъ безчестія для женщины и не даетъ повода къ разводу, у евреевъ же въ случаѣ безплодія на 9-ый годъ замужества можетъ быть произведенъ разводъ; вотъ почему еврейки чаще всего являются на 7-ой, 8-ой годъ замужества къ врачу для устраненія безплодія.

Такимъ образомъ, причины такого недостатка развитія матки или послѣдственныя, или приобрѣтенныя. Но если этиологія темна, то клиническая картина можетъ быть очерчена съ величайшей ясностью. Типическіе случаи *anteflexionis et colli conici* начинаютъ проявлять себя съ періода *pubertatis*, т. е. съ той поры, когда въ половой сферѣ появляется первая функція—менструація, такъ что въ 90% менструація до замужества такъ или иначе разстроена, что доказываетъ наша таблица, гдѣ изъ 467 случаевъ только 46 начали менструировать правильно. Разсматривая ближе эти разстройства менструаціи до замужества, мы видимъ, что въ болѣе чѣмъ 44% первое появленіе кровей сопровождалось появленіемъ дисменорреи, причѣмъ въ 30% крови съ перваго начала до самаго замужества ходили сильно, въ 20% слабо, лишь въ 1 случаѣ была замѣчена аменоррея и только въ 10% правильно (*).

Такое разстройство менструаціи съ перваго появленія ея и вплоть до замужества, конечно, не остается безъ вліянія какъ на заболѣваніе половой сферы, такъ и всего организма. Естественный вопросъ: отчего зависитъ такое разстройство менструаціи? Причина такового разстройства лежитъ или въ суженіяхъ *ostii*

(*) Если встрѣчался случай, гдѣ напр. была дисменоррея и менструація ходила сильно, то онъ помѣчался въ двухъ графахъ: въ графѣ дисменорреи и въ графѣ сильной менструаціи. Вотъ почему сумма процентовъ равна не 100, а 110.

extēnī, или въ ригидности шейки матки, или въ суженіи шейнаго канала вслѣдствіе искривленія. Всѣ эти причины обусловливаютъ затрудненный стокъ менструальной крови, что влечетъ за собой задержаніе крови въ полости матки и расширеніе ея, результатомъ чего являются схваткообразныя боли и проталкиваніе крови сквозъ суженное мѣсто: отсюда боли при кровяхъ имѣютъ схваткообразный характеръ и появляются нерѣдко за сутки до появленія кровей, а съ выходомъ крови и расширеніемъ суженнаго мѣста тотчасъ исчезаютъ. Такимъ образомъ въ 90% первыя регулы сопровождаются дисменорреей, которая можетъ быть названа при этихъ условіяхъ врожденной. Это ежемѣсячное расширеніе и сокращеніе матки, разумѣется, производитъ раздраженіе матки, влекущее за собой приливъ крови къ маткѣ и къ тазовымъ органамъ, что въ свою очередь вызываетъ во 1-хъ усиленную гиперсекрецію, бѣли, которыя, задерживаясь въ полости матки, причиняютъ тоже расширеніе полости ея съ послѣдовательными сокращеніями матки, и во 2-хъ раздраженіе брюшины; отсюда появленіе болей. Такимъ образомъ по истеченіи нѣкотораго времени у дѣвушки, помимо дисменоррейныхъ болей, появляются интерменструальныя и бѣли. Постоянное переполненіе кровью матки и ея придатковъ влечетъ за собой расположеніе къ воспалительнымъ заболѣваніямъ и субъекты при малѣйшихъ стимулахъ дѣйствительно ими поражаются. Наблюденія показываютъ, что особенно лѣвый яичникъ склоненъ къ воспалительному заболѣванію и потому иногда до замужества у такихъ особей можно констатировать при изслѣдованіи *per rectum* увеличенный, опущенный и болѣзненный лѣвый яичникъ. Благодаря этой же причинѣ, сосѣдніе органы въ полости таза, въ особенности мочевой пузырь, вскорѣ заболѣваютъ и потому жалобы на частыя болѣзненные позывы особенно передъ регулами обычное явленіе. Вслѣдствіе расширенія полости матки и по причинѣ приливовъ крови къ тазовымъ органамъ потеря крови при регулахъ становится больше, и нерѣдко еще до замужества регулы уже начинаютъ ходить въ видѣ *menstruatio profusa*. Эта усиленная потеря соковъ бѣлями и регулами и страданія отъ боли вліяютъ истощающимъ образомъ на весь организмъ. Появляется обычное расстройство пищеваренія съ упорными запорами, смѣняющимися поносами, что влечетъ за собой похуданіе, нервное расстройство съ ясно или неясно выраженной *facies uterina*. Если при этихъ условіяхъ дѣвушка выходитъ замужъ, то вслѣдствіе новой функціи, *coitus*, происходятъ разнообразныя явленія: *coitus* обыкновенно съ перваго момента и въ послѣдующее время, или болѣзненъ, или индифферентенъ, или невозможенъ, или иногда служитъ даже причиной, ускоряющей появленіе воспаленій. Обыкновенно женщины остаются при этомъ бесплодны, какъ показываетъ наша таблица въ чистыхъ формахъ *antefl.* въ 92,25%, въ чистыхъ формахъ *coll. con.* въ 96%, въ *antefl. c. coll. con.* въ 97,59%. Причина этого безплодія какъ сказано уже лежитъ въ несовершенномъ развитіи матки. Но иногда женщина можетъ забеременѣть, но обыкновенно къ концу 3-яго мѣсяца выкидываетъ. Явленія послѣ выкидыша бываютъ бурныя, ибо сокращенія матки бываютъ несовершенны и потому иногда остаются части яйца. Отсюда послѣ аборта, или является воспаленіе матки съ ея придатками, или септицемія, или кровотеченіе, что уже окончательно разстраиваетъ и безъ того разстроенное здоровье женщины.

Иногда такіе абортъ происходят по нѣскольку разъ и переводятъ женщину въ инвалидное состояніе. Однако-же и помимо беременности явленія въ тазовыхъ органахъ, показывающіяся впоследствии, приводятъ къ тому же результату. Хроническое расширеніе полости матки влечетъ за собою послѣдовательное расширеніе маточныхъ окончаній трубъ, и катарральное состояніе съ полости матки переходитъ на трубы, производя явленія хроническаго сальпингита, причиняющаго въ свою очередь воспаленіе тазовой брюшины (pelveoperitonitis). Благодаря этому же расширенію полости матки и переполненію кровью ея существа, матка переходитъ въ состояніе хроническаго воспаления. Такимъ образомъ въ концѣ концовъ почти всѣ тазовые органы и ткани бывають такъ или иначе поражены и общее состояніе здоровья окончательно уже разстраивается, такъ что женщина переходитъ въ полное инвалидное состояніе: хроническая гиперсекреція катарральная и менструальная, воспалительныя и дисменоррейныя боли, dyspareunia и vaginismus, oophoralgia и оофориты, irritatio vesicae, расстройства пищеваренія, hysteria и даже эпилептическіе припадки. Поэтому женщина не можетъ быть женой, не можетъ быть хозяйкой, не бываетъ матерью и существованіе ея дѣлается вполне тягостнымъ, какъ для нея самой, такъ и для окружающихъ. Цѣлые дни проводитъ она въ лежаніи, перемѣняя массу врачей и перепробовавъ всѣ аптекарскія снадобья. Въ типическихъ, законченныхъ случаяхъ эти больныя представляютъ поистинѣ страдалицъ, у которыхъ нѣтъ ни одной точки въ тѣлѣ, которая бы такъ или иначе не болѣла. Эти страданія продолжаются черезъ всю менструальную жизнь больной и начинаютъ уменьшаться или погасать только съ наступленіемъ климактерическаго періода, который у нихъ протекаетъ продолжительно и бурно

И кровотеченія въ это время составляютъ обычное явленіе. Но мало изъ нихъ доживаетъ до 50-ти лѣтъ, обыкновенно многія гибнуть вслѣдствіе разныхъ легко присоединяющихся болѣзней (воспаленіе легкихъ—чахотка); но и тѣ, которыя перескакиваютъ этотъ возрастъ, выздоравливаютъ не вполне, ибо нервныя расстройства остаются еще надолго. Я уже упомянулъ, что явленія заболѣванія яичниковъ очень рано показываются, и вотъ, благодаря имъ или другимъ какимъ либо условіямъ, кисты и кистомы яичниковъ у такихъ больныхъ, а равно и фибромы, составляютъ нерѣдкое явленіе, подавая поводъ при этихъ несчастныхъ условіяхъ производить овариотоміи. И еще одно явленіе удалось мнѣ подмѣтить, что кистомы яичниковъ у такихъ особей очень склонны злокачественно перерождаться.

Итакъ, діагностика, уже изъ одного разспроса больныхъ весьма ясна: врожденная дисменоррея и безплодіе, dyspareunia, hypersecretio и хроническія обостряющіяся воспаленія тазовыхъ органовъ. Изъ этихъ данныхъ врачъ выводитъ заключеніе, что причина безплодія, если мужъ здоровъ, лежитъ въ несовершенствѣ развитія тазовыхъ органовъ, и при изслѣдованіи убѣждается въ слѣдующемъ: входъ въ полость малаго таза болѣзненъ, брюшныя стѣнки крайне неподатливы, большія и малыя губы развиты плохо, остатки hymenis вялы, дряблы, бѣлесовато-розовы. Влагалище или нормально, или замѣчается короткость его и нѣкоторая гладкость стѣнокъ, влагалищная часть лежитъ или цен-

трально, или эксцентрично, но форма, величина и консистенція различны, смотря по формѣ болѣзни.

Въ случаѣ конической шейки влагалищная часть можетъ находиться или въ передней или въ задней половинѣ таза и, если она въ передней половинѣ таза, то нерѣдко можно замѣтить короткость передней стѣнки влагалища. Форма влагалищной части или цилиндрическая, или коническая, или полушаровидная. Величина различна: или меньше или больше (отъ $\frac{1}{2}$ до 2"). Но консистенція всегда плотная, иногда даже хрящеватая, и курьезенъ тотъ фактъ, что даже во время мѣсячныхъ очищеній размягченія влагалищной части не происходитъ совершенно. Она размягчается только поверхностно, тогда какъ глубокіе слои сохраняютъ свою *rigiditas*. Отверстіе матки лежитъ или центрально, или эксцентрично, но всегда форма его круглая, величина очень незначительная, такъ что оно представляется въ видѣ углубленія величиною въ двѣ булавочныхъ головки и вообще пуговку обыкновеннаго зонда или вовсе не пропускаетъ, или пропускаетъ съ трудомъ. Тѣло и дно матки развиты несовершенно, форма сплюснутая, консистенція плотнѣе нормальнаго, величина матки $2\frac{1}{4}$ ".

Въ случаѣ *anteflexio congenita* положеніе влагалищной части нормальное, отверстие матки щелевидное и иногда нѣсколько раскрытое, покрытое нерѣдко *erosionibus*. Отверстіе смотритъ или внизъ или впередъ. Въ послѣднемъ случаѣ влагалищная часть нѣсколько увеличена и по формѣ напоминаетъ клювъ, причемъ выпуклость этого клюва составляетъ задняя поверхность влагалищной части и выпуклость обращена къзади. Въ этомъ случаѣ уголъ искривленія находится въ самой шейкѣ матки, (см. рис. 73). Если, изслѣдовавъ влагалищную часть, итти пальцемъ въ передней сводъ, то при одиночномъ, а еще лучше при двойномъ изслѣдованіи встрѣчается тѣло и дно матки, движенія которыхъ непосредственно будутъ передаваться шейкѣ матки, и, флексируя дно матки, можно получить ясное представленіе о величинѣ угла между тѣломъ и шейкой матки. Уголъ этотъ можетъ быть или прямымъ, или острымъ, въ послѣднемъ случаѣ искривленіе называется *infractio uteri*.

При діагностикѣ обоихъ этихъ страданій діагностируются всѣ кардинальныя свойства матки и ея придатковъ, но особеннымъ вниманіемъ при изслѣдованіи пользуются яичники, потому что присутствіе двухстороннихъ оофоритовъ съ увеличеніемъ и опущеніемъ яичника равносильно признанію случая неизлѣчимымъ (*incurabilis*). Равно обращаемъ тщательное вниманіе на состояніе клѣтчатки и брюшины, ибо въ случаѣ параметральнаго эксудата или даже периметрическаго адгезивнаго процесса, повлекшаго за собой ограниченную подвижность матки, излѣченіе едвали возможно. Итакъ, при діагностикѣ обращается громадное вниманіе на осложненія *anteflexionis* и *collis conici*, ибо они рѣшаютъ вопросъ, возможно или невозможно оперативное пособіе.

Поставивши діагностику первичной болѣзни и осложненій, при оцѣнкѣ всѣхъ



Рис. 73. *Anteflexio cong.* Уголъ въ самой шейкѣ, влагалищная часть напоминаетъ клювъ.

явленій не слѣдуетъ упускать изъ виду давность страданія, ибо въ общемъ итогѣ чѣмъ случай старѣе, тѣмъ прогностика въ смыслѣ радикальнаго излѣченія хуже. Лучшіе случаи суть тѣ, которые вскорѣ послѣ замужества, черезъ 3—5 лѣтъ, обращаются за содѣйствіемъ къ врачу, ибо рѣдко приходилось видѣть случаи, счастливо окончившіеся послѣ 9-тилѣтнаго замужества. Если случай *colli conici*, и осложненій нѣтъ, то возможность устраненія безплодія, дисменорреи и другихъ явленій весьма вѣроятна. Въ случаѣ двухсторонняго пораженія яичниковъ и брюшины операція, можетъ быть, уничтожить дисменоррею, уменьшить секрецію, но зачатіе едва ли возможно. Тоже самое и при *antefl. cong.*, если только она не осложнена *perimetritide posteriore adhaesiva*. Въ случаѣ совмѣстнаго существованія двухъ болѣзней, при тѣхъ же самыхъ условіяхъ и осложненіяхъ, прогностика хуже. Въ случаѣ одного или нѣсколькихъ абортѣвъ, даже и безъ осложнений, прогностика хуже, чѣмъ при одиночной формѣ.

Къ этому же порядку относятся два заболѣванія, по счастью весьма рѣдко встрѣчающіяся и почти неизлѣчимыя, это—S-образная и подковообразная матка.

ГЛАВА IX.

Pelveocellulitis.

Клѣтчатка таза, какъ видно изъ анатомическаго описанія, имѣетъ весьма обширное распространеніе въ полости таза, и если разрѣзать вертикально по лость таза, то область клѣтчатки занимаетъ средину между *av. peritonei* и подложнымъ слоемъ.

Непосредственно изъ полости таза спереди она переходитъ въ подбрюшинную клѣтчатку, а сзади идетъ по направленію къ почкамъ и оттуда переходитъ подъ грудобрюшную преграду, гдѣ посылаетъ черезъ отверстія ея небольшіе отростки, соединяющіеся съ подплевральной клѣтчаткой. Внизъ она спускается по *septum rectovaginale* и, окружая прямую кишку и влагалище, переходитъ въ подкожную клѣтчатку, а спереди и сбоковъ въ паховыя области. Это непосредственное распространеніе клѣтчатки объясняетъ возможность появленія, при заболѣваніи клѣтчатки таза, инфильтратѣвъ и гнойниковъ въ мѣстахъ весьма отдаленныхъ отъ полости таза.

На основаніи работъ проф. Губарева можно раздѣлить клѣтчатку таза на двѣ половины: переднюю и заднюю, передняя меньшая, а задняя большая. Это раздѣленіе обуславливается клѣтчаточной брыжейкой *lig. rotundi* (рис. 74) Воспаленіе происходитъ или впереди *lig. rotundi*, т. е. въ *avum Retzii*, или въ клѣтчаткѣ, находящейся спереди и съ боковъ матки, или въ задней половинѣ таза, за *lig. rot.* т. е. съ боковъ и сзади матки (рис. 75—82) Клѣтчатка въ этихъ мѣстахъ можетъ одновременно или разновременно воспаляться, такъ что степень воспаленія и распространеніе могутъ быть различны въ различныхъ отдѣлахъ, напр. въ одномъ отдѣлѣ можетъ быть гнойникъ а въ другомъ затвердѣніе. Весьма вѣроятно что перфорация брыж-

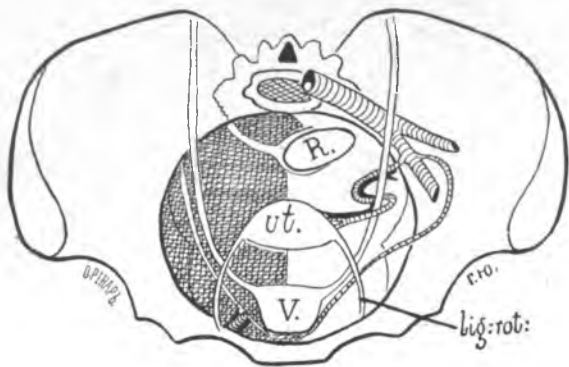


Рис. 74. Схематическое изображение раздѣленія полости малаго таза круглыми связками на переднюю и заднюю половины.



Рис. 75. Лѣвосторонній эксудатъ впереди круглыхъ связокъ.



Рис. 77. Эксудатъ сзади круглыхъ связокъ и кругомъ матки.

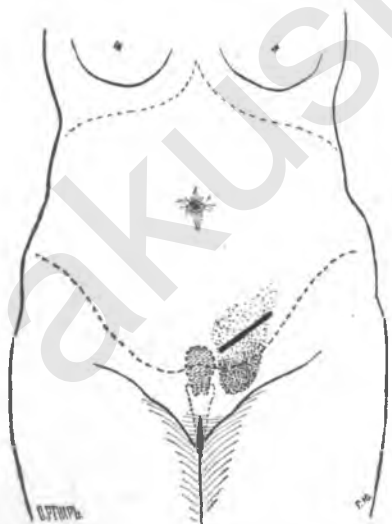


Рис. 76. Разрѣзъ при эксудатѣ, изображ. на рис. 75.



Рис. 78. Разрѣзъ при эксудатѣ, изображ. на рис. 77.

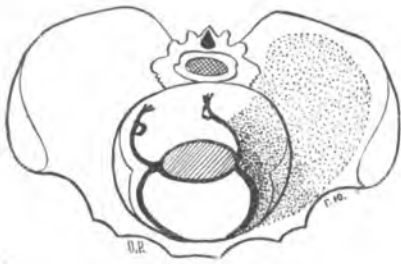


Рис. 79. Эксудатъ сзади круглыхъ связокъ, распространяющійся до почечной области.

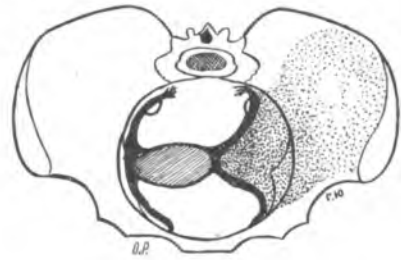


Рис. 81. Эксудатъ, занимающій f. iliacam и распространяющійся выше sp. ant. sup. sin.

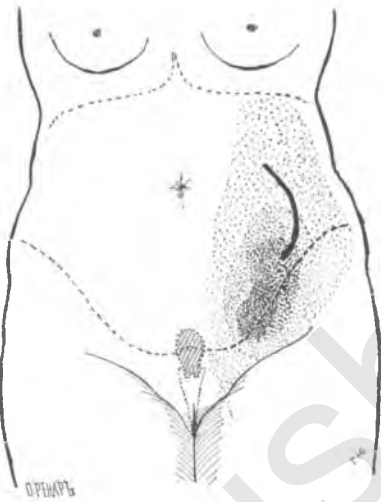


Рис. 80. Разрѣзъ при эксудатѣ, изображ. на рис. 79.



Рис. 82. Разрѣзъ при эксудатѣ, изображ. на рис. 81.

жейки круглой связки происходитъ весьма рѣдко, такъ какъ круглая связка и ея брыжжейка относительно весьма подвижны. Вотъ это то воспаленіе клетчатки вокругъ матки Вирховъ и называлъ параметритомъ. Но такъ какъ клетчатка въ тазу можетъ заболѣвать и не около матки, то върѣе это болѣзненное состояніе называть pelvecellulitis.

Несомнѣнно, воспаленіе клетчатки чаще всего происходитъ въ послѣродовомъ состояніи, гдѣ дана большая возможность раненія шейки матки, сводовъ влагалища и полости матки, и стало быть дана возможность всасыванія гнилостныхъ и септическихъ началъ. Въ пебеременномъ состояніи оно встрѣчается въ высокой степени рѣдко, или вслѣдъ за хирургическимъ вмѣшательствомъ, или въ силу разложенія какихъ либо новообразованій или секретовъ, или въ силу пере-

хода съ придатковъ матки и брюшины. Во всякомъ случаѣ такое заболѣваніе въ небеременномъ состояніи весьма рѣдко. Открытіе этого факта есть достояніе послѣдняго времени—достояніе, добытое при помощи лапаротомій, которыя удосто- вѣрили и выяснили, что то, что часто прежде діагносцировалось, какъ paramet- titis, есть не что иное, какъ salpingoophoritis cum pelveoperitonitide, и потому ги- некологу чаще приходится встрѣчаться съ случаями пельвеоцеллюлита, какъ по- слѣдствіями послѣродового заболѣванія или послѣ выкидыша.

Воспаленіе клѣтчатки проявляется въ формѣ инфильтраціи клѣтчатки около матки или въ полости таза. Эти инфильтраты въ первое время мягки, пастозны, а впослѣдствіи могутъ затвердѣвать, и затвердѣнія эти выражаются или плот- ностью или даже твердостью и могутъ, подвергаясь, вѣроятно, жировому пере- рожденію, всасываться и безслѣдно исчезать, или происходить нагноенія, кото- рыя бываютъ или въ видѣ островчатого или сплошного гнойника—abscessus pelvis.

Эти инфильтраты, въ особенности съ островчатымъ нагноеніемъ, иногда извѣстны подъ названіемъ phlegmone pelvis. Гнойники иногда могутъ проложить себѣ путь въ разныя мѣста, наипаче въ rectum, во влагалище, въ пузырь, per parietes abdominales, in cavum peritonei, per incisuram ischiadicam, въ почечную область и т. д., словомъ, во всѣ тѣ мѣста, куда проникаетъ клѣтчатка.

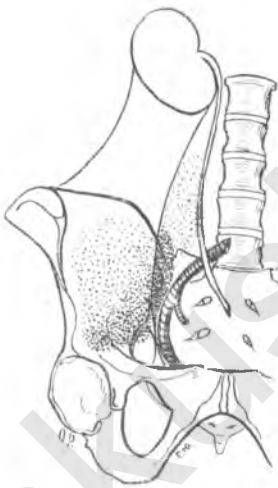


Рис. 83. Эксудатъ въ клѣтчаткѣ пе- редней брюшной стѣнки, распростра- нившійся изъ подвздошной области (plastron).



Рис. 84. Разрѣзъ при эксудатѣ, изображ. на рис. 83.

Если источникъ заболѣванія клѣтчатки лежитъ впереди круглыхъ маточ- ныхъ связокъ, то гнойники прокладываютъ себѣ путь черезъ передне-боковые своды влагалища, черезъ пузырь, переднія брюшныя стѣнки, и никогда почти не открываются на задней поверхности тѣла.

Обратно при воспаленіи клѣтчатки задней половины таза гнойники прокла- дываютъ себѣ путь къзади.

Подъ именемъ *plastron* подразумѣвается воспаленіе подбрюшинной клѣтчатки передней брюшной стѣнки, распространяющейся въ паховую и подвздошную область (рис. 83 и 84). Это воспаленіе чаще всего источникомъ своимъ имѣеть заболѣваніе клѣтчатки около круглыхъ маточныхъ связокъ.

Появленіе инфильтрацій въ клѣтчатку, окружающей шейку матки, проявляется въ формѣ уплотненій и изглаживанія сводовъ вмѣстѣ съ потерей подвижности и малою чувствительностью, если не задѣта брюшина. Смотри по величинѣ инфильтрата матка отталкивается въ противоположную сторону; при этомъ впередъ или назадъ, смотря потому, гдѣ находится воспаленная клѣтчатка: если воспаленіе сзади и слѣва, то матка оттолкнется вправо и впередъ. Инфильтраты могутъ быть прощупываемы черезъ своды влагалища въ видѣ плотныхъ, неподвижныхъ, малочувствительныхъ, низкосидящихъ въ полости таза затвердѣній, безъ рѣзкихъ контуровъ, причѣмъ матка болѣе или менѣе неподвижна. Если инфильтраты значительны, то они могутъ прощупываться и черезъ брюшные покровы въ видѣ плотныхъ, неподвижныхъ затвердѣній, съ рѣзко выраженнымъ тупымъ звукомъ и съ рѣзкими контурами. При воспаленіи ретроперитонеальной клѣтчатки звукъ можетъ быть ясный.

Воспаленіе клѣтчатки сопровождается лихорадкой, начинающейся ознобомъ, и кривая температуры очень характерная; она будетъ вычерчена и объяснена въ гидротерапевтическомъ отдѣлѣ (см. о постоянномъ орошеніи), и тамъ же отмѣчено, что въ случаѣ образованія гнойниковъ съ перфорацией или безъ оной лихорадка становится гектической. Я особенно обращаю вниманіе на кривую температуры, потому что въ осложненныхъ случаяхъ, когда нѣсколько тканей и органовъ принимаютъ участіе одновременно съ воспаленіемъ клѣтчатки, кривая температуры, зависящей отъ воспаленія клѣтчатки, остается постоянной. Само собой разумѣется, что появленіе островчатыхъ гнойниковъ помимо лихорадки распознается по наступающему размягченію или пастозности инфильтратовъ, равно и гнойники могутъ давать ясную флюктуацию, въ особенности если они опускаются въ части хорошо доступныя для изслѣдованія, какъ напр. въ своды, *septum rectovaginale*, въ паховыя, подвздошныя, почечныя области.

Теченіе воспаленій клѣтчатки весьма медленное, отъ нѣсколькихъ недѣль до нѣсколькихъ мѣсяцевъ, и если теченіе очень хроническое, то клѣтчатка въ полости таза можетъ атрофироваться, такъ что образуется циррозъ клѣтчатки, запустѣніе сосудовъ, ранній климахъ съ массою нервныхъ и даже психическихъ разстройствъ—состояніе, извѣстное подъ названіемъ *parametritis atrophicans*. Если большая часть клѣтчатки перешла въ такое состояніе, то матка и ея придатки атрофируются, матка становится малой и необыкновенно подвижной. Однако же этотъ исходъ не такъ частъ. Гораздо чаще параметритъ излѣчивается и больныя послѣ излѣченія могутъ беременѣть, родить и не заболѣвать вновь.

Но помимо того при острыхъ и хроническихъ воспаленіяхъ клѣтчатки существуютъ аменорея.

Если циррозъ клѣтчатки будетъ ограниченъ, то произойдетъ укорачиваніе и притяженіе шейки или тѣла матки въ сторону цирроза или рубца. Такое состояніе, обуславливая неподвижность матки, можетъ разстроить всѣ функціи матки (разстроить менструацию, обусловить выкидышъ и т. д.) и кромѣ того, эти рубцы,

давя на нервы тазовыхъ органовъ, обусловливаютъ появленіе болей въ полости таза, имѣющихъ характеръ невралгій, а давя на нервы большіе, какъ *ischiadicus*, *femoralis*, могутъ производить невралгіи, судороги, парезы въ конечностяхъ. Такъ какъ воспаленіе клѣтчатки таза есть вмѣстѣ съ тѣмъ воспаленіе лимфатическихъ или венозныхъ сосудовъ, то это воспаленіе сосудовъ можетъ обусловливать *lymphangitis* или *phlebitis* въ нижнихъ конечностяхъ, что можетъ выражаться, помимо явленій воспаления сосудовъ конечностей, болью и опухолью (отекомъ) конечностей — *phlegmasia alba dolens*, теченіе которой можетъ быть тоже весьма хроническимъ.

Нагноеніе въ клѣтчаткѣ, продолжаясь весьма долго, можетъ повлечь за собой или піэмію, или амилоидное перерожденіе. Если наряду съ воспаленіемъ клѣтчатки существуютъ и гнойные процессы въ трубахъ, и перфорация произошла въ пузырь, то такіе случаи нужно разсматривать какъ самые тяжелые, ибо, помимо сложности и продолжительности процесса, опасность обусловливается возможностью восходящаго піэлонефрита, въ особенности если болѣзнь еще осложнена триппернымъ зараженіемъ. Что же касается до перфораций въ другія части за исключеніемъ полости брюшины, то такія перфорации не такъ опасны. Но есть одно очень тяжелое осложненіе, по счастью весьма рѣдкое, но чрезвычайно замедляющее процессъ, — это пораженіе костей, въ особенности позвоночника, сочлененій, въ особенности тазовыхъ. Здѣсь теченіе болѣзни продолжается годами. Не слѣдуетъ позабывать, что въ остромъ стадіи и въ хроническомъ процессъ можетъ течь какъ піэмія: пораженіе паренхиматозныхъ органовъ брюшной и грудной полости съ образованіемъ абсцессовъ, съ появленіемъ миокардита и т. д., всѣ эти явленія могутъ быть, и потому изслѣдованіе и тщательное наблюденіе за всѣми органами рѣшительно необходимо.

Г Л А В А X.

Cystoma ovarii, Descensus uteri, Prolapsus uteri, Hypertrophia colli uteri.

Кровотеченіе при кистомахъ яичниковъ (1%), *descensus* (0,64%), *prolapsus uteri* (0,78%), *hypertrophia colli uteri* (0,71%) суть явленія случайныя и обусловливаются разнообразными причинами, такъ, напр., при кистомахъ — возможностью кровоизліянія въ полость ихъ или отъ травматическихъ причинъ, точно также кровотеченіе при *descensus*, *prolapsus uteri*, *hypertr. col. ut.* (рис. 85) зависитъ или отъ эндометрита, или отъ хроническаго воспаления матки, или отъ присутствія язвъ, такъ какъ сами по себѣ никогда не служатъ причиной кровотеченій. Дифференціальная діагностика — *descensus uteri*, *prolapsus uteri*, *hypertrophia colli*. см. стр. 107.



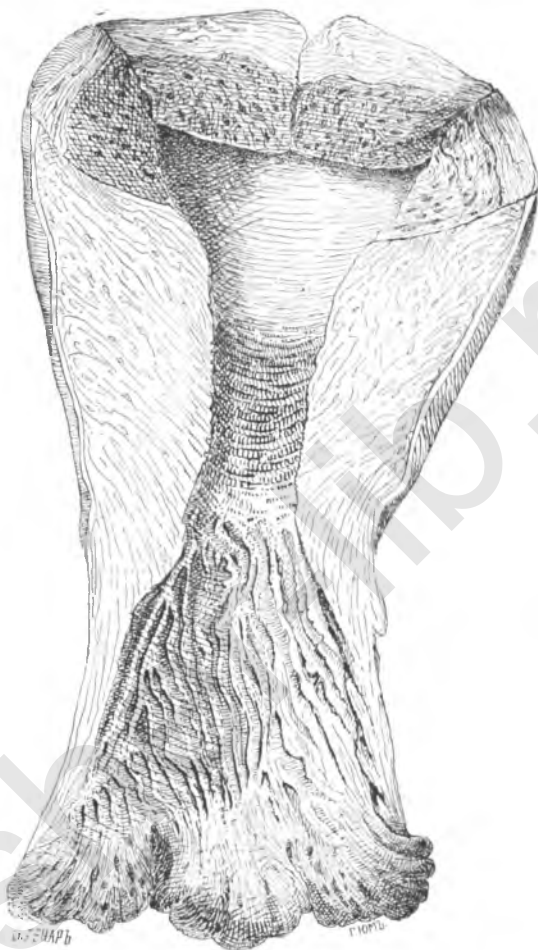


Рис. 85. Hypertrophia colli.

Г Л А В А XI.

Graviditas (1,57% кровотечений).

Въ послѣдніе 3 мѣсяца беременности могутъ замѣчаться кровотечения, которыя можно раздѣлить на 2 отдѣла: на кровотечения неизбѣжныя и на кровотечения случайныя. Къ причинамъ неизбѣжныхъ относятся placenta praevia, къ причинамъ случайныхъ—отдѣленіе послѣда, различнаго рода заболѣванія шейки матки отъ извъ до новообразованій, varices и разрывъ матки, виѣматочная беременность, гидатидная форма послѣда. Кромѣ того располагающими причинами служатъ: variola, albuminuria, leucemia, острая атрофія печени и болѣзни сердца. При всѣхъ этихъ причинахъ кровотечение можетъ быть или наружное, или внутреннее, послѣднее въ полость матки или въ полость брюшины. Находя

въ послѣдніе 3 мѣсяца беременности кровотеченія у женщины, врачъ прежде всего задается вопросомъ: 1-е) можетъ ли кровотеченіе быть остановлено, 2-е) не можетъ ли кровотеченіе сдѣлаться настолько сильнымъ и опаснымъ, что повлечетъ за собой внезапную смерть больной, 3-е) можетъ ли при такомъ кровотеченіи беременность дойти до конца или необходимо тотчасъ же приступить къ производству преждевременныхъ родовъ. Первый вопросъ, конечно, можетъ быть разрѣшенъ только тогда, когда извѣстна причина, но во всякомъ случаѣ, при всѣхъ причинахъ, за исключеніемъ внѣматочной беременности, если кровотеченіе не угрожаетъ жизни, то должны быть приложены только такія кровеостанавливающія средства, которыя не нарушаютъ беременности. Въ случаѣ внѣматочной беременности появленіе кровотеченій указываетъ или на кровотеченіе въ околоплодный мѣшокъ, или на разрывъ его, и остановка кровотеченія тѣсно связана съ экстирпаціей околоплоднаго мѣшка.

На второй вопросъ при *placenta praevia* и *graviditas extrauterina* отвѣтъ утвердительный. Тоже можетъ быть и при карциномѣ шейки матки. Разрѣшеніе 3-яго вопроса можетъ основываться только на наблюденіи за жизнью плода, и общее правило: если къ концу 8-аго мѣсяца кровотеченіе значительно, а сердцебіеніе младенца падаетъ, то существуетъ показаніе къ преждевременнымъ родамъ. Кромѣ того рѣшеніе этого вопроса зависитъ отъ вліянія кровотеченія на здоровье матери, ибо съ нарушеніемъ здоровья матери, вѣроятно, нарушится и беременность. Есть нѣкоторое обстоятельство, которое никогда не должно быть упускаемо изъ виду при кровотеченияхъ у беременныхъ: возможность кровотеченія въ полость матки, ибо такое кровотеченіе или вовсе не сопровождается наружнымъ, или потеря крови бываетъ весьма незначительна, а между прочимъ внутреннее кровотеченіе можетъ убить не только жизнь плода, но и жизнь матери. Признакомъ такого кровотечения служатъ сильныя, внезапныя, спазмотическія боли въ маткѣ совмѣстно съ *внезапнымъ* увеличеніемъ и растяженіемъ послѣдней, причѣмъ конфигурація матки нѣсколько мѣняется и принимаетъ изъ яйцевидной шаровидную форму. Эти боли и измѣненія въ маткѣ показываются совокупно съ признаками анеміи и шока. Понятно, что здѣсь вопросъ о прекращеніи беременности тѣсно связанъ съ количествомъ потерянной крови и съ явленіями шока, и при этомъ не слѣдуетъ позабывать возможности разрыва матки съ возможностью смертельнаго исхода. Поэтому, если сердцебіеніе плода не слышно и движенія прекратились, то преждевременные роды показуются, такъ какъ за непоявленіе возврата кровотеченія ругаться нельзя. Само собой разумѣется, что кровотечения, зависящія отъ разрыва матки, требуютъ энергическаго вмѣшательства врача: удаленія плода *per vaginam* или *per laparotomiam*, зашиванья разрыва или экстирпаціи матки, и т. д.

ГЛАВА XII.

Aporplexia ovarii.

Хотя по порядку и слѣдовало бы приступить къ описанію oophoritis, (1, 50%) parametritis (1, 7%) и perimetritis (1, 10%), но эти болѣзни сами по себѣ не вызываютъ кровотеченій, и какъ показываетъ наша таблица, въ большинствѣ случаевъ только осложняютъ болѣзни матки и ея придатковъ, каковы subinvolutio, metritis chronica, antelexio congenita и т. д., и если онѣ и помѣщены въ процентной таблицѣ, то это сдѣлано для того, чтобы показать, какъ часто истинныя причины кровотеченій осложняются воспалительнымъ заболѣваніемъ яичниковъ, клѣтчатки и брюшины. Но если oophoritis не подаетъ повода къ кровотеченію, то есть

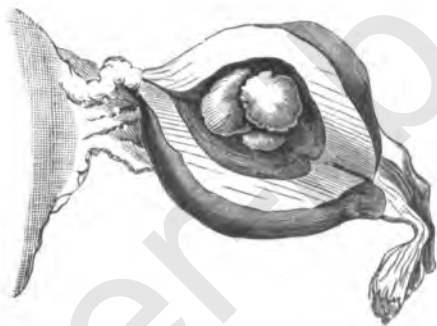


Рис. 86. Aporplexia ovarii.

одно болѣзненное измѣненіе въ яичникѣ, которое безусловно вызываетъ кровотеченіе — я говорю о болѣзни, извѣстной подъ названіемъ apoplexia ovarii (1, 28% кровотеченій). Въ огромномъ большинствѣ учебниковъ apoplexia ovarii не цитируется, какъ отдѣльная самостоятельная болѣзнь, хотя у Graily — Hewitt и у Barnes упоминается объ этомъ; у послѣдняго есть прекрасный рисунокъ таковой апоплексіи, который мы и заимствовали (см. рис. 86). Такъ какъ болѣзнь вездѣ мало описана, то поневолѣ приходится нѣсколько подробнѣе изложить ея клиническую картину.

Извѣстно, что во время каждаго менструальнаго періода въ яичникѣ происходитъ кровоизліяніе и образованіе *corp. lutei*, причемъ количество крови, излившейся въ Граафовъ фолликулъ, бываетъ столь ничтожно, что не разрушаетъ окружающую строму и не растягиваетъ *tunicam albugineam*. Съ другой стороны много описано случаевъ, *идь кровь, излившаяся въ строму* яичника, разрушала паренхиму его, разрывала *tunicam albugineam* и подавала поводъ къ образованію *haematocoele*. Здѣсь же мы будемъ говорить о такихъ кровоизліяніяхъ, которыя не разрываютъ *tunicam albugineam* и только немного разрушаютъ паренхиму самого яичника.

Aporplexia ovarii чаще замѣчается у замужнихъ женщинъ въ возрастѣ отъ 25—35 лѣтъ, какъ у рожавшихъ, такъ и у нерожавшихъ, у послѣднихъ нѣс-

колько чаще, преимущественно у особъ ожирѣлыхъ, нервныхъ и истеричныхъ. Причины, вызывающія арорехіам, различны: охлажденіе нижнихъ конечностей, поднятіе тяжести, неумѣстное, слишкомъ холодное спринцеваніе, coitus или во время менструаціи, или слишкомъ продолжительный, или энергичный, въ особенности при опьяненіи мушны. Болѣзнь развивается внезапно и по симптомамъ напоминаетъ явленія перфорации: сильныя, агонизирующія боли, появляющіяся въ той или другой подвздошной области, быстро распространяющіяся по всему животу съ явлениями шока и коллапса. Боли настолько сильны, что женщины не могутъ удержаться отъ крика, не могутъ выбрать себѣ удобнаго положенія и потому вертятся на постели. Боли настолько сильны, что часто больныя не выносятъ прикосновенія простыни или сорочки; нерѣдко существуетъ рвота и скоро преходящіе обмороки. Пульсъ малъ, частъ и сжатъ. Конечности холодѣютъ и выступаютъ холодный потъ. Такая картина продолжается отъ $\frac{1}{2}$ до 3—4 часовъ. Или въ это время, или вскорѣ послѣ него показывается кровь изъ половыхъ органовъ; количество теряемой крови различно: или ничтожное или очень значительное. Наблюденія показываютъ, что съ наступленіемъ кровотечения боли становятся меньше; иногда же боли, продолжаясь 1—2 часа, вдругъ, внезапно, безъ видимой причины, совершенно исчезаютъ. Повышеніе температуры или ничтожно (38°), или его вовсе нѣтъ, или температура ниже 37° . Болѣзнь склонна къ возвратамъ и приходилось видѣть женщинъ, въ короткое время выдержавшихъ 4—5 приступовъ. Если возвратовъ не замѣчается, то больныя весьма скоро поправляются и дня черезъ 3—4 покидаютъ постель, принимаясь за обычныя занятія. Появленіе возвратовъ бываетъ или при менструальномъ періодѣ, или post coitum. Въ другихъ случаяхъ болѣзнь осложняется воспаленіемъ клѣтчатки или тазовой брюшины, или подаетъ поводъ къ образованію haematocoele.

Исслѣдованіе больной во время приступа представляетъ величайшія трудности, такъ какъ не только прикосновеніе къ брюшнымъ стѣнкамъ сильно болѣзненно, но и чувствительность влагалища и шейки матки настолько велика, что о двойномъ исслѣдованіи не можетъ быть и рѣчи. Единственно что можно констатировать, это сильное біеніе сосудовъ въ сводахъ влагалища; но если вскорѣ послѣ припадка произвести двойное исслѣдованіе, то можно опупать съ той или другой стороны, чаще съ правой, яичникъ, увеличенный иногда вдвое, гладкій, ровный, эластичный, подвижный и болѣзненный. Если припадокъ не повторяется, то увеличеніе яичника скоро исчезаетъ, такъ что къ концу недѣли остается ничтожное увеличеніе и нѣкоторая чувствительность.

Спрашивается, на какомъ основаніи можно поставить діагностику о кровоизліяніи въ яичникъ? Внезапное появленіе симптомовъ, внезапное увеличеніе яичника, внезапное появленіе маточнаго кровотечения и внезапное прекращеніе болей, отсутствіе лихорадочнаго состоянія—симптомы, свойственные только кровоизліянію и перфорации. А такъ какъ при исслѣдованіи пери- и параметрій и остальные придатки матки нормальны и присутствія гдѣ либо опухоли не ощущается, — заключеніе ясное, что болѣзнь происходитъ отъ яичника. Внезапное увеличеніе яичника въ небеременномъ состояніи можетъ происходить только отъ кровоизліянія въ него, и дѣйствительно, это особенно замѣтно у тѣхъ больныхъ, у которыхъ

изслѣдованіе до болѣзни указывало нормальной величины яичники. Случай, подавший мнѣ поводъ обратить вниманіе на кровоизліаніе въ яичникъ, былъ слѣдующій.

Одна молодая особа страдала кистой яичника и въ продолженіе года была подъ моимъ наблюденіемъ. Въ продолженіе этого времени она перенесла нѣсколько припадковъ, продолжавшихся по 5, по 6 дней, внезапно наступавшихъ и внезапно прекращавшихся. Припадки напоминали собою признаки перфорации и остраго воспаленія брюшины, сопровождалась маточными кровотечениями, причемъ во время иныхъ припадковъ замѣчалось повышеніе температуры, во время другихъ нѣтъ. Приступая у ней къ оваріотоміи, я былъ твердо убѣжденъ, что встрѣчу приращенія вслѣдствіе бывшихъ перитонитовъ. Каково же было мое удивленіе, когда при оваріотоміи срощеній не оказалось вовсе и брюшина была нѣжна и бархатиста! Разрѣзавъ кисту, я встрѣтилъ въ ней разсыпанныя кровоизліанія разной давности, такъ что можно было пайти 22 кровоизліанія, изъ которыхъ каждое, повидимому, производило картину перитонита, такъ какъ больная пояснила, что въ послѣдніе три года припадки повторились разъ до 20. Этотъ случай заставилъ меня обратить вниманіе на то обстоятельство, что, можетъ быть, въ здоровомъ яичникѣ точно также могутъ произойти кровоизліанія, могущія подать поводъ къ сказаннымъ явленіямъ, хотя, къ сожалѣнію, до настоящаго времени все вышесказанное я не могу подтвердить анатомо-патологическимъ вскрытіемъ. Болѣзнь по своему теченію и исходамъ принадлежитъ къ несомнѣнно серьезнымъ заболѣваніямъ, хотя ни разу я не видалъ смертельнаго исхода.

Въ настоящее время въ клиническихъ матеріалахъ имѣется нѣсколько препаратовъ *aroplexiae ovarii*. По большей части кровоизліанія расположены на мѣстѣ стараго Граафова фолликула близъ периферіи, чаще въ наружномъ краѣ яичника, величиной въ сливу, иногда единичное, иногда множественное. *Typ. albug.* утолщена, и апоплектическое мѣсто яичника выпячивается на поверхность въ видѣ синеватой опухоли.

Г Л А В А XIII.

Haematocoele.

Маточное кровотеченіе (0,86%) наиболѣе сильно въ первое время существованія *haematocoele*; когда же произойдетъ инкапсулированіе излившейся крови, кровотеченіе, если и показывается, то въ незначительномъ количествѣ. Главными характерными признаками при разсрѣсѣ больныхъ являются слѣдующіе: кровотеченіе наступило вдругъ или во время менструаціи, или вслѣдъ за ней, было очень обильно и сопровождалось головокруженіемъ, иногда обмороками съ явленіями шока, словомъ, съ внезапными припадками острой анеміи, съ явленіями внутренняго кровоизліанія, съ внезапнымъ образованіемъ опухоли внизу живота. Итакъ разсрѣсъ указываетъ на внезапность кровотеченія, внезапность острой анеміи и внезапность образованія опухоли, при отсутствіи лихорадочнаго состоя-

нія до и послѣ образованія послѣдней. Но, конечно, при незначительныхъ внутреннихъ кровоизліяніяхъ всѣ сказанныя явленія весьма мало развиты. Въ случаяхъ значительныхъ haematocеле врачъ находитъ нижнюю часть живота припухшей, вслѣдствіе опухоли, ханимающей нижнюю часть живота, и при перкуссіи линия, отдѣляющая ясный звукъ отъ глухого, идетъ косвенно справа налѣво и сверху внизъ. Если больная явилась черезъ 3 дня и болѣе отъ начала заболѣванія, то всѣ явленія, свойственныя *pelveoperiton.* или *peritonit. universal.* могутъ быть на лицо и соотвѣтственно этому будетъ такъ или иначе повышена температура. Если припадки остраго воспаленія брюшины миновали, то контуры опухоли рѣзки, иногда неровны, съ признаками подостраго или хроническаго воспаленія тазовой брюшины. Но самое характерное представляетъ изслѣдованіе *per vaginam*, причемъ вся матка, какъ въ первое время образованія *haematocеле*, такъ и въ послѣдующее, лежитъ въ передней половинѣ таза, прижатая иногда плотно къ *symph. pubis*, а иногда приподнятая, такъ что тѣло и дно матки лежатъ выше *symph. pubis* и прижаты къ брюшнымъ стѣнкамъ. Это смѣщеніе матки *en masse* впередъ, къ брюшнымъ стѣнкамъ, обуславливается растянутымъ и опущеннымъ заднимъ сводомъ и дугласовымъ пространствомъ. Послѣдніе заняты опухолью, которая не только выпираетъ и изглаживаетъ задній сводъ влагалища, но и прижимаетъ заднюю стѣнку его къ передней.

Иногда выпираніе это такъ значительно, что нижній конецъ полушаровидной опухоли доходитъ вплотную до входа во влагалище. Полушаровидная опухоль въ первое время гладкая, ровная, неподвижная, ясно флюктуирующая и иногда сильно болѣзненная. Контуры ея рѣзки, и она распространяется кзади въ полость крестцовой кости, а съ боковъ иногда доходитъ до боковыхъ стѣпокъ таза. При изслѣдованіи *per rectum*, прямая кишка оказывается прижатой; контуры опухоли при этомъ изслѣдованіи еще рѣзче и флюктуация еще яснѣе.

Изслѣдованіе *per vaginam et rectum* указываетъ, что опухоль продолжается вверхъ въ большой тазъ до границъ тимпаничнаго звука. Въ послѣдующее время, когда жидкія части крови уже отчасти воссались, явленія смѣщенія матки и растяженіе сводовъ не такъ рѣзки и, черезъ задній сводъ, равно и *per rectum* прощупывается бугристая, неподвижная, чувствительная опухоль. Въ это время вѣрный діагнозъ можетъ быть поставленъ иногда только при помощи пробнаго прокола и достаточно извлечь каплю крови, чтобы подъ микроскопомъ были видны сморщенные и разрушенныя красныя кровяныя клѣтки и кристаллы крови. Діагностика въ 1-ой стадіи главнымъ образомъ ставится на внезапности появленія наружнаго и внутренняго кровотечения, а если врачъ раньше изслѣдовалъ больную, то и на внезапномъ образованіи опухоли. Здѣсь возможно смѣшеніе съ перфорацией другихъ брюшныхъ органовъ, но никогда при нихъ не наблюдается образованіе такой опухоли и маточное кровотеченіе едва ли случается. Не слѣдуетъ забывать одного обстоятельства, что причиной образованія *haematocеле* нерѣдко бываетъ *graviditas extrauterina*, особенно *tubaria*, причемъ у женщины замѣчается задержка регулъ иногда мѣсячная, иногда большая. Въ этомъ случаѣ форма опухоли можетъ быть нѣсколько иная, маточное кровотеченіе имѣетъ характеръ, какъ при выкидышѣ, т. е. сопровождается схваткообразными болями, и лихора-

дочное состояніе можетъ быть какъ до кровотеченія, такъ и во время его. Матка находится или въ положеніи *ante-positionis*, *latero-positionis*, или занимаетъ центральное положеніе (*haematocoele periuterina*). Главнымъ руководящимъ признакомъ является все-таки внезапность анеміи и явленія сходныя съ перфорацией; и если наружное маточное отверстіе открыто, матка размячена, увеличена, кровоточитъ и существовала задержка кровей, въ полости же таза прощупывается тѣстообразная опухоль, существуютъ явленія острой анеміи и начавшагося пельвеоперитонита, то діагностика несомнѣнна: лопнувшая беременная труба. Теченіе *haematocoele* чрезвычайно медленно, продолжается недѣлями и мѣсяцами (до 8 мѣсяцевъ), причемъ кровь первоначально свертывается, сгустки осѣдаютъ на дно Дугласова пространства, а жидкія части плаваютъ вверху. Затѣмъ жидкія части начинаютъ всасываться, опухоль начинаетъ дѣлаться плотнѣе, и по мѣрѣ жирового перерожденія сгустковъ, они разсасываются, и опухоль уменьшается и, въ концѣ концовъ, на мѣстѣ бывшей *haematocoele* остается пигментация брюшины, утолщеніе ея и ложныя оболочки. На все это требуются мѣсяцы. Или кровь разлагается, тогда всасываніе ея начинаетъ производить гнилостную лихорадку, и въ окружности гнилостнаго фокуса развивается воспаленіе, оканчивающееся нагноеніемъ и прободеніемъ (въ кишки, влагалище, пузырь и т. д.). Разложившаяся кровь удаляется и при благопріятныхъ обстоятельствахъ мѣшокъ можетъ запустѣть; отчего въ замкнутомъ пространствѣ кровь разлагается, трудно сказать, но вѣроятно вмѣстѣ съ кровью попадаетъ какой-либо ферментъ (слизь, гной, напр. изъ трубы), или, благодаря эндосмотическимъ явленіямъ со стороны кишекъ, разложеніе крови возможно. *Haematocoele* можетъ быть рецидивирующей, причемъ внутреннее кровотеченіе показывается во время менструальнаго періода, вотъ причина почему больныхъ во время менструальнаго періода держать въ покоѣ нѣсколько сроковъ отъ появленія *haematocoele*. При хроническомъ теченіи *haematocoele* въ особенности, осложненную лихорадочнымъ состояніемъ, легко смѣшать съ параметритомъ или съ пельвеоцеллюлитомъ. Не разбирая всѣхъ симптомовъ свойственныхъ *pelveocellulit.*, я упомяну только о кривой t-ры, которую я считаю весьма и весьма характерной и даже въ нѣкоторой степени патогномичной, тѣмъ болѣе, что объ этомъ нигдѣ не упомянуто. На приложенномъ къ процентной таблицѣ рисункѣ ясно видна эта кривая температуры. При долго продолжающемся, неосложненномъ параметритѣ или пельвеоцеллюлитѣ, не переходящимъ въ абсцессъ, кривая температуры, какъ видно на рисункѣ, состоитъ изъ двоякаго рода колебаній: изъ цѣлыхъ рядовъ повышеній температуры и смѣняющихъ ихъ пониженій ея (экзацербаций и ремиссій). Продолжительность экзацербаций и ремиссій бываетъ различна: въ худшихъ случаяхъ продолжительность экзацербаций больше, въ лучшихъ — меньше. Если послѣдующія экзацербации увеличиваются, какъ по высотѣ температуры, такъ и по продолжительности, то случай должно разсматривать, какъ тяжелый, и наоборотъ: если каждая послѣдовательная экзацербация по высотѣ температуры ниже предъидущей и менѣе продолжительна, а ремиссии послѣдовательно увеличиваются, хотя бы на одинъ день, — случай благопріятный. Если ремиссии и экзацербации одинаковы, какъ въ началѣ, такъ и во время теченія, или если существуетъ значительное колебаніе, напр. 3-я экзацербация выше 1-й, а 4-я ниже

2-й, то прогностика основывается на вычисленіи средней температуры. Если экзацербации приближаются другъ къ другу, а ремиссии сокращаются, то исходъ въ нагноеніе несомнѣненъ. Словомъ, опасность параметрального эксудата не столько зависитъ отъ видимыхъ мѣстныхъ измѣненій, сколько отъ хода температуры, ибо иногда и ничтожные по величинѣ эксудаты сопровождаются высокой температурой и оканчиваются смертью. Это одинаково приложимо, какъ къ случаямъ послѣродового, такъ и къ случаямъ внѣбеременнаго состоянія и какими бы причинами ни обуславливался параметритъ. Каждая экзацербация можетъ сопровождаться потрясающимъ знобомъ, но можетъ быть и безъ него. Чѣмъ больше количество знобовъ, тѣмъ случай опаснѣе, хотя бы температура и была относительно умѣренной. Если во время знобовъ или при паденіи температуры замѣчается перебой пульса, случай должно разсматривать, какъ опасный. Если поты незначительны, но очень клейки, теченіе случая упорное и опасность вѣроятна. Теченіе haematocoele весьма продолжительно, отъ 4 до 8 мѣсяцевъ; причемъ легко можетъ быть возвратъ болѣзни въ особенности во время менструальныхъ періодовъ, и потому прогностика весьма сомнительна.

Г Л А В А XIV.

К л и м а х.

Въ климактерическомъ періодѣ, т. е. отъ 42 — 50 лѣтъ, менструальная hypersecretio и кровотеченія весьма нерѣдки (0, 57%). Чтобы умѣть діагносцировать климактерическія явленія, какъ причину болѣзни, нужно твердо помнить физикальное измѣненіе матки и ея придатковъ въ климактерическомъ періодѣ или, какъ другіе говорятъ, въ періодѣ менопаузае. Если изслѣдовать женщину по наступленіи климактерическаго періода, то во всѣхъ тазовыхъ органахъ найдемъ признаки замѣтной атрофіи. Брюшныя стѣнки или ожирѣлы и животъ нерѣдко обвислый, или онъ дряблы, тонки и чрезвычайно уступчивы, смотря по тому, полнѣетъ-ли женщина или худѣетъ.

Большія и малыя губы не представляютъ ничего особенно замѣтнаго, но окраска входа во влагалище равно и стѣнокъ болѣе блѣдная, columnae vaginae изглаживаются и стѣнки влагалища пріобрѣтаютъ необыкновенную гладкость и скользкость; форма влагалища мѣняется: оно дѣлается воронкообразнымъ, въ особенности въ верхнихъ частяхъ, и своды его изглаживаются. Вверху этого воронкообразнаго влагалища находится едва замѣтная влагалищная часть, выступающая иногда въ формѣ двухъ маленькихъ валиковъ, въ серединѣ которыхъ находится углубленіе—*os externum*, которое нерѣдко склеивается и зарастаетъ и въ такомъ случаѣ подаетъ поводъ къ явленіямъ *hydrometrae*. Если же катарръ существовалъ давно, то нерѣдко въ климактерическомъ періодѣ влагалищная часть можетъ быть увеличена, тверда, отверстіе раскрыто и покрыто темнокрасными эрозіями. Но это исключеніе. Тѣло и дно матки сморщивается, атрофируется и является въ видѣ придатка. Но сморщиваніе и атрофія тѣла матки является вслѣдъ

за атрофіей яитниковъ. Грудн обвисаютъ и въ нихъ нельзя уже прощупать отдѣльныхъ пакетовъ железъ. Кровотеченія въ климактерическомъ періодѣ замѣчаются въ то время, когда полная атрофія матки и ея придатковъ еще не настала.

Если какихъ либо другихъ причинъ для кровотеченій не найдено, то діагностика климактерическаго кровотеченія основывается на *измѣживаніи складокъ влагалища, воронкообразной формѣ и уменьшеніи влагалищной части*, т. е. на признакахъ начинающейся менопаузы. Наблюденія показываютъ, что нѣкоторыя явленія во время менструальной жизни женщины располагаютъ къ различнаго рода заболѣваніямъ во время климах, въ томъ числѣ и къ кровотечениямъ. Такъ, не сразу установившійся періодъ *rubertatis*, въ особенности если первыя регулы были сильны и по періоду неправильны; смѣщенія матки съ увеличеніемъ и затвердѣніемъ ея; долго продолжающіеся катарры; врожденное или пріобрѣтенное безплодіе; привычныя выкидыши; всѣ болѣзни съ застоємъ крови, въ особенности съ брюшнымъ полнокровіемъ; рано начавшееся ожирѣніе; психическія потрясенія, нервныя разстройства и проч. — всѣ эти причины располагаютъ къ безпорядочному окончанію регулъ, которое проявляется или въ метророгіяхъ или въ неправильности періодовъ. Иногда регулъ не бываетъ 2, 3, 4 мѣс., потомъ вдругъ появятся обильныя, сгустками, нерѣдко переходящія въ продолжительныя, упорныя кровотечения. Иногда такое разстройство или безпорядокъ регулъ тянется только 6 мѣсяцевъ, но нерѣдко 2 года и болѣе. Определенно сказать пациенткѣ, когда окончатся всѣ эти безпорядки, дѣло трудное, ибо только по окончаніи ихъ начинается рѣзкая атрофія половыхъ органовъ. Но во всякомъ случаѣ кровотеченія въ климактерическомъ періодѣ рѣдко опасны и при лѣченіи ихъ не слѣдуетъ женщину надолго укладывать въ постель, напротивъ, при соблюденіи извѣстныхъ предосторожностей, гуляніе на воздухѣ составляетъ при лѣченіи существенное подспорье.

При діагностикѣ климактерическаго періода не должно забывать, что при нѣкоторыхъ условіяхъ онъ можетъ наступать очень рано. Мнѣ случилось видѣть цѣлое семейство, гдѣ съ 30-ти лѣтняго возраста у женщинъ наступалъ таковой періодъ со всѣми характерными явленіями въ половыхъ органахъ. Но если таковыхъ явленій нѣтъ, то, хотя бы регулы годъ или болѣе уже не появлялись, не слѣдуетъ смѣшивать такое отсутствіе регулъ съ климактерическимъ окончаніемъ ихъ, хотя Эмметъ и рассказываетъ случаи, изъ которыхъ можно вывести заключеніе, что долго продолжающаяся аменоррея влечетъ за собою атрофію матки и ея придатковъ. Курьезно еще то обстоятельство, что поводомъ къ такой аменорреѣ были сильныя душевныя потрясенія, каковы: внезапное извѣстіе о смерти мужа, оправдательныя приговоры, пожаръ и пр.

Но есть одно болѣзненное явленіе, которое нерѣдко встрѣчается, но почему то мало обращаетъ на себя вниманіе врачей, хотя описано оно было знаменитымъ гинекологомъ Simpson'омъ, который далъ названіе этой болѣзни *superinvolutio*, болѣзнь, которую мнѣ приходилось нерѣдко наблюдать въ продолженіе 25-ти лѣтней практики. Это болѣзненное состояніе часто подаетъ поводъ къ смѣшенію его съ рано наступившимъ климахъ. Сущность болѣзни состоитъ въ слѣдующемъ. Обыкновенно она встрѣчается у молодыхъ особей отъ 20—30 лѣтъ, у которыхъ иногда существуютъ какіе

либо наследственные діатезы, а иногда и пѣтъ. Періодъ *pubertatis* большею частью наступалъ правильно и рѣдко запаздывалъ. Регулы до родовъ тоже были правильны и женщина вскорѣ послѣ замужества забеременѣвала, донашивала и роды происходили нормально, равно и въ послѣродовомъ періодѣ не замѣчалось ничего ненормального, такъ что женщины обыкновенно покидали постель на 9—12 день. Но характерно одно, что, не смотря на нормальные роды и послѣродовой періодъ, уже въ это время женщины чувствовали себя слабыми, апатичными и плохо поправляющимися. Иногда онѣ начинали кормить, по обыкновенно кормленіе приходилось прекращать, потому что выдѣленіе молока было ничтожное, такъ что приходилось оканчивать кормленіе на 2-мъ или на 4-мъ мѣсяцѣ послѣ родовъ. Но прошествіи 2-хъ, 4-хъ мѣсяцевъ, иногда даже года послѣ родовъ регулы не показываются и *menstruatio* или совсѣмъ не бываютъ, или бываютъ очень ничтожными и женщина, какъ уже сказано, является къ врачу узнать причину аменорреи. При изслѣдованіи оказывается, что женщина не беременна, напротивъ, врачъ находитъ нѣкоторую сухость слизистой оболочки влагалища и матку всегда нѣсколько меньшей, чѣмъ она должна быть у рожавшей женщины, иногда 2", иногда 2¹/₄", и у нѣкоторыхъ 2¹/₂"; въ яичникахъ и другихъ придаткахъ матки ничего не нормального. Спрашивается, какая причина неоявленія кровей? Изслѣдованіе остальныхъ органовъ къ концу года иногда даетъ отрицательные результаты, а иногда уже и въ это время существуютъ указанія на страданія легкихъ. Нерѣдко больныя жалуются на кашель, перхоту, на сухость во рту, жажду, на слабость, бессоницу и ослабленіе памяти. При тщательномъ разспросѣ оказывается, что послѣ полудни нерѣдко горятъ ладони и щеки, а ночью является потъ. Такимъ образомъ, хотя изслѣдованіе груди и даетъ чаще отрицательные результаты, но присутствіе ничтожной гектической лихорадки *постоянно*. Наблюденіе надъ этими случаями указало мнѣ, что никакія *emmenagoga* не въ состояніи вызвать регулъ и что, если женщина остается при прежнихъ условіяхъ и въ той же мѣстности, то къ концу 2-хъ лѣтъ или позже послѣ послѣднихъ родовъ у ней развивается легочная болѣзнь, переходящая въ туберкулезъ или *phthisis*. Это явленіе настолько постоянно, что меня удивляетъ невниманіе врачей къ такому серьезному страданію, тѣмъ иаче, что въ одномъ случаѣ, описанномъ Simpson омъ, дѣло также окончилось чахоткою.

Самымъ дѣйствительнымъ средствомъ противъ такого страданія, если только процессъ въ легкихъ еще не осизателенъ, служитъ постоянное житье въ деревнѣ; обильное употребленіе въ питье молока и систематическое лѣченіе мышьякомъ Годъ или два, проведенные на свѣжемъ воздухѣ, могутъ иногда совершенно излѣчить болѣзнь. Мнѣ случалось видѣть больныхъ, которыя потомъ не только менструировали, но и по нѣскольку разъ рожали, хотя въ огромномъ большинствѣ случаевъ являлась только менструація. Но главное, всѣ признаки начинающагося страданія легкихъ исчезали и болѣе не появлялись. Курьезно, что при слѣдующихъ родахъ менструація являлась вовремя и протекала совершенно правильно. Итакъ, если аменоррея является у молодой женщины послѣ родовъ, изслѣдованіе указываетъ на нѣкоторое уменьшеніе матки, на присутствіе гектической лихорадки (ночные поты), женщина худѣетъ, то, хотя бы изслѣдованіе груди указывало на

здоровое состояніе легкихъ, больную должно разсматривать, какъ кандидатку на tuberculosis и phthisis, ибо въ дѣйствительныхъ рано наступающихъ климактеріяхъ похуданія не замѣчается, наоборотъ, чаще ожирѣніе или совершенное здоровье.

ГЛАВА XV.

Inversio uteri.

Кровотеченіе при inversio uteri въ острыхъ случаяхъ можетъ быть колоссальнымъ, въ соединеніи съ шокомъ можетъ произвести истинный коллапсъ и угрожать жизни больной. Въ случаяхъ же хроническихъ оно чаще проявляется въ сильныхъ продолжительныхъ регулахъ, часто наступающихъ и по окончаніи смѣняющихся бѣлями.

Но меня поражала въ хроническихъ инверсіяхъ особая блѣдность и прозрачность больныхъ, поражала потому, что количествомъ теряемой крови нельзя было объяснить этой характерной прозрачности больныхъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ больныя находились 2—3 мѣсяца подъ моимъ наблюденіемъ и гдѣ кровотеченій вовсе не было, при хорошихъ гигиеническихъ и діететическихъ условіяхъ, укрѣпляющее лѣченіе и лѣченіе противъ малокровія мало доставляли облегченія. Больныя были также блѣдны и прозрачны и какъ только тѣмъ или другимъ способомъ inversio уничтожалось, даже путемъ ампутации матки, больная вскорѣ теряла эту прозрачность и блѣдность.

При наружномъ изслѣдованіи врачъ на уровнѣ плоскости входа малаго таза не встрѣчаетъ дна матки и при изслѣдованіи per vaginam попадаетъ опухоль, напоминающая собою фиброзный полипъ, сидящій на ножкѣ, которая проходитъ черезъ расширенное маточное отверстіе. При двойномъ изслѣдованіи дна и тѣла матки не попадается, а если влагалищную часть приподнять кверху, по направленію къ брюшнымъ стѣнкамъ, то иногда пальцами наружной руки можно ощупать въ ней воронку. Если ввести два пальца in rectum, а вывороченное дно и тѣло матки оттянуть внизъ къ нижнему краю symph. pubis, то пальцами легко ощупать воронкообразное углубленіе и убѣдиться двойнымъ изслѣдованіемъ въ отсутствіи дна и тѣла матки. При зондированіи полость матки укорочена (1"), а при изслѣдованіи помощью зеркалъ по бокамъ нижней части опухоли можно видѣть два нѣсколько расширенныхъ отверстія фаллопиевыхъ трубъ. Итакъ діагностика не трудна. Главное, нужно убѣдиться:—расширяется или нѣтъ воронкообразное углубленіе, что удается при изслѣдованіи per rectum; захвативъ опухоль полною рукою per vaginam, оттигиваютъ ее внизъ по направленію къ нижнему краю symph. pubis, а шейку матки направляютъ въ полость крестцовой кзади; тогда пальцами, однимъ или двумя, находящимися in recto, входятъ черезъ переднюю стѣнку recti въ воронкообразное углубленіе и, если опухоль надвигать на палецъ, то въ случаѣ пезарашенія воронки, палецъ проходитъ довольно глубоко; въ обратномъ случаѣ прохожденіе пальца затруднено или невозможно. Но при этомъ не слѣдуетъ позабывать о возможности спазма шейки, могущаго симулировать непроходимость и заращеніе воронки. Пов-

торное изслѣдованіе уясняетъ истинную причину непроходимости. Обстоятельство это важно, потому что при вправленіи не столько играетъ роль продолжительность болѣзни, ибо разсказаны удачные случаи вправленія послѣ 15-ти лѣтняго существованія болѣзни, сколько отсутствіе и присутствіе сращеній брюшныхъ листковъ матки.

При долго продолжающемся выворотѣ не слѣдуетъ упускать изъ виду возможности перерожденій доброкачественныхъ и злокачественныхъ дна и тѣла матки. Въ климактерическомъ періодѣ едва ли необходимы попытки вправленія, такъ какъ наблюдались случаи, гдѣ инвертированная матка подвергалась точно такой же атрофіи, какъ и нормальная.

Г Л А В А XVI.

O b e s i t a s.

Къ числу причинъ, не упомянутыхъ въ таблицѣ, но подающихъ поводъ къ кровотеченію относится ожирѣніе — *obesitas*. Съ гинекологической точки зрѣнія *obesitas* проявляется въ двухъ видахъ: въ формѣ врожденной и въ формѣ приобретенной. I-ая форма чаще всего замѣчается у молодыхъ особей, иногда въ 18 лѣтъ, иногда въ 20. При этой формѣ находимъ матку малой величины высокостоящую и чувствительную при дотрогиваніи до задней поверхности. Обыкновенно всѣ кардинальныя функціи матки находятся въ слабой степени развитія. Бесплодіе составляетъ почти правило. Менструація мала, регулы ходятъ иногда ежемѣсячно, а иногда черезъ 2—3 мѣсяца, продолжаются по 1, много по 2 дня, въ очень ограниченномъ количествѣ, иногда съ сильными дисменоррейными явленіями. *Coitus* почти всегда индифферентенъ и женщина не испытываетъ ни мѣстныхъ, ни общихъ сладострастныхъ ощущеній; иногда же *coitus* болѣзненъ. Катарральная гиперсекреція всегда существуетъ; бѣли очень часто имѣютъ характеръ разъѣдающій, всегда очень упорны относительно излѣченія.

Такимъ образомъ, въ силу недоразвитія всѣхъ функцій и въ силу малости матки надо разсматривать врожденную *obesitas*, какъ недостатокъ развитія. Этотъ взглядъ еще болѣе подтверждается тѣмъ обстоятельствомъ, что и другія функціи организма развиты несовершенно: лѣнивое пищевареніе, слабая дѣятельность сердца, повышенная раздражительность и бросающееся въ глаза низкое развитіе умственныхъ способностей.

Эта форма, какъ сказано, не обуславливаетъ сама по себѣ кровотеченія, но на этой почвѣ легко развивается хроническое воспаленіе матки, которое иногда подаетъ поводъ къ кровотечениямъ и тогда кровотеченіе приобретаетъ чрезвычайную продолжительность и упорство, ибо оно увеличиваетъ состояніе *obesitatis*.

Вторая форма—приобретенное ожирѣніе—замѣчается чаще всего у женщинъ отъ 35 до 50 лѣтъ, но иногда и отъ 25 лѣтъ. Повидимому въ самомъ организмѣ существуютъ особыя условія, которыя повидимому располагаютъ къ ожиренію. Бесплодіе или врожденное или приобретенное, *mensruatio profusa*, долгое воздержаніе отъ *coitus* а и, наконецъ, хроническое кровотеченіе — вотъ условія, которыя

нерѣдко влекутъ за собою прибрѣтенное ожирѣніе. Должно замѣтить одно практически очень важное наблюденіе, что разъ установившееся ожирѣніе само по себѣ можетъ обусловить и безплодіе и кровотеченіе.

Я при кровотеченіяхъ обращаю большое вниманіе на то, ожирѣлый ли животъ у больной, или не ожирѣлый и, разъ находя при хроническихъ кровотеченіяхъ ожирѣніе брюшныхъ стѣнокъ, которое у женщинъ ранѣе всего обозначается какъ первое явленіе общаго ожирѣнія, тотчасъ разсматриваю субъекта, какъ ожирѣлаго, и первый совѣтъ мой назначается противъ ожирѣнія.

Прогностика врожденной *obesitatis* рѣдко бываетъ благопріятной, хотя и удавалось видѣть случаи, гдѣ не только устранялось ожирѣніе, но и возстановлялись всѣ функціи половыхъ органовъ; но это относится къ рѣдкостямъ. Чаше всего устраняются лишь нѣкоторые неблагопріятные моменты или самое большее ожирѣніе не идетъ дальше.

Прогностика въ случаяхъ прибрѣтеннаго ожирѣнія гораздо благопріятнѣе, въ особенности если болѣзнь захвачена въ началѣ.

Лѣченіе маточныхъ кровотеченій.

Раньше чѣмъ приступить къ изложенію лѣченія маточныхъ кровотеченій, я желалъ бы поставить нѣкоторыя условія или показанія, при которыхъ остановка кровотеченій была бы неумѣстна, безцѣльна, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и прямо вредна.

Иногда маточное кровотеченіе есть только необходимое условіе для поддержки равновѣсія въ организмѣ: организмъ долженъ, такъ сказать, выбросить изъ себя нѣкоторое количество крови и, конечно, наиболѣе удобный путь для такой потери крови у женщины есть безусловно матка. Таковы, напримѣръ, случаи умѣренныхъ кровотеченій у женщинъ въ климактерическомъ періодѣ—или очень тучныхъ, или страдающихъ брюшнымъ полнокроемъ, болѣзнию сердца, печени или атероматозомъ сосудовъ. Въ этихъ случаяхъ умѣренное кровотеченіе, то есть такое, которое не влечетъ за собою признаковъ острой анеміи или разстройствъ, мѣшающихъ предаваться обыденнымъ занятіямъ, есть явленіе по истинѣ благодѣтельное. Если приняться энергично за остановку кровотеченій у такихъ особей, то могутъ получиться два результата: или кровь найдетъ себѣ другой выходъ (прямая кишка, желудокъ, слизистая оболочка бронховъ, гортани, носа, полости рта, почки, слизистая оболочка conjunctivae и, наконецъ, ухо), или сосуды и сердце не выдержатъ такого кровенакопленія, что можетъ подать поводъ или къ разрыву сосудовъ и сердца, или къ остановкѣ послѣдняго. Отсюда само собою понятно, что при лѣченіи спеціально климактерическихъ кровотеченій должно быть принято во вниманіе общее состояніе и, если приходится прибѣгать къ остановкѣ кровотеченій, то регулированіе діеты, гигіены и фармакологическихъ средствъ должно быть соблюдаемо весьма тщательно.

При нѣкоторыхъ маточныхъ болѣзняхъ, а также при яичниковой невралгій и воспаленіяхъ яичниковъ, умѣренное кровотеченіе составляетъ, такъ сказать, *vis medicatrix*. Возьмемъ для примѣра случай хроническаго воспаленія матки, продолжающагося 4, 5 лѣтъ и обостряющагося разъ или два въ мѣсяцъ, у особы крѣпкой, съ ослабленными брюшными стѣнками. Здѣсь энергическая остановка кровотеченія можетъ повлечь за собою явленіе острыхъ воспалительныхъ явленій не только матки, но и брюшины съ клѣтчаткой. При оваріальныхъ дисменорреяхъ отмѣчается фактъ, что, въ періоды большихъ потерь крови при менстру-

аці, страданіе бываетъ легче и лихорадочныя явленія не показываются. Тоже замѣчается и въ интерменструальные періоды.

Напримѣръ, у женщины между регулами, иногда съ весьма большою правильностью, какъ разъ по срединѣ между двухъ регулъ показываются сильныя оваріальныя боли съ припадками *dyspareunie*, съ жаромъ, сухостью, а иногда и съ зудомъ половыхъ частей, съ лихорадочнымъ состояніемъ или безъ него, продолжающіяся 3, 4 или 5 дней и за сими оканчивающіяся переходомъ въ прежнее здорье. Наблюденія показываютъ, что, если сказанныя явленія осложняются кровотеченіемъ, то припадки болѣзни бываютъ ничтожными сравнительно съ тѣмъ періодомъ, когда таковыхъ кровотеченій нѣтъ, и остановка здѣсь кровотеченій можетъ повлечь за собой ухудшеніе состоянія больной. Если при двойномъ изслѣдованіи отмѣчается во время кровотечения сильная чувствительность брюшины, покрывающей матку, хотя бы безъ лихорадочнаго состоянія или при ничтожномъ, а при изслѣдованіи *per vaginam* находимъ сильную чувствительность задняго свода, движенія шейки болѣзненными, и ощущается повсемѣстное біеніе сосудовъ, въ особенности въ заднемъ сводѣ, то показаній для остановки кровотечения нѣтъ, если только нѣтъ подозрѣній на беременность. При подозрѣніи внѣматочной беременности, въ особенности трубной, остановка умѣренныхъ кровотеченій есть дѣло рискованное, и безъ крайней необходимости не слѣдуетъ прибѣгать къ ней, такъ какъ легко можетъ воспослѣдовать или разрывъ плодоваго мѣшка или кровотеченіе, чего также я самъ былъ свидѣтелемъ.

Въ тѣхъ нерѣдкихъ случаяхъ, гдѣ остановка маточныхъ кровотеченій влечетъ за собой появленіе легочныхъ кровотеченій нужно быть крайне осторожнымъ, и если такую остановку производить, то при личномъ присутствіи врача; при малѣйшихъ намекахъ на легочное кровотеченіе, остановку маточнаго должно немедленно прекратить. У субъектовъ нервныхъ, съ наследственнымъ расположеніемъ къ психозамъ и органическимъ заболѣваніямъ центральной нервной системы, остановка маточныхъ кровотеченій должна быть производима осторожно и, если вслѣдъ за остановкой показывается хроническая бессонница, раздражительность, впечатлительность съ легкими припадками астмы, то лучше такое кровотеченіе, если оно умѣренно, не останавливать, а если и останавливать, то медленно, постепенно, шагъ за шагомъ. Отсюда само собой понятно, что не всѣ и не всякое кровотеченіе должно быть останавливаемо немедленно. Умѣнье лавировать, разумѣется, дается практикой, причемъ должно помнить, что только тогда и получатся благотѣльные результаты отъ остановки кровотеченія, когда всѣ условія въ организмѣ будутъ тщательно взвѣшаны, и потому при лѣченіи кровотеченій должно быть сдѣлано тщательное, мелочное изслѣдованіе не только половой сферы, но и всѣхъ остальныхъ органовъ и системъ. Не должно забывать, что огромное большинство средствъ для остановки маточныхъ кровотеченій дѣйствуетъ не только на половые органы, но и на всѣ остальные, а въ особенности на сосуды и сердце. Я поставилъ себѣ за правило въ каждомъ случаѣ серьезнаго кровотеченія тщательно изслѣдовать сердце, и такое правило, убѣжденъ глубоко, избавило меня и моихъ больныхъ отъ многихъ неприятныхъ неожиданностей. Я видѣлъ случаи, гдѣ пренебреженіе къ этому правилу влекло за собою внезапныя

судороги и внезапную смерть. И всего этого можно было бы избѣгнуть, если бы предварительно было обследовано сердце. Не надо упускать изъ виду, что женщины, перенесшія тяжелыя формы тифа, послѣродовыя септицеміи и вообще страдавшія болѣзнями крови, не обладаютъ уже здоровымъ сердцемъ. Изслѣдуя ихъ сердце, легко пропустить явленія жирового перерожденія, а кровоостанавливающія средства, въ особенности, сильно дѣйствующія, каковы: спорынья, холодъ и тепло, вліяютъ на такое сердце совсѣмъ не индифферентно.

И, могу добавить, если при остановкѣ кровотечения, показываются перебои пульса, то случай должно разсматривать, какъ самый серьезный, могущій легко перейти въ парезъ сердца и, при отсутствіи жизненныхъ показаній для остановки кровотеченій, лучше отъ нея отказаться.

Изслѣдованіе сердца важно еще потому, что оно само можетъ подать поводъ къ маточнымъ кровотечениямъ и только благодаря сердечнымъ средствамъ кровотеченіе въ этихъ случаяхъ можетъ быть остановлено.

Появленіе астмы съ закатываніемъ глазъ и съ сильною потливостью при частомъ, скоромъ пульсѣ, должно удерживать врача отъ энергической остановки кровотеченій. Появленіе судорогъ въ пальцахъ верхнихъ конечностей, въ одномъ случаѣ, котораго я былъ свидѣтелемъ, было первымъ указаніемъ появившагося затѣмъ tetanus.

При почечныхъ и желчныхъ камняхъ и при коликахъ отъ таковыхъ, я бы совѣтовалъ предупредить больныхъ, что, при остановкѣ кровотечения и послѣ него, легко могутъ показаться сильныя приступы коликъ, и какъ первый предвѣстникъ ихъ, будетъ вздутіе живота на подобіе phantom-tumor; если нѣтъ жизненныхъ показаній, лучше воздержаться отъ примѣненія кровоостанавливающихъ средствъ. Этимъ краткимъ очеркомъ я не исчерпываю всѣхъ неиріятныхъ послѣдствій, могущихъ появиться при остановкѣ маточныхъ кровотеченій, хочу только указать на то правило, что врачъ, назначающій энергическія кровоостанавливающія средства, не долженъ быть беззаботнымъ относительно послѣдствій отъ нихъ, но долженъ соблюдать всѣ правила, какія поставляются ему въ обязанность при совершеніи какой либо серьезной операціи. Все, что можетъ случиться при послѣдней, можетъ легко случиться и при первыхъ. Но, конечно, всѣ кровотечения, угрожающія жизни больныхъ, должны быть лѣчимы энергически въ присутствіи врача.

Всѣ кровоостанавливающія средства могутъ быть раздѣлены на шесть отдѣловъ: 1) терапевтическій или фармакологическій; 2) гидротерапевтическій; 3) внутриматочныя выпрыскиванія лѣкарственныхъ веществъ; 4) отдѣлъ механическій; 5) хирургическій и 6) лѣченіе солнечными ваннами.

Г Л А В А I.

Отдѣлъ фармакологическій.

Изъ средствъ фармакологическихъ на первомъ планѣ, разумѣется, стоитъ:

1. *Спорынья и ея препараты*. Я лично имѣю опытность только относительно слѣдующихъ препаратовъ спорыньи: Infusum et pulvis secalis cogniti внутрь, Ergotinum Boujeani et acidum sclerotinicum внутрь и подъ кожу. Оставляя въ сторонѣ физиологическое дѣйствіе спорыньи, я только обозначаю показанія, противопоказанія и нѣкоторыя особенности, отмѣчаемыя при назначеніи этого средства.

Спорынья показуется при кровотеченияхъ въ небеременномъ и послѣродовомъ состояніи и въ особенности охотно употребляется въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ или кровотечение показалось недавно, или женщина еще не лѣчилась и не принимала внутрь ни спорыньи, ни ея препаратовъ. Обыкновенно всѣ кровотечения въ небеременномъ состояніи сначала лѣчатся этимъ средствомъ, и въ большинствѣ случаевъ первично она назначается въ видѣ настоя 5j3—5jj par. 5Vj. Это, сравнительно, невинное назначеніе въ нѣкоторыхъ случаяхъ останавливаетъ кровотечение, въ другихъ уменьшаетъ его, а то и вовсе остается безъ дѣйствія, или же наконецъ служитъ пробнымъ камнемъ для примѣненія цѣлаго ряда другихъ средствъ. Самые эффектные результаты дѣйствія спорыньи замѣчаются обыкновенно при кровотеченияхъ послѣ родовъ и послѣ выкидышей, когда матка или совсѣмъ порожняя или въ ней, можетъ быть, осталась какая нибудь часть мѣста или оболочекъ. Если женщина здоровая, кровотечение продолжается отъ сутокъ до 3-хъ и не очень обильно, а при внутреннемъ изслѣдованіи отверстіе матки находится раскрытымъ, тѣло и дно матки рыхлой консистенціи, малочувствительно, въ этихъ случаяхъ достаточно выпить въ продолженіе сутокъ одну или двѣ шестиунцовыхъ стклянки настоя, чтобы добиться полного уснѣха: и кровотечение остановится, и матка сократится. Но вскорѣ однакоже, такъ черезъ сутки, изслѣдованіе покажетъ, что наружное отверстіе матки снова какъ бы открылось и снова консистенція матки стала рыхлой, что должно служить, если кровотечения еще и нѣтъ, вторичнымъ показаніемъ для назначенія спорыньи. Отсюда само собою понятно, что дѣйствіе спорыньи быстрое и скоропроходящее. Настой спорыньи дѣйствуетъ уменьшающимъ menstruatio profusa, отчего бы послѣднія не зависѣли.

Много можно встрѣтить больныхъ женщинъ, понивающихъ этотъ настой во время регулъ, и наблюденія показываютъ, что въ среднемъ итогѣ въ 5, 6-ти дневный менструальный періодъ выпивается одна, много двѣ шестиунцовыхъ стклянки настоя и съ большой пользой: потеря крови замѣтно уменьшается. Многъ приходилось видѣть женщинъ, страдавшихъ фиброміомами матки, у которыхъ кровотечения выражались въ усиленныхъ регулахъ; онѣ употребляли этотъ настой въ продолженіе годовъ и не имѣли повода жаловаться на какія либо непріятности отъ употребленія спорыньи. Стало бытъ спорынья принадлежитъ къ средствамъ, которыя могутъ съ отдыхомъ и съ перемежкой употребляться хронически. На это свойство ея я особенно обращаю вниманіе; во многихъ случаяхъ заболѣванія матки

и ея придатковъ я пользовался этимъ свойствомъ съ особеннымъ успѣхомъ и пришелъ къ слѣдующему заключенію, которое одинаково можетъ быть приложимо и къ ея препаратамъ.

Если давать сырыню въ большихъ и частыхъ дозахъ, то эффектъ наступаетъ быстро (подразумѣвая сокращеніе матки и остановку кровотеченія), но за то, если въ первое время, большею частью отъ однихъ сутокъ до трехъ, эффектъ не наступилъ, то дальнѣйшее употребленіе спорыни уже не производитъ, повидимому, никакого впечатлѣнія ни на сокращеніе матки, ни на остановку кровотечения. Это важно помнить въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ кровотеченіе можетъ появиться во всякое время внезапно. Напримѣръ, у больной является кровотеченіе отъ аборта; часть выкидыша вышла, часть осталась въ маткѣ. Если такой больной назначить спорыню черезъ часъ въ видѣ настоя, а подъ кожу ввести по одному грану утромъ и вечеромъ эрготину, то кровотеченіе можетъ тотчасъ же остановиться; но за то, если оно покажется черезъ сутки или черезъ двое, то спорыня въ такихъ же дозахъ или даже большихъ не окажетъ уже никакого дѣйствія. Наоборотъ, въ случаяхъ, гдѣ при кровотеченияхъ матка увеличена, болѣе плотна, чѣмъ нормальная (еще релъефнѣе, когда она тверда), употребленіе большихъ и частыхъ дозъ остается безъ всякаго эффекта; хроническое же употребленіе маленькихъ дозъ въ продолженіе 6, 8, 10 недѣль (не болѣе одного грана въ сутки *per os*) производитъ иногда блестящій эффектъ, не только какъ кровеостанавливающее, но и болеутоляющее во время менструальныхъ кровотеченій. Ознакомившись съ дѣйствіемъ спорыни, я пришелъ къ слѣдующему выводу:

1) Спорыня и ея препараты въ большихъ и частыхъ дозахъ даютъ хорошіе результаты въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ матка увеличена и мягка; и остаются почти безъ всякаго дѣйствія, гдѣ консистенція твердая, фиброзная, будетъ ли при этомъ матка увеличена или нѣтъ.

2) При послѣднихъ условіяхъ лучшаго дѣйствія можно ожидать отъ хроническаго употребленія малыхъ дозъ (будетъ ли то подъ кожу или внутрь).

3) Если женщина потеряла очень много крови, такъ что всѣ явленія анеміи на лицо, спорыня и ея препараты мало приносятъ пользы, и дѣйствіе ея скорѣе вредно, чѣмъ полезно. Особенно въ этихъ случаяхъ должно опасаться вліянія ея на сердце; нѣсколько разъ я видѣлъ состояніе, близкое къ парезу сердца, которое исчезло вслѣдъ за остановкой употребленія спорыни. На этотъ пунктъ и особенно обращаю вниманіе читателей; онъ одинаково относится ко всѣмъ возрастамъ, ко всѣмъ сословіямъ, къ женщинамъ беременнымъ и небеременнымъ, къ послѣродовому и климактерическому періоду. При этихъ условіяхъ спорыня мало дѣйствительна даже и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ матка рыхла и увеличена.

4) При отравленіяхъ и зараженіяхъ крови, какъ то бываетъ у больныхъ раковыхъ, при распадающихся фиброміомахъ и послѣродовыхъ септицеміяхъ, назначеніе спорыни опасно, и опасность обуславливается состояніемъ сердца.

5) При кормленіи грудью спорыня назначается съ осторожностью, а еще лучше ея совсѣмъ не давать, такъ какъ употребленіе ея можетъ вызвать уменьшеніе и даже остановку отдѣленія молока.

6) При долго продолжающихся кровотеченияхъ, годъ или два, спорыня ока-

зываетъ мало пользы даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ явленія анеміи не особенно рѣзко выражены.

7) Когда спорынья и ея препараты не дѣйствительны, то это служить указаніемъ на то, что нечего ожидать пользы отъ какихъ либо другихъ внутреннихъ средствъ, дѣйствующихъ на сокращенія матки, и лучше, не теряя времени на ихъ употребленіе, перейти къ другимъ средствамъ.

8) Трудно указать время, въ продолженіе котораго недѣйствительность спорыньи оказалась бы несомнѣнной (оно будетъ лучше видно при частномъ разсмотрѣніи ея употребленія).

Вотъ рецепты, которыми я пользуюсь при назначеніи спорыньи и ея препаратовъ.

Rp.: Infus. secalis. cornuti e ʒjʒ — ʒjj (4,0—8,0)
par ʒvj (200,0)

DS. Черезъ 2 часа по столовой ложкѣ.

Rp.: Secalis cornuti gr v—x (0,3—0,6)

Sacchari albi gr v (0,3)

M. f. pulv. D. t. d. № 10.

DS. По 1, 2, 3 порошка въ день.

Rp : Ergotini Boujeani gr. v (0,3)

Succi et pulv. Liquirit. q. s.

ut f. pil. № 20. Consperge.

DS. По 1 пилюль 1—3 раза въ день.

Rp.: Ergotini gr. vjij (0,5)

Aq. destill. ʒjj (8,0)

Glycerini gtt. jv

MDS. $\frac{1}{2}$ шприца на разъ инъекціи (нодь кожу gr. $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, 1).

Rp.: Acidi sclerotinici gr. vjij—x (0,5—0,6)

Aq. destillatae ʒjj (8,0)

Glycerini gtt. jj

MDS. Для инъекцій (впрыскивать по $\frac{1}{2}$ шприца раза три въ недѣлю; на разъ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ gr. ac. sclerotinici).

II. *Hydrastis canadensis* весьма часто употребляется въ мено-и метроррагіяхъ, въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ матка плотна или тверда, но, конечно, въ послѣднемъ случаѣ, не слѣдуетъ думать, что дѣло идетъ о карциномѣ. Оно можетъ быть назначаемо въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ матка мало или совсѣмъ неподвижна, гдѣ, какъ извѣстно, спорынья почти не оказываетъ никакого дѣйствія. Оно можетъ быть назначаемо въ случаяхъ кровотеченія, осложненнаго растяженіемъ трубы, даже если бы растяженіе трубы зависѣло отъ внѣматочной беременности, при подострыхъ или острыхъ заболѣваніяхъ придатковъ матки, клѣтчатки и брюшины, при кровотеченияхъ, осложненныхъ болѣзнью сердца, нервными

разстройствами, удушьями, словомъ, во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы боимся повліять грубымъ образомъ на сердце.

Hydrastis принадлежитъ къ средствамъ, увеличивающимъ аппетитъ, улучшающимъ желудочное и кишечное пищевареніе. У нѣкоторыхъ особъ подѣ влияніемъ приѣмовъ *hydrastis* исчезали упорные запоры. *Hydrastis* повидимому дѣйствуетъ только на сосуды, потому что матка подѣ влияніемъ его не плотнѣетъ, не уменьшается, потому онъ и мало вліяетъ на кровотоки при маткахъ размягченныхъ. Показанія къ его употребленію главнымъ образомъ при эндометритахъ, метритахъ простыхъ или осложненныхъ смѣщеніемъ матки (флексія, ретропозиція), при фибромиомахъ, *grav. extrauter.*, *haematocele*, въ климактерическихъ кровотокахъ; назначеніе его не требуетъ никакой діеты: обычный образъ жизни, привычки, спринцеванія, ванны, купанья, обтираніе, обливаніе водой, умеренное употребленіе пищевыхъ возбуждающихъ средствъ -- все это не мѣшаетъ его назначенію. Но при подозрѣніи на беременность *hydrastis* не слѣдуетъ назначать.

Существуетъ 2 препарата: *tinctura et extract. fluidum*. Я лично употребляю всегда тинктуру по 20—25 капель 4 раза въ день обыкновенно въ смѣси *cum chamamelis virg.*

Rp.: *Tinct. hydr. canad.*

Tinctura Chamamel. virgin. aā ʒss. 150

MDS. По 20—25 капель, 4 раза въ день.

Въ этой смѣси я нашелъ его болѣе дѣйствительнымъ, чѣмъ чистый.

III. *Liquor ferri sesquichlorati*—назначается внутрь по 3 капли 3 или 4 раза въ день.

Главное показаніе—въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ женщина страдаетъ продолжительными, хроническими меноррагіями и метроррагіями. Препарат въ такихъ дозахъ переносится легко даже субъектами съ ослабленнымъ пищевареніемъ. Продолжительность употребленія его различна: или онъ назначается только во время кровотоковъ, или же употребляется и въ промежуткѣ между ними. Удобенъ въ особенности тѣмъ, что рядомъ съ нимъ могутъ быть употребляемы и другія средства. Нѣкоторыя больныя вначалѣ съ трудомъ переносятъ его по причинѣ сердцебиеній, но это явленіе скоро исчезаетъ и можетъ только заставить употреблять средство въ меньшихъ дозахъ и рѣже (по 2 капли 2—3 раза въ день).

Herba digitalis. Главнымъ показаніемъ къ ея употребленію являются тѣ случаи, гдѣ кровотоки обуславливаются застоями крови въ брюшной и тазовой полостяхъ и при порокахъ сердца. Назначается она въ видѣ *infusum* изъ *gr. vi—x* на *ʒvi*. DS. Черезъ часъ по столовой ложкѣ.

V. *T-ra cannabis indicae*. Обыкновенная *t-ra* мало дѣйствительна, поэтому я всегда выписываю *t-ru* свѣжеприготовленную по слѣдующему рецепту: Rp.: *Tincturae cannabis indicae ex extracto paratae (1:19)—ʒjj*. DS. По 10 капель 4,5 разъ въ день.

Это средство очень часто примѣняется мною въ гинекологической практикѣ, и результаты, добытые отъ его назначенія, заслуживаютъ того, чтобы о немъ

сказать нѣсколько подробнѣе. По вкусовому ощущенію настойка конопли, по огромному большинству заявленій со стороны больныхъ, относится къ непріятнымъ, такъ что нѣкоторыя больныя специально просятъ измѣнить такой вкусъ. Прибавленіе горячей, лавровишневой воды (воды горькихъ миндалей) или мяты устраняетъ эту непріятность. Какъ катарральнымъ, такъ и здоровымъ желудкомъ настойка конопли въ количествѣ 10 капель 4—5 разъ въ день переносится хорошо, не вызывая ни болей, ни жженія, ни тошноты, ни отрыжки и скорѣе производитъ послабляющее дѣйствіе, чѣмъ запоры. Иногда приходится уменьшать дозы только по причинѣ слабительнаго ея свойства. Главное назначеніе ея тройное: или успокоить боли въ полости таза (зависящія отъ матки, ея придатковъ, пузыря и recti), или уменьшить кровеотдѣленіе изъ матки, или, наконецъ, какъ снотворное средство.

Посему назначается тамъ, гдѣ желательно облегчить воспалительныя боли, зависящія отъ хроническаго или подостраго воспаления матки, тазовой брюшины, тазовой клѣтчатки, равно и яичниковъ. Въ послѣднемъ случаѣ она оказываетъ дѣйствіе не только при первомъ характерѣ болей, но даже и при боляхъ, зависящихъ отъ остраго воспаления яичниковъ.

Она назначается съ особенной пользой при дисменорреяхъ, причемъ не только успокоиваетъ боли, но и регулируетъ мѣсячныя отдѣленія кровей.

Далѣе, настойка конопли съ пользою употребляется: при всѣхъ раздраженіяхъ пузыря, при болѣзненныхъ частыхъ мочеиспусканіяхъ, при таземахъ и раздражительности пузыря; при трудной и болѣзненной дефекаціи, если таковая зависитъ отъ матки; при маточныхъ кровотеченияхъ, обусловливаемыхъ: или воспалительнымъ состояніемъ матки и ея придатковъ, или наступленіемъ климактерическаго періода, или же періода *pubertatis*.

Во время беременности она прекрасно дѣйствуетъ на спазматическія воспалительныя боли и на кровотечения.

При бессонницахъ, обусловливаемыхъ маточными разстройствами, она оказываетъ тоже благотворное дѣйствіе, причемъ доза должна быть увеличена отъ 15—20 капель, 2—3 раза на ночь.

Само собою разумѣется, что хорошее дѣйствіе настойки одинаково и въ боляхъ отраженныхъ при болѣзняхъ матки, каковы боли почечныя, кардіалгическія, интеркостальныя, спинныя.

Такимъ образомъ назначеніе ея въ гинекологической практикѣ обширное и удобное тѣмъ, что безъ вреда она можетъ быть употребляема долгое время—2, 3 мѣсяца, и многія больныя, испытавши хорошее ея дѣйствіе на дисменоррейныя боли, въ продолженіе годовъ не расстаются съ ней во время менструацій. И, дѣйствительно, не только оваріальныя, воспалительныя дисменореи дѣлаются сносными, но и обструктивныя, механическія, и тѣ уступаютъ дѣйствію конопли.

Разумѣется мало эффекта можно ожидать отъ употребленія настойки конопли при кровотеченияхъ, зависящихъ отъ новообразованій, каковы фибромы, раки или при кровоизліяніяхъ въ полость таза (*haematocele*).

У нѣкоторыхъ больныхъ отъ приѣма 10 капель являются признаки отравленія, и я видѣлъ случаи, которые заставили меня осторожнѣе обращаться съ

этимъ средствомъ, а именно у особенно предрасположенныхъ къ перво-психическимъ заболѣваніямъ назначать t-га *cannabis indicae* только по 5 капель на пріемъ, причеиъ должно предупредить больную, что, въ случаѣ какихъ нибудь ощущеній, необычныхъ для ея психической нервной системы (летаніе, шатаніе и т. д.), средство это должно быть сейчасъ же оставлено.

Разскажу одицъ типическій случай

Большая была у меня поутру на пріемѣ. По причинѣ болей и кровотеченія я назначилъ индійскую коноплю. Она отправилась въ аптеку, купила лѣкарство и часовъ въ 11 утра приняла 10 капель; въ 2 часа дня еще 10 капель. Въ 3 часа она садится на поѣздъ, чтобъ ѣхать въ Тулу (мѣстожителство). По отходѣ поѣзда она начинаетъ воображать себя птицей, дѣлаетъ различнаго рода летательныя движенія, обращаетъ на себя вниманіе окружающихъ. Пріѣхавши на станцію Серпуховъ, она считаетъ эту станцію за Тулу, выскакиваетъ изъ вагона, и въ одномъ платьѣ, оставивши все вещи, бѣжитъ въ городъ (2 версты отъ станціи), все время подражая летанію птицы, пока въ городѣ не была остановлена; спустя нѣкоторое время явленія летательныя исчезли, явилось полное сознаніе и она отправилась домой. Не приписывая такое состояніе лѣкарству, она на другой день уже дома вторично приняла лѣкарство и съ ней повторились тѣ же явленія.

Менѣ типичные случаи встрѣчались мнѣ неоднократно.

VI. *Кислоты* употребляются минеральныя и растительныя.

Изъ первыхъ чаще другихъ мы назначаемъ *Elixir acidi Halleri*, особенно при кровотеченияхъ во время беременности, при начинающемся выкидышѣ—въ количествахъ 5, 10 капель 3, 4 раза въ день.

При кровотеченияхъ въ небеременномъ состояніи прибавляютъ къ нему настой спорыни (*e gr vj—vj par ʒvj*).

Изъ другихъ кислотъ назначаемъ *acidum phosphoricum* по слѣдующей формулѣ:

Rp.: *Decocti chinae non clarificati e ʒjj—par ʒjjj*

Acidi phosphorici diluti ʒʒ

MDS. По десертной ложкѣ 2, 3 раза въ день.

Эта микстура незамѣнима при кровотеченияхъ, составляющихъ частое явленіе *morbi Werlhofii* и цынги, а также при *dissolutio sanguinis*.

Растительныя кислоты въ видѣ морса или лимонада охотно назначаются, какъ прохладительное питье, при всевозможныхъ кровотеченияхъ.

VII. *Equisetum*—хвощъ. Съ этимъ средствомъ я познакомился совершенно случайно изъ разсказа нѣкоторыхъ больныхъ, употреблявшихъ его съ цѣлю уменьшенія кровотечения, и самому мнѣ приходилось давать его больнымъ, разумѣется, совершенно эмпирически. Обыкновенно толчется въ порошокъ хвощъ, и больныя ѣдятъ его по чайнымъ ложкамъ, нѣсколько разъ въ день въ продолженіе недѣли, а иногда и болѣе. Нѣкоторыя больныя съ перваго же приема отказываются отъ его употребленія, другія, наоборотъ, жадно ѣдятъ его и наблюденіе показало, что въ первомъ случаѣ не слѣдуетъ настаивать на его употребленіи, такъ какъ оно все равно будетъ безрезультатно; во второмъ же случаѣ

можно иногда ожидать успѣха, особенно тамъ, гдѣ весь арсеналъ кровеостанавливающихъ средствъ исчерпанъ. Особенно эффектно дѣйствіе хвоща въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при изслѣдованіи матки и ея придатковъ мы не находимъ ясныхъ причинъ происхожденія кровотеченія. Тоже замѣчалось и при наступленіи климактерическаго періода съ долго продолжающимся, относительно, бесплодіемъ. Вредныхъ послѣдствій отъ хроническаго употребленія хвоща не замѣчалось.

VIII. *Gossypium* — корень хлопчатника, употребляется въ видѣ декокта; особенно умѣстно при хроническихъ кровотеченіяхъ, не уступающихъ ни спорыннѣ, ни гидрастину—при фиброміомахъ и въ климактерическомъ кровотеченіи.

Есть еще много фармакологическихъ средствъ, но по личному опыту я не могу сказать о нихъ ничего опредѣленнаго, и потому объ этихъ средствахъ будетъ упомянуто въ прибавленіи подъ заглавіемъ: «Résumé кровеостанавливающихъ средствъ».

Г Л А В А II.

Гидротерапевтическій отдѣлъ.

Вода, или лучше сказать, t° -ра воды, составляетъ очень сильное кровеостанавливающее средство и въ гинекологической практикѣ можетъ быть употребляема въ слѣдующихъ видахъ: 1, въ видѣ горячихъ спринцеваній и постоянного влагаліщнаго орошенія; 2, въ видѣ холодныхъ спринцеваній, тампонаціи льдомъ и холода на низъ живота; 3, какъ отвлекающее дѣйствіе тепла на другія части тѣла, и 4, въ видѣ общихъ гидротерапевтическихъ способовъ лѣченія: обертываніе простынями, души на животъ, ванны (сюда же купанья).

Горячія спринцеванія. Теоретически всякое спринцеваніе на одинъ или два градуса выше температуры крови можетъ быть названо горячимъ, но практически горячими спринцеваніями должно называть такія, температура которыхъ выше 35° OR., обыкновенно отъ 35° до 40° OR., но при нѣкоторыхъ исключительныхъ условіяхъ, можно свободно поднять температуру еще на 2° . Эмметъ, первый обратившій серьезное вниманіе на горячія спринцеванія, доводитъ температуру ихъ только до 116° Фаренгейта (приблизительно 37° R). Кстати замѣчу здѣсь, что отъ 27 до 30° спринцеванія называются индифферентными; отъ 30 до 35° теплыми; ниже 27° будутъ прохладными и, наконецъ, отъ 9° — 0° холодными.

Чтобы спринцеванія были дѣйствительны, должны быть соблюдаемы слѣдующія правила: женщина должна дѣлать ихъ въ лежачемъ положеніи на спинѣ съ приподнятымъ нѣсколько тазомъ, для чего употребляется подкладное судно. Обыкновенно спринцеванія производятся утромъ и вечеромъ, когда больная просыпается или ложится спать. Лежа въ постели, она должна выбрать себѣ удобную позу, которая не утомляла бы ее при продолжительномъ спринцеваніи. Она должна быть прикрыта и не подвергать другія части тѣла охлажденію, на чемъ особенно надо настаивать при горячихъ спринцеваніяхъ. При нѣкоторыхъ упорныхъ кровотеченіяхъ, гдѣ надо быстро остановить ихъ, положеніе измѣняется изъ спинного въ положеніе à la vache. Всякое другое положеніе, каковы: сидячее, полусидячее,

стоячее, должны быть запрещаемы, такъ какъ при такихъ положеніяхъ вовсе не достигается цѣль спринцеванія, ибо при нихъ вода вовсе не задерживается въ полости влагалища, а только обмываетъ его стѣнки, и, кромѣ того, такія положенія скорѣе обуславливаютъ застой крови въ полости таза, чѣмъ оттокъ. Сущность дѣйствія горячихъ спринцеваній, но Эммету, состоитъ въ сокращеніи и возстановленіи тонуса тазовыхъ сосудовъ, а стало быть, и въ оттокъ крови отъ матки, ея придатковъ и изъ полости таза въ общую циркуляцію; поэтому для полного и вѣрнаго дѣйствія горячихъ спринцеваній безусловно необходимо соблюдать всѣ условія, способствующія оттоку крови изъ полости таза, а изъ положеній самымъ цѣлесообразнымъ въ этомъ смыслѣ будетъ лежачее на спинѣ съ приподнятымъ тазомъ или, что еще лучше, положеніе à la vache.

На томъ же основаніи наиболѣе цѣлесообразны спринцеванія именно утромъ и вечеромъ, ибо, помимо того, что женщина раздѣта, она можетъ для достиженія полного дѣйствія спринцеванія остаться въ постели утромъ съ $1\frac{1}{2}$ часа послѣ нихъ, а вечеромъ на всю ночь. «Несоблюденіе этихъ мелочныхъ правилъ, говоритъ Эмметъ, къ несчастію разрушаетъ все благотворное дѣйствіе горячихъ спринцеваній», что, могу съ своей стороны добавить, подрываетъ довѣріе къ горячимъ спринцеваніямъ, не только со стороны больныхъ, но и со стороны врачей. Въ продолженіи послѣднихъ четырехъ лѣтъ я много видѣлъ больныхъ, которымъ врачи назначали горячія спринцеванія, но за весьма и весьма рѣдкими исключениями встрѣчалъ правильное ихъ назначеніе.

Важность спринцеваній, частота ихъ употребленія, благотворный и блестящій эффектъ отъ нихъ заставляютъ меня распространиться о нихъ въ большихъ размѣрахъ, чѣмъ то согласуется съ моей программой.

Для горячихъ спринцеваній употребляется: Эсмарховская кружка, вмѣщающая въ себѣ не менѣе 6 стакановъ воды, а если больше, то еще лучше; ведро или, наконецъ, самоваръ. Для измѣренія температуры воды лучше всего пользоваться простымъ водянымъ термометромъ.

Вышина подвѣшиванія кружки незначительна. Длина рукава не болѣе 2-хъ аршинъ, дабы температура воды при медленности струи не слишкомъ охлаждалась. Наконечникъ употребляется или гуттаперчевый, или стеклянный съ одинаковыми центральнымъ и боковыми отверстиями и долженъ быть снабженъ регулирующимъ краномъ; наконечникъ можетъ быть изогнутый или прямой: изогнутый необходимъ тамъ, гдѣ шейка матки стоитъ высоко или слишкомъ впереди; прямой, гдѣ матка опущена или наклонена назадъ.

Лучшее подкладное судно есть гуттаперчевое, овальное, съ надуваемыми боками. Для выкачиванія воды изъ подкладного судна употребляется гуттаперчевая кишка длиною аршина въ $1\frac{1}{2}$ или 2, одинъ конецъ которой погружается въ подкладное судно, а другой выводится за край постели для погруженія его въ какой либо сосудъ. Стоитъ только растянуть эту кишку на колѣнѣ, какъ тотчасъ вода изъ подкладного судна наполнитъ кишку и кишка будетъ выкачивать воду по закону сифона; обстоятельство это особенно важно при постоянныхъ орошеніяхъ. Раньше чѣмъ наконечникъ будетъ введенъ во влагалище, должно спустить известное количество воды, частью для удаленія остывшей воды, а главнымъ об-

разомъ для удаленія воздуха изъ рукава и наконечника, такъ какъ до сихъ поръ еще публикуются случаи смерти отъ вхожденія воздуха въ вены матки. Конецъ наконечника, смазанный вазелиномъ съ карболовой кислотой *), долженъ быть доведенъ до глубины задняго свода, чему и обязанъ врачъ научить больную.

Струя при спринцеваніи не должна быть сильна, для чего или кружка вѣшается низко, или отворяется только полъ крана. Это правило безусловно необходимо соблюдать особенно въ началѣ спринцеванія, такъ какъ вслѣдъ за сильной струей могутъ внезапно развиваться грозныя припадкы коллапса и нервнаго истощенія, зависящія или отъ спазматическаго сокращенія матки и ея придатковъ, или отъ изліянія секрета въ полость брюшины. Спринцеваніе должно быть настолько медленно, чтобы 8—10 стакановъ выспринцовывались не менѣе какъ въ 10 минутъ. Не желательно также, чтобы при окончаніи спринцеванія воздухъ попадалъ въ полость влагалища, почему край затворяется ранѣе, чѣмъ вытечетъ вся жидкость. Это особенно нужно имѣть въ виду при назначеніи спринцеваній въ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ.

Если спринцеванія назначаются и во время дня, то всѣ сказанныя правила соблюдаются одинаково, и женщина послѣ каждаго спринцеванія остается въ постели не менѣе $\frac{1}{4}$ часа.

Съ соблюденіемъ всѣхъ этихъ правилъ, горячія спринцеванія съ цѣлью полной остановки кровотеченія назначаются черезъ одинъ или два часа, смотря по индивидуальности и роду болѣзни, въ количествѣ, какъ уже сказано, не менѣе 6 стакановъ для каждаго спринцеванія, а иногда и больше. Такая частота спринцеваній безусловно необходима въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ желательно видѣть быструю и скорую остановку кровотеченія. Между прочимъ, врачами упускается это изъ виду и, назначивъ спринцеванія хоть въ 40° раза два или три въ день и видя неудачу, они считаютъ горячія спринцеванія неэффективными, но, конечно, неуспѣхъ лежитъ не въ горячихъ спринцеваніяхъ, а въ неумѣлости ихъ назначенія.

Наиболѣе дѣйствительными для остановки кровотеченія оказываются повторныя, горячія спринцеванія изъ воды съ уксусомъ: 2 стакана обыкновеннаго столоваго уксуса на 4 стакана воды.

При назначеніи горячихъ спринцеваній надо кромѣ того соблюдать и нѣкоторыя предосторожности. Такъ, не слѣдуетъ назначать спринцеванія съ перваго раза очень высокой температуры, а лучше повышать температуру постепенно: на примѣръ, назначить первое спринцеваніе въ 35° и съ каждымъ новымъ спринцеваніемъ прибавлять по одному градусу, доводя такимъ образомъ температуру до 40° и выше. Причемъ перемежки, 6-ти 8-ми часовыя, на примѣръ, по случаю сна, не мѣшаютъ продолжать спринцеванія той же температуры, на которой остановились.

Располагаютъ-ли горячія спринцеванія къ простудѣ? Если спринцеванія назначаются два раза въ день, утромъ и вечеромъ, какой бы температуры ни было,

*) Acidi carbolici gr. X
Vasellini ℞ij
MDS. Мазь.

0,6
60,0

то расположеніе къ простудѣ не увеличивается. Самое типичное доказательство этого я видѣлъ на тѣхъ больныхъ, которыя совмѣстно съ горячими спринцеваніями пользовались гидротерапевтическимъ лѣченіемъ, въ видѣ, напримѣръ, обтираній простынями, душъ на животъ и на спину, иногда даже холодныхъ и притомъ въ холодное и сырое время года; для такого лѣченія больныя должны были отправляться пѣшкомъ или на лошади въ водолѣчебное заведеніе, и тѣмъ не менѣе я ни разу не замѣчалъ какихъ либо неприятныхъ послѣдствій. Поэтому, на вопросъ больныхъ, можно ли при горячихъ спринцеваніяхъ, утреннихъ и вечернихъ, выходить изъ дому и предаваться обыденнымъ занятіямъ, отвѣчаю всегда утвердительно. Само собой разумѣется, что ежечасныя горячія спринцеванія или даже черезъ каждыя два часа несомнѣнны съ гуляніями на воздухъ, особенно въ сырое и холодное время. Гораздо больше опасности для простуды представляютъ сырыя и холодныя помѣщенія больныхъ; особенно располагаютъ къ простудѣ и мѣшаютъ кровоостанавливающему дѣйствию горячихъ спринцеваній холодный полъ и охлажденіе нижнихъ конечностей, почему во всѣхъ такихъ случаяхъ больнымъ совѣтуется носить шерстяныя чулки, а выходя на улицу, надѣвать фланелевыя глухіе кальсоны.

Горячія спринцеванія безъ вреда для организма могутъ быть назначаемы по цѣлымъ мѣсяцамъ и даже годамъ. Въ частномъ отдѣлѣ будетъ указано специальное назначеніе горячихъ спринцеваній, здѣсь же я изложу вліяніе ихъ на половую сферу и на различныя функціи организма, причемъ оговариваюсь, что результаты эти добыты мною главнымъ образомъ изъ наблюденій надъ горячими спринцеваніями въ формѣ постоянныхъ орошеній; разумѣется, тождество явленій несомнѣнно, и разница только количественная. Вліяніе горячихъ спринцеваній:

1) *На объемъ или величину матки.* Горячія спринцеванія несомнѣнно уменьшаютъ матку во всѣхъ ея размѣрахъ, что особенно рельефно наблюдается на послѣродовыхъ и въ болѣе слабой степени на небеременныхъ маткахъ. Въ общемъ можно вывести такое правило: при одинаковой величинѣ матки, чѣмъ рыхлѣе консистенція ея, тѣмъ вѣрнѣе ея эффектное уменьшеніе. Сюда относятся случаи хронической недостаточной инволюціи; случаи, гдѣ изъ матки извлечены фиброзныя полипы, случаи haematometra, хроническаго воспаленія матки въ первомъ періодѣ, а равно разрыхленія и увеличенія матки у анемичныхъ и ожирѣлыхъ особъ.

2) *На консистенцію матки.* Вліяніе это несомнѣнно: весьма рѣзко замѣчается переходъ изъ мягкой, рыхлой консистенціи въ плотную и переходъ изъ плотной въ твердую, который совершается тогда, когда теченіе болѣзни не противорѣчитъ этому, такъ напримѣръ, переходъ въ хроническомъ воспаленіи матки изъ перваго во второй періодъ ускоряется, а теченіе второго сокращается

3) *На чувствительность матки.* Боли въ маткѣ и ея придаткахъ бываютъ троякаго рода: боли спазматическія или зависящія отъ сокращенія матки; боли воспалительныя и боли первыя или невралгическія. Въ общемъ итогъ всѣ эти боли или уменьшаются, или совершенно исчезаютъ, или же остаются безъ измѣненія; все зависитъ отъ условій и причинъ ихъ. При этомъ не слѣдуетъ поза-

бывать, что чаще всѣ эти боли присутствуютъ совмѣстно, но не въ одинаковой степени качественно и количественно.

Разбирая по отдѣльности, мы отмѣчаемъ, что *спазматическія боли*, зависящія отъ сокращенія матки, вначалѣ по силѣ и продолжительности увеличиваются. Отсюда само собой понятно, что въ первое время назначенія горячихъ спринцеваній больныя иногда жалуются на усиленіе таковыхъ болей, но это усиленіе есть только временное и исчезающее, какъ только цѣль, вырабатываемая схватками, достигнута (напримѣръ abortus, прорѣзываніе фибромъ). Стало быть, въ результатъ при продолжительномъ и настойчивомъ употребленіи горячихъ спринцеваній схваткообразныя боли уменьшаются. Тоже явленіе наблюдаемъ мы и при назначеніи горячихъ спринцеваній въ болѣзненно-спазматическихъ схваткахъ при родахъ.

Боли воспалительныя. Если горячія спринцеванія употребляются энергично и настойчиво, то воспалительныя боли уменьшаются до значительной степени, потому что и само воспаленіе, лѣчимое вначалѣ горячими спринцеваніями, или останавливается въ ходѣ, или уменьшается и стихаетъ, словомъ, можно сказать слѣдующее: насколько уступаетъ воспаленіе, на столько утихаютъ и боли. При хроническихъ воспаленіяхъ эффектъ получается менѣе разительный, хотя во всякомъ случаѣ интенсивность болей и продолжительность болевыхъ ощущеній уменьшается. Трудность настойчиваго примѣненія горячихъ спринцеваній при воспалительныхъ боляхъ въ хроническихъ случаяхъ обуславливается тѣмъ, что перѣдко въ началѣ употребленія горячихъ спринцеваній боли достигаютъ аспе своего развитія и требуется терпѣніе больной, настойчивость врача и довѣріе къ нему больной, ибо вслѣдъ за ожесточеніемъ болей начинается ихъ успокоеніе.

У истощенныхъ, малокровныхъ больныхъ *нервныя боли* въ полости таза подъ вліяніемъ горячихъ спринцеваній успокаиваются весьма скоро или дѣлаются настолько сносными, что мало беспокоятъ ихъ, но при этомъ должно замѣтить, что не слѣдуетъ употреблять очень высокихъ температуръ, а болѣе держаться 35—36° и только въ моментъ наибольшаго усиленія болей прямо увеличить температуру градусовъ до 40—41. Такой же эффектъ получается и при боляхъ, бывающихъ при parametritis atrophicans; меньшій — при употребленіи горячихъ спринцеваній въ невралгіяхъ яичниковъ, въ особенности, когда боли имѣютъ характеръ кусающій.

Итакъ, горячія спринцеванія безусловно принадлежатъ къ болеутоляющимъ средствамъ. Многія женщины рассказываютъ, что чувствительность и тяжесть въ нижней части живота и таза, такъ часто замѣчаемыя во многихъ женскихъ болѣзняхъ, уменьшаются, и женщина чувствуетъ пріятное успокоеніе.

4) *На секретію матки.* Если секретія зависитъ отъ разрыхленія и увеличенія матки, то уменьшеніе секретіи подъ вліяніемъ горячихъ спринцеваній несомнѣнно; причеиъ въ началѣ, иногда съ продолженіе нѣсколькихъ сутокъ, замѣчается увеличеніе ея, а потомъ уменьшеніе, могущее дойти до полнаго прекращенія. Тоже можно сказать и о секретіи влагалищной. Бленорройная секретія мало уступаетъ горячимъ спринцеваніямъ и по большей части измѣняется только качественно: изъ жидкой становится густою, изъ зеленой желтою, а изъ желтой

желтовато-бѣлою, и я ни разу не наблюдалъ, чтобы одни горячія спринцеванія были способны излѣчить гиперсекрецію при хроническомъ трипперѣ. Еще большій эффектъ относительно уменьшенія секреціи получается отъ прибавленія къ спринцеваніямъ различнаго рода лѣкарственныхъ средствъ, изъ которыхъ общеупотребительныя (карболовая кислота, сулема, мѣдь, желѣзо, цинкъ, серебро, свинець, танинъ, сода, *borax* и проч.) оказываются на столько же дѣйствительными при высокихъ температурахъ, какъ и при среднихъ. Кромѣ количественнаго измѣненія секреціи, наблюдаются измѣненія и качественныя: папримѣръ, зловонныя очищенія становятся менѣе зловонными; раздражающія и разъѣдающія бѣли теряютъ таковыя свойства.

Итакъ, горячія спринцеванія уменьшаютъ патологическія секреціи и измѣняютъ ихъ качественно.

Разсмотрѣвши вліяніе горячихъ спринцеваній на эти четыре кардинальныхъ свойства (величина, консистенція, чувствительность, секреція) матки, перехожу къ дальнѣйшему изложенію дѣйствія горячихъ спринцеваній.

Вліяніе на воспаленіе матки и окружающихъ частей. Если острое воспаленіе тазовой клѣтчатки и тазовой брюшины будетъ захвачено въ началѣ, то благопріятный результатъ отъ примѣненія горячихъ спринцеваній несомнѣнъ; въ этомъ я неоднократно убѣждался на послѣоперативныхъ заболѣваніяхъ, гдѣ на второй или третій день послѣ операціи можно было констатировать такое воспаленіе и ощупать уже эксудатъ величиною болѣе гусинаго яйца. Тутъ, какъ совѣтуетъ Эмметъ, нужны частыя, повторныя спринцеванія съ быстрымъ поднятіемъ температуры воды до 40—42°. При такомъ способѣ лѣченія иногда въ продолженіе трехъ дней удается разрѣшить эксудатъ безъ остатковъ, чего, конечно, нельзя достигнуть ни однимъ средствомъ въ медицинѣ.

Если горячія спринцеванія будутъ приложены поздиѣе, когда эксудатъ уплотнѣлъ, то исчезновеніе эксудата, хотя и происходитъ быстрѣе, чѣмъ при обыкновенномъ способѣ лѣченія, но всетаки медленно: здѣсь дѣло идетъ только объ ускореніи всасыванія его. Если послѣ какого нибудь оперативнаго вмѣшательства можно ожидать появленія воспаленія клѣтчатки и брюшины, то приложеніе горячихъ спринцеваній, въ особенности въ формѣ постояннаго орошенія, предупреждаетъ появленіе таковыхъ, въ чемъ убѣдился я неоднократно сравнительнымъ методомъ лѣченія.

Если эксудация совершилась, и эксудатъ уплотнѣлъ, то горячія спринцеванія предупреждаютъ развитіе нагноенія, а въ начавшемся нагноеніи ускоряютъ его и скорѣе формируютъ абсцессъ, причемъ, въ случаѣ перфорациі во влагалище, въ пузырь или *gestum*, истеченіе совершается быстрѣе, и вошочій гной скоро теряетъ это свойство. При лѣченіи хроническихъ воспаленій матки горячими спринцеваніями періоды обострѣній становятся рѣже, сами экзацербациі менѣе продолжительными и менѣе бурными, а иногда, при правильныхъ періодическихъ экзацербацияхъ, настойчивое примѣненіе горячихъ спринцеваній вовсе прекращаетъ ихъ.

Разумѣется, воспаленія тазовой брюшины и клѣтчатки, зависящія или отъ излитія секрета трубъ или отъ лопанья кистомы яичника, мало или вовсе не

излѣчиваются горячими спринцеваніями, но и здѣсь примѣненіе ихъ ограничиваетъ воспаленіе, какъ бы не позволяя ему распространиться на всю брюшину.

Хроническое воспаленіе яичниковъ, въ особенности съ замѣтнымъ увеличеніемъ и приращеніемъ послѣднихъ, мало уступаетъ вліянію горячихъ спринцеваній, хотя боли, болѣзненный coitus, иррадирующія боли уменьшаются и дѣлаются сносными. Словомъ, изъ всѣхъ противувоспалительныхъ средствъ горячія спринцеванія въ гинекологической практикѣ составляютъ почти самое лучшее, самое дѣйствительное средство, ослабляя боли, уменьшая распространеніе воспаленія, сокращая срокъ теченія, предупреждая и способствуя нагноенію и, наконецъ, способствуя всасыванію.

Я не сомнѣваюсь, что примѣненіе горячей воды, вѣроятно, оказалось бы также дѣйствительнымъ и при воспаленіяхъ въ другихъ частяхъ организма.

Вліяніе на сосѣдніе органы: мочевого пузыря и *гестум*. Если ischuria, dysuria, epuresis, тенезмы и раздражительность пузыря, а иногда poliuria зависятъ отъ болѣзни матки и ея придатковъ, то эффектъ дѣйствія горячихъ спринцеваній поразительный: не разъ приходилось видѣть, что женщины, которыя не могли ~~идти~~^{идти} и у которыхъ долгое время по этой причинѣ употреблялась катетеризація, легко начинали испускать мочу во время самого дѣйствія горячихъ спринцеваній. Важно то обстоятельство, что при всѣхъ сказанныхъ болѣзненныхъ измѣненіяхъ нѣтъ противопоказаній къ употребленію горячихъ спринцеваній. Одинаково хорошо горячія спринцеванія дѣйствуютъ и при кровотеченияхъ изъ мочевого пузыря.

Запоры и геморроидальныя состоянія — явленія обычныя у больныхъ женщинъ; личный опытъ убѣдилъ меня въ благотѣльномъ вліяніи горячихъ спринцеваній на сказанныя явленія: геморроидальныя кровотечения становятся меньше, появленіе шишекъ и атонія прямой кишки уменьшаются; иногда даже сильныя геморроидальныя кровотечения удавалось останавливать энергическимъ примѣненіемъ горячихъ спринцеваній. Болѣзненная дефекація улучшается, если зависитъ отъ давленія матки. Катарральныя явленія или истеченія изъ прямой кишки уменьшаются, что замѣчалось даже при раковой инфильтраціи задней стѣнки влагалища. Боли въ кончикѣ — *soscygodunia* — во многихъ случаяхъ дѣлались сноснѣй.

Такое же благотѣльное вліяніе оказываютъ горячія спринцеванія и *на выше лежащіе отдѣлы кишечника*, уменьшая вздутіе и боли, зависящія отъ него, и вырабатывая тонусъ или сокращеніе кишекъ. У многихъ женщинъ упорныя хроническія запоры къ удивленію ихъ самихъ уменьшались, что, можетъ быть, зависѣло не столько отъ прямого дѣйствія горячихъ спринцеваній на кишки, сколько отъ устраненія разстройствъ половыхъ и прямой кишки.

Горячія спринцеванія, устраняя и облегчая маточныя и кишечныя разстройства, тѣмъ самымъ, вѣроятно, устраняютъ *отраженныя ненормальныя явленія со стороны желудка*, выражающіяся въ видѣ кардіалгическихъ болей, тошноты, упорныхъ отрыжекъ и вздутія подложечной области. Здѣсь эффектъ дѣйствія безусловно посредственный.

Если больная страдаетъ *хроническимъ бронхитомъ*, то при примѣненіи горячихъ спринцеваній кашель усиливается, но съ появленіемъ потовъ замѣтно уменьшается, и отдѣленіе мокроты облегчается.

Горячія спринцеванія, въ особенности въ формѣ постоянныхъ орошеній, принадлежить къ замѣчательнымъ снотворнымъ средствамъ. Есть больныя, которыя засыпаютъ тотчасъ же послѣ каждаго спринцеванія, а инныя не могутъ удержаться отъ сна даже и во время примѣненія его. Сонъ легкій, освѣжающій, рѣдко сопровождается грезами и бредомъ. Иногда приходится уменьшать градусы и продолжительность спринцеваній исключительно по причинѣ слишкомъ снотворнаго ихъ дѣйствія.

Но есть индивидуумы, по счастью рѣдко встрѣчающіеся, у которыхъ спринцеванія вызываютъ совершенно обратныя явленія: безсонницу, галлюцинаціи и даже обморочныя состоянія, и иногда при всѣхъ попыткахъ къ продолженію спринцеваній приходится отъ нихъ отказаться, ибо мнѣ случалось видѣть больныхъ, которыя при продолженіи спринцеваній переходили въ маниакальное состояніе.

При постоянныхъ горячихъ спринцеваніяхъ больныя нерѣдко жалуются на пустоту въ головѣ, что легко устраняется или низкимъ положеніемъ головы или приложеніемъ тепла. Но за то я видѣлъ, почти какъ постоянное явленіе, что *мигрени*, которыми такъ часто страдаютъ женщины, рѣдко появляются при постоянныхъ орошеніяхъ; а случалось видѣть, что въ продолженіе 2-хъ, 3-хъ мѣсяцевъ мигрень, появлявшаяся прежде обязательно раза 2 въ недѣлю, ни разу не беспокоила больную, но появлялась опять вслѣдъ за прекращеніемъ спринцеваній. Такое же вліяніе оказываютъ горячія спринцеванія, хотя и не всегда, на *другія невраліи*, въ особенности интеркостальныя.

Самое разительное дѣйствіе горячихъ спринцеваній, особенно въ видѣ постоянныхъ орошеній, отмѣчается на температурѣ, что рельефнѣе всего замѣтно въ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ, каковы: *septicaemia serosa, lymphangoitis et phlebitis septica, parametritis et pelveoperitonitis exsudativa puerperalis, involutio vitiosa puerperalis, endometritis et metritis puerperalis*, и при септицеміяхъ и ихореміяхъ, зависящихъ отъ всасыванія разложившихся частей, каковы остатки послѣда, оболочекъ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ постоянное орошеніе производитъ разительно быстрое, внезапное паденіе температуры. Иногда удавалось въ продолженіе 6-ти часовъ постоянного орошенія низводить температуру съ 41° до 37 и ниже, которая вслѣдъ за остановкой орошенія тотчасъ же подымалась снова до высокихъ градусовъ и снова падала при новомъ орошеніи.

Мнѣ приходилось видѣть случаи, гдѣ энергическое приложеніе постоянного орошенія низводило температуру до 34° съ долями, и нужно было тотчасъ оставлять его по причинѣ страха за могущій развиться колыяпсъ. И въ этихъ, и въ другихъ, случаяхъ, варьируя температуру и продолжительность орошенія, свободно можно было варьировать и температуру тѣла, и многіе врачи приходили въ замѣтное удивленіе при видѣ такихъ явленій.

Ниже будутъ приведены исторіи болѣзни, изъ которыхъ нагляднѣе выяснится такое разительное дѣйствіе постоянного орошенія на температуру тѣла. Но у нѣкоторыхъ больныхъ при тѣхъ же видимыхъ патологическихъ разстройствахъ постоянное орошеніе не производило никакого вліянія на температуру: и при немъ и безъ него температура оставалась одинаковой, падая только на нѣсколько долей. И впечатлѣніе, произведенное на меня отъ такой разницы въ его дѣйств-

віи, можетъ быть формулировано слѣдующимъ образомъ: если горячее постоянное орошеніе въ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ не производитъ пониженія температуры, то случай должно разсматривать какъ въ высокой степени опасный, ибо всѣ больныя, у которыхъ, несмотря на улучшеніе мѣстныхъ явленій, температура не падала, всѣ эти больныя умерли, и я долженъ прибавить, что за послѣднее время въ большинствѣ случаевъ такую прогностику я могъ поставить къ концу сутокъ отъ начала примѣненія постоянного орошенія. Точно такое же дѣйствіе горячее орошеніе оказываетъ и на септицемію въ непослѣродовомъ періодѣ, когда таковая имѣла своимъ источникомъ половую сферу. Повышенная температура, зависящая отъ воспаления половыхъ органовъ, или понижалась, или оставалась той же, смотря потому, какъ вліяло спринцеваніе на воспаление.

Почти во всѣхъ случаяхъ примѣненія горячихъ спринцеваній появленіе пота неизбѣжно: потъ обильный, иногда заставляющій произвести нѣсколько перемѣнъ бѣлья, не клейкій, легкій, сначала обыкновенно появляющійся на головѣ, лицѣ и шеѣ, а потомъ уже на остальныхъ частяхъ тѣла. Иногда въ первое время, въ особенности въ благоприятныхъ случаяхъ, онъ бываетъ на столько обильнъ, что концы пальцевъ рукъ дѣлаются, какъ у прачекъ, на что больныя обыкновенно горько жалуются. Но эта горечь жалобы производитъ впечатлѣніе радости, ибо огромное большинство такихъ больныхъ быстро выздоравливаетъ. При болѣе продолжительномъ употребленіи спринцеваній потъ становится менѣе обильнымъ: отмѣчается только потливость. Должно замѣтить, что врачъ обязанъ принять тщательныя мѣры, дабы больныя при постоянномъ орошеніи не простужались. Достаточно незначительнаго колебанія воздуха и перемѣны температуры, чтобы у больныхъ тотчасъ же показались ревматическія боли, поэтому назначеніе фуфайки является почти неизбѣжною профилактической мѣрой. Если потливость едва замѣтна, скоро преходяща и пониженіе температуры незначительно, то случай должно разсматривать, какъ очень опасный. Если горячія спринцеванія назначены съ цѣлью остановки кровотеченія и вызываютъ потъ, то почти навѣрно можно сказать, что кровотеченіе вскорѣ остановится; такой потъ иногда бываетъ съ тяжелымъ запахомъ, на что обращаютъ вниманіе сами больныя.

При назначеніи горячихъ спринцеваній или постоянного орошенія должно имѣть въ виду слѣдующія возможныя неприятности:

1) Горячія спринцеванія, вызывая усиленный оттокъ крови изъ полости таза въ общее кровообращеніе, производятъ нерѣдко у больныхъ учащеніе дыханія, доходящее до явленій астмы, причемъ больныя жалуются на чувство тоски, замираніе и трепетаніе сердца; пульсъ, дѣйствительно, ускоряется, иногда неправиленъ по ритму и съ перебойми. Эти явленія замѣчаются въ тѣхъ случаяхъ, когда горячія спринцеванія прилагаются слишкомъ энергично или слишкомъ продолжительно (3, 4, 5 часовъ постоянного орошенія). Значеніе этихъ симптомовъ двоякое: или это суть предвѣстники появленія обильнаго пота, или указываютъ на то, что сердце несовсѣмъ здорово. Если головокруженія, потемнѣнія въ глазахъ, звона въ ушахъ и цианотическихъ явленій нѣтъ, то должно ожидать появленія пота, въ противномъ случаѣ тотчасъ прекратить орошеніе и при новомъ его употребленіи не доводить температуру воды до слишкомъ высокихъ градусовъ

и не продолжать такое долгое время. Вотъ еще одна изъ причинъ, почему слѣдуетъ быть постепеннымъ въ назначеніи градусовъ спринцеваній. Обыкновенно же вслѣдъ за паденіемъ температуры замѣчается равномерное пониженіе пульса и дыханія; курьезно иногда видѣть случаи, гдѣ температура падаетъ ниже 36°, а пульсъ становится рѣдкимъ, полнымъ и мягкимъ, до 60 ударовъ.

2) Появленіе сильныхъ схваткообразныхъ болей внизу живота съ тошнотой, рвотой, шокомъ или коллапсомъ, — обстоятельства, могуція зависѣть отъ выбрасыванія секрета трубъ въ полость брюшины.

3) При продолжительномъ пользованіи горячими спринцеваніями часто замѣчаются головокруженія, для устраненія которыхъ необходимъ отдыхъ. Головокруженія съ обмороками, которыя могутъ замѣчаться и въ началѣ, представляютъ собою весьма неприятыя явленія, но могутъ быть устранены постепеннымъ пріученіемъ къ спринцеваніямъ.

4) Нерѣдко, вскорѣ послѣ начала примѣненія горячихъ спринцеваній, могутъ появиться во влагалищѣ bullae и схождение слизистой оболочки, напоминающее собой картину vaginitidis exfoliativae, болѣзни, мѣшающей, а иногда дѣлающей невозможнымъ примѣненіе горячихъ спринцеваній. Поэтому не только накопчикъ или стеклянная трубка, но и наружныя половыя части смазываются веществомъ, плохо пропускающимъ тепло и влагу *). Такія же bullae замѣчаются и на промежности, въ особенности при употребленіи карболозованныхъ жидкостей.

5) Иногда во время горячихъ спринцованій у больныхъ появляется зудящая сыпь, по типу напоминающая собой крапивную. Этотъ признакъ въ большинствѣ случаевъ не имѣетъ важнаго значенія, но иногда заставляетъ врача обратить серьезное вниманіе на дѣятельность и состояніе сердца (парезъ сердца).

6) Если спринцеванія или орошеніе примѣнялись долгое время, то въ организмъ можетъ развиваться привычка къ нему, и тогда не получается никакихъ сказанныхъ эффектовъ. Въ такихъ случаяхъ должно или на время прекратить спринцеванія, или понизить температуру ихъ, или варьировать спринцеванія разницею температуръ.

Такъ, напримѣръ, если на 5 и 6 день употребленія спринцеванія послѣ родовъ матка перестаетъ сокращаться, то весьма полезно постоянную температуру замѣнить колеблющейся: утромъ 26°, вечеромъ 38°, 39°. При этомъ, по прошествіи нѣкотораго времени, если представится необходимость, можно снова вернуться къ постоянной температурѣ.

Крайне осторожно должны быть употребляемы горячія спринцеванія при порокахъ сердца, въ особенности съ разстройствомъ компенсаціи, при аневриз-

*) Такъ для прикрытія обнаженныхъ мѣстъ предлагается слѣдующая мазь.

Rp. Cerae flavae ꝑjjj	- 12,0
Axung. recentiss. ꝑj	30,0
Liquefac et adde	
Flor. Zinci ꝑꝑ	2,0
Misce exactissime	
DS. мазь.	

махъ, жировомъ перерожденіи и сильныхъ степеняхъ ожиренія сердца и при атероматозѣ сосудовъ.

Вотъ тѣ главныя свойства и явленія, которыя удалось отмѣтить при употребленіи горячихъ спринцеваній, преимущественно въ формѣ постоянного орошенія.

Какъ мы видѣли, горячія спринцеванія дѣйствуютъ, какъ средство: 1) кровеостанавливающее, 2) всасывающее, 3) болеутоляющее, 4) жаропонижающее и въ 5) тонизирующее. Дѣйствіе ихъ, повидимому, заключается во вліяніи на сосуды черезъ вазомоторные центры; выяснить же сущность такихъ явленій возможно только путемъ экспериментальнаго изученія, что безусловно необходимо по частотѣ примѣняемости спринцеваній въ настоящее время.

Самый дѣйствительный способъ примѣненія горячихъ спринцеваній на практикѣ состоитъ, какъ было уже сказано, въ постоянномъ орошеніи. Методъ постоянного орошенія, практикуемый въ нашей клиникѣ, чрезвычайно простъ, удобенъ и дешевъ. Сущность его состоитъ въ томъ, что струя воды идетъ непрерывно и орошаетъ своды влагалища и нижній сегментъ матки въ продолженіе какого угодно времени. Изъ описанія самого метода будетъ видно, что подтеканіе жидкости подъ больную замѣчается только въ первое время. Больная можетъ лежать, ворочаться и даже полусидѣть, не прерывая этимъ нѣсколько постоянного орошенія.

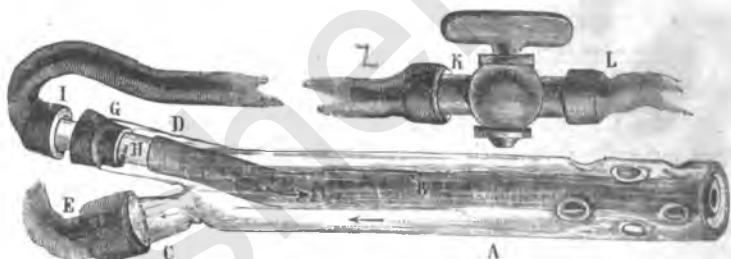


Рис. 87. Аппаратъ для постоянного орошенія.

Орошающій аппаратъ (рис. 87) состоитъ изъ стеклянной трубки (А) съ двумя колѣнами, изъ которыхъ черезъ одно (D) жидкость вводится, а черезъ другое (С) выводится. Въ стеклянной трубкѣ сдѣлано нѣсколько отверстій, цѣль которыхъ будетъ объяснена ниже. Жидкость наливается въ ведро, или кружку, или самоваръ и послѣдніе соединяются со стеклянной трубкой посредствомъ гуттаперчевой кишки, длиной въ 2—2½ аршина, слѣдующимъ образомъ: конецъ гуттаперчевой кишки (Z) надѣтъ на кранъ (K) съ тонкимъ наконечникомъ, на который въ свою очередь надѣвается тонкая гуттаперчевая трубочка (IK), входящая черезъ одно изъ колѣнъ въ стеклянную трубочку и доходящая до конца ея, причемъ въ той части ея, которая находится въ стеклянной, прорѣзаны боковыя отверстія. Дабы жидкость не могла вытекать, дренажная трубка (B) надѣвается на короткую стеклянную (H), проходящую сквозь гуттаперчевую пробку (G), которая плотно закупориваетъ вводное колѣно. На выводной конецъ стеклянной

трубки также надѣвается гуттаперчевая кишка (Е) аршина въ $1\frac{1}{2}$ длинной, конецъ которой погружается въ сосудъ, находящійся подъ постелью больной. Спустивши предварительно часть воды, дабы выгнать изъ трубки воздухъ и охлажденную жидкость, вводятъ стеклянную трубку in vaginamъ вплоть до collum uteri и засимъ пускаютъ полную струю. Жидкость наполняетъ стеклянную трубку и черезъ боковыя отверстія и конецъ ея попадаетъ въ полость влагалища, вытѣсняя воздухъ въ выводное колѣно. За воздухомъ, по закону сифона, начинаетъ течь жидкость, и, благодаря вытѣсненію воздуха, стѣнка влагалища плотно обхватываетъ трубку, присасываясь къ ней на мѣстѣ отверстій ея. Вскорѣ, благодаря дѣйствию струи и высокой температуры, стѣнки влагалища еще плотнѣе обхватываютъ стеклянную трубку, вслѣдствіе чего жидкость уже не можетъ попадать между трубкой и стѣнками влагалища, чѣмъ и устраняется возможность подтеканія жидкости подъ больную. Правда, въ первое время дѣйствія такое подтеканіе возможно, почему лучше начинать постоянное орошеніе съ подкладнымъ судномъ или губкой, положенной между ягодицами. Благодаря нѣкоторымъ измѣненіямъ входа въ влагалище и въ особенности разрыву промежности, свѣжему или застарѣлому, обхватываніе влагалищемъ трубки можетъ быть не совершенно, и жидкость можетъ изливаться наружу помимо трубки, такъ что въ нѣкоторыхъ случаяхъ мягкое подкладное судно дѣлается необходимымъ въ продолженіе всего времени орошенія и, къ несчастью, съ этимъ должно помириться. По окончаніи орошенія трубку должно вынимать осторожно, дабы не поранить стѣнокъ влагалища и не причинить больной излишнюю боль. Для того, чтобы присосавшіяся мѣста стѣнокъ влагалища отстали, надо зажать выводной конецъ трубки, въ силу чего жидкость проникаетъ между стѣнками влагалища и трубки и такимъ образомъ прекратить сильное обхватываніе ея послѣдними.

Длина и ширина стеклянной трубки можетъ быть различна въ разныхъ случаяхъ, но всегда она должна быть сдѣлана изъ толстаго солиднаго стекла. При этихъ условіяхъ мнѣ ни разу не приходилось видѣть лопанья или разлома ея во время дѣйствія. Смотря по обстоятельствамъ, трубка бываетъ или прямая, или изогнутая, длинная или короткая, но всегда достаточно толстая (солидная). Иногда сокращенія влагалища бываютъ настолько энергичны, что трубка можетъ выброститься изъ полости ея, для предупрежденія чего она привязывается при помощи тесемокъ или къ бедрамъ, или къ поясу вокругъ нижней части живота; въ нѣкоторыхъ случаяхъ это рѣшительно необходимо, въ особенности тамъ, гдѣ больныя поворачиваются или приподымаются во время орошенія.

Иногда внезапно, вслѣдствіе засоренія выводной трубки, жидкость скопляется въ полости влагалища и вытекаетъ наружу, почему весьма цѣлесообразно тщательно процѣживать жидкость, что достигается при помощи вкладыванія на дно сосуда кисейки, остающейся тамъ въ продолженіе всего дѣйствія орошенія.

Орошеніе можетъ быть употребляемо днемъ и ночью; продолжительность орошенія, смотря по показаніямъ и обстоятельствамъ случая, въ среднемъ итогѣ отъ 2-хъ и до 10—12 часовъ. Сонъ нисколько не противопоказуетъ продолженіе орошенія, ибо больныя не испытываютъ никакихъ неудобствъ; напротивъ, какъ было уже замѣчено, охотно засыпаютъ подъ вліяніемъ тепла и монотоннаго

журчанья вытекающей струи. Нѣкоторыя больныя этого журчанья положительно не могутъ выносить, почему выводящая трубка погружается въ сосудъ, наполненный водою. Орошеніе можетъ быть употребляемо больными въ продолженіе нѣсколькихъ дней или даже нѣсколькихъ недѣль; все зависитъ отъ специальныхъ показаній.

Описанное здѣсь постоянное орошеніе можетъ назваться влагалищнымъ постояннымъ орошеніемъ, но если удлинить вводящую дренажную трубочку, то можно дѣлать внутри-маточныя и полостныя постоянныя орошенія.

Такъ какъ всѣ данныя и результаты, описанныя выше, получены нами, какъ было уже сказано, изъ наблюдений надъ постоянными орошеніями, то всѣ случайности и предосторожности, описанныя при горячихъ спринцеваніяхъ, приложимы всецѣло и здѣсь; то же самое нужно сказать и относительно показаній, — словомъ, и предосторожности и показанія идентичны, какъ при горячихъ спринцеваніяхъ, такъ и при постоянномъ орошеніи. Но такъ какъ это дѣло вполне новое и при томъ, смѣю надѣяться, аппаратъ, описанный нами и изобрѣтенный нашимъ ассистентомъ, докторомъ Морозовымъ, удобнѣе и дешевле (40—50 к. с.) всѣхъ до сихъ поръ предложенныхъ, то я особенно остановлюсь на примѣненіи его въ послѣродовыхъ и септическихъ заболѣваніяхъ, такъ какъ полученные результаты можно считать безусловно блестящими, составляющими прекрасную страницу въ исторіи примѣненія постоянного орошенія.

Необходимость постоянного орошенія была вызвана случаями, въ которыхъ постоянное орошеніе, постоянное промываніе было существенною необходимостью, единственнымъ спасеніемъ и предупрежденіемъ отъ зараженія крови. Таковы случаи повсемѣстно—приросшихъ кистъ и кистомъ, глубокіе абсцессы въ полости живота и таза, задержаніе и разложеніе частей въ полости матки при невозможности извлечь ихъ тотчасъ же.

Изъ опыта можно сказать, что не только стѣнки влагалища, благодаря температурѣ жидкости, плотно обхватываютъ трубку и присасываются къ отверстіямъ ея, но тоже самое происходитъ при лапаротоміяхъ и съ краями раны, былъ ли разрѣзъ сдѣланъ по средней линіи или въ другихъ частяхъ.

Такъ припоминается случай съ больною, у которой находилась киста, vyplившая почти всю брюшную полость и повсемѣстно плотно приращенная къ окружающимъ частямъ. Киста, при поступленіи большою въ клинику, вскрылась черезъ пупочное кольцо, причѣмъ вытекла масса разложившагося гноя и на мѣстѣ пупочнаго кольца образовался свищъ, черезъ который и стекалъ разложившійся гной. Увеличивъ при помощи разрѣза выводное отверстіе, зондомъ и пальцемъ можно было убѣдиться, что стѣнки кисты плотно приросли на большомъ протяженіи частью къ спиннымъ, частью къ поясничнымъ позвонкамъ. Откуда эта киста происходила и почему она нагноилась, оставалось загадкой. О вылученіи таковой кисты не могло быть и рѣчи по причинѣ повсемѣстнаго приращенія, и потому было назначено чрезъ свищевое отверстіе постоянное орошеніе съ температурой отъ 30—35° въ продолженіе дня и ночи однопроцентнымъ растворомъ карболовой кислоты. Вслѣдъ за приложеніемъ постоянного орошенія, количество и качество гноя измѣнилось къ лучшему, лихорадка исчезла, а мѣсяца черезъ 2 послѣ по-

стояннаго примѣненія его, черезъ умбиликальное отверстіе вышла мумифицированная внутренняя оболочка цисты, состоявшая изъ соединительной ткани и плоскаго эпителия. Вскорѣ по отхожденіи сказанной оболочки наступило полное заживленіе и больная выписалась здоровой. И много бы можно рассказать случаевъ, гдѣ при приложеніи постояннаго орошенія *per parietes abdominales*, была ли то киста, гнойникъ или инкапсулированный экссудатъ, наступало полное выздоровленіе.

Особенно блистательное дѣйствіе постояннаго орошенія является, какъ я уже сказалъ, въ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ, и для обрачика я расскажу нѣсколько случаевъ, которые могутъ послужить типомъ и уяснить показанія къ его употребленію.

Года 2 тому назадъ обратился ко мнѣ студентъ 5-го курса съ просьбой посмотреть его жену, находившуюся въ опасности отъ высокой температуры и повторныхъ знобовъ послѣ родовъ. Больная 4 дня тому насадъ только родила, и ее пользовалъ врачъ—специалистъ, употреблявшій настойчиво прополаскиваніе матки карболовымъ растворомъ и детемъ. Я нашелъ матку увеличенной, стоявшей на ладонь выше *symphysis pubis*, твердую и болѣзненную; влагалищная часть уже сформировалась, и наружное маточное отверстіе было закрыто, очищенія умѣренны, бурья съ нѣкоторымъ гнилостнымъ запахомъ; своды припухли и болѣзненны. Бессонница и бредъ, повторные знобы и высокое лихорадочное состояніе съ потами, опухло-желтоватое лицо—все это указывало на полное зараженіе крови.

Частью изъ разспроса, частью на основаніи физикальнаго изслѣдованія было высказано предположеніе, что въ полости матки что-либо осталось, что и подавало и подаетъ поводъ къ явленіямъ септицеміи. Въ виду болѣзненности матки, набухлости сводовъ и слабости больной, нечего было и думать объ изслѣдованіи внутренней поверхности матки при помощи расширенія, а потому больной было назначено постоянное орошеніе 2-хъ⁰/₁₀ карболовымъ растворомъ въ 37° R., а на низъ живота положенъ ледъ. Черезъ сутки матка сократилась, лихорадка понизилась, и при внутреннемъ изслѣдованіи палецъ, проходя сквозь расширенное маточное отверстіе, ощущивалъ мягкую гнилостную массу, а при повторныхъ попыткахъ удалось при помощи ручной и инструментальной извлечь часть этой массы, оказавшейся послѣдомъ: остальная же часть, несмотря на всѣ старанія, не могла быть извлечена, такъ какъ при попыткахъ къ извлеченію наступалъ колющій. Поэтому снова было назначено постоянное орошеніе, причемъ конецъ дренажной трубки былъ введенъ въ полость матки. Черезъ 2-ое сутокъ докторомъ Морозовымъ легко была удалена остальная часть разложившагося прироста послѣда, и больная, при настойчивомъ употребленіи постояннаго орошенія, выздоровѣла къ концу 2-хъ недѣль. Курьезно отмѣтить тотъ фактъ, что отъ начала приложенія постояннаго орошенія до выздоровленія знобы не повторялись, и температура ни разу не подымалась выше 38°, такъ что теченіе болѣзни, при хорошемъ снѣ и отсутствіи бреда, можно было назвать почти безлихорадочнымъ. На этомъ случаѣ можно убѣдиться въ разительномъ сокращающемъ и отсасывающемъ дѣйствіи на матку постояннаго орошенія, въ прекращеніи подъ его вліяніемъ всасыванія гнилостныхъ веществъ, въ болеутоляющемъ свойствѣ и благотворномъ вліяніи его на сонъ и силы больной.

Къ нѣкоторой г-жѣ М. я былъ призванъ на 9-й день послѣ 4-хъ мѣсячнаго аборта и нашелъ ее въ весьма опасномъ состояніи съ температурой въ $41,6^{\circ}$ съ малымъ, частымъ и едва ощутимымъ пульсомъ, по временамъ съ перебоями, съ неяснымъ сознаниемъ, словомъ, съ рѣзкими явленіями зараженія и разложенія крови. Изъ разспроса выяснилось, что абортъ былъ выдѣленъ частями и вышелъ ли весь или нѣтъ, окружающіе не могли сказать утвердительно. Сотрясательные знобы начались со 2-го дня и повторялись ежедневно по нѣскольку разъ, такъ что въ день пріѣзда сотрясательные знобы продолжались 5 часовъ сряду и довели температуру до $41,6^{\circ}$, которая, впрочемъ, ранѣе уже нѣсколько разъ подымалась до 41° . При изслѣдованіи получены слѣдующія данныя: матка сократилась хорошо, наружное отверстіе матки закрыто, продольный ея размѣръ $3\frac{1}{4}$ " , матка подвижна и нечувствительна, плотной консистенціи; по краймъ матки ниже трубъ легкая припухлость и незначительная чувствительность. Въ яичникахъ и остальныхъ частяхъ параметрія и периметрія ничего ненормальнаго не оказалось. Очищенія бѣловатыя, весьма ничтожныя, съ запахомъ подобнымъ тому, какой замѣчается при разложеніи нормальной секретіи при высокой температурѣ. Diagnosis—септицемія, вѣроятно вслѣдствіе endometritidis lymphangiticae. Прогнозисъ безусловно плохой относительно жизни, вслѣдствіе плохого состоянія дѣятельности сердца, высокой температуры, частыхъ и продолжительныхъ знобовъ. Лѣченіе: перемѣщеніе больной въ новую, свѣжепровѣтренную комнату; возбуждающее — шампанское внутрь, и постоянное орошеніе 2-хъ% растворомъ acidī carbonicī въ 37° . На другой день температура съ $41,6^{\circ}$ пала до 37° и въ продолженіе 2-хъ недѣль, въ теченіе которыхъ больная употребляла постоянное орошеніе, ни знобовъ, ни повышенія температуры не замѣчалось. На 3-й день вмѣсто 2-хъ% назначенъ 1% растворъ, а температура воды оставлена та же. Интересно отмѣтить еще тотъ фактъ, что какъ скоро орошеніе было останавливаемо, температура тотчасъ начинала подыматься, и быстрота поднятія была поразительная; въ продолженіе 6-ти часовъ температура съ $36,5^{\circ}$ поднималась до 39° и, черезъ часъ послѣ возобновленія орошенія снова падала до нормы. Такихъ экспериментовъ у этой больной было сдѣлано только 2, такъ какъ мы ранѣе были знакомы съ этимъ свойствомъ постоянного орошенія. Сама больная подмѣтила этотъ фактъ и потому настойчиво продолжала орошеніе и день и ночь, такъ что спала, ѣла и совершала отправленія, не прерывая его.—Все время больная сильно потѣла, такъ что, несмотря на прежнюю привычку кутаться, находила большое удовольствіе лежать подъ одной простыней. Въ этомъ случаѣ кажется уже не можетъ быть никакого сомнѣнія въ благотворномъ вліяніи постоянного орошенія на общее состояніе, ибо мѣстные измѣненія въ моментъ приложенія его были ничтожны, выражаясь только нѣкоторою чувствительностью и припухлостью возлѣ боковъ матки, бѣловатыя отдѣленія какъ были ничожны, такими и остались.

Слѣдующій случай еще рѣзче укажетъ вліяніе постоянного орошенія карболовымъ растворомъ на пониженіе температуры. Къ женѣ одного офицера я приглашенъ былъ двумя врачами, пользовавшимися ее отъ послѣродовой септицеміи, на 8-й день послѣ родовъ. Я нашелъ у больной высокое лихорадочное состояніе въ 40° съ нѣсколькими повторными знобами. Мѣстное изслѣдованіе показало:

плохое сокращеніе матки, раскрытое наружное маточное отверстіе и незначительное гнилостное отдѣленіе; разрывъ промежности 2-й степени и надрывы стѣнокъ влагалища. Больная была молодая женщина 28-ми лѣтъ, здоровая, но излишне полная съ нѣкоторою степенью ожирѣлости. Огромныя дозы хинина, салициловаго натра были испробованы, но безъ результата. Я предложилъ назначить ей постоянное орошеніе 3% растворомъ *acidī carbolicī* въ 35°; черезъ сутки послѣ примѣненія ея температура, при обильномъ потѣ и хорошемъ снѣ, пала до нормы, но, несмотря на это, постоянное орошеніе было продолжено, и сутокъ черезъ двое температура пала до 34° съ долями. У больной показалось головокруженіе и признаки наступающаго колыяса. Постоянное орошеніе тотчасъ было прекращено, и температура стала подыматься. По прибытіи къ больной я нашелъ ее въ хорошемъ состояніи съ температурой 37° съ долями, и, зная изъ наблюденій о возможности возврата септической лихорадки, я снова назначилъ орошеніе, убавивъ температуру жидкости до 32°, но оставивъ 3% растворъ. Надрывы влагалища зажили и рана промежности по краямъ cicatrizовалась. Черезъ сутки послѣ вторичнаго примѣненія орошенія температура стала снова падать и при сильной рвотѣ упала до 34°. Орошеніе снова прекратили, а при изслѣдованіи мочи нашли въ ней присутствіе карболовой кислоты. Очевидно, что въ данномъ случаѣ у больной показались признаки отравленія карболовой кислотой. Матка сократилась, очищенія перестали быть вонючими и количество ихъ было весьма незначительно. Послѣ прекращенія орошенія температура снова поднялась до 39°, почему въ третій разъ было назначено постоянное орошеніе въ 34° растворомъ *kalī chloricī* (5jj на Uj), и снова температура стала падать, но, несмотря на постоянное примѣненіе, температура ниже 37° съ долями не понижалась. По непредвидѣннымъ обстоятельствамъ больная на нѣсколько дней прекратила постоянное орошеніе, и всѣ признаки септицеміи снова выступили, такъ что на новой консультаціи рѣшено было опять примѣнить постоянное орошеніе, но 1% растворомъ *acidī carbolicī*, причемъ признаковъ отравленія уже не замѣчалось, а пониженіе температуры находилось въ полной зависимости отъ продолжительности и температуры орошенія; такъ, поднимая до 37°, можно было опускать температуру тѣла до 35° и т. д., причемъ интересно отмѣтить, что для пониженія утренней и вечерней температуры до соответствующаго градуса требовались разныя температуры орошенія: вечеромъ больше, утромъ меньше. И такъ, и въ данномъ случаѣ вліяніе постоянного орошенія на температуру тѣла несомнѣнно, и еще несомнѣннѣе вліяніе на пониженіе температуры карболовой кислоты, причемъ какъ въ этомъ случаѣ, такъ и во многихъ другихъ можно было легко убѣдиться, что 3% растворы оказываются опасными, съ одной стороны по причинѣ отравленія крови карболовой кислотой, а съ другой по ожогамъ, производимымъ ими на наружныхъ частяхъ, на промежности, въ области *apī*, въ особенности у пuerперальныхъ больныхъ, у которыхъ присутствіе геморроидальныхъ шишекъ не составляетъ рѣдкости. Въ общемъ итогѣ 2% растворъ не можетъ быть долго продолжаемъ, и потому *volens-nolens* лучше употреблять 1% растворъ, хотя въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ приходится уменьшать растворъ до $\frac{1}{2}$ %.

Иногда постоянное орошеніе можетъ быть употреблено въ случаяхъ въ высокой

степени трудныхъ, не только по причинѣ послѣродового заболѣванія, но также и по причинѣ осложненія его. Примѣръ: больная 40 лѣтъ, многорожавшая, страдающая лѣтъ 8 органическимъ порокомъ сердца (*insufficiencia valvulae mitralis*), родила и захворала послѣ родовъ явленіями *metro-peritonitidis*. Послѣ разнаго рода лѣченія я увидѣлъ ее на 7 день съ температурой въ 40° и съ экссудатомъ, въроятно, серозно-фибринознымъ, въ полости таза. Экссудатъ занималъ преимущественно задній сводъ, и послѣдовательно замѣчалась набухлость въ сторонѣ широкихъ связокъ, но главное страданіе больной была *asthma*, усиливающаяся еще по причинѣ вздутія живота (*meteorismus*). Пульсъ былъ частый, жесткій, неправильный по ритму, съ рѣзкими перебоими. Зная вліяніе горячихъ орошеній на дѣятельность сердца, я съ большимъ страхомъ и осторожностью приступилъ къ примѣненію постоянного орошенія, и въ первую ночь оно было производимо подъ моимъ личнымъ наблюденіемъ. Въ 9 часовъ вечера было установлено орошеніе, а къ 12 часамъ ночи, т. е. черезъ 3 часа, температура съ 40° пала до 37°. Явленія астмы были особенно въ началѣ болѣе сильны, такъ какъ показался еще кашель и отдѣленіе мокроты, перебои сдѣлались частыми и казалось необходимымъ прервать постоянное орошеніе. Но я рѣшился попробовать положить холодныя компрессы на область сердца и, при помощи послѣднихъ и слегка повышеннаго положенія больной, мнѣ удалось съ нѣкоторыми промежутками примѣнить постоянное орошеніе въ продолженіе всей ночи и, какъ сказано выше, довести температуру до 37°. Начато орошеніе было въ 37°, по потомъ понижено до 33°. Засимъ больная употребляла постоянное орошеніе съ промежутками въ продолженіе цѣлой недѣли подъ наблюденіемъ врача, результатомъ чего было исчезновеніе экссудата и безостановочное выздоровленіе больной отъ явленій *metro-peritonitis*. Я долженъ сознаться, что это былъ счастливый случай, ибо въ нѣкоторыхъ другихъ случаяхъ разстройства дѣятельности сердца были такъ значительны, что, не смотря на всѣ предосторожности и пособія, приходилось, или прекращать орошеніе или пользоваться имъ только весьма короткое время. Разумѣется, результатъ такого кратковременнаго орошенія былъ равенъ результату временнаго горячаго спринцеванія.

Въ настоящее время уже набралось болѣе 50 случаевъ примѣненія постоянного орошенія въ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ, и я не знаю лучшаго и болѣе могущественнаго средства во всей медицинѣ при лѣченіи послѣродовыхъ септицемій. Характеръ зараженія былъ различенъ: или съ явнымъ внесеніемъ заразы извнѣ, напр., зараженіе трупнымъ ядомъ, или самопроизвольный. Больнымъ, у которыхъ изъ анамнеза отмѣчались повторныя послѣродовыя септическія заболѣванія, постоянное орошеніе назначалось тотчасъ послѣ родовъ съ цѣлью предупрежденія заболѣванія, и результатъ оправдывалъ такое назначеніе. Съ этою же цѣлью назначалось оно и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ больныя послѣ каждыхъ родовъ страдали кровотеченіями, и вообще во всѣхъ трудныхъ продолжительныхъ патологическихъ родахъ (*placenta praevia*, искусственное отдѣленіе послѣда), гдѣ можно было ожидать заболѣванія родильницъ.

Уже было упомянуто, что, если въ продолженіе сутокъ, 2-хъ или 3-хъ, постоянное орошеніе 1% раствор. *acidı carbolici* не понижаетъ температуры и не

улучшаетъ общаго состоянія, то, не смотря на улучшение мѣстныхъ явленій, прогностика становится весьма серьезной, такъ какъ всѣ больныя, которыхъ я видѣлъ при такихъ условіяхъ, умерли. Уже много врачей въ провинціи воспользовались этимъ методомъ постояннаго орошенія при лѣченіи послѣродовыхъ заболѣваній, и со всѣхъ сторонъ я слышу тѣ же хорошіе отзывы и съ такими же результатами. Но и въ небеременномъ состояніи примѣненіе его при тазовыхъ экстраперитонеальныхъ абсцессахъ, вскрытыхъ *per vaginam* или *per parietes abdominales*, даетъ блестящіе результаты. Замѣчу только, что при интраперитонеальныхъ орошеніяхъ струя жидкости должна быть необыкновенно медленная, дабы не вызвать явленій шока. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ послѣ недоконченныхъ овариотомій или при интралигаментарныхъ кистахъ постояннае орошеніе примѣнялось также съ полнымъ успѣхомъ и съ тѣмъ же вліяніемъ температуры жидкости на пониженіе температуры тѣла. Но здѣсь методъ примѣненія былъ нѣсколько иной, такъ какъ одинъ конецъ дренажной трубки находился надъ *symphysis pubis*, а другою концемъ выходилъ черезъ задній или боковой сводъ (сквозные дренажи). Такое орошеніе не только вліяло на уничтоженіе скопленія секрета, но въ одномъ случаѣ, именно при интралигаментарной кистѣ, температура орошенія, доведенная до 40° , дѣйствовала кровоостанавливающимъ образомъ.

Есть еще одно практическое соображеніе, которое весьма важно при разсмотрѣніи вліянія постояннаго орошенія на температуру въ смыслѣ прогностики въ данномъ случаѣ. Это одинаково касается какъ случаевъ нуэрперальныхъ, такъ и случаевъ въ непослѣродовомъ состояніи. Если будетъ примѣнено постоянное орошеніе, а температура остается высокой и по типу неправильной съ неспредѣленными повышеніями и пониженіями и случай вообще сомнителенъ, то вычисленіе средней температуры можетъ имѣть рѣшающее значеніе. Средней температурой называется такая, которая равна частному, полученному изъ суммы температурныхъ измѣреній, раздѣленной на число измѣреній: напр : утромъ t° равна $37,9^{\circ}$, среди дня $38,5^{\circ}$, вечеромъ 39° , значить средняя температура между утромъ и полуднемъ будетъ $\frac{38,9+38,5}{2}=38,2^{\circ}$; а между полуднемъ и вечеромъ $38,4^{\circ}$

и т. д. Если отъ начала болѣзни и отъ момента приложенія орошенія средняя температура продолжаетъ подниматься, то случай должно разсматривать, какъ тяжелый, гдѣ выздоровленіе составляетъ исключеніе, а смерть правило. Если средняя температура остается *in statu quo*, не смотря на большія ежедневныя колебанія, то предсказаніе сомнительно, ибо еще возможенъ поворотъ и въ хорошую и дурную сторону. Если же средняя температура падаетъ, хотя бы только на $\frac{1}{10}$ градуса въ продолженіе 3-хъ сутокъ, то случай благоприятный, ибо здѣсь выздоровленіе правило, а смерть исключеніе. Приложенный рисунокъ графическаго изображенія средней температуры демонстративно показываетъ справедливость вышесказаннаго.

Въ литературѣ появились указанія о дѣйствительности горячихъ спринцеваній, производимыхъ *per rectum* какъ въ маточныхъ заболѣваніяхъ, такъ и въ кишечныхъ, но, къ сожалѣнію, лично я не успѣлъ еще ознакомиться клинически съ вліяніемъ такихъ спринцеваній, и, хотя теоретически благодѣтельное ихъ влі-

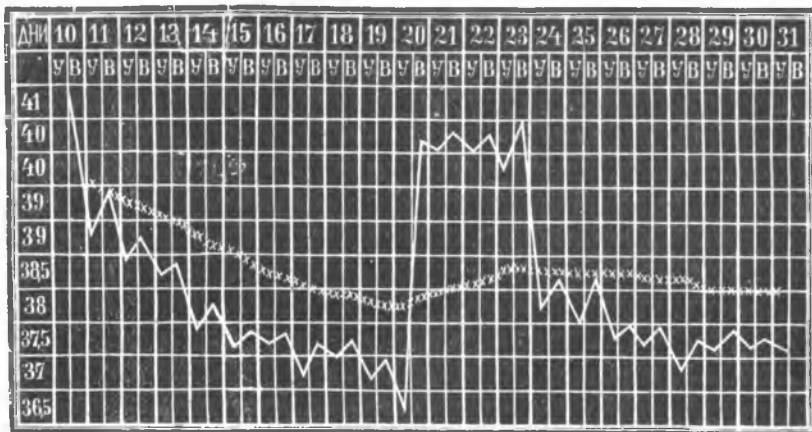


Рис. 88. Рисунок падения температуры под влиянием постоянного орошения. Средняя температура при благоприятном исходе. Болѣзнь metro-lymphangoitis septica puerperalis; phlegmasia alba dolens. Орошение 1% раств. ас. carbolicі, температуры — 33° примѣнено на 10 день болѣзни. На 10 день примѣнено остановлено вслѣдствіе перебоевъ и слабости пульса. На 20 день болѣзни потрясающей ознобъ; присоединяется lymphangoitis правой ноги. На 23 день снова примѣнено постоянное орошение, оставленное на 31 день по причинѣ выздоровленія.

яніе понятно, но приложеніе въ практикѣ должно, вѣроятно, не мало встрѣтить затрудненій.

Желающихъ ознакомиться болѣе подробно съ дѣйствіемъ постоянного орошенія на послѣродовое заболѣваніе я отсылаю къ диссертации Мордвинова «Лѣченіе послѣродовое «постоянными орошеніями».

Здѣсь постоянное орошеніе употреблялось болѣе чѣмъ въ 100 случаяхъ въ родовспомогательныхъ отдѣленіяхъ Воспитательнаго дома.

Прохладные спринцеванія, то-есть спринцеванія ниже 16° R, употреблялись и употребляются до сихъ поръ весьма часто съ большимъ или меньшимъ успѣхомъ, и, хотя высокія температуры и вытѣсняють понемногу низкія, однако и до сихъ поръ послѣднія еще настойчиво многими примѣняются. Личная моя опытность въ продолженіе 5 или 6 лѣтъ простирается на многіе случаи, и вотъ добытые мною результаты.

Несомнѣнно, прохладные спринцеванія во многихъ случаяхъ могутъ уменьшить или остановить кровотеченіе, но въ упорныхъ кровотеченіяхъ кровеостанавливающее ихъ свойство чрезвычайно слабо. У многихъ женщинъ, страдающихъ меноррагіями вслѣдствіе вялости и дряблости матки, холодныя спринцеванія уменьшаютъ потерю крови и, при настойчивомъ употребленіи, могутъ даже остановить ихъ. Сюда будутъ относиться также случаи кровотеченія при плохой инволюціи, если subinvolutio не осложнена какимъ либо воспалительнымъ процессомъ. Тоже можно сказать и о кровотеченіяхъ въ первой стадіи хроническаго метрита, хотя здѣсь остановка кровотеченія нерѣдко сопровождается признаками

экзацербации. Кровотечения при *endometritis fungosa* или *retroflexio uteri* умѣряются холодными спринцеваніями только въ первое время ихъ примѣненія, а въ послѣдующее не оказываютъ уже никакого дѣйствія. Тоже явленіе наблюдается и при кровотеченияхъ, зависящихъ отъ новообразованій какъ доброкачественныхъ, такъ и злокачественныхъ. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ кровоостанавливающее дѣйствіе холодныхъ спринцеваній обыкновенно замѣчается при не частомъ ихъ употребленіи—2, 3 раза въ день, температуры отъ 16° до 0°. Что же касается до спринцеваній частыхъ или въ формѣ постоянного орошенія, то, конечно, вліяніе ихъ гораздо энергичнѣе и можетъ быть было бы равное горячимъ спринцеваніемъ, но, къ несчастію, больныя не могутъ выносить настойчивыхъ и продолжительныхъ холодныхъ спринцеваній, ибо скоро показывается чувство лома въ тазу, сначала въ *symphysis pubis*, потомъ въ крестцовой кости и наконецъ во всемъ тазу. Блѣдныя, анемичныя больныя начинаютъ зябнуть, и, несмотря на укрываніе, появляются сотрясательныя знобы, пульсъ дѣлается малымъ, слабымъ, частымъ; появляется чувство тоски, ломяція головныя боли, больныя дѣлаются безпокойными, и въ худшихъ случаяхъ наступаютъ явленія шока, такъ что по неволѣ приходится отказаться отъ энергическаго примѣненія холодныхъ спринцеваній, о чемъ настойчиво просятъ и сами больныя. Если холодныя спринцеванія будутъ примѣнены при кровотеченияхъ, зависящихъ отъ воспалительныхъ процессовъ и притомъ прерывисто, то безусловно воспослѣдуетъ ухудшеніе воспалительнаго состоянія, и кровотеченіе не остановится.

Что касается до продолжительности пользованія холодными спринцеваніями, то долгое ихъ употребленіе въ теченіе, напримѣръ, 6 мѣсяцевъ и болѣе 2 разъ въ день оставляетъ послѣ себя вредное послѣдствіе. Я зналъ нѣсколькихъ женщинъ, которыя употребляли спринцеванія ежедневно 2 раза въ день градусовъ въ 11, 12, 13 въ количествѣ не менѣе шести стакановъ, не лежа, а сидя на *bedet*, и такъ привыкли къ ихъ употребленію, что прекращеніе ихъ вызывало общее болѣзненное состояніе. Онѣ чувствовали слабость, усталость, раздражительность, нерасположеніе духа и то состояніе, которое называется хандрой. Достаточно было проспринцеваться, какъ тотчасъ всѣ сказанныя явленія уменьшались, и женщины чувствовали себя бодрыми, такъ что, повидимому, ощущеніе здоровья для нихъ было нераздѣльно связано съ употребленіемъ холодныхъ спринцеваній. Черезъ годъ или два употребленія холодныхъ спринцеваній здоровье стало видимо разрушаться; показались боли въ животѣ, наиболѣе сильныя въ области яичниковъ, почекъ и подъ ложечкой: пищевареніе стало разстраиваться, появились тошнота, кардіальгическія боли, вздутіе подъ ложечкой, запоры, смѣняющіеся внезапно наступающими поносами; сильно болѣзненная дефекація, появленіе геморроя съ припуханіемъ печени и сильныя копчиковыя боли, боли въ спинѣ и вообще такое раздраженіе нервной системы, которое можно назвать *irritatio spinalis*; къ этому присоединилась бессонница и ипохондрическое настроеніе духа. Въ такомъ положеніи больныя находили истинное облегченіе, хотя уже только на нѣкоторое время, отъ холодныхъ спринцеваній. Въ такихъ словахъ больныя выражали свое состояніе во время этихъ облегченій: какъ будто я помолодѣла. «Разумѣется, приглашенные врачи находили разстройства желудочно-

кишечныя, такъ какъ на маточныя разстройства больныя мало жаловались; назначалось соответственное лѣченіе; больныя ѣли и пили, пили и ѣли много лѣкарствъ, но толку было мало.

Если холодныя спринцеванія и при этомъ состояніи настойчиво продолжались, то вскорѣ и другія явленія не замедляли появляться, какъ то: дрожаніе нижнихъ конечностей, слабость походки, слабость зрѣнія и сильныя боли въ спинѣ. Курьезно, что, несмотря на слизетеченіе и кровотеченіе изъ rectum, въ половой сферѣ гиперсекреціи не замѣчалось, чѣмъ еще болѣе маскировалась истинная причина болѣзни. При этомъ я всегда наблюдалъ, что матка была увеличена, необыкновенно тверда, стояла низко и была чувствительна по всей задней поверхности. Хотя подвижность ея нисколько не была нарушена, больныя по нѣскольку лѣтъ были безплодны; coitus мѣсяцами бывалъ индифферентнымъ, или наступали недѣльные періоды сладострастія. При изслѣдованіи per vaginam я находилъ высокую степень чувствительности прямой кишки, прижатіе ея обуславливало боли, о которыхъ больныя выражались: «какъ ножомъ рѣжетъ». И все это происходило отъ настойчиваго употребленія холодныхъ спринцеваній. Стоило большихъ трудовъ, много терпѣнія со стороны больныхъ и врача, чтобы вывести больныхъ изъ подобнаго состоянія, ибо онѣ уподоблялись опиофагамъ, такъ какъ въ первое время по прекращеніи холодныхъ спринцеваній состояніе ихъ было вполне тяжкое; къ спринцеваніямъ средней температуры, тепловатымъ, онѣ относились или равнодушно, или такія спринцеванія еще больше раздражали ихъ. Только благодаря довѣрью и нравственному вліянію врача удавалось убѣдить ихъ разстаться навсегда съ холодными спринцеваніями. Случалось видѣть таковыхъ больныхъ черезъ годы послѣ прекращенія, и, хотя онѣ еще продолжали страдать многими нервными явленіями, но воспоминаніе о холодныхъ спринцеваніяхъ вызывало въ нихъ ужасъ и отвращеніе и было подобно давящему кошмару («точно я была въ какомъ то бреду; день и ночь не имѣли для меня разницы» — вотъ дословныя выраженія такихъ больныхъ).

Спрашивается, чѣмъ обуславливается подобное состояніе вещей? Какая причина обуславливала такое всеобщее разстройство? Я полагаю, хотя можетъ быть и ошибаюсь, что холодныя спринцеванія производили сильное дѣйствіе на матку и ея сосуды, кровь изъ сосудовъ матки и широкихъ вѣязокъ выбрасывалась въ сосѣднія части, и благодаря сокращенію сосудовъ, производилась анемія въ данныхъ частяхъ и гиперемія въ сосѣднихъ. Благодаря повторности и продолжительности такого эффекта холодныхъ спринцеваній, сосѣдніе органы оказывались въ состояніи кровенакопленія, отсюда катарральныя и геморроидальныя явленія и приливы крови къ спинному мозгу. Это хроническое кровенакопленіе въ оболочкахъ спинного мозга и подавало поводъ къ заболѣванію всей центральной нервной системы. Вѣрно ли, или невѣрно объясненіе, но фактъ заболѣванія спинного мозга и его оболочекъ, хотя бы въ стадіи гипереміи, остается несомнѣннымъ. Кромѣ этого, я долженъ отмѣтить еще фактъ, повидимому весьма парадоксальный, а именно, что больныя, хронически употреблявшія холодныя спринцеванія, пріобрѣтали склонность къ простудѣ и были чрезвычайно ранимы: достаточно охлажденія нижнихъ конечностей, или легкаго сквозного вѣтра, чтобы

у больныхъ появились самыя упорныя простудныя заботѣванія. Наблюдая подобные факты, я сталъ тщательно разспрашивать больныхъ, какою водою онѣ подмываются при регулахъ или вообще при надобности въ подмываніяхъ, и при этомъ замѣтилъ, что нѣкоторая часть больныхъ охотно и излюбленно пользуются холодной водою, а въ зимнее время нерѣдко и ледяной. На вопросъ мой, почему онѣ не употребляютъ теплую или тепловатую воду, въ огромномъ большинствѣ случаевъ получалъ въ отвѣтъ, что холодныя подмыванія дѣйствуютъ освѣжительно, и что промываніе внутреннихъ частей влагалища и влагалищной части совершается чище, такъ какъ при проведеніи пальцемъ по влагалищной части и по стѣнкамъ влагалища появлялся скрипъ, что казалось имъ уже идеаломъ чистоты. Нерѣдко такія больныя страдали періодическими пруритами, трудно поддававшимися лѣченію до тѣхъ поръ, пока не была удалена причина, ихъ вызывающая—холодныя подмыванія. Отсюда я принялъ за правило каждую больную предостерегать отъ такихъ подмываній и въ особенности настойчиво объяснялъ вредность такихъ подмываній у дѣвушекъ.

Вотъ причины, почему въ настоящее время я пересталъ прибѣгать къ холоднымъ спринцеваніямъ, какъ къ средству кровоостанавливающему.

Холодъ, какъ кровоостанавливающее средство, еще употребляется въ формѣ тампонаціи кусочками льда полости влагалища. Это средство въ легкихъ случаяхъ кровотеченія весьма дѣйствительно и поему примѣняется при кровотеченіяхъ первичныхъ или вторичныхъ вслѣдъ за операціями на шейкѣ матки, на нузырѣ или гестумъ (при свищахъ), въ особенности тамъ, гдѣ по какимъ либо соображеніямъ больной надо лежать на боку со связанными конечностями, или гдѣ тревожить больную неудобно. Если во влагалище положить 4, 5 кусковъ льду, то по крайней мѣрѣ пройдетъ часъ, пока стѣнки влагалища согрѣются. Но, къ несчастью, и здѣсь больныя иногда жалуются на нестерпимыя ломящія боли, мѣшающія настойчивому приложенію этого полезнаго средства.

Ледяныя мѣшки, холодныя ледяныя компрессы и холодныя компрессы изъ уксуса пополамъ съ водою на низъ живота составляютъ хорошую помощь при остановкѣ кровотеченія помимо прямого вліянія холода еще иногда и тѣмъ, что уменьшаютъ воспалительныя и схваткообразныя боли, и не мѣшаютъ употребленію ни горячихъ спринцеваній, ни постоянного орошенія; наоборотъ, помогаютъ кровоостанавливающимъ свойствамъ этихъ послѣднихъ, такъ что, если нѣтъ какихъ либо противопоказаній, то я всегда горячія спринцеванія назначаю совмѣстно съ компрессами изъ уксуса пополамъ съ водою, а при воспалительныхъ состояніяхъ съ повышеніемъ температуры и раздраженіемъ брюшины, какъ это часто замѣчается послѣ родовъ, вмѣстѣ съ употребленіемъ ледяныхъ мѣшковъ. Къ несчастью, иногда больныя не выносятъ продолжительнаго употребленія льда на низъ живота, опять таки по причинѣ сильныхъ ломящихъ болей, и въ такихъ случаяхъ приходится прекращать примѣненіе его. У особой сильно анемичныхъ и ожирѣлыхъ настойчивое употребленіе ледяныхъ мѣшковъ должно быть осторожнымъ, такъ какъ нерѣдко можетъ развиваться поверхностное омертвѣніе кожи, въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ ранѣе того больныя или употребляли тепло, или раздражающія мази, или долго носили согрѣвающій компрессъ. Я видѣлъ нѣ-

сколько таких случаевъ и, хотя они по счастью окончились благополучно, но заживленіе такихъ ранъ было крайне медлительно и причиняло много излишнихъ страданій больнымъ, и потому, какъ скоро врачъ находитъ, что по снятіи льда, на мѣстѣ его приложенія находится темно-красное или багровое пятно, не должно класть ни холодныхъ, ни согрѣвающихъ компрессовъ, но должно осторожно растирать это мѣсто и обращаться съ нимъ какъ бы съ настоящимъ ознобленіемъ. Поэтому совѣтуется послѣ приложенія льда или при перемѣнѣ его обтирать кожные покровы спиртомъ или водкой. У слишкомъ нервныхъ или истощенныхъ больныхъ не должно упускать изъ виду, что долгое лежаніе ледяныхъ мѣшковъ можетъ вызвать невральгіи въ брюшной полости, которыя надолго остаются по выздоровленіи.

Съ кровеостанавливающей цѣлью и какъ помощь къ другимъ средствамъ, особенно при упадкѣ силъ и коллапсѣ, приложеніе тепла къ верхней части туловища, къ боковымъ частямъ груди, къ верхнимъ конечностямъ и къ головѣ въ формѣ мѣшковъ или бутылокъ, наполненныхъ горячей водой, золой, пескомъ, составляетъ очень цѣлесообразное пособіе и можетъ быть употребляемо продолжительно, ибо больныя испытываютъ при этомъ чувство пріятности. Погруженіе верхнихъ конечностей въ горячую воду такой температуры, какую только могутъ выносить больныя, составляетъ прекрасное средство; нерѣдко можно видѣть, какъ вслѣдъ за погруженіемъ предплечій въ кувшины съ горячей водой погруженныя части сначала блѣднѣютъ, потомъ вскорѣ начинаютъ краснѣть и дѣлаются совершенно красными, причѣмъ маточное кровотеченіе или значительно уменьшается, или тотчасъ же прекращается. Такъ особенно серьезные случаи я видѣлъ при кровотеченіяхъ въ началѣ аборта, и если послѣдній обусловливался излишнимъ кровенакопленіемъ, то результатъ былъ вполне благоприятный: и кровотеченіе останавливалось, и абортъ не происходилъ.

Къ этому же разряду средствъ должно отнести и горчичники и обертыванія верхнихъ частей туловища мокрой горячей фланелью или салфетками.

На основаніи того же принципа отвлеченія крови отъ внутреннихъ органовъ употребляютъ горячія ванны съ температурой въ 31°,—33° и даже до 35°. Къ этому средству прибѣгаютъ тогда, когда всѣ кровеостанавливающія средства уже испытаны и оказались безуспѣшными. Средство это можно назвать героическимъ, такъ какъ необходимымъ условіемъ его примѣненія является здоровое состояніе сердца и сосудовъ. Вообще нужно быть готовымъ ко всякимъ случайностямъ, такъ какъ обмороки составляютъ обычныя явленія, и потому производство этихъ ваннъ должно быть совершаемо въ присутствіи врача. Если къ этому прибавить хлопотливость приготовленія ваннъ, нашъ холодный климатъ, наши невѣроятныя квартиры и трудность погруженія больныхъ, ослабленныхъ, анемичныхъ, нерѣдко расположенныхъ къ дуриотамъ и истерическимъ припадкамъ, то станетъ понятнымъ, почему горячія ванны, имѣя за собой такую прочную теоретическую подкладку и такую лестную рекомендацію многихъ англійскихъ и американскихъ гинекологовъ, мало нашли примѣненія у насъ. Разумѣется, погружая больную въ ванну, должно положить ей на голову компрессъ, смоченный водой той же температуры, слѣдить за пульсомъ, оставлять ее въ ваннѣ на самое короткое время, не болѣе 5 минутъ и, при малѣйшихъ намекахъ на обморокъ, быстро на простынь вынуть

больную изъ ванны и положить въ заранѣе нагрѣтую постель. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ кровотеченій эффектъ горячей ванны—поразительный; напр., при хроническомъ воспаленіи матки въ періоды обостреній и въ пуэрперальныхъ случаяхъ кровотеченія останавливаются на 10, 12 часовъ и, если ванна принималась на ночь, то больныя засыпали спокойнымъ сномъ. У другихъ же больныхъ кровотеченіе останавливалось, но, наоборотъ, являлась бессонница, и даже тѣ, которыя послѣ одной или нѣсколькихъ ваннъ спокойно засыпали, при послѣдующихъ ваннахъ страдали бессонницей. Количество ваннъ можетъ быть различно: иногда 2, 3-хъ ваннъ достаточно, а иногда послѣ 10-ти только наступаетъ благоприятный результатъ. Хорошимъ признакомъ считается обильное наступленіе пота, сонъ и появленіе аппетита.

Лѣченіе въ гидротерапевтическихъ заведеніяхъ. Въ хроническихъ случаяхъ кровотеченій или съ цѣлю предупрежденія кровотеченія лѣченіе въ сказанныхъ заведеніяхъ является иногда безусловно необходимою и не можетъ быть ничѣмъ другимъ замѣнено, въ особенности въ зимнее время или въ другое у тѣхъ больныхъ, которыя не могутъ покинуть своей мѣстности. Не разбирая причинъ, обуславливающихъ благотѣльное дѣйствіе гидротерапіи, укажу только на нѣкоторыя показанія, при которыхъ таковое лѣченіе особенно благотѣльно и приведу нѣкоторыя практическія замѣчанія, отсылая любознательныхъ читателей къ сочиненію Fleuri.

Лѣченіе примѣняется въ двухъ видахъ: или въ формѣ обертываній простынями или въ формѣ душъ на животъ: и то, и другое можетъ быть назначено различной продолжительности, различной температуры, какъ въ моментъ сеанса, такъ и въ продолженіе всего лѣченія. Обычный принципъ, которымъ, на основаніи опыта, я руководжусь при гидротерапіи, есть самочувствіе больныхъ и потому я не бываю настойчивымъ при назначеніи градусовъ; такъ напр., если больная начинаетъ обертываться съ 25° и чувствуетъ себя хорошо, а при послѣдующемъ пониженіи температуры съ 23° на 22° самоощущеніе больной неприятно: она жалуется на ознобленіе, слабость и раздражительность, то я охотно позволяю ей повысить температуру на 1°, при которомъ самочувствіе ея удовлетворительно.

Тоже самое при душахъ; тоже самое относительно силы струи душа, величины струи и продолжительности обертыванія. Если при обтираніяхъ простынями обливаніе водой той же температуры въ количествѣ одного или двухъ ведеръ переносится больными хорошо, то такое обливаніе продолжается; въ противномъ случаѣ тотчасъ же прекращается. Словомъ, по опыту говорю, что врачъ много выиграетъ въ успѣхѣ, если при лѣченіи водой у больныхъ, вообще страдающихъ женскими болѣзнями, будетъ руководствоваться самочувствіемъ и самоощущеніемъ ихъ. Продолжительность лѣченія—отъ 6-ти недѣль до 3-хъ мѣсяцевъ. Лучшее время года—весна и ранняя осень. Морозная (выше—15°), сырая, вѣтряная погода не благоприятна и лучше въ такіе дни пропускать лѣченіе. Начинать лѣченіе должно съ крайней осторожностью; нерѣдко приходилось обтиранія больныхъ начинать съ обтиранія полотенцами; въ особенности нижнія конечности должны быть предохраняемы отъ охлажденія. Огромное большинство моихъ больныхъ лѣ-

чилось въ гидротерапевтическомъ заведеніи д-ра Редлиха, гдѣ распорядителемъ и руководителемъ дѣла находится докторъ Сторожевъ, которому я обязанъ многими практическими указаціями относительно примѣненія гидротерапіи въ женскихъ болѣзняхъ.

Что касается до показаній, то 1) на первомъ мѣстѣ должно поставить случаи кровотеченій, зависящіе отъ ожирѣнія (*obesitas*). Тутъ вліяніе гидротерапіи необыкновенно характерно, и съ потерей каждаго фунта наклонность къ кровоточенію теряется пудами. Разумѣется, такое лѣченіе ведется совмѣстно съ другими гигиеническими и діететическими средствами, необходимыми при лѣченіи ожирѣнія. Я не могу умолчать о такомъ успѣхѣ, ибо нѣкоторыя больныя были въ буквальномъ смыслѣ слова прикованы по годамъ къ постели, имѣя въ мѣсяцъ 5—6 гулевыхъ дней, остальное же время лежали и кровоточили. На этихъ больныхъ масса методовъ лѣченія была испробована и неоднократно дѣлались расширенія матки съ послѣдовательными внутриматочными вспрыскиваніями, но безъ всякаго результата, такъ что и больныя и врачи впадали въ уныніе, видя безнадежность борьбы противъ болѣзни. И двухъ, трехъ-мѣсячное лѣченіе въ гидротерапевтическомъ заведеніи возвращало больныхъ къ полному здоровью: онѣ теряли вѣсъ и переставали кровоточить. Само собой разумѣется, что Бентингова діета играла не маловажную роль. Но одной ея конечно не было бы достаточно.

2) Вторымъ показаніемъ можно поставить случаи кровотеченій, гдѣ брюшное полнокровіе съ атоніей кишекъ, съ упорными запорами, съ метеоризмомъ, геморроидальнымъ состояніемъ составляло выдающееся явленіе и гдѣ въ маткѣ нѣтъ злокачественной опухоли.

Въ этихъ случаяхъ настойчивое употребленіе на животъ душъ восходящихъ или нисходящихъ (28° до 16° или 38°) составляетъ энергическое средство, устраняющее атонію кишекъ, запоры, метеоризмъ и кровенакопленіе въ брюшной полости и тѣмъ, вѣроятно, вліяя на остановку кровоточенія и расположенія къ нимъ.

3) Въ смѣщеніяхъ матки, въ особености при ретрофлексіяхъ и ретропозиціи съ воспаленіемъ или опухолью яичниковъ или безъ нихъ, обертываніе простынями и души на животъ прекрасно вліяютъ на устраненіе усиленной менструаціи, успокоивая нервную систему, вызывая сонъ и улучшая питаніе.

4) При подсерозныхъ и интерстиціальныхъ фибромахъ, гдѣ кровоточенія и запоры составляютъ безконечно-упорное страданіе, души на животъ облегчаютъ какъ тотъ, такъ и другой болѣзненный припадокъ.

5) При климактерическихъ кровоточеніяхъ, если послѣднія функциональнаго характера, обертываніе простынями дѣйствуетъ благотворно.

6) При хроническихъ воспаленіяхъ матки, поправляя общее и мѣстное питаніе, гидротерапія уменьшаетъ наклонность къ рецидивамъ, экзацербациямъ и кровоточеніямъ.

Во всѣхъ случаяхъ назначенія такового лѣченія не должно упускать изъ виду одну предосторожность: если больная разъ перенесла *peritonitis universalis* отъ какой-бы то ни было причины, то при малѣйшей простудѣ, при примѣненіи гидротерапіи возможенъ возвратъ, чему я былъ свидѣтелемъ нѣсколько разъ.

Къ неприяностямъ гидротерапевтическаго лѣченія должно отнести повтор-

ность лѣченія, то-есть, если лѣченіе подѣйствовало съ успѣхомъ, то на слѣдующій, а иногда и на третій годъ его приходится повторять.

Что касается дозволенія больнымъ купаться въ лѣтнее время, то здѣсь нужно принять во вниманіе, что слишкомъ холодная температура воды и продолжительное купанье сами по себѣ располагаютъ къ кровотеченію, вѣроятно вслѣдствіе усиленнаго притока крови во время купанья къ внутреннимъ органамъ. Также дѣйствуютъ купанья въ водѣ неодинаковой температуры, напримѣръ, въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ находятся ключи, причеиъ на днѣ вода холодная, а на верху тепловатая. Чаше это замѣчается въ прудахъ и маленькихъ рѣчкахъ: купанье въ такихъ мѣстахъ положительно вредно больнымъ, склоннымъ къ кровотеченію. Проточная вода лучше дѣйствуетъ, чѣмъ стоячая. Общій совѣтъ, который я даю больнымъ, вылѣчившимся отъ кровотеченій или расположеннымъ къ кровотеченію— чтобы онѣ начинали купаться только тогда, когда температура воды не ниже 18°, 19° и не оставались въ ней до ознобленія, а если таковое случится, то ходили бы по солнцу, чтобы нѣсколько вспотѣть.

Что касается до лѣкарственныхъ ваннъ или простыхъ, то тепловатыя ванны въ 25°, 26°, 27°, 28° положительно располагаютъ къ кровотеченію, и потому, если нѣтъ настойчивыхъ показаній для лѣченія какихъ либо другихъ женскихъ болѣзней, то у больныхъ съ склонностью къ кровотеченіямъ лучше не назначать ваннъ. О морскихъ купаньяхъ и ваннахъ, что касается моей личной опытности, я сказать ничего не могу.

Г Л А В А III.

Внутриматочныя вспрыскиванія лѣкарственныхъ веществъ.

Помимо влагалищныхъ спринцеваній, для остановки кровотеченія употребляются внутриматочныя инъекціи. Онѣ производятся при помощи шприца Брауна, причеиъ жидкость подогревается до температуры крови, воздухъ выпускается, и производится вспрыскиваніе въ полость матки по каплямъ, въ количествѣ половины или цѣлаго шприца. Шприцъ Брауна вводится по обыкновеннымъ правиламъ введенія зонда, причеиъ матка, если она смѣщена, фиксируется или черезъ брюшныя покровы, или лучше щипцами Мюзе. Во время вспрыскиванія врачъ тщательно слѣдитъ за выраженіемъ лица больной и, при малѣйшемъ искаженіи чертъ его, прерываетъ вспрыскиваніе и, не вынимая конца шприца изъ полости матки, освѣдомляется объ ощущеніи больной. Если она ощущаетъ боль или чувство лома, то конецъ шприца нѣсколько опускается, тагъ какъ это можетъ зависѣть отъ раздраженія дна матки или концомъ шприца, или вспрыскиваемой жидкостью. Если боль мимолетна, то вспрыскиваніе продолжается, въ противномъ случаѣ тотчасъ же прекращается.

Внутриматочныя вспрыскиванія производятся 2, 3 раза въ недѣлю или ежедневно, и женщина остается въ постели минимумъ 2 часа послѣ каждаго

вспрыскивания. Изъ лекарственныхъ средствъ, употребляемыхъ для внутриматочныхъ инъекцій съ цѣлью остановки кровотеченія наилучшее есть *t-ga jodi* или съ глицериномъ (1:4) или цѣльная. Способъ остановки кровотеченія внутриматочными впрыскиваниями нельзя не назвать серьезнымъ, такъ какъ иногда при соблюденіи всѣхъ предосторожностей, при его производствѣ наступаютъ весьма серьезные, опасныя послѣдствія и даже смерть, въ нѣкоторыхъ случаяхъ весьма быстрая. Поэтому, при употребленіи внутриматочныхъ инъекцій, твердо слѣдуетъ знать противопоказанія къ его производству, и, можетъ быть, ихъ слѣдуетъ знать гораздо лучше, чѣмъ показанія, потому и начнемъ съ нихъ.

1) Никогда не слѣдуетъ производить внутриматочныя впрыскиванія амбулаторнымъ больнымъ.

Внутриматочныя впрыскиванія противопоказуются:

2) При всѣхъ воспаленияхъ клѣтчатки и тазовой брюшины, въ особенности при неподвижности матки.

3) При хроническомъ воспаленіи матки въ періоды экзacerbаций или близко къ нимъ.

4) При сальпингитахъ и растяженіяхъ трубъ.

5) При узкости *oris externi* или стенозѣ шейки матки.

6) При долго продолжающихся флексіяхъ, гдѣ можно подозрѣвать хроническое растяженіе полости матки, внутриматочныя впрыскиванія не должны быть употребляемы, такъ какъ, чего не слѣдуетъ забывать, при такомъ расширеніи маточные концы трубъ тоже расширены.

Строгое соблюденіе вышесказанныхъ противопоказаній предупредить много неприятныхъ послѣдствій для больныхъ. Отсюда само собою разумѣется, что показанія для производства внутриматочныхъ впрыскиваній весьма ограничены. Онѣ показуются:

1) При *endometritis fungosa*;

2) При *metritis hypertrophica*;

3) При фиброзномъ перерожденіи матки;

4) При подслизистыхъ и интерстиціальнымъ фибромахъ;

5) При климактерическихъ кровотеченіяхъ.

Неприятныя послѣдствія, могущія быть вызванными внутриматочными впрыскиваніями, суть слѣдующія:

1) Шокъ или коляпсъ съ явленіями раздраженія брюшины и коликами матки;

2) Мѣстное или общее воспаление клѣтчатки и брюшины;

3) Эмболія;

4) Септицемія.

Опуская разборъ всѣхъ этихъ явленій и способовъ ихъ лѣченія, я долженъ упомянуть только о средствахъ противъ шока и маточныхъ коликъ: на низъ живота—ледь, внутрь—возбуждающія средства и подкожное впрыскиваніе морфія; а въ послѣдствіи—опій *per os* или *per anum*; полный абсолютный покой, причемъ въ продолженіе нѣсколькихъ дней лучше воздерживаться даже отъ двойного гинекологическаго изслѣдованія.

Чтобы избѣжать по возможности всѣхъ вышесказанныхъ послѣдствій необ-

ходимо предварительно прозондировать матку разъ или два, чтобы убѣдиться во 1-хъ, нѣтъ ли суженія, и проходитъ ли зондъ легко и во 2-хъ, познакомиться съ впечатлительностію женщины къ зондированію, такъ какъ, если осторожное зондированіе вызоветъ, или колики, или боли, или тошноту и общее недомоганіе, то лучше не примѣнять внутриматочнаго вспыскиванія; въ 3-хъ, если при зондированіи дотрогиваніе до дна матки вызываетъ внезапное содраганіе женщины, то вспыскиваніе безусловно воспрещается; и въ 4-хъ, если при зондированіи вызывается спазмъ внутриматочнаго отверстія, такъ что зондъ на нѣкоторое время плотно обхватывается и удерживается сокращеніемъ внутренняго отверстія матки, то при вспыскиваніи не должно вынимать скоро наконечника шприца изъ полости матки, а удержать его тамъ минутъ 5. Но снова повторяю, что и эти предосторожности не всегда спасаютъ больныхъ отъ неприятныхъ послѣдствій. Очевидно, что въ этомъ отношеніи есть какой то пробѣлъ, который до сихъ поръ мы уяснить себѣ не можемъ и потому рѣдко прибѣгаемъ къ внутриматочнымъ вспыскиваніямъ, предпочитая имъ смазываніе полости матки.

Г Л А В А IV.

Средства механическія.

Если горячія спринцеванія и другія кровеостанавливающія средства оказываются недостигающими своей цѣли, то приходится прибѣгать къ средствамъ механическимъ, которыя дѣйствуютъ, быть можетъ, не только закупориваніемъ просвѣта полового аппарата, но, вѣроятно, еще и тѣмъ, что вызываютъ сокращеніе самой матки и ея сосудовъ. Самое дѣйствительное средство есть тампонація влагалища ватными тампонами, смоченными въ двухъ или трехъ-процентномъ растворѣ *acidi carbolicі* или глицеринѣ. Тампоны эти небольшой величины, съ грецкій орѣхъ, плотно скатанные изъ салициловой и карболовой или гигроскопической ваты, или изъ стерилизованной, или іодоформенной марли, по формѣ лучше цилиндрическіе, чѣмъ круглые, перетянутые по срединѣ ниткой, длинный конецъ которой, послѣ вложенія тампона, находится внѣ влагалища. Способъ производства тампонаціи весьма простъ: женщина лежитъ въ спинномъ положеніи съ согнутыми бедрами; врачъ вводитъ правой рукой тампоны во влагалище, причемъ первый или нѣсколько первыхъ тампоновъ кладутъ въ задній сводъ, выполнивъ который кладется тампонъ къ наружному отверстию матки, а засимъ выполняется передній сводъ и вся полость влагалища до входа его. Количество тампоновъ, потребное въ каждомъ случаѣ, опредѣляется индивидуальными условіями, смотря потому, рожала ли женщина или нѣтъ: въ 1-мъ случаѣ ихъ больше, во 2-мъ меньше. Но во всякомъ случаѣ мѣриломъ достаточности тампонаціи служитъ то обстоятельство, что кровь не показывается изъ входа во влагалище. Женщина при тампонаціи въ однихъ случаяхъ испытываетъ мало неприятныхъ ощущеній, въ другихъ же появляются ощущенія боли, лома и раздраженіе со стороны пузыря и *recti*. Поэтому самоощу-

шеніе больныхъ иногда тоже служить указаніемъ достаточности тампонаціи; если не обращая вниманія на самоощущеніе больныхъ, продолжать введеніе новыхъ тампоновъ, то въ результатѣ можетъ получиться слѣдующее: или непріятныя ощущенія, испытываемыя женщиной, на столько усилятся, что тотчасъ же необходимо будетъ удалить тампоны, или удаленіе это придется совершить черезъ 1 часъ или 2, что конечно совсѣмъ не принесетъ никакой пользы при остановкѣ кровотока. Но эти боли не слѣдуетъ смѣшивать съ спазматическими, которыя замѣчаются въ разное время при тампонаціи, такъ какъ эти спазматическія боли наоборотъ очень хорошій признакъ: онѣ указываютъ на сокращенія матки, чего особенно желательно достигнуть при употребленіи тампонаціи. Тампоны могутъ оставаться въ полости влагалища или 6-ть или 12-ть часовъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ, въ особенности, если на первый тампонъ положено достаточное количество іодоформа, тампонація можетъ оставаться въ теченіи цѣлыхъ сутокъ, послѣ чего тампоны удаляютъ, вытягивая ихъ за нитки. Тампоны изъ іодоформенной марли могутъ оставаться до 8 сутокъ. Тампонація можетъ быть продолжаема значительно долгое время или непрерывно одна за другой, или съ перемежками, но во всякомъ случаѣ передъ и послѣ каждой тампонаціи влагалище должно быть пропринцировано 1% — мъ растворомъ ас. carbonici. Если тампонація переносится хорошо, то женщина можетъ и не оставаться въ постели и даже выходить изъ дома.

Непріятныя явленія случаются и послѣ тампонаціи: во 1-хъ) энергическая тампонація при подострыхъ воспаленіяхъ, особенно клѣтчатки и брюшины, можетъ обуславливать явленія остраго воспаленія; во 2-хъ), хотя по счастью рѣдко, но все-таки можетъ быть, вслѣдствіе обратныхъ сокращеній трубъ, излітіе секрета изъ нихъ въ полость брюшины; въ 3-хъ) иногда раздраженія нузыря и прямой кишки бываютъ такъ значительны при тампонаціи, что продолженіе ея становится невозможнымъ; въ 4-хъ) тампонація не употребляется для остановки кровотока въ случаѣ желанія сохранить зародышъ или плодъ, такъ какъ введеніе тампоновъ обуславливаетъ сокращенія матки и выбрасываніе яйца или плода.

Посему тампонація примѣняется преимущественно въ слѣдующихъ случаяхъ: 1) при сильныхъ и продолжительныхъ регулахъ съ цѣлью уменьшенія ихъ, во 2-хъ) съ цѣлью остановки кровотеченій, зависятъ ли послѣднія отъ недостаточной инволюціи, эндометрита, смѣщеній матки или отъ новообразованій, и въ особенности при климактерическихъ кровотеченіяхъ и въ 3-хъ) при абортахъ и родахъ съ цѣлью ускорить послѣднія и прекратить кровотеченіе.

Иногда на тампонахъ вносятся разныя лѣкарственныя вещества; изъ нихъ особенно охотно употребляются: іодоформъ, liquor ferri sesquichlorati, квасцы, уксусъ и Нелюбинская жидкость. Что касается послѣднихъ трехъ средствъ, то употребленіе ихъ дозвоительно, такъ какъ вяжущее дѣйствіе ихъ не особенно значительно; растворъ же liq. ferri sesquichlorati долженъ быть употребляемъ съ крайней осторожностью, ибо, если первичная тампонація съ нимъ не произведетъ полной остановки кровотока, то вторичная, по причинѣ сжатія влагалища, становится затруднительной и болѣзненной; затрудняется даже простое введеніе заркала.

Иногда вмѣсто ваты въ беременномъ или послѣродовомъ состояніи, и весьма рѣдко въ небеременномъ, употребляется кольпейринтеръ, наполненный или воздухомъ,

или холодной или горячей водой. Мнѣ самому почти совсѣмъ не приходилось пользоваться кольпейринтеромъ въ небеременномъ состояніи, и я думаю, что по причинѣ весьма сильной болѣзненности употребленіе его даже едвали возможно, что я вывелъ изъ личнаго наблюденія, примѣняя его въ случаяхъ хроническаго выворота матки.

Помимо влагалища можно тампонировать какъ шейку матки, такъ и полость ея. Методы тампонаціи тоже чрезвычайно просты, но, разумѣется, къ нимъ можно прибѣгнуть только въ крайности и нритомъ только тогда, когда существуетъ расширеніе шейки матки и полости ея. Что касается до тампонаціи шейки, то для производства ея употребляются тампоны величиною съ фисташковый орѣхъ, которые вводятся при помощи зеркала или безъ него въ полость шейнаго канала. Къ сожалѣнію для удержанія ихъ на мѣстѣ необходимо производить одновременно и влагалищную тампонацію, иначе тампоны тотчасъ выйдутъ изъ шейнаго канала и не принесутъ никакой пользы. Если аккуратно тампонировать шейку черезъ зеркало, то первый тампонъ можно употреблять съ *liq. ferri sesquichlorati*, не говори уже о другихъ лѣкарственныхъ средствахъ. Выведеніе ихъ совершается обязательно черезъ 4, 5 часовъ, при соблюденіи полной антисептики. Что касается до тампонаціи полости матки, то она производится при помощи особаго инструмента, подобнаго маточному зонду, у котораго пуговка просверлена для проведенія нитки или шелковицы, къ которой привязываются палочки изъ свернутой карболовой или іодоформной марли, толщиною съ тонкій ламинарій. Палочки эти или сухія, или смачиваются въ какомъ нибудь лѣкарственномъ веществѣ. Дѣйствіе маточной тампонаціи основывается, разумѣется, не на давленіи, потому что выполнить полость матки трудно, а на вызваніи сокращенія стѣнокъ матки, обусловливаемого внесеніемъ инороднаго тѣла или лѣкарственнаго вещества. Способъ этотъ не безопасенъ и принципы осторожности внутриматочнаго лѣченія примѣнимы здѣсь вполне; въ особенности слѣдуетъ избѣгать внесенія въ полость матки *liq. ferri sesquichlorati*, такъ какъ оно нерѣдко вызываетъ появленіе воспаленія матки и ея придатковъ и, если внести какое либо лѣкарственное вещество, то лучше всего или растворъ *t—gae jodi* съ глицериномъ, или растворъ *aluminis*. Къ механическимъ способамъ остановки кровотеченій можно также отнести способъ, предложенный Эмметомъ и примѣненный съ кровоостанавливающей цѣлью Хегаромъ, состоящій во временномъ закрытіи, посредствомъ шва, наружнаго маточнаго отверстія. Я лично не употреблялъ этого способа, а пользовался методомъ упрощеннымъ мной такимъ образомъ: я захватываю щипцами Мюзе одной или 2 парамц, переднюю и заднюю губы и оставляю ихъ вмѣстѣ; но не должно болѣе сутокъ оставлять на одномъ мѣстѣ щипцы, иначе произойдетъ некрозъ.

Если потребуются внезапно остановить кровотеченіе или же кровотеченіе на столько опасно, что угрожаетъ жизни, то можно пользоваться методомъ прижатія брюшной аорты, что, разумѣется, не трудно, если доступъ къ ней не затрудненъ, то-есть, если между ней и брюшными стѣнками нѣтъ ни опухолей, ни увеличенной матки. Прижатіе это можно произвести или большими пальцами обѣихъ рукъ или просто кулакомъ. Къ сожалѣнію, продолжительное прижатіе брюшной аорты трудно исполнить руками по причинѣ усталости, а прижатіе целотомъ не надежно. Этимъ

способомъ можно только выиграть время для приготовления тампоновъ или другихъ средствъ, необходимыхъ для болѣе продолжительной остановки кровотеченія.

Наконецъ, къ механическимъ же средствамъ остановки кровотеченій нужно отнести массажъ. Какъ первичное средство для остановки кровотеченій, массажъ примѣняется, какъ извѣстно, на послѣродовыхъ маткахъ послѣ каждыхъ родовъ для лучшаго сокращенія матки. Наблюденія показываютъ, что приложеніе его въ первые 10, 12 дней послѣ родовъ составляетъ очень хорошее средство, предупреждающее кровотеченія и послѣродовыя заболѣванія.

Что касается до методовъ массажированія, то отсылая читателей для ознакомленія съ ними къ спеціальной главѣ, здѣсь укажу только на методъ употребляемый въ послѣродовомъ состояніи. Онъ заключается въ легкихъ потираніяхъ дна матки и передней поверхности ея, продолжающихся отъ $\frac{1}{4}$ часа до 1-го часу. Когда же матка уходитъ въ полость малаго таза, то вводится палецъ въ отверстіе ея, вся матка приподымается къ переднимъ брюшнымъ стѣнкамъ, черезъ послѣднія захватывается пальцами руки и разминается какъ дно, такъ и тѣло матки. При недостаточной инволюціи ежедневный массажъ оказываетъ видимую пользу, вызывая сокращенія матки и уменьшая чувствительность ея. Совмѣстное употребленіе массажа, гидротерапіи и даже электричества одинаково приложимо и при лѣченіи женскихъ болезней.

Г Л А В А V.

Хирургическіе способы, гигиѣна и діететика.

Хирургическіе способы, примѣняемые съ цѣлью остановки кровотеченія, состоятъ въ операціяхъ на шейкѣ, тѣлѣ, днѣ матки или на яичникахъ. Они до того разнообразны и спеціальны, что описаніе ихъ гораздо цѣлесообразнѣе изложить въ отдѣлѣ частной терапіи. Миѣ остается еще сказать нѣсколько словъ о *миѣннѣ и діететикѣ больныхъ*, страдающихъ кровотечениями и подвергающихся лѣченію.

Въ частномъ отдѣлѣ будутъ указаны рзличные наставленія, показуемыя тѣмъ или другимъ заболѣваніемъ, здѣсь же только могутъ быть упомянуты общіе принципы гигиѣны и діететики. Хотя больныя при кровотеченияхъ и бываютъ раздражительны къ свѣту, но все-таки класть больныхъ нужно въ комнаты, обращенной на солнечную сторону, занавѣшивая окна въ случаѣ свѣтобоязни, ибо солнечное тепло и вообще всякая лучистая теплота, напримѣръ отъ камина, доставляетъ больнымъ пріятное ощущеніе, понижаетъ впечатлительность, раздражительность и располагаетъ ко сну. Температура комнаты должна быть въ 13° , 15° , а иногда и ниже, такъ какъ больныя меньше ослабѣваютъ, чѣмъ въ жарко натопленныхъ комнатахъ. Провѣтриваніе и освѣженіе комнаты или при помощи вентиляціи, или черезъ фортки рѣшительно необходимо. Стоитъ только хорошенько укутать тѣло больной, и тогда можно безопасно отворить фортки, избѣгая, конечно, сквознаго вѣтра. Не слѣдуетъ стѣснять больныхъ въ положеніяхъ на постели, ибо

неизмѣняемое положеніе ведетъ къ тоскливому настроенію духа, при которомъ кровотеченіе усиливается; бодрость духа должна быть поддерживаема всѣми средствами, такъ какъ не надо забывать, что психическое состояніе само по себѣ можетъ какъ вызвать кровотеченіе, такъ и остановить его. Зная состояніе сердца при сильныхъ кровотеченіяхъ, должно избѣгать всѣхъ неожиданностей, какъ нравственныхъ, такъ и физическихъ. Къ несчастію не во власти врача устранивъ всѣ семейныя дразги и неприятели, которыя много мѣшаютъ правильности и успѣшности лѣченія, что также необходимо поставить на видъ окружающимъ. Не слѣдуетъ позволять мужу спать въ той же комнатѣ или даже входить въ дезабилье, такъ какъ нерѣдко и безъ того сладострастное ощущеніе повышено, и иногда замѣчаются ночныя поллюціи. Нѣкоторыя женщины неохотно перемѣняютъ бѣлье, вѣроятно, вслѣдствіе предрасудка, что съ новой перемѣной бѣлья явится или повтореніе кровотеченія или усиленіе его, чему нужно противиться всѣми средствами, такъ какъ въ силу этого является тяжелая атмосфера вокругъ больныхъ; свѣжее же бѣлье вызываетъ спокойное расположеніе духа и ощущеніе комфорта. Извѣстенъ фактъ, что женщины, потерявшія много крови, имѣютъ чрезвычайно капризный вкусъ и нерѣдко испытываютъ тѣ же вкусовыя ощущенія, какъ при беременности: такъ, у нѣкоторыхъ является склонность къ острымъ, пикантнымъ вещамъ, кислому, соленому, маринованному, другія поѣдаютъ цѣлыя тарелки угля, сжженный кофе, сухой чай, крупу. Трудно сказать, должно ли воспрещать всѣ таковыя эксцессы, такъ какъ практика показываетъ, что больныя не принимаютъ окончательно никакой пищи и потому, если нѣтъ настоячивыхъ противопоказаній, врядъ-ли такое запрещеніе цѣлесообразно. Отвращеніе къ мясу—явленіе обыденное, и курьезенъ фактъ, что настойчивое употребленіе его, хотя бы въ формѣ мясного сока, такъ любимого въ настоящее время врачами, мало приноситъ пользы больнымъ, и потому я въ такихъ случаяхъ не особенно настаиваю на его употребленіи, дожидаясь того времени, когда у больныхъ самопроизвольно появится аппетитъ къ нему. Въ публикѣ и среди больныхъ циркулируетъ мнѣніе, что употребленіе въ пищу рыбы и питье молока вызываетъ у анемичныхъ больныхъ лихорадку. Что касается рыбы, то часто я, дѣйствительно, видѣлъ неприятелия послѣдствія отъ употребленія ея какъ въ свѣжемъ, такъ и въ соленомъ видѣ, а именно, черезъ нѣсколько часовъ послѣ употребленія ея въ пищу появлялась сильная жажда, которую больныя естественно старались удовлетворить водой или кислотами; послѣ же принятія одного или нѣсколькихъ стакановъ жидкости появлялась знобъ, безпокойство, ощущеніе жара и ломоты. Повышенія температуры не наблюдалъ, хотя нерѣдко на другой день появлялся herpes labialis съ обложеніемъ языка; точно также не видалъ и усиленія кровотеченія. Что касается молока, то въ огромномъ большинствѣ случаевъ употребленіе его въ питье приноситъ несомнѣнную пользу. И здѣсь попадаются такія больныя, которыя не выносятъ даже маленькой чашки молока, но тамъ, гдѣ оно переносится, врачи должны настойчиво хлопотать о большемъ его употребленіи, такъ какъ я положительно не знаю лучшаго питательнаго средства, замѣняющаго и пищу и питье, чѣмъ молоко. Обыкновенно я совѣтую больнымъ въ хроническихъ формахъ пить снятое молоко, прибавляя на каждый

стаканъ молока чайную ложку коньяку, и этой смѣси больныя свободно выпиваютъ 6 стакановъ въ день. Я особенно настаиваю на снятомъ молокѣ, такъ какъ часто видѣлъ, что тамъ, гдѣ переносится снятое, цѣльное не переносится, вызывая вздутіе живота и колики.

У огромнаго большинства больныхъ прибавленіе небольшого количества коньяку переносится хорошо, но у нѣкоторыхъ больныхъ при его употребленіи появляются сердцебіеніе и боли, тогда, конечно, прибавленіе коньяку должно быть оставлено. Особенную пользу отъ употребленія молока я видѣлъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ оно вызывало увеличенное количество мочи и пота, ибо въ такихъ случаяхъ оно дѣйствовало, какъ средство успокаивающее и вызывающее сонъ. У нѣкоторыхъ больныхъ, страдавшихъ хроническими запорами вслѣдствіе атоніи кишекъ, употребленіе молока вызывало правильныя послабленія, а у нѣкоторыхъ даже усиленныя, такъ что приходилось или прибавлять известковой воды въ количествѣ 1, 2 чайныхъ ложекъ на стаканъ, или кипятить его и употреблять тепловатымъ. У ослабленныхъ особей, у которыхъ весьма плохъ аппетитъ и которыя плохо переносятъ молочную діету или мясную весьма полезно назначеніе гемоглобина въ количествѣ $\frac{1}{2}$ чайной ложки 2-3 раза съ виномъ.

Употребленіе горячихъ пиши и питья должно быть воспрещаемо. Что касается чая, кофе, то при употребленіи ихъ должно руководствоваться вліяніемъ ихъ на сердце и первную систему: если они не вызываютъ сердцебіенія, бессонницы или возбужденнаго состоянія, то едва ли цѣлесообразно запрещать ихъ употребленіе. То же самое можно сказать и относительно вина, умѣренное употребленіе котораго, вызывающее пріятное расположеніе духа, весьма цѣлесообразно.

У курящихъ больныхъ является или отвращеніе къ употребленію табака, или онѣ курятъ усиленно, выкуривая втрое болѣе обыкновеннаго; противъ послѣдняго я настойчиво ратую, и если больная послушна, довѣрчива, то результатъ всегда оправдывалъ такую настойчивость: бессонница, тоскливое состояніе, замираніе сердца скоро исчезали послѣ прекращенія эксцесса въ куреніи. Иногда больныя чувствуютъ особенную склонность къ употребленію зелени и фруктовъ въ сыромъ или вареномъ видѣ. Обильное употребленіе спаржи производитъ иногда по истинѣ чудеса, вызывая усиленное отдѣленіе мочи и пота. Иногда больныя, страдавшія отсутствіемъ аппетита, послѣ трехдневнаго употребленія спаржи, кушали съ удовольствіемъ самую разнообразную пищу. Припоминаю нѣсколько случаевъ, гдѣ больнымъ, страдавшимъ одновременно съ кровотеченіемъ почечными и печеночными камнями, обильное употребленіе спаржи доставляло истинное облегченіе, уменьшая припадки сказанныхъ болѣзней. Тоже можно сказать и о фруктахъ, въ особенности о виноградѣ и арбузахъ. Помню одну больную, которая почти цѣлый мѣсяцъ питалась устрицами и арбузами, — настолько склонность къ различнымъ пищевымъ веществамъ бываетъ у больныхъ разнообразна. Если нѣтъ какихъ-либо особенныхъ противопоказаній, то гулянье на свѣжемъ воздухѣ не только не воспрещается, но даже показуется у особей ожирѣлыхъ и привыкшихъ къ подвижной жизни. Пренебреженіе этимъ правиломъ доставляетъ много страданій больнымъ и на долго затягиваетъ ихъ излѣченіе. Въ особенности слѣдуетъ больнымъ посылать

на прогулку въ солнечные дни, такъ какъ вліяніе солнечныхъ лучей, о чемъ будетъ сказано ниже, поразительно.

ГЛАВА VI.

Солнечныя ванны.

Къ числу пріятныхъ, полезныхъ и удивительныхъ средствъ относятся солнечныя ванны, назначаемыя съ цѣлью лѣченія многихъ женскихъ болѣзней, а также и кровотеченій. Года три съ чѣмъ нибудь я ознакомился случайно съ этимъ средствомъ при чтеніи книги Эммета, гдѣ говорилось, что при лѣченіи многихъ женскихъ болѣзней лежаніе въ комнатѣ на кушеткѣ подѣ вліяніемъ солнечныхъ лучей приносило больнымъ большое облегченіе. Этому факту я повѣрилъ и рѣшился систематически приложить его къ лѣченію женскихъ болѣзней и въ частности—крово́тченій. Первый случай, на которомъ было испытано кровеостанавливающее свойство солнечныхъ ваннъ, былъ слѣдующій:

Дѣвица 48 лѣтъ, слабаго тѣлосложенія, исхудалая, страдала въ продолженіе нѣсколькихъ лѣтъ сильными кровотеченіями, которыя еще болѣе усилились въ послѣднее время, такъ что больная уже съ мѣсяць не покидала постели. Я увидѣлъ ее въ концѣ апрѣля и нашелъ въ слѣдующемъ состояніи: рѣзко выраженное атероматозное перерожденіе сосудовъ; въ полости живота и во входѣ въ малый тазъ ничего ненормальнаго не замѣчалось. Исслѣдованіе *per rectum* указывало, что матка была нормальной величины, плотной консистенціи и сильно чувствительна съ задней поверхности, съ болѣзненною и малою подвижностью. Изъ разсказа больной видно, что она перенесла лѣтъ 20 тому назадъ какое-то воспаленіе въ полости живота. Заключение было поставлено въ томъ смыслѣ, что я имѣю дѣло съ климактерическимъ кровотеченіемъ, обусловленнымъ смѣщеніемъ матки къзади (вслѣдствіе *perimetritis posterior adhaesiva*) и периферическимъ атероматозомъ. Кровотеченіе удалось остановить только послѣ двухъ недѣль при помощи самыхъ разнообразныхъ и нерѣдко энергическихъ средствъ; словомъ, кровотеченіе было весьма упорное и опасное по обилію теряемой крови. Послѣ остановки кровотеченія больная рѣшилась ѣхать на лѣто въ деревню въ Воронежскую губернію, почему я и посовѣтывалъ ей пользоваться солнечными ванными и употреблять въ обиліи молоко. Больная приняла 60 ваннъ. Кровотеченія не было и регулы исправно появлялись въ продолженіе лѣта. Я видѣлъ эту больную въ сентябрѣ, то-есть черезъ 4 мѣсяца, и силы ея были настолько хороши, что она пѣшкомъ сдѣлала прогулку изъ Москвы въ Петровское-Разумовское (верстъ 6, 7). Слѣдующая зима прошла благополучно, но въ концѣ ея стали показываться кровотеченія, которыя значительно усилились въ апрѣлѣ и снова ослабили больную. Она опять поѣхала въ деревню, принимала солнечныя ванны и снова выздоровѣла. Съ этого времени прошло 1½ года, и въ настоящее время она настолько здорова, что скорѣе страдаетъ излишествомъ, чѣмъ малокровіемъ, такъ какъ по временамъ ей необходимо вслѣдствіе появляющагося удущья и головокруженія ставить геморроидальныя пиявки.

Съ этого случая я сталъ назначать солнечныя ванны *larga manu* во многихъ женскихъ болѣзняхъ, и вотъ результатъ двухъ годичной опытности. Назначаются онѣ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ больныя въ продолженіе долгаго времени страдали женскими болѣзнями, и гдѣ разнообразное лѣченіе оказывало мало пользы. Наибольшій контингентъ такихъ больныхъ страдаетъ несомнѣнно хроническимъ воспаленіемъ матки и ея придатковъ, въ особенности яичниковъ и брюшины, съ атоніей кишечнаго канала и разстройствомъ пищеваренія и, наконецъ, съ явленіями рѣзко выраженной истеріи.

Способъ употребленія ихъ слѣдующій. Больная одѣвается такъ, чтобы животъ и нижнія конечности были одѣты въ черное, а грудь и голова въ бѣлое, причѣмъ иногда окутываютъ голову и грудь шерстянымъ платкомъ; женщина ложится на кушетку или диванъ, вынесенный на припекъ, въ головахъ укрѣпляется бѣлый парусиный зонтикъ, который защищалъ бы своей тѣнью голову и грудь отъ дѣйствія солнечныхъ лучей; животъ же и нижнія конечности укрываемы быть не должны. Если погода вѣтреная, то съ навѣтренной стороны ставятся ширмы и больная лежитъ въ такомъ положеніи полчаса или часъ. Засимъ она перевертывается на бокъ или на животъ и такимъ образомъ подвергается дѣйствію солнечныхъ лучей всю нижнюю половину туловища. Такое лежаніе продолжается отъ часу до четырехъ, что зависитъ отъ силъ и выносливости больной. Явленія, испытываемыя больной, состоятъ сначала въ согрѣваніи, потомъ въ покальваніяхъ, въ ощущеніяхъ ползанья мурашекъ и легкихъ знобовъ. Затѣмъ является усиленная жажда и потъ, сначала не обильный, замѣчаемый только на нѣкоторыхъ частяхъ тѣла, но потомъ все болѣе и болѣе усиливающийся и, наконецъ, послѣ одной или нѣсколькихъ повторныхъ ваннъ, могушій достигнуть колоссальнаго размѣра, такъ что по выраженію больныхъ, онѣ какъ бы плаваютъ въ поту и пальцы рукъ иногда приходятъ въ состояніе, подобное тому, какъ у прачекъ.

Для удовлетворенія жажды больныя пьютъ снятое молоко съ коньякомъ, сначала въ умѣренномъ количествѣ, а потомъ иногда въ одинъ сеансъ выпиваютъ до 6 стакановъ. Количество мочи поразительно уменьшается. Послѣ одной ванны, а иногда и послѣ нѣсколькихъ первыхъ, больныя испытываютъ очень усталое состояніе, какъ бы разбитость; нерѣдко является бессонница, но эти явленія скоропреходящи и смѣняются совершенно обратными.

Послѣ перемѣны бѣлья больныя чувствуютъ себя бодрыми, веселыми, спокойными; съ давно неиспытаннымъ апетитомъ садятся за столъ и сравниваютъ свои ощущенія съ тѣми, которыя испытывали, когда были здоровы, послѣ хожденія въ баню. Что касается мѣстнаго вліянія, то солнечныя ванны уменьшаютъ боли, чувство тяжести и напряженности внизу живота; уменьшаютъ секретіи, въ особенности катарральныя и менетруальныя; уничтожаютъ раздражительность пузыря и способствуютъ правильному отправленію кишечнаго канала. Иногда во время лежанія больными испытывается сердцебіеніе, но, послѣ употребленія нѣсколькихъ ваннъ, жалобъ на сердцебіеніе слышится мало. Кромѣ того, мигрени, которыми такъ часто страдаютъ женщины, рѣдко появляются во время пользованія солнечными ваннами, и если показываются передъ сеансомъ, то во время его

скоро проходить. Главное же поразительное дѣйствіе солнечныхъ ваннъ — это сонъ, спокойный, крѣпкій и освѣжающій.

Количество ваннъ различно, смотря по погодѣ и по состоянію больныхъ: инымъ достаточно и 20, а инымъ и до 60. Впрочемъ нѣкоторыя больныя такъ пріучаются къ нимъ, что лежаніе на солнцѣ становится для нихъ потребностью. Менструаціи нисколько не противопоказуютъ принятіе солнечныхъ ваннъ, напротивъ: если онѣ обильны, то замѣчается уменьшеніе ихъ. Разумѣется, въ сильные вѣтры лучше избѣгать лежанія на солнцѣ, такъ какъ, надо замѣтить, солнечныя ванны располагаютъ къ простудѣ; поэтому же больныя не должны мыться холодной водой, купаться и выходить изъ дому рано утромъ и послѣ заката солнца.

Спрашивается, какимъ образомъ дѣйствуютъ солнечныя ванны? Мнѣ кажется, что сущность ихъ вліянія сводится къ усиленной дѣятельности кожи и къ покою внутреннихъ органовъ, другими словами — къ увеличенію притока крови къ наружнымъ покровамъ и къ малокровію брюшныхъ и тазовыхъ органовъ. Этимъ можно объяснить и разительное ихъ дѣйствіе на остановку кровотеченія.

Если исключить лѣченіе холодными ваннами, холодной водой, купанье, то все другіе способы лѣченія, какъ-то: питье минеральныхъ водъ, кумыса, кефира, употребленіе лѣкарственныхъ средствъ, вполне примѣнимы и цѣлесообразны совмѣстно съ пользованіемъ солнечными ваннами.

Въ заключеніе этой главы приведу слова Эммета: «въ анеміяхъ употребленіе желѣза, въ какой бы то ни было формѣ, и солнечныхъ лучей и свѣта должно быть совмѣстное, иначе безъ помощи солнца желѣзные препараты не всасываются желудкомъ, а дѣйствуютъ на него раздражающимъ образомъ». Въ частномъ отдѣлѣ будутъ указаны спеціальныя показанія для назначенія солнечныхъ ваннъ.

ГЛАВА VII.

М а с с а ж ъ . *)

Для примѣненія массажа въ гинекологіи существуетъ цѣлый рядъ пріемовъ, которые или практикуются каждый отдѣльно, что бываетъ однако рѣже, или соединяются по нѣсколько вмѣстѣ, такъ напр. растяженіе сращеній и массажъ матки, или подниманіе матки и гимнастическія упражненія, и т. д.

Пріемы эти суть:

1. Растяженіе сращеній.
2. Приведеніе матки въ ея нормальное положеніе.
3. Массажъ матки и ея придатковъ.
4. Подниманіе матки.

*) Эта глава представляетъ сжатое изложеніе брошюры д-ра М. М. Ремизова: „Массажъ въ Гинекологіи“.

Гимнастическія упражненія:

1. Похлопываніе крестцовой и поясничной областей.
2. Упражненіе аддукторовъ бедра съ противодѣйствіемъ.
3. Втягиваніе отверстия задняго прохода.
4. Упражненіе тазовыхъ мышцъ.
5. Кольно-локтевое положеніе.

Растяженіе сращеній.

Показуется при адгезивномъ периметритѣ и соединенномъ съ нимъ неправильномъ положеніи матки, будетъ ли то ретроверсія, ретрофлексія, или ретропозиція и т. д., или при приращеніи яичниковъ и трубъ.

Противопоказанія: острый периметритъ и всѣ острые заболѣванія матки и ея придатковъ.

Техника: Вводится одинъ, или два пальца (указат. и средній) во влагалище, къ мѣсту спайки, а другой рукой захватываютъ матку черезъ брюшные покровы, и обѣими руками вмѣстѣ осторожно оттягиваютъ матку въ сторону, противоположную сращенію. Больная лежитъ на спинѣ съ согнутыми и разведенными коленями. Оттянувъ матку на незначительное разстояніе, держать ее въ этомъ положеніи нѣсколько секундъ, затѣмъ осторожно отпускаютъ въ прежнее положеніе. Такъ повторяютъ пять, десять разъ. Растяженіе сращеній должно производить осторожно, чтобъ не было сильной боли, чтобъ не обострить воспаленія, чтобъ не вызвать сильнаго кровотеченія и, наконецъ, чтобъ не оторвать кусочка серозной оболочки прямой кишки, напр. при *retroversio abhaesiva*. Растяженіе производится ежедневно или черезъ день.

Menstrua не только не составляютъ противопоказанія, но при нихъ растяженіе сращеній идетъ успѣшнѣй, потому что соединительно-тканныя спайки, дѣлаясь мягче, становятся растяжимѣй.

Приведеніе матки въ ея нормальное положеніе.

Показуется при всѣхъ неправильныхъ положеніяхъ матки.

Противопоказаніемъ служатъ всѣ острые и гнойныя воспалительныя заболѣванія матки и ея придатковъ.

Техника: При ретроверсії, или ретрофлексіи напр. приведеніе производится такъ: указательный палецъ вводится въ задній сводъ и матка приподнимается къ брюшной стѣнкѣ, а пальцы другой руки проникаютъ черезъ брюшные покровы на заднюю поверхность матки. Захвативъ такимъ образомъ матку обѣими руками, переводятъ ее въ антеверсію. Если же этимъ способомъ не удастся перевести матку въ антеверсію, то поступаютъ такъ: когда палецъ находящійся въ заднемъ сводѣ, успѣлъ приподнять матку къ брюшной стѣнкѣ, а пальцы другой руки успѣли проникнуть на заднюю поверхность матки, то внутренній палецъ тотчасъ перемѣщаютъ на переднюю стѣнку влагалищной части и оттѣсняютъ послѣднюю вверхъ и назадъ къ *promontorium*, а наружная рука въ это время направляетъ матку къ

брюшной стѣнкѣ. Если матка вяла и трудно прощупывается черезъ брюшныя стѣнки, то полезно предварительно промассировать ее: тогда матка, сократившись, станетъ плотнѣй и удободостижимѣй.

Положеніе больной такое же, какъ при растяженіи сращеній.

При приведеніи матки въ ея нормальное положеніе необходимо обращать вниманіе, чтобы больная не напрягала брюшной прессъ и чтобы мочевой пузырь и прямая кишка были опорожнены. Это обстоятельно необходимо имѣть въ виду и при другихъ приемахъ гинекологическаго массажа, напр., подниманія матки.

Можно производить выправленіе матки и въ колѣнно-локтевомъ положеніи, при которѣмъ матка легче можетъ быть выведена изъ крестцовой впадины.

Массажъ матки и ея придатковъ.

Показанія: вялость ткани матки и расслабленіе ея связокъ, subinvolutio uteri, metritis chronica, superinvolutio, параметритъ (не гнойный), периметритъ, descensus и prolapsus uteri et vaginae, гипертрофія надвлагалищной части, неправильное положеніе матки.

Противопоказанія: все острые воспалительныя процессы половой сферы, нагноеніе, бленоррея, туберкулезъ трубъ и яичниковъ, злокачественныя новообразованія.

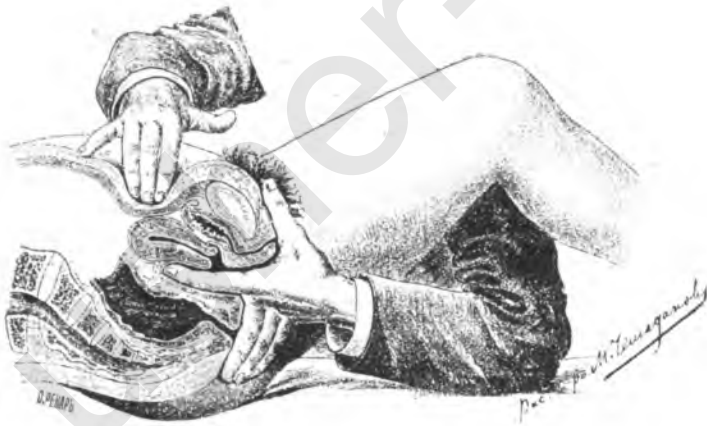


Рис. 89. Массажъ матки.

Техника. Указательный палецъ одной руки вводится въ тотъ или другой сводъ, смотря по надобности; другая рука достигаетъ матки черезъ брюшныя покровы. Обхвативъ матку съ обѣихъ сторонъ, внутренній палецъ фиксируетъ ее, а пальцы наружной руки кругообразными движеніями производятъ треніе матки черезъ брюшныя покровы. (Рис. 89).

Массажъ производится или слабо, или сильнѣй, смотря по надобности. Если, напр. нужно вызвать сокращеніе матки и ея сосудовъ, то массажъ производится слабо и не долго, пока матка сократится и получится подъ рукой плотное тѣло.

Для этого обыкновенно нужно минутъ пять или немного болѣе. Если же напр. нужно ускорить всасываніе, или уменьшить гипертрофированную шейку, то массажъ производится въ формѣ размипанія, особенно въ послѣднемъ случаѣ, и требуетъ какъ большей силы, такъ и продолжительности — минутъ десять, пятнадцать и болѣе.

Если напр. матка находится, какъ это часто встрѣчается, въ ретроверсіи, и не можетъ быть переведена въ антеверсію вслѣдствіе приращеній, тогда внутренней палецъ помѣщается на заднюю поверхность матки, а другая рука массируетъ черезъ брюшные покровы переднюю и боковыя поверхности матки.

Массажъ при эксудатахъ, конечно не гнойныхъ, необходимо начинать всегда съ периферическихъ частей большого органа и постепенно переходить къ центральной части. Въ этихъ случаяхъ слѣдуетъ начинать массажъ слабыми потираніями черезъ брюшные покровы и осторожно переходить къ болѣе сильному тренію, причѣмъ внутренней палецъ только фиксируетъ массируемыя части.

Вообще сила и продолжительность гинекологическаго массажа должны всегда только отвѣчать каждому отдѣльному случаю.

Подниманіе матки.

Показанія: ослабленіе связочнаго аппарата матки, *descensus et prolapsus uteri et vaginae, retroversio, retroflexio.*

Противопоказанія: беременность, параметритъ, острый периметритъ, острое воспалительное заболѣваніе матки и ея придатковъ.

Передъ подниманіемъ, матка должна находиться въ антеверсіи.

Больная лежитъ на спицѣ, на кушеткѣ съ приподнятымъ изголовьемъ. Кушетка должна быть безъ пружинъ и на столько низка, чтобъ можно было свободно встать на нее колѣннмъ. Ноги больной согнуты въ колѣннмъ и тазобедреннмъ сочлененіяхъ, колѣна разведены, а бедра близко приведены къ животу.

Техника. Подниманіе матки производится однимъ, или двумя лицами. Если животъ не жиренъ и стѣнки его уступчивы, то не трудно поднимать матку одному. Для этого указательный палецъ ставится на переднюю стѣнку влагалищной части, а три пальца другой руки (указат. средній и безымянный) проникаютъ черезъ брюшные покровы за дно матки на переднюю ея поверхность и такимъ образомъ обѣ руки вмѣстѣ поднимаютъ матку. Концы пальцевъ наружной руки лежатъ на животѣ ладонной поверхностью и обращены къ *symphysis pubis*.

Подниманіе матки вдвоемъ производится такъ: врачъ садится сбоку больной у ея ногъ, вводитъ указательный палецъ во влагалище и ставитъ его на переднюю стѣнку влагалищной части до наибольшей глубины передняго свода, отѣсняетъ влагалищную часть кверху и кзади по направленію къ *promontorium*, для того чтобы дно матки подалось болѣе впередъ и вверхъ, а ладонной поверхностью пальцевъ другой руки (пальцы лежатъ на животѣ такъ же, какъ въ предыдущемъ случаѣ) проникаетъ черезъ брюшные покровы въ полость малаго таза, гдѣ и отыскиваетъ матку. Ассистентъ становится между колѣнъ больной, однимъ колѣннмъ на кушетку, а другая нога стоитъ на полу. Туловище и голова ассис



Рис. 90. Подниманіе матки.

тента наклонены впередъ къ лицу больной. Затѣмъ онъ кладетъ кисти обѣихъ рукъ (въ супинаціи) на hypogastrium и прижавъ ихъ къ рукѣ товарища, лежащей на животѣ и указывающей, гдѣ находится матка, проникаетъ въ глубь таза, пока не почувствуетъ тамъ пальца своего товарища. Далѣе ассистентъ сгибаетъ двѣ послѣднія фаланги пальцевъ и захватываетъ ими матку. Какъ только это удалось, врачъ снимаетъ свою руку съ живота больной, а ассистентъ осторожно начинаетъ поднимать матку. Поднявъ ее до половины крестца, или до promontorium, и подержавъ въ такомъ положеніи секунды четыре—пять, ассистентъ осторожно опускаетъ матку и она ложится на палецъ товарища, находящійся во влагалищѣ, который ясно чувствуетъ всякій разъ, какъ матка уходитъ вверхъ изъ подъ пальца при подниманіи ея и какъ она возвращается назадъ при опусканіи (рис. 90).

Короче сказать: задача подниманія матки состоитъ въ томъ, чтобы ассистенту удалось концами своихъ пальцевъ захватить матку съ боковъ. Для этого-то врачъ предварительно per vaginam приподнимаетъ матку, а другой рукой чрезъ брюшныя покровы фиксируетъ приподнятую матку. А ассистентъ отыскиваетъ фиксированную матку и поднимаетъ ее.

Такъ повторяютъ подниманіе съ маленькими промежутками три, четыре раза.

Послѣ подниманія больная лежитъ съ полчаса на животѣ, или минутъ десять, пятнадцать въ колѣнно-локтевомъ положеніи, чтобъ матка подольше сохранила данную ей антеверсію.

Передъ подниманіемъ матки, полезно ее промассировать; отъ этого она станетъ плотнѣй и удобнѣй достижима чрезъ брюшныя стѣнки, да и брюшныя

стѣнки отъ массажа станутъ уступчивѣе. Передъ подниманіемъ мочевого пузыря, gestum должны быть опорожнены. Отыскиваніемъ и подниманіемъ матки отнюдь не должно причинять сильной боли. Конечно, хорошо, если кто попрактикуется въ этомъ на трупѣ.

Предосторожности при массажѣ.

Массажъ принадлежитъ къ средствамъ безвреднымъ, но требуетъ извѣстной осторожности, какъ со стороны врача, такъ и больной. Массажъ иногда немного болѣзненъ, но во всякомъ случаѣ онъ не долженъ возбуждать сильныхъ болей. Когда это встрѣчается, то ясно, что случай не подобранъ для массажа вполне точно и потому слѣдуетъ вначалѣ подготовить больную и тогда снова начинать массажъ. Иногда предварительная электризація матки и ея придатковъ, иногда лѣченіе ихтіоломъ, иногда ванны, полуванны, настойчивое употребленіе горячихъ спринцеваній и опорожненіе кишечнаго канала всегда почти облегчаютъ послѣдовательное приложеніе массажа. Кромѣ того врачъ долженъ объяснить больной, что массажъ есть средство безвредное, что онъ есть ничто иное, какъ внутренняя гимнастика, но требуетъ нѣкоторыхъ предосторожностей: такъ, долженъ быть воспрещенъ coitus, по крайней мѣрѣ въ дни, назначенные для массажа; далѣе должны быть воспрещены поднятіе и передвиженіе тяжести, сильныя движенія и т. д. Иногда въ первое время приложенія массажа могутъ усиливаться бѣли и показаться кровь (при рыхлыхъ и большихъ маткахъ), но никогда не должно быть отъ массажа сильныхъ болей, тошноты, рвоты, въ особенности лихорадочнаго состоянія. Чтобы избѣжать этого, помимо точнаго опредѣленія болѣзни, необходимо знакомство съ индивидуальностью больной, а во время приложенія массажа врачъ долженъ справляться объ ощущеніяхъ больной и слѣдить за выраженіемъ ея лица. Словомъ: самочувствіе больной должно служить критеріемъ силы и продолжительности массажа. Все это рѣшительно необходимо, потому что лѣченіе массажемъ принадлежитъ къ продолжительнымъ и повторнымъ и требуетъ терпѣливости и самообладанія какъ со стороны больной, такъ и врача.

Гимнастическія упражненія.

Похлопываніе крестцовой и поясничной областей.

Показуется главнымъ образомъ при descensus и prolapsus uteri. Производится обѣими руками, сложенными слегка въ кулакъ, мышцами возвышенія мизинца (Hurothenag) приблизительно минутъ 5—8. Больная стоитъ, опершись руками о спинку стула, туловище немного наклонено впередъ. Такая манипуляція заставляеть сокращаться M. levatorem ani.

Упражненіе аддукторовъ бедра съ противодѣйствіемъ.

Показуется при descensus et prolapsus uteri et vaginae. Больная лежитъ на спинѣ, на кровати или кушеткѣ, ноги согнуты въ колѣняхъ и тазобедренномъ сочлененіи и плотно прижаты другъ къ другу, подошвы лежатъ на кушеткѣ, тазъ приподнять, руки подложены подъ крестецъ. Врачъ или гимнастъ садится сбоку около колѣни больной, обхватываетъ ихъ и начинаетъ разводить, а больная противодѣйствуетъ. Когда колѣни разведены до положенія, въ которомъ производится обыкновенное гинекологическое изслѣдованіе, больная начинаетъ сближать колѣни, а гимнастъ противодѣйствуетъ. Упражненіе повторяется столько разъ, пока больная утомится. При этомъ упражненіи необходимо сообразоваться съ силами больной, — не заставлять ее напрягаться черезъ силу.

Втягиваніе отверстія задняго прохода.

Показуется при descensus, prolapsus uteri et vaginae для упражненія M. levatoris ani. Больная лежитъ на спинѣ, на кровати или кушеткѣ, ноги вытянуты и крѣпко сомкнуты, или вытянутыя ноги положены одна на другую и плотно сжаты въ бедрахъ (при такомъ положеніи ногъ работаютъ аддукторы бедра). Крестецъ приподнять. Въ такомъ положеніи больная старается какъ бы задержать дефекацію, для чего она должна необходимо втянуть заднепроходное отверстіе, т.-е. сократить sphincter et levator ani. Упражненіе повторяется приблизительно разъ 15—20 съ отдыхомъ и дѣлается два раза въ день: утромъ въ постели и вечеромъ ложась въ постель. Руки, какъ при этомъ упражненіи, такъ и въ предыдущемъ подкладываются подъ крестецъ.

Упражненіе тазовыхъ мышцъ.

Показуется при descensus et prolapsus uteri. Больная, сидя на кончикѣ стула съ вытянутыми и плотно сомкнутыми ногами, поднимаетъ ихъ выше горизонтальной линіи, сгибая ноги въ тазобедренномъ сочлененіи. Руки опираются на стулъ.

Колѣнно-локтевое положеніе.

Показуется при ретроверсії, ретрофлексіи, съ приращеніями и безъ нихъ, при descensus и prolapsus uteri и послѣ подниманія матки. Больная лежитъ на кровати или кушеткѣ на колѣняхъ, опираясь на локти, тазъ вслѣдствіе такого положенія поднять. При такомъ положеніи матка, находясь въ ретроверсії безъ приращеній, выходитъ изъ крестцовой впадины, если же существуютъ сращенія, то матка, стремясь въ переднюю половину таза, растягиваетъ ихъ. Упражненіе повторяется два раза въ день — утромъ и вечеромъ минутъ по десяти, пятнадцати.

Кромѣ вышеописанныхъ приѣмовъ массажа и гимнастики, нерѣдко примѣняется еще массажъ живота, а иногда и общій массажъ всего тѣла.

Лѣченіе массажемъ и гимнастикой нисколько не противопоказуетъ лѣченіе электричествомъ и водой. Такъ напр., если у больной — *parametritis exsudativa* плюсъ атонія кишекъ и плюсъ ожирѣніе, то приложеніе грязевыхъ ваннъ массажа и электричества составляетъ наиболее вѣрный и быстрый способъ лѣченія.

ГЛАВА VIII.

Электричество.

Въ гинекологической практикѣ электричество прилагается въ формѣ постоянного и индуктивнаго тока, причемъ постоянный токъ прилагается или въ формѣ электропунктуры, или въ формѣ гальванокаутера. Для приложенія электричества необходимо имѣть:

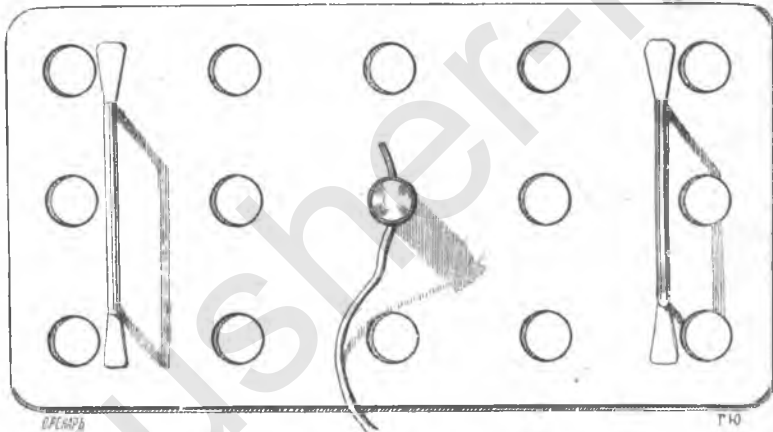


Рис. 91 Электродъ въ видѣ дырчатой пластинки.

1) Машину, состоящую изъ 30-ти элементовъ Лекланше и 4-хъ элементовъ для индуктивнаго тока; но для высокихъ дозъ этого недостаточно, и количество элементовъ, необходимое въ этомъ случаѣ, должно доходить до 48 ми. Элементы должны быть свѣже-заряженные, ибо не такъ важны дозы электричества, какъ опасно внезапное прерываніе.

Нереносныя машины съ постояннымъ и индуктивнымъ токами можно получить у Геффе въ Парижѣ.

2) Гальванометръ Геффе, для малыхъ и среднихъ дозъ — горизонтальный, для высокихъ дозъ (свыше 250-ти милліамперъ) — вертикальный.

3) Проводники, тщательно просмотрѣнные, чтобы нигдѣ изоляція не была нарушена.



Рис. 92. Электродъ въ видѣ зонда для внутриматочной электризаціи.

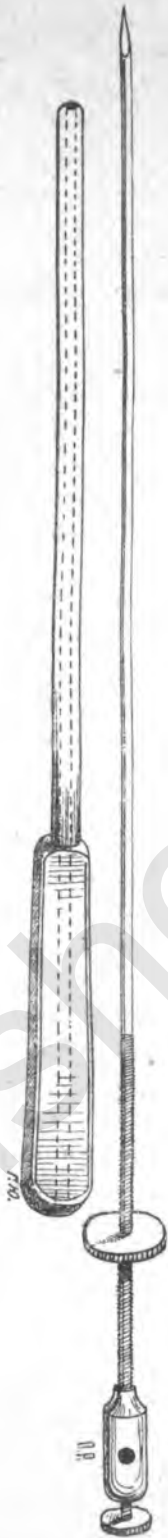


Рис. 93. Труакаръ для электропунктуры и полая трубка къ нему.

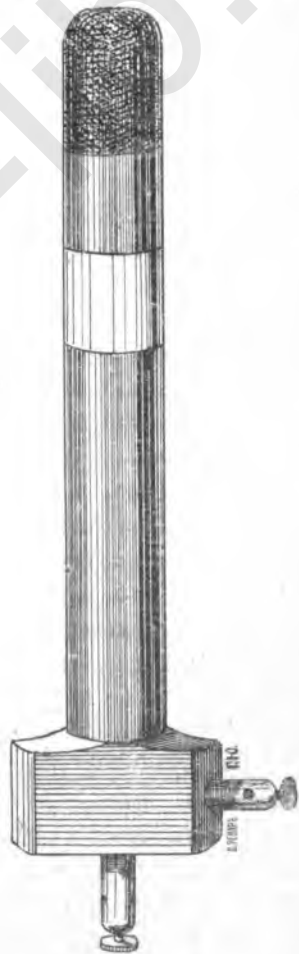


Рис. 94. Влагалищный электродъ.

4) Электроды внѣшніе плоскіе, цѣльные или дырчатые, разнобразной формы, (рис. 91), и внутренніе. Къ внутреннимъ относятся зонды — или весь платиновый (рис. 92), или съ платиновымъ концомъ мѣдный; цинковый или мѣдный, если желаютъ дѣйствовать помимо электричества еще химической реакціей; кромѣ того — биполярные: влагалищные (рис. 94) и внутриматочные.

5) Электрическія иглы и труакары — стальные и золотые (рис. 93).

6) Пластинки изъ глины обыкновенной скульпторной, толщиной въ $\frac{3}{4}$ дм., величиною соответственно электродамъ.

7) Соленая вода.

Приложеніе электричества на больной должно быть совершаемо при строго антисептическихъ условіяхъ. Больныя послѣ приложенія электричества должны отдыхать отъ $\frac{1}{2}$ часа до нѣсколькихъ часовъ, смотря по степени впечатлительности больной и по силѣ приложенія. Электрокаутеризація свыше 150-ти миллиамперъ и уколы свыше 30-ти миллиамперъ прилагаются только къ стационарнымъ больнымъ.

Наркозъ употребляется при электризаціи свыше 250-ти миллиамперъ, при уколѣ положительнымъ полюсомъ свыше 100 МА., отрицательнымъ — свыше 70-ти. Въ этихъ условіяхъ предварительное очищеніе кишечнаго канала необходимо.

Для проведенія антисептики необходимо промывать влагалище сулемой, зонды прокалывать, а передъ употребленіемъ смачивать въ эфирѣ съ іодоформомъ. Глина употребляется для того, чтобы защитить кожу отъ обжоговъ, а если влагалищный электродъ употребляется въ формѣ зонда, то для избѣжанія обжога конецъ его обертывается кускомъ намоченной ваты. Образованіе эшеровъ на стѣнкахъ влагалища, въ особенности сводахъ, всегда должно разсматривать, какъ непріятное и опасное осложненіе, ибо они могутъ служить входными отверстіями для всасыванія септическихъ и гнилостныхъ началъ; и потому при эшерахъ во влагалищѣ электризацію должно прекратить и постараться излѣчить изъязвленія.

Столъ, постель, гинекологическое кресло одинаково пригодны для приложенія электричества; но если прилагаются высокія дозы, въ особенности съ наркозомъ, необходимы помощники. Для правильного, успѣшнаго и безопаснаго приложенія электричества каждый разъ машина и инструменты должны быть тщательно осмотрѣны и введеніе новыхъ элементовъ при помощи горизонтальнаго круга должно быть совершаемо безъ толчковъ и все время слѣдя за выраженіемъ лица больной; при малѣйшемъ измѣненіи чертъ лица введеніе новыхъ элементовъ должно быть пріостановлено. При приложеніи электричества въ случаяхъ г. extuter. и вообще въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ можно опасаться разрыва мѣшка, все необходимое для лапаротоміи должно быть приготовлено.

Электричество обладаетъ слѣдующими свойствами: болеутоляющимъ, разсасывающимъ, прижигающимъ; оно дѣйствуетъ мѣстно и обще; эффекты электричества измѣняются мѣстными измѣненіями и самочувствіемъ больной. Положительный полюсъ производитъ сухую эшеру, онъ обладаетъ болеутоляющимъ свойствомъ и антисептическимъ, на немъ скопляется кислородъ и кислота. Отсюда его дѣйствіе мѣстное кровеостанавливающее; въ маткѣ вызываетъ сокращенія незначительныя, но продолжительныя; подлежащія трани становятся вокругъ него плот-

нѣе. Отрицательный полюсъ производитъ размягченіе до студенистости; эшера мягкая, въ первое время легко отдѣляющаяся отъ подлежащихъ тканей, что вызываетъ обнаженіе сосудовъ и кровотеченіе; вызываетъ сильное сокращеніе матки, — такъ сказать, остраго характера; поэтому онъ вызываетъ боль, и скопленіе на немъ водорода и щелочей служить разжигающимъ агентомъ. Послѣдовательно за его приложеніемъ происходитъ отекъ подлежащихъ тканей, который держится не одинаковое время отъ нѣсколькихъ часовъ до нѣсколькихъ дней и исчезаетъ, а ткань послѣ такого исчезновенія становится плотнѣе; слѣдовательно полюсъ обладаетъ большими рассасывающими свойствами; приложеніе его на язвенныя и обнаженныя поверхности опасно въ отношеніи большой возможности заразить большую септическими и гнилостными началами. Положительный и отрицательный полюсы, въ среднемъ итогѣ, для проявленія эффекта требуютъ 5 минутъ.

Индуктивный токъ прилагается въ формѣ первичной и вторичной спирали; первичная спираль имѣетъ свойство сокращающаго агента, а вторичная рассасывающаго и болеутоляющаго; поэтому вторичная спираль прилагается чаще и почти исключительно.

Индуктивный токъ почти не производитъ эшеры и въ силу безболѣзненности переносится больными легче; для проявленія эффекта требуетъ отъ 10 до 30 минутъ. Постоянный токъ прилагается черезъ день, въ особенности если онъ внутриматочный, или два раза въ недѣлю, и такъ какъ мы не знаемъ, когда струнъ, отпадаетъ, то при повторномъ приложеніи можетъ быть слабое или сильное кровотеченіе. Общее правило: чѣмъ выше дозы, тѣмъ рѣже приложенія, а высокія дозы электрическаго укола должны прилагаться не чаще раза въ недѣлю. Кромѣ того, при назначеніи формы электричества, частоты и силы его руководствуются въ огромномъ большинствѣ случаевъ самочувствіемъ больной.

Общія показанія для приложенія электричества: воспаления подострыя и хроническія, смѣщенія, новообразованія и сращенія. *Общія противопоказанія:* маточная беременность, острыя воспаления и идіосинкразія. Порокъ сердца не служитъ противопоказаніемъ.

1) При *pruritus vulvae et vaginae*, *vaginismus*, *hyperaesthesia*, *dyspareunia*, *diuresis*, *incontinentia urinae*, происходящей отъ отека, гипертрофій и хроническаго воспаления уретры, показуется биполярный индуктивный, вторичная спираль, ежедневно отъ 15 до 30 минутъ. При *sosygodunia* или постоянный $+$ на копчикъ, — во влагалище, или индуктивный II копчико-влагалищный.

2) При экссудатъ и крововизліяніяхъ въ клѣтчатку (*parametritis*, *pelveocellulitis*, *haematoma*) въ стадіи индуративной безъ нагноенія II влагалищно-брюшной индуктивный или постоянный; если при этомъ *amenorrhoea*, то — во влагалище, $+$ на животъ, въ присутствіи же регулъ $+$ влагалище, — животъ. Если процессъ идетъ медленно, то для большаго рассасыванія электрической уколъ отъ 30—50 МА $+$ или $-$, смотря потому, ходятъ регулы или нѣтъ. Въ случаѣ появленія лихорадочнаго состоянія или обостренія процесса, — прекращеніе электризаціи. Для болѣе успѣшнаго рассасыванія, передъ электрическимъ сеансомъ должно втирать 10% глицеринохитоловый растворъ въ соответствующій сводъ.

3) При *dysmenorrhoea*—постоянный токъ; если *dysmenorrhoea* соединена съ

menstruatio parva et rara, то — въ шейный каналъ, + на животъ 25—35 МА ежедневно за нѣсколько дней до менструаціи. При *menstruatio obstructiva (stenosis colli uteri)* — шеечнобрюшной.

4) При *amenorrhoea*, въ особенности хлоротического происхожденія, при *menstr. rara et parva* лѣчение постояннымъ токомъ — въ матку + на животъ, а въ промежуткахъ индуктивный биполярный влагалищный или внутриматочный, количество МА 45—40. При *dysmenorrhoea membranacea* постоянный токъ + въ матку — на животъ 50—100 МА.

5) При *endometritis haemorrhagica (menorrhagia, metrorrhagia)* и катарральныхъ эндометритахъ постоянный маточно-брюшной + матка — животъ отъ 50—250 МА; такъ же и при *metritis chronica*, а въ періоды ремиссій и въ стадіи склероза (*menstruatio parva*) — въ матку + на животъ. Въ обоихъ случаяхъ можно употреблять, помимо платиноваго зонда, мѣдный или цинковый, а при подозрѣніяхъ на бленорройное происхожденіе — густое смазываніе іодоформенной эмульсіей или *tin-ctura iodi* съ глицериномъ или съ ихтиоломъ.

6) При врожденныхъ и приобретенныхъ ретроверсіяхъ и ретрофлексіяхъ безъ приращеній въ началѣ индуктивный или биполярный, или влагалищно брюшной (одинъ день первичную, другой день вторичную спираль), и потомъ, черезъ 7—10 сеансовъ, постоянный маточно-брюшной, + матка — животъ.

7) При сальпинго оофоритахъ не гнойныхъ съ сращеніями или безъ оныхъ въ началѣ лѣченія влагалищно-брюшной + въ задній сводъ — на животъ, потомъ маточно-брюшной отъ 35 до 45 МА. Въ случаѣ стараго происхожденія съ приращеніями, съ сильными менструальными и интерменструальными болями, съ присутствіемъ трубныхъ коликъ, съ сдавленіемъ сосѣднихъ нервовъ (сѣдалищныхъ, тазовыхъ, бедряныхъ) электрической уколъ + въ соответствующій сводъ — на животъ. Иногда дозы должны быть очень высокія отъ 500—800 МА.

При *hydrosalpinx, salpingitis profluens*, маточно-брюшной постоянный отъ 30—50 МА.; въ случаѣ же *hydrosalpinx* или *haematosalpinx*, когда кровь свернулась, электрической уколъ + въ сводъ влагалища — на животъ отъ 35—250 МА.

8) При фиброміомахъ лѣчение электричествомъ можетъ быть направлено: 1) на симптомы, бѣли, кровотеченіе и боли, 2) на улучшеніе самочувствія и правильной функціи кишечнаго канала, 3) на увеличеніе подвижности опухоли, 4) на остановку роста, 5) на уменьшеніе опухоли. *Общая замѣчанія.* Единичныя фиброміомы, не осложненныя приращеніями, не перерожденныя, могутъ уменьшиться до значительной величины, такъ что изъ брюшной опухоли становятся тазовой, изъ интерстиціальной — подсерозной или подслизистой, и въ послѣднемъ случаѣ могутъ перейти въ фиброзный полипъ. Этого можно достигнуть при приложеніи маточно-брюшного постоянного тока, количество МА. 60—250, + въ матку — на животъ; время — нѣсколько мѣсяцевъ лѣченія. Фиброміому единичную подсерозную или интралигаментарную можно уменьшить до значительныхъ размѣровъ при помощи электрическихъ уколовъ: при эластичныхъ плотныхъ и полумягкихъ + черезъ влагалище — на животъ, 200 — 800 МА. Въ случаѣ же твердыхъ фиброидовъ — въ опухоль + на животъ. Точно такими-же способами, благодаря-ли уменьшенію опухоли или рассасыванію сращеній или разрыхленію капсулы, фиброиды и

фибромы дѣлаются подвижными; это положеніе всецѣло подтверждено многими случаями послѣдовательныхъ лапаротомій. Но такъ какъ новообразованія эти принадлежатъ болѣею частью къ множественнымъ, могутъ находиться въ стадіяхъ различнаго рода перерожденій, могутъ быть сращены со многими другими тканями и органами, могутъ быть осложнены глубокими измѣненіями въ эндометріи, въ периметріи, въ придаткахъ матки, включительно до гнойнаго содержимаго въ трубахъ и яичникахъ, то приложеніе электричества иногда совершенно невозможно или дѣйствуетъ только симптоматически. Вотъ почему въ огромномъ большинствѣ случаевъ лѣчение ограничивается только лѣченіемъ кровотеченій, успокоиваніемъ болѣе и побочнымъ вліяніемъ на пищеварительный аппаратъ, на общее самочувствіе (бодрость духа и хорошій сонъ).

Ноявленіе, при строгой антисептической обстановкѣ, симптомовъ септицеміи и піеміи можетъ быть объяснено гнойными осложнениями или въ брюшинѣ, или въ самой фибромѣ; иногда-же это можетъ быть объяснено прямымъ дѣйствіемъ вліянія электродовъ на внутреннюю поверхность матки: положительный полюсъ образуетъ эшеру на эндометріи, тѣмъ самымъ даетъ возможность всасыванія продуктовъ эндометрита, подчасъ гнойнаго, или, прожигая глубже, возбуждаетъ воспаленіе гнойнаго характера въ капсулѣ, производя этимъ некротическій процессъ въ существѣ матки, и результатомъ этого можетъ быть піемія и рожденіе фиброміомы. Электричество, возбуждая маточныя сокращенія, возбуждаетъ сокращенія и въ трубахъ, а трубы часто бываютъ поражены и присутствіе сальпингитовъ составляетъ правило; отсюда возможно прямое излітіе секретовъ въ полость брюшины. Вышесказанными данными, т. е. измѣненіями въ трубахъ, легко объясняются неудачи электричества при лѣченіи кровотеченій при фиброміомахъ. Но кромѣ того полость можетъ быть извита и расширена, такъ что приложеніе электродовъ не распространяется на всю полость и ограничивается частью ея. Въ этихъ случаяхъ кровотеченіе при приложеніи электричества составляетъ обычное правило большія твердо убѣждены, что электричество вызвало кровотеченіе.

Такимъ образомъ электричество при лѣченіи фиброміомъ матки по болѣею части является лѣченіемъ симптоматическимъ, хотя гдѣ существуетъ жизненное противопоказаніе для операціи, тамъ оно является единственнымъ. Должно отмѣтить что иногда электричество надолго и послѣ своего приложенія останавливаетъ ростъ опухоли: я знаю болѣныхъ, у которыхъ уже 8 лѣтъ фиброміома остается въ томъ уменьшенномъ видѣ, котораго достигли лѣченіемъ электричествомъ. Этимъ самымъ устраняется всякое сомнѣніе относительно благотѣльнаго вліянія электричества при лѣченіи фиброміомъ.

9) При сращеніи задней поверхности матки (*perimetritis posterior adhaesiva*) постоянный влагалищно-брюшной токъ $+$ влагалище—на животъ; индуктивный II влагалищно-брюшной, понижая чувствительность и сокращая матку, позволяетъ употребить болѣе настойчивый массажъ.

10) При *grav. extraut. tubaria* до 3-хъ мѣсяцевъ лѣчение постояннымъ токкомъ должно начинать прямо съ угла $+$ въ влагалищный сводъ — на животъ, дозы 100—600 МА. Такіе уколы можно повторять еженедѣльно, а въ промежуткахъ постоянный токъ влагалищно-брюшной; послѣ употребленія электрическихъ

уколовъ высокими дозами можно въ 1—2 сеанса убить жизнь плода и продолжая настойчиво электрическіе уколы можно разсосать плаценту. Двумя случаями *gr. extr.*, оконченныхъ лапаротоміями, этотъ фактъ всецѣло подтвержденъ. Въ одномъ случаѣ плодъ былъ шести мѣсяцевъ, а плацента была не найдена; въ другомъ случаѣ плодъ былъ 4-хъ мѣсяцевъ, а отъ плаценты остались остатки. Ни въ одномъ случаѣ приложеніе электричества не вызвало разрыва мѣшка. Есть больныя, у которыхъ наступила послѣ этого маточная беременность.

11) При *haematocoele* въ хроническомъ состояніи постоянный токъ при неясной флюктуации, при большомъ количествѣ можетъ быть употребленъ въ видѣ влагалищно-брюшного и въ промежуткахъ индуктивный влагалищно-брюшной (день постоянный, день индуктивный), а если это мало дѣйствительно, то должно прибѣгнуть къ электропунктурѣ. Если желаютъ сдѣлать проколъ, то его можно совершить черезъ задній сводъ при помощи электропунктуры. Если онъ произведенъ положительнымъ полюсомъ, то необыкновенно асептиченъ.

12) При *descensus ovarii* индуктивный влагалищно-брюшной и влагалищный биполярный.

13) При невральгіяхъ и оофоральгіяхъ или постоянный влагалищно-брюшной или индуктивный пояснично-влагалищный, а при распространеніи боли въ поясницу, въ крестецъ, индуктивный влагалищно-поясничный и промежностно-поясничный.

14) Совмѣстная электризація брюшной полости или соединенная съ электрическимъ массажемъ во многихъ случаяхъ чрезвычайно полезна. Кишечныя, почечныя, желчныя колики и кардіальгіи въ нѣкоторыхъ случаяхъ рѣшительно уступаютъ таковому лѣченью.

15) При тошнотѣ и неукротимой рвотѣ беременныхъ употребленіе постоянного тока въ количествѣ 5-ти элементовъ: одинъ электродъ на внутреннюю поверхность лѣваго *m-li sterno-cleido-mastoid.*, а другой въ подложечную область, на глазахъ останавливаетъ тошноту и рвоту и даетъ возможность употребленія литія и пищи во время элетрическаго сеанса.

Отсюда видно, что приложеніе электричества въ гинекологіи чрезвычайно разнообразно и составляетъ рѣшительную необходимость.

Г Л А В А IX.

Новое кровеостанавливающее средство—парь.

Въ 1892 г. въ Гинекологическую клинику Императорскаго Московскаго Университета поступила больная съ опухолью въ животѣ. Опухоль была величиною съ голову взрослого человѣка, занимала пупочную область и легко двигалась въ поперечномъ направленіи, а также вверхъ и внизъ, короче сказать, опухоль была весьма подвижная, эластичная, гладкая, безболѣзненная; опредѣлить источникъ происхожденія опухоли было весьма затруднительно. При движеніи боль-

ной, опухоль легко смѣщалась и каждый разъ вызывала боли, въ силу чего больная требовала удаленія опухоли, что вскорѣ и было исполнено. При операциі обнаружилось, что опухоль эта была ничто иное, какъ эхинококкъ печени, который помѣщался въ лѣвой долѣ, причемъ послѣдняя служила какъ бы ножкой, была нѣсколько вытянута и ширина ея была равна приблизительно 4 поперечнымъ пальцамъ. Въ виду этихъ обстоятельствъ, я рѣшился удалить весь мѣшокъ и началъ отдѣлять его отъ паренхимы печени при помощи каленаго желѣза (красное каленіе). Несмотря на настойчивое и продолжительное употребленіе каленаго желѣза, кровотеченіе изъ печени не могло быть остановлено, и я воспользовался сальникомъ, которымъ затампонировалъ рану печени, чѣмъ и удалось пріостановить кровотеченіе. Больная безъ всякихъ осложнений выздоровѣла.

Хотя случай окончился и успѣшно, но на меня произвелъ глубокое впечатлѣніе безпомощности въ смыслѣ остановленія кровотеченія изъ печени.

Просматривая современную литературу относительно методовъ остановленія кровотеченія изъ печени, я убѣдился, что всѣ хирурги, имѣвшіе дѣло съ остановленіемъ кровотеченія изъ печени, испытывали это грустное и безотрадное чувство: швы не помогали, они прорѣзывались, и даже недавно предложенный съ этою цѣлью матрасный шовъ не вездѣ (какъ напримѣръ въ толстыхъ мѣстахъ печени) можетъ помочь данной цѣли. Большинство хирурговъ искало спасенія въ каленомъ желѣзѣ; но и оно не достигало цѣли, и потому по большей части останавливали кровь при помощи каленаго желѣза + тампонація изъ марли. Въ силу этого я рѣшился примѣнить одно кровеостанавливающее средство, давно уже мнѣ лично извѣстное какъ таковое — именно паръ.

Лѣтъ 8 или 9 тому назадъ я началъ употреблять паръ, какъ средство прижигающее и кровеостанавливающее въ маточной терапіи. Опишу вкратцѣ этотъ методъ, какъ онъ прилагался тогда и теперь.

Послѣ предварительнаго расширенія матки (должно замѣтить безъ хлороформа) и съ выскабливаніемъ (abrasio) или безъ него вводится въ полость матки рѣшетчато-окончатый катетеръ, (рис. 95) въ просвѣтъ котораго вставляется тонкая, полая металлическая трубочка, сообщающаяся съ паровикомъ (рис. 96), при чемъ паръ выходящій изъ него имѣетъ приблизительно 100°. Достаточно паръ пустить на $\frac{1}{2}$ или одну минуту, какъ тотчасъ проявится его прижигающее и кровеостанавливающее свойство, что видно изъ того, что изъ первой трубки начинаетъ вытекать темная жидкость, напоминающая собой крѣпкій вареный бульонъ.

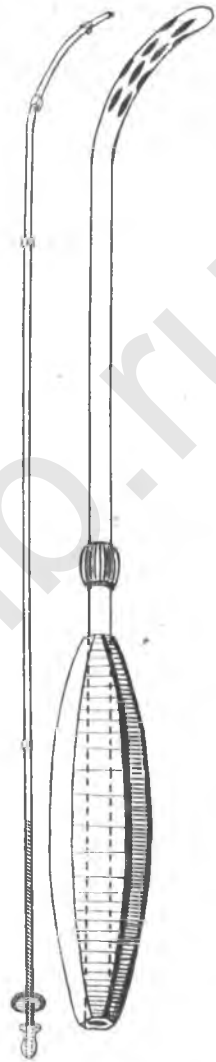


Рис. 95. Окончатый катетеръ и вставляемая въ него трубка для пропусканія пара.

Больная не испытывает боли и не отмѣчаетъ момента дѣйствія пара.

Что дѣлается въ полости матки?

На вырѣзанной маткѣ (у женщинъ) тотчасъ послѣ вапоризаціи вся слизистая оболочка полости матки послѣ минутнаго дѣйствія пара представляется поверхностно свареной, внутренняя поверхность матки какъ бы покрыта бѣловатою, тонкою, бѣлочною пленкою.

Если былъ запахъ въ силу распада, то запахъ исчезаетъ. Если внутренняя поверхность матки была чувствительна, то чувствительность исчезаетъ. Отсюда свойство пара очевидно: онъ свариваетъ, кровоостанавливаетъ, уничтожаетъ запахъ и уменьшаетъ чувствительность; если прибавить къ этому его идеальныя асептическія свойства, то цѣнность такового агента становится понятной.

Вотъ что я зналъ уже давно и что испыталъ на больныхъ въ Басманной, Старо-Екатерининской больницахъ, въ клиникѣ и въ Алексинской земской больницѣ. Но что я теперь узналъ о парѣ, заставляетъ меня думать, что это средство, — какъ кровоостанавливающее, асептическое, — займетъ весьма цѣнное мѣсто въ медицинской практикѣ.

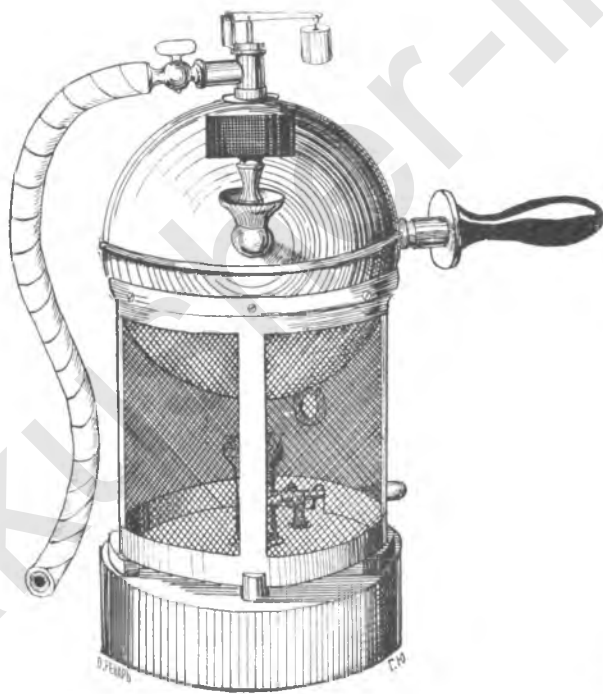


Рис. 96. Паровикъ, употребляемый при маточной вапоризаціи.

Какъ уже было сказано, не найдя въ литературѣ вѣрнаго средства для остановленія кровотока изъ печени, я рѣшился примѣнить паръ. Съ этою цѣлью мною были заказаны фирмѣ Разумова соотвѣтствующіе инструменты (рис.

97 и 96) и я съ ординаторомъ гинекологической клиники докторомъ Благоволинымъ рѣшился провѣрить экспериментальнымъ путемъ на животныхъ паръ — какъ кровоостанавливающее средство.

Вотъ что мы добыли:

- 1) можно удалять изъ печени желаемые куски безъ всякой потери крови; животные живутъ и переживаютъ;
- 2) можно удалять какія угодно части селезенки безъ потери крови;
- 3) можно вырѣзывать цѣлыя доли легкаго безъ потери крови;
- 4) также на почкахъ;
- 5) также до нѣкоторой степени и на головномъ мозгу;
- 6) возможно остановленіе кровотеченія изъ костей, изъ ихъ губчатого вещества;
- 7) костный мозгъ сваривается и восстановленіе кости идетъ правильно;
- 8) можно отнимать почти весь рогъ матки у собаки безъ потери крови;
- 9) *arteria femoralis* собаки перерѣзанная поперечно или продольно не кровоточитъ при дѣйствіи пара;
- 10) кожное, мышечное кровотеченіе останавливается моментально.

11) и раны послѣ примѣненія пара заживаютъ *per primam intentionem*. Это послѣднее обстоятельство добыто не только на животныхъ, но и на массѣ оперативныхъ пособій на человѣкѣ, включая и *laparotomiam*.

Эти опыты убѣдили насъ, что мы можемъ полученныя данныя перенести и на человѣка, и прошлымъ лѣтомъ въ Алексинской земской больницѣ мы съ успѣхомъ прилагали паръ, какъ кровоостанавливающее средство при слѣдующихъ операціяхъ:

- 1) въ 5 случаяхъ резекціи колѣна безъ предварительнаго жгута, безъ употребленія хотя бы одной лигатуры и безъ употребленія защемяющихъ пинцетовъ;
- 2) экстирпація раково-перерожденной матнае при таковыхъ же условіяхъ;
- 3) при удаленіи мѣшеччатыхъ, жировыхъ и раковыхъ опухолей на кожныхъ покровахъ;
- 4) при ампутаціи матки;
- 5) при фибротоміяхъ для остановленія кровотеченія изъ культи и вапоризаціи шейнаго канала;
- 6) при резекціи костей и вылушеніи секвестровъ;



Рис. 97. Наконечники для выпуска паръ разной формы и величины.



7) при абсцессахъ съ цѣлью уничтоженія запаха и для заращенія полости абсцесса;

8) при синуозныхъ и свищевыхъ ходахъ (въ особенности туберкулезнаго характера).

Въ виду всего этого нѣтъ больше никакого сомнѣнія, что за паромъ должно признать высокое кровеостанавливающее и асептическое свойство.

Организмъ и ткани больныя и здоровыя переносятъ весьма хорошо это средство. Заживленіе идетъ безъ осложнений; prima intentio не нарушается; паренхиматозныя органы на мѣстѣ отнятыхъ частей представляются гладкими, ровными, блестящими. Какъ примѣръ привожу — одинъ изъ протоколовъ вскрытія собаки, произведенныхъ прозекторомъ Н. Ѳ. Мельниковымъ-Разведенковымъ 10-го октября 1892 года:

Экспериментъ № 9—19-го іюня 1893 года. У самки былъ удаленъ лѣвый рогъ отъ мѣста раздѣленія на протяженіи 8 см; кровеостанавливающее средство — паръ.

Протоколъ вскрытія «Около лѣвой почки на длинной брыжжейкѣ (широкая связка) виситъ остатокъ лѣваго рога матки длиною около 2 см, въ немъ скопленіе жидкости (вродѣ кисты); ошпаренный конецъ представляетъ гладкій рубецъ, пигментированный въ центрѣ. Просвѣтъ лѣваго рога въ томъ мѣстѣ, гдѣ конецъ его былъ ошпаренъ, заросъ очень прочно, благодаря чему и образовался родъ вышеназванной кисты. Край широкой связки на всемъ протяженіи, гдѣ произведена операція является ровнымъ, гладкимъ, безъ замѣтнаго стяженія и рубцеванія. Слѣдовъ бывшихъ раньше или свѣжихъ кровоизліяній не найдено. Брюшина гладка, тонка, влажна и блеститъ. На мѣстѣ раздѣленія роговъ матки также получился гладкій, ровный рубчикъ. Въ клѣтчаткѣ широкой связки и вообще въ клѣтчаткѣ тазовой и забрюшинной нигдѣ патологическихъ измѣненій не оказалось. Въ широкой маточной связкѣ оставшагося праваго рога видны крупныя сосуды. Вообще никакихъ патологическихъ измѣненій въ трупѣ названной собаки при вскрытіи не оказалось.»

Такимъ образомъ хирургія, приобрѣтая это новое средство, можетъ безбоязненно теперь приступать къ вылуценію опухолей изъ печени и другихъ паренхиматозныхъ органовъ, не опасаясь болѣе неудачи относительно остановки кровотечения.

Какъ примѣръ такового вылуценія паренхиматознаго органа приведу случай удаленія эхинококка изъ селезенки.

Въ 1894 году, 4 октября изъ факультетской клиники профессора Захарьина была переведена въ гинекологическую клинику мѣщ. Ѳекла Попова 27 лѣтъ съ діагностикой *Echinococcus leneis*. Больная жаловалась на опухоль въ лѣвой сторонѣ живота. Больная изъ Сибири, 8½ лѣтъ замужемъ и родила шестерыхъ дѣтей. Со стороны условій и образа жизни, а также и со стороны анамнеза ничего особеннаго не отмѣчается. Настоящую опухоль она замѣтила два года тому назадъ; лѣчилась мышьякомъ, желѣзомъ, электричествомъ, но опухоль не переставала увеличиваться.

Status praesens. Въ животѣ прощупывается опухоль больше, чѣмъ съ голову

взрослага челоуѣка, исходящая изъ-подъ лѣваго подреберья, простирающаяся поперекъ, внизъ и вправо. Первая граница доходитъ вплоть до *lin. mamil. dextra*, лѣвая граница — до *lin. axil. anter.*; нижняя граница на 2—3 поперечныхъ пальца выше *symphysis pubis*; отъ печени и отъ *proc. xurhoideus* отдѣлена тимпаническимъ звукомъ; опухоль плотной консистенціи, продольной овальной формы съ ясною вырѣзкою въ верхней части, влѣво отъ которой идетъ острый край. Опухоль вполне подвижна. Печень и желчный пузырь вполне нормальны. Селезенка на обычномъ мѣстѣ не простукивается. Со стороны другихъ органовъ никакихъ измѣненій не отмѣчается.

9-го октября 1894 г. была произведена операція подъ эфиромъ въ присутствіи профессоровъ Л. Л. Левшина и В. С. Богословскаго и многихъ собравшихся ординаторовъ и ассистентовъ другихъ клиникъ. Разрѣзъ былъ проведенъ по бѣлой линіи, начиная ниже *scrobic. cordis* и оканчивая ниже пупка на три поперечныхъ пальца; вся опухоль была вынута и помѣщена въ брюшную полость. Опухоль оказалась величиною съ голову взрослого челоуѣка, нѣсколько овальной формы, свѣтло-фіолетоваго цвѣта, отличающагося отъ цвѣта селезенки. При ощупываніи она со всѣхъ сторонъ флюктуировала. Было очевидно, что опухоль выросла изъ средней трети селезенки; она была одѣта въ общій съ селезенкой серозный покровъ и прочно соединена съ ней въ мѣстѣ соприкосновенія (т. е. въ средней части селезенки). Это соединеніе было непосредственное, безъ всякаго участія ножки, на протяженіи сегмента опухоли, измѣряемаго дугою, равной четверти окружности опухоли. Верхніе и нижніе концы увеличенной селезенки сохранили нормальную форму и цвѣтъ. Около опухоли въ нижней трети селезенки помѣщался *hilus*, отъ котораго шла плоская тонкая длинная ножка. Не было сомнѣнія въ данномъ случаѣ, что мы имѣли эхинококкъ селезенки и смѣщеніе ея.

Было произведено изсѣченіе эхинококка изъ паренхимы селезенки цѣликомъ, со всѣми его оболочками такимъ образомъ, что вокругъ него ткань селезенки разсѣкалась ножомъ и послѣ каждаго сѣченія ножомъ кровотеченіе останавливалось струею пара. Въ этомъ случаѣ остановка кровотеченія производилась весьма успѣшно и скоро. Послѣ того, какъ эхинококкъ былъ удаленъ, оставшаяся при организмѣ селезенка имѣла слѣдующій видъ: средняя ея треть сдѣлалась плоскою и нѣсколько расширенной; со стороны внутренней она представляла изъ себя раненую поверхность величиною въ ладонь взрослого челоуѣка; съ наружной стороны поверхность ея имѣла неизмѣненный видъ; верхняя и нижняя трети селезенки сохранились вполне неизмѣнными; часть ножки вблизи *hilus* была разорвана. Въ такомъ видѣ селезенка могла бы быть оставлена при организмѣ, но къ сожалѣнію случайно была поранена *arteria lienalis*, послѣ чего селезенка должна была лишиться питанія и вслѣдствіе этого она была тотчасъ-же экстирпирована.

При микроскопическомъ изслѣдованіи эхинококковой жидкости были найдены сколексы въ видѣ грючевъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи селезенки вблизи раненой поверхности оказалось, что поясъ измѣненной паромъ ткани былъ весьма узокъ и нигдѣ не былъ толще двухъ миллиметровъ; за этимъ поясомъ слѣдовала нормальная ткань

селезенки; во всѣхъ остальныхъ мѣстахъ ткань селезенки всюду оказалась неповрежденною,

Послѣоперационный періодъ прошелъ весьма гладко безъ повышенія температуры.

Желающіе подробнѣе ознакомиться съ дѣйствіемъ пара при операціяхъ на селезенкѣ могутъ прочесть диссертацию д-ра И. З. Иванова: «Значеніе пара, какъ кровоостанавливающаго средства въ хирургіи селезенки».

ГЛАВА X.

Остановка крови въ случаяхъ смертельныхъ кровотеченій.

Изложивши различные способы остановки кровотеченій, упомянемъ еще о способѣ остановки въ случаѣ смертельныхъ кровотеченій.

Смертельныя кровотеченія бываютъ или въ небеременномъ состояніи, или въ беременномъ или въ послѣродовомъ, такъ, напримѣръ, внутреннее кровотеченіе — при внѣматочной беремености, при разрывахъ матки, наружное — при расгаев., при разрывахъ шейки, сводовъ влагалища, и т. д. Всѣ причины и пособія собственно указаны въ спеціальныхъ отдѣлахъ. Здѣсь я хочу сказать объ общихъ правилахъ, коими я руководствовался при лѣченіи больныхъ, потерявшихъ много крови. Пришедши, врачъ застаеъ больную въ лежачемъ положеніи, или въ сознательномъ состояніи, или безъ сознания. Больную нужно раздѣть и уложить въ постель. Постель нужно поставить такъ, чтобы къ ней можно было подойти кругомъ со всѣхъ сторонъ. На простыню кладется клеенка, а на клеенку сложенная въ нѣсколько разъ простыня, чтобы удобно было эту подстилку перемѣнять, какъ можно меньше беспокоя больную. Постель должна быть согрѣта бутылками или грѣлками, больная помѣщается въ спинномъ положеніи, безъ подушки, а нижнія конечности приподнимаются при помощи подушекъ и забинтовываются вязаными или фланелевыми бинтами. Къ головѣ кладется мѣшокъ съ горячей водой, также къ рукамъ и къ бокамъ, и груди. Тутчасъ ставится горячій клистиръ изъ $\frac{1}{2}$ стакана до стакана или соляного физиологическаго раствора, или съ ложкой портвейпа, или чайною ложкой коньяку. Клистиры могутъ быть отъ 32° до 37° R. повторные черезъ $\frac{1}{2}$ —1—2 ч. нѣсколько разъ. Внутри горячая вода съ виномъ или безъ вина; въ случаѣ рвоты внутрь ничего не дается, а ставятся горчичники на сторону сердца и подъ ложечку. Если пульсъ не подымается и кровотеченіе продолжается, то врачъ приступаетъ къ подкожному впрыскиванію солянаго (физиологическаго) раствора въ количествѣ 1—2 фунтовъ. Вливанія эти могутъ производиться или изъ простой спринцовки или съ помощью аппарата Кантани. Температура 32° R. Труакаръ вкалывается глубоко въ подкожную клетчатку по передней поверхности бедеръ, живота или верхнихъ конечностей, причемъ впрыснутая жидкость слегка растирается рукою. Впрыскиванія производятся повторно. Если несмотря на это дѣятельность сердца не возстанавливается въ желаемой степени, то производится внутреннее впрыскиваніе солянаго раствора въ коли-

чествѣ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ фунта, всего лучше въ вену верхней конечности въ локтевомъ сгибѣ. Конечно вода должна быть прокипяченной и профильтрованной. Вливаніе производится очень медленно, причѣмъ врачъ внимательно слѣдитъ за дыханіемъ и за окраской кожи лица. Въ случаѣ хриплаго дыханія или остановки его, или появленія ціаноза вливаніе должно быть остановлено. Аппаратомъ можетъ служить простая стеклянная воронка, гуттаперчевая трубка и стеклянная или металлическая канюля. Иногда такое вливаніе нужно совершать два-три раза въ сутки. Воздухъ долженъ быть свѣжій, но сквозняка должно избѣгать. Конечно, всѣ другія кровеостанавливающія средства должны быть употребляемы совмѣстно, какъ-то: тампонація влагалища или матки, защемленіе наружнаго отверстія щипцами Мюзе, забинтовываніе живота, наложеніе тяжести на животъ въ формѣ мѣшковъ съ пескомъ въ 5—10 фунтовъ. Особенно долженъ быть избѣгаемъ громкій разговоръ между собою и запрещаемъ всякій разговоръ съ больной. Что же касается до подкожныхъ впрыскиваній эфира, валерьяны, то я мало видѣлъ пользы отъ примѣненія этихъ средствъ. Какъ только больная немножко станетъ оправляться, то наилучшее посовѣтовать больной употребленіе горячаго молока, на которомъ и слѣдуетъ держать больную въ продолженіе нѣсколькихъ дней.

Частный обзор лѣченія маточныхъ кровотеченій.

Г Л А В А I.

Лѣченіе рака шейки матки.

Лѣченіе рака шейки матки можетъ быть хирургическое и терапевтическое. Въ многихъ учебникахъ лѣченіе рака раздѣляется на радикальное и палліативное; но такое дѣленіе неправильно, такъ какъ развитую карциному врядъ-ли можно излѣчить радикально. Если и случаются счастливыя исключенія, гдѣ карцинома послѣ операциі не показывается вновь, и женщины, проживши извѣстное количество лѣтъ, умираютъ отъ посторонней причины, то эти исключенія настолько же рѣдки, насколько часты случаи возвратовъ. Эта склонность къ рецидивамъ, повидимому, мало обусловливается методомъ и техникой операциі, а скорѣе особымъ предрасположеніемъ организма и тканей къ раковому поражению, ибо раковое новообразованіе можетъ быть удалено все, даже съ массою здоровыхъ частей и все-таки возвратъ возможенъ. Такъ что въ настоящее время всякое лѣченіе рака шейки матки есть лѣченіе палліативное, ибо въ дѣйствительности до сихъ поръ медицина не имѣетъ ни одного ни метода, ни средства, радикально излѣчивающаго ракъ или, по крайней мѣрѣ, процентъ оперированныхъ раковыхъ больныхъ безъ рецидивовъ по всѣмъ статистикамъ весьма малъ. «Горе наше въ томъ», говорятъ женщины, «что въ началѣ болѣзни мы ничего не чувствуемъ, а когда почувствовали, то сдѣлать ничего нельзя». Эта ходячая фраза между раковыми больными указываетъ на то, что врачу чаще приходится встрѣчать раковое пораженіе шейки матки въ то время, когда распадъ уже совершился и окружающія части инфильтрованы; другими словами, чаще приходится лѣчить ракъ шейки матки симптоматически, нерѣдко пользуясь исключительно фармацевтическими средствами. При изложеніи терапіи, я начну съ описанія лѣченія симптоматическаго.

Показанія для таковаго лѣченія слѣдующія: 1) Раковое новообразованіе въ полномъ распадѣ, и канкротная язва на лицо;

2) затвердѣніе передняго и задняго свода и инфильтрація параметральной клѣтчатки;

3) полная или ограниченная неподвижность матки.

Задача симптоматическаго лѣченія состоитъ въ уменьшеніи кровотеченій и бѣлей, въ успокоеніе болей и въ способствованіи правильности функций остальныхъ органовъ заболѣвшаго организма.

Если женщина не можетъ ни оставаться въ больницѣ, ни лежать дома въ постели, до для достиженія вышеуказанныхъ цѣлей можно ограничиться назначеніемъ частыхъ горячихъ спринцеваній, прижиганіями и назначеніемъ наркотическихъ средствъ.

Къ горячимъ спринцеваніямъ прибавляются разныя дезинфицирующія средства: ас. carbolicum 2%—3% растворъ (чайная ложка ас. carbolicі crystallisatі на стаканъ воды), сулема $\frac{1}{4000}$, kali hypermanganicum $\frac{1}{2}$ чайной ложки на 6 стакановъ воды, kali chloricum—1 чайная ложка на стаканъ, а иногда и Liq. ferri sesquichlorati—30 капель на стаканъ, лизоль 1%. Присыпка іодоформа съ углемъ *аа*, и присыпка изъ kali chloricі въ видѣ порошка или кристалловъ на раковую поверхность представляетъ иногда прекраснѣйшее средство, не только какъ дезинфицирующее, но и видоизмѣняющее самую раковую поверхность. Кровотеченіе и дурной запахъ отдѣленій уменьшается, сами отдѣленія становятся гуще, и иногда по краямъ раны замѣчается рубцеваніе, такъ что въ нѣкоторыхъ случаяхъ является надежда, хотя и скоро проходящая, на заживленіе или ограниченіе раковаго распаденія.

Если женщина не можетъ употреблять горячихъ спринцеваній, то ихъ можно замѣнить тампонаціей, смачивая тампоны въ карболовой кислотѣ и глицеринѣ (gr. x на ξ jj), или іодоформомъ въ растворѣ:

Rp.: Iodoformii эj— ξ s

Aether. sulph. эj

Olei olivarum ξ jj

MDS. Для смачиванія тампоновъ. Или въ формѣ болюсовъ и суппозиторій:

Rp. Iodoformii gr. v.

Oe. Menehae gtt v.

Butyr. Cacao $\xi\xi$

Mf. bolus.

D. S. Утромъ и вечеромъ по одному болюсу.

Rp. Ol. Menthae gtt. v.

Creosoti gr. jij.

Besorcini gr. jj.

But. cacao эj.

Mf. suppositorium.

При дурно пахучихъ и кровоточивыхъ ракахъ спринцеваніе изъ жженныхъ квасцовъ 2 чайныхъ ложки на 6 стакановъ.

Изъ прижигающихъ средствъ и останавливающихъ кровотеченіе и устраняющихъ дурно пахучее отдѣляемое наиболѣе пригодны слѣдующія: 1) каленое желѣзо; 2) бромъ, 3) хлористый цинкъ, 4) acidum nitricum fumans; 5) acidum chromicum. Изъ нихъ каленое желѣзо не можетъ быть употребляемо на ходу, о чемъ будетъ сказано ниже; остальными же средствами можно пользоваться амбу-

латорно, причѣмъ прижиганіе бромомъ можно дѣлать ежедневно, остальными же средствами 2 раза въ недѣлю. Для этого производится смазываніе раковой язвы вышеупомянутыми веществами при помощи гуттаперчеваго или деревяннаго зеркала стеклянной палочкой. Прижиганіе не вызываютъ ни боли ни реакціи: только при употребленіи *acidі chromicі* иногда появляются поносы.

Бромъ назначается по слѣдующему рецепту.

Rр Bromi puri $\zeta\beta$.

2, 0

Alcohol. adsoluti $\zeta\text{jj}\beta$

10, 0

MDS. Для прижиганія.

Ac. chromicum cum aqua $\alpha\bar{2}$, acidum nitricum fumans и *zincum chloratum* — in substantiā. Послѣ каждаго прижиганія женщина должна быть проспиритована, дабы устранить ожоги здоровыхъ частей.

Лучшее изъ наркотическихъ средствъ — опій.

Опій можетъ быть назначаемъ *per os* и *per anum*; морфій подъ кожу: имъ можно долго пользоваться какъ болеутоляющимъ и какъ снотворнымъ средствомъ, и нужно замѣтить тотъ фактъ, что большія дозы опія *per os* у раковыхъ больныхъ не производятъ упорныхъ запоровъ. Къ несчастью, больныя, не смотря на на восходящія дозы, всетаки привыкають къ опію, и онъ уже не производитъ ни болеутоляющаго, ни снотворнаго дѣйствія. Иногда приходилось *t-gam opii simplicis* давать чайными ложками черезъ короткіе промежутки времени, такъ что больныя съ цѣлью уменьшенія болей, выпивали болѣе ζjj опійной настойки въ сутки.

Въ первое время опій дѣйствуетъ замѣчательно хорошо, и потому больныя сами охотно прибавляютъ дозы, скрывая это врача. Отсюда общій практическій совѣтъ — быть умѣреннымъ и скупиться на повышеніе дозъ, ибо наблюденія показываютъ, что, какъ скоро къ опію и его препаратамъ больныя привыкають, дѣйствіе другихъ наркотическихъ средствъ весьма скоропреходящее. Опій назначается въ видѣ *t-gae opii simplicis per os* отъ 5 капель на пріемъ 3 раза и болѣе въ сутки; въ видѣ свѣчей:

Rр.: Ext opii aquosi grj

Buti cacao αj .

M.f. suppositorium. D. t. d. № x.

Морфій подъ кожу отъ $\frac{1}{8}$ gr. и болѣе.

Иногда опій не переносится по причинѣ сильныхъ головныхъ болей, тяжести и рвоты; въ этихъ случаяхъ обыкновенно легко переносится кодеинъ ($\frac{1}{4}$ до $\frac{1}{2}$ gr. на пріемъ) въ чистомъ видѣ или съ амигдалиномъ.

Если при раковыхъ боляхъ существуетъ сильное раздраженіе пузыря и гесті, то хорошо прибавлять отъ $\frac{1}{2}$ до 1 gr. *extrac. belladonnae* на свѣчку съ опіемъ.

Очень хорошее средство отъ болей при ракахъ антипиринъ внутрь по 5 gr. или подъ кожу по 3 gr. въ повторныхъ дозахъ.

Опій долгие сохраняетъ свое болеутоляющее свойство, чѣмъ снотворное, и тогда приходится съ цѣлью снотворной, а отчасти также и болеутоляющей, назначать хлораль-гидратъ отъ *v* до *x* gr. на пріемъ и болѣе.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ карцинома поразила переднюю и заднюю стѣнку влагалища или гдѣ существуетъ эретическая канкротная язва, хорошее болеутоляющее средство составляетъ спринцеваніе изъ отвара льняного сѣмени съ 1-го оріи отъ $\frac{1}{2}$ до 1 чайной ложки на *на стаканъ отвара* *).

Если такія спринцеванія оказываются недѣйствительными, то вставляются болюсы изъ опія по слѣдующему рецепту: —

Рр.: Extracti opii aquosi gr. j.

Butyri cacao ꝑj

Glycerini q. s.

ut. f. bolus D. t. d № x.

S. вводитъ, по 1 болюсу во влагалище **).

Если и этого не достаточно, то вставляютъ маленькіе тампоны изъ ваты, смоченные въ масляномъ растворѣ хлороформа (ꝑj chloroform. на ꝑj olei olivagum). Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при сильныхъ боляхъ существуетъ раздраженіе влагалища и pruritus, прекрасно дѣйствуетъ спринцеваніе изъ хлораль-гидрата (ꝑj на ꝑjv aq.), или кокаиновыя свѣчи изъ gr. j, (или маленькіе тампоны, смоченные въ 10% растворѣ кокаина). Тамъ, гдѣ больныя привыкли къ употребленію опія, морфія, белладонны, хлораль-гидрата и въ особенности тамъ, гдѣ раковое новообразованіе уже поразило кости таза, приходится иногда съ цѣлью спотворною или болеутоляющею хлороформировать больныхъ.

Есть эретическія канкротныя язвы, которыя на столько болѣзненны, что больныя не могутъ выносить даже дигитальнаго изслѣдованія и введенія свѣчей, болюсовъ, тампоновъ; даже спринцеванія и тѣ дѣлаются невозможными по причинѣ сильныхъ болей. У нѣсколькихъ такихъ больныхъ я съ усвѣхомъ употреблялъ пепсинъ, — средство, впервые предложенное Роусомъ. Способъ употребленія его слѣдующій. Берется телячій желудокъ, срѣзывается слизистая оболочка и разрѣзается на мелкіе куски. Промывъ осторожно 1% растворомъ acidi muriatici полость влагалища, вводитъ тотчасъ-же шарикъ, скатанный изъ обрѣзковъ слизистой оболочки, и прикладываютъ его прямо на канкротную язву. Если часа черезъ 2 вынуть такой шарикъ, то онъ будетъ представлять сморщенную, затвердѣвшую массу. Этотъ тампонъ изъ слизистой оболочки можно употреблять по нѣскольку разъ въ день. Если существуетъ дурно пахучее отдѣляемое и сильное кровотеченіе изъ канкротной язвы, то, благодаря ли пищеваарительному дѣйствію пепсина, или другимъ условіямъ, дурной запахъ исчезаетъ, отдѣляемое становится гуще, кровотеченіе становится меньше и наконецъ, какъ сказано, понижается эретичность канкротной язвы.

Въ эретическихъ язвахъ очень полезенъ кокаинъ въ формѣ свѣчей или маленькихъ тампоновъ, смоченныхъ въ 10%—20% растворѣ cocaini muriatici.

*) Отваръ изъ льняного сѣмени готовится слѣдующимъ образомъ: 1 столовая ложка сѣмени обваривается на киселѣ стаканомъ кипятку и отжимается; назначается въ количествѣ 2—3 стакановъ по 2—3 раза въ день.

**) Опій можно замѣнить extr. belladonae., extr. hyosciami, или морфіемъ по $\frac{1}{2}$ gr. того или другого вещества на болюст.

Точно также дѣйствуетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ и *трипсинъ*, *) въ особенности послѣ оперативнаго вмѣшательства. Растворомъ его или смазываютъ ежедневно раковую поверхность, или вводятъ на ночь, смачивая имъ верхушку тампона, который удаляется черезъ 12 часовъ.

Хорошее подспорье для продолжительности дѣйствія наркотическихъ средствъ составляютъ вино и тепло. Я знаю нѣкоторыхъ раковыхъ больныхъ, которые употребляли въ большихъ приемахъ коньякъ, водку и другіе крѣпкіе напитки, доставлявшие имъ большое облегченіе, такъ что нѣкоторые изъ нихъ приходили въ состояніе возбужденія и иронизировали надъ собственными страданіями. Тепло употребляется въ формѣ горячихъ мѣшковъ или бутылокъ, но необходимо, чтобы t-га была очень высокая—42°R и болѣе, въ противномъ случаѣ болеутоляющее дѣйствіе его ничтожно. Къ несчастію долго употреблять тепло нельзя, ибо у раковыхъ больныхъ скоро наступаетъ омертвѣніе.

Въ результатѣ мы видимъ, что запасъ наркотическихъ средствъ не великъ, и врачъ долженъ назначать ихъ умѣренно, постепенно, не перебрасываясь скоро съ одного средства на другое.

Если больная можетъ остаться въ постели, то лучшимъ кровеостанавли-

*) До 70-хъ годовъ ферментъ поджелудочной железы (pancreas) былъ извѣстенъ подл общимъ названіемъ „панкреатинъ“. Около 76-го года Кюнэ доказалъ, что въ поджелудочной железѣ находятся 3 особенныхъ фермента: крахмальный (диастатическій), жировой и бѣлочный; послѣдній онъ и описалъ подъ именемъ трипсина (trypsin). Для приготовления трипсина берется железа свѣжеубитаго животнаго, — въ большинствѣ случаевъ воловь, очищаеся по возможности отъ жира и мелко изрубливается кухоннымъ ножомъ; настаивается спиртомъ и оставляется въ покоѣ. Черезъ недѣлю спиртъ смѣняется и въ новой порціи спирта железа тоже остается въ продолженіе недѣли или 2-хъ. Затѣмъ железу вынимаютъ, выжимаютъ подъ прессомъ и обрабатываютъ эфиромъ въ особомъ дистилляціонномъ аппаратѣ. Просушкой на воздухѣ бѣлые хлопья (волокна) железы освобождаются отъ остатковъ эфира и послѣ этого хорошо сохраняются до времени надобности. Это предварительная подготовка. Для получения фермента берется одна часть приготовленной такимъ образомъ железы и наливается десятью частями $\frac{1}{3}\%$ углекислаго натра. Смѣсь настаивается въ водной банѣ при t° 37—40° C. въ продолженіи 3—4 часовъ до полученія цвѣта жидкости средней крѣпости чая. Во избѣжаніе быстро наступающаго гніенія, во время настаиванья прибавляютъ салициловой кислоты въ такомъ количествѣ, чтобы содержаніе ея въ растворѣ соответствовало 0,2%, или опускаютъ нѣсколько кристалловъ тимола. Затѣмъ жидкость отфильтровываютъ и употребляютъ по назначенію. Слѣдуетъ замѣтить, что полученная такимъ образомъ жидкость, не смотря на прибавленіе салициловой кислоты или тимола, все-таки быстро (въ продолженіе 2-хъ сутокъ) портится, и потому трипсинъ нужно готовить всегда небольшими порціями и сохранять въ холодномъ мѣстѣ. Есть еще другой способъ приготовления, болѣе удобный въ томъ отношеніи, что во 1-хъ даетъ возможность готовить его въ большихъ порціяхъ и во 2-хъ, приготовленный по этому способу трипсинъ, не подвергается такому быстрому разложенію. Способъ этотъ слѣдующій: мелко изрубленную железу наливаютъ не спиртомъ, а глицериномъ въ такомъ количествѣ, чтобы поверхность изрубленной железы было приблизительно $\frac{1}{2}$ дюйма чистаго глицерина и смѣсь настаиваютъ въ теченіи 4—6 недѣль; затѣмъ отфильтровываютъ въ прохладномъ мѣстѣ до употребленія. Для получения по этому способу болѣе чистаго трипсина, смѣсь фильтруютъ въ безводный алкоголь; трипсинъ осаждается на днѣ сосуда съ алкоголемъ въ видѣ бѣлыхъ хлопьевъ; затѣмъ алкоголь сливаютъ, а трипсинъ снова растворяютъ въ глицеринѣ до полученія насыщеннаго раствора и сохраняютъ до употребленія.

вающимъ средствомъ служить *прижиганіе каленымъ желѣзомъ*, примѣняемое или самостоятельно, или послѣ выскабливанія, или другихъ операций.

Способъ употребленія каленаго желѣза слѣдующій. Канкротная язва обнажается при помощи деревянныхъ или роговыхъ зеркалъ, и прижиганіе производится или простымъ раскаленнымъ желѣзомъ, или Пакеленовскимъ аппаратомъ. Съ цѣлью остановки кровотеченія и уничтоженія пахучихъ отдѣленій каленое желѣзо употребляется *per contactum*. При раковыхъ новообразованіяхъ, въ особенности если матка неподвижна, употребленіе его можетъ быть энергическое безъ всякаго вреда для здоровья женщинъ.

Каленымъ желѣзомъ проводятъ по всей раковой поверхности до тѣхъ поръ, пока вся поверхность не почернѣетъ, т. е. не обуглится. Но для продолжительной остановки кровотеченія такого прижиганія недостаточно; съ этой цѣлью раскаленное желѣзо надо прикладывать болѣе долгое время, до тѣхъ поръ, пока поверхностный слой не будетъ представлять изъ себя порошкообразнаго угля, и подъ нимъ не будетъ находиться желтоватый рогообразный слой; чѣмъ толще этотъ послѣдній, тѣмъ прижиганіе успѣшнѣе. При большой язвѣ трудно достигнуть такого эффекта Пакеленовскимъ аппаратомъ: гораздо лучше это удастся простымъ оливкообразнымъ желѣзомъ. Послѣ прижиганія влагалище должно про-спринцевать холодной водой и въ случаѣ какого либо раздраженія положить на низъ живота ледъ и дать внутрь опиѣ. Больная должна оставаться въ постели при поверхностномъ прижиганіи нѣсколько часовъ, а при глубокомъ — нѣсколько дней. На 4, 5 день при спринцеваніи показывается запахъ, который иногда къ 6-му дню значительно усиливается. Если опасаются возможности всасыванія гнилостныхъ веществъ, то полезно на 5-й день смазать прижженную поверхность растворомъ карболовой кислоты въ глицеринѣ, или все время спринцевать *kalii permanganico* или лизоломъ.

На 8-й день струщъ отпадаетъ, и къ концу 9-го дня попадаютъ уже только остатки струпа, и прижиганіе можетъ быть повторено. Глубокія и продолжительныя прижиганія должны быть производимы подъ хлороформомъ, поверхностныя же безъ него.

Какъ долго можно пользоваться прижиганіями? Миѣ приходилось видѣть случаи, гдѣ прижиганіе каленымъ желѣзомъ примѣнялось еженедѣльно съ полнымъ успѣхомъ въ продолженіе полугода. Въ общемъ итогѣ, останавливая кровотеченіе и уменьшая распаденіе раковаго новообразованія, каленое желѣзо удлиняетъ теченіе рака.

Къ сожалѣнію каленое желѣзо нельзя употреблять въ послѣдніе періоды рака, не только тамъ, гдѣ уже образовалась клоака, но и тамъ, гдѣ существуетъ инфильтрація стѣнокъ влагалища, ибо въ этихъ случаяхъ можно ввести только очень малое зеркало, при помощи котораго прижиганіе не достигаетъ цѣли.

Выскабливаніе, которое производится при помощи острыхъ ложечекъ Симона или лучше Мартина, примѣняется въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ карцинома не можетъ быть вырѣзана и гдѣ, между прочимъ, требуется удалить карциноматозное новообразованіе съ цѣлью уменьшить кровотеченіе и зловонное выдѣляемое; въ особенности это относится къ мягкимъ формамъ рака. Выскабливаніе можетъ быть

производимо при помощи зеркалъ и безъ нихъ, подъ хлороформомъ и безъ него, ибо сама по себѣ операція эта малоболѣзненна, и кровотеченіе ничтожно. Выскабливаются обыкновенно тѣ мѣста, гдѣ замѣчается больше распада. Сила, прилагаемая при выскабливаніи, не должна быть значительна; появленіе скрипа указываетъ, что ложечка попала на почву соединительной и мышечной ткани и что выскабливаніе достигло цѣли. Послѣ выскабливанія должно быть произведено тщательное обмытіе выскабленной поверхности дезинфицирующею жидкостью, и можетъ быть примѣнено всякое прижиганіе, будетъ ли то фармацевтическое средство или прижиганіе каленымъ желѣзомъ. Выскабливаніе можетъ быть повторяемо нѣсколько разъ. Интересно въ нѣкоторыхъ случаяхъ то явленіе, что вслѣдъ за выскабливаніемъ на нѣкоторое время уничтожаются боли. Послѣ этой операціи женщина должна оставаться въ постели, а содержаніе и уходъ за ней должны быть одинаковы, какъ и послѣ всякаго хирургическаго вмѣшательства.

Всѣ эти способы, уменьшающіе кровотеченіе, дурно-пахучее отдѣляемое и облегчающіе боли, показуются только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ ни одно изъ ниже-слѣдующихъ оперативныхъ пособій не приложимо.

При канкроидахъ, грибовидномъ наростѣ, *Blumenkohlgeschwulst*, и при папиллярныхъ формахъ рака, если нѣтъ раковыхъ инфильтрацій въ окружности и если новообразованіе строго ограничивается влагалищной частью шейки, показуется высокая *ампутация шейки*. При плоскихъ, узловыхъ (въ началѣ заболѣванія), шейныхъ показуется экстирпація матки *per vaginam*. Результаты высокой ампутаціи, если послѣдняя производится на основаніи точныхъ показаній, могутъ считаться вполне блестящими.

Всѣхъ операцій полной экстирпаціи матки черезъ влагалище, какъ видно это изъ статьи, читанной докторомъ Сыромятниковымъ въ Московскомъ Физико-Медицинскомъ обществѣ, по 1882 годъ (мартъ) было произведено 129 съ 91 выздоровленіемъ и 38 смертями, т. е. съ 29,4% смертности. Это процентъ смертности вообще при влагалищной экстирпаціи; специально же при ракъ матки % смертности равенъ 31% (30,6). Причины смерти: кровотеченія, воспаленія брюшины и раненіе сосѣднихъ органовъ. Въ 12 случаяхъ были повреждены сосѣдніе органы: 8 разъ пузырь, 1 разъ—мочеточникъ, 1—вырѣзана часть мочеточника, въ 1—повреждена прямая кишка и въ 1 случаѣ—кишка и яичникъ. Словомъ, изъ 27 операторовъ у 10 операціи сопровождалась пораненіемъ сосѣднихъ органовъ.

Раненіе мочеточниковъ или перерѣзъ ихъ можетъ подать поводъ къ экстирпаціи почки, соответствующей раненому мочеточнику (случай Штарка). Но не должно забывать, что при инфильтраціи клѣтчатки и циркулярномъ утолщеніи шейки матки мочеточники могутъ быть значительно смѣщены и придавлены къ шейкѣ матки, почему раненіе ихъ еще болѣе дѣлается возможнымъ. Чтобы избѣжать такого раненія, нужно воспользоваться операціей Шухарта, при которой можетъ быть виденъ мочеточникъ. Что касается кровотеченія, то оно можетъ быть первичнымъ и вторичнымъ, причѣмъ вторичное кровотеченіе, происходящее отъ соскалзыванія лигатуръ, остановить въ высокой степени трудно. Лѣченіе воспаленія брюшины и септицеміи производится по общимъ правиламъ.

Такимъ образомъ операція влагалищной экстирпаціи матки относится къ

весьма опаснымъ, въ особенности, если сравнить ее съ высокой ампутаціей, гдѣ раненіе сосѣднихъ органовъ почти невозможно, и гдѣ смерть составляетъ исключеніе. Такъ Черни, при 8 случаяхъ полного удаленія матки, потерялъ 3 больныхъ, а изъ 7 случаевъ высокой ампутаціи ни одной. Изъ 24 случаевъ высокой ампутаціи, лично мною произведенныхъ, ни одна не умерла отъ операціи. Итакъ, разница въ $\%$ смертности колоссальная.

Теперь процентъ смертности при экстирпаціи матки значительно палъ. Такъ по Martin смертность составляетъ 15% (47 см. на 311). У отдѣльныхъ хирурговъ смертность падаетъ до 4% (Kaltenbach).

Что касается до возврата, то изъ той же статьи д-ра Сыромятникова можно видѣть, что изъ 101 случая экстирпаціи *per vaginam* при рагѣ матки, въ $\frac{1}{3}$ случаевъ появился возвратъ въ продолженіе того же года. Такимъ образомъ $\frac{2}{3}$ случаевъ ($\frac{1}{3}$ отъ операціи) погибаетъ въ первый годъ. Но, вѣроятно, эта цифра меньше дѣйствительной, потому что по кратковременности наблюденій, истекшихъ со времени операціи, нельзя утверждать, что у остальной $\frac{1}{3}$ не было возврата. Правда, что и при высокой ампутаціи возвратъ возможенъ, но до сихъ поръ никто еще не доказалъ, что $\%$ рецидивовъ при послѣдней больше, чѣмъ при полной экстирпаціи. Можно навѣрно сказать, что ни полная экстирпація, ни высокая ампутація почти навѣрно не застраховываетъ отъ возврата, а потому всѣ операціи только по большей части палліативы.

Новѣйшія данныя являются болѣе благоприятными для хирургическаго лѣченія рака вообще и экстирпаціи матки въ частности.

Вотъ свѣдѣнія о рецидивахъ рака матки послѣ операціи по различнымъ авторамъ:

Krukenberg. Resultate der oper. Behandlung des Carcinom speciell durch d. Totalexstirpation. Zeitschrift f. Geb. und. Gyn. Bd XXIII, H. I.

Exstirpation uteri vaginalis при carcinoma colli (опер. въ Берлинской клиникѣ Olshausen, Schröder, Hofmeier, Winter и др.).

Всего оперировано 243 случая съ 37 = 15,2% смертныхъ исходовъ. Если исключить умершихъ непосредственно послѣ операціи, умершихъ впоследствии отъ другихъ причинъ и исчезнувшихъ изъ подъ наблюденія, то окажется, что рецидивъ получили на первомъ году послѣ операціи 82 на 200, т. е. 41%, на 2 году 22 : 88, т. е. 25%, на 3 году 6 : 47, т. е. 12,7%, на 4 году 2 : 28, т. е. 7,1% и на 5 году 1 : 9, т. е. 11,1%. Всего рецидивъ получили 113 = 58,5%.

Exstirpation uteri vaginalis при carcinoma corporis.

Всего оперировано 30 случаевъ съ 3 = 10% смертельныхъ исходовъ. Изъ 26, которыя пережили операціи и о которыхъ удалось собрать впоследствии свѣдѣнія, получило рецидивъ на 1 году послѣ операціи 8, т. е. 29,6%, на 2 и 3 году послѣ операціи рецидивовъ уже не было.

Winter. Ueber die Schröder'sche supravaginale Amputation bei Portiocarcinom Zeitschrift f. Geb. und Gyn. Bd. XXII. H. I.

Изъ 155 оперированныхъ въ Берлинской клиникѣ по этому способу умерло непосредственно послѣ операціи 10, исчезло изъ подъ наблюденія 13; изъ остав-

шихся 132 получили рецидивъ на 1 году 57, на 2 году 10, на 3-мъ—5, на 4-мъ—5, на 5 году 3, итого 80 (2 умерли отъ рака яичниковъ, 1 отъ рака желудка — матка и параметріи здоровы). Безъ рецидива осталось 52; изъ нихъ больше 5 лѣтъ 27 = 26,5%, больше 2 лѣтъ 49 = 38%.

Winter. Die Laparotomie beim Uteruskrebs. Zeitschrift f. Geb. und Gyn. Bd. XXX. N. 2.

Операція Freund'a произведена 10 разъ (въ Берлинской клиникѣ) съ семью (7) смертельными исходами послѣ операціи и тремя (3) рецидивами вскорѣ послѣ операціи.

Операція Freund—Rudygier—8 разъ съ 4 смертельными исходами; 1 здорова 4 года, 2 меньше года и 1 получила рецидивъ.

Amputatio uteri supravagin—32 раза; изъ нихъ умерло послѣ операціи 13, получило рецидивъ 6, исчезло изъ наблюденія 2 и 11 здоровы болѣе 4-хъ лѣтъ.

Buescheler. Kaltenbach's Ergebnisse der vaginalen Totalexstirpation mit Peritonealnaht. Zeitschrift für Geb. und Gyn. Bd. XXX. N. 2.

Всего случаевъ влагалищнаго вырѣзыванія матки при carcinoma colli и carcinoma corporis, въ которыхъ со времени операціи протекло больше 3 лѣтъ,—92; изъ нихъ умерло отъ случайныхъ заболѣваній 3 = 2,9%; рецидивъ получили 47 (спустя больше 3 лѣтъ послѣ операціи 3 рецидива), безъ рецидива 27 и судьба неизвѣстна у 15.

Münchmeyer (клиника Leopold'a). Ueber die Endergebnisse und weitere Ausdehnung der vag. Totalexstirpation der Gebärmutter. Archiv f. Gyn. Bd. 36. N. 2.

Изъ 80 оперированныхъ (11 раковъ тѣла матки, 12 colli и 57 portiois vag.) умерло отъ операціи 4 = 5%, отъ рецидива 10, отъ туберкулеза 1, въ домѣ умалишенныхъ 2 (безъ рецидива) и внезапно отъ порока сердца 1; осталось въ живыхъ ко времени публикаціи 62 = 77,5%; изъ нихъ оперировано больше двухъ лѣтъ тому назадъ 42, — безъ рецидива 27 = 64,5%. Безъ рецидива въ продолженіе 5¹/₂ лѣтъ 1, 4¹/₂ л.—2, 4¹/₄—2, 3³/₄—3, 3¹/₂—1, 3¹/₄—6, 3—2, 2³/₄—3, 2¹/₂—2, 2¹/₄—2, 2-хъ лѣтъ—3. Рецидивовъ изъ carcinoma corporis 33¹/₃%, colli—40% и portiois vagin—20%.

Tannen (клин. Fritsch'a). Beiträge sur Statistik, Prognose und Behandlung Gebärmutterkrebs. Arch. für Gyn. Bd. 37. N. 2.

Всего влагалищныхъ экстирпацій при ракъ матки по 1889 г. сдѣлано 10, (carcinoma corporis 3, cervicis 7, portiois vag. papillare 16, port. vag. parenchymatosum atque cervicis et portiois 77). Исключивши умершихъ непосредственно послѣ операціи и впоследствии отъ другихъ причинъ, а также тѣхъ, о которыхъ никакихъ свѣдѣній впоследствии не получено. Tannen по вопросу о рецидивѣ составилъ слѣдующую таблицу:

Со времени операціи протекло	Число слу- чаевъ.	Безъ рецидива.	Рецидивъ.
$\frac{1}{2}$ года	66	71,2 ⁰ / ₀	19 = 28,8 ⁰ / ₀
$\frac{3}{4}$ »	70	58,5 ⁰ / ₀	29 = 41,5 ⁰ / ₆
1 »	65	57,0 ⁰ / ₀	28 = 43,0 ⁰ / ₀
$1\frac{1}{4}$ »	64	54,8 ⁰ / ₀	28 = 45,3 ⁰ / ₀
$1\frac{1}{2}$ »	54	52,0 ⁰ / ₀	22 = 48,6 ⁰ / ₀
$1\frac{3}{4}$ »	54	50,0 ⁰ / ₀	23 = 50,0 ⁰ / ₀
2 »	49	47,0 ⁰ / ₀	21 = 53,0 ⁰ / ₀
$2\frac{1}{4}$ »	41	51,0 ⁰ / ₀	18 = 49,0 ⁰ / ₀
$2\frac{1}{2}$ »	41	51,0 ⁰ / ₀	20 = 49,0 ⁰ / ₀
$2\frac{3}{4}$ »	39	48,7 ⁰ / ₀	20 = 51,3 ⁰ / ₀
3 »	38	48,7 ⁰ / ₀	20 = 51,3 ⁰ / ₀
$3\frac{1}{4}$ »	37	47,4 ⁰ / ₉	20 = 52,6 ⁰ / ₀
$3\frac{1}{2}$ »	35	46,0 ⁰ / ₀	20 = 54,0 ⁰ / ₀
$3\frac{3}{4}$ »	31	45,7 ⁰ / ₀	19 = 54,3 ⁰ / ₀
4 »	27	45,0 ⁰ / ₀	17 = 55,0 ⁰ / ₀
$4\frac{1}{4}$ »	21	37,0 ⁰ / ₀	17 = 63,0 ⁰ / ₀
$4\frac{1}{2}$ »	14	43,0 ⁰ / ₀	13 = 57,0 ⁰ / ₆
$4\frac{3}{4}$ »	11	43,0 ⁰ / ₀	7 = 57,0 ⁰ / ₀
5 »	9	36,0 ⁰ / ₀	6 = 64,0 ⁰ / ₀
$5\frac{1}{4}$ »	6	44,0 ⁰ / ₀	4 = 56,0 ⁰ / ₀
$5\frac{1}{2}$ »	4	33,0 ⁰ / ₀	3 = 67,0 ⁰ / ₀
$5\frac{3}{4}$ »	2	50,0 ⁰ / ₀	1 = 50,0 ⁰ / ₀
6 »	—	100,0 ⁰ / ₀	0 = 0.

Здоровыми оставались чрезъ 1 годъ послѣ операціи 57⁰/₀, чрезъ 2 года—47⁰/₀, чрезъ 3 года—48,7⁰/₀, 4 года—45⁰/₀, 5 л.—36⁰/₀. Въ общемъ свободными отъ рецидива въ продолженіе 3—5 л. послѣ операціи осталось 42,3⁰/₀. Изъ 39 рецидивовъ 30=77⁰/₀ было на первомъ году послѣ операціи (15 въ продолженіе первыхъ 6 мѣсяцевъ и 15 въ продолженіе второго полугодія) и 9 въ слѣдующіе года, изъ нихъ нѣкоторые на 5 году послѣ операціи.

Schauta. Die Indicationsstellung der vaginalen Totalexstirpation. Arch. für Gyn. Bd. 39. N. 1.

Послѣ влагалищнаго вырѣзыванія раковоперерожденной матки больше двухъ лѣтъ послѣ операціи свободными отъ рецидива оставалось 47,3⁰/₀.

Leisse. Ueber die Endergebnisse der vag. Totalexstirpation wegen Carcinom an der König. Frauenklinik zu Dresden. Arch. für Gyn. Bd. 40. N. 2.

Leisse снова проверилъ результаты случаевъ уже сообщенныхъ въ Archiv Leopold'омъ и Münchmeyer'омъ и нашелъ, что изъ 80 оперированныхъ въ Дрезденской клиникѣ до мая 1899 года живы и здоровы

болѣе 2 лѣтъ изъ	80 опер.	— 45 =	56,25%
» 3 » »	58 »	— 34 =	58, 6%
» 4 » »	42 »	— 25 =	59, 5%
» 5 » »	30 »	— 18 =	60%
» 6 » »	9 »	— 6 =	66, 6%
» 7 » »	2 »	— 2 =	100, 0%.

Rozzi («Traité de Gynécologie» 1890) приводитъ слѣдующія данныя, собранныя Мартиномъ до 1886 г.

Рецидивъ къ концу	Leopold на 36 опер.	Schröder на 62 опер.	Fritsch на 53 опер.	Martin на 156 опер.
1 года	16	20	17	35
1 ¹ / ₂ »	9	10	»	32
2 лѣтъ	5	7	7	25
3 »	2	4	2	20
4 »	»	»	»	5
5 »	»	»	»	3
6 »	»	»	»	2

Что въ процентахъ даетъ:

рецидивъ къ концу	1 года	42,30%
» » »	1 ¹ / ₂ »	32,90%
» » »	2 лѣтъ	21,15%
» » »	3 »	13,41%
» » »	4 »	2,40%.

Итакъ въ настоящее время % рецидивовъ значительно понизился. Этимъ пониженіемъ мы обязаны улучшенію нашихъ оперативныхъ пособій, а именно:

1) Старанію захватить болѣзнь какъ можно раньше.
2) Появленію оперативныхъ методовъ, стремящихся удалить инфильтраты; изъ нихъ наиболѣе заслуживаетъ вниманія методъ Шухарта, дающій возможность при наименьшей оперативной опасности входить въ глубокія части. Сакральный методъ Крашке по своей сложности врядъ ли найдетъ себѣ обширное примѣненіе.

3) Совмѣстное удаленіе всѣхъ подозрительныхъ мѣсть (напр. совмѣстное удаленіе влагалища, предложенное Ольсгаузеномъ) нужно разсматривать, какъ новую попытку, направленную къ избѣжанію рецидивовъ. Эта попытка служитъ отголоскомъ подобныхъ попытокъ и въ общей хирургіи.

4) Такъ какъ рецидивы показываются то въ рубцѣ, то около рубца, а то и въ болѣе отдаленныхъ мѣстахъ, то это указываетъ, что, пока не будетъ разработано изученіе лимфатическихъ сосудовъ, возврата нельзя съ увѣренностью избѣжать; но какъ общее правило, можетъ быть рекомендовано оперировать раки матки не слѣпыми методами, каковы методы непосредственнаго опусканія, переворачиванія, наложенія шницетовъ и т. д., но именно методомъ съ одной стороны Шухарта, а съ другой—абдоминальнымъ, такъ что въ недалекомъ будущемъ мнѣ кажется вѣроятнымъ, что при экстирпации канкрозной матки будутъ удаляемы всѣ широкія связки и lig. utero-sacralia. Но, конечно, и этого будетъ недостаточно въ случаяхъ мало-мальски запущеннаго рака *).

Когда матка велика и не можетъ быть выведена per vaginam, напр. въ силу осложненія фибромами, оваріальными кистаами, беременностью, то показуется лапарогистеректомія или hysterectomy vaginoaddominalis.

*) Что касается до сравненія результатовъ, получаемыхъ отъ полной экстирпации матки съ результатами отъ верхне—и ниже-влагалищной ампутаціи шейки, то Pozzi приводитъ слѣдующую таблицу (изъ клиники Шредера съ 1878 по 1886 г.).

Къ концу 1 года	ампут.	49	выздоровленій на 104 оперированныхъ=51%
	{ hyst. tot.	20	" " 46 " 63,6%
" 2 "	{ amput.	38	" " 102 " 46—
	{ hyst. tot.	7	" " 40 " 24—
" 3 "	{ amput.	24	" " 76 " 42—
	{ hyst. tot.	6	" " 31 " 27—
" 4 "	{ amput.	19	" " 59 " 41,3—
	{ hyst. tot.	0	" " 18 " 0—

У проф. Verneuil изъ 21 оперированныхъ посредствомъ ампутаціи шейки только у 9 былъ рецидивъ. Наоборотъ у Мартина на 28 оперированныхъ только 2 остались безъ рецидива больше одного года.

Приведя эти данныя, Pozzi говоритъ: „Devant ces données contradictoires et en l'absence de moyens rigoureux de comparaison, je persiste à récuser la valeur comparative de documents disparates et à invoquer le raisonnement. Car la logique me paraît opposée à cette conclusion paradoxale, qu'une ablation restreinte de tissu autour du mal soit plus efficace, qu'une ablation aussi large, que possible“. (Pozzi, l. c. p. 413).

Я думаю, что объясненіе такого противорѣчія легко найти: оно всецѣло лежитъ въ томъ обстоятельствѣ, что ампутаціи могли подвергаться главнымъ образомъ случаи начинающагося рака и во всякомъ случаѣ не запущеннаго. Поэтому болѣе % выздоровленій объясняется исключительно легкостью случаевъ и отсутствіемъ глубокаго пораженія лимфатическихъ железъ.

Кромѣ того изъ выше приведенныхъ данныхъ видно, что такіе благоприятные результаты послѣ ампутаціи шейки наблюдались далеко не всемі: такъ, по Winter послѣ двухъ лѣтъ остались здоровыми 38%, послѣ 5—26,5%, въ то время, какъ при экстирпации спустя два года послѣ операциіи не бываетъ рецидивовъ у 47%, болѣе 5 лѣтъ—36% (Tannen).

Г Л А В А II.

ЛѢЧЕНІЕ РАКА И САРКОМЫ ТѢЛА МАТКИ.

Если удастся констатировать присутствіе рака или саркомы тѣла и дна матки въ болѣе раннихъ стадіяхъ, гдѣ нѣтъ перехода новообразованія на клѣтчатку или брюшину таза, гдѣ матка подвижна, шейка матки мало или вовсе не поражена, то показуется удаленіе матки *per vaginam* (*hysterectomy vaginalis*). Если матка неподвижна или въ силу крѣпкихъ приращеній, или по причинѣ распространенія инфильтратовъ на параметріумъ и брюшину, лѣченіе рака и саркомы тѣла и дна матки сводится на уменьшеніе кровотеченія, дурно пахучаго отдѣляемаго и болей. Съ этою цѣлью чаще всего приходится прибѣгать къ выскабливанію распадающагося новообразованія, къ тампонаціи, горячимъ спринцеваніямъ, къ впрыскиванію въ полость матки *t-гае jodi*, іодоформной эмульсіи и смазыванія полости матки хлористымъ цинкомъ, къ вставленію въ полость матки суппозиторіевъ изъ *ol menthae* и къ употребленію наркотическихъ средствъ.

Г Л А В А III.

ЛѢЧЕНІЕ ФИБРОМЪ.

Удаленіе прорывавшихся фиброзныхъ и слизистыхъ полиповъ. Нанудобнѣйшимъ образомъ удаленіе фиброзныхъ полиповъ совершается при помощи экразера Мейера и Мельцера, который бываетъ двухъ размѣровъ: малаго и большого. Особенность Мельцеръ-Мейеровскихъ экразеровъ состоитъ въ томъ, что проволока въ нихъ, не смотря на свою обыкновенную толщину, отличается особенною крѣпостью и готовится изъ фортепіанныхъ струнъ. Какъ бы ни легко казалось получить ее у насъ, однако въ дѣйствительности оказывается, что только тѣ проволоки отличаются настоящею крѣпостью и прочностью, которыя выписаны изъ Лондона. Хорошая проволока должна свободно перерѣзать черепъ новорожденнаго младенца черезъ основную кость: между тѣмъ русскія и нѣмецкія проволоки при такомъ испытаніи обыкновенно ломаются. Это обстоятельство очень важно, ибо въ трудныхъ случаяхъ: при большихъ фиброзныхъ полипахъ, высоколежащихъ, словомъ, во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ удаленіе фиброзныхъ полиповъ приходится дѣлать по частямъ (*pag omgscellement*), прочность проволоки должна быть безусловная, и при операциіи надо всегда имѣть ихъ нѣсколько. Вторая особенность проволоки Мельцеръ—Мейера состоитъ въ томъ, что кромѣ прочности она обладаетъ замѣчательною эластичностью и гибкостью, такъ что легко обходитъ разнаго рода препятствія и легко скользитъ по поверхности опухоли: если петля проволоки будетъ доведена только до середины опухоли, то, при скручива-

ніи ея, стоять только протолкнуть конецъ экразера вглубь, какъ она легко проскользнетъ до самой ножки или основанія. Хорошо имѣть экразеры и прямые, и изогнутые по плоскости таза.

Второй необходимый инструментъ — щипцы Мюзе, которые должны быть длинны, гладки и прочны, съ заземляющимся замкомъ, и съ тремя остріями съ каждой сторѣны. Лучшіе щипцы Мюзе тѣ, въ которыхъ при закрытіи острія подходятъ другъ подъ друга и при проведеніи пальцемъ по нимъ не царапаютъ. Щипцовъ Мюзе надо имѣть нѣсколько разной толщины и крѣпости. Изъ обширнаго выбора щипцовъ Мюзе лучшіе — Мейера и Мельцера и Collin, и при томъ именно тѣ, которые сдѣланы по заказу профессора Барнеа.

Засимъ необходимо имѣть рядъ кровеостанавливающихъ средствъ, въ особенности горячую воду, ледъ и марлю. Не лишнее захватить съ собою и Куперовскія ножницы. Всякій прорѣзавшійся полипъ можетъ быть удаленъ безъ хлороформа, притомъ во всякое время, даже во время менструаціи и беременности. За нѣсколько дней до операціи больной назначаются частыя повторныя спринцеванія съ цѣлью остановить кровотеченіе и достигнуть сокращенія матки. Больная кладется въ положеніе для камнебъщенія и влагалище готовится по асептическому методу. Засимъ нижняя часть фибрознаго полипа захватывается щипцами Мюзе и оттягивается на сколько возможно ко входу влагалища; берется экразеръ, малый, средній или большой и щипцы Мюзе, надѣвается петля проволоки, которая вводится въ полость влагалища и накладывается на опухоль такъ, чтобы стволъ экразера былъ обращенъ къ *symphysis pubis*, а конецъ петли — въ полость крестцовой кости. Пройдя за большую окружность периферіи опухоли, экразеръ подвигивается, а конецъ его постепенно проталкивается къ мѣсту отхожденія ножки, такъ что иногда входитъ въ полость матки и уходитъ вглубь; въ это время дно матки фиксируется въ полости таза рукой помощника. Закрутивши проволоку не особенно крѣико, должно войти пальцемъ лѣвой руки въ полость влагалища и ощупать, не попала ли въ петлю влагалищная часть. Если таковаго обстоятельства не случилось, полипъ оттягивается нѣсколько книзу, а конецъ экразера проталкивается до конца ножки и медленно, постепенно, съ перемежками производится скручиваніе и отщепленіе ея. Если ножка нѣсколько широка, то при перерѣзываніи фибрознаго полипа слышится особый трескъ. Когда ножка перерѣзана, экразеръ дѣлается подвижнымъ и легко удаляется изъ полости матки; также легко выводится и фибрознаго полипъ. Женщина проспринцовывается горячею водою, полость матки и влагалища тампонируются марлей, на животъ кладется ледъ, и больная переносится въ постель. Если же полипъ былъ разложившійся, то полость матки передъ тампонаціей полезно смазать *t-га iodii*. Тщательно наблюдается, не появится ли вторичное кровотеченіе; если же послѣднее не появилось въ продолженіе первыхъ 4-хъ дней и если нѣтъ какихъ либо другихъ осложненій, то женщина можетъ считаться благополучно перенесшей удаленіе полипа. Стало быть, въ обыкновенныхъ случаяхъ операція неболезненна, легко исполнима и вообще рѣдко влечетъ за собой какія либо дурныя послѣдствія. Но и эта операція въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ представлять величайшія трудности, не только по продолжительности операціи, не только по возможности кровотеченій, но главнымъ

образомъ, по необходимости въ трудныхъ случаяхъ повторно прибѣгать къ операци. Чтобы показать трудности, которыя могутъ быть при этомъ, я сообщу одинъ случай высоко типичный въ этомъ отношеніи.

Въ клинику явилась женщина, жалуясь на кровотеченіе, гнилостныя бѣли и на гектическую лихорадку. При осмотрѣ оказалось, что въ брюшной полости находилась плотная опухоль, величиной равнявшаяся маткѣ на 6-омъ мѣсяцѣ беременности, сильно чувствительная и болѣзненная. При изслѣдованіи per vaginamъ вся полость влагалища оказалась занятой опухолью, которая тѣсно вѣдѣрилась въ полость малаго таза, такъ что пройти пальцемъ между опухолью и стѣнками таза не было возможности. Нижняя часть опухоли была въ состояніи распада и гангренищенціи. Опухоль была мало подвижна и, при надавливаніи на нее черезъ брюшныя стѣнки выше пупка, немного только подвигалась вверхъ. У больной были ежедневныя потрясающіе знобы, послѣ которыхъ температура достигала 40° , падая почти до нормы при обильныхъ потахъ. Пульсъ малый, частый; истощеніе больной колоссальное. Полагая, что причина такового истощенія и лихорадки лежитъ въ кровотеченияхъ и распадѣ опухоли, рѣшено было тотчасъ же удалить ее. Больная была захлороформирована; петля экразера была проведена на нижнюю часть опухоли въ косомъ размѣрѣ, и часть опухоли, приблизительно въ $\frac{1}{3}$ величины, отрѣзана. Затѣмъ въ другомъ, противоположномъ діагональномъ размѣрѣ, была отнята слѣдующая часть; такимъ образомъ, послѣ трехъ наложеній экразера, вся та часть опухоли, которая сидѣла въ полости малаго таза, на уровнѣ входа въ него, была отнята, послѣ чего можно было прощупать расширенное маточное отверстіе, имѣвшее въ продольномъ и поперечномъ діаметрѣ до $2\frac{1}{4}$ " , и растянутое выходящее изъ полости матки фиброзою опухолью. Дальнѣйшія попытки наложенія экразера не удалось, а потому въ виду слабости, больная была перенесена въ постель, на животъ положенъ ледъ, даны оживляющія средства и назначено постоянное орошеніе горячею водою. На другой день, не смотря на продолжающееся лихорадочное состояніе и слабость пульса, было сдѣлано подкожное впрыскиваніе эрготина, такъ какъ схватки были довольно энергичны. На третій день часть опухоли спустилась въ полость влагалища, снова показалось дурно пахучее отдѣляемое, а потому больная вторично была подвергнута подъ хлороформомъ операци удаленія прорѣзавшейся части. Черезъ нѣсколько дней послѣ этого опухоль снова прорѣзалась и была удалена въ этотъ разъ съ основаніемъ. Больная при примѣненіи постоянного орошенія и ежедневнаго массажа матки совершенно выздоровѣла.

Другой случай рассказанъ былъ выше, гдѣ еще курьезнѣе было то обстоятельство, что интралигаментарная опухоль шейки симулировала внутриматочный фиброзный полипъ. Много можно было бы рассказать случаевъ подобнаго рода, такъ какъ масса народа на Руси съ этимъ страданіемъ является слишкомъ поздно; но, не затрудняя читателей, я могу только остановить ихъ вниманіе на слѣдующемъ пунктѣ. Если существуютъ витальныя показанія къ удаленію фиброзаго полипа, то врачъ не долженъ задаваться вопросомъ, можетъ ли онъ удалить весь полипъ въ одинъ сеансъ или въ нѣсколько. Онъ долженъ помнить, что какъ бы ни была мала та часть опухоли, которую онъ удалитъ въ первый сеансъ, она будетъ имѣть неизбѣжно два послѣдствія: увеличить пространство въ полости влагалища и вы-

зоветь энергичныя сокращенія матки, которыя еще больше спускаютъ и вытѣсняютъ опухоль внизъ (въ полость влагалища). Благодаря послѣднему обстоятельству, кровотеченіе при удаленіи фиброзныхъ и подслизистыхъ полиповъ составляетъ величайшую рѣдкость, и если можетъ показаться, то совершенно при особыхъ условіяхъ, именно, при такъ называемомъ кавернозномъ ихъ перерожденіи. Для трудныхъ случаевъ была когда-то рекомендована спиральная эксцизія фиброидныхъ полиповъ и подслизистыхъ фибромъ. Способъ этотъ рекомендовалъ умершимъ гениальнымъ хирургомъ Симономъ и состоитъ въ лѣстничнообразномъ удаленіи полиповъ при помощи ножей и ножницъ. Сколько разъ я ни примѣнялъ этотъ способъ, всегда безуспѣшно, ибо ни ножи, ни ножницы не могутъ замѣнить такого сильнаго и надежнаго инструмента, какъ экразеръ Мейеръ-Мельцера. Дюжина проволоки и два экразера, --- и врядъ ли какой либо фиброзный полипъ не можетъ быть всецѣло удаленъ. Въ настоящее время такіе большіе полипы могутъ быть удаляемы методомъ *rag morcellement*, который производится или искривленнымъ ножомъ (Пеана), или при помощи острыхъ трубокъ Douen (рис. 98). Кроме того, влагалище при помощи боковыхъ разрѣзовъ (операция Шухарта) можетъ быть расширено *ad maximum*, и такимъ образомъ доступъ къ опухоли можетъ быть значительно облегченъ. Но если бы этихъ разрѣзовъ было недостаточно, то надо бы одинъ боковой разрѣзъ изъ параректального продолжить въ нарасакральныи (см. оперативный отдѣлъ), и тогда доступъ къ опухоли будетъ настолько свободенъ, что влагалище какъ будто бы и не существовало. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ экразеръ можетъ служить прекраснымъ инструментомъ для тракцій опухоли. Если провести проволоку экразера за большую периферію опухоли и ущемить ее петлей, то опухоль настолько можетъ быть фиксирована, что, если только размѣры ея соответствуютъ размѣрамъ таза, она можетъ быть экстирпирована по общимъ правиламъ извлеченія при помощи щипцовъ, и такимъ образомъ могутъ быть совершены, такъ называемое, роды фиброидовъ. Если даже опухоль не можетъ быть извлечена, то, по крайней мѣрѣ, при помощи ротаторныхъ движеній можетъ быть разрушена интимная связь ея съ окружающими частями, какъ это бываетъ при подслизистыхъ фибромахъ, послѣдствіемъ чего являются энергическія сокращенія матки и выталкиваніе фибромы въ полость влагалища. Точно такъ же, какъ мы уже упомянули, ни распадъ фибрознаго полипа, ни зараженіе крови вслѣдствіе этого распада, не служатъ противопоказаніемъ къ удаленію фиброзныхъ полиповъ. Всѣ эти правила могутъ быть отнесены и къ непрорѣзавшимся еще фибрознымъ полипамъ; разница будетъ состоять, можетъ быть, только въ томъ, что при вы-

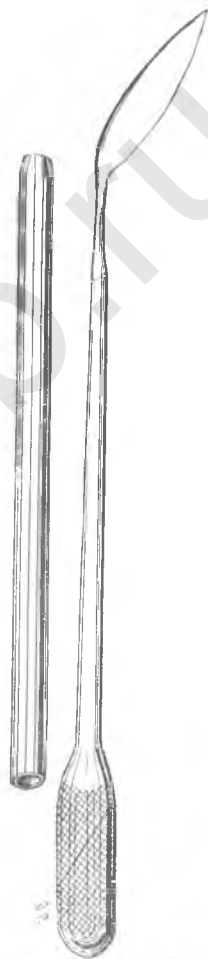


Рис. 98. Острая трубочка Douen'a и крюкъ Pean'a.

сокосидящихъ фиброзныхъ полипахъ должны быть предварительно употреблены средства, облегчающія прорѣзываніе ихъ, то есть: горячія сиринцеванія, подкожныя впрыскиванія эрготина, массажъ и тампонація, или кровавое расширеніе полости матки по способу Doyen—Martin.

Удаленіе подслизистыхъ фибромъ.—Когда маточное отверстіе дстаточно раскрыто, чтобы пропустить палець, щипцы Мюзе и ножикъ, разѣкаютъ на нѣкоторое пространство при помощи ножа или ножницъ слизистую оболочку, покрывающую опухоль, и пальцемъ или концами Куперовскихъ ножницъ отсепааровываютъ ее отъ опухоли на нѣкоторое разстояніе. Помощникъ въ это время фиксируетъ дно матки и производитъ сдавливаніе его, причемъ совмѣстно съ схватками показывается иногда довольно сильное кровотеченіе, и часть опухоли прорѣзывается сквозь разрѣзанную слизистую оболочку. Прорѣзавшуюся часть опухоли захватываютъ щипцами Мюзе, оттягиваютъ нѣсколько книзу и пальцемъ еще больше отсепааровываютъ слизистую оболочку, которая, благодаря схваткамъ матки и пальцу, разрывается и такимъ образомъ еще большая часть опухоли (подслизистая фиброма) отдѣляется отъ слизистой, покрывающей ее. Тогда щипцами Мюзе дѣлаютъ ротаторныя движенія и, идя пальцемъ по контурамъ опухоли, разрушаютъ или разрываютъ капсулу, что при одновременномъ массажѣ матки ведетъ къ опущенію опухоли къ наружному маточному отверстію и къ расширенію послѣдняго. Чтобы увеличить расширеніе, иногда необходимо сдѣлать ножницами нѣсколько звѣздообразныхъ надрѣзовъ, проходящихъ черезъ толщю губъ. Если капсула рыхлая, а опухоль не особенно значительной величины, съ яблоко или апельсинъ, то въ большинствѣ случаевъ удастся такимъ образомъ ее вылущить. Послѣ этого нужно тотчасъ же изслѣдовать полость матки, ибо иногда, вслѣдствіе увеличенія внутриматочнаго пространства и сокращенія матки, вышележащія фибромы опускаются внизъ и дѣлаются доступными для вылущенія. Я помню одинъ случай, гдѣ такимъ образомъ въ одинъ сеансъ было удалено 17 фибромъ, изъ которыхъ большія равнялись величинѣ крымскаго яблока, а меньшія—величинѣ горошины. Если вылущеніе затруднительно и не удастся ни при помощи ротаторныхъ движеній, ни при помощи массажа, и опухоль малодоступна вылущенію пальцемъ, то можно поступить двоякимъ образомъ: или оставить оперировать, перенести больную въ постель и назначить ей ergotinum подъ кожу одновременно съ горячимъ орошеніемъ (или тампонаціей матки и влагалища), и ждать, пока эти средства вызовутъ энергическія сокращенія матки, вслѣдствіе которыхъ опухоль вылущится; или попытаться наложить экразеръ на выдающуюся часть опухоли, и при помощи его производить разрушеніе капсулы фибромы. Если же и это не удастся, то можно отнять часть опухоли, результатомъ чего кровотеченіе является рѣдко, сокращенія же матки становятся болѣе энергичными и обусловливаются отчасти прямымъ дѣйствіемъ раздраженія, отчасти увеличеніемъ полости матки, а отчасти и тѣмъ, что питаніе опухоли разстраивается и въ окружности ея показывается нагноеніе съ образованіемъ демаркаціонной линіи. Послѣ вылущенія подслизистыхъ фибромъ, на низъ живота кладется ледъ и устанавливается постоянное внутриматочное горячее орошеніе растворомъ кали hypermanganici или, что лучше, полость матки тампонируется іодоформной марлей.

Всѣ правила для вылуценія подслизистыхъ опухолей одинаково приложимы и къ интерстиціальнымъ фибромамъ матки, только опасности здѣсь гораздо больше, ибо кровотеченіе можетъ быть сильнымъ, вслѣдствіе разрушенія мышцъ маточной паренхимы, и нагноеніе, слѣдующее за вылуценіемъ, можетъ легко подать поводъ къ воспаленію венъ и піеміи. Поэтому въ настоящее время интерстиціальныя фибромы удаляются совмѣстно съ маткой или *per vaginam*, или *per laparotomiam*. Иногда же интерстиціальная фиброміома можетъ быть удалена изъ существа матки и матка можетъ быть сохранена. (См. случаи въ главѣ о фибромахъ).

Фиброзное перерожденіе матки пользуется по большей части средствами, имѣющими цѣлю уменьшить матку, отсюда—разрѣзъ шейки и частичное удаленіе губъ съ образованіемъ эшеры на задней губѣ, внутриматочныя смазыванія *t-ra jodi*, подкожныя впрыскиванія эрготина, употребленіе солнечныхъ ваннъ, горячихъ спринцеваній, электричества, массажа, и наконецъ, когда всѣ эти мѣры не дѣйствительны и кровотеченіе достигаетъ колоссальныхъ размѣровъ, то или перевязка сосудовъ, или удаленіе матки.

Лѣченіе подсерозныхъ фибромъ по большей части ведется путемъ оперативнымъ, такъ какъ фармакологическія средства не могутъ уничтожить ихъ, въ особенности если онѣ велики и сращены съ сосѣдними частями. Если онѣ малы, но осложнены другими фибромами, то сущность лѣченія сводится на лѣченіе множественныхъ фиброміомъ (удаленіе новообразованій вмѣстѣ съ маткою — *myom-hysterectomy totalis abdominalis s. vaginalis*). Подсерозныя фиброміомы могутъ быть въ формѣ т. н. подсерозныхъ полиповъ. О лѣченіи ихъ см. въ хирургическомъ отдѣлѣ.

Показанія. Самое главное при хирургическомъ лѣченіи фиброміомъ матки—умѣть поставить показанія къ этой серьезной операціи.

Въ виду того, что въ настоящее время методы и техника удаленія фиброміомъ доведена до такого совершенства, что $\%$ смертности можетъ быть сравненъ съ $\%$ при овариотоміи, въ виду этого оправдываемо показаніе, что какъ только замѣчена фиброміома, такъ она должна быть удаляема. Однако же чаще въ практикѣ придерживаются слѣдующихъ показаній.

1) Если кровотеченіе очень сильно и не уступаетъ никакимъ, ни фармацевтическимъ, ни хирургическимъ средствамъ и приводитъ жизнь больной въ опасное состояніе, то, не смотря ни на какую величину опухоли, операція показуется.

2) Если опухоль велика и своимъ давленіемъ на сосѣднія части или поглощеніемъ питательнаго матеріала угрожаетъ жизни больной, операція показуется.

3) Если опухоль не велика, но производитъ сдавленіе гесті или мочеточниковъ, такъ что опороженіе кишекъ и стокъ мочи невозможенъ, операція показуется.

4) Если опухоль начинаетъ перерождаться злокачественно, что обозначается ея быстрымъ ростомъ и упадкомъ силъ больной, операція показуется.

Противопоказанія. При порокахъ сердца съ разстройствомъ компенсаціи и при Брайтовой болѣзни операція противопоказуется. Если нѣтъ ни одного яв-

ленія, угрожающаго жизни, изъ перечисленныхъ показаній, то выборъ времени для операціи зависитъ отъ больной и врача.

Лѣта больной не имѣютъ особой важности, ибо процентъ выздоровленій одинаковъ, какъ у женщинъ 30-ти лѣтъ, такъ и въ климактерическомъ періодѣ. Ни беременное, ни менструальное состояніе не противопоказуютъ операціи, равно какъ ни время года. Гораздо большую роль играетъ предварительное лѣченіе, состоящее въ усиленіи секретіи кожи и почекъ, въ уменьшеніи или прекращеніи бронхіальнаго катарра, въ регулированіи желудочно-кишечнаго аппарата, чтъ достигается цѣлесообразнымъ назначеніемъ желѣза, щелочныхъ водъ, ваннъ, обильнымъ употребленіемъ молока и т. д.

Теперь мы должны перейти къ вопросу объ опасности операціи удаленія фиброміомъ *per vaginam* и *per laparotomiam*. Прежде всего скажемъ объ опасности при удаленіи фиброміомъ *per laparotomiam*. Это удаленіе фиброміомъ *per laparotomiam* совершается въ тѣхъ случаяхъ, когда или благодаря величинѣ, или множественности опухолей, при сращеніи съ брюшными органами и тканями фиброміома не можетъ быть удалена *per vaginam*, причемъ удаляютъ или фиброміомъ съ дномъ и тѣломъ матки, или совмѣстно съ удаленіемъ всей матки.

Такое удаленіе (безъ шейки матки) совершается по двумъ методамъ: интра— и экстраперитонеальному. Разсматривая статистику этихъ операцій, мы видимъ въ продолженіе двадцатилѣтняго ихъ существованія постепенное и возрастающее улучшеніе. Такъ первыя статистики до 1883 года показываютъ, что на 573 операціи пришлось 241 смертный случай (42%); по экстраперитонеальному 247 операцій съ 97 смертями (39%), по интраперитонеальному 84 случая съ 33 смертельными исходами, (почти 40%).

Къ 1888 году смертность падаетъ въ общемъ до 25%, при экстраперитонеальномъ методѣ 22%, интраперитонеальномъ 32% (Pozzi). По статистикѣ, собранной въ диссертациі доктора Успенскаго *), вышедшей въ 1894 году, на 839 случаевъ падаетъ 202 смерти (24% смертности).

По статистикѣ, собранной д-ромъ Зеньковичемъ («Полное удаленіе матки при фиброміомахъ посредствомъ чревосѣченія и черезъ влагалище». Стр. 148), % смертности при методахъ чисто абдоминальныхъ 12, 41%, при вагино-абдоминальныхъ 15, 4%, при абдоминовагинальныхъ 14, 81%.

Кромѣ того, въ отдѣльныхъ рукахъ это улучшеніе достигаетъ значительныхъ цифръ и доводитъ у нѣкоторыхъ хирурговъ смертность до 10%.

Вообще должно отмѣтить, что съ каждымъ годомъ существованія операціи статистика улучшается. Это обусловливается съ одной стороны болѣе совершеннымъ состояніемъ асептики, съ другой—разработкой и улучшеніемъ техники. Но не слѣдуетъ придавать особаго значенія при сравнительной оцѣнкѣ двухъ методовъ статистическимъ цифрамъ: рѣшающемуся на эту операцію необходимо обстоятельно быть знакомымъ съ техникой обоихъ методовъ уже потому, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится прибѣгать къ смѣшанному способу, а въ нѣкоторыхъ необходимо воспользоваться исключительно экстраперитонеальнымъ спо-

(*) „Къ вопросу объ обработкѣ ножки при удаленіи фибромъ матки“.

собомъ. Въ особенности послѣднее относится къ тѣмъ случаямъ, гдѣ необходимо окончить операцію, напримѣръ, при начинающемся парезѣ сердца и при сильныхъ перебоихъ пульса во время хлороформированія, дабы сократить до minimum'a продолжительность операціи. Что тотъ и другой методъ даютъ почти одинаковый успѣхъ, подтверждается и тѣмъ обстоятельствомъ, что въ рукахъ отдѣльныхъ представителей этихъ методовъ: Шредера, Мартина, Цвейфеля, Леополяда съ одной стороны, Псана, Хегара, Кальтенбаха, Бантока, Тейта съ другой—процентъ смертности отъ операцій уменьшается съ каждымъ годомъ и доходитъ до minimum'a (у Шредера изъ 14 міотомій—13 выздоровленій и 1 смертный исходъ; у Хегара 12 случаевъ съ 11 выздоровленіями и 1 смертью; у Кальтенбаха изъ 8 случаевъ 1 смертельный).

Такій успѣхъ зависитъ съ одной стороны несомнѣнно отъ пріобрѣтенія опытности въ производствѣ операціи, а съ другой отъ умѣнія подбирать случаи для операціи. Объ этой послѣдней сторонѣ дѣла операторы неохотно говорятъ, но на самомъ дѣлѣ это вѣрно.

Итакъ, оба метода заслуживаютъ полного права гражданства. Что касается до меня лично, то я одинаково примѣнялъ и тотъ и другой методъ, хотя въ большинствѣ случаевъ придерживался интраперитонеального. Не оспаривая вполнѣ заслуженнаго пріоритета лѣстничнаго шва у Шредера, я долженъ во имя справедливости заявить, что въ 1881 году въ іюнѣ мѣсяцѣ мною было произведено удаленіе интерстиціальной фибромы *per laparotomiam* по такъ называемому способу Шредера (разница существовала въ томъ, что я пришивалъ ножку къ внутренней поверхности нижняго угла раны), Шредеръ же опубликовалъ свой методъ въ октябрѣ или ноябрѣ мѣсяцѣ 81 года, т. е. спустя 4 мѣсяца. Больная до сихъ поръ жива. Операція была произведена въ Алексинскомъ уѣздѣ, Тульской губерніи, въ присутствіи врачей—Морозова, Рыкунова и Бѣлкина.

Всѣхъ гистеротомій по интраперитонеальному методу мною произведено болѣе 200, изъ нихъ большая часть по такъ называемому ретроперитонеальному методу, въ общемъ съ 25% смертности, причемъ въ первое время % смертности доходилъ до 50, потомъ падалъ на 20, а въ послѣдней сотнѣ упалъ до 9. Съ тѣхъ же поръ, какъ я началъ дѣлать операцію по измѣненному способу Douen, въ послѣднихъ 44 случаяхъ былъ только одинъ случай смерти. Этотъ личный успѣхъ и заставляетъ меня думать, что операція *myomhysterectomy abdominalis totalis* находится въ настоящее время на такой же степени развитія, какъ и *ovariotomy*. Отсюда и понятно мое заключеніе, что фиброма должна быть удаляема тотчасъ, какъ она будетъ діагносцирована.

Въ настоящее время, благодаря обстоятельной и полной разработкѣ методовъ удаленія съ опухолями *per vaginam* (*myomhysterectomy totalis vaginalis*) всѣ виды фиброміомъ матки могутъ быть удалены чрезъ влагалище. Если фиброміома единичная и не велика, достигаетъ напр. величины яблока, то она можетъ быть удаляема по способу Douen-Martin, т. е. черезъ передній сводъ, вскрытый изъ влагалища, дно матки будетъ вытащено кнаружи и, если опухоль интерстиціальная или подслизистая, то по вскрытіи полости матки фиброма вылуцается, матка зашивается

и возвращается на старое мѣсто (см. операт. отд.) Если же фиброміома велика, то можно ее удалить *par morcellement*.

Главное показаніе къ удаленію фиброміомъ съ маткою *per vaginam* служитъ такая величина фиброміомы, что опухоль доходитъ только до пупка, и отсутствіе сращеній съ сосѣдними органами. Но по моему личному опыту удаленіе *per vaginam* фиброміомъ, доходящихъ до пупка, представляетъ колоссальныя трудности, главнымъ образомъ потому, что асептика не можетъ быть проведена, потому что сокъ изъ самой опухоли и секретія маточная попадаютъ въ брюшную полость.

Кровотеченіе не всегда съ достаточною отчетливостью можетъ быть остановлено, и въ случаѣ приращенія придатковъ къ сосѣднимъ органамъ они легко могутъ быть оставлены въ брюшной полости. Словомъ, какъ красива и изящна операція удаленія матки съ опухолью по методу Doyen, такъ непріятна и тяжела операція удаленія большихъ фиброміомъ *per vaginam*.

Что же касается до результатовъ операціи, то они въ высокой степени ободряющіе: у Pean на 300 случаевъ *myomhysterectomiae vagin. tot.* 6 смертей (2%), у Doyen на 28 случаевъ 1 смерть (3,6%), и потому нѣтъ никакого сомнѣнія, что будущее этой операціи вполне обезпечено. Конечно, изъ всѣхъ методовъ я лично совѣтую методъ Doyen.

Для излѣченія фиброміомъ нѣкоторыми врачами (Battey, Hegar, Lawson Tait) производится кастрація съ цѣлью произвести ранній климаксъ и, благодаря его наступленію, вызвать атрофію матки и опухоли съ послѣдовательнымъ ея рассасываніемъ. При этомъ Hegar имѣлъ на 55 операціяхъ 6 смертей. Въ 20 случаяхъ геморрагія прекратилась непосредственно за операціей, и въ 22 случаяхъ опухоль замѣтно уменьшилась, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ геморрагія прекратилась, а опухоль не уменьшилась. По статистикѣ Тессье, на 171 операцію было 25 смертей; изъ 146 случаевъ въ 89 геморрагія прекратилась, въ 66 случаѣ было замѣтное уменьшеніе опухоли, въ 71 случаѣ улучшенія не было. Эти цифры и данныя заставляютъ вывести слѣдующее заключеніе.

1) Методъ опасенъ, потому что % смертности высокъ.

2) Методъ не вѣрный, потому что иногда ни замедленія въ ростѣ опухоли, ни остановки кровотеченій не происходитъ. Не проходитъ года, чтобы въ клинику не являлось нѣсколько случаевъ фиброміомъ, которыя послѣ кастраціи опухоли продолжали расти и кровоточить, а потому должны были быть удалены. Кроме того слѣдуетъ отмѣтить, что отысканіе придатковъ матки при фиброміомахъ иногда въ высокой степени затруднительно, потому что придатки могутъ быть сращены съ различными органами и находиться позади опухоли и быть настолько измененными, благодаря присутствію гноя, крови и т. д., что вылущеніе ихъ является гораздо болѣе трудной и опасной операціей, чѣмъ удаленіе всей фиброміомы. Отсюда само собою понятна трудность наложенія лигатуръ при отнятій придатковъ, возможность соскальзыванія ихъ и, такимъ образомъ, возможность вторичнаго кровотеченія.

Въ виду всего изложеннаго я лично отрицаю эту операцію и не совѣтую примѣнять ее. Но есть условія, очень исключительныя, которыя могутъ заста-

вить прибѣгнуть къ этой операціи, какъ къ послѣднему ресурсу, послѣдней помощи, которую можно дать больной. Если, благодаря обширнымъ и плотнымъ сращениямъ опухоли и крайней слабости больной, удаленіе опухоли сопряжено съ опасностью жизни, а между прочимъ попытка къ уменьшенію опухоли или къ остановкѣ кровотечения неизбежна, то, конечно, въ этихъ условіяхъ возможно прибѣгнуть къ кастраціи, но вмѣстѣ съ тѣмъ надо безусловно перевязать всѣ сосуды, которые доступны для перевязки, будутъ ли то *art. uterinae*, или вѣтви ихъ, или другіе анастомозы.

Что же касается до перевязки сосудовъ, то несомнѣнно, матка съ опухолью послѣ перевязки *art. uterinae et spermatica* будетъ атрофироваться. Но такъ какъ акуратная перевязка этихъ сосудовъ займетъ почти то же самое время, какъ и удаленіе всей фиброміомы, то этотъ методъ имѣетъ мало преимуществъ.

Если фиброзная опухоль не можетъ быть удалена хирургическими способами, тогда является необходимость приложенія симптоматическаго лѣченія съ цѣлью уменьшенія или прекращенія кровотечения и роста опухоли. На первомъ мѣстѣ — электричество, на второмъ — впрыскиваніе подъ кожу *ergotin'a*, отъ $\frac{1}{2}$ gr. до 1 ежедневно или черезъ день; количество впрыскиваній отъ 48 до 120. Хотя и описано не мало случаевъ, гдѣ при такомъ лѣченіи наступало полное излѣченіе, но я лично не видѣлъ ни одного. Все, чего удавалось достигнуть, это — уменьшенія кровотечения, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ остановки въ ростѣ опухоли; это послѣднее особенно замѣтно при интерстиціальнхъ фиброміомахъ. Къ впрыскиванію эрготина или *ас. sclerotinici* безусловно должно прибѣгать во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется дѣло съ подслизистой или интерстиціальной фибромой, и, если первыя 20 впрыскиваній не окажутъ никакого результата, то лучше прекратить дальнѣйшія попытки. Точно также къ впрыскиванію эрготина приходится прибѣгать во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ оперативное вмѣшательство невозможно. Обыкновенно въ помощь къ нему назначаются частыя повторныя горячія спринцеванія и другія кровоостанавливающія средства. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, именно тамъ, гдѣ фибромы и фиброиды вызывали частыя повторныя воспаленія брюшины, лѣченіе зимой горячими спринцеваніями и душами на животъ, а лѣтомъ — солнечными, или въ особенности грязевыми ваннами приносило существенную пользу. При фиброзномъ перерожденіи матки и интерстиціальнхъ фибромахъ кровоостанавливающимъ средствомъ являются внутриматочныя смазыванія *t-rae jodi*, въ растворѣ 1: 4 *glycerini* и доводи до цѣльной тинктуры. Смазываніе производится 2 или 3 раза въ недѣлю, переносится хорошо и безъ всякихъ дурныхъ послѣдствій. Точно также можетъ быть рекомендовано и выскабливаніе, хотя я бы совѣтовалъ относиться къ этому очень осторожно, потому что трудно діагносцировать состояніе придатковъ, и если есть въ нихъ гной, то выскабливаніе можетъ сопровождаться опасными послѣдствіями и даже можетъ наступить смерть.

Г Л А В А IV.

Лѣченіе *endocervicitidis et endometritidis fungosae*.

Если врачъ убѣждается при помощи осмотра зеркаломъ, что источникъ кровотеченія находится въ разросшихся грануляціяхъ, въ разрастаніи Наботіевыхъ железъ или вообще въ набухлости и утолщеніи слизистой шейнаго канала, то первоначально производитъ смазываніе шейнаго канала 3 раза въ недѣлю *aceto pyrolignoso crudo* и назначаетъ горячія спринцеванія въ 35°, 2 или 3 раза въ день внѣ кровотеченій, а во время кровотеченій частота спринцеваній увеличивается до 10 разъ въ сутки, и t-га ихъ поднимается до 40°. Если же это оказывается недѣйствительнымъ, и грануляціи нисколько не уменьшаются, то лучше всего смазывать 50% хлористаго цинка 2—3 раза въ недѣлю.

При выпаденіяхъ слизистой оболочки вливаніе 2 раза въ недѣлю при помощи зеркала *ac. pyrolignosi crudi*, которая оставляется въ соприкосновеніи съ шейкой матки въ продолженіе 5, 10 минутъ, даетъ прекрасные результаты. Если же выпаденіе отъ этого не устраняется, несмотря на укрѣпляющее лѣченіе всего организма, на примѣненіе горячихъ спринцеваній, на вкладываніе тампоновъ съ глицериномъ, то можно сдѣлать поверхностное прижиганіе каленымъ желѣзомъ.

Спринцеванія теплыя или горячія могутъ быть употребляемы для уменьшенія бѣлей, зависящихъ отъ эндоцервицита, особенно въ присутствіи эрозій или язвы на влагалищной части, или изъ чистой воды, или съ примѣсью различнаго рода лѣкарственныхъ средствъ.

Если *endocervicitis* находится въ остромъ или подостромъ состояніи и чувствительность очень значительна, или, если *endocervicitis* составляетъ только частное явленіе триппернаго зараженія, и вообще во всѣхъ случаяхъ, гдѣ при изслѣдованіи влагалища, матка или сосѣдніе органы сильно чувствительны, лучшее средство, успокаивающее боли и уменьшающее секрецію, есть спринцеваніе изъ отвара льнянаго сѣмени съ t-га орій и вставленіе на ночь суппозиторіевъ изъ іодоформа съ *ol. menthae*.

Если чувствительность не особенно значительна, а на шейкѣ матки существуютъ преимущественно поверхностныя *erosiones*, то прибавленіе къ спринцеваніямъ *extr. Saturni*, въ количествѣ 1 чайной ложки на стаканъ, оказывается весьма цѣлесообразнымъ.

Если чувствительности совсѣмъ нѣтъ, а на шейкѣ матки замѣчаются экзальцераци, и въ особенности если женщина страдаетъ хроническимъ кольпитомъ — спринцеваніе съ *surgum sulphuric. 3jj* на 6 стакановъ, составляетъ вѣрное средство, ограничивающее гиперсекрецію.

Если стѣпки вагины и влагалищной части очень рыхлы и покрыты кровоточащими эрозіями или замѣчаются эктазированные вены, то спринцеванія съ *liquor ferri sesquichlor.*, отъ 30—40 капель на стаканъ, составляютъ хорошее средство.

Если больная жалуется на *pruritus* и гиперсекрецію, то спринцеванія съ прибавленіемъ *acid. carbolicі* отъ 1/2—2—3 чайныхъ ложекъ на стаканъ воды или *ol. menthae*, оказываются во многихъ случаяхъ полезными.

Если послѣднее мало дѣйствительно, или сильно раздражаетъ, то спринцеваніе съ хлораль-гидратомъ (3jv—на 3vjij) приноситъ существенную пользу.

При подостромъ воспаленіи шейки матки или при засореніи фолликулъ употребляются скарификаціи, въ первомъ случаѣ—для того, чтобы уменьшить кровенакопленіе въ маткѣ, а во второмъ—для опорожненія содержимаго засоренныхъ фолликулъ. Количество скарификацій различно, отъ 4—8, не глубокія—линіи въ 2, дѣлаются обыкновенно на передней и задней губѣ и выпускается заразъ не болѣе 1 или 1½ чайныхъ ложекъ крови; если хотятъ извлечь больше крови, то насѣчки дѣлаются ближе къ os externum. Для остановки кровотеченія употребляютъ карболовую или салициловую вату; если же есть ссадины или язвы на шейкѣ матки, то хорошо смочить вату ас. rugolignoso. Насѣчки производятся 1—2 раза въ недѣлю. Это средство дѣйствуетъ временно, ибо на другой уже день цвѣтъ влагалищной части становится опять такимъ же, какимъ былъ до насѣчекъ. Если тотчасъ послѣ насѣчекъ боли стихаютъ, и женщина чувствуетъ облегченіе болѣзненныхъ припадковъ, то употребленіе насѣчекъ цѣлесообразно, въ противномъ случаѣ онѣ навѣрно не принесутъ никакой пользы. Что касается до меня лично, то я рѣдко прибѣгаю къ насѣчкамъ, какъ при заболѣваніяхъ шейки матки, такъ тѣла и дна ея, но охотно употребляю только въ тѣхъ случаяхъ, когда есть засореніе фолликулъ.

Лѣченіе endometritidis fungosae. Шейка матки расширяется при помощи Гераровскихъ расширителей, затѣмъ производится выскабливаніе набухшей слизистой оболочки съ послѣдовательнымъ прижиганіемъ t-га jodii или выпариваніемъ. Послѣдовательное лѣченіе состоитъ въ тампонаціяхъ іодоформенной марлей и смазываніи t-га jodii, первоначально 1: 4 glycerini и доводя до цѣльной, раза 2 или 3 въ недѣлю въ продолженіе интерменструальнаго періода. Въ помощь къ нимъ назначаются горячія спринцеванія, эрготинъ, и укрѣпляющее лѣченіе.

Лѣченіе трипперныхъ заболѣваній.—Въ остромъ періодѣ главное уложить женщину въ постель, положить ледъ на животъ, дать слабительное. Если существуетъ vulvitis, то полезно прикладыванье компрессовъ, смоченныхъ fomentum Rustii или aqua Goulardii. При colpitis вставленіе іодоформенныхъ suppositorii cum cocaino и oleo menthae, легкая діета, обильное питье. При дизуриі—t-га kawa-kawa (по 8 к. съ натуральной зельтерской водой).

Спринцеваній слѣдуетъ избѣгать въ продолженіе всего остраго періода; но если спринцеваніе было бы назначено, то оно должно быть индифферентное съ опіемъ и самой слабой струей.

Если отдѣляемое обильно, раздражающее и іодоформъ съ кокаиномъ не уменьшаютъ и не ограничиваютъ его, то необходимо ввести зеркало (конечно если вѣтъ остраго воспаленія брюшины или придатковъ матки), обложить влагалищную часть, вытереть на сухо какъ ее, такъ и стѣнки влагалища ватой смоченной въ сулемѣ 1: 1000, смазать растворомъ argenti nitrici 1: 100.

Но гораздо лучше избѣгать вставленій зеркала и обыкновенно къ концу 7 сутокъ острия явленія стихаютъ. Если есть подозрѣніе на пораженіе придатковъ или брюшины, то лучше вставлять суппозитории изъ ихтиола (ichtyol sulph. gr. v, Butyr. Casae ʒj).

Принципъ лѣченія хронической формы основывается на лѣченіи катаровъ сли-

зистой матки, воспаления придатковъ и брюшины. Здѣсь особенно умѣстно медленное расширение матки и тампонація этого органа. При этомъ трудность лѣченія состоитъ главнымъ образомъ въ томъ, что остаются обыкновенно неизвѣстными степень заболѣванія и раздражительности трубъ. Поэтому при начинающихся боляхъ въ пахахъ расширение матки должно быть остановлено и при помощи теплыхъ смягчительныхъ спринцеваній, теплыхъ полуваннъ, раздражительность придатковъ должна быть понижена.

Когда расширение, дренажированіе и выскабливаніе матки не приносятъ надлежащаго облегченія, тогда возникаетъ вопросъ объ удаленіи придатковъ матки съ цѣлью произвести ранній климаксъ матки т. е. съ цѣлью произвести раннее увяданіе этого органа. Этотъ вопросъ возникаетъ только въ тѣхъ случаяхъ, когда придатки матки и брюшина поражены. Напр. оно безусловно показуется при *ruosalpinx* и *salpingoophoritis purulenta*. Нѣтъ никакого сомнѣнія, что придатки, сказаннымъ образомъ измѣненные, должны быть удалены. Но оба придатка не бываютъ одинаково измѣнены: по большей части одинъ поражается больше, а другой меньше. Случается, что придатки одной стороны остаются относительно здоровыми и при операциіи возникаетъ вопросъ, слѣдуетъ-ли оставить ихъ, или удалить?

Трипперъ принадлежитъ къ процессамъ, поражающимъ по большей части придатки обѣихъ сторонъ и наблюденія показываютъ, что микроскопическія измѣненія при трипперѣ на придаткахъ могутъ быть такъ незначительны, что они на видъ кажутся здоровыми, а между тѣмъ черезъ нѣкоторое время они подвергаются грубымъ патологическимъ измѣненіямъ (свойственнымъ бленнореѣ), заставляющимъ снова прибѣгнуть къ чревосѣченію для ихъ удаленія. Поэтому въ практическомъ отношеніи чрезвычайно важно рѣшить вопросъ: удалять-ли при трипперѣ придатки обѣихъ сторонъ, или только тѣ, которые грубо измѣнены? Я вполне присоединяюсь къ мнѣнію L. Tait, что при этомъ страданіи придатки обѣихъ сторонъ должны быть удалены, дабы избѣгнуть впоследствии вторичной *laparotomia*, которая всегда труднѣе и опаснѣе.

Второй фактъ, который долженъ быть отмѣченъ здѣсь, состоитъ въ слѣдующемъ. Придатки обѣихъ сторонъ могутъ быть удалены, а облегченіе не послѣдуетъ, потому что менструація можетъ продолжаться, а равно боли и бѣли. Менструація послѣ отнятія придатковъ можетъ сохраняться довольно долго: годъ, или два. Это зависитъ или оттого, что часть трубы несомнѣнно была оставлена, или отъ болѣзненнаго состоянія слизистой матки, или, наконецъ, отъ новообразованія въ этомъ органѣ. Продолженіе менструаціи или періодическаго кровотока послѣ удаленія придатковъ въ большинствѣ случаевъ составляетъ весьма непріятный симптомъ, и потому я совѣтую отнимать трубы въ самомъ рогѣ матки т. е. въ интерстиціальной части трубы. Для этого нужно вырѣзать изъ ткани матки конической кусокъ, вмѣщающій въ себѣ маточный конецъ трубы. Это необходимо сдѣлать еще потому, что маточный конецъ трубы обыкновенно глубоко измѣненъ при трипперѣ и потому оставленіе его поражаетъ по большей части боли, которыя продолжаютъ послѣ чревосѣченія.

Такимъ образомъ удаленіе всей трубы рѣшительно необходимо. Кровотече-

не можетъ зависѣть отъ новообразованія, которое, помѣщаясь въ существѣ матки или подъ ея слизистой оболочкой, по своимъ ничтожнымъ размѣрамъ можетъ быть просмотрѣно.

Поэтому съ одной стороны необходимо тщательное освидѣтельствованіе существа матки во время чревосѣченія, а съ другой стороны необходимо перевязать всѣ сосуды съ боку матки вплоть до уровня внутренняго маточнаго отверстія.

Въ виду того, что слипчивое воспаленіе брюшины при трипперѣ составляетъ частое явленіе, необходимо послѣ отнятія придатковъ матки произвести *ventrofixatio* и подшить оставшіяся культи широкихъ связокъ къ нижнему углу раны такимъ образомъ, чтобы всѣ подозрительно инфицированныя ткани находились отграниченными отъ брюшной полости. Этимъ способомъ удастся устранить съ одной стороны приращеніе матки кзади, а съ другой устраняется возможность интраперитонеальныхъ инфильтратовъ. Если не прибѣгать къ вышесказаннымъ способамъ, то иногда потребуетъ еще новая операція—*hysterectomy vaginalis*.

Итакъ, кровотеченіе, бѣли, боли послѣ *ablatio adnexorum uteri* въ большинствѣ случаевъ могутъ быть устранены.

Слѣдующее явленіе, которое должно имѣть въ виду послѣ удаленія придатковъ, состоитъ въ томъ, что благодаря прекращенію менструаціи являются ряды мѣстныхъ и общихъ расстройствъ, которыя проявляются въ сосудистой, нервной и психической системахъ. Иногда каждый мѣсяць, а чаще черезъ неправильные промежутки времени, появляется приливъ крови къ тазовой области, (*palpitatio cordis, asthma* и *haemoptisis*) и къ головѣ.

Внизу живота они выражаются чувствомъ полноты, тяжести, частаго позыва на мочу, слизиотдѣленіемъ, зудомъ и иногда геморроидальными явленіями, при общемъ угнетенномъ или возбужденномъ состояніи съ отечностью въ лицѣ, конечностяхъ, съ покалываніями и чувствительностью, въ особенности въ соскахъ. Иногда лице быстро краснѣетъ, въ ушахъ звонъ, голова кружится, въ глазахъ темнѣетъ и больную всю обдаетъ потомъ. Эти явленія очень характерны и обыкновенно строгая діета, лѣченіе водой и пивки къ кончику приносятъ замѣтное облегченіе.

Не слѣдуетъ также упускать при этомъ изъ виду благотворнаго вліянія массажа живота; но иногда всѣ эти явленія чрезвычайно упорны и нужно предупредить больную, что они могутъ продолжаться отъ шести мѣсяцевъ до двухъ лѣтъ и даже болѣе.

Нервные явленія могутъ проявляться въ формѣ невралгій въ тазовой, грудной и черепной полостяхъ, а на конечностяхъ въ формѣ гиперестезій, парестезій и анестезій. Бессонница и рядъ другихъ нервныхъ расстройствъ могутъ довести больную и до состоянія психоза.

Все это особенно нужно имѣть въ виду у особой нервныхъ, въ особенности съ наслѣдственнымъ предрасположеніемъ. Мнѣ случалось видѣть послѣ цѣлаго ряда терапевтическихъ неудачъ излѣченіе этихъ явленій при помощи гипноза. Часто больныя задаютъ вопросъ, исчезаетъ ли мѣстное сладострастіе, и способны ли онѣ, послѣ такой операціи, быть женами своимъ мужьямъ? Въ пер-

вое время измѣненій обыкновенно не наблюдается, но года черезъ два сладострастные ощущенія падаютъ, появляется особенная сухость во влагалищѣ и половое удовлетвореніе наступаетъ весьма рѣдко. Но такъ какъ уменьшеніе половыхъ желаній совершается весьма медленно, то больная привыкаетъ къ такому состоянію.

Есть еще одна черта, которую нужно отнести къ трофическимъ разстройствамъ: это склонность къ ожирѣнію. Первымъ признакомъ является ожирѣніе въ нижней части живота и ожирѣніе груди совмѣстно съ ожирѣніемъ сердца.

Врачъ долженъ рано обратить вниманіе на эти признаки, объяснить и растолковать ихъ значеніе больнымъ.

Уже было выше упомянуто о значеніи и послѣдствіяхъ триппернаго зараженія во время родового акта и въ послѣродовомъ періодѣ, и отмѣчена опасность, угрожающая при этомъ матери и плоду. Какъ извѣстно, для предупрежденія conjunctivitis blennorrhoeica ребенку вливаются въ глаза тотчасъ по рожденіи 2 капли 1% раствора *argenti nitrici*; но гораздо важнѣе предупредить заболѣваніе ребенка и матери слѣдующими мѣрами. За недѣлю до родовъ женщина должна подмываться ежедневно 2 раза мыломъ съ теплой водой, чтобы тщательно вымыть влагалище, своды и влагалищную часть. Мыть надо до тѣхъ поръ, пока получится ощущеніе скрипа. Послѣ такого обмыванія надо проспринцеваться сулемой 1: 1000 и на ночь ввести суппозиторій изъ іодоформа съ *ol. Menthae*. Такими простыми мѣрами удастся предупредить заболѣваніе.

Лѣченіе острыхъ кондиломъ хирургическое: срѣзать ножницами и прижечь пакеленомъ или крѣпкой дымящейся азотной кислотой. Но главное — чистота: частое подмываніе съ послѣдовательной присыпкой изъ висмута съ салициловымъ натромъ.

Г Л А В А V.

Лѣченіе двухсторонняго Эмметовскаго разрыва.

Если при Эмметовскомъ разрывѣ существуетъ выворотъ губъ и притомъ выворотъ покрытъ ссадинами или язвами, и язвы эти даютъ много отдѣленія и пособствуютъ кровотеченію, — въ такихъ случаяхъ существуетъ показаніе къ возстановленію шейки шиваніемъ Эмметовскаго разрыва. Предварительно назначаютъ горячія спринцеванія раза два въ день или болѣе, а на ночь вкладываніе ватныхъ тампоновъ съ іодоформной эмульсіей, и по прошествіи недѣльнаго срока приступаютъ къ операци. Время, наибудобнѣйшее для операци, — середина между двумя регулами. Наканунѣ женщинѣ дается касторовое масло, а по утру въ день операци ставится промывательное. Операци производится по большей части безъ хлороформа. Вставляются круглое маточное зеркало и черезъ него вливается для обмыванія влагалищной части 5% растворъ *acidi carbolic*.

Больная находится въ положеніи для камнебѣженія. Влагалищная часть

обнажается зеркалами Симона, захватывается ею передняя и задняя губа щипцами Мюзе и вся матка опускается ко входу во влагалище. Послѣ этого другая губа захватывается острыми крючками или щипцами Мюзе и передается помощнику. Хирургъ беретъ острый пинцетъ и захватываетъ имъ уголь разрыва и ножницами, прямыми или изогнутыми или бистури, окровавливаетъ края разрывовъ, какъ съ одной, такъ и съ другой стороны. Кровотеченіе обыкновенно бываетъ не очень сильно; если же поранены вѣтви *art. uterinae*, то онѣ захватываются защемляющими пинцетами или швомъ. Засимъ накладываютъ швы, глубокіе и поверхностные (рис. 99), причемъ одинъ шовъ кладется выше угла разрыва съ цѣлью предупредить появленіе вторичнаго кровотеченія. Больная переносится въ постель, назначаются ежедневныя антисептическія спринцеванія или же влагалище тампонируется іодоформной марлей, и на 8 день марля и швы удаляются.



Рисунокъ 99. Наложеніе поверхностныхъ и глубокихъ швовъ при сшиваніи Эмметоваго разрыва.

Иногда вывороченныя губы чрезвычайно утолщены, такъ что при сведеніи ихъ въ центрѣ шейки образуется бугоръ, мѣшающій тѣсному соприкосновенію краевъ разрыва, почему иногда необходимо, сдѣлать клинообразные вырѣзы изъ передней и задней губы, что не только не затрудняетъ излѣченія, но напротивъ еще болѣе обезнечиваетъ срастаніе окровавленныхъ краевъ раны. Опасности, могуція сопровождать эту операцію, состоятъ въ возможности появленія воспаленія клѣтчатки (*parametritis et pelveocellulitis*) и вторичнаго кровотеченія. Что касается остановки этого послѣдняго, то если тампонація льдомъ или горячія спринцеванія оказываются неэффективными, приходится иногда прибѣгнуть къ преждевременному снятію швовъ или же къ наложенію еще новаго шва выше верхняго съ тѣмъ, чтобы при помощи его перевязать вѣтви *arter. uterinae*. Не должно забывать наставленія Эммета относительно важности удаленія рубцовой ткани въ углахъ разрывовъ и близъ нихъ, ибо, по его завѣренію, присутствіе таковой рубцовой ткани затрудняетъ заживленіе и обусловливаетъ конгестію матки, ея увеличеніе и рядъ нервныхъ припадковъ, въ особенности невралгій. Посему должно ощупывать пальцемъ мѣста, которыя желаютъ окровавить и, въ случаѣ нахожденія затвердѣній, таковыя должно удалить ножемъ. Эмметъ совѣтуетъ сшивать односторонніе, а также 3-хъ и 4-хъ-сторонніе разрывы, руководствуясь опять-таки присутствіемъ рубцовъ.

Если больной лѣтъ 35 или болѣе, и она женщина многорожавшая, то врядъ ли существуетъ надобность при тѣхъ же условіяхъ прибѣгать къ сшиванію; тутъ лучше замѣнить его ампутаціей влагалищной части. Если существуетъ 2-хъ-сторонній разрывъ, а выворота нѣтъ, то показаній къ сшиванію разрыва не имѣется.

Г Л А В А VI.

ЛѢЧЕНІЕ *metritidis chronicae*.

Столько было толковано о невозможности полного излѣченія хроническаго воспаления матки, и такое обиліе средствъ предложено и предлагается во всѣхъ учебникахъ и трактатахъ, что нѣтъ никакой возможности правильно систематизировать ихъ. По счастью въ этомъ не имѣется никакой нужды, ибо я на основаніи своего личнаго опыта могу прямо заявить, что въ огромномъ большинствѣ случаевъ, *metritis chronica* можетъ быть излѣчено настолько, что всѣ функціи половыхъ органовъ могутъ совершаться правильно, и что единственно родовая функція восстанавливается съ трудомъ, что зависитъ главнымъ образомъ отъ хроническаго адгезивнаго воспаления брюшины, производящаго или неподвижность матки, или сращенія трубъ и яичниковъ. Но есть очень запущенные и осложненные случаи хроническаго метрита, которые дѣйствительно неизлѣчимы, но никакъ не потому, что хроническое воспаление матки *per se* не могло бы быть вылѣчено, но исключительно потому, что всѣ тазовые органы (главнымъ образомъ трубы, яичники, брюшина) находятся въ состояніи хроническаго заболѣванія. Но въ новѣйшее время сдѣланы попытки устранить и эти заболѣванія, и если вѣрить Тейту, то результаты, съ точки зрѣнія восстановленія правильности половыхъ функцій и общаго здоровья женщины, должны считаться блестящими. Снова повторяю, *metritis chronica* принадлежитъ къ страданіямъ излѣчимымъ, и ошибка врачей состоитъ въ томъ, что они смѣшиваютъ *metritis chronica* съ заболѣваніемъ сосѣднихъ органовъ.

Вторая ошибка состоитъ въ томъ, что во всѣхъ описаніяхъ лѣченія хроническаго метрита нѣтъ основного, руководящаго принципа. Лѣченіе назначается огуломъ и мѣстное, и общее и питаются блестящія надежды при посылкѣ больныхъ на разныя минеральныя воды и морскія купанія. Сколько русскихъ больныхъ посѣщало и посѣщаетъ Крейцнахъ и Франценсбадъ въ надеждѣ найти тамъ излѣченіе отъ хроническаго воспаления матки, но я видѣлъ много больныхъ, проведшихъ тамъ хорошо время, по возвращеніи же снова заболѣвавшихъ. Съ тѣхъ поръ, какъ я усвоилъ себѣ извѣстную систему при лѣченіи женскихъ болѣзней, я не имѣю болѣе нужды посылать больныхъ на какія либо воды или купанія по поводу только хроническаго воспаления матки, и 20-лѣтній опытъ далъ мнѣ возможность убѣдиться въ справедливости такого рѣшенія. Основной принципъ лѣченія развитога хроническаго воспаления матки состоитъ въ *борьбѣ противъ кардинальныхъ признаковъ хроническаго воспаления матки*, то-есть противъ измененія консистенціи, величины, чувствительности матки и противъ измененія правильности ея положенія. Для борьбы съ таковыми расстройствами предварительно долженъ быть разрѣшенъ вопросъ: всѣ ли общія уклоненія въ здоровьѣ женщины зависятъ исключительно отъ хроническаго воспаления матки?

Рѣшеніе этого вопроса основывается исключительно на знаніи частной и общей патологіи. Если онъ рѣшается въ пользу того, что всѣ измененія зави-

сать отъ хроническаго воспаленія матки, то лѣченіе главнымъ образомъ мѣстное съ прибавочнымъ общимъ; если же общія уклоненія характера самостоятельнаго, то лѣченіе начинается съ нихъ. Во-вторыхъ, если хроническое воспаленіе матки произошло изъ остраго, то лѣченіе главнымъ образомъ противовоспалительное, тонизирующее и седативное. Если же наконецъ хроническое воспаленіе произошло отъ расстройства питанія, то лѣченіе главнымъ образомъ укрѣпляющее и возбуждающее. Руководясь такими принципами при лѣченіи хроническихъ воспаленій матки и принимая во вниманіе, что *metritis chronica* часто влечетъ за собою безплодіе, задача лѣченія сводится къ восстановленію способности забеременѣть, къ правильному родоразрѣшенію, ибо роды, какъ давно уже извѣстно, могутъ всецѣло излѣчить хроническое воспаленіе матки. Если важно знать лѣченіе хроническаго метрита, то еще важнѣе умѣть предупреждать появленіе его, и потому при изложеніи лѣченія хроническаго воспаленія оно будетъ раздѣлено на два отдѣла: на профилактическое и на лѣченіе уже развившагоса воспаленія.

Профилактическое лѣченіе. Хроническое воспаленіе матки замѣчается чаще всего у женщинъ рожавшихъ, и начало происхожденія его легко прослѣдить отъ воспалительныхъ послѣродовыхъ заболѣваній, или же оно развивается не по причинѣ воспаленія, а осложняется собой впослѣдствіи плохо инволюировавшую матку, другими словами, *subinvolutio* часто переходитъ въ хроническое воспаленіе матки. Умѣть предупредить появленіе воспалительнымъ процессомъ въ послѣродовомъ періодѣ, заставить матку хорошо сократиться, такъ чтобы она дѣйствительно изъ объема въ 400 куб. сант. перешла въ объемъ 1 куб. сант. есть въ тоже время знаніе и умѣніе обращаться правильно съ послѣродовымъ періодомъ. Обычный срокъ, принимаемый всеми для послѣродового періода, 6-ти недѣльный, то-есть до того времени, пока не покажутся первыя регулы. Но наблюденія показываютъ, что первыя регулы у некармлиющихъ женщинъ при нормальныхъ условіяхъ являюся отъ 1½ мѣсяцевъ до половины 3-го, а потому нельзя съ точностью опредѣлять продолжительность послѣродового періода. У особъ слабыхъ, хорошо обставленныхъ и вообще у особъ съ предрасположеніемъ къ какому-нибудь заболѣванію, послѣродовой періодъ гораздо продолжительнѣе, и съ практической точки зрѣнія выгоднѣе опредѣлять продолжительность послѣродового періода по крайней мѣрѣ въ два мѣсяца. Главныя, существенныя измѣненія, претерпѣваемые организмомъ въ послѣродовомъ періодѣ, состоятъ несомнѣнно въ измѣненіяхъ крови, но о такихъ измѣненіяхъ кроветворенія въ этомъ періодѣ мы очень мало знаемъ. Этотъ періодъ характеризуется главнымъ образомъ изобиліемъ секретій: маточной, почечной, кожной и т. д., *стало-быть, задача терапіи заключается въ поддержаніи таковыхъ секретій—правило, которое никогда не должно быть упущаемо при третированіи послѣродового періода.* Патологическая особенность послѣродового періода заключается въ болѣзняхъ крови инфекціоннаго характера—септицеміи, такъ что каждое послѣродовое заболѣваніе половой сферы должно разсматривать, какъ септическое; отсюда само собой понятно, что принципъ лѣченія лежитъ въ предупрежденіи заразы, въ идеальной чистотѣ, которой при обыкновенныхъ условіяхъ стремятся достигнуть путемъ строгаго антисептическаго и асептическаго методовъ. Условія, благопріятствующія внесенію заразы въ орга-

низмъ, даны послѣ родовъ въ половыхъ органахъ женщинъ, ибо, помимо всякихъ возможныхъ раненій и поврежденій, сама внутренняя поверхность матки послѣ родовъ есть ничто иное, какъ рана, способная воспринять всевозможныя заразы; а одно мѣсто въ маткѣ—мѣсто прикрѣпленія послѣда, наиболѣе склонно къ такому зараженію. Итакъ, стало-быть, принципъ профилактическаго лѣченія въ послѣродовомъ періодѣ состоитъ въ слѣдующемъ: въ строгомъ примѣненіи съ одной стороны антисептики и съ другой — способовъ и средствъ, благопріятствующихъ обратному развитію матки. Отсылая по поводу перваго къ учебникамъ и брошюрамъ по этому предмету, остановимся только на вторыхъ: на способахъ и средствахъ, благопріятствующихъ сокращенію матки. Обширный опытъ убѣждаетъ меня, что для правильной инволюціи матки, влагалища, связокъ матки, брюшныхъ стѣнокъ и наружныхъ половыхъ органовъ необходимъ извѣстный временный покой, т. е. постельное содержаніе. Обыкновенно принято держать женщину въ постели 9 дней, что для вполне здоровыхъ роженицъ совершенно достаточно. Для болѣе же слабыхъ или живущихъ въ изнѣживающихъ условіяхъ этотъ срокъ нѣсколько увеличивается, до 12—14 дней, и, если къ этому времени матка настолько сократилась, что шейка инволютировалась, консистенція ея стала плотной, дно матки находится на уровнѣ плоскости входа въ малый тазъ или нѣсколько выше его и дно матки наклонено впередъ, то роженица можетъ оставить постель. При малѣйшемъ же намекѣ на какое-нибудь заболѣваніе слѣдуетъ женщину еще оставить въ постели. Если нѣтъ никакого заболѣванія, то поворачиваніе на бокъ можетъ быть дозволено съ 1-го дня, а сидѣніе въ постели съ 6-го дня. Въ продолженіе пребыванія больной въ постели животъ долженъ быть забинтованъ, утромъ и вечеромъ при бинтованіи должно черезъ брюшные покровы массировать матку, въ особенности ея дно въ продолженіе $\frac{1}{4}$ часа и болѣе. Съ этой же цѣлью съ конца 3-го дня должно назначить теплыя спринцеванія отъ 30 — 35° съ прибавленіемъ какой-нибудь антисептической жидкости, и, если матка хорошо сокращается, достаточно утренняго и вечерняго спринцеванія, въ противномъ случаѣ спринцеванія должны быть дѣланы чаще и болѣе высокой температуры. Если на 5, 6 или 7 день очищенія идутъ еще кровянистыя, и спринцеванія мало дѣйствительны, лихорадочнаго состоянія нѣтъ, то назначеніе настойки спорыньи является необходимостью. Правильное опорожненіе кишечнаго канала при помощи кастороваго масла, назначаемаго обыкновенно на 3-й день и послѣдовательныя ежедневныя промывательныя составляютъ хорошее подспорье для обратнаго развитія матки. Кормленіе ребенка грудью составляетъ положительную необходимость, хотя врачи слабо на этомъ настаиваютъ. Кормленіе оказываетъ хорошее дѣйствіе не только на сокращеніе матки, ея инволюцію, но повидимому, служитъ хорошимъ подспорьемъ и для инволюціи, если такъ можно выразиться, крови. Это одна изъ самыхъ сильныхъ секретій въ послѣродовомъ періодѣ, и наблюденія показываютъ, что при кормленіи увеличивается также отдѣленіе пота и количество лохий, то-есть, увеличиваются 2 существенныя секретіи, рѣшительно необходимыя для того, чтобы инволюція брюшной и тазовой полости совершалась нормальнымъ образомъ. Кормленіе увеличиваетъ у роженицъ аппетитъ, пищевареніе совершается съ болѣею правильностью, такъ что опорожненіе кишечнаго канала

въ послѣродовомъ періодѣ бываетъ произвольнымъ и, если принять во вниманіе, сколько бѣдъ и болѣзней переносятъ женщины отъ упорныхъ запоровъ, то станетъ понятной забота о правильности опорожнения кишечнаго канала. Связь половой сферы съ нервнопсихической у женщины самая тѣсная и обратно: хорошее расположеніе духа, ясность психической сферы отражается безусловно и на жизни половой сферы. Кормленіе же поражаетъ особую нравственную привязанность матери къ ребенку; неизгладимыя впечатлѣнія отъ него остаются на всю жизнь, пополняя пробѣлы въ нравственной жизни женщины. Кормленіе доставляетъ необходимый отдыхъ послѣ родовъ для половыхъ органовъ, и женщина, благодаря этому, можетъ годъ не заберементъ; а частые роды суть самыя настойчивыя причины заболѣваній матки и ея придатковъ и въ частности одна изъ причинъ хроническаго воспаленія матки. Далѣе благодаря правильности опороженія кишечнаго канала, брюшныя стѣнки инволюируются правильно и такимъ образомъ устраняется брюшное полнокровіе, какъ одна изъ причинъ хроническаго воспаленія матки.

Вотъ тѣ немногія правила, соблюденіе которыхъ предупреждаетъ появленіе хроническаго метрита; остальная часть профилактки заключается въ томъ, чтобы всякое заболѣваніе матки и ея придатковъ, развившееся остро, было излѣчено совершенно, и только послѣ этого женщина можетъ оставить постель.

Лѣченіе собственно хроническаго воспаленія матки основывается главнымъ образомъ на лѣченіи измѣненной консистенціи, увеличенія матки и ея чувствительности.

Если консистенція матки дряблая, и матка при этомъ увеличена, то задача терапіи заключается въ уплотнѣніи и уменьшеніи ея. Это достигается при посредствѣ горячихъ спринцеваній, утреннихъ и вечернихъ, которыя нужно начать съ 30° и постепенно довести до 35°. Результатъ отъ этихъ спринцеваній получится только къ концу 6 мѣсяцевъ. Если благодаря имъ чувствительность матки уменьшится, такъ что можетъ быть введенъ тампонъ, то вставленіе ватныхъ тампоновъ съ глицериномъ, усиливая водянистыя отдѣленія, способствуетъ уплотненію и уменьшенію матки. Ergotinъ отъ $\frac{1}{4}$ до 1 г. на приемъ 3 раза въ день и скарификации, употребляемая передъ регулами и передъ періодами экстазаций, составляютъ хорошее средство.

Уменьшеніе чувствительности матки достигается при помощи отчасти скарификацій, а отчасти наркотическихъ средствъ, изъ которыхъ *t—ra cannabis indicae* является, кажется, наилучшимъ и вставленіе на почъ тампоновъ изъ 20% раствора ихтіола въ глицеринъ; кромѣ того правильное опороженіе кишечника средствами, не увеличивающими притока крови къ тазовымъ органамъ, ношеніе бандажа, назначеніе брюшныхъ душъ, обертываніе простынями и наконецъ солнечныя ванны. Если консистенція дряблая, матка увеличена и чувствительна, coitusъ долженъ быть воспрещенъ. Умѣренные прогулки на воздухѣ пѣшкомъ безусловно необходимы. Теплыя ванны зимою и осенью должны быть безусловно воспрещены и, если могутъ быть назначены, то лѣтомъ и при томъ условіи, если онѣ вызываютъ потъ; въ противномъ случаѣ онѣ располагаютъ къ кровотеченію. Этого лѣченія достаточно, чтобы черезъ 2 мѣсяца матка уменьшилась и уплотнѣла,

чувствительность исчезла и функція половыхъ органовъ стала правильной. Но если при этомъ есть смѣщеніе матки, въ особенности взадъ (*retroversio* и *retroflexio*) безъ приращеній, то вставленіе кольца, по желанію твердаго или мягкаго, необходимо. Если кольцо переносится хорошо, то *coitus* дозволителенъ, ибо этимъ облегчается забеременіе, а родами излѣчивается хроническій метритъ.

Кромѣ того какъ показано въ спеціальныхъ главахъ, примѣненіе массажа и электричества приносить огромную пользу. Въ этихъ двухъ послѣднихъ средствахъ терапія при лѣченіи хроническаго воспаления матки нашла могущественное подспорье.

Если матка увеличена, плотна и сильно чувствительна, то принципъ лѣченія остается тотъ же: первое показаніе уменьшить чувствительность, что достигается наркотическими средствами, теплыми спринцеваніями, тампонами изъ ихтіола, обертываніями простынями, душами и въ особенности солнечными ваннами. Если благодаря этимъ средствамъ уменьшеніе матки не происходитъ, и кровотеченіе продолжается, то является показаніе къ расширенію матки, котораго иногда одного достаточно для инволюціи матки. Если инволюція не происходитъ и кровотеченіе обуславливается не эндометритомъ, а уплотнѣніемъ паренхимы матки, то приходится прибѣгнуть къ операціи двухсторонняго разрѣза влагалищной части, вызывающую клинообразнаго куска изъ передней губы и къ производству эшеры на задней губѣ. Операція производится безъ хлороформа. Зеркалами Симона обнажается влагалищная часть. Передняя губа захватывается щипцами Мюзэ, и влагалищная часть разрѣзается ножницами до прикрѣпленія боковыхъ сводовъ. Изъ передней губы, какъ показано на рис. 100, вырѣзывается клинообразный кусокъ, и передняя губа сшивается 3 или 4 швами; на задней губѣ отрѣзается нижняя ея часть и рана прижигается каленымъ желѣзомъ. Женщина переносится въ постель, назначаются теплыя антисептическія спринцеванія и на 8 день снимаются швы, а рана, образовавшаяся отъ прижиганія каленымъ желѣзомъ, смазывается *t-ra jodi* или *liquor Bellostii*. Благодаря этимъ смазываніямъ рана не заживаетъ, въ ней происходитъ нагноеніе, оно то, вѣроятно, обуславливаетъ въ концѣ концовъ уменьшеніе матки, и въ это время особенно полезно настойчивое употребленіе горячихъ спринцеваній. На производствѣ этой маленькой операціи я особенно настаиваю, такъ какъ она вполне безопасна, удобопримѣнима и служитъ вѣрнымъ средствомъ къ уменьшенію величины матки. Это явленіе я наблюдалъ при гипертрофіи тѣла матки, при фиброзныхъ ея перерожденіяхъ и въ, такъ называемыхъ, начинающихся циррозахъ матки. Даже при интерстиціальнахъ и подслизистыхъ фибромахъ она вызывала сокращенія матки, ибо кровотеченіе иногда совершенно прекращалось. Лѣтъ 8 я примѣняю эту операцію: не менѣе 6-ти случаевъ *dysmenorrhoeae membranaceae* были ею излѣчены, въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ она развивалась на почвѣ хроническаго воспаления матки.

Есть еще одно средство, которое уменьшаетъ уплотненную и увеличенную



Рис. 100. А. клинообразное вырѣзываніе передней губы и косое срѣзываніе задней.

матку, если только нѣтъ воспалительныхъ явленій со стороны брюшины, клѣтчатки и трубъ, въ особенности первыхъ, это—вставленіе кусочковъ *arg. nitrici* въ полость матки, производимое одинъ или два раза въ недѣлю; но это средство гораздо менѣе дѣйствительно, чѣмъ сказанная операція, ибо послѣ послѣдней случилось видѣть уменьшеніе величины матки въ три недѣли съ 4 $\frac{1}{2}$ " до 3".

Самыя трудныя для лѣченія формы хроническаго воспаления матки суть тѣ, въ которыхъ мы встрѣчаемся съ осложнениями въ видѣ заболѣваній трубъ и ячника (*salpingoophoritis*) и которыя правильно бы отнести къ совершенно отдѣльной и самостоятельной группѣ воспалительнаго состоянія придатковъ матки, потому что присутствіе таковыхъ сальпингоофоритовъ постоянно влечетъ за собой обостренія воспаления брюшины, и если ни горячія спринцеванія, ни лѣченіе водой, ни солнечныя ванны въ особенности, не приносятъ пользы, то является вопросъ объ удаленіи придатковъ матки, или удаленіи самой матки, или же, раньше чѣмъ удалять придатки матки или матку, должно испытать лѣченіе электричествомъ, которое въ случаяхъ простыхъ, катаррального пораженія трубъ и хроническаго воспаления ячника, доставляетъ истинное облегченіе больнымъ, а иногда и излѣчивается.

Но есть еще одинъ способъ лѣченія, на который я бы желалъ обратить вниманіе особенное, — это лѣченіе грязевыми ваннами. Во всѣхъ случаяхъ хроническаго воспаления матки, осложненныхъ сальпингоофоритами, адгезивными процессами брюшины, при хроническихъ экссудатахъ въ брюшинѣ, клѣтчаткѣ, при лѣченіи старыхъ кровоизліяній, при гнойныхъ, хроническихъ процессахъ въ окружности матки, во всѣхъ подобныхъ случаяхъ, если условія по тѣмъ или другимъ причинамъ невозможны или неблагоприятны для операціи, я посылаю больныхъ на Кавказъ, въ Эссентуки, и заставляю ихъ принимать грязевыя ванны вмѣстѣ съ употребленіемъ № 17, иногда желѣзистыхъ водъ и очень часто съ назначеніемъ кумыса или кефира. Результаты до того хороши, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ могутъ быть сравнены вполне съ результатами отъ операціи; въ другихъ случаяхъ, тамъ, гдѣ операція очень опасна, онѣ или излѣчиваютъ или поправляютъ настолько здоровье больныхъ и мѣстные процессы, что операція становится возможной.

Употребленіе въ Эссентукахъ грязевыхъ ваннъ изъ тамбуканскаго разсола никогда не можетъ быть сравниваемо съ результатами, получаемыми отъ этихъ ваннъ дома. Обыкновенно требуемое количество ваннъ равняется 12—30, температура 33° R. (именно при такой только температурѣ онѣ наиболѣе дѣйствительны).

Послѣ этого лѣченія больныя обыкновенно переѣзжаютъ въ Кисловодскъ и пользуются укрѣпляющимъ лѣченіемъ (ванны Нарзана, кумысъ и т. д.). Очень полезно послѣ этого лѣченія отправиться на морской берегъ, гдѣ больныя пользуются ваннами или морскими купаньями, смотря по состоянію ихъ здоровья. Въ тяжелыхъ случаяхъ необходимо повтореніе курса лѣченія. Должно отмѣтить, что ни отъ лимановъ, ни отъ Франценсбада, ни отъ Крейцнаха я не видѣлъ такихъ результатовъ. Употребленіе зимою дома такихъ ваннъ даетъ точно также хорошіе результаты, но количество ваннъ потребно гораздо больше и результатъ получается не такъ быстро.

Г Л А В А VII.

Лѣченіе кровотеченій при выкидышѣ и graviditas extrauterina.

Если изслѣдованіе показываетъ, что плодъ или яйцо находится въ полости матки, и кровотеченіе недавняго происхожденія, то употребляютъ только такіа средства, которыя не вызываютъ сокращеній матки: покой, отвлеченіе крови къ верхнимъ частямъ, внутрь кислоты, желѣзо и *digitilis*; кромѣ того производятъ впрыскиванія *per rectum t—gae opii simplicis*, на $\frac{1}{4}$ стакана воды—8, 10 капель, съ цѣлю уменьшить схватки, такъ что въ такихъ случаяхъ иногда наркотическія средства оказываются кровеостанавливающими.

Если кровотеченіе угрожаетъ жизни или если показался запахъ въ отдѣляемой крови съ явленіями общаго лихорадочнаго состоянія, что, вѣроятно, зависить отъ всасыванія гнилостныхъ продуктовъ, то является показаніе къ опорожненію матки отъ яйца, которое очень хорошо можетъ быть достигнуто или тампонаціей влагалища, или употребленіемъ спорыньи, горячими спринцеваніями и расширеніемъ матки. Вообще же, если гнилостнаго запаха нѣтъ, лихорадочное состояніе отсутствуетъ, то убѣдиться въ смерти плода дѣло въ высокой степени трудное, и поэтому не слѣдуетъ торопиться со средствами, сокращающими матку. Наблюденія показываютъ, что иногда при 2-хъ мѣсячномъ непрерывномъ кровотеченіи удавалось удержать яйцо въ маткѣ, и беременность доходила до конца. Нерѣдко попадаются случаи, гдѣ женщина въ продолженіе всей беременности страдаетъ сильными потерями крови, которыя являются какъ бы правильными регулами, и всетаки женщина донашиваетъ, родитъ живого младенца и проводитъ совершенно правильно послѣродовой періодъ.

Если кровотеченіе продолжается, а матка перестаетъ развиваться и остается *in statu quo*, другими словами, если величина матки не соотвѣтствуетъ времени беременности, то вѣроятно, или плодъ умеръ, или имѣется дѣло съ заносомъ.

Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ требуется опорожнить матку или произвести выкидышъ, производить его надо медленно, не быстро, такъ, чтобы яйцо вывелось лучше при помощи сокращеній матки, чѣмъ руками. Въ послѣднемъ случаѣ при быстромъ методѣ можетъ остаться въ полости матки часть яйца или оболочекъ, что можетъ послужить не только причиной кровотеченій, но и зараженія крови. Если выкидышъ производится медленно, то, вѣроятно, восстановленіе слизистой оболочки матки происходитъ еще въ то время, когда яйцо находится въ полости ея, а это весьма важное обстоятельство, ибо матка, выстланная, хотя и слабо развитой, слизистой оболочкой, представляетъ изъ себя менѣе удобную почву для зараженія крови; это послѣднее обстоятельство особенно важно при заносахъ. Поэтому лучше начинать производство выкидыша частыми горячими спринцеваніями и тампонаціей влагалища, и только въ крайности прибѣгнуть къ расширенію матки. Расширеніе матки можно производить при помощи *tupelo*—но никакъ не ламинаріями, ибо послѣднія дѣйствуютъ очень медленно, а губки рѣшительно неудобны по причинѣ способствованія разложенію—или при помощи Гегаровскихъ расширителей, или при помощи водяныхъ расширителей.

Если абортъ произошелъ, а кровотеченіе продолжается, то весь арсеналь кровеостанавливающихъ средствъ можетъ быть примѣненъ здѣсь, а если и онъ оказывается неэффективнымъ, то является настоятельная надобность въ обследованіи внутренней поверхности матки и удаленіи оставшихся частей при помощи выскабливанія съ послѣдовательными смазываніями полости матки *t—ga jodi* и тампонажей влагалища іодоформенной марлей.

Если кровотеченіе продолжается и послѣ удаленія оставшихся частей и существуетъ лихорадочное состояніе или септицемія, то безусловно показуется постоянное орошеніе. Не слѣдуетъ забывать, что иногда умершее яйцо можетъ оставаться въ полости матки до одного года.

Если послѣ удаленія яйца кровотеченіе продолжается, и являются воспалительныя боли въ маткѣ и ея придаткахъ, то употребленіе льда на низъ живота обязательно и назначеніе внутрь *hydrast. canad.* и наркотическихъ суппозиторіевъ или клистировъ.

Кровотеченія при *graviditas extrauterina* бываютъ наружныя и внутреннія. Наружныя суть выраженіе отчасти внутреннихъ кровотеченій, а главнымъ образомъ зависятъ отъ схождения частичнаго или общаго *deciduae uterinae*. Поэтому понятно, что и лѣченіе кровотеченій при *gr. extraut.* должно собственно распадаться на лѣченіе кровотечения наружнаго и внутренняго. И дѣйствительно, если удалить плодный мѣшокъ при вѣматочной беременности, то наружное кровотеченіе въ огромномъ большинствѣ случаевъ останавливается. Кромѣ того внутреннее кровотеченіе должно быть лѣчимо по общимъ правиламъ остановки кровотеченій, т. е. отыскать кровоточащее мѣсто и перевязать его. Поэтому при *graviditas extrauterina* радикальное лѣченіе состоитъ въ производствѣ лапаротоміи, въ удаленіи беременности и въ перевязкѣ сосудовъ.

Но жизнь и условія чрезвычайно разнообразны, поэтому придется нѣсколько подробнѣе распространиться о лѣченіи вѣматочной беременности въ различныхъ условіяхъ. Прежде всего къ врачу является больная съ цѣльнымъ плодовымъ мѣшкомъ или въ 1-ю половину беременности, или во вторую. Если является въ первую половину беременности, мѣшокъ не лопнулъ и кровоизліянія нѣтъ въ окрестности, то является вопросъ, имѣетъ ли право врачъ посоветовать больной или согласиться съ нею дожидаться окончанія беременности? Случайностей такъ много и притомъ самаго неожиданнаго и опаснаго свойства, что врачъ долженъ употребить всѣ усилія, чтобы убѣдить больную не дожидаться конца. Поэтому вѣматочная беременность должна быть уничтожена и притомъ какъ можно раньше. Она можетъ быть уничтожена лапаротоміей и въ нѣкоторыхъ условіяхъ она можетъ быть уничтожена съ помощью электричества.

Послѣднее показуется въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ существуютъ жизненныя противопоказанія для лапаротоміи (пороки сердца, болѣзни почекъ и т. д.), причѣмъ должно предупредить больную, что обстоятельства могутъ потребовать во время или послѣ электрическаго сеанса немедленной лапаротоміи, какъ послѣдняго средства для спасенія жизни. Въ первую половину вѣматочной беременности я имѣлъ 17 случаевъ *grav. extraut.*, частью не лопнувшихъ, а частью осложненныхъ уже *haematocoele*, излѣченныхъ электричествомъ. Рассасываніе или было полное, что

гораздо рѣже, или оставались опухоли на мѣстѣ бывшей беременности (расширенныя трубы, приращеніе и т. д.), но эти опухоли не мѣшали нормальнымъ отправлениямъ (исключая беременности). Для достиженія этого успѣха требуется настойчивое или весьма энергичное приложеніе электричества въ формѣ электропунктуръ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ была дана возможность наркотизировать больныхъ, дозы доходили отъ 200—800 миллиамперъ въ продолженіе 5 минутъ, анодъ вводится черезъ сводъ влагалища въ опухоль, катодъ на животъ. Иногда требовалось 2 сеанса, иногда болѣе. Ни разу не замѣчалось отъ такихъ высокихъ дозъ разрывовъ плоднаго мѣшка. Если же наркозъ былъ невозможенъ, то употреблялись малыя дозы электричества отъ 79—125 миллиамперовъ, тоже въ продолженіе 5 минутъ, но количество сеансовъ иногда требовалось до 15 и болѣе, и тоже ни разу не было отмѣчено разрывовъ мѣшка. Такимъ образомъ для меня стоитъ вопросъ внѣ всякаго сомнѣнія, что до 3 мѣсяцевъ беременности при помощи электричества беременность можетъ быть уничтожена; но, конечно, этого матеріала недостаточно, чтобы утверждать, что во всѣхъ случаяхъ оно дастъ таковой результатъ, ибо я глубоко убѣжденъ, что при нѣкоторыхъ условіяхъ, напр. крайняго истонченія беременной трубы, разрывъ при электричествѣ возможенъ. Тоже самое можно сказать, что и haematocoele e graviditate extrauterina можетъ быть излѣчена электрическими уколами съ методическимъ употребленіемъ постоянного или индуктивнаго тока. Уколы производятся неглубокіе, но иногда при haematocoele случается, что задній сводъ настолько истонченъ, что уколъ прожигаетъ его и въ этихъ случаяхъ обыкновенно вслѣдъ за употребленіемъ его начинается истеченіе крови изъ haematocoele. Это явленіе чрезвычайно благоприятно и я совѣтую тотчасъ поставить постоянное орошеніе, которое, обладая свойствами герметизма и высасыванія, способствуетъ быстрому безпиплостному опорожненію кровяного мѣшка. Возьмемъ такой случай, какъ оперированный 8 ноября 1894 года.

Существуетъ инкапсулированная haematocoele, происшедшая отъ излившейся крови чрезъ бахромчатый конецъ беременной лѣвой трубы, по формѣ напоминающей небольшую сосиску: продольный діаметръ $2\frac{1}{2}$ дюйма, поперечный—полтора.

Труба представляется совершенно плотной, наполненной старыми сгустками, задержка регуль продолжается $2\frac{1}{2}$ мѣсяца.

Здѣсь беременность въ силу разрыва окончилась. Стало-быть, мы имѣемъ дѣло съ haematosalpinx, осложненной haematocoele. Въ этомъ случаѣ, если бы былъ употребленъ электрической уколъ черезъ растянутый заднебоковой сводъ, несомнѣнно кровь изъ мѣшка опорожнилась бы во влагалище, мѣшокъ сталъ бы запускать и haematosalpinx, помѣщавшійся въ этомъ мѣшкѣ, былъ бы въ послѣдствіи обернутъ разнообразными сращеніями, весьма плотными. Больная могла поправиться, менструальная функція и актъ coitus возстановились бы и женщина фактически выздоровѣла бы отъ внѣматочной беременности. Такъ, вѣроятно, и происходитъ выздоровленіе haematocoele e graviditate extrauterina и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ кровь не выливается, а всасывается. Но конечно на все это надо довольно продолжительное время.

Если же женщина согласна на операцию, то производится лапаротомія по

общимъ правиламъ. Въ этомъ случаѣ если *decidua uterina* не вышла до лапаротоміи, то обыкновенно къ концу первыхъ сутокъ послѣ операціи, а иногда и до четвертыхъ, *decidua* начинаетъ выходить при схваткообразныхъ боляхъ, а иногда при кровотеченіи. Такъ бываетъ и въ первой и во второй половинѣ беременности. Если отверстіе матки раскрывается, то можетъ быть дана *per os* спорынья, а если существуетъ рвота, то подъ кожу эрготинъ.

Если же женщина является во 2-ю половину беременности, въ особенности 5—7 мѣсяцевъ, то въ такомъ случаѣ на вопросъ, можно ли дожидаться окончанія беременности, можно отвѣчать утвердительно. Но при этомъ, какъ уже сказано, женщина должна быть подъ постояннымъ наблюденіемъ врача, и обставлена всѣми условіями, необходимыми для внезапной лапаротоміи. Здѣсь электричество можетъ дать одинъ результатъ: убить плодъ, уничтожить кровообращеніе въ плацентѣ и даже разсосать ее. Это уничтоженіе кровообращенія и разсасываніе плаценты замѣчалось у меня въ двухъ случаяхъ: въ 1-мъ случаѣ 6—7 мѣсячной беременности, во 2-мъ случаѣ 5-ти мѣсячной беременности. Обстоятельство это въ высокой степени важно потому, что лапаротомія при *grav. ext.*, при запусътійи или атрофіи плаценты, сводится на операцію удаленія тазовыхъ или брюшныхъ опухолей.

Если женщина является съ мертвымъ плодомъ, а шумы плаценты ясно слышны, то здѣсь обязательно примѣненіе электризаціи. Если атрофія плаценты будетъ достигнута и женщина не согласна на операцію, то легко можетъ послѣдовать исходъ въ *lithopaedion*. Если женщина соглашается на операцію, а плодъ, хотя бы живой, но мало жизнеспособный (7—7½ мѣсяцевъ), то здѣсь все вниманіе врача должно быть сосредоточено на сохраненіи жизни матери и лучше въ такихъ случаяхъ убить раньше плодъ, произвести запусътійе сосудовъ плаценты, а потомъ оперировать. Если же въ этихъ условіяхъ операція производится при живомъ плодѣ и плацентѣ, то въ этомъ случаѣ раньше вскрытія плоднаго мѣшка должны быть перевязаны питающіе сосуды: сосуды у рога матки, *plex. ramificatis* и въ основаніи широкой связки. Если *placenta* жива и прикрѣпленіе широко, или она прикрѣпляется къ кишкамъ и другимъ органамъ, то слѣдуетъ перевязать пупочный канатикъ, а плаценту не трогать.

Если плацента отдѣлена, то кровотеченіе останавливается при помощи обкалыванія и можетъ быть съ послѣдовательной тампонаціей іодоформенной марлей. Избѣгаютъ того, чтобы околоплодная вода попадала въ брюшную полость; если околоплодный мѣшокъ можетъ быть удаленъ, то онъ удаляется; если же нѣтъ, то онъ пришивается къ брюшнымъ стѣнкамъ и тампонируется іодорменной марлей.

Что же касается до лѣченія внѣматочной беременности, то врачу чаще всего приходится имѣть дѣло съ явленіями или тресканія, или лопанія трубы. Въ этихъ случаяхъ конечно прежде всего покой, постельное содержаніе, ледъ на животъ и всѣ средства, необходимыя при лѣченіи кровотеченій, осложненныхъ шокомъ, причемъ опій и вообще наркотическія средства оказываютъ замѣчательно хорошее дѣйствіе.

Г Л А В А VIII.

ЛѢЧЕНІЕ *subinvolutionis*.

Профилактическое лѣчение основывается на правильномъ веденіи послѣродового періода, о чемъ было говорено выше. Лѣченіе же развитой формы состоитъ въ назначеніи спринцеваній въ 35°, 2 или 3 раза въ день, внутрь *ergotinum*, отъ 1/2 г. до 1 г. на приемъ, 2—3 раза въ день и вставленіи тампоновъ на ночь или между спринцеваніями. Если при этомъ существуетъ смѣщеніе матки, чаще взадъ, то полезно черезъ недѣлю послѣ начала такого лѣченія выпрямить матку и вложить кольцо, при ретроверсіяхъ и ретрофлексіяхъ — кольцо Годже, а при аптеверсіяхъ и аптефлексіяхъ — кольцо Graily-Hewitt. Въ упорныхъ случаяхъ т-ру спринцеваній доводятъ до 40°, а въ случаяхъ очень свѣжихъ вмѣсто эрготина дается *infusum secalis cornuti*. Главная задача врача состоитъ въ томъ, чтобы предупредить переходъ недостаточнаго сокращенія матки въ хроническое воспаленіе, и потому женщинѣ должно быть выяснено, чтобы она остерегалась простуды и охлаждения нижнихъ конечностей. *Coitus* долженъ быть положительно воспринятъ передъ менструаціей и тотчасъ послѣ нея. Должно обращать тщательное вниманіе, достаточно ли инволюировались брюшныя стѣнки и въ противномъ случаѣ носеніе бандажей является необходимымъ условіемъ. Опорожненіе кишечнаго канала должно быть на первомъ планѣ, иначе боли могутъ быть настолько значительны, что потребуютъ примѣненія скарификацій. Помимо этого лѣченія очень большую пользу приносятъ массажъ и электричество.

Г Л А В А IX.

ЛѢЧЕНІЕ *retroflexio, retroversio, retropositio*.

Лѣченіе пріобрѣтенныхъ ретроверсій и ретрофлексій состоитъ изъ двухъ моментовъ: во первыхъ, изъ выпрямленія или редрессаціи матки и во вторыхъ, изъ удержанія редрессированной матки при помощи, такъ называемыхъ, колецъ или оперативныхъ пособій.

Первая часть лѣченія достигается предварительнымъ назначеніемъ средствъ, влияющихъ на сокращеніе матки и на укрѣпленіе связочнаго аппарата; при этомъ обращаютъ вниманіе на консистенцію, величину и подвижность матки и если нѣтъ приращеній, то горячія спринцеванія въ 35° два раза въ день, *ergotinum*, тампоны и положеніе *à la vache* 2 раза въ день на 5 минутъ (при смѣщеніяхъ матки взадъ), оказываются весьма полезными. Благодаря этимъ средствамъ иногда черезъ 4, а иногда черезъ 2 недѣли, матка значительно уменьшается въ объемъ, чувствительность ея становится ничтожною и выпрямленіе матки ручными приемами удается легко.

Для этой цѣли ставятъ женщину въ положеніе *à la vache* и двумя пальцами, введенными въ полость влагалища, проталкиваютъ дно матки по направленію къ

одной изъ fossa iliaca. Если же чувствительность значительна и не уступаетъ сказаннымъ средствамъ, то смазываніе 2 раза въ недѣлю 4-го jodi задняго свода приноситъ дѣйствительную пользу, устраняя боли.

Введеніе кольца, при ретроверсіяхъ и ретрофлексіяхъ кольца Годже, показуется только тогда, когда матка сократилась, нѣтъ ни чувствительности, ни признаковъ хроническаго воспаленія клѣтчатки. При существованіи же послѣдняго, вставленіе кольца безусловно воспрещается.

Выборъ кольца. Когда матка выпрямлена, вводятъ указательный палецъ во влагалище и конецъ его упираютъ въ самую глубокую часть задняго свода; отмѣряютъ разстояніе отъ этой части до нижняго края symphysis pubis, которое обыкновенно бываетъ $3\frac{1}{2}$ — 4", и изъ этого разстоянія вычитаютъ отъ $\frac{1}{2}$ " до 1", смотря по высотѣ лобка. Сообразно полученной величинѣ покупаютъ 3 кольца: продольный діаметръ 1-го изъ нихъ долженъ точно соответствовать вышесказанному размѣру, а изъ остальныхъ двухъ — одно на $\frac{1}{4}$ " больше, а другое на $\frac{1}{4}$ " меньше перваго, и, навѣрное, которое нибудь изъ нихъ окажется по размѣрамъ пригоднымъ. Кольца могутъ быть сдѣланы или изъ твердаго каучука, или изъ проволоки, обтянутой гуттаперчей. Вторымъ удобнѣе тѣмъ, что форму ихъ можно легко измѣнить, что впрочемъ удастся и въ первыхъ, если ихъ положить въ кипятокъ. Преимущество гуттаперчевыхъ колець заключается въ томъ, что ихъ можно содержать гораздо чище. Удобны также кольца изъ алюминія и целлулоида.

Годжевскія кольца (преимущественно съ мягкой перемычкой) вводятся по общимъ правиламъ введенія зеркалъ, причемъ болѣе узкій конецъ кольца помѣщается въ задній сводъ, болѣе широкій покоится на передней стѣнкѣ влагалища, а collum uteri помѣщается въ просвѣтъ кольца. Какъ при введеніи кольца, такъ и послѣ него, женщина не должна испытывать ничего непріятнаго и положительно не должна ощущать присутствія инороднаго тѣла въ полости влагалища. Послѣ введенія заставляютъ женщину нѣсколько разъ пройти по комматѣ, покашлять, понагужиться, послѣ чего удостовѣряются, лежитъ ли кольцо на своемъ мѣстѣ или нѣтъ: хорошо приспособленное кольцо не измѣняетъ своего положенія. Вложивши кольцо, должно пояснить женщинѣ, чтобы она на этотъ и на другой день неособенно много двигалась, не поднимала тяжелыхъ вещей и спринцевалась ежедневно по 2 раза въ день, прибавляя къ водѣ небольшое количество ac. carbolicі. Черезъ день женщина обязана показаться, именно, послѣ послабленія на низъ, ибо при первомъ же послабленіи кольцо можетъ смѣститься, если оно сколько нибудь не пригодно къ данному случаю. Но иногда смѣщеніе кольца при послабленіи зависитъ только отъ твердости кала; иногда же только отъ того, что влагалище въ первое время подъ вліяніемъ инороднаго тѣла сокращается. Ношеніе кольца продолжается разное время, отъ 1-го до нѣсколькихъ мѣсяцевъ, причемъ послѣ каждаго регуль слѣдуетъ вынимать и промывать его. Если нѣтъ какихъ либо другихъ противопоказаній, то coitus возможенъ, хотя, разумѣется, съ осторожностью. Въ первое время ношенія кольца перѣдко замѣчается усиленіе болей, но потомъ количество ихъ отъ колець не увеличивается. Если кольцо въ первое или въ послѣдующее время вызываетъ неловкость, боли, если отъ какихъ нибудь причинъ начнется воспаленіе въ полости таза, кольцо должно быть немедленно удалено.

Если женщина забеременѣваетъ во время пошенія кольца, то кольцо не вынимается, а оставляется *in situ* до конца 3¹/₂ мѣсяцевъ, то есть до тѣхъ поръ, пока матка совершенно выйдетъ изъ полости малаго таза, и опасность ущемленія минуетъ. Нѣкоторые гинекологи считаютъ нужнымъ перемѣнять кольца для успѣшнаго излѣченія смѣщеній и потому увеличиваютъ №-ра колець. Я не видѣлъ необходимости ни въ одномъ случаѣ прибѣгать къ такому методу. Самые тяжелые случаи лѣченія наклоненій и искривленій матки взадъ суть тѣ, при которыхъ дно или тѣло матки прирастаетъ къ соедѣннымъ частямъ, когда матка находится въ состояніи *retropositio*. Здѣсь, стало быть, идетъ вопросъ объ устраненіи полной или ограниченной неподвижности матки, а анатомически борьба ведется противъ сращеній. Естественно является вопросъ: могутъ ли сращения быть разрѣшены или уничтожены радикально? Попытки радикальнаго излѣченія были предпринимаемы и состояли въ томъ, что при помощи лапаротоміи сращения матки съ прямою кишкою разрывались, дно матки пришивалось къ передней брюшной стѣнкѣ (*hysteropexia*) и такимъ образомъ матка переводилась въ положеніе противоположное — изъ *retroversio* въ *anteversio*. Другіе пытались разрушать эти сращения, не вскрывая брюшной полости, — вводили, при положеніи больной *à la vache*, инструменты на подобіе зонда въ полость матки и разрывали при помощи ихъ сращения матки. Нѣсколько случаевъ этого метода лѣченія было опубликовано въ *American Journal of Obstetrics*. Но этотъ методъ не нашелъ послѣдователей: здѣсь можетъ случиться при разрывѣ сращеній разрывъ серознаго листа прямой кишки и внутреннее кровотеченіе. Гораздо большаго вниманія заслуживаетъ разрывъ заднихъ приращеній матки, производимый при помощи вскрытія задняго Дугласова пространства, и вагинофиксація. Наконецъ сюда должно отнести укороченіе круглыхъ маточныхъ связокъ въ паху и пришиваніе ихъ къ ранѣ (операция Александра Адамса). Разрываніе сращеній безъ вскрытія брюшной полости есть попытка смѣлая и притомъ весьма легкомысленная, ибо всякому извѣстно, что, разрывая въ темнотѣ приращенія, можно не только разорвать ихъ, но и оторвать висцеральный листокъ кишки, что равносильно искусственному производству перфорации кишки.

На ряду съ хирургическими способами лѣченія, возникаетъ другой вопросъ: не могутъ ли приращенія быть разрѣшены при помощи неоперативныхъ пособій. Наблюденія показываютъ, что если женщина забеременѣетъ при приращенной кзади маткѣ, то въ нѣкоторыхъ случаяхъ беременность можетъ дойти до конца, съ благополучнымъ окончаніемъ родовъ и съ восстановленіемъ полной подвижности матки. Отсюда воистиннѣ понятное предположеніе, что при беременности въ сращеніяхъ, вѣроятно, наступаетъ какой либо процессъ, напр. подобный жировому, при которомъ сращения легко растягиваются, а можетъ быть и всасываются. Стало быть, задача искусства — перевести матку и ея придатки въ подобное состояніе. Подтвержденіемъ правильности такого взгляда можетъ служить еще и то обстоятельство, что во время менструацій подвижность матки становится больше. Хотя мы не обладаемъ ни однимъ средствомъ, которое могло бы обусловить жировое перерожденіе сращеній, однако наблюденія показываютъ, что при настойчивомъ стремленіи привести всѣ кардинальныя свойства матки и ея придатковъ къ нормальному состоянію, мы можемъ надѣяться, что черезъ годъ

или два забеременѣніе станетъ возможнымъ. А разъ эта возможность достигнута, все искусство врача направляется къ тому, чтобы довести беременность до конца. Помимо беременностей, могущихъ излѣчить сращения, сращения могутъ быть растянуты при помощи массажа настолько, что всѣ явленія, зависящія отъ давленія матки (компрессионныя) и явленія, обуславливаемые разстройствомъ кровообращенія исчезнутъ и отсюда всѣ субъективныя ощущенія женщины настолько уменьшатся, что женщины считаютъ себя выздоровѣвшими и забеременѣніе можетъ стать возможнымъ. До нѣкоторой степени дѣйствуетъ также электричество въ формѣ постоянного или индуктивнаго тока, именно, влияя на всѣ кардинальныя свойства матки, оно несомнѣнно влияетъ и на кровообращеніе матки. Отсюда понятно становится его благодѣтельное дѣйствіе.

Но если женщина забеременѣетъ, то, по крайней мѣрѣ, 2 раза въ недѣлю, въ продолженіе первыхъ четырехъ мѣсяцевъ беременности, врачъ долженъ наблюдать за женщиной, заботясь объ устраненіи всѣхъ ненормальностей, не только въ половой сферѣ, но и со стороны всего организма. Главное отступленіе въ половой сферѣ состоитъ въ излишнемъ переполненіи кровью тазовой области, въ зависимости отъ которой увеличивается и наклонность въ гиперсекреціи. Въ виду этого назначаются діета, умѣренное движеніе на свѣжемъ воздухѣ, правильное содержаніе кишечнаго канала, отвлеченіе крови къ другимъ частямъ, а иногда, не смотря на общее малокровіе, и прямое извлеченіе крови при помощи шпавокъ къ заднему проходу или *ad regionem cossugeam*. Если беременность доходитъ до конца 4-хъ мѣсяцевъ, успѣхъ уничтоженія сращеній обезпеченъ.

Но спрашивается, что дѣлать въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ беременность не является? Помимо всѣхъ вышеупомянутыхъ средствъ еще можно рекомендовать горячія спринцеванія въ 35°, солнечныя ванны, брюшныя души и ношеніе пессарія (иногда въ продолженіе 2-хъ лѣтъ); все это въ совокупности можетъ увеличить подвижность матки настолько, что если женщина даже и не забеременѣваетъ, тѣмъ не менѣе припадки, зависящіе отъ приращеній, почти всегда устраняются; это особенно замѣтно на кровотеченияхъ, которыя совершенно исчезаютъ, и на менструаціяхъ, которыя становятся правильными. Словомъ, разъ констатированы приращенія матки, должно лѣчить матку такъ, какъ будто бы ихъ и не было, такъ что устраненіе измѣненій въ консистенціи, величинѣ, чувствительности матки и уменьшеніе гиперсекреціи составляютъ основу лѣченія. Я не упоминаю ни о лѣченіи смѣщенной матки взадъ внутриматочными пессаріями, ни о лѣченіи зондомъ потому, что, по моему личному опыту, подобное лѣченіе приноситъ больше вреда, чѣмъ пользы. Еще должно добавить, что при смѣщеніи матки взадъ съ приращеніями употребленіе ихтіола съ массажемъ или одного ихтіола въ формѣ тампоновъ оказываетъ благодѣтельное вліяніе на чувствительность приращенныхъ мѣстъ. Но есть случаи, гдѣ ни одно изъ вышесказанныхъ средствъ не устраняетъ ни кровотечения, ни субъективныхъ ощущеній, и если это случается у женщины въ 35 лѣтъ или старше, то или приходится прибѣгнуть къ отнятію придатковъ матки, въ особенности если послѣдніе больны, или что еще лучше, къ удаленію матки чрезъ влагалище.

Г Л А В А X.

Лѣченіе Pelveocellulitis.

Англичане очень удачно назвали эту болѣзнь терпѣніемъ и лѣченіе ея также назвали терпѣніемъ. Но, конечно, это относится къ хронической формѣ, и въ настоящее время оно примѣнимо только въ случаяхъ, осложненныхъ и запущенныхъ. Оно названо было такъ потому, что больныя теряли всякую надежду вызѣчиться, а врачи въ свою очередь не имѣли терпѣнія лѣчить такихъ больныхъ. Больныя часто мѣняли врачей, а врачи часто оставляли лѣчить больныхъ, но все это въ настоящее время можетъ быть отнесено въ область прошлаго. Лѣченіе, помимо профилактическаго, въ остромъ періодѣ должно состоять изъ покоя, т.-е. постельнаго положенія, очищенія кишечнаго канала, льда на животъ, антисептики на мѣсто пораженія; лучше всего, помимо обмыванія сулемой, вкладываніе въ полость матки или влагалища іодоформныхъ палочекъ въ 5—10 gr., и назначеніе постоянного орошенія изъ *kalii hypermanganicum*. Если осложняется болями, то наркотическія, лучше всего белладонна въ свѣчкахъ въ формѣ *Extracti Belladonnae gr. j; suppositor. in rectum* до расширенія зрачковъ и сухости въ глоткѣ. Ледъ нужно оставить только тогда, когда образовалось уже затвердѣніе и чувствительность исчезла. Ледъ можно удалить тогда, когда 7 сутокъ не было никакой лихорадки. Если ледъ снять, и послѣ него замѣчается обостреніе процесса, то снова нужно вернуться къ нему. Если постоянное орошеніе неудобно или не переносится, то частыя горячія спринцеванія въ 36—38° P. Какая бы ни была лихорадка, всѣ жаропонижающія остаются не дѣйствительны и потому дается вино въ обильномъ количествѣ, преимущественно крѣпкое. Обтираніе всего тѣла одеколономъ, уксуомъ, ледъ на голову и въ случаѣ слабой дѣятельности сердца коффеинъ, а въ случаѣ сильнаго сердцебиенія, — ледъ на область сердца. Обыкновенно на все это требуется отъ одной недѣли до двухъ, или даже трехъ, когда наступаетъ лѣченіе собственно хроническаго воспаленія клѣтчатки.

Какъ только лихорадка спала, ледъ удаленъ, инфильтраты затвердѣли, такъ, продолжая горячія спринцеванія, кладутъ согрѣвающій компрессъ изъ теплой, холодной или горячей воды (смотря по индивидуальности), а во влагалище вкладываютъ или ихтіоловыя свѣчи, или тампоны, смоченные въ ихтіоль-глицеринѣ, что и продолжаютъ до полного рассасыванія инфильтратовъ. Если остались одни твердые инфильтраты, лихорадка отсутствуетъ, болѣе нѣтъ, то кладутъ мѣшокъ съ горячей водой на животъ, спринцеванія продолжаютъ, и назначаютъ электричество. Если инфильтраты рассосались и остались рубцовыя затвердѣнія, то приступаютъ къ массажу. Общее правило: молоко и молочная діета съ ваннами и полуваннами значительно облегчаютъ всасываніе инфильтратовъ. Если показывается островчатое нагноеніе или гнойники, то приступаютъ къ хирургическому лѣченію.

Какъ уже сказано, нагноеніе клѣтчатки таза бываетъ или впереди, или позади брыжжейки круглой маточной связки, а потому эти гнойники или размяг-

ченныя инфильтраты прощупываются при двойномъ изслѣдованіи или спереди и сбоку матки, или сзади и сбоку. Соответственно чему и прокладывается путь или *per vaginam*, въ формѣ проколовъ и разрѣзовъ, или при помощи такъ наз *laparotomia externa s. paraperitonealis*.

Если гнойникъ находится впереди и сбоку матки и желаютъ проникнуть въ передне-боковой сводъ съ одной стороны, то подъ наркозомъ проводится разрѣзь, начиная отъ бугорка лобковой кости или немного ближе къ средней линіи параллельно-горизонтальной части лобковой кости, выше ея на одинъ поперечный палецъ и оканчивается около внутренняго отверстія пахового канала. Вскрывается кожа съ подкожно-жирнымъ слоемъ и фасціями, далѣе *m-lus abdominis externus, internus, transversus* и доходятъ до клѣтчатки, рану раздвигаютъ крючками и, отдирая брюшину кверху, доходятъ до переднебокового свода, что и контролируется двойнымъ изслѣдованіемъ. На этомъ пути, если есть гной, то онъ сейчасъ же показывается; если гноя нѣтъ, а существуетъ инфильтратъ, то онъ раздвигается пальцемъ. Обстоятельство это весьма важно: при островчатомъ нагноеніи или при инфильтраціи гной можетъ не скониться въ одномъ мѣстѣ, а быть разсѣяннымъ и лихорадка и боли будутъ присутствовать; если разрушить инфильтратъ, то процессъ быстро ограничивается, переходитъ въ мѣстное нагноеніе и лихорадка быстро исчезаетъ, а благодаря уничтоженію ущемленія ткани и боли пропадаютъ. Короче сказать, благотворный результатъ отъ разрыва инфильтрата можно совершенно уподобить тѣмъ благотворнымъ явленіямъ, которыя наступаютъ послѣ разрѣза карбункула, гдѣ широкими разрѣзами разсѣкается инфильтратъ и тѣмъ процессъ локализуется, нагноеніе облегчается и лихорадка исчезаетъ.

Итакъ, этого одного бываетъ достаточно собственно въ параметритахъ для сокращенія теченія болѣзни и для излѣченія, потому что послѣ вскрытія полость выполняется іодоформенной марлей и впослѣдствіи промывается. Если же находится гнойникъ, то нерѣдко передне-боковой сводъ на соответствующемъ мѣстѣ вскрывается и проводится сквозной брюшновлагалищный дренажъ, черезъ что облегчается стокъ отдѣленій и гною, и получается возможность производить частыя горячія промыванія полости гнойника.

Если гнойникъ лежитъ глубоко, а инфильтратъ въ окружности его слишкомъ плотенъ и не разрывается подъ пальцами, то въ такомъ случаѣ отыскиваютъ гнойникъ изъ глубины раны при помощи тонкаго труакара. Это особенно часто случается, когда гнойники сидятъ или въ яичникѣ, или въ трубѣ, и дойти до нихъ тупымъ образомъ нѣтъ возможности. Отыскавши труакаромъ гнойникъ, вкалываютъ по тракту труакарной трубочки ножъ до гнойника, и въ образовавшійся такимъ образомъ каналъ вводятъ закрытый корнцангъ и тупымъ образомъ расширяютъ каналъ, промываютъ и дренируютъ.

Если эксудатъ задній, то ведется разрѣзь отъ внутренняго кольца пахового канала параллельно пупартовой связкѣ на 2 пальца выше ея, до *sp. ant. sup. ossis ilei* и выше, смотря по надобности; словомъ, такой же разрѣзь, какъ для перевязки *art. iliacaе* (см. анатомію). Здѣсь приложимы всѣ указанія, перечисленные выше. Благодаря этому разрѣзу, пальцемъ доходятъ до задняго и заднебокового свода, а оттуда легко проникаютъ во влагалище. На рис. 74—84 обоз-

начены разрѣзы и мѣстоположеніе инфильтратовъ. Если экссудаты распространяются выше, по направленію къ почечной области, то соответственно этому и экстраперитонеальные разрѣзы поднимаются до боковой и заднепоясничной областей (см. разрѣзы брюшной стѣнки). Иногда и при двухстороннемъ пораженіи возможно изъ той же раны проникнуть до противоположной стороны. Но если бы это оказалось затруднительно, то приходится дѣлать разрѣзы и на другой сторонѣ. Опасность, сопровождающая эту операцію, главнымъ и исключительнымъ образомъ лежитъ въ возможности пораженія брюшины и въ возможности инфицированія ея, и потому, если брюшина разорвана при стдираниі, то она тотчасъ должна быть зашита катгутомъ; а въ случаѣ попаданія въ нее гноя или другой жидкости, должна быть вычищена и промыта. Кровотеченія я ни разу не наблюдалъ. Иногда приходилось сочетать вмѣстѣ *laparotomia interna* съ *laparotomia externa*. Это бывало, главнымъ образомъ, въ случаяхъ глубокихъ нагноеній въ яичникахъ и трубахъ съ плотными, твердыми тазовыми приращеніями, гдѣ гнойники эти окружены сросшимися петлями тонкихъ кишекъ и гдѣ благодаря этому обстоятельству выгоднѣе вынустить гной и вскрыть гнойную полость экстраперитонеально.

Иногда, въ очень рѣдкихъ случаяхъ, *laparotomia externa* можетъ потребоваться вторично. Такъ напр. сдѣлавши операцію въ передней половинѣ таза, приходится впоследствии дѣлать въ задней половинѣ. Результаты, достигнутые этою операціей, могутъ быть названы вполне блестящими. Мнѣ приходилось оперировать и въ раннихъ стадіяхъ, черезъ недѣлю-двѣ послѣ родовъ или выкидыша, и въ позднихъ случаяхъ, черезъ годъ-два послѣ начала заболѣванія. Если случай осложняется перфорациями, въ особенности въ мочевоу пузырь, то операція иногда не приноситъ никакой пользы, а иногда положительно вредна, въ особенности если произойдетъ затекъ мочи въ рану. Это обстоятельство слѣдуетъ помнить и поэтому энергическое разрываніе клѣтчатки при перфорацияхъ въ мочевоу пузырь и въ прямую кишку должно быть избѣгаемо. Я произвелъ *laparotomia externa* болѣе, чѣмъ въ 60 случаяхъ; двѣ большихъ прямо погибли отъ операціи, потому что была вскрыта и инфицирована брюшина; одна умерла, потому что процессъ нагноенія зашелъ слишкомъ далеко: отъ таза до грудобрюшной преграды съ пораженіемъ костей. Итакъ, погибло 3. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ результатъ могъ быть названъ сомнительнымъ, потому что процессъ былъ затяжной и были поражены другіе органы, напр. почки; но за то въ остальныхъ случаяхъ результатъ былъ изумительный: большыя быстро поправлялись, инфильтраты исчезали, появлялись регулы, беременность и правильные роды съ нормальнымъ послѣродовымъ періодомъ. Только въ одномъ случаѣ отмѣчена была грыжа.

Въ виду вѣрности, точности, основательности, какъ съ анатомической, такъ и съ клинической стороны этой операціи, я ее ставлю выше и цѣлесообразнѣе и менѣе опасной, чѣмъ предложенную Пеаномъ *hysterectomia vaginalis par morcellement*, и до сихъ поръ я не имѣлъ ни одного случая, гдѣ бы я видѣлъ какія-либо положительныя и настойчивыя показанія къ производству гистеректоміи при нагноеніяхъ клѣтчатки таза, ибо при помощи *laparotomia externa* вся клѣтчатка таза дѣлается доступной изслѣдованію и лѣченію.

При появлении *phlegmasiae albae dolentis* конечность должна быть вытерта спиртомъ и эфиромъ, чтобы удалить грязь и жиры. Затѣмъ конечность обертывается гигроскопической ватой, и отъ пальцевъ до паха или выше забинтовывается фланелевымъ бинтомъ, укладывается на подушки и, благодаря послѣднимъ, приподымается кверху и обкладывается мѣшками съ горячей водой, которые, согрѣвая конечность, успокоиваютъ боли, зависящія отъ лимфангоита или флебита. Какъ только бинтъ ослабнетъ, такъ тотчасъ снова перемѣняется повязка, причемъ конечность вытирается снова спиртомъ. Иногда вата вся смачивается потомъ, и, какъ общее правило, чѣмъ больше положено ваты, тѣмъ лучше дѣйствуетъ повязка и тѣмъ скорѣе протекаетъ процессъ. Никогда не слѣдуетъ употреблять подъ повязку мази или жирныхъ веществъ, но если лимфангоитъ или флебитъ начинаетъ осложняться рожей или флегмоной, или гангреной, то употребление горячей рустовой примочки приноситъ замѣтное облегченіе. Когда боли стихли, а осталась опухоль, то назначается массажъ и электризація.

Г Л А В А XI.

Лѣченіе *anteflexionis uteri congenitae*.

Лѣченіе врожденныхъ антефлексій распадается на два естественныхъ отдѣла: на лѣченіе этого страданія у дѣвушекъ и на лѣченіе его у женщинъ. До замужества лѣченіе главнымъ образомъ состоитъ въ устраненіи дисменоррейныхъ явленій гиперсекреціи и въ предупрежденіи появленія воспаленій.

Къ лучшимъ средствамъ, облегчающимъ *dysmenorrhoeam*, относятся: *t-ra cannabidis indicae* или *kali chloratum* по 5 gr. 4—5 разъ въ сутки, суппозиторіи изъ белладонны ($\frac{1}{2}$ гр.) и прикладываніе на низъ живота мѣшковъ съ горячей водой во время болей.

Всякую дѣвушку можно научить спринцеваться, и обыкновенно обученіе это поручается акушеркѣ или опытной сидѣлкѣ; при такихъ условіяхъ дѣвушки охотно спринцуются. Назначеніе теплыхъ спринцеваній, отъ 28° и выше, составляетъ хорошее средство, предупреждающее появленіе воспаленій и уменьшающее гиперсекрецію. Съ этою же цѣлью назначаются зимою брюшные души и обтиранія простынями, а лѣтомъ солнечныя ванны.

Одно изъ могущественныхъ средствъ, устраняющихъ иногда весьма замѣтно всѣ неприятыя симптомы, зависящіе отъ врожденныхъ антефлексій — есть разумная гимнастика и массажъ брюшной полости; но съ этими средствами нужно быть крайне осторожнымъ, ибо нецѣлесообразное назначеніе ихъ безусловно приноситъ вредъ. Кромѣ того влагалитно-брюшная и брюшно-поясничная электризація постояннымъ токомъ даетъ хорошій результатъ, устраняя въ особенности дисменоррейныя явленія.

У женщинъ, вышедшихъ замужъ, лѣченіе антефлексій не слѣдуетъ начинать вскорѣ послѣ замужества, а лучше приступить къ нему по прошествіи 2-хъ

лѣтъ, потому что иногда coitus и окончательное развитие организма излѣчиваютъ сами недостаточно развитую матку. Наблюденія показываютъ, что и забеременѣніе можетъ докончить развитие матки. Конечно, врачъ долженъ тщательно наблюдать беременную женщину, у которой опъ раньше констатировалъ врожденную антефлексію, такъ какъ къ концу 3-хъ мѣсяцевъ легко можетъ послѣдовать выкидышъ.

Если же черезъ два года послѣ выхода замужъ беременность не воспослѣдуетъ, то является необходимость приступить къ оперативному лѣченію. Оперативное лѣченіе антефлексіи состоитъ въ сагиттальномъ разрѣзѣ шейки по способу Симса.

Необходимые инструменты для операціи: зеркала Simon'a или Sims'a, щипцы Мюзе, Поттовъ ножъ или пожикъ Симса, корнцангъ и внутриматочный пессарій — стеклянный.

Наканунѣ операціи женщинѣ дается касторовое масло. Женщина кладется въ положеніе для камнеисѣченія и vagina проспринцовывается черезъ зеркала 5% *acidı carbolici*; передняя губа шейки захватывается щипцами Мюзе и вся матка опускается нѣсколько ко входу во влагалище. Поттовъ ножъ вводится до уровня внутренняго маточнаго отверстія, и вся задняя половинка шейки вмѣстѣ съ губой разрѣзается до прикрѣпленія задняго свода.

Если при изслѣдованіи зондомъ встрѣчается значительное препятствіе на уровнѣ внутренняго маточнаго отверстія, то и внутреннее отверстие разсѣкается по передней поверхности при помощи поворачиванія острія Поттова ножа вперед и проведенія его въ полость матки. Послѣ этого вставляется внутриматочный пессарій; влагалище проспринцовывается, и вводится ватный тампонъ съ іодоформомъ.

Женщина переносится въ постель, въ которой и остается въ продолженіе 7-ми дней. На 4-й день или къ концу 4-хъ сутокъ больная можетъ садиться и, какъ сказано, къ концу 7-ми сутокъ покидаетъ постель. Внутриматочной пессаріей оставляется до слѣдующихъ регулъ, при появленіи которыхъ или самъ выпадаетъ, или вынимается. Операція мало-болѣзненна и потому производится безъ хлороформа; мало-кровавая, ибо кровотеченіе легко устраняется 36-ти, 37-ми градусными спринцеваніями. При соблюденіи чистоты и антисептики опасности отъ операціи ничтожны. Первое время послѣ операціи, вѣроятно, отъ внутриматочнаго пессарія, показываются боли, которыя легко устраняются согревающимъ компрессомъ или теплыми мѣшками на низъ живота съ приѣмами внутрь нѣсколькихъ капель *t-gae orii*. Но если при боляхъ показывается повышеніе температуры съ потрясающимъ знобомъ или безъ него, пессарій тотчасъ долженъ быть удаленъ, и на низъ живота кладется ледяной мѣшокъ. Такой случай нужно разсматривать, какъ воспаленіе матки и ея придатковъ, могущее быть источникомъ зараженія крови. Если пессарій выпадаетъ, то долженъ быть введенъ или большій, или тотъ же, но во все время должно его

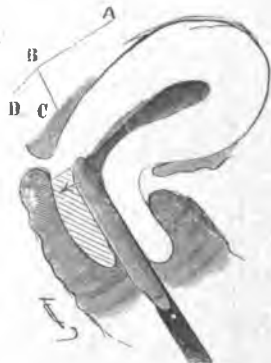


Рис. 101. Разрѣзъ шейки по способу Sims'a.

удерживать при помощи тампоновъ. Сущность операціи ясна: она состоитъ, какъ это видно на рисунокѣ (рис. 101.), въ выпрямленіи оси матки и въ переводѣ *ostii externi* къ мѣсту прикрѣпленія задняго свода. Есть случаи врожденнаго искривленія матки, гдѣ ни терапевтическое, ни хирургическое вышесказанное лѣченіе не приноситъ никакой пользы, напр. въ случаяхъ т. н. подковообразной матки и во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ трубы точно также не развиты. Въ этихъ случаяхъ единственная операція или отнятіе придатковъ, или удаленіе матки *per vaginam*.

Г Л А В А XII.

Лѣченіе *colli conici*.

Сущность лѣченія конической шейки состоитъ въ кровавомъ расширеніи наружнаго отверстія и въ устраненіи ригидности шейки.

Вскорѣ послѣ замужества уже можно приступить къ оперативному пособію. Инструменты и приготовленія тѣже, что и при операціи Симса; но кромѣ того полезно имѣть ножницы или Кюхенмейстера, или обыкновенныя прямыя.

Обнаживъ влагалищную часть при помощи зеркалъ Симона, захватываютъ переднюю губу щипцами Мюзе, фиксируетъ влагалищную часть и дѣлаютъ двухсторонній ея разрѣзъ до прикрѣпленія боковыхъ сводовъ. Засимъ берутъ Поттовъ ножъ и, введя его плоско до *oficium internum*, разсѣкаютъ съ обѣихъ сторонъ шейку матки діагональнымъ разрѣзомъ, идущимъ отъ внутренняго маточнаго отверстія къ концамъ боковыхъ разрѣзовъ влагалищной части (рис. 102). Женщина переносится въ постель, и назначаются ежедневныя спринцеванія. На 4-ый день вводятъ зондъ и разрываютъ сращенія, образовавшіяся между порѣзанными ча-



Рис. 102. Двухсторонній разрѣзъ шейки матки.

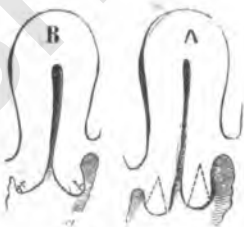


Рис. 103. Kegelmantelfoer-mige Excision. А—вырѣзваніе. В—сшиваніе.



Рис. 104. Выворотъ губъ.

стями. На 7-ой день женщина оставляетъ постель, а на 9-ый или 10-ый можетъ выходить уже изъ дома. Опасности и неприятности послѣ операціи тѣже, что и при операціи Симса. Если покажется вторичное кровотеченіе, то вполне умѣстны горячія спринцеванія.

Другой способъ производства этой операціи, именно, при помощи двойного метрома, не достигаетъ цѣли и опасенъ по возможности глубокаго раненія внутренняго маточнаго отверстія.

Третій способъ состоитъ въ вырѣзываніи клинообразныхъ кусковъ изъ передней и задней губы съ совмѣстнымъ двухстороннимъ разсѣченіемъ влагалищной части (Kegelmantelfoermige Excision). Этотъ способъ болѣе гарантируетъ отъ возможности сращенія влагалищной части, по у особъ ожирѣлыхъ, очень истощенныхъ или золотушныхъ располагаетъ къ искусственному вывороту губъ. (Рис. 103 и 104). Если операція невозможна по причинѣ двухсторонняго пораженія яичниковъ, клѣтчатки и брюшины, то принципы лѣченія суть тѣ-же, что и при хроническомъ воспаленіи матки, или при лѣченіи упорныхъ случаевъ врожденныхъ искривленій.

Г Л А В А XIII.

Лѣченіе кровотеченій во время беременности.

Лѣченіе кровотеченій, появляющихся во время беременности, разумѣется причинное и будетъ различно, смотря потому, зависятъ ли послѣднія отъ placenta praevia, отъ гидадивной формы беременности и т. д.

Но здѣсь представляется между прочимъ одинъ интересный вопросъ: возможно ли лѣчить язвы или повообразованія на шейкѣ беременной матки, подающія поводъ къ кровотечениямъ, безъ вреда для дальнѣйшаго теченія беременности? Отвѣтъ утвердительный: примѣненіе всякаго рода прижигающихъ средствъ возможно. Конечно, при этомъ должно тщательно слѣдить за реакціей со стороны матки и всего организма, появляющейся вслѣдъ за такими прижиганіями.

Возможно ли удаленіе хирургическимъ путемъ полиповъ, карциномъ colli uteri или фибромъ? Въ настоящее время и этотъ вопросъ разрѣшенъ въ утвердительномъ смыслѣ: при беременности возможны не только операціи на шейкѣ матки, но и операціи въ брюшной полости, напримѣръ, оваріотоміи, фибротоміи.

Начинающему врачу нерѣдко приходится бороться съ кровотечениями во время беременности въ такихъ случаяхъ, гдѣ распознаваніе причины — дѣло сомнительное. Находясь въ такихъ условіяхъ, не слѣдуетъ назначать средствъ, вліяющихъ сокращающимъ образомъ на матку, а держаться отвлекающаго метода, прибавляя въ помощь къ нему средства успокоивающія, седативныя (опій, дигиталисъ). Нельзя не упомянуть о хорошемъ вліяніи на кровотеченіе горячихъ ваннъ, и, наконецъ, при опасности, за смертельное кровотеченіе, о тампонаціи влагалища ватными тампонами или кольпейринтеромъ. Если кровотеченіе положительно угрожаетъ жизни, производство преждевременныхъ родовъ неизбежно.

Г Л А В А XIV.

Лѣченіе аорoplexiae ovarii.

Лѣченіе апоплексій яичника распадается на лѣченіе во время приступовъ и на лѣченіе профилактическое или предупредительное. Во время припадковъ трудно

заранѣе предугадать, поможетъ ли тепло или холодъ; а потому лучше начинать съ холода, съ ледяныхъ мѣшковъ на низъ живота; если же таковыя не переносятся, вызывая усиленіе болей и явленія коллапса, то тотчасъ же слѣдуетъ перейти къ примѣненію горячихъ мѣшковъ на низъ живота. Но бываютъ случаи, гдѣ и эти послѣдніе не переносятся больными, тогда можно попробовать компрессы изъ горячей воды на весь животъ. Если же и послѣдніе не переносятся, то самое лучшее положить вату или ветошь, смоченную растворомъ хлороформа въ ol. olivarium (̄j на ̄j), или же поливать на животъ aether sulphuricum. Наркотическія средства: t-ra cannabis, t-ra opii, suppositoria изъ belladonna весьма умѣстны, если нѣтъ рвоты, при существованіи же послѣдней — подкожныя впрыскиванія морфія и suppositoria.

Если приступъ окончился, можно тотчасъ же примѣнить спринцеванія, восходя отъ 32° до 35° и выше, которыя должны быть назначаемы все-таки съ крайней осторожностью совмѣстно съ употребленіемъ маленькихъ дозъ эрготина.

Съ цѣлью предупрежденія апоплексіи назначается лѣченіе водой: обертываніе простынями и брюшныя души; главнымъ же образомъ обращаютъ вниманіе на то, чтобы женщина не подвергалась усиленному coitus; за недѣлю и спустя дня 4 послѣ регулъ coitus совершенно не должно быть. Простуда и охлажденіе нижнихъ конечностей должны быть тщательно устранимы. Если яичникъ опущенъ и нѣсколько увеличенъ, то между утреннимъ и вечернимъ спринцеваніемъ женщина должна вводить себѣ тампоны изъ ваты съ глицериномъ и ихтиоломъ, и, если не существуетъ противопоказаній, то долженъ быть введенъ Годжевскій пессарій или круглый Мейеровскій. Для разрѣшенія всасыванія крововизляній — электризация. Всегда должно быть обращено тщательное вниманіе на состояніе крови и сосудистой системы: у особъ, наклонныхъ къ сердцебѣніямъ или страдающимъ dissolutio-ne sanguinis, apoplexia ovarii замѣчается особенно часто.

Г Л А В А XV.

Лѣченіе haematocеле.

Лѣченіе haematocеле распадается на два отдѣла: на лѣченіе въ первое время, когда еще не произошла инкапсуляція излившейся крови, или, такъ сказать, на лѣченіе apoplexiae retro-uterinae, и на лѣченіе собственно haematocеле, когда кровь уже инкапсулировалась. Въ первомъ случаѣ будутъ показанія: остановить кровотеченіе, какъ наружное, такъ и внутреннее и устранить явленія шока и острой анеміи; поэтому предписывается покойное горизонтальное положеніе, ледъ на низъ живота, тампонація влагалища льдомъ и примѣненіе возбуждающихъ средствъ: вина, мускуса и валеріаны; въ случаѣ рвоты — подкожное впрыскиваніе морфія. Такое лѣченіе продолжается приблизительно до конца вторыхъ сутокъ. Затѣмъ, когда начнутся реактивныя припадки воспаленія брюшины, къ этому лѣченію прибавляются наркотическія средства: t-ram opii per os и въ видѣ суппозиторій рег-

аши. Во все время лѣченія соблюдается строгая діета. Какъ только острые припадки воспаления стихли, тотчасъ-же назначаются горячія спринцеванія съ цѣлью остановить продолжающееся наружное кровотеченіе и усилить всасываніе излившейся крови. Подъ вліяніемъ ледяныхъ мѣшковъ на низъ живота и горячихъ спринцеваній *per vaginam*, небольшія кровоизліянія быстро всасываются, въ особенности въ первое время. Если-же всасываніе происходитъ медленно, то цѣлесообразно временныя горячія спринцеванія замѣнить постояннымъ орошеніемъ. Если всасываніе идетъ быстро, и реактивныя явленія не показываются вновь, то ледъ можно отмѣнить и назначить согрѣвающей компрессъ, а въ послѣдствіи и горячіе мѣшки на низъ живота.

Не должно забывать, что повтореніе внутренняго кровотечения чаще случается во время менструальнаго періода, а потому нѣсколько послѣдующихъ менструальныхъ періодовъ больная должна проводить въ постели, и при малѣйшихъ подозрѣніяхъ на внутреннее кровотеченіе долженъ быть положенъ на низъ живота ледъ.

Если кровоизліяніе было настолько значительно, что выполнило все Дугласово пространство и сильно смѣстило матку впередъ, а *gestum* — назадъ, то всасываніе излившейся крови будетъ происходить чрезвычайно медленно; и если только не воспослѣдуетъ разложеніе излившейся крови или образованіе абсцессовъ, то полного всасыванія можно ожидать не ранѣе 6, 8 мѣсяцевъ.

Если на второмъ мѣсяцѣ существованія *haematocele* замѣчается еще флюктуация въ кровяномъ мѣшкѣ, то полезно сдѣлать нѣсколько повторныхъ высасываній *per rectum* или *per vaginam* при помощи снаряда *Dieulafoy*. Такія высасыванія, уменьшая *hyperextensio*, благопріятствуютъ болѣе скорому всасыванію излившейся крови и предрасполагаютъ къ перфорациямъ въ мѣстахъ прокола, въ чемъ я лично неоднократно убѣдился.

Если излившаяся кровь разлагается, появляется гектическая лихорадка, и опухоль напрягается, то является показаніе къ полному опорожненію мѣшка. Убѣдившись въ разложеніи крови при помощи пробнаго прокола снарядомъ *Dieulafoy*, должно сдѣлать разрѣзъ въ заднемъ сводѣ, продольный или поперечный, въ 1 или $1\frac{1}{2}$ " длиной, опорожнить содержимое и ввести стеклянную трубку съ постояннымъ орошеніемъ, забинтовавъ плотно животъ и положивши на низъ его ледъ.

Если флюктуация нѣтъ, а опухоль, хотя и велика, но не причиняетъ разстройствъ, угрожающихъ жизни, оперативное вмѣшательство мало цѣлесообразно, хотя мнѣ и встрѣчались случаи, гдѣ велѣдъ за разрѣзомъ Дугласова пространства изъ тазовой полости выводились сгустки крови, и дѣло оканчивалось при помощи постояннаго орошенія весьма благополучно. Въ огромномъ же большинствѣ случаевъ насильственное выведеніе сгустковъ располагаетъ ко вторичнымъ внутреннимъ кровотечениямъ, а потому цѣлесообразно въ этихъ случаяхъ лѣченіе электричествомъ въ формѣ электронпунктуръ. Въ случаяхъ перфорации въ брюшную полость показуется *laparotomia* съ вычищеніемъ и съ дренажированіемъ ея.

Г Л А В А XVI.

Лѣченіе климактерическихъ кровотеченій.

Общее правило лѣченія климактерическихъ кровотеченій заключается въ тщательномъ изслѣдованіи уклоненій отъ нормы во всемъ организмѣ и въ лѣченіи таковыхъ уклоненій. Изъ нихъ въ особенности можно указать на *obesitas*, атероматозъ сосудовъ и на разстройство иннервации сердца. Не слѣдуетъ думать, что только крайнія степени ожирѣнія могутъ повлечь за собой кровотеченія; достаточно и того, что женщина, несмотря на кровотеченіе, не худѣетъ, а полнѣетъ; практически мы должны принять, что имѣемъ дѣло въ такихъ случаяхъ съ рѣзко выраженнымъ ожирѣніемъ, ибо женщины внослѣдствіи дѣйствительно могутъ достигнуть явленій полной *obesitatis*. Не надо также упускать изъ виду, что при начинающемся ожирѣніи сердце скорѣе другихъ органовъ поражается этимъ патологическимъ процессомъ.

Лѣченіе ожирѣнія состоитъ въ строгой мясной и частью растительной діетѣ совместно съ употребленіемъ или снятого молока или сыворотки, въ моціонѣ, пользованіи солнечными ваннами и въ лѣченіи водой. Только въ случаѣ сильныхъ кровотеченій необходимо постельное содержаніе, въ противномъ случаѣ постель приноситъ только вредъ. Если у женщины замѣчается брюшное полнокровіе и застои въ печени, то пиявки *ad anum* или *ad regionem coccygeam*, въ количествѣ соразмѣрномъ съ силами больной, являются полною необходимостью.

Мѣстное лѣченіе состоитъ въ употребленіи горячихъ спринцеваній, тампонации и вообще такихъ средствъ, которыя влекутъ за собою и способствуютъ уменьшенію и атрофіи матки. Но спорынья и ея препараты малодѣйствительны, и лучше не назначать ихъ, помня то обстоятельство, что въ климактерическомъ періодѣ атрофія мышцъ матки составляетъ существенное явленіе, и нѣтъ ничего невѣроятнаго, что таковая атрофія можетъ показаться и въ другихъ органахъ, равно и въ сердцѣ.

Умѣренные кровотеченія могутъ составлять рѣшительную необходимость для поддержанія равновѣсія въ организмѣ.

Если кровотеченіе не останавливается сказанными средствами, то можно сдѣлать расширеніе матки и выскабливаніе слизистой оболочки съ послѣдовательнымъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ. Если врачъ, при несомнѣнныхъ другихъ явленіяхъ менопаузы, констатируетъ увеличеніе шейки матки, затвердѣніе ея и присутствіе эрозій, и сама матка до нѣкоторой степени увеличена, то необходимо удаленіе матки черезъ влагалище.

Наконецъ попадаются такіе тяжелые случаи, гдѣ всѣ усилія и средства оказываются недѣйствительными для остановки кровотеченій, а кровотеченія настолько сильны, что жизнь женщины находится положительно въ опасности: здѣсь также показуется полное удаленіе климактерической матки.

Г Л А В А XVII.

Лѣченіе *superinvolutionis*.

Лѣченіе *superinvolutionis* должно быть какъ можно меньше мѣстнымъ и какъ можно тщательнѣе общимъ.

Перемѣна мѣста жительства, свѣжій деревенскій воздухъ, обильное употребленіе молока, кефира, кумыса, солнечныя ванны, мышьякъ и желѣзо составляютъ единственныя средства, возвращающія къ здоровью, какъ матку, такъ и весь организмъ. Было бы положительно ошибкой увлекаться разсказами тѣхъ врачей, которые назначеніемъ внутриматочныхъ гальваническихъ пессарій, употребленіемъ эменagogъ достигли успѣха при лѣченіи *superinvolutionis*. Надо бояться не отсутствія регуль, но болѣзни легкихъ, разстройствъ нервной системы и психической сферы. При этомъ надо имѣть въ виду еще одно обстоятельство: если при тщательномъ изслѣдованіи трубъ и ovarій констатируется увеличеніе послѣднихъ, при несомнѣнномъ присутствіи гектической лихорадки, невольно рождается вопросъ: не отъ казеознаго ли перерожденія зависитъ увеличеніе трубъ и ovarій? Дальнѣйшее изслѣдованіе въ этомъ направленіи является вопросомъ дня. Мое убѣжденіе, что *superinvolutio* чаще есть только симптомъ общаго діатеза, но что съ другой стороны и казеозное перерожденіе трубъ и ovarій можетъ подать поводъ къ пороженію общимъ туберкулезомъ.

Г Л А В А XVIII.

Лѣченіе *inversionis uteri*.

Лѣченіе двоякаго рода: или вправленіе ипвертированной матки или удаленіе вывороченнаго дна и тѣла матки ампутаціей.

Если врачъ встрѣчается съ острымъ случаемъ, или съ хроническимъ, но безъ сращенія воронки, то существуетъ показаніе къ вправленію выпавшаго дна и тѣла матки. Для этого существуетъ множество способовъ, но я остановлюсь только на тѣхъ, которые удалось примѣнять мнѣ лично.

Предварительно за недѣлю производятся частыя, повторныя горячія спринцеванія (если случай хроническій) съ цѣлью остановки кровотеченія и уменьшенія величины матки, и тампонація съ ихтиоломъ съ одновременнымъ назначеніемъ желѣза и укрѣпляющей діеты. Женщина хлороформируется *ad maximum*; если во время хлороформированія или послѣ него замѣчается спазмъ шейки матки, то полезно поставить клистиръ съ хлораль-гидратомъ (э) на одинъ стаканъ). Женщина кладется въ положеніе для камнеотченія; дно и тѣло матки захватывается полной рукой, введенной во влагалище, и оттягивается внизъ къ нижнему краю *symphysis pubis*. Два пальца другой руки вводятся *in rectum*, къ нимъ обращается воронка

выверота, въ которую они и проникаютъ черезъ переднюю стѣнку *gesti*; въ то же время другой рукой сжимаютъ дно и тѣло матки *ad maximum* и стараются протолкнуть ихъ черезъ воронку, для чего иногда передняя или задняя губа шейки фиксируется и оттягивается внизъ при помощи щипцовъ Мюзе. Если спазмъ шейки матки значителенъ, то полезно сдѣлать разрѣзъ, проникающій черезъ слизистую и мышечную оболочки шейки; если и это мало помогаетъ, тогда ставятъ женщину въ положеніе *a la vache*, придвигаютъ воронку къ переднимъ брюшнымъ стѣнкамъ, фиксируютъ ее рукой *per parietes abdominales* и дѣлаютъ попытки вправленія. Если вправленіе не удалось, женщина переносится въ постель, на низъ живота кладутся ледяные мѣшки и назначаются горячія спринцеванія. Только черезъ 7 или 8 дней, по крайней мѣрѣ, можно приступить къ вторичнымъ попыткамъ. Если существуетъ воспаленіе клѣтчатки и брюшины, хотя бы въ слабой степени, попытки къ вправленію не должно быть производимо, ибо во всѣхъ такихъ случаяхъ воспаленіе клѣтчатки и брюшины становится очень серьезнымъ и продолжительнымъ, и дѣло въ концѣ концовъ оканчивается ампутаціей тѣла и дна матки. Больше 3 попытокъ вправленія я никогда не производилъ. Если ручное вправленіе не удастся, то можно попытаться сдѣлать вправленіе при помощи кольпейринтера, введеннаго во влагалище и наполненнаго холодной или горячей водой. Примѣненіе кольпейринтера очень болѣзненно и иногда абсолютно не переносится больными; однако врачъ долженъ тщательно и строго настаивать на примѣненіи его, ибо иногда въ моментъ наиболѣе сильныхъ болей происходитъ вправленіе.

Способъ Томаса, состоящій въ производствѣ лапаротоміи и расширеніи воронки при помощи дилатора, можетъ быть примѣненъ у особъ молодыхъ, желающихъ, во что бы то ни стало, сохранить матку и не подвергаться ампутаціи ея. Въ настоящее время наиболѣе дѣйствительный способъ—это забинтовываніе вывороченной матки эластическимъ бинтомъ. При этомъ матка сжимается *ad maximum* и благодаря постоянному давленію, производимому бинтомъ, самопроизвольно вправляется.

Если существуетъ сращеніе воронки или гангрена матки, или новообразованіе и перерожденіе дна и тѣла матки, или хроническіе параметрическіе или пельвеоперитоническіе воспалительные инфильтраты и кровотечения, угрожающія жизни, то является показаніе къ ампутаціи вывороченнаго дна и тѣла матки.

Наканунѣ дается касторовое масло и назначается съ вечера до утра постоянное орошеніе. Больная хлороформируется *ad maximum*, влагалище растягивается зеркалами Симона или Симса и вывороченное дно матки захватывается щипцами Мюзе, опускается ко входу влагалища и проводится черезъ него такъ, чтобы узкая часть или почка вывороченной матки была во входѣ.

Засимъ берется прямая игла съ продѣтою сквозь нея серебряною проволокою или шелковою ниткою, прокалывается черезъ середину ножки и обѣ серебряныя лигатуры скручиваются. Выше серебряной лигатуры накладывается круговая лигатура изъ шелка. Тѣло и дно матки отрѣзается на $\frac{1}{2}$ " ниже серебряной лигатуры, немного косвенно, такъ, чтобы перитонеальные листки нѣсколько выступали снаружи.

Перитонеальные листки сшиваются; вкладывается іодоформенная марля и женщина переносится въ постель. Сшивание перитонеальныхъ листковъ необходимо потому, что иногда лигатуры могутъ прорѣзаться или лопнуть, и оставшаяся часть шейки матки, выворачиваясь въ полость брюшины, подаетъ поводъ къ внутреннему кровотеченію. Если же перитонеальные листки сшиты, то кровотеченіе бываетъ наружное и легко можетъ быть остановлено посредствомъ швовъ. Въ этомъ убѣдилъ меня одинъ случай, бывший подь моимъ наблюденіемъ.

На 17 день лигатуры или сами отпадаютъ, или снимаются. Послѣ операціи лѣченіе состоитъ въ ежедневныхъ антисептическихъ спринцеваніяхъ и въ наблюденіи, чтобы не развились явленія перитонита.

Г Л А В А XIX.

Лѣченіе *obesitatis*.

Лѣченіе врожденнаго и приобрѣтеннаго ожирѣнія одно и тоже: строгое проведеніе системы лѣченія Бентинга, моціонъ, массажъ, лѣченіе водой и іодомъ (NaJ) и питье минеральныхъ водъ: Мариенбада, Карлсбада, Виши и Эссентуки (№ 17).

Изъ мѣстныхъ средствъ при врожденныхъ ожирѣніяхъ иногда помогаетъ инцизія маточной шейки, но по большей части тамъ, гдѣ существуетъ или коническая шейка, или врожденная антефлексія.

Оставлять на долгое время въ постели ожирѣлыхъ особъ при кровотеченияхъ не слѣдуетъ. Назначеніе спорыни и ея препаратовъ безцѣльно, а иногда и прямо вредно. Лѣченіе горячими спринцеваніями совмѣстно съ душами на животъ приноситъ иногда самый блестящій успѣхъ.



ПРИЛОЖЕНИЕ.

akusherlib.ru



Профессоръ Робертъ Барнесъ, изъ Лондона, говоритъ: во всѣхъ случаяхъ маточныхъ кровотеченій необходимо заботиться о расширенномъ состояннн шейнаго канала. Это само по себѣ часто останавливаетъ кровотеченія. Необходимо удалить всякаго рода инородныя тѣла, какъ то: кровяныя сгустки, оболочки яйца, остатки послѣда. Для этого можно ввести одинъ или два пальца и отдѣлить эти инородныя тѣла.

Гемостатическія средства могутъ быть введены или на кусочкѣ ваты, или на зондѣ. Тамъ же, гдѣ это не примѣнимо благодаря узкости шейнаго канала, пригодны инъекціи или *styptica* въ твердомъ или жидкомъ видѣ. Лучшій способъ для этого состоитъ въ томъ, что помонно трубки, подобной той, которая примѣняется для мазей, вводимыхъ въ полость матки, вводится кусочекъ губки, напитанной кровеостанавливающими средствами. Трубочка вводится въ полость матки и давленіе на поршень заставляетъ жидкость по каплѣ изливаться на кровоточащую поверхность. Если это не поможетъ, то повторяютъ впрыскиваніе.

Въ пассивныхъ гемморрагіяхъ — общее кровяное давленіе, усиленная дѣятельность сердца и приливъ крови къ тазовымъ органамъ должны быть уменьшены.

Самыя употребительныя средства для этого: *digitalis*, *aconit.*, *ammonium bromatum*, *kali bromatum*, иногда *opium*, *iresacuanha*, *chloral*, среднія соли — въ родѣ *ammonium aceticum*, *kali nitricum*. Холодъ часто находитъ примѣненіе. Ледъ во влагалище и холодное спринцеваніе надобно всегда примѣнять въ началѣ.

Положеніе больной весьма важно, — тазъ надобно помѣщать выше остальныхъ частей тѣла. Соли слабительныя находятъ примѣненіе съ большой выгодой. Самое употребительное изъ внутреннихъ средствъ: терпентинъ въ капсуляхъ, эрготинъ въ видѣ жидкаго экстракта, или порошка, или *tinctura hamamelis* по 5—10 кап., каждые три-четыре часа; стрихнинъ, сѣрная и фосфорная кислоты, дубильная или галлусовая кислота, *plumbum aceticum*, *vinca major*, *cann. indic.*, *iresacuanha*. Если все это не помогаетъ, то прибѣгаютъ къ мѣстнымъ *styptica*. При послѣдовательномъ лѣченіи вначалѣ не назначаютъ желѣза, — это значитъ только подливать масло въ огонь. Организмъ требуетъ сначала солей, онѣ лучше способствуютъ уравновѣшиванію усиленной циркуляціи. Это ослабленіе возбудимости сосудовъ уменьшаетъ лихорадку, успокаиваетъ возбудимость первовъ, регулируетъ секрецію и подготавливаетъ путь для желѣза и другихъ тоническихъ средствъ.

Лучшая форма для солей есть свѣжеприготовленный уксуоислый аммоній, къ которому можно прибавить какое нибудь седативное средство, въ родѣ Battley'евского раствора и иногда digitalis или aconitum. Далѣе hamamelis, эрготинъ, хининъ, минеральныя кислоты, отваръ изъ дубовой коры и только подъ конецъ желѣзо. Лучшие препараты для желѣза слѣдующіе: лимоннокислое, уксуоисное, хлоръ-окись въ тонизирующихъ дозахъ, или же ferrum dialysatum въ малыхъ дозахъ.

Сонъ въ особенности необходимъ, для чего дается опій вмѣстѣ съ солями, или въ формѣ пилюль опійныхъ по 5 гр. на приемъ, или наконецъ pulvis ipesacanthae compos. (Pulv. Doveri). Если это не помогаетъ, то у насъ есть могучее средство въ хлоралъ гидратѣ по скрупулу на приемъ.

Профессоръ Гамилляръ Томасъ, изъ Нью-Йорка.

Этотъ авторъ говоритъ, что въ случаѣ маточнаго кровотеченія пациентка должна лежать на спинѣ, полотенца, смоченныя холодной водой, должны быть положены на матку, вульву и паха, кислое холодное питье въ изобиліи: введеніе же всего горячаго строго воспрещается. Кромѣ того, помѣщеніе должно быть прохладное, нервную систему надобно успокоить опіемъ или другими подходящими средствами, всякій разговоръ надо устранить. Въ обыкновенныхъ случаяхъ этого бываетъ достаточно, въ рѣдкихъ случаяхъ не удастся добиться результата. Тогда надобно ввести зеркало, въ шейный каналъ вставить прессованную губку и влагалище выполнить тампонами. По большей части это помогаетъ; но въ нѣкоторыхъ случаяхъ, какъ напримѣръ, при ракъ шейки — прессованная губка не примѣнима. Въ этихъ случаяхъ мягкая губка или комочекъ ваты, смоченный въ растворѣ фосфорнокислой окиси желѣза, кладется на шейку, и закладывается тампономъ, или же наполняется маленькій полотняный мѣшокъ квасцами и кладется на шейку, причемъ также удерживается тампономъ; наконецъ, просто можно насыпать на шейку двѣ драхмы тангина. Этими средствами могутъ быть на время приостановлены почти всѣ случаи кровотеченій матки, особенно если еще придется примѣнить прессованную губку.

Если кровотеченіе обусловлено фунгознымъ перерожденіемъ внутренней оболочки матки, то вычерпываніе или выскабливаніе есть одно изъ лучшихъ средствъ; это перерожденіе можно также разрушить помощію азотной кислоты, іодной настойки, ляписа и т. п. Въ очень упорныхъ случаяхъ часто оказываетъ большія услуги перемѣна климата.

Профессоръ Робертъ Бортолла, изъ Филадельфіи.

Если кровотеченія обуславливаются малокровіемъ (обѣднѣніемъ крови), то желѣзо будетъ самымъ цѣлесообразнымъ медикаментомъ, его можно комбинировать съ мышьякомъ.

Дубильная кислота хорошо дѣйствуетъ въ слѣдующей формѣ:

Rp.: Acidi gallici ℥℥
 Acid sulphur. dil ℥j
 Tinct. opii ℥j
 Infus. rosae comp. ℥iv

MDS По столовой ложкѣ черезъ четыре часа или чаще.

Если мы имѣемъ дѣло съ большой дряблой маткой, то показуется эрготинъ, а если причина лежитъ въ раздраженіи яичниковъ, то бромистый калий поможетъ скоро.

Ипекагуана обладаетъ весьма цѣнными кровеостанавливающими средствами, ее слѣдовало бы почаще примѣнять.

Rp.: Extr. ipecac. fluid. ℥jj
 Extr. ergot. fluid. ℥iv
 Extr. digital. fluid. ℥jj

MDS. Отъ 30 к. до чайной ложки на приемъ, смотря по надобности.

У ослабленныхъ и истощенныхъ субъектовъ меноррагія можетъ быть излѣчена усиленнымъ притокомъ крови къ маткѣ. Желѣзо и аloe могутъ быть примѣнимы совмѣстно. Но послѣднее противопоказуется при существованіи застоя въ тазовыхъ органахъ.

Эдуардъ Джонъ Тилтъ, изъ Лондона.

Въ трудныхъ случаяхъ кровотеченій голова должна находиться горизонтально. Полезны седативныя: kalі или ammonium bromatum, которыя пользуются репутаціей средствъ, предупреждающихъ кровотеченія (маточныя). Полныя дозы жидкаго экстракта эрготина и настойки наперстянки, (℥^{ss}—3 раза въ день), останавливаютъ кровотеченія.

Rp. Tinct. digit.
 Extr. ergot. fluid. aa ℥jjj
 Aqu. destill. ℥vj.

MDS. Шестая часть принимается 3 раза въ день въ теченіе 3-хъ дней.

При употребленіи этихъ средствъ полезны суппозиторіи изъ 2-хъ гранъ опія per anis, если бы и не было болѣе въ тазу, потому что опій часто помогаетъ, останавливая кровотеченія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ хорошо начинать съ малыхъ дозъ эрготина и дигиталиса, давая ихъ за нѣсколько дней до менструаціи.

Грэймъ Гюитъ, изъ Лондона.

Лѣченіе прежде всего должно быть направлено къ устраненію причинъ, производящихъ кровотеченія. Флексія и конгестія матки обыкновенно на лицо, на нихъ надобно обращать вниманіе.

Наружное лѣченіе и въ частности ванны оказываютъ громадную услугу, въ особенности холодныя поясныя ванны, холодъ на спину въ видѣ мѣшковъ со льдомъ. Инъекціи холодной воды въ rectum есть надежный способъ остановки кровотеченія въ тяжелыхъ случаяхъ. Dr. Hewitt думаетъ, что styptica, принятыя внутрь, по большей части, весьма полезны; наиболее цѣлесообразными изъ нихъ онъ считаетъ комбинацію танина съ tinct. ferri или послѣднее одно въ большихъ дозахъ отъ ℥XXX до XL. Opium очень восхваляли, но врядъ ли онъ пригоденъ въ хроническихъ случаяхъ. Въ случаяхъ большихъ потерь крови полезны стимулирующія и питательныя средства, даваемыя въ небольшихъ количествахъ и съ частыми промежутками.

Профессоръ Вильямъ Байфордъ изъ Чикаго.

Этотъ критикъ даетъ подробныя указанія относительно лѣченія metrorrhagiae въ Transactions of the International Medical Congress 1876 г.

Какъ паллиативныя мѣры весьма важны покой и постельное содержаніе. Полная тишина, легкая одежда и другія гигиеническія мѣры необходимы.

Изъ аптечныхъ средствъ dr. Byford останавливается на adstringentia. Наиболее примѣнимое изъ нихъ есть эрготинъ, но онъ не помогаетъ при венозныхъ кровотеченияхъ, какъ-то; при retroversiones, опухоляхъ и проч. При боляхъ въ тазу и сухости кожи, опіумъ, irascianha могутъ оказывать существенную услугу. При раздраженіи кровеносной и нервной системы назначаются lobelia, gelsemium, digitalis, aconitum и vegetrum viridum. Если это все оказывается безуспѣшнымъ, то надобно прибѣгнуть къ механическимъ или химическимъ способамъ. Представителемъ нерваго будетъ тампонъ, а втораго энергическія haemostatica. Преимущественно же они употребляются совмѣстно по формулѣ Маріонъ-Симса.

Rp.: Liquoris ferri subsulphatis \bar{s} s
Aquaе \bar{s} j.

Вата, пропитанная этимъ растворомъ и затѣмъ подвергнутая умѣренному давленію, высушивается до употребленія. Примѣняется она такъ: достаточное количество ваты надѣвается на палочку китоваго уса и вводится въ полость матки. Если кровотеченіе умѣренное, то достаточно одного комочка ваты, въ тяжелыхъ случаяхъ надобно выполнить всю полость. Можно привязать крѣпкую нитку къ комочкамъ, чтобы удобнѣе было извлечь ихъ въ случаѣ надобности. Они могутъ находиться тамъ отъ 12 до 24 час.

Въ интерменструальномъ періодѣ надобно принимать тоническія и измѣняющія средства. Нашатырь особенно пригоденъ. Въ случаяхъ истощенія больныхъ назначаютъ слѣдующее средство:

Rp.: Hydrargyri chloridi corrosiv. gr. $\frac{1}{16}$ — $\frac{1}{32}$.
Tinct. cinchon compos \bar{s} j
MDS. раза 3 въ день.

Iodum, kali iodatum и ferrum iodatum также хороши. Повторныя сухія банки

на засгит весьма пригодны, они должны быть достаточно обширны и держать их надо часъ или болѣе.

Пана, изъ Парижа.

Изъ разнообразныхъ манипуляцій для остановки тяжелыхъ метроррагій, авторъ отдаетъ предпочтеніе тампонаціи того органа, который кровоточитъ, т. е., шейки матки, а не vaginae. Она останавливаетъ кровь надежнѣе и менѣе подвергаетъ пациентку опасности зараженія гнилестными продуктами. Вотъ методъ Panas: въ полость шейки матки вводится комочекъ ваты, намотанный на гусиное перо. Вата смочена растворомъ perchloride de ferro (т. е. ferr. sesquichlor.), разбавленной водой, чтобы устранить его каустическое свойство. Затѣмъ, въ вагину вводится тампонъ изъ ваты такъ, чтобы онъ выполнялъ задній сводъ (cul de sac du vagin), гдѣ онъ не только удерживаетъ на мѣстѣ маточный тампонъ, но и всасываетъ жидкость и такимъ образомъ защищаетъ часть влагалища (покрытую брюшиной) отъ раздражающаго дѣйствія желѣза и жидкихъ отдѣленій матки.

Д-ръ Дилленбергеръ изъ Вьенны.

Лѣченіе меноррагій, принятое Вѣнской школой, состоитъ въ горизонтальномъ положеніи больной съ приподнятымъ тазомъ, въ легкой діетѣ и прохладительныхъ напиткахъ въ родѣ слѣдующихъ:

Rp.: Acidi tartarici gr. X—XXjj
Syrupi aurantii floris ꝯvj
Aquae ꝯXV
MDS. Для питья.

Rp.: Tamarindi ꝯj
fiat decoctum librae unius
(acidi sulphurici aromatici ꝯj—jj)
Syrupi rubri ꝯs—j
MDS. Для питья.

Rp.: Acidi Sulphur. aromat. ꝯjj
Syrupi rubri ꝯj.
MDS. 1—2 ложки на стаканъ—питье вмѣсто воды.

Такое содержаніе и такой режимъ вмѣстѣ съ свѣжимъ воздухомъ и прохладной комнатою сами по себѣ часто могутъ остановить кровотеченія. Въ случаяхъ пассивной геморрагіи примѣняются холодныя спринцеванія и слѣдующія средства:

Rp.: Aluminis ꝯjj—jV
Aquae ꝯjV.



Rp.: Acidi tannici ꝑꝑ—jV
Aquae ꝑꝑXV

Rp.: Zinci Sulphatis gr. X—XXXIV
Aquae ꝑꝑj.

Rp.: Catechu ꝑꝑjj
Aquae ꝑꝑXV.

MDS. Для инъекцій во влагалище.

Rp.: Extract: krameriae ꝑꝑjj
Aquae ꝑꝑXV.

DS. Для инъекцій въ влагалище.

Тампонація влагалища также хорошее средство.

Изъ внутреннихъ средствъ лучшими оказались:

Rp.: Ferri chloridi gr. XVj
Tinct. opii gtt. X
Syrupi tolutani ꝑꝑjj
Aquae ꝑꝑVj.

MDS. По столовой ложкѣ черезъ часъ—черезъ два.

Rp.: Pulveris ergotae
Sacchari albi aa gr. XXXIV
Ol. cinnamomi gtt—j.

M. Div. in dos. aeq. № 6.

S. Черезъ 5 минутъ по порошоку.

Rp.: Extr. ergot. fluid. mXX
Syrupi acaciae ꝑꝑjj
Syrupi aurant. florum ꝑꝑs
Aquae ꝑꝑjjj

M. Div. in dos. aeq № 6.

S. Столовая ложка 4 разъ въ день

Rp.: Extr. krameriae gv. Vj—XX.
Aluminis

Sacchari albi aa, gr. XXjj

Ol cinnamomi gttj

MDS. По 1 порошоку черезъ 2—5 часовъ.

Rp.: Aluminis gr. XXXjj.

Tinct. cinnamomi ꝑꝑjj.

Syrupi aurantii corticis ꝑꝑs

Aquae cinnamomi ꝑꝑiV.

MDS. Черезъ часъ по столовой ложкѣ.

Résumé средствъ.

Achillea Millefolium обладаетъ благотѣльными свойствами при кровотеченіяхъ, зависящихъ отъ атоніи.

Acida весьма употребительны при кровотеченіяхъ, но дѣйствіе сомнительно.

Alumen часто оказывается успѣшнымъ при кровотеченіяхъ. Dr. Tilt говорить, что *alumen* въ растворѣ *acidi sulphurici* есть первое средство.

Ammonium bromatum при частыхъ менструаціяхъ, хотя бы и не обильныхъ, зависящихъ отъ повышенной дѣятельности половыхъ органовъ. Dr. Black рекомендуетъ его принимать за недѣлю до регуль по 10 гр. 4 раза въ день.

Argentii oxidum полезно въ меноррагіяхъ. Болѣе 3-хъ гранъ не слѣдуетъ давать ежедневно.

Acidum arsenicosum (solutio Fowleri), даваемая сначала по mxx — xx , а потомъ каждыя 20 минутъ по m прекращаютъ менструацію. Однакоже его не слѣдуетъ давать долго.

Berberia sulphas. Andrews хвалитъ при *menstruatio profusa*. Онъ прописываетъ по слѣдующему рецепту:

Rr.: *Berberiae sulphatis* эj.

Sacchari albi ʒjs.

Div. in part. aequ. № 12.

D. S. Одинъ порошокъ при сильныхъ регулахъ, если же послѣднія не сильны, то черезъ 3—4 дня отъ начала ихъ черезъ 4—8 часовъ по порошокъ.

Эффектъ дѣйствія: уменьшеніе количества теряемой крови и сокращеніе продолжительности менструальнаго періода.

Ворах весьма употребителенъ (см. *ergot*).

Cannabis indica. Dr. Churchill назначаетъ ее по 5—10 капель 3 раза въ день въ меноррагіяхъ и метроррагіяхъ.

Dr. Thomas, изъ Нью-Йорка—выставляетъ его лучшимъ средствомъ.

Catechu при пассивныхъ геморрагіяхъ.

Simicifuga. Dr. Ringer, изъ Лондона, выдаетъ его за кровеостанавливающее, но обладающее менѣе сильными свойствами, чѣмъ *kali bromatum*.

Cinnamomum. Отличный *stomachicum* и хорошъ при маточныхъ кровотеченіяхъ. Онъ можетъ быть даваемъ или въ тинктурѣ, или порошокѣ (эj).

Digitalis. Очень полезенъ въ мено-метроррагіяхъ, зависящихъ отъ органическихъ болѣзней.

Tilt прописываетъ его:

Rr.: *Tincturae digitalis* ʒjj

Acidi hydrocyanici diluti mxxx (?)

Morphiae acetatis gr. j

Aquam ad ʒvj

MDS. По десертной ложкѣ черезъ 2—3 часа.

Ergota. Въ меноррагіяхъ очень полезенъ, хотя и не во всѣхъ случаяхъ.

Dr. Waring-Curron говоритъ, что онъ особенно полезенъ при кровотеченияхъ у субъектовъ золотушныхъ, страдающихъ констипациями и бѣлями. Также назначается при меноррагіяхъ, зависящихъ отъ болѣзней сердца съ застоємъ въ системѣ воротной вены, въ видѣ *infusum* съ *Boгах*. Онъ мало полезенъ при меноррагіяхъ, зависящихъ отъ изъязвленія, полиновъ, новообразованій или ретрофлексій. Въ особенности дѣйствителенъ при впрыскиваніи подъ кожу.

Atthill совѣтуетъ при оваріальныхъ раздраженіяхъ прибавлять къ нему *kali bromatum*. У анемичныхъ къ каждой дозѣ эрготина прибавляютъ по 10 капель желѣзной настойки и отъ 3—5 капель раствора стрихнина, послѣднее усиливаетъ дѣйствіе эргота.

Ferrum. При упадкѣ питанія и у особъ истощенныхъ.

Acidum gallicum. Особенно рекомендовано покойнымъ Sir Simpson'омъ, при атонической меноррагіи. Онъ назначалъ ежедневно по 10—20 gr., какъ во время регулъ, такъ и между ними. Tilt его хвалитъ, но говоритъ, что онъ мало дѣйствителенъ при кровотеченияхъ, зависящихъ отъ органическихъ болѣзней.

Dr. W. Goodell даетъ его по 20—30 gr., каждые 2—4 часа.

Tanner прописываетъ его такъ:

Rp : *Acidi gallici* gr. xv.—xxv.
Acidi Sulphurici aromatici ℥ xv—xx
Tincturae cinnamomi ℥ ij
Aqu. destillat. q. s. ad f. ℥ ss.

MDS. Съ 2—3 чайными ложками воды черезъ нѣсколько часовъ до полной остановки кровотечения.

Natamelis въ видѣ жидкаго экстракта, но мало дѣйствителенъ.

Præparatio — въ большихъ дозахъ производитъ лучшіе результаты. При употребленіи по gr. xx вечеромъ и утромъ кровотечения часто останавливаются въ 24 часа. Если же кровотеченіе снова показывается, то наступаетъ полное излѣченіе при повторныхъ дозахъ.

Krameria — особенно полезна при меноррагіяхъ, появляющихся около періода менопаузы.

Д-ръ Dewees прописываетъ по слѣдующей формулѣ:

Rp.: *Extr. Krameriae* ℥ ij
Pulv. rhei ℥ β
Syrupi q. s.
M. f. pill. № 40
 DS. Принимать 2—3 раза въ день.

Magnesia sulfur. — рекомендована Graily-Hewitte, изъ Лондона, который прописываетъ ее въ малыхъ дозахъ съ небольшимъ количествомъ *ac. sulfur.* и *sугор.* во время менструальнаго кровотечения.

Matico — употребляется въ формѣ пасты и вводится во влагалище для остановки кровотечения.

Plumb. acet. часто помогаетъ въ трудныхъ случаяхъ, когда дается *in enema*.

Rp. *Plumb. acet.* grXV—XX
Tinct. op. ℥xj
Mucil. ℥jj
 MDC. Pro *enema*

Въ умѣренныхъ случаяхъ внутреннее назначеніе *sacch. satur.* и *opium* полезно. Д-ръ *Workman* изъ Канады даетъ его повторно по gr. xxx.

Kalium bromatum—очень восхваляется д-ромъ *Ringer*'омъ изъ Лондона, который рекомендуетъ слѣдующія правила употребленія его въ кровотечении. При *menstrua profusa* слѣдуетъ его принимать за недѣлю до регулъ и если менструація прошла правильно, то при слѣдующей надо повторить. Если регулы наступаютъ черезъ 2 недѣли или чаще, онъ долженъ быть употребляемъ непрерывно до выздоровленія, а потомъ въ меньшихъ дозахъ передъ каждой менструаціей. Но при новообразованіяхъ онъ мало дѣйствителенъ. Д-ръ *Alfred Meadows* считаетъ его лучшимъ средствомъ при оваріальныхъ меноррагіяхъ.

Rp. *Kal. bromat* grxxx.
Syrup. ferri bromidi ℥j

MDS. 3 раза въ день въ водѣ и, кромѣ того, на ночь суппозиторій *in vaginam ex conii grj atrop. gr. 1/12.*

Chinin. sulfur—назначается при кровотечении у малярийныхъ больныхъ. Д-ръ *Barnes* употребляетъ его въ геморрагіяхъ при *subinvolutio*

Acid. sulfur. dilutum—рекомендуется нѣкоторыми.

Savina. Phillips находилъ ее очень полезной въ меноррагіяхъ въ формѣ *t-gae* 5—10 капель въ холодной водѣ черезъ каждые $\frac{1}{2}$ часа. *Agan* находить ее наиболѣе дѣйствительной при меноррагіяхъ отъ атоніи матки.

Acid. tannicum—одинъ или съ небольшими дозами *acid. nitr dilut* даетъ наисчастливейшіе результаты.

Д-ръ *Robert Burns* прописываетъ:

Rp. *Acid. tannic*
Zinc. sulfur. aa ℥i
Glycerini ℥i

MDS. Смочивъ вату, прикладывать къ внутренней поверхности матки.

Ol. Terebenth—прописывается *Tilt* омъ:

Rp.: *Ol. terebenth* ℥β
Tinct. capsici ℥β
Tinct. ergotae ℥j
Tinct. lavandul compos ℥jj.

MDS. въ случаяхъ метроррагіи отъ ℥β—℥j въ молокѣ (взболтать). Въ сильныхъ кровотеченияхъ послѣ родовъ отъ ℥β—℥j съ молокомъ съ хорошими результатами.

Urtica—очень популярное средство въ формѣ *infus.*

Viburnum prunifolium—очень полезно въ меноррагіяхъ, случающихся при бо-

лѣзняхъ легкихъ, сердца, печени, маляріи etc. и особенно полезенъ въ періодъ менопаузы.

Viscum album—рекомендуется нѣкоторыми при меноррагіяхъ: въ порошкахъ по эj —3—4 раза въ день.

Zinc. oxid. Настойчиво рекомендуется проф. А. Simpson'омъ, изъ Эдинбурга, по 2 gr. 3 раза въ день.

Zincum sulfuricum по 1—2 gr. въ пилюляхъ 3 раза въ день очень полезенъ при атоническихъ формахъ меноррагіи.

Tinct. hydrastis canadensis, по 20 кап. 4—5 разъ въ день превосходно дѣйствуетъ при маточныхъ кровотеченияхъ, въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ матка увеличена и тверда и гдѣ спорынья и ея препараты не достигаютъ цѣли.

Radix Gossypii herbas. Прошовникъ рекомендуетъ при фибромиомахъ въ видѣ *Infus.* изъ 10,0 разъ въ день или изъ 7,5—2 раза въ день; въ формѣ жидкаго экстракта 2—3 раза въ день по 2 чайныхъ ложки въ винномъ стаканѣ сахарной воды. Во время менструаціи дозы нѣсколько увеличиваются.

Hydrastininum hydro chloricum $\text{C}_{11}\text{H}_{11}\text{N O}_2$, HCl. Гидрастининъ вызываетъ сокращеніе сосудовъ непосредственнымъ дѣйствіемъ на сами сосуды и вслѣдствіе этого повышаетъ давленіе, замедляя одновременно пульсъ. Сокращеніе сосудовъ бываетъ сильнѣе, чѣмъ отъ гидрастина, продолжительнѣе и не прерывается во время сна. Даютъ гидрастининъ при эндометритахъ и міомахъ, обуславливающихъ маточныя кровотечения, далѣе при конгестивной дисменорреѣ и при *menstruatio profusa* подъ кожу въ 10% растворѣ или внутрь въ пилюляхъ; дозы 0,05 — 0,1. При аперіодическихъ кровотеченияхъ даютъ черезъ день, при *menstruatio profusa* начинаютъ за 6—8 дней до ожидаемой менструаціи по 0,05, а какъ скоро менструація появляется—0,1 ежедневно до прекращенія. Передъ гидрастиномъ гидрастининъ имѣетъ то преимущество, что не обнаруживаетъ, какъ первый, ядовитаго дѣйствія на сердце («Fischer, Die neueren Arzneimittel», 1893).

Влагалищныя спринцеванія.

Alumen. Д-ръ Tiltъ предлагаетъ въ атоническихъ пурперальныхъ меноррагіяхъ по слѣдующему рецепту.

Rp. *Alumin.* зj
Decoct. querc alb. ʒj MDS.

Если существуютъ воспалительные симптомы, инъекція воспрещается.

Tinct. ferri chloridi пополамъ съ водой очень полезна.

Galla. *Decoct gallae* изъ зj на ʒj ; спринцеваніе ежедневное съ холодной или горячей водой весьма полезно.

Quercus alba *Decoct.* съ прибавленіемъ квасцовъ (зj на ʒj) или безъ нихъ очень дѣйствительное и безопасное спринцеваніе.

Пресованныя зубки.

Теплота. Помимо горячих спринцеваний, мѣшки съ горячей водой, золой, пескомъ могутъ быть прилагаемы на *sacrum*. Д-ръ John Charman считаетъ t° -ру въ 115° Фаренгейта совершенно достаточной.

Холодъ. Холодные компрессы или мѣшки со льдомъ къ маткѣ, *vulvae* и бедамъ. Чапмановскіе мѣшки со льдомъ къ *sacrum*, холодное спринцеваніе влагалища или прямой кишки; въ упорныхъ случаяхъ, попеременно съ теплыми спринцеваніями, куски льду во влагалище (M-me Vesamier). Д-ръ Orpenheimer рекомендуетъ холодныя ванны. Онъ говоритъ: «Я видѣлъ случаи метроррагіи, продолжавшіеся мѣсяцами и излѣченные этимъ способомъ въ нѣсколько дней. Но важно, чтобы вода была текучая и сила струи въ началѣ должна быть незначительная, такъ чтобы больная ее не ощущала, а потомъ сила струи должна быть увеличена. Въ 1-ый день въ ваннѣ не должно оставаться болѣе 2 минутъ и каждый день прибавлять по 1 минутѣ».



М а т о ч н ы я с р е д с т в а .

(Сост. профессоромъ Императорскаго Московскаго Университета **В. С. Богословскимъ**).

Съ фармакологической точки зрѣнія названіе «маточныя средства» едва-ли найдетъ себѣ оправданіе. Каждое изъ средствъ, относящихся къ этой категоріи, въ то-же самое время не остается безъ вліянія какъ на общее состояніе организма, такъ и на отдѣльные органы, въ которыхъ происходятъ соотвѣтствующія функциональныя измѣненія. Названіе «маточныя средства» находитъ для себя однако оправданіе съ практической точки зрѣнія въ силу того соображенія, что, при назначеніи ихъ, врачи имѣютъ въ виду только маточную систему. Подобно тому, какъ наперстянка употребляется съ спеціальною цѣлью для усиленія дѣятельности сердца, точно также маточныя рожки назначаются для усиленія сокращенія матки. Объ этомъ свойствѣ спорыньи еще задолго до введенія ея въ Европу знали китайцы. Только въ 1582 году появилось первое описаніе франкфуртскаго врача Adam'a Lonicerus ¹⁾, ознакомившаго своихъ соотечественниковъ со свойствомъ новаго средства; во Франціи, раньше назначенія спорыньи врачами, средство это было въ большомъ ходу среди акушеровъ и Desgranges, извѣстный практикъ въ Лионѣ, въ 1777 году случайно познакомился съ этимъ средствомъ по указанію повивальныхъ бабокъ. Въ Англіи и Россіи только въ началѣ текущаго столѣтія обращено было вниманіе на это могущественное средство, ускоряющее окончаніе родовъ.

Съ тѣхъ поръ въ изученіи дѣйствія спорыньи не было недостатка, но слѣдуетъ сознаться, что до послѣдняго времени мы не имѣли яснаго представленія о дѣйствующихъ началахъ, входящихъ въ составъ этого грибка. Сложность его состава и легкая разлагаемость подъ вліяніемъ воздуха были причиною разногласія мнѣній относительно дѣйствительной его пригодности въ соотвѣтствующихъ случаяхъ. Въ литературѣ можно найти заявленіе выдающихся авторитетовъ съ одной стороны о полной бесполезности его, съ другой—о тѣхъ вредныхъ послѣдствіяхъ, которыя связаны съ его употребленіемъ, какъ для матери, такъ и для плода.

¹⁾ Lonicerus Kräuterbuch 1582.

Особенно много способствовалъ къ разъясненію клинической стороны дѣйствія профессоръ Лейденъ, наблюдавшій въ своей клиникѣ въ Кёнигсбергѣ, во время Померанской эпидеміи злой корчи, нѣсколько случаевъ конвульсивнаго эрготизма. Невозможность воспроизведенія всѣхъ przypadковъ этого рода отравленія у экспериментируемыхъ животныхъ свидѣтельствуетъ о различныхъ отношеніяхъ къ этому яду послѣднихъ. Только въ 1884 г. работами Кюберта ¹⁾ выяснилось, что это различіе, помимо индивидуальности животного, въ извѣстной степени стоитъ въ зависимости отъ большаго или меньшаго содержанія той или другой части дѣйствующихъ началъ спорыньи. До изслѣдованія Кюберта не было возможности экспериментировать съ чистыми препаратами и въ практикѣ считался таковымъ только эрготининъ, также оказавшійся послѣ тщательныхъ изслѣдованій почти индифферентнымъ тѣломъ, уступающимъ дѣйствию водныхъ или спиртныхъ вытяжекъ спорыньи. Въ 1884 г. Кюбертомъ представлены (къ сожалѣнію въ не вполне очищенномъ видѣ) три отдѣльныхъ препарата, полученныхъ отъ спорыньи: алкалоидъ *корнунинъ*, и *сфацилиновая* и *эрготиновая* кислоты, которыя при настоящемъ положеніи вопроса и слѣдуетъ разсматривать, какъ дѣйствующее начало разбираемаго средства. Всѣ же предшествующія изысканія въ этомъ направленіи теперь должны отойти на второй планъ ²⁾.

Алкалоидъ *корнунинъ*, не идентичный съ эрготининомъ Танре, содержится въ рожкахъ сравнительно въ ничтожномъ количествѣ и легко разлагается на воздухѣ съ потерей въ значительной мѣрѣ своей ядовитости. Подобно другимъ алкалоидамъ легко осаждается изъ щелочныхъ растворовъ съ сулемой. Соли его (соляно-кислая и лимонно-кислая) растворимы въ водѣ. При извлеченіи маселъ изъ рожковъ онъ въ нѣкоторомъ количествѣ переходитъ въ него, откуда можно добыть встряхиваніемъ съ эфиромъ. Хотя онъ и не идентиченъ съ эрготининомъ Танре, тѣмъ не менѣе есть основаніе думать, что при извѣстныхъ условіяхъ корнунинъ переходитъ въ эрготининъ и на оборотъ.

Сфацилиновая кислота. Безазотистая сфацилиновая кислота нерастворима въ водѣ, слабыхъ кислотахъ, трудно—въ жирныхъ маслахъ, эфирѣ и хлороформѣ, но легко въ алкоголь, представляетъ собою сильно дѣйствующее вещество. При

1) Kobert, Ueber die Bestandtheile und Wirkungen des Mutterskorns. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. 1884. Bd. 18, p. 316.

2) По прежнимъ анализамъ въ спорыньѣ найдены были слѣдующія составныя части:

1) Склеротиновая кислота, частью свободная, частью въ соединеніи съ калиемъ, известью и натромъ, легко растворимая въ водѣ, содержится въ количествѣ отъ 2—4%.

2) Склеромуцинъ—слизистое вещество, не содержащее азота, переходящее въ водную вытяжку, изъ которой осаждается слабымъ алкоголемъ.

3) Склереритринъ—красный аморфный порошокъ, изъ котораго Драгендорфъ выдѣлилъ: а) горькое на вкусъ алкалоидное вещество пикро-склеротинъ; б) желтокоричневую не содержащую азота фуско-склеротиновую кислоту; в) аморфный коричневаго цвѣта—склеротинъ, по всей вѣроятности продуктъ распада склереритрина; д) склеро-кristаллинъ свѣтложелтаго цвѣта. Кромѣ того рожки содержатъ: камедь, бѣлокъ, муравьино и фосфорнокислыя соли. Раньше еще Wieggers представилъ свой эрготинъ и только въ послѣдніе годы Танре—эрготининъ, а Кюбертъ изъ спорыньи извлекъ сильно дѣйствующія начала—корнунинъ и сфацилиновую кислоту.

долгомъ храненіи спорыньи, а также при неосторожныхъ химическихъ манипуляціяхъ она переходитъ легко въ смолистую не дѣйствующую модификацію Сфацелиновая кислота по всей вѣроятности составляетъ главную часть эрготина Вигерса.

Содержащая азотъ эрготиновая кислота, растворимая въ водѣ, составляетъ главную часть *склеротинной* кислоты Драгендорфа и Подвысоцкаго; ее также много содержится въ эрготинѣ Бонжана.

Одно изъ характерныхъ проявленій дѣйствія спорыньи на основаніи многочисленныхъ наблюденій является замедленіе пульса. По нѣкоторымъ клиническимъ наблюденіямъ констатируется уменьшеніе объема сердечной тупости съ ясно выраженнымъ уменьшеніемъ просвѣта сосудовъ (послѣднее по опытамъ надъ кроликами). Съ этимъ обстоятельствомъ тѣсно связано наблюдаемое у нѣкоторыхъ животныхъ разстройство питанія, выражающееся извѣннымъ процессомъ въ кишкахъ, заоблѣваніемъ роговой оболочки, гангреною конечностей и ушей (у свиней), а у пѣтуховъ гребешка. Подобная гангрена также наблюдалась у нѣкоторыхъ роженицъ на половыхъ органахъ при злоупотребленіи спорыньей.

Если рожки принимаются въ теченіе долгаго времени, то поражается спинной мозгъ, какъ рефлекторный аппаратъ, безъ измѣненія его какъ проводника. Это поражение выражается рефлекторными судорогами съ послѣдующимъ затѣмъ параличемъ. При этомъ обыкновенно показывается чувство колотья, зуда и ползанія мурашекъ, особенно въ пальцахъ ногъ и менѣе рукъ; дотрогиваніе нерѣдко вызываетъ судорожныя подергиванія. Несомнѣнно, самымъ характернымъ свойствомъ спорыньи является дѣйствіе ея на матку, особенно рѣзко обнаруживающееся въ періодѣ уже начавшихся потугъ. Послѣднія получаютъ болѣе или менѣе тетанической характеръ, съ укороченными промежутками, но отдѣльныя схватки становятся сильнѣе, такъ что весь актъ родовъ, при благоприятныхъ условіяхъ, оканчивается скорѣе. Начавшись черезъ 5 — 15 минутъ послѣ пріема, схватки продолжаются и по удаленіи плода въ періодѣ рожденія послѣда и тѣмъ самымъ предупреждается могущее быть кровотеченіе вслѣдствіе неполнаго сокращенія стѣнокъ матки (атоніи ея). Дѣйствуетъ-ли спорынья экболически на беременную матку—до сихъ поръ остается вопросомъ открытымъ. Большія дозы, какъ напр. 20—30 грам., вызывая острое воспаленіе кишекъ, могутъ рефлекторнымъ путемъ обусловить выкидышъ, при меньшихъ и среднихъ дозахъ этого не наблюдается.

Перечисленные здѣсь симптомы отравленія въ одинаковой степени вызываются пріемами чистой спорыньи или обычно употребляемыхъ въ практикѣ спиртныхъ и водныхъ вытяжекъ изъ нея. Потому естественно предположить, что во всѣ препараты входитъ, хотя не въ одинаковой степени, дѣйствующее начало, открытое Кюбертомъ. Эксперименты послѣднихъ лѣтъ установили однако за нѣкоторыми изъ нихъ своеобразное свойство, которымъ слѣдовало-бы пользоваться при выполненіи болѣе тѣсныхъ показаній въ гинекологической практикѣ. На первомъ планѣ, какъ алколоидъ, стоитъ *корнутинъ*. По опытамъ Кюберта и Грюнфельда корнутинъ у беременныхъ животныхъ въ первой линіи проявляетъ свое судорожное дѣйствіе на матку. Болѣе рѣзкій эффектъ, какъ и при спорыньѣ,

наблюдается обыкновенно въ концѣ беременности. У кроликовъ легко удается подкожнымъ впрыскиваніемъ корнута въ этомъ періодѣ вызвать преждевременные роды. Мѣстнаго дѣйствія корнута не обнаруживаетъ, какъ это наблюдается при примѣненіи водныхъ вытяжекъ спорыньи на раны. Въ головномъ мозгу, помимо двигательныхъ центровъ воли, корнута возбуждаетъ какъ центры блуждающихъ нервовъ, такъ и центры сосудодвигательные. Въ спинномъ мозгу — маточный центръ. Кромѣ того онъ дѣйствуетъ раздражающимъ образомъ и на вещество самихъ мышцъ. Раздраженіе центра *n. vagi* выражается въ началѣ замедленіемъ пульса, съ послѣдовательнымъ ускореніемъ отъ паралича. Раздраженіе же вазомоторнаго центра значительно повышаетъ давленіе крови при малыхъ дозахъ и сразу понижаетъ при большихъ, въ зависимости отъ паралича сосудисто-двигательнаго центра. Раздраженіе судорожнаго центра высказывается чувствомъ покалыванія въ кожѣ, которое затѣмъ переходитъ въ чрезвычайно сильныя тоническія и клоническія дрящіяся цѣлыми часами судороги, напоминающія эпилептическія, послѣдствіемъ которыхъ можетъ развиваться тупоуміе. За продолжительными припадками является сведеніе конечностей, причемъ сгибатели берутъ перевѣсъ надъ антогонистами, отчего остается постоянное искривленіе. Какъ послѣдствіе часто повторявшихся припадковъ, у нѣкоторыхъ отравленныхъ развивается чувство жжения въ членахъ, доводящее ихъ до изступленія и даже самоубійства. У другихъ наблюдался комплексъ симптомовъ, свойственный спинной сухоткѣ, при отсутствіи сухожильныхъ рефлексовъ и появленіи распространенныхъ болей въ конечностяхъ.

При вскрытіи хронически отравленныхъ по Leiden'у находятъ картину распространеннаго полинейрита напоминающаго таковой послѣ отравленія свинцомъ, ртутью, мышьякомъ, фосфоромъ, алкоголемъ и т. п. Въ заднихъ столбахъ сѣраго мозгового столба Гистекъ нашелъ разрастаніе нейроглии на счетъ нервныхъ элементовъ, причемъ главнымъ образомъ поражаются Бурдаховскія волокна при полной сохранности Голлевскихъ.

Хроническое отравленіе *сфацилиновой* кислотой вызываетъ явленія подобно корнутину, но отличающіяся болѣею интенсивностью. Чувство покалыванія сопровождается ощущеніемъ холода въ конечностяхъ, за которымъ постепенно развивается гангрена послѣднихъ въ самыхъ разнообразныхъ степеняхъ, суть обычные симптомы этого рода интоксикаціи. Всего легче вызвать омертвеніе на гребняхъ нѣтуховъ и ушахъ свиней. Наблюденія надъ дѣйствіемъ сфацилиновой кислоты на сердца доказали быстрое замедленіе послѣдняго, съ ослабленіемъ отдѣльныхъ ударовъ его, при запусканіи отдаленныхъ сосудовъ. Съ послѣднимъ обетовательствомъ, по всей вѣроятности, тѣсно связана гангрена конечностей. Въ трупахъ отравленныхъ сфацилиновой кислотой замѣчены быстрое наступленіе гнилости въ брюшной полости, язвы и инфильтраціи въ кишкахъ, напоминающія тифозныя, при увеличенной селезенкѣ. Микроскопическое изслѣдованіе кишекъ (Krysinsky) указало на слущиваніе эпителія, обиліе микроорганизмовъ въ толщѣ кишекъ, въ ворсинкахъ, а также въ сосудахъ. Мезентерій у кошекъ, свиней, нѣтуховъ и т. д. по пути сосудовъ обнаруживаетъ распространенныя 'небольшія кровоизліянія. Всѣ

органы и подкожная клетчатка истерически окрашены, напоминая картину фосфорного отравления. В стѣнкахъ сосудовъ и ихъ просвѣтахъ (Reklnhaus, Grünfeld) найдено гиалиновое перерожденіе, причемъ стѣнки сосудовъ и кровяные шарики превращаются въ гомогенную стекловидную массу; масса эта по реакціи съ іодистымъ калиемъ и сѣрной кислотой напоминаетъ амилоидъ.

Эротиновая кислота при внутреннемъ употребленіи оказалась недѣйствительной, но всей вѣроятности она разрушается процессомъ пищеваренія. При подкожномъ же введеніи вызываетъ параличъ головного и спинного мозга. Впрочемъ изслѣдованіе ея еще не закончено и полученіе ея въ чистомъ видѣ затруднительно.

Изъ всего приведеннаго не трудно вывести заключеніе о рѣзкой разницѣ въ дѣйствіи на организмъ добытыхъ составныхъ частей спорыньи, а также дѣлается понятнымъ, насколько сфацелиновая кислота, составляющая значительный процентъ по содержанію въ свѣжихъ рожкахъ, можетъ вызвать весьма вредное дѣйствіе на организмъ. Напротивъ корнутаинъ по своему опредѣленному отношенію къ нервной системѣ могъ бы съ выгодой замѣнить спорынью и добываемыя изъ нея экстракты. Къ сожалѣнію въ продажѣ еще до сихъ поръ нѣтъ вполне очищенныхъ препаратовъ корнутаина, склоннаго по своему свойству къ быстрому разложенію, съ которыми теряется его дѣйствительность. Этимъ обстоятельствомъ надо объяснить отсутствіе установившейся его дозы, опредѣляемой обыкновенно миллиграммами (высшій приемъ $\frac{1}{2}$ центиграмма). Неудивительно, что нѣкоторые акушеры совершенно оставили спорынью, какъ усиливающее потуги средство, въ виду побочныхъ осложненій, наблюдаемыхъ отъ нея. Показанія къ назначенію корнутаина совпадаютъ на основаніи фізіологическаго дѣйствія съ таковыми же при спорыньѣ, а именно: корнутаинъ могъ бы быть назначаемъ: 1) съ цѣлью усиленія потугъ, послѣ того когда воды прошли и зѣвъ матки въ достаточной мѣрѣ расширился при затынувшихся родахъ; 2) для удаленія содержимаго въ маткѣ—послѣда, кровяныхъ сгустковъ и проч; 3) съ цѣлью прекращенія кровотока въ послѣднемъ періодѣ родовъ при задержавшемся послѣдѣ, вслѣдствіе мышечной атоніи. Окажется ли корнутаинъ полезнымъ при кровотеченияхъ изъ другихъ органовъ—легкихъ, почекъ, мочевого пузыря, -- остается вопросомъ открытымъ.

Тоническое дѣйствіе спорыньи на матку, оказывавшее нерѣдко вредное вліяніе на ея содержимое, заставило нѣкоторыхъ акушеровъ отказаться отъ употребленія ея препаратовъ и замѣнить помимо механическихъ другими, усиливающими потуги, средствами куда относятся: хининъ, алкалоидъ пилокарпинъ, а въ послѣднее время снова Estachy ¹⁾ предложилъ для этой цѣли (ustilago Pers) маисовую головню. Ботаникамъ уже давно было извѣстно это паразитное растеніе на листьяхъ кукурузы, принадлежащее къ семейству головневыхъ, размножающееся при помощи споръ.

По Crissler'у ¹⁾ маисовая головня содержитъ по всей вѣроятности сходныя составныя части съ спорыньей. Подобно ей онѣ вызываютъ разстройство въ пи-

¹⁾ Estachy. National Dispensatory 1877. 3-е изданіе.

¹⁾ Crissler. American Journal of Pharmacy 1861 г.

щеварительныхъ органахъ и въ нервной системѣ. Клинически этотъ суррогатъ спорыньи изслѣдованъ на роженицахъ д-ръ Груздевымъ ¹⁾. Экспериментальное изученіе его составныхъ частей ожидаетъ своей очереди.

Авторъ на основаніи американскихъ сообщеній и личныхъ наблюденій пришелъ къ слѣдующему заключенію относительно преимуществъ майсовой головни передъ спорыньей. 1) Средство это оказалось дѣйствительнымъ въ то время, когда испытанные предварительно механическіе и термическіе раздражители остались безъ послѣдствій; 2) примѣненіе его возможно въ теченіе всѣхъ родовыхъ средствъ, такъ какъ оно не вызываетъ тетануса матки, но отдѣльные сокращенія отъ него носятъ характеръ физиологическихъ; 3) приемы средства отъ $\frac{1}{2}$ —1 драхмы, вполне достаточны для усиленія потугъ, не вызываютъ тошноты, какъ это нерѣдко наблюдается при спорыньѣ; 4) средство это въ тѣхъ же дозахъ оказывается одновременно безвреднымъ для плода; 5) теченіе послѣродового періода при употребленіи майсовой головни ничѣмъ не отличается отъ нормальнаго хода.

Понятно, для установленія болѣе точныхъ показаній не хватаетъ еще экспериментальныхъ изслѣдованій надъ животными.

Однимъ изъ распространенныхъ въ гинекологической практикѣ маточныхъ средствъ, послѣ спорыньи, по справедливости можетъ считаться введенное въ Европу 10 лѣтъ тому назадъ дѣйствующее начало корня американскаго растенія, принадлежащаго къ семейству Ranunculaceae—hydrastis canadensis, изъ котораго Dugand въ 1881 г. извлекъ алкалоидъ гидрастинъ, а Lerch—берберинъ и ксантопупецинъ. На мѣстѣ своего происхожденія, въ Канадѣ, растеніе это, въ видѣ жидкаго экстракта изъ корня, уже давно рекомендовалось какъ haemostaticum въ самыхъ разнообразныхъ случаяхъ, — при меноррагіи, кровохарканіи и кровотеченияхъ изъ различныхъ органовъ (Epistaxis, Haematuria и проч.). По содержанію въ корнѣ вяжущихъ началъ и сокращающему дѣйствию на сосуды, замѣченному тамошними врачами, оно одинаково часто примѣняется при слизистыхъ полипахъ и бленорреяхъ. Это основное дѣйствіе растенія въ Европѣ констатировано было Роштокскимъ врачомъ Шатцемъ ²⁾, и съ тѣхъ поръ въ фармакологической литературѣ появился цѣлый рядъ противорѣчивыхъ по результатамъ работъ, краткій обзоръ которыхъ, въ виду сомнѣній на счетъ дѣйствительности средства, считаю не лишнимъ привести здѣсь.

Послѣ сдѣланнаго клиническаго сообщенія Шатцемъ, на франкфуртскомъ съѣздѣ врачей въ 1888 г. о вазомоторномъ дѣйствиіи средства, появился цѣлый рядъ экспериментальныхъ работъ надъ животными, и между ними работа Фельнера ³⁾ изъ лабораторій проф. Баша, подтвердившая мнѣніе Шатца о вазомоторномъ дѣйствиіи средства и въ тоже время установившая фактъ рѣзкаго дѣйствія его на сердце. Постоянно наблюдаемое замедленіе его дѣятельности отнесено Фельнеромъ къ центральному раздраженію бродящихъ нервовъ, одновременно съ возбужденіемъ со-

1) Груздевъ. „Майсовая головня, какъ средство, усиливающее сокращеніе матки“. Изъ акушерской Академической клиники. Врачъ. 1894 г. № 19.

2) Шатцъ Arch. f. Gynecol. B. XXII S. 135

3) Фельнеръ. Medic. Jahrbüch. von Gesel. des Aertz Wien 1885. N. II, III Die physiol. Wirkung einer praeparate des Hydrastis.

судодвигательнаго центра, съ которымъ и связано высокое поднятіе кровяного давленія отъ малыхъ и среднихъ дозъ. Имъ-же выяснено отношеніе *hydrastis* къ маткѣ, а именно зависимость сокращенія послѣдней отъ состоянія дѣятельности сердца. Вслѣдъ за поднятіемъ давленія постоянно наблюдалось поблѣднѣніе этого органа, совпадающее съ сокращеніемъ роговъ и дна матки. Въ нѣкоторомъ противорѣчій съ выводами Фельнера стоятъ изслѣдованія д-ра Славутинскаго ¹⁾, постоянно наблюдавашаго въ своихъ опытахъ угнетающее дѣйствіе на двигательные центры сердца и стоящее въ связи съ нимъ паденіе давленія крови, отъ паралича вазомоторнаго центра. Имъ-же доказано вліяніе гидрастина на сокращеніе небеременной матки и экболическія свойства у беременныхъ.

Изслѣдованіе Mays'a ²⁾ при подкожномъ введеніи средства доказали раздражающее дѣйствіе его на спинной мозгъ, выражающееся появленіемъ судорогъ при предшествующей общей гиперестезіи.

Въ клинической работѣ, опубликованной въ 1887 г., д-ръ Живописцевъ ³⁾, соглашаясь относительно угнетающаго вліянія на сердце съ Славутинскимъ, считаетъ *Hydrastis* надежнымъ кровеостанавливающимъ средствомъ. 1) *Extractum fluidum hydrastis*, по его мнѣнію, является особенно надежнымъ препаратомъ при маточныхъ кровотеченияхъ, зависящихъ отъ воспалительнаго состоянія тканей матки и неправильнаго ея положенія. Также при климактерическихъ кровотеченияхъ и *menstruatio profusa* вообще. 2) Препаратъ этотъ вызываетъ несомнѣнно сокращеніе матки и рѣзче всего въ послѣродовомъ періодѣ. 3) Экболическое дѣйствіе его вполне доказано.

Наконецъ въ 1890 г. опубликована послѣдняя работа д-ра Сердцева ⁴⁾, авторъ которой, занявшись провѣркою своихъ предшественниковъ, до извѣстной степени разъяснилъ противорѣчія въ выводахъ между ними и пришелъ къ слѣдующимъ общимъ положеніямъ:

1) Малыя дозы гидрастина и у лягушекъ и у теплокровныхъ животныхъ вызываютъ замедленіе сердца съ усиленіемъ пульсовой волны.

2) Малыя дозы и у лягушекъ и у теплокровныхъ вызываютъ повышеніе давленія крови, а большія—пониженіе.

3) Такъ называемыя произвольныя или ритмическія сокращенія матки животныхъ подъ вліяніемъ гидрастина усиливаются въ энергіи и увеличиваются въ числѣ и продолжительности. Въ области сосудистой системы опыта Сердцева подтверждаютъ работы Felner'a и Mays'a; онъ, подобно имъ, при малыхъ дозахъ всегда видѣлъ и замедленіе пульса, и повышеніе давленія. Парализующее же дѣйствіе гидрастина на всю сосудистую систему, которое мы видимъ у Славутинскаго и Живописцева, объясняется употребленіемъ ими однѣхъ только большихъ дозъ.

¹⁾ Славутинскій. Фармакологическое дѣйствіе *Hydrastini* СПБ. 1886 г. Диссертація.

²⁾ Mays. The physical and therapeutic action of *Hydrastine*. Изъ *The therapie Gazette*. 15 May 1886 г.

³⁾ Живописцевъ. Матеріалы къ изученію корня *Hydrastis Canadensis* въ фармакогностическомъ отношеніи. Диссертація. 1887. Петербургъ.

⁴⁾ Сердцевъ. Фармакологическое отношеніе гидрастина къ сосудистой системѣ и маткѣ. Изъ Фармакологическаго Инстит. Москов. Универ. 1890.

Въ маточной области опыты Сердцева согласуются съ выводами Живописцева; подобно послѣднему, онъ пришелъ также къ тому положенію, что гидрастинъ дѣйствуетъ на матку центральнымъ путемъ.

Но въ частности вопросъ, какимъ образомъ гидрастинъ вызываетъ маточныя сокращенія, путемъ-ли возбужденія маточнаго центра или сосудо-двигательнаго центра, т.-е. путемъ вызыванія анеміи матки, — въ работѣ Сердцева отвѣта мы не находимъ.

На основаніи всего, что опубликовано относительно дѣйствія гидрастина при различныхъ условіяхъ его примѣненія, можно сдѣлать слѣдующіе общіе выводы:

Въ малыхъ дозахъ (0,0016—0,004 на кило), но достаточныхъ для произведенія маточныхъ сокращеній, гидрастинъ не представляетъ никакихъ опасностей ни по отношенію къ сосудистой системѣ, ни къ дыханію, ни въ области нервной системы. Постоянно наблюдавшіеся, особенно Славутинскимъ, общія тетаническія судороги, сильное паденіе давления и очень значительное сокращеніе и ослабленіе сердца, и наконецъ параличъ дыханія, — всѣ эти опасныя и неблагопріятныя явленія бывають только при очень большихъ дозахъ (0,02—0,04 на кило).

Въ отношеніи сходства гидрастина со спорыньей, въ дѣлѣ вызыванія маточныхъ сокращеній, опыты Сердцева показали, что механизмъ этихъ сокращеній при гидрастинѣ другой, чѣмъ у спорыши. Тогда какъ спорынья вызываетъ маточныя сокращенія путемъ дѣйствія на самые нервно-мышечные элементы матки, гидрастинъ дѣйствуетъ въ этомъ случаѣ изъ центра. По всей вѣроятности, въ этомъ случаѣ гидрастинъ дѣйствуетъ сосудо-двигательнымъ путемъ, доказательствомъ чего служитъ постоянное совпаденіе сокращенія матки у экспериментируемыхъ животныхъ съ рѣзкимъ поблѣднѣніемъ органа при одновременномъ высокомъ стояніи давления крови.

Общее терапевтическое назначеніе гидрастина, согласно вышеизложенному, слѣдующее:

а) Гидрастинъ показуется въ тѣхъ маточныхъ кровотеченіяхъ, гдѣ маточная мускулатура неблагопріятна для сокращеній, гдѣ, слѣдовательно, должно дѣйствовать на кровотеченіе путемъ вліянія на сосуды матки. Сюда относятся кровотечения при воспаленіи матки, кровоточащія міомы, и т. п.

в) По нѣкоторымъ авторамъ препараты *hydrastis* оказались не менѣ полезными при кровотеченіи изъ легкихъ: Koeniger свидѣтельствуетъ о благопріятныхъ результатахъ, полученныхъ имъ въ кровохарканіяхъ, неуступавшихъ никакой терапіи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ назначеніе гидрастина нашло себѣ мѣсто, съ предупредительной цѣлью, при хроническихъ кровохарканіяхъ.

Не менѣ благопріятные отзывы встрѣчаются въ литературѣ относительно примѣненія гидрастина или его экстракта въ желудочно-кишечныхъ страданіяхъ, выражающихся частыми послабленіями; въ этомъ случаѣ гидрастинъ разсматривають, какъ *tonicum* для пищеварительнымъ органовъ. Установившаяся доза жидкаго экстракта внутрь 15—20 капель, соляно-кислый гидрастинъ внутрь 0,01—0,02 грам. при кровотеченияхъ изъ матки и подъ кожу при метроррагіяхъ по 0,05—0,1.

Другія средства, принадлежащія къ этой категоріи, куда относятся Gossy-

rium herbaceum и *Viburnum prunifolium*, имѣють второстепенное значеніе въ гинекологической практикѣ и пользуются только нѣкоторою извѣстностію на мѣстѣ ихъ происхожденія. Первый изъ нихъ, принадлежащій къ семейству *Malvaceae*, считается въ Америкѣ (штатъ Виргинія) надежнымъ abortивнымъ средствомъ. Дѣйствующія начала повидимому, сходныя съ таковыми спорыньи, содержатся главнымъ образомъ въ корняхъ растенія. По наблюденіямъ американскихъ врачей дѣйствіе этого средства устойчивѣе и продолжительнѣе сравнительно съ спорыньей. Наибольше соответствующій препаратъ—жидкій экстрактъ, дается отъ 40—60 капель, а въ настояхъ 10—15 грам. въ два приема.

Препаратъ *Viburnum prunifolium* считаютъ средствомъ, предотвращающимъ выкидышъ, съ какою цѣлью, на мѣстѣ своего происхожденія, назначается въ формѣ жидкаго экстракта въ количествѣ отъ 3—5 грам. на приемъ нѣсколько разъ въ день.

10 мая
1895 г.

ВТОРОЙ ОТДѢЛЪ.

akusherlib.ru

Краткій очеркъ анатоміи тазовыхъ органовъ женщины.

(Сост. профессоромъ Императорскаго Юрьевскаго университета А. П. Губаревымъ).

Мочеполовые органы женщины раздѣляются на наружные и внутренніе.

Наружные половые органы.

Наружные половые органы состоятъ изъ продольной щели (*vulva*), окруженной половыми губами (*labia pudenda*).

Половая щель женщины помѣщается въ выходѣ таза и нѣсколько ниже костныхъ границъ этого выхода (см. таб. I). При вертикальномъ положеніи женщины отверстіе влагалища смотритъ прямо внизъ (что зависитъ отъ наклоненія таза) и только передній конецъ половой расщелины бываетъ замѣтенъ. Разсматривая наружные органы въ одномъ изъ положеній для гинекологическаго изслѣдованія, можно видѣть слѣдующія части.

Если женщина не исхудала и ея органы не въ увядшемъ состояніи, то видны только большія губы (см. рисунки въ анат. атласахъ) и между ними продольную щель. Въ большихъ губахъ (*labia majora*) отличаютъ два конца — передній и задній и два края: наружный и внутренній. Сзади большія губы сходятся и образуютъ заднюю слайку (*commissura posterior*). Передніе концы безъ опредѣленныхъ границъ переходятъ въ *Mons Veneris*, выдающееся мѣсто надъ *symphysis ossium pubis*. Какъ большія губы, такъ и *Mons Veneris* изобилуютъ жировой тканью. *Mons Veneris* и наружный край большихъ губъ покрыты волосами, причемъ верхняя граница волосъ венерина бугорка ограничивается закругленной линіей. У мужчинъ волосы на средней линіи доходятъ до пупка. На внутреннемъ краю большихъ губъ кожа, покрывающая ихъ, превращается въ слизистую оболочку и край этотъ ограничиваетъ половую щель. Кромѣ жировой ткани, изъ коей состоятъ большія губы, въ толщѣ ихъ находятся вѣро-образныя окончанія круглыхъ маточныхъ связокъ, спускающихся сюда изъ наружнаго отверстия пахового канала; вдоль ихъ иногда остается часть серознаго канала, какъ остатокъ эмбриональной жизни. Это, такъ называемый, Нукковъ каналъ (*canalis Nuckii*). Артеріи, питающія венеринъ бугорокъ и большія губы, происходятъ изъ *arteria pudenda externa* (маленькая вѣтвь *art. femoralis*) и изъ *arteria perinealis superficialis* (вѣтвь *art. pudendae communis*). Эти послѣднія вѣтви называются *labiales posteriores* (*Luschka*). Изъ венъ одиѣ сопровождаютъ артеріи (обыкновенно по двѣ), другія впадаютъ въ *bulbus vestibuli* со-ответственной стороны. Лимфатическіе сосуды вливаются исключительно въ же-

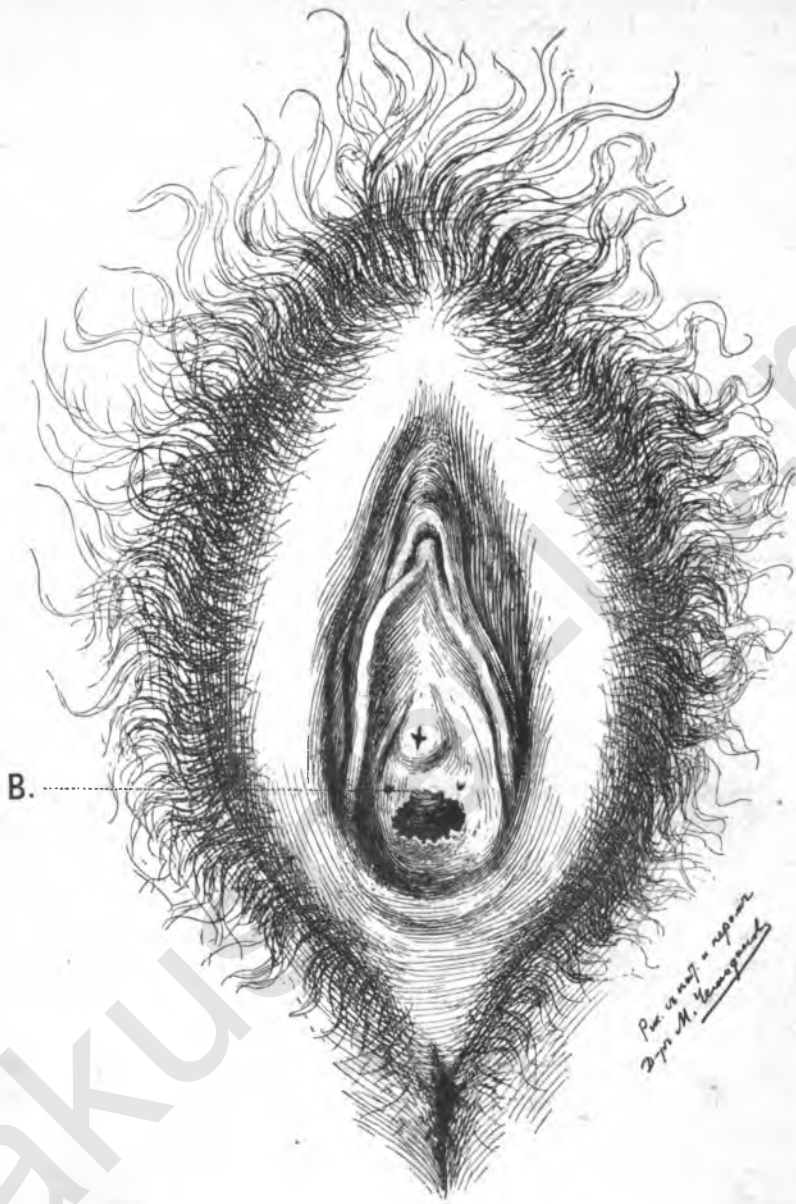


Рис. 1. Этот рисунокъ изображаетъ наружные половые органы дѣвственницы (27 лѣтъ) въ натуральную величину. На немъ ясно видны большія и малыя губы и раздвоеніе этихъ послѣднихъ, образующее frenulum и praeputium clitoridis. Отверстіе мочеиспускательнаго канала (въ видѣ крестика) и валикъ, который его окружаетъ. Черезъ отверстие кольцеобразной дѣвственной плевы видна передняя стѣнка влагалища и складки columnae rugarum anterioris. Буквою (B) обозначено отверстие Бартолиновой железы.

лезы паховой складки (Sappey). Нервы происходятъ изъ n. genito-cruralis (поясничное сплетеніе) и изъ промежностной вѣтви ramus perinealis n. pudendi communis.

Самая половая щель (*vulva*) становится доступной осмотру только послѣ разведенія расположенныхъ въ ней малыхъ губъ. Малыя губы (*labia minora*) образуютъ двѣ складки слизистой оболочки и въ дѣвственномъ состояніи прикрыты внутренними краями большихъ губъ. Въ малой губѣ отличаютъ основаніе и свободный край; поверхности—внутреннюю и наружную и концы—передній и задній. Малыя губы обыкновенно до задней спайки не доходятъ. Нерѣдко, впрочемъ, встрѣчаются продолженія малыхъ губъ, срастающіяся противъ задней спайки, и въ этомъ случаѣ, если раздвинуть малыя губы, то у задней спайки образуется маленькая складка натянутой слизистой оболочки, ограничивающая *fossam navicularem*. Передніе концы малыхъ губъ раздваиваются, каждая на двѣ меньшія складочки слизистой оболочки: наружная прикрываетъ клиторъ и ложится спереди отъ его головки, — это *praeputium clitoridis*; другая, внутренняя прикрѣпляется сзади и снизу къ головкѣ клитора — это *frenulum clitoridis*. Самая ткань малыхъ губъ состоитъ изъ соединительной ткани, гладкихъ мышцъ (немного) и богатой вепозной сѣти, обуславливающей ихъ способность до нѣкоторой степени напрягаться. Сосуды, нервы и лимфатическіе сосуды здѣсь тѣ же, что въ большихъ губахъ.

Пространство, находящееся внутри малыхъ губъ и доходящее до задней спайки, носитъ названіе *vulva*. Въ немъ отличаютъ три части: 1) преддверіе или *vestibulum*, 2) собственно входъ во влагалище — *introitus vaginae* и 3) ладьеобразную ямку — *fossa navicularis*.

1) Преддверіе влагалища — (*vestibulum vaginae*) имѣетъ трехъугольную форму и ограничивается съ боковъ внутренними краями малыхъ губъ (см. рис. 1), сзади — переднимъ краемъ отверстія влагалища. Въ верхушкѣ треугольника помѣщается клиторъ. Около основанія этого треугольника, т. е. ближе ко входу во влагалище помѣщается наружное отверстіе мочеиспускательнаго канала съ характернымъ для него валикомъ и бугоркомъ у задняго края этого отверстія. Въ слизистой оболочкѣ преддверія находятся довольно крупныя слизистыя железы числомъ отъ 18 до 20.

Клиторъ есть эректильный органъ, состоящій изъ двухъ кавернозныхъ тѣлъ, прикрѣпляющихся къ нисходящимъ вѣтвямъ *ossis pubis* и срастающихся на средней линіи, образуя головку клитора. Головка клитора утолщенія не имѣетъ и ея округленность зависитъ отъ *praeputium clitoridis*. Тѣло клитора прикрѣпляется къ лонному сращенію посредствомъ *ligamentum suspensorium clitoridis*. Слизистая оболочка клитора, покрывающая *glans*, изобилуетъ сальными железами, расположенными, главнымъ образомъ, въ складкѣ подъ *praeputium*, отдѣляемое ихъ скопляется здѣсь въ видѣ смегмы. Артерій здѣсь четыре: по двѣ съ каждой стороны — *arteria dorsalis clitoridis* и *arteria profunda clitoridis*. Первая проходитъ по передней поверхности этого органа, а вторая — по задней. Обѣ онѣ — вѣтви *arteriae pudendae communis*. Поверхностныя вены клитора вливаются въ *vena saphena interna*; глубокія собираются въ непарную *vena dorsalis clitoridis*, которая, пройдя подъ лонною дугою, раздѣляется на двѣ вѣтви — правую и лѣвую, впадающія въ *venae vesicales anteriores* (а послѣднія — въ *vena iliaca interna*).

Вены корпей клитора, т. е. тѣхъ его частей, которыя приращены къ лобковымъ костямъ, вливаются въ *bulbus vaginae* соотвѣтственной стороны. Оба нерва —

nervus pudendus inferior и *nervus dorsalis clitoridis* суть вѣтви *n. pudendi communis*. Лимфатическіе сосуды вливаются въ железы паховыя.

Сосуды и нервы самаго преддверія происходятъ изъ переднихъ промежностныхъ вѣтвей, т. е. изъ *a. pudenda interna* и *n. pud. communis*. Лимфатическіе сосуды тоже вливаются въ паховыя железы.

2) Собственно входъ во влагалище (*introitus vaginae*) есть ничто иное, какъ наружное отверстіе влагалища. Отъ самаго влагалища эта область отдѣлена дѣвственной плевой, или ея остатками. Дѣвственная плева—*hymen*, есть складка слизистой оболочки, кольцеобразно закрывающая у дѣвственницъ отверстіе влагалища (*hymen annularis*). Если края этой складки зазубрены, то это называется *hymen fimbriatus*; если часть кольца отсутствуетъ (собственно передняя), то это *hymen semilunaris*; если въ плевѣ два отверстія, то это *hymen bipartitus seu biperforatus*; если много отверстій, то это *hymen cribrosus*. При соитіи *hymen* разрывается; но всегда можно у нерожавшей женщины отыскать мѣста разрывовъ. Послѣ первыхъ родовъ тоже еще замѣтна форма *hymenis* и можно отличить мѣста первоначальныхъ разрывовъ, но остатки этой плевы отдѣляются свободными пространствами, а послѣ нѣсколькихъ родовъ остатки *hymenis* превращаются въ небольшіе придатки вродѣ бородавокъ—*carunculae myrtiformes*. Кпереди (собственно книзу) отъ дѣвственной плевы, или отъ ея остатковъ, какъ разъ въ углу, образуемомъ внутренней поверхностью малой губы, и притомъ ближе къ

заднему ея концу находится отверстія Бартолиновыхъ железъ—*glandulae Bartolini* (см. рис. 1. В.) Если ввести палецъ во влагалище и захватить его боковую стѣнку и поверхность соответственной большой губы, въ основаніи коей находится эта железа, то можно выдавить ея содержимое и усмотрѣть отверстіе, едва пропускающее щетинку.

Подъ слизистой оболочкой входа во влагалище и по бокамъ, въ толщѣ преддверія, находятся *bulbi vestibuli*. Это миндалевидныя эректильныя тѣла, состоящія изъ венъ и помѣщающіяся какъ разъ подъ основаніемъ малыхъ губъ и подъ слизистой оболочкой преддверія и входа во влагалище. Они лежатъ кнутри и глубже *musc. constrictor. cunnii*. Ихъ вены сообщаются съ венами малыхъ губъ и клитора, вмѣстѣ съ коимъ, они какъ тѣла кавернозные, напрягаются.

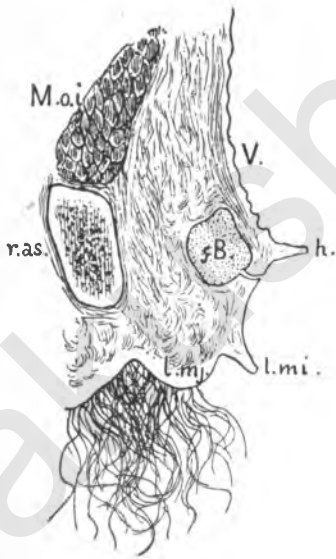


Рис. 2. Этотъ рисунокъ сдѣланъ съ фронтальнаго разрѣза на препаратѣ, затвержденномъ спиртомъ. Разрѣзъ проведенъ какъ разъ по линіи (В.) (см. рис. 1) въ плоскости, перпендикулярной къ плоскости рис. 1, и изображенъ въ натуральную величину. (l.mj.)—*labium majus dextrum*, (l.mi.)—*labium minus*, (h.)—*membrana hymen*, (g.B.)—*glandula Bartolini*, (V.)—*paries vaginae*, (M.o.i.)—*Musculus obturator internus*, (r.as.)—*ramus ascendens ossis ischii*.

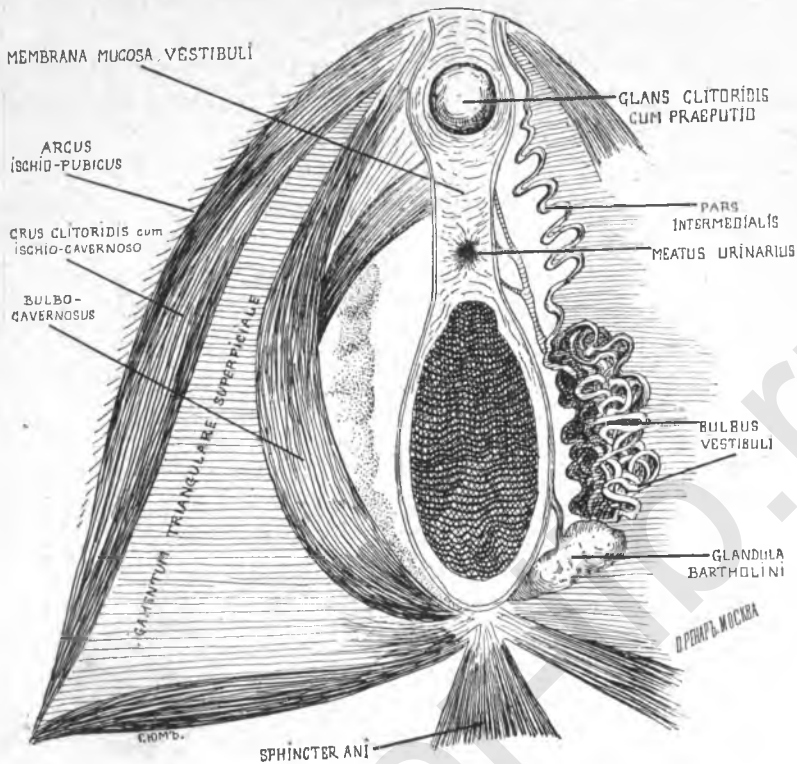


Рис. 3. (Изъ учебника Morris рис. W. Anderson).

Сосуды и нервы входа во влагалище тѣже, что для срамныхъ губъ.

3) Кзади отъ входа во влагалище находится лодкообразная ямка—*fossa navicularis*. Она приобретаетъ форму лодочки, если сильно раздвинуть большія и малыя губы. Собственно лодочка здѣсь образуется вслѣдствіе особой складки слизистой оболочки, которая при этомъ натягивается.

Въ тѣсной связи съ наружными органами находится промежность.

Промежность (*perineum*).

Четырехугольное пространство, помѣщающееся между нисходящими вѣтвями лобковыхъ костей, восходящими сѣдалищныхъ и внутренними краями *ligamentorum tuberoso-sacrosum*—называется промежностью. Оно закрыто: мышцами, фасціями и кожей. Въ немъ находятся три отверстія: мочеиспускательный каналъ, влагалище и анус. Это пространство обнимаетъ большую часть мягкаго тазового дна. Мягкое тазовое дно ограничивается сверху тазовой фасціей (*fascia pelvea*) и снизу—кожей. Въ этомъ промежуткѣ находятся слѣдующіе мускулы и фасціи: мышцы—*obturator internus*, *levator ani*, *coccygeus* и мышцы промежности: *constrictor cunni*, *transversus perinei*, *sphincteres ani externus et internus*. Различаютъ

три слоя фасцій: 1) поверхностная (состоитъ изъ нѣсколькихъ листовъ), 2) средняя и 3) верхняя или тазовая фасція.

Вотъ ихъ расположеніе:

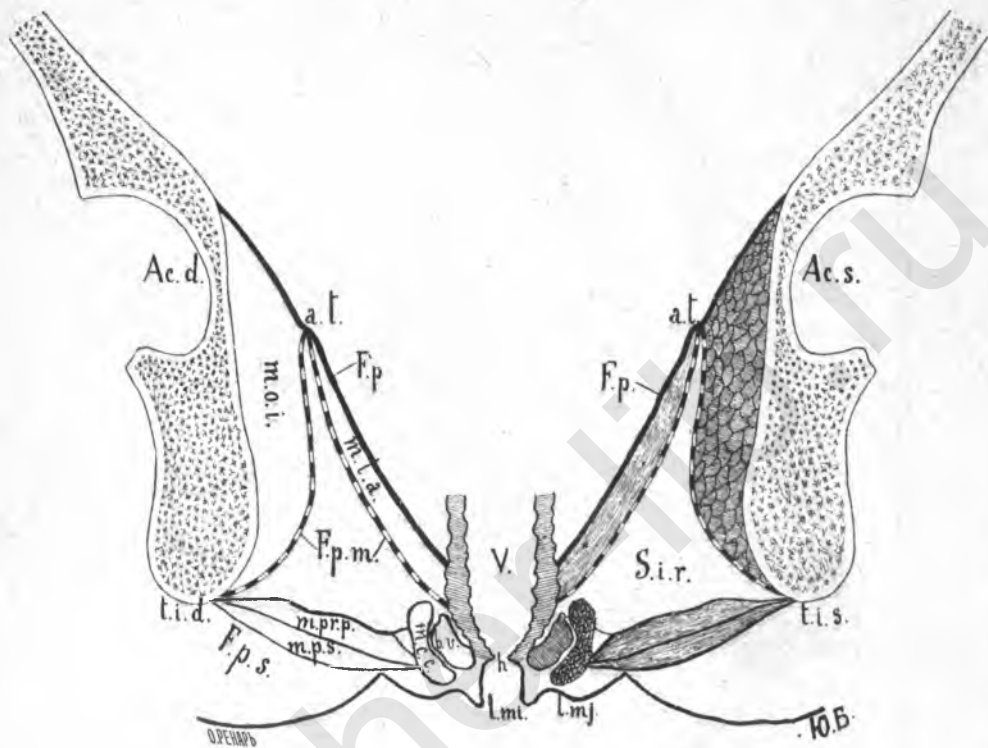


Рис. 4. Этотъ рисунокъ изображаетъ схематически расположеніе мышцъ малаго таза и промежности и взаимное отношеніе фасцій на фронтальномъ разрезѣ. (Ac.s.)—Acetabulum sinister, (t.i.d.)—tuber ischii dexter, (V.)—vagina, (h.)—hymen, (l.mi.)—labium pudend. minus, (l.mj.)—labium majus, (b.v.)—bulbus vestibuli, (m.o.i.)—musculus obturator internus, (m.l.a.)—musculus levator ani, (m.c.c.)—musculus constrictor cunni, (m.p.p.)—muscul. perinei profund., (m.p.s.)—muscul. perinei superficial., (F.p.)—Fascia pelvea seu perinei profundissima, (F.p.m.)—Fascia perinei media, (F.p.s.)—Fascia perinei superficialis, (a.t.)—arcus tendineus.

Мы будемъ вести описаніе сверху внизъ изъ полости таза.

Fascia pelvea отдѣляетъ подбрюшинную клетчатку отъ мышцъ мягкаго дна таза и связочнаго аппарата костнаго выхода таза. Въ этой фасціи, если смотрѣть на нее сверху, находится пять отверстій: одно для rectum, одно для vagina, одно для urethra и два foramina obturatoria. Большая часть этого пространства занята m. lev. ani, небольшія пространства по бокамъ заняты m. obturatorio interno, а сзади musculo coccygeo.

Тазовая фасція, выстилающая верхнюю поверхность всѣхъ этихъ мышцъ,

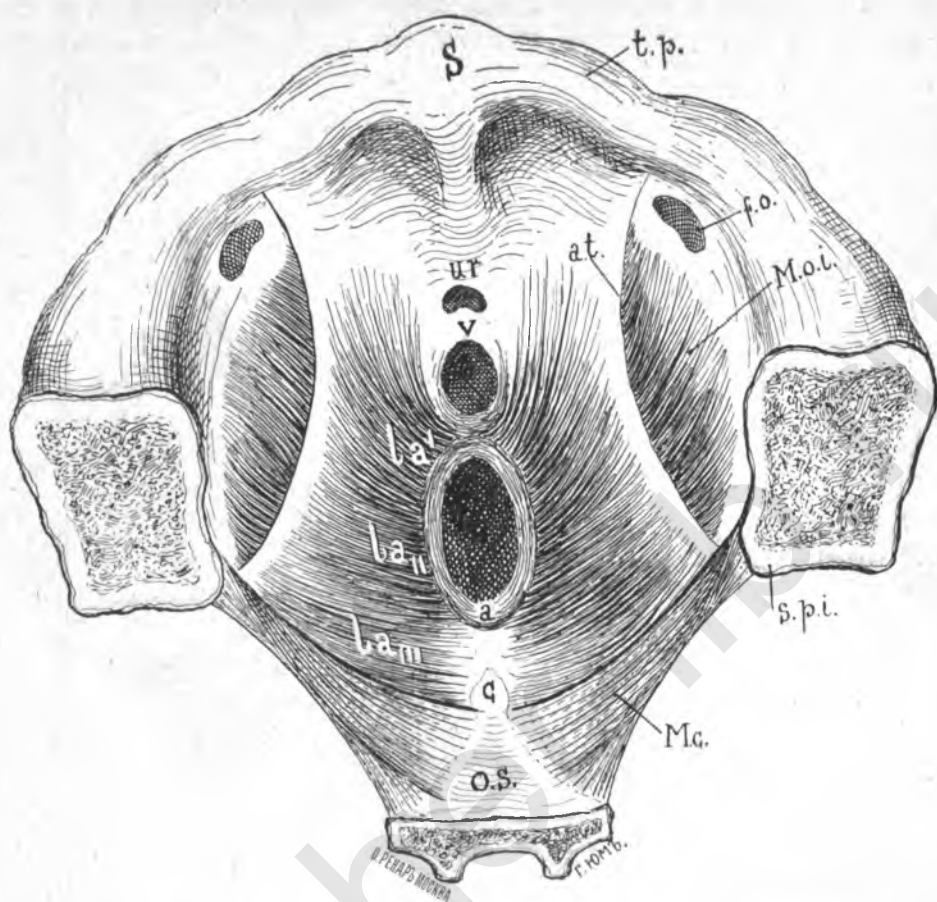


Рис. 5. Этотъ рисунокъ изображаетъ дно малаго таза, видимое сверху. Способъ приготовления: крылья безъименныхъ костей удалены пилой на уровнѣ spinae ischii—(spi.)—всѣ тазовыя внутренности вырѣзаны. (ur.)—urethra, (v.)—vagina, (a.)—anus,—перерѣзаны въ обозначенныхъ этими буквами мѣстахъ. (S.)—symphysis ossium pubis, (t.p.)—tubercul. pub., (f.o.)—foramen obturator., (c.)—os coccygis, (o.s.)—os sacrum, (M.o.i.)—musculus obturator internus, (la_i, la_m, la_n.) levator ani, (M.c.)—musculus coccygeus.

есть ничто иное, какъ продолженіе фасціи, покрывающей musculum ileo-psyosatem. Всѣ большіе сосуды и нервы, находящіеся въ тазу, лежатъ выше, или на этой фасціи. Какъ видно (на рис. 5.) большая часть поверхности дна таза занята m. levatore ani. Эта мышца представляется въ видѣ четырехъугольника, ограниченнаго съ боковъ изогнутыми линиями (a.t.). Кнаружи отъ musculus lev. ani остается небольшое продолговатое пространство. Musculus obturator internus (M.o.i.) выполняетъ это пространство, спускаясь внизъ подъ край m. levatoris ani. (Этотъ небольшой отдѣлъ obturat. interni своими сокращеніями весьма мало влияетъ на измѣненіе формы тазового дна: сокращенія этой мышцы могутъ только смѣщать кнутри одну изъ точекъ прикрѣпленія m. levatoris ani — arcus tendineus). Кзади отъ m. levator ani,

(см. рис. 5) находится небольшая мышца *musculus coccygeus* (M. c.), которая прикрепляется къ копчику (c.) и къ *spina ischii* (Sp. i.). Направление и форма этой

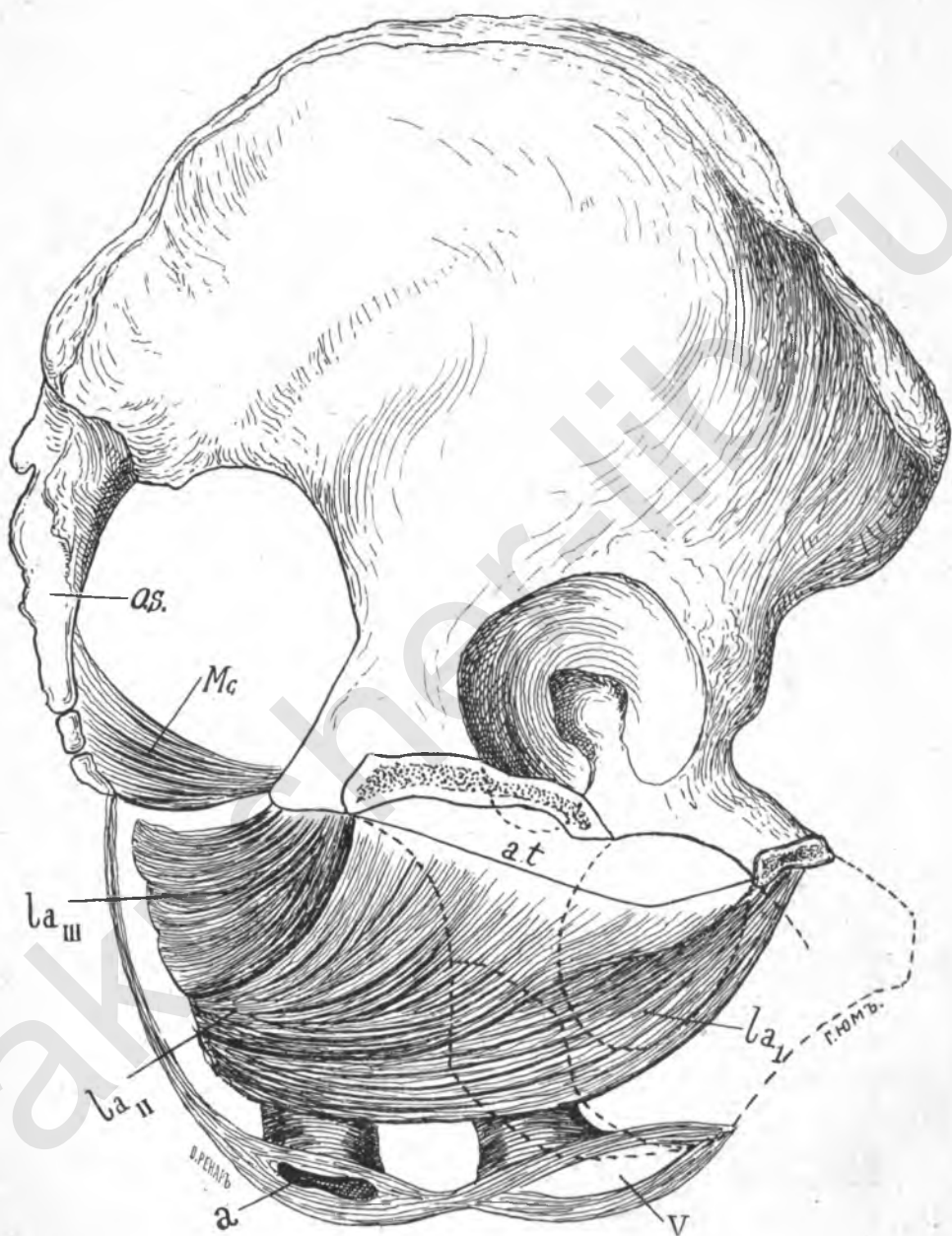


Рис. 6. Объясненіе рисунка. Способъ приготовления. Большая часть передняго отдѣла тазового кольца удалена двумя распилами. Удаленныя кости изображены пунктиромъ. Костныя точки прикрѣпленія *musculi levatoris ani* сохранены. Всѣ мягкія части кромѣ нижняго отдѣла прямой кишки (a) и влагалища (v)—удалены. Изъ мышцъ оставлены *levator ani* (*la*_I, *la*_{II}, *la*_{III}) и *coccygeus* (M. c.). (OS.—*os sacrum*, (ac.)—*acetabulum*, (a.t.)—*arcus tendineus*.

мышцы тождественна съ *ligamentum spinoso-sacrum*, которое она усиливаетъ. Мышца, подъемяющая задній проходъ—*musculus levator ani* (Рис. 5. la_1 , la_{11} , la_{111}), имѣетъ три неподвижныя точки прикрѣпленія, двѣ изъ нихъ находятся на костномъ скелетѣ таза. Она прикрѣпляется: спереди къ *symphysis ossium pubis* и къ горизонтальной вѣтви лобковой кости (la_1), сзади къ *spina ischii* (la_{111} ; s.p.i), и сбоку къ сухожильному растяженію (la_{11} ; a.t.), протянутому въ видѣ серпа отъ горизонтальной вѣтви лобковой кости къ *spina ischii*. Это сухожильное растяженіе носить названіе *arcus tendineus* и приростаётъ къ тазовой фасціи (*fascia pelvea*). Широковъ разсматриваетъ его какъ исходную точку всѣхъ фасцій таза и промежности.

Соотвѣтственно этимъ точкамъ прикрѣпленія, мышечныя волокна *musculi levatoris ani* раздѣляются на три пучка: передній (la_1), средній (la_{11}) и задній (la_{111}). Направленіе волоконъ въ этихъ пучкахъ представляется вѣерообразнымъ: они сходятся въ серединѣ тазового дна; при этомъ передніе пучки имѣютъ болѣе продольное направленіе, а задніе—болѣе поперечное. Всѣ эти пучки прикрѣпляются къ нижней части прямой кишки, около верхняго края *musculi sphincteris ani*. Передніе пучки (la_1) прикрѣпляются къ передней поверхности этой кишки, средніе—къ боковой (la_{11}) и задніе—къ задней (la_{111}) и сзади нея. Большая часть волоконъ задняго пучка, именно, самыя заднія волокна не прикрѣпляются къ кишкѣ. Волокна эти прямо сростаются съ волокнами противоположной стороны и опоясываютъ сзади нижній конецъ прямой кишки. Въ томъ мѣстѣ, гдѣ волокна эти сростаются, замѣчается небольшая сухожильная полоска, расположенная по средней линіи и имѣющая видъ шва—*raphe*. Ее можно прослѣдить отъ верхушки копчиковой кости до задней поверхности *sphincteris ani interni*. Она видна (на рис. 5) между буквами (a) и (c).

Такъ какъ отверстіе прямой кишки и мѣсто прикрѣпленія *musculi levatoris ani* къ этому органу помѣщается ниже описанныхъ нами костныхъ точекъ прикрѣпленія этой мышцы, то понятно, что сама мышца должна имѣть форму конуса, обращеннаго верхушкой внизъ. При сокращеніи мышечныхъ волоконъ конусъ этотъ дѣлается плосче, верхушка его поднимается вверхъ и подается впереди вслѣдствіе преобладающаго направленія волоконъ. Дѣйствіе сокращенія этой мышцы станетъ понятнѣе, если мы будемъ разсматривать ее сбоку (см. рис. 6).

Эта мышца опредѣляетъ положеніе двухъ главныхъ фасцій промежности. По верхней поверхности *musculi levatoris ani* располагается верхняя фасція промежности (*fascia pelvea, seu superior levator fascia*). По нижней поверхности, образуя нижнюю стѣнку влагалища *m. lev. ani* располагается средняя промежностная фасція (*fascia perinei media, seu inferior levator fascia*). Только та часть обѣихъ этихъ фасцій, которая покрываетъ *m. lev. ani*, имѣетъ болѣе или менѣе горизонтальное направленіе (см. рис. 4). Она доходитъ только до сухожильнаго растяженія (a.t. Рис. 4). Начиная отъ *arcus tendineus*, кнаружи отъ него, какъ *fascia pelvis*, такъ и *fascia perinei media*, состоятъ изъ влагалища *musculi obturatoris interni* и имѣютъ направленіе вертикальное, какъ и самая поверхность этой мышцы. При этомъ, та часть влагалища *m. obt. int.*, которая лежитъ выше *arcus tendineus*, (см. рис. 4) принадлежитъ *fasciae pelveae*, а та, которая лежитъ ниже этого сухожильнаго тяжа, относится къ *fascia perinei media*.

Средняя фасция промежности прикрѣпляется съ боковъ къ костямъ выхода таза, покрываетъ *m. obt. int.* и *levat. ani* и пробуравлена отверстиями влагалища, мочеиспускательнаго канала и прямой кишки. Эта фасция лежитъ выше *bulbi vestibuli*, Бартолиниевыхъ железъ, *m. constrict. cunni*. Весь передній отдѣлъ ея, т. е. тотъ, который лежитъ кпереди отъ отверстия прямой кишки, представляется болѣе плотнымъ, ибо состоитъ изъ двухъ листовъ, въ толщѣ коихъ лежатъ глубокія мышцы промежности. Этотъ отдѣлъ занимаетъ трехъугольное пространство между лонной дугой и сѣдалищными буграми; и утолщеніе средней промежностной фасции имѣетъ трехъугольную форму, оно называется *ligamentum triangulare*, въ толщѣ его находятся мышечныя волокна *musculi transversi perinei profundi* и глу-

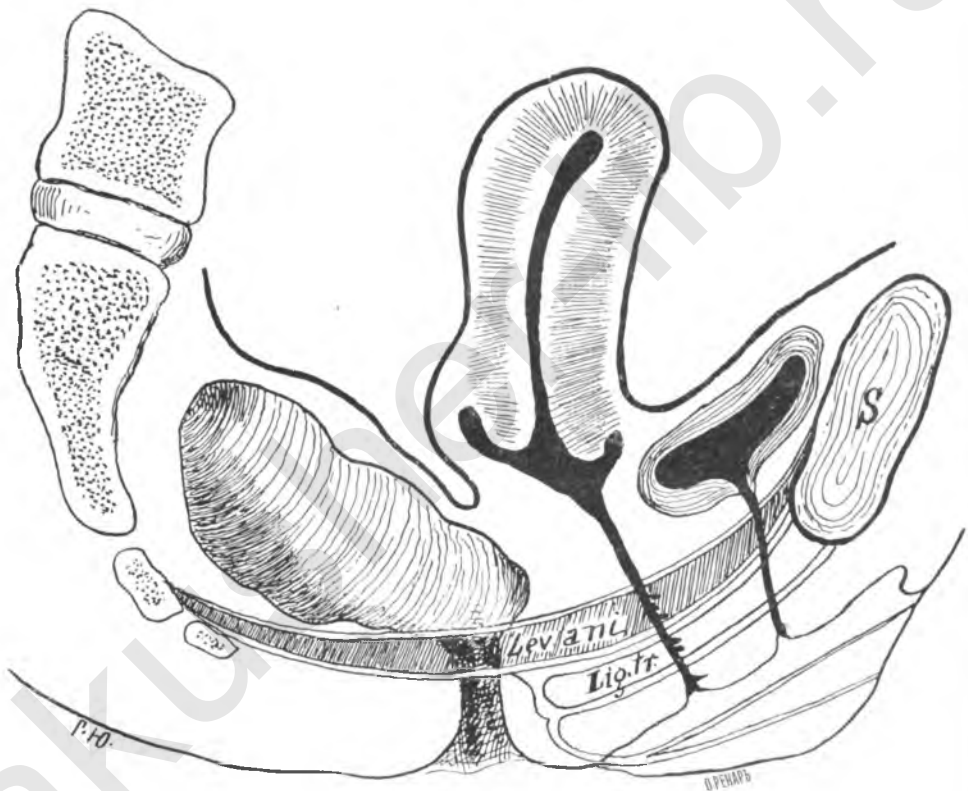


Рис. 7. Продольный разрѣзъ женскаго таза, схема. *Centrum tendineum* соответствуетъ тому мѣсту, гдѣ срастаются листки фасцій спереди *anus*. Поверхностные листки передняго отдѣла изображены на поверхности малой губы. Въ заднемъ отдѣлѣ поверхностная фасция не изображена. Въ переднемъ отдѣлѣ видны три апоневротическія фасции, а въ заднемъ двѣ.

бокія волокна *constrictoris cunni*. Мочеиспускательный каналъ и влагалище пробуравливаютъ эту связку, а *musc. levator ani* образуетъ для этихъ каналовъ особую щель, вслѣдствіе расхожденія на средней линіи переднихъ пучковъ этой мышцы. Здѣсь есть мѣсто, гдѣ всѣ фасции промежности срастаются и образуется уплотненіе, соответствующее наиболѣе прочной части *lig. triangularis*. Это мѣсто называется *centrum tendineum perinei* (*Savage*). Между среднею промежностной фасціей

и поверхностной находится клетчато-жирное пространство, которое на разрьзѣ имѣетъ трехъугольную форму (см. рис. 4.); это пространство къзади сообщается съ *spatium ischio-rectale*. Приближаясь къ средней линіи и впереди, это пространство быстро суживается и сходитъ на нѣтъ.

Поверхностная фасція (*fascia perinei superficialis*) располагается подъ подкожной клетчаткой. Въ ней различаютъ два отдѣла: передній и задній. Въ заднемъ отдѣлѣ она покрываетъ *musculus sphincter ani externus*, образуя его влагалище, для чего раздваивается. Въ переднемъ отдѣлѣ (см. рис. 7.) тамъ, гдѣ находится *ligamentum triangulare*, на средней фасціи находится утолщеніе, соответствующее основанію треугольной связки. Это мѣсто служитъ центромъ, гдѣ срастаются все фасціи, какъ настоящія, т. е. апоневротическія, такъ и поверхностныя. Обыкновенно описываютъ нижній листокъ промежностной фасціи такъ: говорятъ, что онъ, приросши къ среднему въ переднемъ отдѣлѣ, перегибается черезъ *musculus transversus* и снова, направляясь впереди, приростае къ среднему листку. То мѣсто, гдѣ происходитъ этотъ перегибъ и гдѣ нижняя фасція приростае къ средней, есть *centrum tendineum*—къ нему прирастаютъ также и оба листка поверхностной фасціи (*fascia superficialis*). Все эти отношенія видны (на рис. 7.). Въ переднемъ отдѣлѣ находятся три фасціи: *fascia pelvea*—выше *lev. ani*, *fascia per. media*—ниже его и *fascia perinei inferior seu superficialis perinei*. Въ толщѣ этой послѣдней (см. рис. 4.) находится *musculus transversus superficialis, constrictor cunni* и *bulbus vestibuli*, (на рис. 7.) видно что, пространство, гдѣ написано *ligamentum triangulare*, ограничено двумя слоями этого поверхностнаго или нижняго листка промежностной фасціи. Это пространство и вмѣщаетъ въ себѣ *bulbi* и Бартолиневы железы. (Сравни рис. 4 и рис. 7). Не слѣдуетъ смѣшивать поверхностную фасцію (*fascia superficialis*) съ поверхностной или нижней фасціей промежности (*fascia perinei inferior, seu perinealis superficialis*), хотя и та и другая, какъ видно (на рис. 7.), состоятъ изъ двухъ листовъ каждая.

Кзади отъ *anus*, подъ поверхностной фасціей, начинается пространство, наполненное жировой рыхлой клетчаткой; это пространство называется *spatium ischio-rectale*. Оно наполнено рыхлой клетчаткой и жиромъ. Оно ограничивается нижней поверхностью *m. lev. ani*, внутренней поверхностью *m. obt. int.* и къзади и сбоку сообщается съ пространствомъ, находящимся подъ ягодичными мышцами и съ тою клетчаткой, которая окружаетъ *nervus ischiadicus*. Такъ какъ въ заднемъ отдѣлѣ тазоваго дна нѣтъ нижняго листка промежностной фасціи, то это пространство, къзади и сбоку отъ *anus*, находится прямо подъ поверхностной фасціей *fascia superficialis*, самая широкая часть этого пространства помѣщается какъ разъ между краемъ *m. glutaei majoris*, сѣдалищнымъ бугромъ и отверстіемъ *ani*. Жировая клетчатка, выполняющая это пространство, имѣетъ форму трехъугольной пирамиды и постепенно суживается впереди, о чемъ уже было сказано выше (по поводу рис. 4).

Кверху по клетчаткѣ, сопровождающей *n. ischiadicus* пространство это сообщается съ *for. ischiadicum* и здѣсь могутъ быть гнойные затеки. Черезъ *spatium ischio-rectale* можно тупыми инструментами достигнуть тазовой полости, проникая между *m. obt. int.* и *lev. ani*, а также къзади и снаружи отъ *rectum*, отдирая *m. lev. ani*; здѣсь, около прямой кишки, встрѣчается только небольшая вѣточка *arteriae pudendae communis*, которая сама находится около сѣдалищнаго бугра.

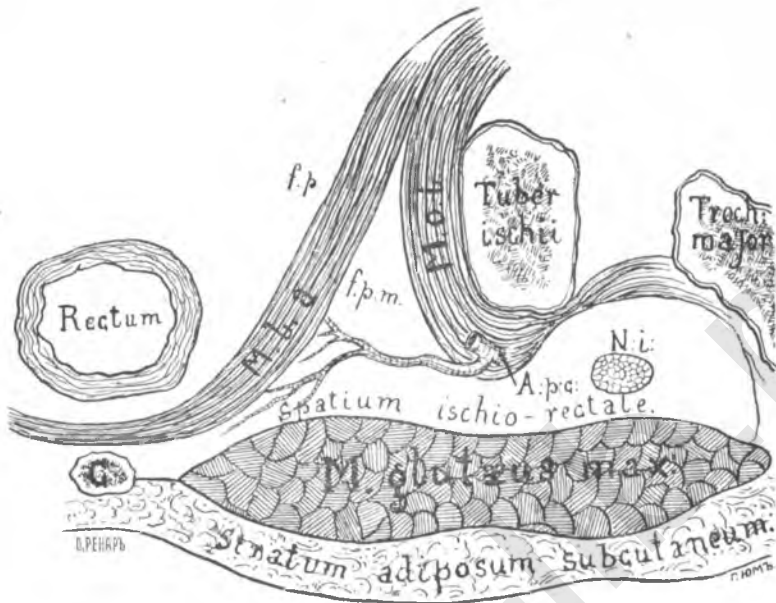


Рис. 8. Объясненіе. Полусхематическое изображение горизонтальнаго разрѣза черезъ *savum ischio-rectale* (ср. съ Рис. 4). Составленъ по Широкову и Legendre. (f. p.)—*fascia pelvea*, (f. p. m.)—*fascia perinei media*, (N. i.)—*nervus ischiadicus*, (C)—*os coccygis*, (A. p. c.)—*arteria pudenda communis*, (m. o. i.)—*musculus obturator int.*, (m. l. a.)—*musculus lev. ani*. *Spatium ischio-rectale* и его продолженіе.

Внутренніе тазовые органы.

Въ обыкновенномъ состояніи, внутренніе половые органы женщины помѣщаются въ полости малаго таза и только, во время беременности, они поднимаются на значительную высоту — въ полость живота. Изъ мочевыхъ органовъ только пузырь въ наполненномъ состояніи поднимается выше безъимянной линии таза. Такимъ образомъ нормальная анатомія внутреннихъ мочеполовыхъ органовъ сводится къ описанію органовъ, помѣщающихся въ полости малаго таза. По удаленіи петель тонкихъ кишекъ, выполняющихъ промежутки между тазовыми органами, полость малаго таза представляется раздѣленной на два отдѣла: передній и задній. (См. Рис. 9). Перегородка, отдѣляющая эти отдѣлы, образуется складкой брюшины, вмѣщающей въ себя матку съ ея придатками. Оба отдѣла, которые она разграничиваетъ, представляются въ видѣ ямокъ, покрытыхъ брюшиной. Въ переднемъ отдѣлѣ находится мочевой пузырь, въ заднемъ *rectum*. Эти ямки носятъ названіе Дугласовыхъ пространствъ. Различаютъ переднее и заднее Дугласовы пространства D. и D₁ (Рис. 9). Заднее Дугласово пространство раздѣляется на два этажа: верхній и нижній, номощью двухъ полулунныхъ складокъ *plicae Douglasii*, расположенныхъ горизонтально (l. s. u.) (Рис. 9) и (Таб. I.) (l. s. u.) и текстъ къ ней.

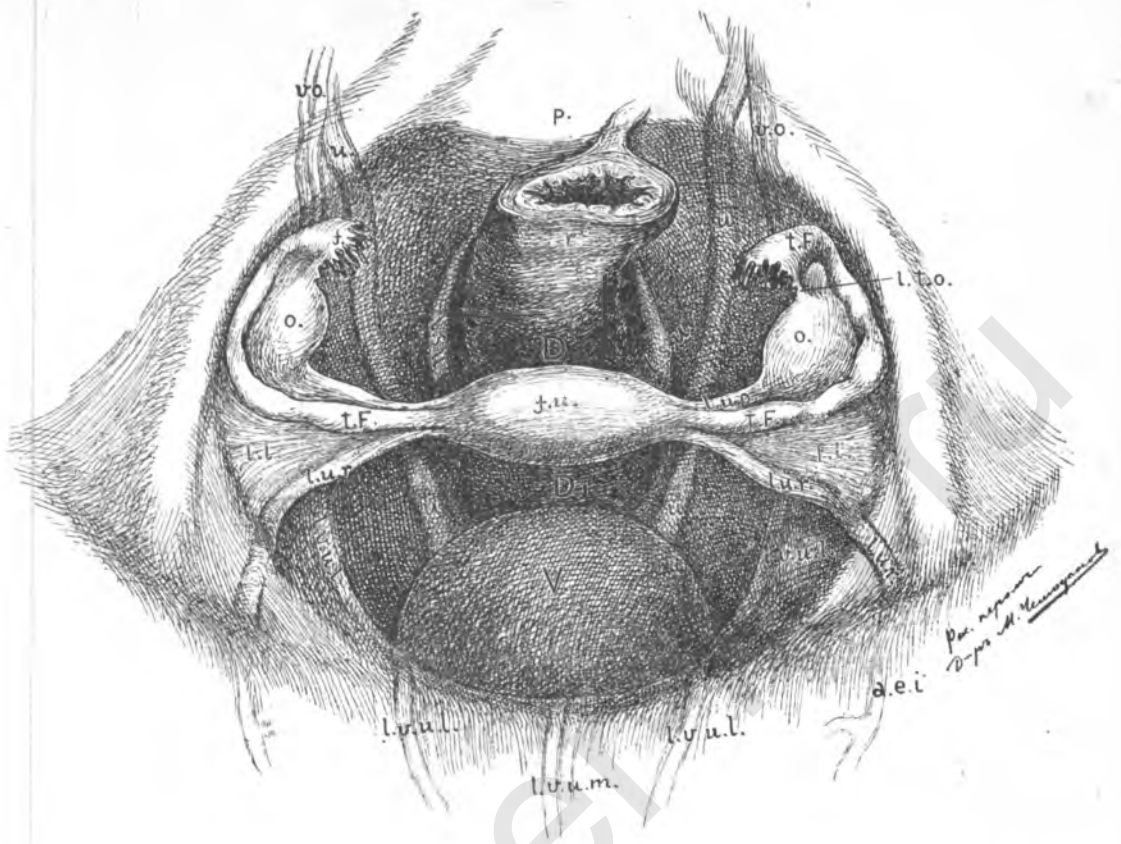


Рис. 9. Схематическое изображение расположенія органовъ малаго таза. (Составлено по ортоскопическому рисунку, сдѣланному съ натуры). (D.)—Заднее Дугласово пространство, D₁—переднее Дугласово пространство, (f. u.)—fundus uteri, (l. l.)—lig. latum, (l. u. r.)—ligamentum uteri rotundum, (t. F.)—tub. Fallopiæ, (O.)—ovarium, (f.)—fimbriæ (tubæ dextræ), (l. u. o.) ligament. utero-ovaricum sin., (l.t.o.)—lig. tubo-ovaricum, (v. o.)—vasa ovarica (sinistra), (l. s. u.) lig.—sacro uterinum, sive plic. Douglasii, (r.)—rectum. (V.)—vesica urinaria, (u.)—urether, (P.)—promontorium, (l. v. u. l.)—lig. vesico-umbilicale lat., (l. v. u. m.)—lig. vesico-umbilicale medium.

Въ поперечной складкѣ, вмѣщающей матку съ ея придатками, различаютъ три части: среднюю, вмѣщающую матку и двѣ боковыхъ, вмѣщающихъ въ себѣ придатки матки; эта парная боковая часть называется широкой связкой—ligamentum uteri latum: dextrum et sinistrum.

Каждая широкая связка раздѣляется на три меньшія складки брюшины. Эти складки расходятся вѣерообразно кнаружи и заключаютъ въ себѣ слѣдующіе органы (см. рис. 9): передняя — круглую маточную связку, средняя — Фаллопиеву трубу и задняя — яичникъ съ его связками. Эта послѣдняя складка широкой связки, продолжаясь взади, покрываетъ сосуды яичника (Vasa ovarica). Къ ней присоединяется другая складка, идущая отъ воронки трубы, и соединеніе обѣихъ этихъ складокъ,

идущее кзади къ краю тазового входа, называются *ligamentum infundibulo-pelvicum*. Въ толщѣ этой связки находятся сѣменные сосуды (*art. ovarica*) и соответствующее ей венозное сплетение (*plexus rampiniformis*).

Матка.

Матка имѣетъ грушевидную форму и состоитъ изъ гладкихъ мышцъ. Въ ней отличаютъ слѣдующія части: дно, тѣло, шейку, влагалищную часть; поверхности — переднюю и заднюю; края и углы: правые и лѣвые.

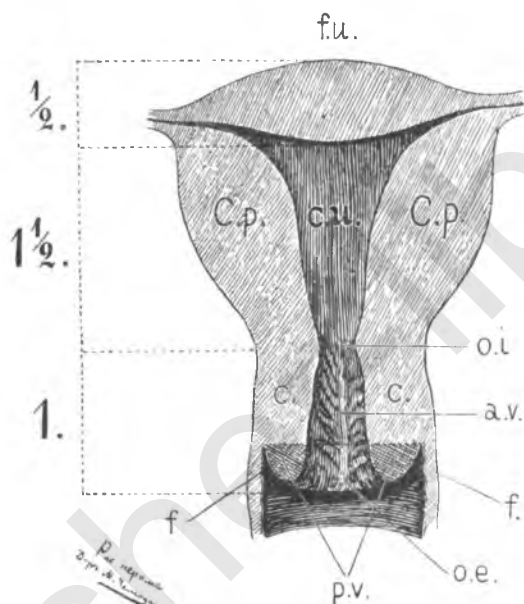


Рис. 10. Полусхематическое изображеніе фронтальнаго разрёза матки рожавней женщины. (Составленъ по Sappey). Цифры, поставленныя слѣва, выражаютъ дюймы, (f. u.)—fundus uteri, (c. u.)—cavum uteri, (C. p.)—corpus uteri, (o. i.)—orificium internum, (c. c.)—canalis cervic., (p. v.)—portio vaginalis, (f. f.)—fornices vaginae, (o. e.)—orificium externum, (a. v.)—arbor vitae (1 дюймъ = 2 1/2 сант.).

Дно матки, большая часть передней поверхности и вся задняя поверхность покрыты брюшиной, которая плотно къ ней прирощена. Самая нижняя часть шейки матки помѣщается въ полости влагалища и покрыта слизистой оболочкой. Она называется влагалищною частью (*portio vaginalis*). То мѣсто, гдѣ слизистая оболочка влагалища переходитъ на влагалищную порцію, называется сводами влагалища. Если разрёзать матку во фронтальномъ направленіи (см. рис. 10), то можно видѣть находящуюся въ толщѣ ея полость. Она имѣетъ трехъугольную форму и выстлана толстой слизистой оболочкой. Въ полости матки отличаютъ слѣдующія части: собственно полость матки (*cavum uteri*) и шейный каналъ (*canalis cervicalis*).

Полость матки имѣетъ трехъугольную форму. Въ ней отличаютъ слѣдующія части: поверхности—переднюю и заднюю—онѣ соприкасаются; края—верхній и

два боковых—правый и лѣвый. Въ дѣвственномъ состояніи полость матки бываетъ короче, чѣмъ у женщины рожавшей. Края полости дѣвственной матки или стороны сильнѣе выдаются въ полость: они выпуклѣе, чѣмъ у женщины рожавшей, у много рожавшей женщины боковыя стороны могутъ быть даже совсѣмъ прямыя, или изогнуты въ направленіи противоположномъ. Три отверстія сообщаютъ полость матки съ остальными частями полового тракта: парное верхнее входитъ въ уголь матки и, постепенно суживаясь, переходитъ въ соответствующую трубу: правую и лѣвую—трубныя отверстія, и непарное, нижнее переходитъ въ шейный каналъ, отъ коего полость матки отдѣляется суженнымъ мѣстомъ—внутреннимъ отверстіемъ—*orificium internum uteri*: шейный каналъ занимаетъ пространство между внутреннимъ отверстіемъ и наружнымъ—*orificium externum, seu os uteri*. Наружное отверстіе есть то мѣсто, гдѣ слизистая оболочка матки съ ея обильными железистыми элементами и съ цилиндрическимъ эпителиемъ переходитъ въ слизистую оболочку влагалища, выстланную эпителиемъ плоскимъ. Въ шейномъ каналѣ иногда отличаютъ расширенное мѣсто, называемое *sacum canalis cervicalis*. Здѣсь слизистая оболочка иногда, чаще у не рожавшихъ, имѣетъ характерное расположеніе складокъ въ видѣ елки—это называется *arbor vitae, seu palmae plicatae*. Та часть шейки матки, которая покрыта слизистой оболочкой и втиснута въ полость влагалища, называется влагалищной частью—*portio vaginalis*. Въ ней отличаютъ двѣ губы—переднюю и заднюю. Задній сводъ влагалища прикрѣпляется къ шейкѣ матки выше, чѣмъ передній, а потому задняя губа вслѣдствіе большей глубины задняго свода кажется длиннѣе передней (на $\frac{1}{3}$ дюйма). Отверстіе матки измѣняетъ послѣ родовъ свою форму и самая форма влагалищной части тоже измѣняется.

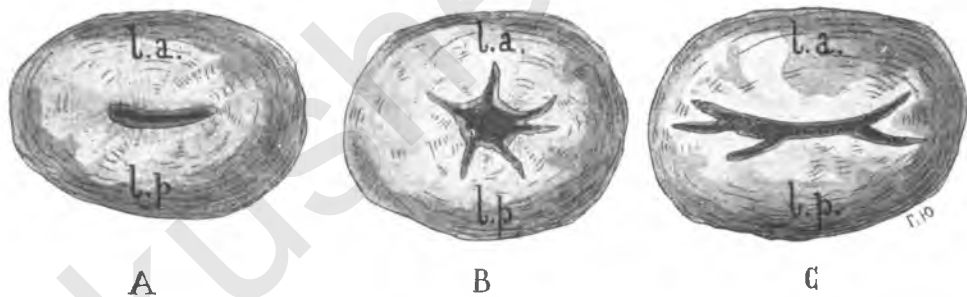


Рис. 11. Влагалищная часть, видимая черезъ зеркало; А—нерожавшая, В и С—рожавшія
l. a.—labium anterius, l. p.—labium posterius.

Влагалищная часть матки не рожавшей имѣетъ форму слегка коническую, ея поверхность гладка и отверстіе представляется въ видѣ небольшой поперечно-овальной щели (Рис. 11, А.). Иногда передняя губа заходитъ нѣсколько на заднюю, такъ что отверстіе напоминаетъ ротъ линя *os tinci, museaux de tanche*. Нѣкоторые авторы допускаютъ, что у дѣвственницъ до соитія находятся около боковыхъ угловъ отверстія особыя маленькія слайки, или *fenula*, исчезающія послѣ перваго сокоупленія. Радиально расположенныя рубцы (Рис. 11, В.) и боковыя заросшіе разрывы (Рис. 11, С.) измѣняютъ ея форму: она становится

короче, круглѣе и отверстіе пріобрѣтаетъ характерное очертаніе, вродѣ изображеннаго (на рис. 11, В. и С.). Объемъ полости матки и шейнаго канала весьма незначителенъ. Впрыскивая ртуть, Sarrey опредѣлилъ ея вмѣстимость отъ 2 до 5 кубическихъ сантиметровъ. Длина здоровой матки приблизительно равняется 3 дюймамъ: изъ нихъ $\frac{1}{2}$ дюйма соотвѣтствуетъ толщинѣ стѣнки матки, $1\frac{1}{2}$ дюйма — полости матки и 1 дюймъ — длинѣ шейнаго канала. Въ дѣвственной маткѣ шейный каналъ по длинѣ почти равенъ длинѣ полости матки (см. рис. 10).

Наружная поверхность матки покрыта брюшиной. Брюшина покрываетъ переднюю поверхность, начиная отъ дна матки до высоты внутренняго отверстія. (См. Таб. I). Задняя поверхность покрывается брюшиной вся, вплоть до мѣста прикрѣпленія задняго свода, ибо брюшина здѣсь переходитъ на задній сводъ (она покрываетъ его и часть задней стѣнки влагалища), о чемъ будетъ сказано ниже.

Связки матки.

Отъ боковъ и отъ поверхности матки отходятъ мышечныя и соединительнотканныя образования, покрытыя брюшиной, но имѣющія тѣсное, интимное отношеніе къ кровеноснымъ сосудамъ и къ придаткамъ матки. Они носятъ названіе связокъ матки и представляются въ видѣ пластинокъ и тяжей и нигдѣ къ костямъ не прикрѣпляются. Периферическіе концы ихъ только мѣстами прикрѣпляются къ фасціямъ, а большая часть ихъ волоконъ разсѣвается на стѣнкѣ таза въ рыхлой подбрюшинной клѣтчаткѣ.

Обыкновенно, говоря о связкахъ матки, разумѣютъ всю совокупность складокъ брюшины и связки въ ней заключенныя. Такимъ образомъ отличаютъ двѣ парныя связки матки: крестцово-маточную и широкую связку, ибо круглая связка есть только часть широкой связки.

Крестцово-маточныя связки — *ligamenta sacro-uterina*. Онѣ помѣщаются сзади матки и прикрѣпляются на уровнѣ внутренняго отверстія (Таб. I. fig. s. u. и рис. 9. p. D. — *plica Douglasii*). Онѣ заложены въ полулунной складкѣ брюшины и прикрѣпляются къ крестцовой части тазовой фасціи и къ боковой поверхности *gestum*. Въ ней отличаютъ основаніе и свободный край. Около основанія этой связки проходитъ мочеточникъ (рис. 9, u.). Отъ передней поверхности матки на одномъ уровнѣ съ крестцово-маточными связками, но не много выше ¹⁾ отходятъ мышечныя и соединительно-тканныя пучки, которые переплетаются съ волокнами пузыря и, проходя по его боковой поверхности, прикрѣпляются къ той клѣтчаткѣ, которая окружаетъ заросшую пупочную артерію (*lig. vesico umbilicale lat.*) (рис. 9, l. v. u. l.) и къ той части тазовой фасціи, на которой л жить шейка пузыря. Такимъ образомъ, впереди отъ матки, находятся два тракта уплотненной и содержащей мышечныя элементы клѣтчатки, которые прикрѣпляютъ матку къ тазовой фасціи на уровнѣ лонной дуги. Иногда эти образования

¹⁾ Повидимому передніе пучки отходятъ отъ передней поверхности матки, какъ разъ противъ внутренняго отверстія дѣвственницы, а задніе — немного ниже, т. е. противъ внутренняго отверстія многожавшей женщины.

принимаютъ видъ совершенно сходный съ крестцово-маточными связками и покрываются небольшими полудунными складками брюшины, напоминающими *plicae Douglasii*. Эти переднія связки матки—*ligamenta vesico-uterina* или *rubo-vesico-uterina*, аналогичны Дугласовымъ складкамъ. Крестцово-маточныя связки играютъ важную роль въ укрѣпленіи матки: онѣ укрѣпляютъ шейку этого органа въ оси таза и оказываютъ сопротивленіе опусканію матки. При экстирпаціи матки черезъ влагалище эти связки оказываютъ наибольшее сопротивленіе и, послѣ ихъ перерѣзки, матка сразу подается внизъ.

Широкая связка. Широкая связка заключаетъ въ себѣ придатки матки, сосуды и связочный аппаратъ, состоящій изъ фасцій и мышечныхъ волоконъ. Самый толстый пучекъ мышечныхъ волоконъ широкой связки—есть круглая связка, которую мы разсмотримъ отдѣльно.

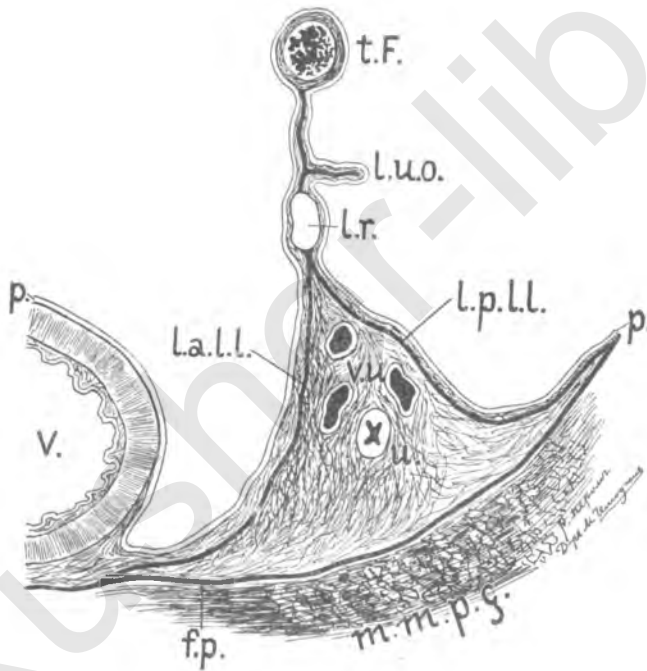


Рис. 12. Схема расположенія листковъ въ основаніи широкой связки. Вертикальный сагиттальный разрѣзъ черезъ широкую связку и тазовое дно, въ промежуткѣ между яичникомъ и боковой поверхностью матки. Пузырь захваченъ только въ боковой своей части. (t. F.)—*tuba Fallopii*, (l. u. o.)—*ligamentum utero-ovaricum*, (l. r.)—*ligamentum rotundum*, (f. p.)—*fascia pelvis*, (l. a. l. l.)—передняя пластинка широкой связки, (l. p. l. l.)—задняя пластинка широкой связки, (p., p.)—*peritoneum*, (v. u.)—*vasa uterina*, (v.)—*vesica urinaria*, (u.)—*urether*.

Связочный аппаратъ широкой связки состоитъ изъ двухъ пластинокъ. Эти пластинки начинаются отъ боковой поверхности матки и влагалища и срастаются на уровнѣ круглой связки. (См. рис. 13).

Между обоими листками широкой связки у основанія ея, т. е. въ той части этой связки, которая касается дна и стѣнки таза, находится пирамидальное треугольное пространство, наполненное рыхлой клѣтчаткой. Его можно назвать полостью широкой связки—*cautum ligamenti lati*. Въ этомъ пирамидальномъ пространствѣ проходятъ сосуды матки и оно соответствуетъ тому, что Пироговъ называлъ призматическимъ влагалищемъ сосудовъ. Основаніе этой трехгранной пирамиды находится на боковой поверхности матки и влагалища; снаружи и кверху она суживается.

Изъ трехъ сторонъ одна (рис. 12. f. p.) обращена внизъ и снаружи, она соответствуетъ *fascia pelvis*.; другая — кпереди, она покрыта переднимъ листкомъ брюшины широкой связки (рис. 12. l. a. l. l.) и къ этому листку брюшина приростаётъ плотнѣе, чѣмъ къ третьей сторонѣ этой призмы, обращенной къзади (рис. 12. l. p. l. l.), ибо здѣсь, между брюшиной и листкомъ широкой связки, находится слой клѣтчатки.

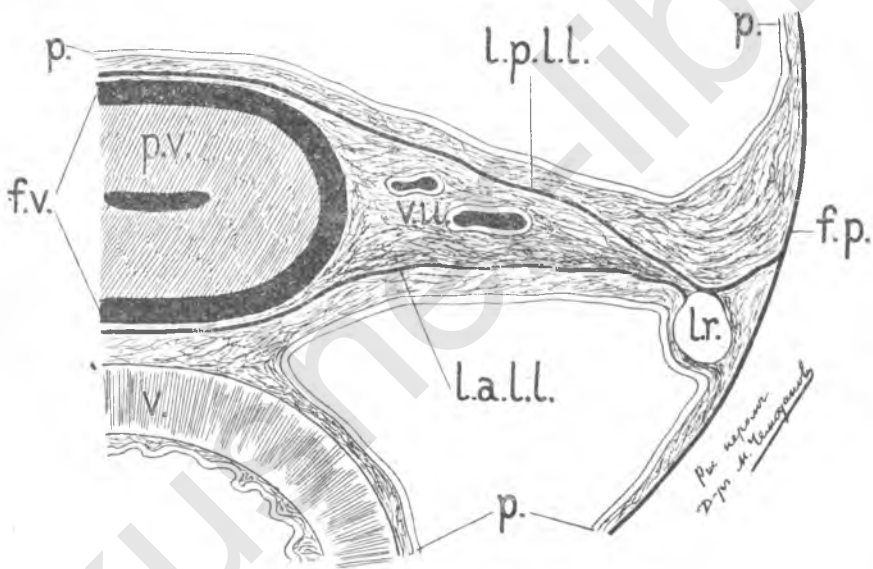


Рис. 13. Схема расположенія листковъ широкой связки составлена подобно рисунку 12, по собственнымъ препаратамъ. Горизонтальный разрѣзъ на уровнѣ сводовъ влагалища; (p. v.)—port. vaginal., (f. v.)—fornices vaginae, (v.)—paries vesicae urinariae, (v. u.)—vasa uterina, (l. r.)—ligamentum rotundum, (f. p.)—fascia pelvis, (p. p. p.)—peritoneum, (l. p. l. l.)—lamina posterior ligamenti lati, (l. a. l. l.)—lamina anterior ligamenti lati.

Выше уже было отмѣчено, что оба листка срастаются на уровнѣ круглой маточной связки. Та часть широкой маточной связки, которая расположена выше круглой связки, состоитъ изъ одного листка и, при попыткахъ отпрепаровать здѣсь два листка, не удается ихъ отдѣлнить отъ покрывающей ихъ брюшины; тогда какъ ниже круглой связки — это удается. На (Таб. III) видно, что широкая связка, въ самомъ низу состоитъ изъ двухъ листковъ (см. эту Табл. и текстъ къ ней).

Круглая маточная связка—ligamentum uteri rotundum.— есть тяжъ, состоящій изъ гладкихъ мышцъ. Ее сопровождаютъ сосуды и нервы.

Круглая маточная связка начинается отъ передней поверхности угла матки и располагается по передней поверхности широкой связки, гдѣ она ложится въ особую складку брюшины, направляется кнаружи, а, дойдя до боковой стѣнки таза, поднимается по ней вверхъ и впереди, доходя такимъ образомъ до внутренняго отверстія пахового канала, въ который она входитъ. На этомъ пути она пересѣкаетъ большіе сосуды — *vasa iliaca externa* и *vasa epigastrica inferiora* (см. рис. 9) у самаго отверстія пахового канала. Она проходитъ черезъ паховой каналъ, выходитъ изъ его наружнаго отверстія и ея вѣерообразныя окончанія прикрепляются къ кожѣ большихъ губъ. Ниже, при описаніи топографіи передней брюшной стѣнки, мы опишемъ положеніе этой связки въ паховомъ каналѣ.

На задней поверхности широкой связки, въ томъ мѣстѣ ея, которое находится выше круглой маточной связки, находится особая складка брюшины, которую разсматриваютъ, какъ связки яичника и трубы. Въ толщѣ и основаніи этой складки паходятся мышечныя волокна и по направленію своему она напоминаетъ круглую связку, только расположенную сзади широкой связки. Rouget назвалъ ее *ligament rond postérieur*, хотя она вовсе не круглая и мышечныхъ волоконъ въ ней очень мало. Въ ея основаніи проходятъ *vasa ovarica*. Если сильно оттянуть матку впереди и въ сторону, то она натягивается (см. Таб. III. тяжъ, въ коемъ заложенъ правый яичникъ). Ее описываютъ какъ три отдѣльныя связки (*ligamenta: utero-ovaricum, tubo-ovaricum* и *infundibulo-pelvicum*). Брюшина, покрывающая широкую связку, какъ уже было сказано, покрываетъ также яичникъ и трубу, образуя для нихъ отдѣльныя складки.

Яичникъ.

Складка брюшины, вмѣщающая яичникъ, начинается отъ задней поверхности угла матки—*ligamentum utero-ovaricum* (рис. 11. I. и. о.). Подходя къ яичнику, по-мѣщающемуся на задней поверхности широкой связки, эта складка дѣлается глубже, а, покрывши яичникъ, снова уменьшается и листки брюшины ее образующіе—срастаются. Складка продолжается кнаружи и вверхъ, по направленію къ стѣнкѣ таза и къ отверстию трубы. Эта складка называется *ligamentum tubo-ovaricum* (рис. 11, I. t. о.). Та часть брюшинной складки, которая идетъ отъ яичника къ *linea innominata* и къ коей присоединяется другая складка, идущая отъ воронки трубы, называется *ligamentum infundibulo-pelvicum*. (См. рис. 14). Къ свободному краю *ligamenti tubo-ovarici* приростаютъ одна изъ фимбрій трубы.

Яичникъ имѣетъ видъ приплюснутаго яйца: длиною 38 м.м., толщиною 18 м.м. Въ немъ различаютъ два края: одинъ—интраперитонеальный, свободный и другой, вѣдренный въ широкую связку—интралигаментозный; здѣсь въ него входятъ сосуды и это мѣсто называется *hilus ovarii*. Поверхность этого органа гладкая въ дѣтствѣ, впоследствии изборозжается рубцами, которые образуются на мѣстахъ лопнувшихъ Граафовыхъ пузырьковъ. На разрѣзѣ яичникъ состоитъ изъ губчатой

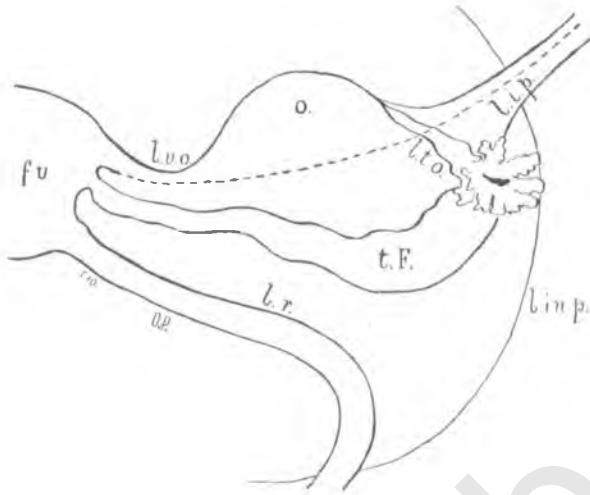


Рис. 14. Схема связок яичника. (f. u.)—fundus uteri, (o.)—ovarium, (l. u. o.)—ligamentum utero-ovaricum, seu ovarii proprium, (l. t. o.)—lig. tubo-ovaricum, (l. i. p.)—lig. infundibulo-pelvicum, (l. in. p.)—linea innominata pelvis. Пунктирная линия показываетъ положение lig. rotundi posterioris (Rouget).

на видъ строма, состоящей изъ гладкихъ мышцъ, сосудовъ и нервовъ, она составляетъ главную массу яичника и, встарину, называлась мозговымъ веществомъ, вслѣдствіе красноватаго цвѣта и консистенціи (substantia medullaris).

Строма покрыта плотной, бѣловатой оболочкой—tunica albuginea. Эта оболочка состоитъ изъ соединительной ткани и множества пузырьковъ: это зародыши будущиыхъ яицъ, поэтому эту оболочку правильнѣе называть tunica ovigena (substantia corticalis). Всѣ находящіяся здѣсь пузырьки развиваются еще въ утробной жизни и у новорожденной дѣвочки ихъ столько же, сколько у взрослой женщины, разница только въ количествѣ межзубочной соединительной ткани. Этихъ пузырьковъ или фолликулъ такъ много, что по вычисленіямъ Sarrey, если бы изъ каждаго изъ нихъ развилось яйцо, а каждое яйцо—въ плодъ, то двухъ женщинъ было бы достаточно, чтобы поселить такой городъ, какъ Парижъ (1,600,000 жителей). Ткань яичника или строма, pars bulbosa изобилуетъ сосудами, особенно венами. Въ ней развиваются и зрѣютъ яйца, которые врастаютъ въ нее изъ tunica ovigena. Мѣшечки, въ которыхъ развиваются яйца—Граафовы пузырьки (follicula), располагаются по периферіи стромы, какъ разъ подъ tunica albuginea, которую они выпячиваютъ, когда яйцо созрѣетъ. Такихъ развивающихся яицъ бываетъ обыкновенно около двадцати. Когда яйцо созрѣетъ, такой пузырекъ достигаетъ величины отъ горошины до вишни и лопается. На его мѣстѣ происходитъ кровоизліяніе и образуется постепенно желтое тѣло—corpus luteum. Если яйцо оплодотворится, то регрессивный метаморфозъ въ его фолликулѣ замедляется и развивается желтое тѣло, гораздо большихъ размѣровъ, которое называется тогда—corpus luteum verum, въ отличіе отъ corpus luteum spurium, которое развивается тогда, когда

яйцо погибаетъ не оплодотвореннымъ. *Corpus luteum verum* гораздо стойче, чѣмъ *corpus luteum spurium* и исчезаетъ гораздо медленнѣе сего послѣдняго.

Обыкновенно яичниковъ бываетъ два, но, иногда, встрѣчаются небольшія образования, тождественныя съ ними по своему строенію. Ихъ находили на задней поверхности широкой связки. Размѣры ихъ всегда бываютъ меньше яичника; по большей части дѣло касается маленькихъ придатковъ, величиною съ горошину и меньше и находили ихъ случайно.

Кверху отъ яичника, по верхнему краю широкой связки, проходитъ Фаллоpieва труба—*tuba Fallopieae*, она обладаетъ брыжжейкой—*mesosalpinx*, которая есть ничто иное, какъ дубликатура брюшины широкой связки. Эта брыжжейка кнаружи оканчивается свободнымъ краемъ, соответствующимъ переднему краю *ligamenti infundibulo-pelvisci*. Въ толщѣ *mesosalpinx* находится особое трубчатое тѣло, состоящее изъ замкнутыхъ трубочекъ, наполненныхъ серозной жидкостью, это есть остатокъ утробной жизни и называется онъ—*parovarium* (см. рис. 15). У молодыхъ субъектовъ, передъ періодомъ *pubertatis*, онъ бываетъ виденъ всего яснѣе, особенно, если растянуть *mesosalpinx* на стеклѣ и разсматривать на свѣтъ.

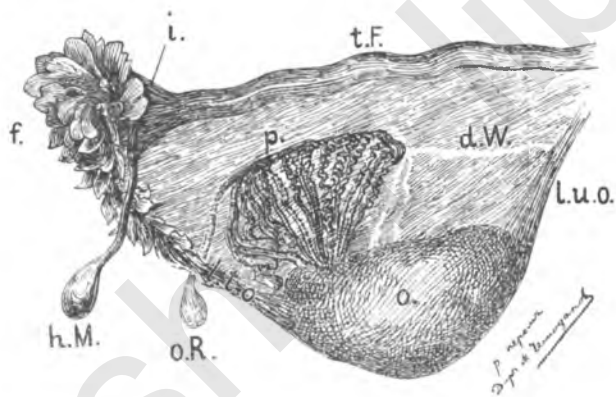


Рис. 15. Размѣры яичника, трубы и *parovarium*. (Полусхематически составлено по Kobbelt'у и по собственнымъ препаратамъ). Величина натуральная. (i.)—*infundibulum tubae*, (f.)—*fimbriae*, (t. F.)—*tuba Fallopieae*, (d. W.)—заросшіи Wolf'овъ каналъ (*ductus Wolfii*), (o. R.) *organon Rosenmülleri*, *canalis Gärtneri*, (p.)—*parovarium*, (h. M.)—конечный отростокъ Мюллерова протока (у мужчинъ называется *hydatis Morgagni*), (l. t. o.)—*lig. tubo-ovaricum*, l. u. o.—*lig. utero-ovaricum*.

Parovarium имѣетъ видъ плоской пирамиды съ основаніемъ, обращеннымъ вверхъ, къ трубѣ. Обращенная внизъ верхушка прикрѣпляется около *hilus ovarii*. *Parovarium* состоитъ изъ извитыхъ трубчатыхъ образований, расположенныхъ вѣерообразно (см. рис. 15). Одна изъ такихъ трубочекъ—остатокъ Wolf'ова протока, проходитъ по основанію пирамидки (d. W.) и оканчивается свободнымъ, слѣпымъ отросткомъ съ очень тонкими стѣнками, растянутыми прозрачною серозной жидкостью, соломеннаго цвѣта. Этотъ слѣпой придатокъ извѣстенъ подъ именемъ органа *Rosenmüllera* (см. рис. 15. o. R.).

Фаллопиева труба.

Этот трубчатый органъ, длиною около 3—4 дюймовъ, назначенъ для проведенія яйца съ поверхности яичника. Tuba Fallopiae располагается по верхнему краю широкой связки, къ коей она прикрѣпляется особой брыжжейкой—*mesosalpinx*. Въ трубѣ отличаютъ два конца—наружный и внутренний и два отверстія—одно, внутреннее, открывается въ полость матки—*ostium uterinum*, оно такъ узко, что едва пропускаетъ щетинку; другое, наружное, открывается въ полость брюшины—*ostium abdominale*. Та часть трубы, которая помещается въ толщѣ ткани матки, называется—*pars interstitialis*, остальная часть есть—*pars abdominalis*.

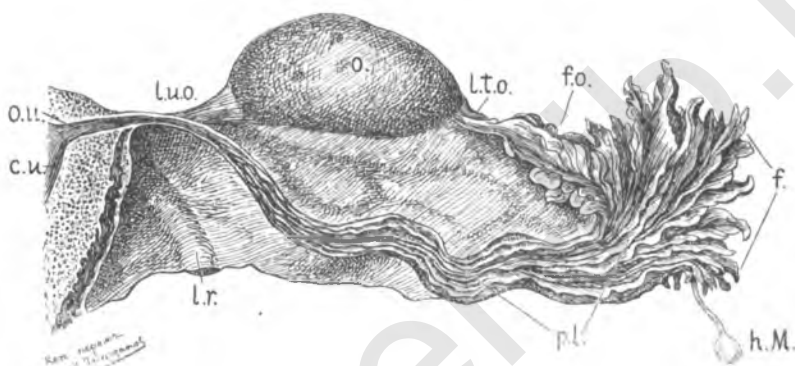


Рис. 16. Продольный разръзъ трубы (по Sappey). (o. u.)—ostium uterinum, (c. u.)—cavum uteri, (l. u. o.)—lig. utero-ovaricum, (o.)—ovarium, (f. o.)—fimbria ovarica, (f.)—fimbriae, (h. M.)—hydatid Morgagni, (p. l.)—plicae longitudinales, (l. r.)—lig. rotundum.

Послѣдняя, удаляясь отъ матки, немного расширяется и, дойдя до боковой стѣнки таза, изгибается, образуя дугу, выпуклостью обращенную кнаружи. Самое широкое мѣсто трубы находится у наружнаго конца. Это мѣсто называется *ampulla* и вслѣдъ за нимъ, кнаружи находится суженіе, а за нимъ расширенный, воронкообразный свободный конецъ трубы. Воронкообразное расширение—*infundibulum tubae*, по краямъ усеяно языкообразными придатками—фимбріями, *fimbriae*. (См. рис. 15 и 16). Въ толщѣ фимбрій находится много венъ и эти придатки способны напрягаться. Одна изъ фимбрій и при томъ самая большая—*fimbria ovarica*, прикрѣпляется къ яичнику и къ верхушкѣ *ligamenti tubo-ovarici*, часть коего она составляетъ. Благодаря фимбріямъ, край воронкообразнаго расширения трубы представляется изъѣденнымъ, онъ называется бахромчатымъ краемъ (*morsus diaboli*). Стѣнка фаллопиевой трубы состоитъ изъ продольныхъ и поперечныхъ, гладкихъ мышечныхъ волоконъ и соединительной ткани. Брюшина, покрывающая наружную поверхность трубы, кончается на краю фимбрій, гдѣ начинается слизистая оболочка, покрывающая внутреннюю поверхность или просвѣтъ (*lumen*) трубы. Эта слизистая оболочка образуетъ многочисленныя продольныя складки (*plicae longitudinales*) (см. рис. 16 и 17).

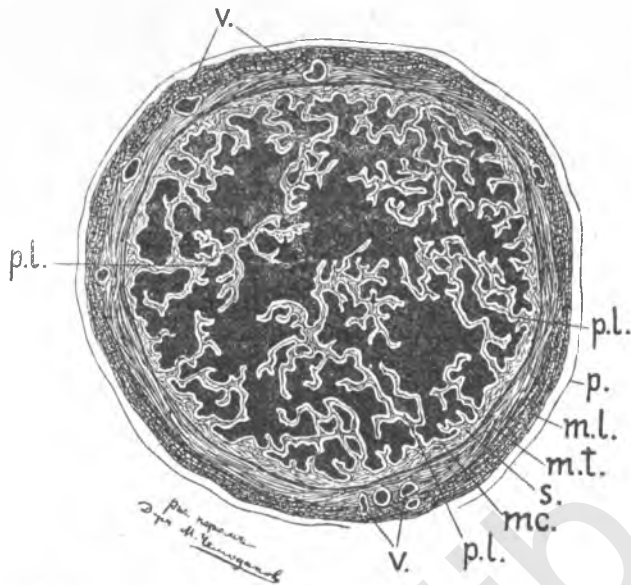


Рис. 17. Поперечный разръзъ трубы. Увеличенъ въ 30 разъ (по Luschka). Просвѣтъ трубы черный, слизистая оболочка—бѣлая. (p. l.)—plicae longitudinales, сливающіяся у своего основанія въ видѣ сѣтчатыхъ петель, (m.c.) — mucosa, (s.) — submucosa, (m. t.) и (m. l.)—muscularis (t.—поперечное направление, l. — продольное), (v.) — vasa persecta, (p.) — peritoneum.

Мерцательный, цилиндрическій эпителий покрываетъ эту слизистую оболочку и его движенія назначены для того, чтобы проводить яйцо въ полость матки, чѣмъ и опредѣляется направленіе движенія ворсинокъ. Труба развивается изъ Мюллерова протока и около бахромчатого края, можно иногда видѣть остатокъ этого протока, въ видѣ слѣплого придатка, наполненнаго серозной жидкостью. Этотъ придатокъ аналогиченъ тому, что у мужчины называется *hydatis Morgagni*, (см. Рис. 15 и 16). Обыкновенно у каждой трубы бываетъ одно абдоминальное отверстіе, но, иногда, на поверхности яйцепровода наблюдаются добавочныя отверстія (*ostia abdominalia accessoria*). Ихъ рѣдко бываетъ болѣе одного и выпячиваніе слизистой оболочки образуетъ около нихъ нѣчто въ родѣ фимбрій.

Влагалище.

Продолженіе полового тракта, сообщающее полость матки съ внѣшнимъ міромъ, называется влагалищемъ (*vagina*). Это есть трубка, сообщающая наружные половые органы съ внутренними. Длину влагалища (см. табл. I, II) считаютъ равною около $3\frac{1}{2}$ —4 дюймовъ.

Стѣнки влагалища состоятъ изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ и соединительной ткани. Въ нижнемъ отдѣлѣ къ этимъ элементамъ присоединяются поперечно-полосатыя мышцы, и непосредственно вокругъ входа во влагалище, онѣ образуютъ сфинктеръ. Эта мышца—*constrictor cunni*, до нѣкоторой степени подчинена

волѣ. Она охватываетъ *bulbi vaginae* и еще болѣе суживаетъ самую узкую часть влагалища—входъ въ него. Просвѣтъ влагалища выстланъ слизистой оболочкой, покрытой плоскимъ эпителиемъ. Въ этой слизистой оболочкѣ вовсе нѣтъ железъ слизистыхъ (*Sarrey*). Она переходитъ на влагалищную часть матки и покрываетъ её до наружнаго маточнаго зѣва. Стѣнки влагалища прикрѣпляются къ маткѣ какъ разъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ слизистая оболочка влагалища переходитъ на влагалищную часть матки. Влагалищная часть матки вдается въ полость влагалища, притомъ такъ, что ось матки наклонена впереди, по отношенію къ оси влагалища. Вокругъ влагалищной части получается кольцообразное углубленіе, выстланное слизистой оболочкой. Это углубленіе называется сводами влагалища—*foenices vaginae*. Это—самое широкое мѣсто влагалища. Различаютъ четыре свода: передній, задній и два боковыхъ—правый и лѣвый. Въ растянутомъ состояніи просвѣтъ влагалища имѣетъ форму конуса, основаніемъ обращеннаго вверхъ, а верхушкою внизъ. Верхнія двѣ трети влагалища отличаются подвижностью, потому что окружены рыхлой кѣтчаткой и легко отдѣляются отъ сосѣднихъ органовъ: пузыря, брюшины и прямой кишки. Нижняя треть влагалища болѣе неподвижна, особенно въ переднемъ отдѣлѣ и съ боковъ, эта часть богаче кровеносными сосудами. Передняя и задняя поверхности влагалища соприкасаются между собою (см. Таб. I), а слизистая оболочка сводовъ соприкасается съ влагалищной частью. Собственно, своды есть только ощущеніе кольцообразнаго углубленія вокругъ влагалищной порціи, получаемое при внутреннемъ изслѣдованіи пальцемъ. Во влагалищѣ отличаютъ двѣ поверхности—переднюю



Рис. 18. Часть влагалища и мочеиспускательнаго канала дѣвственницы, 19 лѣтъ (Еврейки). Спиртовый препаратъ. Мочеиспускательный каналъ смѣстился въ сторону отъ вліянія спирта. Прекрасно развитыя *columnae rugarum*, перерѣзанныя поперечно, видны въ просвѣтѣ влагалища (на рисункѣ просвѣтъ имѣетъ букву Н).

и заднюю и двѣ боковыя стороны. На передней и задней поверхности влагалища, находятся продолговатые выступы слизистой оболочки, состоящіе изъ маленькихъ поперечныхъ складокъ. Они называются—*columnae rugarum: anterior et posterior*. Онѣ помѣщаются тотчасъ выше входа во влагалище и занимаютъ только нижній отдѣлъ его. Кверху онѣ постепенно исчезаютъ, занимая только нижнюю треть

влагалища. Передняя *columna rugarum* выдается сильнее и продолжается выше задней, у дѣвственницы она тверда какъ хрящъ, съ повторными родами — онѣ сглаживаются совершенно.

Передняя стѣнка влагалища прикасается къ пузырю (см. таб. I), отъ котораго отдѣляется слоемъ рыхлой кѣтчатки. Моченспускательный каналъ проходитъ по нижнему отдѣлу передней стѣнки влагалища, а мочеточки косвенно пересекаютъ эту стѣнку въ верхнемъ отдѣлѣ.

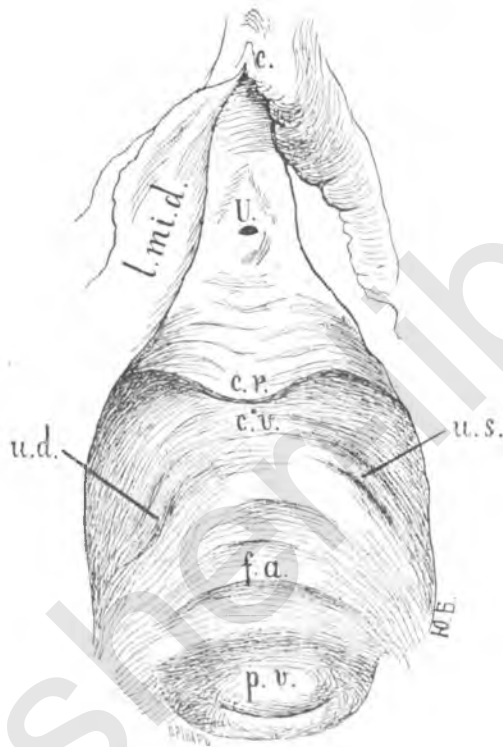


Рис. 19. Схематическое изображеніе отношеній моченспускательнаго канала и мочеточниковъ къ передней стѣнкѣ влагалища. (c.)—clitoris, (l.m.i.d.)—labium minus dextrum, (u.)—urethra, (c.r.)—columna rugarum ant., (c.v.)—точка показываетъ отверстіе пузыря,—collum vesicae, (u.d.)—urether dexter, (u.s.)—urether sinister, (f.a.)—fornix anterior vaginae, (p.v.)—portio vaginalis. Величина натуральная (составлена по Pawlik'y).

Перегородка между пузыремъ и влагалищемъ называется — *septum vesico-vaginale*. Между прямою кишкою и задней стѣнкой влагалища (*septum recto-vaginale*) находится тоже рыхлая кѣтчатка. Она нѣсколько плотнѣе той, которая находится между влагалищемъ и пузыремъ. Стѣнка пузыря покрываетъ весь верхній отдѣлъ передней стѣнки влагалища (см. таб. I.) и съ нея переходитъ на переднюю поверхность шейки матки.

Такимъ образомъ брюшина, покрывающая переднее Дугласово пространство, не доходитъ до передняго свода, а немного ниже (почти противъ) внутренняго

отверстія переходитъ съ поверхности матки на стѣнку пузыря. Брюшина задняго Дугласова пространства спускается гораздо ниже и покрываетъ весь задній сводъ и часть задней стѣнки влагалища (см. таб. II). Длина того отдѣла задняго свода, который покрытъ брюшиной, не превышаетъ $\frac{3}{4}$ дюйма (2-хъ сантиметровъ).

Сосуды внутреннихъ половыхъ органовъ.

Шесть источниковъ доставляютъ артеріальную кровь къ внутреннимъ половымъ органамъ женщины. Три изъ нихъ находятся съ правой стороны и три— съ лѣвой. Это—arteriae uterinae, art. ovaricae и art. ligamenti rotundi. Отдѣльныя влагалищныя вѣтви дополняютъ эту систему.

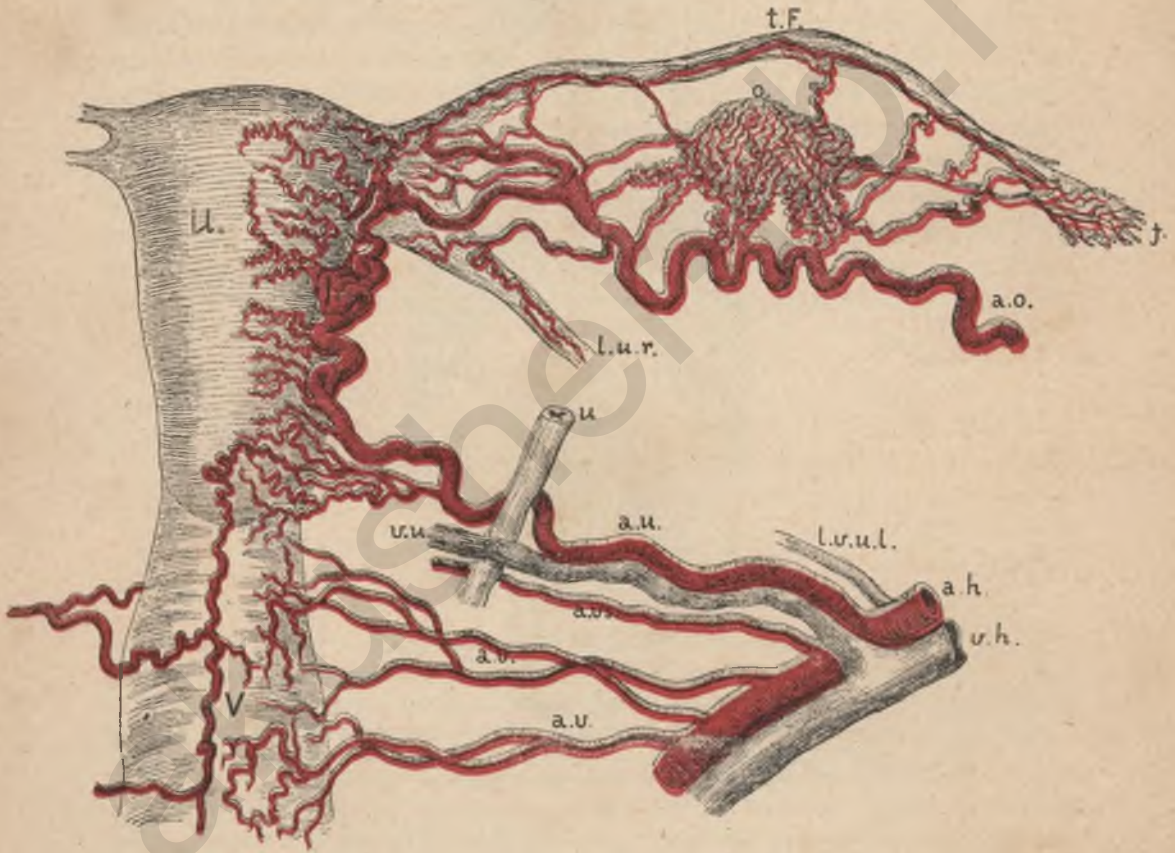


Рис. 20. Схема сосудовъ матки, ея придатковъ и влагалища (составлено по Нуртлю и по собственнымъ препаратамъ). (u.) uterus, (t.F.)—tuba Fallopieae, (f.) fimbriae, (o.)—ovarium, (v.)—vagina, (l.u.r.)—lig. uteri rotundum, (u.)—urether dexter, (a.o.)—art. ovarica seu spermatica interna, (l.v.u.l.)—lig. vesico-umbilicale laterale (запослая пупочная артерія), (a.u.)—arteria uterina. (v.u.) vena uterina, (v.h.)—vena hypogastrica, (a.v.), (a.v.)—arter. vaginales.

Всѣ эти сосуды сообщаются обширными анастомозами, какъ съ соименными сосудами противоположной стороны, такъ и между собою. Они сильно увеличи-

ваются во время беременности и подвергаются регрессивному метаморфозу послѣ нея, но уже не достигаютъ первоначальной величины и остаются нѣсколько расширенными. Во время беременности и мелкія вѣтви пріобрѣтаютъ хирургическій интересъ; тоже бываетъ при нѣкоторыхъ патологическихъ состояніяхъ, при новообразованіяхъ.

Arteriae ovaricae (spermaticeae internae) происходятъ изъ аорты, arteriae uterinae и vaginales изъ art. iliaca interna и art. lig. rotundi отъ arter. epig. inferior.

Arteriae ovaricae происходятъ или изъ брюшной аорты на уровнѣ почечныхъ артерій, или изъ этихъ послѣднихъ. Располагаясь въ подбрюшинной клѣтчаткѣ, эта артерія пересѣкаетъ мочетѣчникъ, ложась на переднюю поверхность этого протока и спускается вмѣстѣ съ нимъ по передней поверхности musculi psoatis majoris. Она входитъ въ соответствующую широкую связку, помѣщаясь надъ основаніемъ ligamenti infundibulo-pelvicis. Здѣсь къ ней присоединяются волокна широкой связки и артерія вмѣстѣ съ двумя своими венами plexus rampriniiformis, покрывается такимъ образомъ особой складкой брюшины, доходящей до hilus ovarii (ligament rond posterieur Rouget). Около hilus ovarii—art. ovarica даетъ вѣтвь, питающую бахромчатый край трубы (см. рис. 20 f.). Эта вѣтвь анастомозируетъ съ другой вѣтвью, идущей отъ угла матки и отходящей отъ той же артеріи. Нѣсколько вѣтвей проникаютъ черезъ hilus ovarii въ яичникъ и питаютъ его. Онѣ анастомозируютъ съ только что описанной вѣтвью, проходящей вдоль трубы (см. рис. 20). Дѣлая многочисленныя изгибы, мѣстами придающіе ей видъ штопора, art. ovarica доходитъ до задней поверхности матки, около ея угла, на высотѣ отхожденія круглой маточной связки. Не доходя сантиметра на $2\frac{1}{2}$ отъ угла матки, отъ нея отходятъ двѣ вѣтви: одна, направляющаяся къ самому углу матки, изъ этой вѣтви образуется описанный выше анастомозъ съ первой вѣтвью art. ovaricae, идущей вдоль трубы; другая сопровождаетъ ligamentum teres и анастомозируетъ съ arteria ligamenti teretis, seu rotundi, вѣтвью art. epigastricae inferioris (вѣтвь art. iliacaе externaе, отходящая какъ разъ подъ Пупартовой связкой). Arteria lig. rotundi анастомозируетъ также съ arteria spermatica externa (вѣтвь art. femoralis). Отъ угла матки стволъ arteriae ovaricae направляется внизъ, по краю матки, и отдаетъ здѣсь многочисленныя вѣточки для питанія тѣла матки и обширнымъ анастомозомъ переходитъ въ arteria uterina. Вѣточки, питающія самую ткань матки и главный стволъ артеріи чрезвычайно извиты, онѣ анастомозируютъ съ сосудами противоположной стороны и заложены, какъ и сама артерія, въ поверхностныхъ слояхъ мышечной ткани матки. На уровнѣ средней части шейки матки двѣ вѣточки, анастомозируя съ вѣтвями противоположной стороны, образуютъ артеріальное кольцо, помѣщающееся въ толщѣ шейки.

Маточная артерія—arteria uterina (рис. 20. а. и.) происходитъ изъ передней поверхности arteriae iliacaе internaе, какъ разъ противъ, или немного ниже отхожденія arteriae glutatae superioris. Очень часто она происходитъ общимъ стволомъ съ arteria umbilicalis. Часто также она происходитъ ниже отхожденія art. umbilicalis. Эти три мѣста отхожденія arteria uterinae очень близки другъ къ другу, ихъ можно считать правиломъ. Она можетъ происходить изъ каждой вѣтви arteriae hypogastricae, проходящей въ полости малаго таза.

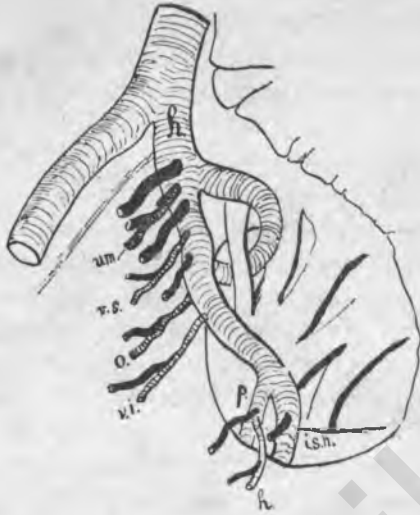


Рис. 21. Диаграмма, показывающая аномалии отхождения *arteriae uterinae*, которая мнѣ удалось найти въ литературѣ и тѣ, которыя приходилось наблюдать самому. *Arteria uterina* изображена черною, буквы соответствуютъ названіямъ вѣтвей, изъ коихъ она происходитъ.

Arteria uterina, извиваясь и образуя (см. рис. 20) нѣсколько петель, помѣщается въ промежуткѣ между обоими листами широкой связки (см. Таб. III.). Одна изъ петель *art. uterinae* заходитъ за мочеточникъ, а самый стволъ пересѣкаетъ мочеточникъ, проходя спереди отъ него. Если растянуть широкую связку, то петли *art. uterinae* расправляются почти совершенно и петля, которая заходитъ за мочеточникъ исчезаетъ (см. Таб. III.). Сопровождающая *art. uterinam*—*vena uterina* пересѣкаетъ мочеточникъ, проходя по задней его поверхности (см. рис. 20). Такимъ образомъ, въ томъ мѣстѣ, гдѣ эти сосуды пересѣкаютъ мочеточникъ, получается артеріально-венозное кольцо, въ которомъ проходитъ этотъ протокъ. Мѣсто пересѣченія *art. uterinae* мочеточникомъ находится около боковой поверхности матки, на уровнѣ ея внутренняго отверстия. Дойдя на этой высотѣ до боковой стѣнки матки, *art. uterina* располагается по краю матки и, сдѣлавши нѣсколько изгибовъ, превращается въ продолженіе *arteriae ovaricae*. На уровнѣ наружнаго отверстия, маточная артерія отдаетъ нѣсколько маленькихъ вѣточекъ, питающихъ своды и анастомозирующихъ съ вѣтвями *arteriarum vaginalium*. Ея вѣтви, питающія тѣло матки, описаны въ связи съ *arteria ovarica*, которая есть ничто иное, какъ ея продолженіе.

Arteriae vaginales (см. рис. 20), числомъ двѣ или три, начинаются или изъ *art. iliaca interna*, или суть вѣтви *arteriae uterinae*. Иногда онѣ начинаются однимъ общимъ стволомъ. Эти сосуды находятся въ той же клетчаткѣ, какъ и *art. uterina*; развѣтвляясь и анастомозируя между собою, ихъ вѣтви распределяются по наружной поверхности влагалища. Нерѣдко на передней и на задней стѣнкѣ влагалища можно видѣть по продольной артеріи — *arteria azygos vaginae anterior et*

posterior. Это собственно, анастомозы между конечными вѣтвями влагалищныхъ артерій и вѣтвями артерій маточной.

Вены.

Вены въ общемъ сопровождаютъ артеріи: двѣ вены сопровождаютъ art. uterinam и двѣ art. ovaricas. Приближаясь къ центру (т. е. къ сердцу), обѣ venae uterinae сливаются въ одну, то же самое дѣлается и съ venae ovaricae. Vena uterina вливается въ vena iliaca interna. Одна изъ двухъ венъ, сопровождающихъ art. uterinam толще и проходитъ сзади мочеточника, другая, болѣе тонкая—проходить впереди отъ него, вмѣстѣ съ arteria uterina (см. Таб. III.). Venae ovaricae соединяются большими анастомозами, которые окружаютъ соименную артерію. Вверху онѣ превращаются въ одинъ стволъ для правой и одинъ для лѣвой стороны. Лѣвая vena ovarica вливается въ почечную вену соименной стороны; правая—въ vena cava inferior. Vena ovarica dextra въ этомъ мѣстѣ обладаетъ клапаномъ, коего нѣтъ въ мѣстѣ впаденія лѣвой яичниковой вены въ лѣвую почечную вену (см. рис. 21).



Рис. 22. Мѣста, гдѣ (v.o.d.)—vena ovarica dextra и (v.o.s.)—vena ovarica sinistra вливаются въ venam cavam—(v.c.) и venam renalem sinistram—(v.r.s.) Въ полости v. ovaricae dextrae виденъ клапанъ, коего въ vena sinistra нѣтъ (заимствованъ у Tait'a).

Въ этомъ условіи многіе видятъ причину того, что явленія венознаго застоя чаще проявляются въ лѣвой половинѣ таза, чѣмъ въ правой. Многочисленные анастомозы вень матки и ея придатковъ образуютъ два сплетенія: одно изъ нихъ помѣщается сбоку матки—plexus uterinus, а другое—около hilus ovarii—plexus ovariicus, seu plexus ramificatus. (См. Таб. III); впереди и внизъ, по боковой стѣнкѣ пузыря, между нимъ и дномъ таза находятся анастомозы plexus uterinus съ plexus Santorinii, находящимся подъ symphysis ossium pubis. (См. Таб. I).

Лимфатическіе сосуды (Sappey).

Лимфатическіе сосуды, выходящіе изъ матки, раздѣляются на двѣ группы: одна изъ нихъ, и притомъ главная, собирается изъ мышечной части матки, другая, — изъ слизистой оболочки этого органа.

Лимфатическіе сосуды мышечной части матки въ свою очередь раздѣляются на три группы: одни собираются изъ передней поверхности тѣла и шейки, другіе—изъ задней поверхности и, наконецъ, третьи—изъ дна и верхней поверхности этого органа.

Шесть группъ железъ: три съ правой и три съ лѣвой стороны, воспринимаютъ эти сосуды.

Первая группа железъ находится на стѣнкѣ таза, какъ разъ противъ мѣста дѣленія art. iliaca communis. Три железки, которыя её образуютъ, воспринимаютъ всѣ лимфатическіе сосуды, которые собираются съ передней поверхности матки и проходятъ въ толщѣ широкой связки. Сосуды, происходящіе на задней поверхности матки, вливаются въ железы, находящіяся въ полости малаго таза, взади отъ art. iliaca communis. Наконецъ, сосуды, которые собираются на днѣ и верхней поверхности матки, впадаютъ въ люмбарныя железы (т. е. железы, помѣщающіяся противъ нижнихъ поясничныхъ позвонковъ).

Лимфатическіе сосуды слизистой оболочки матки вливаются въ маленькую железку, находящуюся сбоку матки, въ томъ мѣстѣ, гдѣ она прикрѣпляется къ сводамъ. Иногда этой железки нѣтъ вовсе, иногда ихъ бываетъ двѣ. Лимфатическіе сосуды яичника и трубы сопровождаютъ arteriam ovaricam и вливаются въ люмбарныя железы.

Нервы.

Многочисленные нервы внутреннихъ половыхъ органовъ женщины относятся къ симпатической системѣ. Они происходятъ изъ plexus hypogastricus superior et inferior. По мѣсту, гдѣ они помѣщаются различаютъ: plexus ovaricus, plexus uterinus — съ боковъ матки (огромный узелъ этого сплетенія изображенъ Frankenhäuser), plexus vesico-vaginalis — по бокамъ влагалища и пузыря. Одна изъ вѣтвей plexus uterinus отличается толщиной, она помѣщается въ толщѣ широкой связки и входитъ въ матку какъ разъ въ углу, образуемомъ трубой и круглой маточной

связкой. Эта первая вѣтвь называется *nervus Johnstonii* и она имѣетъ большое отношеніе къ функціи менструаціи и къ кровотеченіямъ (Tait).

Мочевые органы.

Только выводящій аппаратъ мочевыхъ органовъ помѣщается въ полости таза. Органы, выдѣляющіе мочу, — почки — находятся выше — въ полости живота.

Оба мочеточника вливаются въ пузырь и съ этого мѣста парные мочевые органы превращаются въ непарный мочевой трактъ.

Три органа входятъ въ составъ мочевого тракта: мочеточники, пузырь и моченспускательный каналъ.

Мочеточники (*uretheres*) служатъ непосредственнымъ продолженіемъ почечныхъ лоханокъ. Они спускаются по передней поверхности *musculi psoatis majoris* и доходятъ до безмяншной линіи таза, противъ *synchondrosis sacro-iliaca*. На этомъ пути ихъ пересѣкаютъ снаружи кнаружи *vasa ovarica*, которые ложатся на передней поверхности мочеточника. Этотъ протокъ, покрытый и укрѣпленный рыхлой клѣтчаткой, обладаетъ значительной подвижностью. Предѣлъ этой подвижности опредѣляется снаружи — боковой поверхностью тѣла позвонковъ, а снаружи — серединою *musculi psoatis majoris*. За наружный край этой мышцы мочеточники никогда не заходятъ (въ здоровомъ состояніи). Прикрѣпленія клѣтчатки, покрывающей мочеточники къ брюшинѣ, довольно рыхлы, и надо нѣкоторое вниманіе, чтобы отдѣлить ихъ вмѣстѣ съ брюшиннымъ мышкомъ при операціяхъ въ подбрюшинной клѣтчаткѣ, напр. при перевязкѣ сосудовъ.

Если мы захватимъ пальцами или пинцетомъ брюшину, покрывающую заднюю стѣнку брюшной полости, по сосѣдству съ мочеточникомъ и потянемъ ее въ сторону, то замѣтимъ, что этотъ протокъ при этомъ не слѣдуетъ за брюшиною. Съ другой стороны, если захватить мочеточникъ черезъ покрывающую его брюшину, то можно сообщить ему боковыя движенія въ предѣлахъ, описанныхъ выше. Такимъ образомъ, рыхлая клѣтчатка, покрывающая мочеточникъ, выполняетъ два назначенія: съ одной стороны она обусловливаетъ подвижность этого органа, а съ другой ставитъ его въ зависимости отъ движеній сосѣднихъ тканей и органовъ, которые скользятъ по немъ, не имѣя къ нему прочныхъ прикрѣпленій — имъ не за что ухватиться, чтобы увлечь его за собою.

Дойдя до *synchondrosis sacro-iliaca*, мочеточникъ пересѣкаетъ дѣленіе *arteriae iliacaе communis* и по стѣнкѣ таза спускается сначала снаружи и затѣмъ книзу и кнутри. Около основанія *plicae Douglasii*, а часто по самому основанію этой складки, онъ входитъ подъ основаніе широкой связки и располагается въ клѣтчаткѣ, между обоими ея листками. На уровнѣ шейки матки и на полтора сантиметра кнаружи отъ ея края, онъ входитъ въ артеріально венозное кольцо, состоящее изъ *arteria et vena uterina*, и, наконецъ, вливается въ пузырь, проходя косвенно по передней стѣнкѣ влагалища и косвенно прободая стѣнку пузыря. Принимаютъ, что онъ никогда не доходитъ ближе одного сантиметра къ боковой поверхности матки на уровнѣ ея сводовъ. Такое опредѣленіе разстояній между



органами подвижными врядъ ли можетъ имѣть значеніе точности. При операціяхъ существенно, на мой взглядъ, то, что рыхлая клѣтчатка, покрывающая мочеточники и прикрѣпляющая его къ призматическому влагалищу *arteriae uterinae*, не позволяетъ мочеточнику слѣдовать за оттягиваемой книзу шейкой матки и тѣ ткани, которыя устойчивѣе—ткани связокъ матки, натягиваются при этомъ болѣе той рыхлой клѣтчатки, которая окружаетъ мочеточникъ. Чѣмъ сильнѣе растянуты ткани, тѣмъ легче ихъ перерѣзать, и въ этомъ свойствѣ, быть можетъ, надо искать причину того, что мочеточники такъ рѣдко попадаютъ подъ ножъ во время экстирпаціи матки. Опасаться ихъ пораненія можно только тогда, когда они окружены инфильтрованной и приращенной къ ихъ стѣнкамъ ткани. Стѣнки мочеточника состоятъ изъ соединительной ткани и гладкихъ мышечныхъ волоконъ—продольныхъ и поперечныхъ. Слизистая оболочка, выстилающая просвѣтъ мочеточника, покрыта такимъ же многослойнымъ, плоскимъ эпителиемъ, какъ внутренняя поверхность пузыря.

Артеріи, питающія мочеточникъ, происходятъ изъ почечной артеріи, изъ *arteria ovarica* и изъ пузырныхъ вѣтвей (*vesicales*) *arteriae iliacaе internae*.

Вены сопровождаютъ артеріи и въ патологическихъ случаяхъ достигаютъ значительной толщины, замѣняя сдавленные, или облитерированныя вены тазовыхъ органовъ.

Пузырь есть полый мышечный органъ, заложенный въ подбрюшинной клѣтчаткѣ передней половины таза.

Задняя поверхность пузыря прилежитъ къ передней стѣнкѣ влагалища—это, такъ называемое, дно пузыря—*fundus vesicae urinariae*. Здѣсь входятъ мочеточники и здѣсь-же начинается мочеиспускательный каналъ. Эти три отверстія, рассматриваемыя изъ полости пузыря, ограничиваютъ равнобедренный треугольникъ, вершина котораго упирается въ отверстіе мочеиспускательнаго канала, а широкое основаніе соединяетъ отверстія мочеточниковъ. Стороны этого треугольника *trigonum Lieutodii* ограничиваются небольшими складками слизистой оболочки, которыя образуютъ дуги, выпуклостью обращенныя внутри гладкой поверхности треугольника. Этотъ треугольникъ весьма мало растягивается при наполненіи пузыря.

Передняя и задняя стѣнки пустого пузыря соприкасаются и весь органъ представляется въ видѣ небольшого, плоскаго треугольника, покрытаго брюшиной. Въ основаніе этого треугольника входятъ мочеточники, а съ верхушки пузыря (*apex*) (собственно середина основанія треугольника) отходитъ по средней линіи складка брюшины. Она поднимается вверхъ, черезъ *symphysis ossium pubis* по задней поверхности передней стѣнки живота вплоть до пупка, гдѣ она оканчивается. Это средняя связка мочевого пузыря—*ligamentum vesico-umbilicale medium*,—заросшій *urachus*. Иногда по тракту этого протока остается конусообразное продолженіе пузыря, въ видѣ слѣпнаго дивертикула. По бокамъ пузыря находятся еще двѣ связки: по одной съ каждой стороны—это *ligamentum vesico-umbilicale laterale: dextrum et sinistrum*—заросшая пупочная артерія. Сосудъ, остатки котораго образуютъ эту связку—*arteria umbilicalis*, происходитъ изъ *arteria iliaca interna*, проходитъ по боковой стѣнкѣ таза и съ нея переходитъ на боковую поверхность пузыря, къ которому и прирастаетъ по-

мощью уплотненной клетчатки. Складка брюшины, вмѣщающая этотъ сосудъ, продолжается по передней брюшной стѣнкѣ до пупка

Брюшина, покрывающая пузырь, къзади переходитъ на переднюю поверхность матки, впереди—она переходитъ на брюшную стѣнку, съ боковъ—она спускается немного внизъ и покрываетъ боковыя стѣнки малаго таза. Эта перепонка приростаётъ къ верхней поверхности пузыря,—вся остальная поверхность этого органа покрыта подбрюшинной клетчаткой. Всего рыхлѣе эта клетчатка спереди пузыря—между нимъ, symphysis ossium pubis и переднимъ отдѣломъ тазовой фасціи. Здѣсь она такъ рыхла, что анатомы называютъ ее *cavum Retzii*.

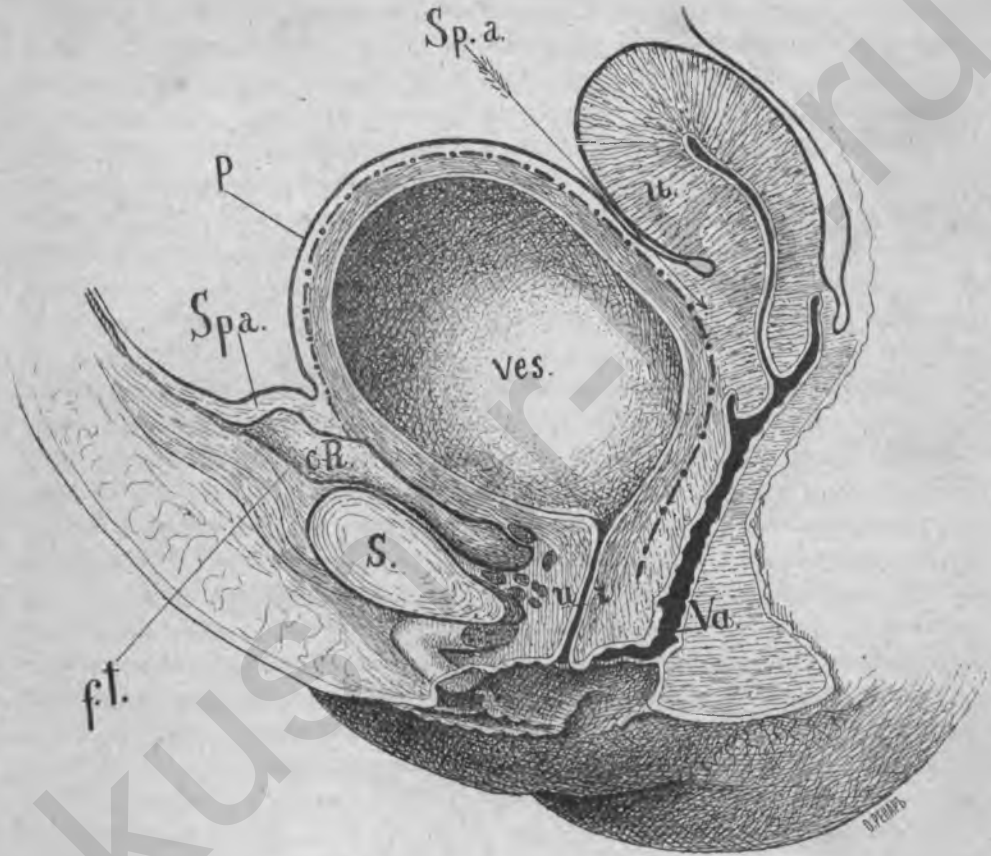


Рис. 23. Полусхематическое изображение мочевого пузыря, фасціи и клетчатки, его окружающей. (Составлено по Kohlrausch). (S.)—symphysis ossium pubis, (ves.)—vesica urinaria, (u.)—uterus, (ur)—urethra, (va)—vagina, (P.)—peritoneum, (ft.)—fascia transversa, (c. R.)—cavum Retzii, (Sp.a.)—spatum anterius strati cellularis. Пунктирной линіей обозначено расположение висцерального отростка тазовой фасціи, около буквы—(u.), между нею и symphysis, видны перерѣзанныя вены Санториньева сплетенія.

Съ боковъ, около прикрѣпленія ligamenti vesico-umbilicalis' lateralis, эта клетчатка представляетъ наибольшую плотность. Плотность той клетчатки, которая помѣщается между пузыремъ и маткой, занимаетъ середину между плотностью только что описанныхъ отдѣловъ этой клетчатки. При наполненіи пузыря клет-

чатка позволяет ему растягиваться и приподнимать покрывающую его брюшину. Растянутый пузырь имѣетъ овальную форму.

Гладкія мышцы образуютъ стѣнку пузыря; слизистая оболочка выстилаетъ его полость. Мышцы расположены въ разныхъ направленіяхъ, одни—продольно, другія—поперечно и косвенно. Около внутренняго отверстія мочеиспускательнаго канала мышечныя волокна расположены кольцеобразно. Слизистая оболочка пузыря выстлана многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ.

Артеріи пузыря (*arteriae vesicales*) происходятъ изъ *arteria iliaca interna*; другія вѣтки, питающія этотъ органъ, происходятъ изъ незаросшей части *arteriae umbilicalis*, изъ *arteria uterina*, изъ *art. vaginales* и изъ *art. pudenda communis*. Вены сопровождаютъ артеріи. Нервы происходятъ изъ *plexus hypogastricus* (симпатическая система) и образуютъ Мейснеровскія и Ауэрбаховскія сплетенія, гораздо, впрочемъ болѣе рѣдкія, чѣмъ въ стѣнкахъ кишекъ.

Женскій мочеиспускательный каналъ обыкновенно сравниваютъ съ мужскимъ и говорятъ, что онъ представляетъ мужскую *urethram* безъ *pars spongiosa*. Надо бы прибавить и безъ *pars prostatica*, потому что условіями этой части мужской *urethrae* онъ не обладаетъ, но тогда все сравненіе утратило бы значеніе.

Направленіе и длина этого протока видна на таблицахъ (Таб. I и II). Средняя длина около дюйма съ четвертью и не болѣе полутора дюйма, а направленіе прямолинейное.

Женскій мочеиспускательный каналъ расположенъ въ плоскости средней линіи и очень рѣдко представляетъ небольшой изгибъ, выпуклостью обращенный взади. Онъ проходитъ по передней стѣнкѣ влагалища, занимая ея нижнюю треть. Кпереди между нимъ и лонной дугой находятся вены Санторинова сплетенія, верхушки *bulbus vaginae* и волокна *musculi constrictoris cunni*. Мочеиспускательный каналъ прикрѣпляется по средней линіи къ *symphysis ossium pubis* посредствомъ трехъугольной связки—*ligamentum triangulare urethrae*, верхушка прикрѣпляется къ лонному сращенію, а стороны къ—нисходящимъ вѣтвямъ лобковыхъ костей. Стѣнки мочеиспускательнаго канала состоятъ изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ—продольныхъ и поперечныхъ и изъ слизистой оболочки, выстланной плоскимъ эпителиемъ и снабженной рыхлой, подслизистой клѣтчаткой.

Растяжимость женскаго мочеиспускательнаго канала, поистинѣ, поразительна. Только наружное отверстіе представляетъ въ этомъ отношеніи сопротивленіе. Если надрѣзать наружное отверстіе, то можно, не нарушая цѣлости, растянуть его до калибра указательнаго пальца.

Артеріи мочеиспускательнаго канала происходятъ изъ *arteria pudenda communis* и изъ *arteriae vaginales*. Вены вливаются въ вены влагалища. Лимфатическіе сосуды вливаются въ железы, расположенныя въ боковыхъ частяхъ полости малаго таза.

Топографія передней брюшной стѣнки.

Кромѣ естественныхъ путей—черезъ протоки мочеполовыхъ органовъ, тазовые органы женщины доступны для оперативнаго пособія сверху, черезъ разрѣзы въ брюшной стѣнкѣ, черезъ входъ въ тазъ.

Эти операции производятся или интраперитонеально, съ пораненіемъ брюшины, или экстраперитонеально, безъ поврежденія этого серознаго мѣшка. При интраперитонеальныхъ операціяхъ въ полости таза, обыкновенно, примѣняется разрѣзъ по средней линіи, въ промежуткѣ между symphysis ossium pubis и пупкомъ. Анатомическія условія такого разрѣза чрезвычайно просты. Обильная жировая клѣтчатка, находящаяся подъ кожей, иногда представляетъ небольшое углубленіе вдоль средней линіи и на кожѣ нерѣдко видна пигментированная полоска, соответствующая этой линіи. Подъ жировой клѣтчаткой находятся сросшіяся сухожилія косыхъ мышцъ, образующихъ переднюю стѣнку влагаллица прямыхъ мышцъ живота (*musculi recti abdominis*). Волокна этихъ сухожилій спускаются снаружи кнутри и па средней линіи переплетаются между собою, причеъ волокна одной стороны переходятъ на другую. Утолщеніе, которое находится на мѣстѣ встрѣчи этихъ сухожилій, соответствуетъ средней линіи. Перерѣзавши его и *fasciam transversam*, которая находится подъ нимъ, попадаемъ въ рыхлую подбрюшинную клѣтчатку, а подъ нею находимъ брюшину. По бокамъ средней линіи брюшная стѣнка состоитъ изъ *musculi recti*, а внизу, у *symphysis*, между ними находятся *musculi pyramidales*.

Топографія слоевъ паховой области и свойства тазовой клѣтчатки.

Условія разрѣзовъ, производимыхъ параллельно краю таза и Пупартовой связкѣ, слѣдующія. Слой, образующіе въ этомъ мѣстѣ брюшную стѣнку, слѣдующіе: кожа тонка и подвижна, на ней иногда бываютъ рубцы—послѣдствія бывшихъ беременностей, подъ кожей находится довольно обильная жировая клѣтчатка, ея меньше по тракту Пупартовой связки и противъ *spina anterior superior* и кожа, покрывающая эту связку, менѣе подвижна. *Spina anterior superior* всегда легко прощупывается черезъ кожу. Направленіе Пупартовой связки опредѣляется паховой складкой и линіей, проведенной отъ *spina anterior superior* къ *tuberculum pubis* (см. рис. 24). Этотъ послѣдній выступъ всегда можно при нѣкоторомъ вниманіи прощупать на одинъ дюймъ, кнаружи отъ *symphysis ossium pubis*. Подъ жировой клѣтчаткой, между обоими листками поверхностной фасціи (*Fs₁* и *Fs₂*, рис. 24) находятся поверхностныя сосуды—вѣтви *arteriae femoralis*: кнаружи — *arteria circumflexa ilei superficialis* и кнутри—*arteria epigastrica superficialis* (с. і. s., а. е. s. рис. 24). Каждая сопровождается двумя венами, подъ обоими листками поверхностной фасціи находится сухожилие косою наружной мышцы *musculus obliquus abdominis externus* (м. о. е. рис. 24). Его блестящія волокна направляются сверху и снаружи, книзу и кнутри. Если ихъ разсматривать внимательно, то можно замѣтить поперечно идущія сухожильныя волокна, которыя перекрещиваютъ только что описанныя. Это—продолженія волоконъ *musculi obliqui externi* противоположной стороны (они видны на таблицѣ IV).

Сухожильныя волокна косою наружной мышцы образуютъ два пучка или ножки. Пучки эти расходятся по направленію къ средней линіи и внизъ, и между ними образуется косвенно идущая щель, черезъ которую просвѣчиваютъ мясистыя части глубже лежащихъ мышцъ. Кнаружи щель эта исчезаетъ, потому что пучки

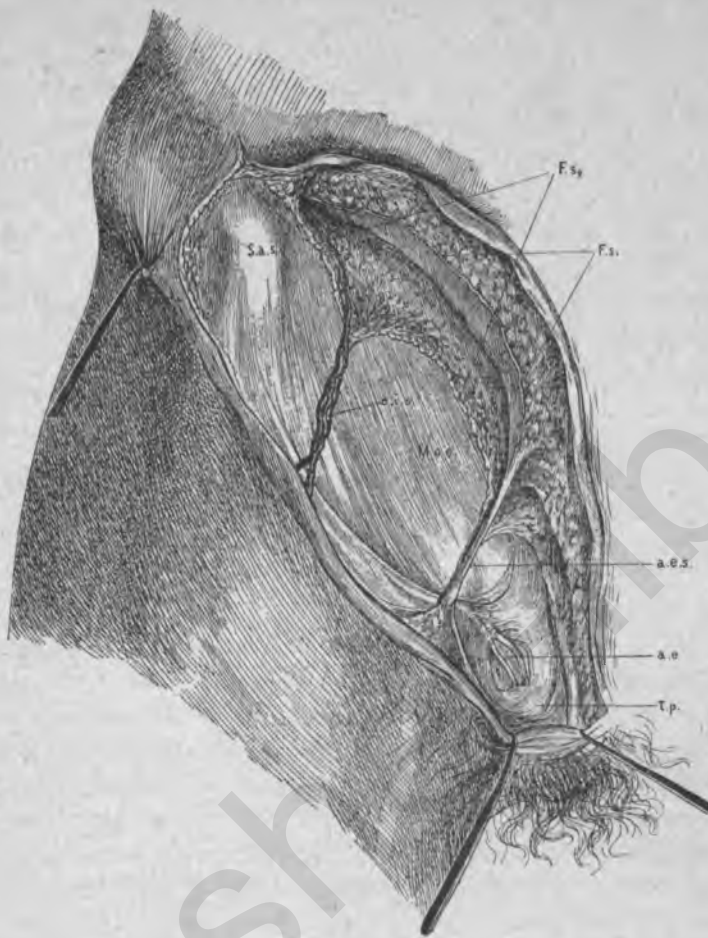


Рис. 24. Слой паховой области. Разрѣзь отъ spinae anter. sup.—(S. a. s) до tuberc. pubis—(t. p.). (Fs.)—fascia superficialis, (Fs₂)—fascia superficialis вторая, —(c. i. s)—arteria circumflexa ilei superficialis, (a. e. s.)—arteria epigastrica superficialis, (M. o. e.)—musculus obliquus externus, (a. e.)—annulum externum canalis inguinalis и находящаяся въ немъ круглая связка и нервъ.

сходятся подъ острымъ угломъ. Внутренняя или верхняя ножка прикрѣпляется къ symphysis ossium pubis и переходитъ на противоположную сторону, гдѣ прикрѣпляется къ лобковой кости; при этомъ волокна правой ножки прикрываютъ лѣвую. Нижняя или наружная ножка сухожилия косо наружной мышцы прикрѣпляется къ tuberculum pubis и къ остистому гребешку, который начинается отъ этого бугорка—къ crista pubis (см. анат. атласы). Эта ножка составляетъ главную составную часть Пупартовой связки. Сухожилие этой ножки загибается по краю этой связки, образуя желобъ, обращенный къзади и вверху,—это желобокъ Пупартовой связки. Какъ разъ кнутри отъ tuberculum pubis находится самое широкое мѣсто промежутка между обѣими ножками сухожилия musculi obliqui externi. Оно представляется въ видѣ косвенно лежащаго отверстія, верхне-наружный край

котораго закругляется описанными выше волокнами *m. obliqui externi* противоположной стороны. Нижне-внутренний край этого отверстия соответствует той части лобковой кости, которая находится между точками прикрѣпленія обѣихъ ножекъ. Это отверстие носитъ названіе наружнаго пахового кольца — *annulum externum canalis inguinalis*, или наружное отверстие пахового канала — *orificium externum canalis inguinalis*. Онъ покрывается тонкой, серозной на видъ, перепонкой (*fascia intercolumnaris*), черезъ которую просвѣчиваютъ органы, выходящіе изъ брюшной полости черезъ паховой каналъ.

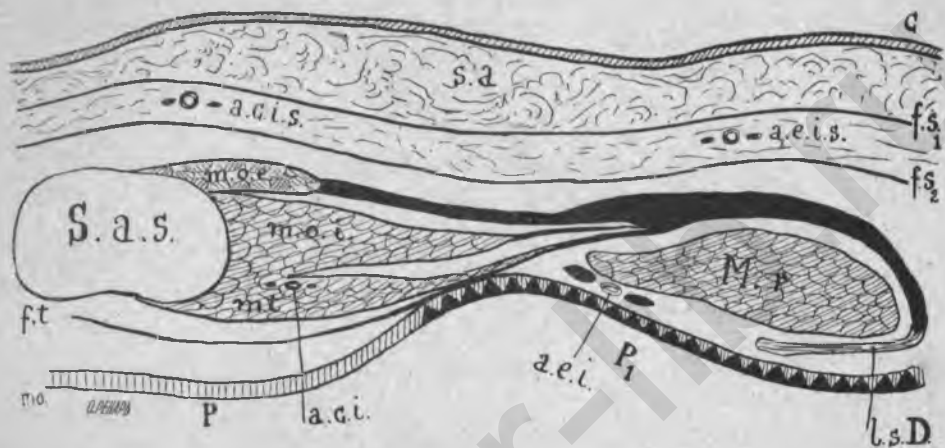


Рис. 25. Схема, составленная по Пирогову (*Anatome topographica Fasc. 3. tab. 13 fig. 1*). Разрѣвъ тотчасъ ниже пупка. (C.)—cutis, (s. a.)—statum adiposum—подкожная клѣтчатка, (f. s₁)—Первый листокъ поверхностной фасціи (*fascia superficialis*), (f. s₂)—Второй листокъ этой фасціи, (a. c. i. s.) *arteria circumflexa ilei superficialis*, (a. e. i. s.)—*arteria epigastrica inferior superficialis*, (m. o. e.)—*musculus obliquus externus*, (m. o. i.)—*musculus obliquus internus*, (m. t.)—*musculus transversus abdominis*. Сухожилия этихъ мышцъ срастаются около наружнаго края *musculi recti*—(M. r.). Эти сухожилия изображены черными линиями. Сзади recti видна часть сухожилия *musc. transversi*, лежащая выше *lineae semicircularis Douglasii* (l. s. D.), (f. t.)—*fascia transversa*. Они отдѣляются отъ брюшины—(p.) *peritoneum*, рыхлой клѣтчаткой, буквами не обозначенной. Брюшина (p.) около (p₁)—плотно приростаеъ какъ къ *fascia transversa*, такъ и къ сухожилию *musculi transversi*. Эта брюшина отмѣчена особыми городками.

Органы эти слѣдующіе: круглая маточная связка, сопровождающій ее нервъ—*nervi genito-cruralis* и сосуды: артерія и вены. Артерія, сопровождающая круглую маточную связку, есть или анастомозъ между *arteria spermatica externa* (вѣтвь *art. femoralis*) съ *arteria ligamenti teretis*, или съ вѣткой *arteriae epigastricae inferioris*, въ свою очередь анастомозирующей съ *arteria ligamenti teretis*.

Подъ сухожилиемъ *musculi obliqui externi* находятся *musculi—obliquus internus* и *transversus*. Мясистыя части этихъ мышцъ срастаются около *spina anterior superior* и въ этомъ мѣстѣ, между ними проходитъ вѣтвь *arteriae circumflexae ilei externae* съ сопровождающими ее венами (см. рис. 25). Сухожилия этихъ мышцъ короче, чѣмъ сухожилие *musculi obliqui externi* (рис. 25); мясистыя части этихъ мышцъ подходятъ ближе къ средней линіи. Всего дальѣ, кнутри заходитъ мясо *obliqui interni*, а всего менѣе—*obliqui externi*. Длина мясистой части *musculi transversi* занимаетъ середину между длиной только что описанныхъ мышцъ. Направ-

лвие волоконъ этихъ трехъ мышцъ видно на диаграммѣ (рис. 26), ихъ сухожилия срастаются у наружнаго края *musculi gesti abdominis* и образуютъ переднюю стѣнку влагалища прямой мышцы.

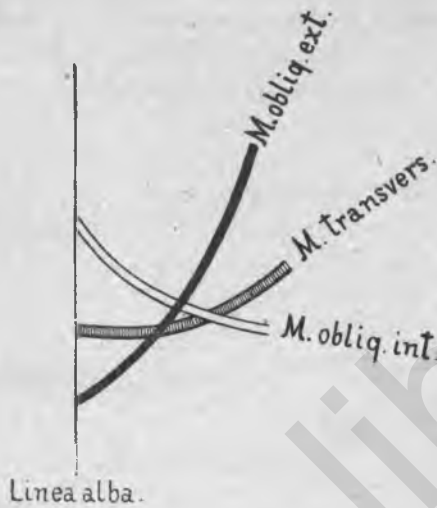


Рис. 26.

Подъ *musculus transversus* находится *fascia transversa*, а подъ нею подбрюшинная клетчатка. Въ наружномъ отдѣлѣ, противъ *spina anterior superior*, она рыхла и покрываетъ мясистую часть *musculi transversi*. Тамъ, гдѣ находится сухожилие этой мышцы, рыхлая клетчатка отсутствуетъ и брюшина плотно приростае къ брюшной стѣнкѣ. Поэтому всѣ экстраперитональные разрѣзы не должны затрогивать сухожилия *musculi transversi*. Напротивъ, при проколахъ, проникающихъ въ полость брюшины, сухожильная часть этой мышцы представляетъ

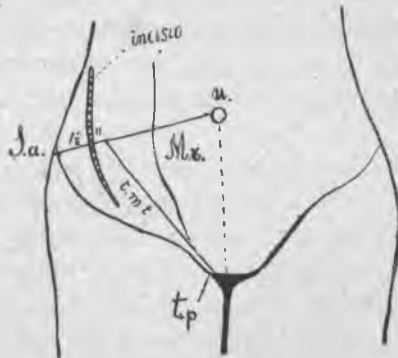


Рис. 27. Схема косвеннаго разрѣза, не заходящаго въ сухожильную часть *musculi transversi abdominis*, (S. a.)—*spina anter. sup.*, (u.)—*umbilicus*, (M. r.)—*musculus rectus*, (tp.)—*tuberculum pubicum*, (t. m. c.)—наружная граница *musculi transversi*.

нѣкоторыя преимущества. Граница сухожильной части *musculi transversi* опредѣляется линіей, проведенной отъ *tuberculum pubis* къ точкѣ, отстоящей на одинъ дюймъ внутри отъ *spina anterior superior* и находящейся на линіи, проведенной отъ этой ости къ пупку. Если пойдемъ внутри отъ этой границы, то рискуемъ поранить брюшину. Практически это выражается такъ: разрѣзы надо вести параллельно Пупартовой связкѣ, на поперечный палецъ выше ея. (Рис. 27).

Въ толщѣ брюшной стѣнки, около Пупартовой связки, находится паховой каналъ.

Паховымъ каналомъ женщины называется пространство, которое занимаетъ круглая маточная связка и сопровождающіе ее сосуды въ толщѣ передней брюшной стѣнки. То мѣсто, гдѣ круглая связка входитъ въ нее, называется внутреннимъ паховымъ кольцомъ — *annulum internum*, а то, гдѣ она выходитъ, — наружнымъ паховымъ кольцомъ — *annulum externum*.

Паховой каналъ и его топографія видны на (Таб. IV), которая даетъ о немъ довольно точное представленіе.

Клѣтчатка.

Если мы разрѣжемъ всѣ слои брюшной стѣнки косвеннымъ разрѣзомъ параллельно Пупартовой связкѣ (вродѣ того какъ это дѣлается при перевязкѣ сосудовъ таза), то обнаружимъ рыхлую подбрюшинную клѣтчатку, находящуюся тотчасъ подъ *fascia transversa*. Если разрѣзъ начался около *spina anterior superior* и доведенъ до наружнаго края *musculi recti*, на поперечный палецъ, выше Пупартовой связки, то, проходя пальцами по подбрюшинной клѣтчаткѣ, мы легко можемъ отдѣлить брюшину отъ всей *fascia iliaca* и дойдемъ такимъ образомъ до входа въ малый тазъ.

Еще *Bichat* затѣтилъ, что нигдѣ въ человѣческомъ организмѣ клѣтчатка не встрѣчается въ такомъ изобиліи, какъ въ полости малаго таза; его философскій умъ объяснялъ это тѣмъ, что отправленія органовъ малаго таза связаны съ значительнымъ измѣненіемъ ихъ объема: имъ необходима значительная подвижность, потому что стѣнки таза не могутъ подаваться при измѣненіи объема пузыря или матки. Передняя поверхность пузыря — органа со столь измѣнчивымъ объемомъ, покрыта едва-ли не самой рыхлой во всемъ тѣлѣ клѣтчаткой (см. выше *cautum Retzii*).

Изученіе расположенія и свойствъ тазовой клѣтчатки можетъ дать многія руководящія точки при операціяхъ, производимыхъ экстраперитонеально въ полости малаго таза. Осторожно отсепаровывая пальцами брюшину, выстилающую эту полость, и раздѣляя органы, проходящіе въ толщѣ тазовой клѣтчатки, не трудно замѣтить, что сколо сосудовъ, около круглой маточной связки, около мочеточниковъ, клѣтчатка эта гораздо обильнѣе и плотнѣе, — въ промежуткахъ между этими органами она рыхла и, раздвигая ее, мы легко достигаемъ стѣнокъ таза и тазовыхъ органовъ: матки, пузыря, прямой кишки.

Эти промежутки ограничиваются перегородками изъ болѣе плотной клѣт-

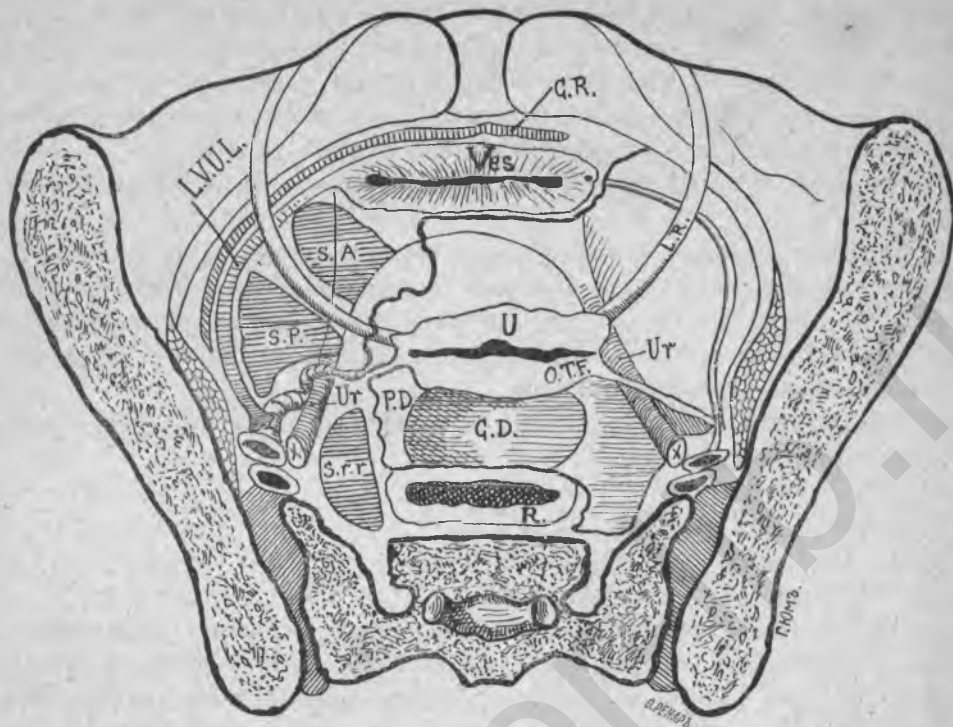


Рис. 28. Полусхематическое изображение тазовых органовъ и окружающей ихъ подбрюшинной клетчатки. Разрѣзъ прошелъ *linea innominata*. Брюшина лѣвой половины удалена, чтобы показать клетчатныя пространства (извитая черная линия показываетъ мѣста, гдѣ она перерѣзана). (Ves.)—*vesica urinaria persecta*, (l. v. u. l.)—*ligamentum vesico-umbilicale laterale*, (U)—разрѣзъ матки и ея полости, (o. t. F.)—*ostium uterinum tubae Falloppiae*, (l. r.)—*ligamentum rotundum*, (ur.)—*urether*, (p. D.)—*plica Douglasii*, (c. D.)—*cavum Douglasii*, (R.)—*rectum*, (c. R.)—*cavum Retzii*, (S. a.)—*spatium anterius*, (S. p.)—*spatium posterius*, (S. r. r.)—*spatium recto-rectale*.

чатки: они образуютъ нѣчто въ родѣ клетчатой брыжжейки (Губаревъ) для круглой связки и для нѣкоторыхъ тазовыхъ сосудовъ (см. таб. V).

Практическое значеніе имѣютъ, собственно, двѣ изъ этихъ перегородокъ: клетчатая брыжжейка заросшей пупочной артеріи и та перегородка, которая укрѣпляетъ круглую маточную связку.

Какъ извѣстно, *ligamentum vesico-umbilicale laterale* — заросшая пупочная артерія, происходитъ изъ внутренней подвздошной артеріи и, пройдя по боковой поверхности малаго таза, переходитъ на боковую поверхность пузыря, а съ него на переднюю брюшную стѣнку. Клетчатая брыжжейка этой связки расположена вертикально и прикрѣпляется къ стѣнкѣ таза и пузырю.

Такимъ образомъ, вся клетчатка таза раздѣляется на два отдѣла: передній и задній. Въ переднемъ находится *cavum Retzii* и сосуды, проходящіе по боковой стѣнкѣ таза, въ заднемъ—всѣ тазовые органы. Эта перегородка имѣетъ патоло-



Рис. 29. Этотъ рисунокъ сдѣланъ въ натуральную величину и показываетъ въ разрѣзѣ клетчатую брыжейку круглой маточной связки (въ нижнемъ отдѣлѣ это ничто иное, какъ призматическое влагалище маточныхъ сосудовъ, см. выше). Трупъ дѣвственницы 31 года, (Нунен цѣль), инъекція желатинной массой: черной (китайская тушь)—въ переднее пространство и желтой (gummi goutte)—въ заднее пространство, изображено на рисунокѣ тушевкою клетками около буквы (U). Сагиттальный разрѣзъ черезъ правую широкую связку, (V.)—vertebra lumbalis V, (f. s.)—foramen sacrale primum, (M. p. g.) musculi pyriformis et gemelli. (t. F.)—tuba Fallopii (O. O.)—ovarium, (l. r.)—ligamentum rotundum, (D)—excavatio Douglasii, (u.) urether, около него перерѣзанные маточные сосуды.

гическій интересъ. Она, повидимому, препятствуетъ до нѣкоторой степени распространѣнiю гноя изъ толщи широкой связки въ fossa iliaca. Другая перегородка, по свободному краю которой проходитъ круглая маточная связка, перекрещиваетъ только что описанную перегородку и раздѣляетъ каждый изъ этихъ отдѣловъ еще на двѣ части: переднюю и заднюю.

Эти перегородки имѣютъ хирургическій интересъ.

Вернемся къ нашему кожному разрѣзу. Предположимъ, что мы прошли всѣ слои, разрѣзали *fasciam transversam* и отклонили брюшинный мѣшокъ въ противоположную сторону. *Arteria epigastrica inferior* пересѣкаетъ нашу рану и раздѣляетъ ее на два отдѣла: наружный—большій и внутренній—меньшій. Центральный конецъ этой артеріи, какъ разъ соотвѣтствуетъ внутреннему отверстию пахового канала, т. е. тому мѣсту, гдѣ круглая маточная связка входитъ въ толщу брюшной стѣнки (см. таб. V).

Такимъ образомъ, вся внутренняя половина нашей раны находится кнутри отъ круглой маточной связки; черезъ нее мы можемъ проникнуть только *in cavum Retzii*, т. е. дойти до передней поверхности пузыря.

Черезъ наружный отдѣлъ нашей раны мы можемъ достигнуть до бокового края входа въ малый тазъ и дойти до всѣхъ органовъ малаго таза.

Для того, чтобы проникнуть въ толщу широкой связки, самый удобный путь будетъ проходить черезъ ту клѣтчатку, которая находится кнутри и кзади отъ клѣтчатой брыжжейки заросшей пупочной артеріи.

Мы уже видѣли, что круглая маточная связка и ея клѣтчатая брыжжейка раздѣляютъ эту клѣтчатку на двѣ части: переднюю и заднюю.

Идя черезъ переднюю часть, впереди отъ клѣтчатой брыжжейки круглой маточной связки, мы отслаиваемъ: брюшину, покрывающую переднюю поверхность широкой связки и проникаемъ впереди отъ матки, между ней и пузыремъ. При этомъ маточные сосуды остаются сзади. Идя кзади отъ круглой маточной связки и отслаивая брюшину, покрывающую заднюю поверхность широкой связки, мы попадемъ въ пространство между маткой и прямой кишкой.

Въ обоихъ этихъ случаяхъ мочеточникъ остается снаружи.

Идя далѣе, кзади, по боковой стѣнкѣ таза и проходя между большими сосудами и мочеточникомъ, который отклоняемъ кнутри, мы проникаемъ въ клѣтчатку, находящуюся сзади *rectum*.

Вотъ тѣ пути и руководящіе пункты, на которые слѣдуетъ обратить вниманіе. Они вытекаютъ изъ анатомическаго изученія топографіи и свойствъ тазовой клѣтчатки. Знаніе этихъ отношеній можетъ помочь и дѣйствительно помогаетъ хирургу избирать въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ кратчайшій и удобнѣйшій путь для достиженія того отдѣла тазовой клѣтчатки, который потребовалъ примѣненія нашего искусства.

О нѣкоторыхъ другихъ разрѣзахъ брюшныхъ стѣнокъ, кромѣ уже описанныхъ.

Для достиженія полости брюшины и брюшныхъ органовъ кромѣ описанныхъ выше (см. стр. 34 и слѣд.) разрѣзовъ, примѣняются еще нѣкоторые, специально назначенные для операцій на нѣкоторыхъ органахъ живота.

Такіе разрѣзы производятся или на передней поверхности живота, или на боковой, или, наконецъ, на задней.

На передней поверхности живота примѣняются слѣдующіе разрѣзы:

1) Разрѣзъ по средней линіи между *processus xuyfoideus* и пупкомъ. Онъ примѣняется для операцій на желудкѣ, отчасти на печени и на нѣкоторыхъ отдѣлахъ кишечника. Анатомическія условія этого разрѣза очень сходны съ условіями разрѣза ниже пупка; разница состоитъ въ томъ, что здѣсь, внутренне края обѣихъ прямыхъ мышцъ не соприкасаются и между ними находится пространство, шириною въ поперечный палецъ. Поэтому, при этомъ разрѣзѣ рѣже, чѣмъ при разрѣзѣ ниже пупка случается вскрыть влагалище прямой мышцы. На средней линіи здѣсь находится утолщеніе въ томъ мѣстѣ, гдѣ срастаются сухожилія широкихъ мышцъ живота, а по бокамъ отъ этого утолщенія находятся мѣшки влагалища прямыхъ мышцъ. Задняя стѣнка этого влагалища—сухожильная и только, пройдя ее, мы попадаемъ на *fascia transversa*; въ нижнемъ отдѣлѣ, ниже пупка, сухожилія широкихъ мышцъ, кзади отъ прямыхъ мышцъ для образованія ея влагалища, не заходятъ, и здѣсь *m. transversus abdominis* идетъ на образованіе задней стѣнки этого влагалища (и къ нему присоединяются еще нѣкоторыя волокна отъ остальныхъ сухожильныхъ растяженій широкихъ мышцъ живота, впрочемъ, волокна эти практическаго значенія не имѣютъ). Другая особенность верхняго разрѣза, выше пупка состоитъ въ томъ, что здѣсь за сухожильнымъ растяженіемъ поперечной мышцы и за *fascia transversa* находится много рыхлой кѣтчатки, помѣщающейся въ основаніи *ligamenti hepatis rotundi seu teretis*, и брюшина легко отдѣляется на разстояніи полутора поперечныхъ пальцевъ отъ средней линіи. Наконецъ, третья особенность есть самая связка *lig. hepatis rotundum*: она заключаетъ въ себѣ гладкія мышцы и незначительные сосуды.

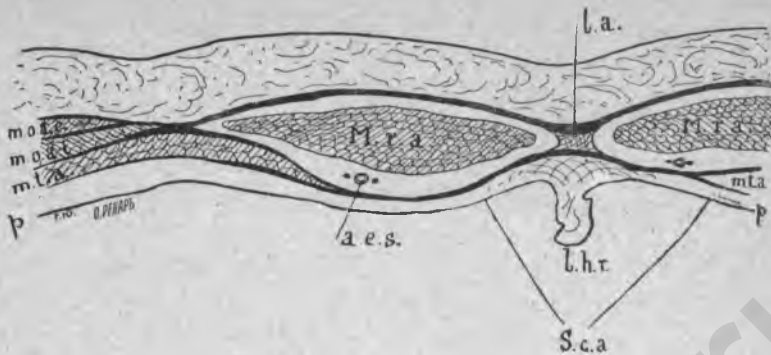


Рис. 30. Этотъ рисунокъ изображаетъ схематически расположение слоевъ при разрѣзахъ по средней линіи и по наружному краю musculi recti abdominis. (l. a.)—linea alba, (m. r. a.)—musculus rectus abdominis, (m. o. a. e.)—musculus obliquus abdominis externus, (m. o. a. i.)—musculus obliquus abdominis internus, (m. t. a.)—musculus transversus abdominis, (p.)—peritoneum, (a. e. s.)—arteria et venae epigastricae superiores, (l. h. r.)—ligamentum hepatis rotundum, (S. c. a.)—stratum adiposum subperitoneale.

Если захватить пинцетамъ клѣтчатку, находящуюся въ основаніи этой брюшинной складки (S. c. a. рис. 30), то можно долго разсѣкать ее прежде, чѣмъ вскрыется брюшина. По этому, при верхнемъ разрѣзѣ, по средней линіи, т. е. когда онъ проводится выше пупка, слѣдуетъ захватывать брюшину ближе къ лѣвому краю раны.

2) Разрѣзъ по наружному краю прямой мышцы. Въ верхнемъ отдѣлѣ применяются для операций на желчномъ пузырьѣ и его протокахъ, на селезенкѣ, на желудкѣ, кишкахъ, панкреатической железнѣ. Въ нижнемъ отдѣлѣ для удаленія нѣкоторыхъ опухолей, для устраненія внутренняго ущемленія и для операций на кишечникѣ. Недостатокъ этихъ разрѣзовъ состоитъ въ перерѣзкѣ нервовъ и сосудовъ, проходящихъ въ толщѣ мышцъ. Сосуды эти и сопровождающіе ихъ нервы имѣютъ направленіе поперечное, вродѣ нервовъ межреберныхъ, коимъ по происхожденію соответствуютъ.

Такъ какъ разрѣзъ по наружному краю прямой мышцы имѣетъ форму дуги—полулунную, также какъ и самый край мышцы, то линію, по которой онъ проводится, иногда называютъ полулунной линіей. Наружная граница прямой мышцы опредѣляется линіей, спускающейся косвенно—образуя дугу съ выпуклостью, обращенной кнаружи отъ соска внизъ и внутрь, и нижній конецъ этой линіи упирается въ tuberculum rubicium. Вверху по этой линіи располагается небольшое углубленіе, помѣщающееся между наружнымъ краемъ прямой мышцы и переднимъ краемъ мясистой части косой наружной, книзу это углубленіе расширяется особенно на высотѣ spinae anterioris superioris и противъ этого выступа образуется у наружнаго края прямой мышцы треугольная плоская впадина, соответствующая сухожильной части косой наружной мышцы.

Слои вдоль полулунной линіи будутъ слѣдующіе:

Кожа съ подкожной клѣтчаткой, fascia superficialis, подъ ней, а иногда и на

ней—подкожные вены. Сухожилие *musculi obliqui abdominis externi*, коего волокна и направляются сверху и снаружи, книзу и кнутри; по сухожилию иногда проходят *gami perforantes*—кожные нервы.

Сухожилие *musculi obliqui externi*, плотно приросшее къ только что описанному для образования передней стѣнки влагалища прямой мышцы. *Musculus transversus abdominis*. Этотъ слой находится уже позади *musculi recti*, заднюю стѣнку влагалища коего онъ составляетъ. Только въ верхнемъ отдѣлѣ мясистая часть поперечной мышцы принимаетъ участіе въ образованіи задней стѣнки влагалища прямой мышцы и большая часть этой стѣнки состоитъ только изъ сухожильной части *musculi transversi abdominis*. Граница сухожильной части *musculi transversi* имѣетъ форму дуги, выпуклостью обращенной кнаружи, и кнаружи отъ этой дуги начинается мясо этой мышцы. Эта полулунная линія называется *linea semicircularis Spigelii seu semilunaris*. Такъ какъ разрѣзъ ведется по преимуществу черезъ сухожильную часть этой мышцы и такъ какъ граница этого сухожилия проходитъ близко и почти параллельно наружному краю *m. recti*, то отсюда и названіе, уже упомянутое—линія полулунная, семилунная. Сухожилие *musculi transversi* плотно приростаетъ къ *fascia transversa* и подбрюшинной клѣтчатке по линіи нашего разрѣза почти нѣтъ вовсе, такъ что брюшина приростаетъ очень плотно и обыкновенно разрѣзается вмѣстѣ съ сухожилиемъ *musculi transversi*.

3) Разрѣзы косвенные - вдоль Пупартовой связки и косвенный разрѣзъ черезъ *fascia iliaca*, т. е. продолженіе этого разрѣза вверхъ и кнаружи и условія, въ коихъ приходится оперировать, описаны при описаніи клѣтчатки таза, а также при описаніи операціи экстраперитонеальной перевязки сосудовъ матки.

Намъ остается рассмотреть изъ разрѣзовъ на передней стѣнкѣ живота только одинъ.

4) Разрѣзъ вдоль ребернаго края. Этотъ разрѣзъ проводится косвенно, параллельно реберному краю и ниже его на 2 или 3 поперечныхъ пальца. Проводить его очень близко къ ребернымъ хрящамъ не выгодно, ибо тогда онъ даетъ мало простора въ глубинѣ.

Слои при этомъ разрѣзѣ слѣдующіе, начиная отъ средней линіи до наружнаго края прямой мышцы: кожа, подкожная клѣтчатка, *fascia superficialis*, затѣмъ сросшіяся сухожилія *musculi obliqui abdominis externi et. m. obliqu. abd. interni*, образующія здѣсь переднюю стѣнку влагалища прямой мышцы; прямая мышца живота *musc. rectus abdominis*,—она перерѣзается поперечно; подъ нею сухожилие и часть мяса *musculi transversi abdominis*. Эта мышца образуетъ здѣсь заднюю стѣнку влагалища прямой мышцы. Подъ *musculus transversus* находится *fascia transversa* и подбрюшинная клѣтчатка. Перерѣзыванье поперекъ прямой мышцы живота даетъ большой просторъ при оперированьи въ глубинѣ, поэтому этотъ поперечный разрѣзъ иногда присоединяють къ одному изъ уже описанныхъ, продольныхъ разрѣзовъ, напр. къ разрѣзу по наружному краю прямой мышцы, или къ разрѣзу по средней линіи.

Кнаружи отъ прямой мышцы разрѣзъ, проведенный параллельно реберному краю, проникаетъ черезъ всѣ три слоя брюшныхъ плоскихъ мышцъ, т. е. *musc. obliquus abdominis externus*, *muscul. obliquus abdominis internus* и *musc. transversus*

abdom. какъ разъ у самаго наружнаго края прямой мышцы, мясистая часть musc. obliqui abdom. externi въ разрѣзѣ не попадаетъ, ибо мясо этой мышцы начинается только, отступя на 1—1½ поперечныхъ пальца, кнаружи отъ этого края.

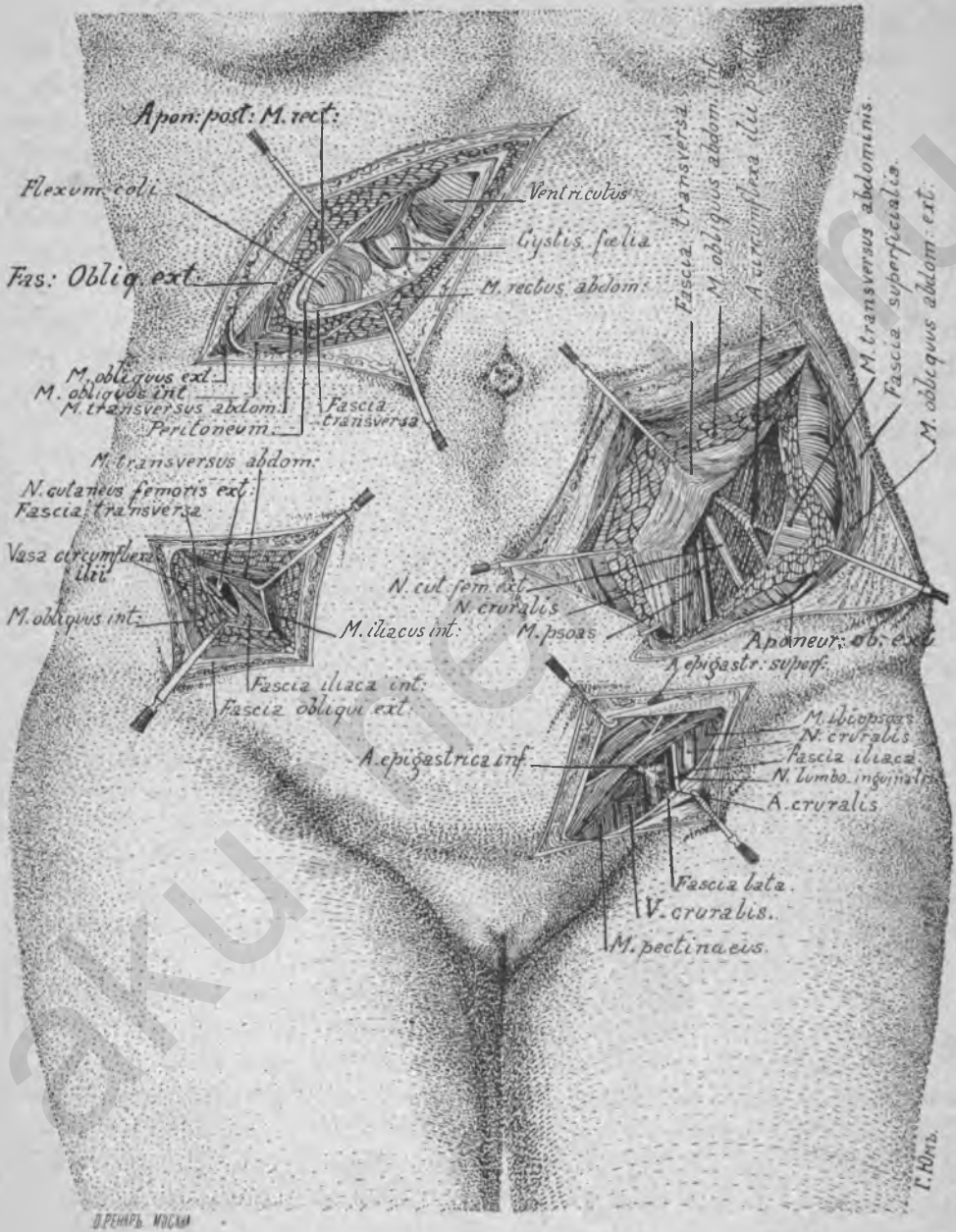


Рис. 31. Этотъ рисунокъ заимствованъ у Kocher. Разсматриваніе его поясняетъ описаніе разрѣзовъ, но отношенія размѣровъ въ немъ неточны.

Сосуды и нервы здѣсь попадаются незначительные и ихъ легко перевязать in loco.

Задніе разрѣзы. Сзади употребителенъ собственно одинъ разрѣзъ: такъ называемый поясничный, или люмбарный. Онъ примѣняется главнымъ образомъ при операцияхъ на почкахъ и иногда при нарывахъ печени.

Здѣсь надо помнить, что плевральные мѣшки спускаются ниже верхняго края почки и часть плевральнаго мѣшка позади почки. Нижняя граница плевральнаго мѣшка опредѣляется горизонтальной линіей, проходящей черезъ головку 12-го ребра, по этому разрѣзъ не долженъ подниматься выше этой линіи.

Здѣсь примѣнимы два типа разрѣзовъ: 1) продольные, вдоль наружнаго края musculi longissimi dorsi и 2) косвенные, переходящіе на боковую и переднюю поверхность живота. Слои здѣсь будутъ слѣдующіе: кожа съ подкожной клетчаткой, fascia superficialis, поясничная фасція, — (fascia lumbo dorsalis): мѣсто заднихъ прикрѣпленій мускуловъ—latissimus dorsi, obliquus externus, obliquus internus и transversus abdominis. Это сухожильное растяженіе (fascia lumbo—dorsalis) охватываетъ musculus longissimus dorsi, прикрѣпляясь къ остистымъ и поперечнымъ отросткамъ позвонковъ.

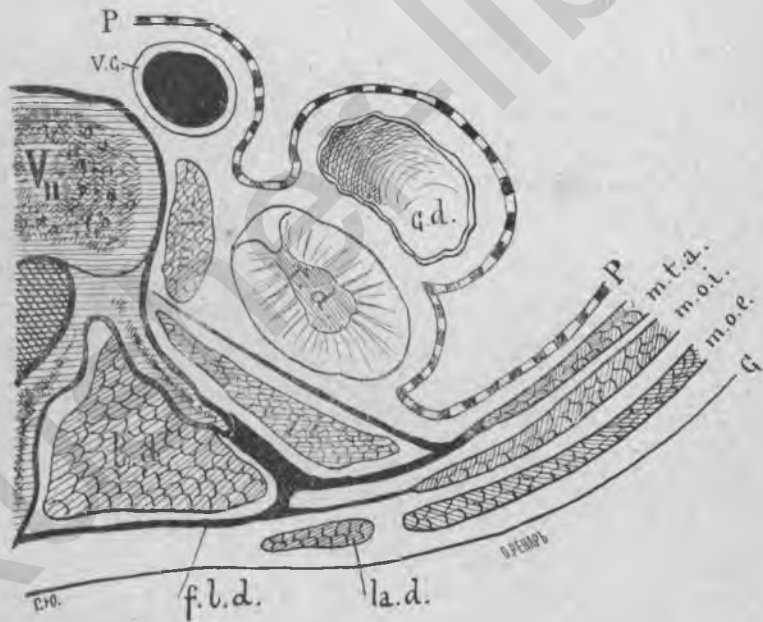


Рис. 32. Объясненіе рисунка. Поперечный разрѣзъ черезъ поясничную область, проведенный черезъ V₁₁ (vertebra lumbalis II) второй поясничный позвонокъ. (Схема составлена по Tillaux и друг.). (p. p.) peritoneum, (c. d.) colon descendens, (v. c.) vena cava, (r. d.)—ren dexter, (m. p.) musculus psoas major, (q. l.)—musc. quadratus lumborum, (l. d.)—m. longissimus dorsi, (f. l. d.)—fascia lumbo-dorsalis, (la. d.)—m. latissimus dorsi, (m. t. a.)—m. transversus abdominis, (m. o. i.)— m. obliquus internus, (m. o. e.)—obliquus externus, (c.)—cutis.

Послѣовательность слоевъ и переходъ ихъ кнаружи, въ три слоя широкихъ мышцъ живота понятна изъ рисунка.

Разрѣзы, какъ уже сказано, дѣлаются, или продольные, или косвенные.

1) Продольный разрѣзъ—ведется по краю *musculi longissimi dorsi* и черезъ толщу *musculi quadrati lumborum*. Употребляется для вскрытія нагноеній въ этой области.

2) Разрѣзъ косвенный—ведется отъ верхняго конца 12-го ребра косвенно, впередъ и внизъ къ соединенію наружной трети Пупартовой связки съ двумя внутренними. Разрѣзъ проникаетъ черезъ всѣ слои (см. рис.) до жировой капсулы почки сзади и до подбрюшинной клѣтчатки спереди. Черезъ него удобно достигнуть какъ до почки, такъ до мочеточника, въ случаѣ операціи на нихъ.



Объясненіе таблицъ.

Табл. I и II. Эти таблицы изображаютъ сагиттальные разрѣзы тазовыхъ органовъ женщины, въ натуральную величину.

Таб. I—женщины рожавшей, а Таб. II—дѣвственницы.

Табл. I. Препаратъ, съ котораго сдѣланъ этотъ рисунокъ, былъ предварительно затвержденъ хромовой кислотой. Для этого нескрытый трупъ женщины, 35 лѣтъ, умершей отъ pneumoniae scirrosa, былъ наинъецированъ черезъ бедренную артерію 10% растворомъ хромовой кислоты. По вскрытіи полостей, органы таза были найдены здоровыми.

Такъ какъ выводные каналы тазовыхъ органовъ не совпадаютъ съ плоскостью средней линіи, то они разрѣзывались по введенному предварительно зонду. Препаратъ сохраняется въ спирту.

Разрѣзъ прошелъ черезъ symphysis ossium pubis (S), черезъ нижніе поясничные позвонки V₄ и V₅ (четвертый и пятый), чрезъ processus spinosus (p. s. V₅) и черезъ середину крестцовой кости. Передняя стѣнка живота удалена разрѣзомъ на уровнѣ Пунартовой связки. Этимъ разрѣзомъ обнажена spina anterior superior dextra и перерѣзаны мышцы, образующія эту стѣнку—(m.). Поперечно перерѣзанная arteria epigastrica inferior видна около внутренняго отверстія пахового канала. Аорта—(a.)—перерѣзана на мѣстѣ дѣленія; vena cava перерѣзана на томъ же уровнѣ и зіяющій просвѣтъ правой подвздошной вены обозначенъ буквами (v. c.).

Плоскость разрѣза матки не совпадаетъ съ среднею линіей; матка отклонена въ правую сторону таза, — это явленіе физиологическое. Разрѣзъ черезъ пузырь совпадаетъ съ среднею линіей; стѣнка этого органа обозначена буквами (vs.). Видно, что она состоитъ изъ двухъ слоевъ: слизистаго и мышечнаго, который продолжается съ обѣихъ сторонъ urethrae (ur.). Та часть этого продолженія, которая находится впереди отъ этого протока, неясными границами отдѣляется отъ symphysis ossium pubis. Это мѣсто соответствуетъ ligamento triangulari urethrae, а перерѣзанные сосуды, которые здѣсь усматриваются, суть вены Санторинова сплетенія. Въ полости пузыря, буквою u., обозначено отверстіе мочеточника. Разрѣзъ влагалища представляется въ видѣ линіи (V.), которая непосредственно переходитъ въ полость матки. Последняя представляется зіяющею, (это сдѣлано для демонстра-

тивности). На уровнѣ влагалишной части, черная линия, соответствующая просвѣту влагалища, раздваивается: болѣе длинная часть этой линии переходитъ въ полость матки, а болѣе короткая соответствуетъ заднему своду. Небольшой изгибъ просвѣта влагалища соответствуетъ переднему своду. Бугристыя складки передней стѣнки влагалища соответствуютъ *columnae rugarum anteriori*. Тѣло клитора (C), перерѣзано по средней линии, (l. m.)—*labium majus dextrum*, (l. m.)—*labium minus, anus*—съ его сфинктерами разрѣзанъ по средней линіи. Поперечно перерѣзанные волокна *sphincteris externi et interni* обозначены соответственными буквами. Перегородка, раздѣляющая просвѣтъ прямой кишки, есть та самая полулунная складка, которую хирурги называютъ *sphincter tertius*, которую Пироговъ изобразилъ въ своемъ атласѣ и назвалъ *plica semilunaris* и которая послужила предметомъ изслѣдованій американскаго врача Otis. Обыкновенно бываетъ двѣ такихъ складки. Одна изъ нихъ, правая перерѣзана на нашемъ рисункѣ. Разрѣзъ прошелъ черезъ основаніе складки.

Брюшина, покрывающая переднее Дугласово пространство (D), не доходитъ до передняго свода влагалища. Брюшина, покрывающая заднее Дугласово пространство (по ошибкѣ художника, обозначенное буквою d_1 , вмѣсто D_1 , какъ принято на другихъ рисункахъ), спускается гораздо ниже и покрываетъ часть задней стѣнки влагалища, прежде чѣмъ перейти на стѣнку кишки. Небольшая полулунная складка (l. s. u.)—раздѣляетъ заднее Дугласово пространство на два отдѣла: верхній и нижній. Вдали видна круглая маточная связка (l. g.) и сосуды яичника (v. o.)—*vasa ovarica* (Seu *ligament rond posterior Rouget*).

Таб. II. Трупъ дѣвственницы, 25 лѣтъ, умершей отъ *tuberculosis pulmonum*. Спиртовой препаратъ Матка отклонена въ лѣвую половину таза. Разрѣзъ, проведенъ по средней линіи. Онъ прошелъ по правому краю матки, около угла которой виденъ просвѣтъ правой трубы. Стѣнки влагалища раздвинуты (для демонстративности). Въ полости влагалища видна дѣвственная влагалищная часть—*os tincae*.

Бугристая слизистая оболочка представляетъ около входа во влагалище ясно выраженныя *columnae rugarum—anterior et posterior*. Полулунная складка прикрываетъ входъ во влагалище—это *hymen*. Внѣшній видъ этой дѣвственной плевы изображенъ на (рис. 1), который былъ сдѣланъ съ того-же препарата. Буквы, поставленныя на (таб. I), даютъ возможность ориентироваться въ этомъ рисункѣ. Это позволило намъ не затемнять его ими.

Таб. III. Эта таблица изображаетъ строеніе широкой связки и сосуды въ ней расположенные. На женщинѣ многорожавшей наизъецированы артеріи и вены. (Черезъ *arteria femoralis* и *vena saphena*). По вскрытіи брюшной полости тазовые органы найдены здоровыми.

Линія, обозначенная буквою (M.), вверху рисунка есть *linea mediana*. Если продолжимъ ее мысленно къзади, то увидимъ *promontorium* (Pr.) Вправо и внизу находится *spina anterior superior* (S. a. s.) Дно матки (U.)—сильно оттянуто впереди и влѣво. Прямая кишка—(г.) сильно оттянута къзади и влѣво. Свободный край широкой связки и яичникъ растянуты и укрѣплены булавками на деревянной пластинкѣ, (t. F.)—Фаллопиева труба, (f.)—*fimbriae*, (R.)—органъ Розенмюллера, (o.)—яичникъ. Вслѣдствіе такого положенія органовъ вся правая широкая связка и *plica Douglasii* той же

стороны были сильно растянуты. Разрѣзомъ, проведеннымъ отъ праваго угла матки, *ligamentum utero-ovaricum*, около *hilus ovarii* и затѣмъ кзади и кнутри до мѣста прикрѣпленія *ligamenti sacro-uterini dextri* къ прямой кишкѣ, очерченъ лоскутъ брюшины. Лоскутъ этотъ тщательной препаровкой отдѣленъ до края Дугласовой складки и отвороченъ влѣво. Сморщившаяся брюшина этого лоскута обозначена буквою—(P.): она прикрываетъ углубленіе (D.)—заднее дугласово пространство. На мѣстѣ означеннаго лоскута видны пластинки широкой связки и сосуды, въ ней находящіеся. Какъ на этомъ, такъ и на другихъ рисункахъ этого атласа, пластинки эти представляются въ видѣ полупрозрачныхъ перегородокъ, расположенныхъ въ различныхъ плоскостяхъ. Отверстія въ этихъ перегородкахъ позволяютъ видѣть пластинки, лежащія глубже, и органы, расположенные между ними. Если разсматривать эти рисунки однимъ глазомъ, черезъ свернутый, въ видѣ трубки, кулакъ, то, расположенныя въ различныхъ плоскостяхъ перегородки, выдѣляются рельефнѣе.

Сосуды, изображенные на этомъ рисункѣ, представляютъ двѣ большія анастомозирующія петли. Одна изъ этихъ петель соответствуетъ анастомозу *arteriae ovaricae* (a. sperm. interna—у мужчинъ) съ *arteria uterina*; а другая—анастомозу между двумя вѣтвями *arteriae ovaricae*, сопровождающими трубу. Одна изъ этихъ артерій, отдѣлившись отъ *arteria ovarica* около *hilus ovarii*, подходит къ трубѣ съ периферическаго ея конца, другая, соответствующая центральному концу этого органа, отходитъ около угла матки; проходитъ по краю трубы, онѣ анастомозируютъ между собою. Расположеніе венъ слѣдуетъ тому же порядку.

Брюшина, покрывающая *promontorium*, обозначена буквами—(Pr.); черезъ нее просвѣчивается дѣленіе аорты. *Arteria iliaca communis sinistra* обозначена буквами—(a. i. c. s.). Брюшина, покрывающая *arteriam iliacam dextram* удалена и этотъ сосудъ, покрытый венозной сѣткой, просвѣчиваетъ черезъ подбрюшинную клетчатку. Мочеточникъ—(u.) пересѣкаетъ дѣленіе ея на *arteria iliaca externa*—(a. i. e.) и *arter. iliaca interna*—(a. i. i.) *Arteria iliaca interna* и буквы, ее означающія, видны черезъ отверстіе въ заднемъ листкѣ широкой связки; другое отверстіе въ томъ же листкѣ позволяетъ видѣть главныя вѣтви этой артерій и остатокъ передняго листка широкой связки, который представляется въ видѣ серповиднаго края, подъ который подходят *arteria* и *vena vesicales*. Кнутри отъ *art. iliaca interna*, видна соименная вена, пересѣкающая ея главныя вѣтви этой артерій. *Arteria uterina*—(a. u.), которая направляется кверху и кнутри, и на уровнѣ шейки матки пересѣкаетъ, мочеточникъ, ложась на переднюю его поверхность—(u.), *vena uterina* (v. u.) сопровождаетъ артерію и ея главный стволъ, ложится кзади отъ мочеточника. Эта вена кверху и кнутри переходитъ въ *plexus uterinus*. Кромѣ *art. uterina* изъ *art. iliaca interna* выходитъ заросшая пупочная артерія—(v. u.) и *arteriae vesicales*—(a. v.); начало этой артерій на нашемъ рисункѣ проходитъ по переднему краю—*venae uterinae*, которую оно пересѣкаетъ. Толстая артерія, которая ложится кзади отъ *vena uterina* и которая пересѣкаетъ *venam iliacam internam*, есть начало *arteriae glutaee superioris*. Извитая *arteria ovarica*—(a. o.) проходитъ по основанію связокъ яичника и даетъ вѣтви, питающія его и трубу. *Vena ovarica*—(v. o.), подходя къ *hilus*, образуетъ обширное сплетеніе—*plexus ramificiformis*—(p. p.), и кнутри анастомозируетъ съ *plexus uterinus*.

Таб. IV. Эта таблица изображаетъ положеніе круглой маточной связки въ паховомъ каналѣ и слои брюшной стѣнки, которые ее окружаютъ *).

Трупъ женщины 35 лѣтъ (умершей отъ tuberculosis pulmonum) чрезвычайно исхудалый; кожа на животѣ сморщена и на ней видны поверхностные рубцы—слѣдствія бывшихъ беременностей.

Кожнымъ разрѣзомъ отъ spina anterior superior—(S. a. s.), до symphysis ossium pubis обнажено сухожилие musculi obliqui abdominis externi—(M. o. e). Направленіе его блестящихъ волоконъ видно черезъ кожную рану. Ближе къ средней линіи видны перекрещивающія ихъ бѣловатые сухожильные волокна той же мышцы противоположной стороны. Сухожилие musculi obliqui abdominis externi перерѣзано параллельно Пупартовой связкѣ. Нижний край этого разрѣза сильно оттянуть книзу и кнаружи. Такимъ образомъ желобокъ Пупартовой связки расправился. Мѣсто, гдѣ онъ находился обозначено буквой—(P.)

Отверстіе наружнаго пахового кольца—(a. e.), видно съ задней поверхности отвороченнаго сухожилія—musculi obliqui abdominis externi. Внутренняя или верхняя ножка этого сухожилія проходитъ черезъ tuberculum pubis—(t. p.), а наружная, или нижняя подходитъ подъ круглую связку—(l. u. r.) и сопровождающій ее нервъ (вѣтвь genito-cruralis)—(n. g. c). На поверхности круглой маточной связки видна извитая артерія, которая ее сопровождаетъ.

То мѣсто, гдѣ круглая, маточная связка выходитъ изъ брюшной полости, соответствуетъ внутреннему паховому кольцу—(a. i.) Серповидный край fasciae transversae—(f. t.)—окружаетъ это мѣсто.

Сросшіяся мясистыя части musculi obliqui interni et transversi обозначены буквами—(m. o. i), онѣ сильно оттянуты вверхъ и у наружнаго угла разрѣза видны остатки fasciae intermuscularis, которая отдѣляетъ сухожилие musculi obliqui abdominis externi отъ musculus obliquus abdominis internus.

Таб. V. Трупъ женщины 32 лѣтъ отъ роду, умершей отъ phthisis pulmonum. Наружное и внутреннее изслѣдованіе не обнаружило никакихъ заболѣваній тазовыхъ органовъ. Разрѣзъ кожи проведенъ отъ верхушки 12 ребра, параллельно Пупартовой связкѣ, въ разстояніи 1½ пальцевъ отъ этой послѣдней, вплоть до tuberculum pubis. Разрѣзаны всѣ слои брюшной стѣнки, какъ-то: кожа съ подкожной клѣтчаткой, fascia superficialis (около Пупартовой связки 2 слоя послѣдней), мышцы obliquus externus, obl. internus и transversus, fascia transversa (часть которой видна въ серединѣ рисунка, позади круглой связки (l. r.)). Брюшинный мѣшокъ отсепарованъ, слѣдуя по подбрюшинной клѣтчаткѣ, и fascia hiaca, съ характерными для нея отверстіями для нервовъ и сосудовъ, обнажена въ полости большого таза. Брюшинный мѣшокъ отклоненъ внутри вмѣстѣ съ приросшими и заключенными въ немъ органами. Мочеточникъ—(u.)—urether, плотно пригнѣленный къ этой перепонкѣ, тоже отклоненъ къ средней линіи вмѣстѣ съ этимъ мѣшкомъ. Оваріальные сосуды—vasa ovarica (V. o.)—тоже видны на наружной поверхности этого мѣшка. Въ области, растянутаго кошками раны, видны два углубленія. Заднее—

*) Примѣчаніе. Способъ приготовленія препарата. Линейнымъ разрѣзомъ разсѣчены всѣ слои и растянуты нитками. Никакой препаровки здѣсь не примѣнялось.

непосредственное продолженіе fossae iliacaе dextrae, высланное fascia iliaca (f. i.). Здѣсь проходятъ первыя стволы поясничнаго сплетенія. Эта яма прод лгается внизъ, въ задній отдѣлъ полости малаго таза, образуя трехъугольную ямку, отдѣленную отъ передняго отдѣла особой перегородкой. Эта трехъугольная яма ограничена снаружи и сверху контурами musculi psoatis in joris, снутри брюшиннымъ мѣшкомъ, оттянутымъ къ средней линіи, и снизу и снутри особой перегородкой.

На днѣ этой ямки виденъ извилистый стволъ art. uterinae (ut.) и мѣсто ея отхожденія отъ art. hypogastrica, а также мѣсто ея пересѣченія съ мочеточникомъ. На наружномъ краю этой ямки видна дугообразно-изогнутая заросшая пупочная артерія—ligamentum vesico-umbilicale laterale, (l. v. u. l.), начинающаяся общимъ стволомъ съ art. uterina. Темное мѣсто, въ промежуткѣ между этими сосудами, ведетъ по парацервикальной клѣтчаткѣ къ заднему отдѣлу шейки матки—это задній отдѣлъ парацервикальной клѣтчатки. Натянутая и неровная перегородка, отдѣляющая только что описанное пространство отъ передняго, о которомъ рѣчь будетъ ниже, состоитъ изъ фасціозныхъ листковъ широкихъ связокъ и клѣтчатки; но переднему краю этой перегородки проходитъ круглая маточная связка, ligamentum uteri rotundum—(l.r.); (она идетъ отъ внутренняго отверстія пахового канала кнутри, кзади и книзу).

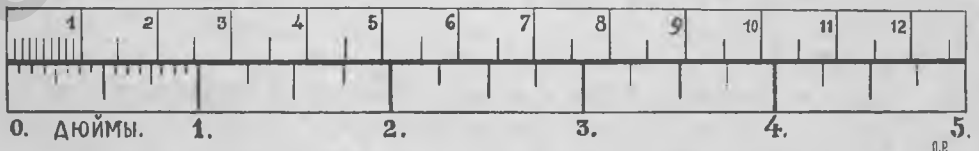
Передній отдѣлъ представляется тоже въ видѣ треугольной ямки, ограниченной снаружи и сверху той же вышеупомянутой перегородкой—клѣтчатой брыжейкой круглой маточной связки (Губаревъ),—снизу и снаружи—горизонтальной вѣтвью лобковой кости, а снутри—мочевымъ пузыремъ и мѣшкомъ брюшины. Это пространство въ свою очередь раздѣляется особой перегородкой на два отдѣла: передній или внутренній, который есть ни что иное, какъ cavum Retzii (с. R.);—на днѣ его видны запираемые сосуды—vasa obturatoria, не обозначенные буквами;—и задній, ведущій къ передне-боковому своду матки, или той клѣтчаткѣ, которая помѣщается между пузыремъ и этимъ органомъ.

КОНЕЦЪ АНАТОМИЧЕСКАГО ОЧЕРКА.

1894 года Полбрь.

Звѣздная 3.

САНТИМЕТРЫ.



Г Л А В А I.

Приготовленія къ операціи.

Изученіе анатомическаго соотношенія между органами и, главнымъ образомъ, изученіе распредѣленія сосудовъ на женской половой сферѣ даетъ ключъ къ построенію возможныхъ оперативныхъ пособій.

Всѣ хирургическія пособія на женской половой сферѣ можно раздѣлить на хирургическія пособія, имѣющія цѣлью удаленіе (ампутаціи, экстирпаціи) какой-нибудь части или какого-нибудь органа, или нѣсколькихъ органовъ, и на пособія, имѣющія цѣлью или сохранить органъ, или возстановить его, или останоить кровотечение въ половой сферѣ. Поэтому на каждой части эти методы будутъ разсмотрѣны совмѣстно, за тѣми немногими исключеніями, когда возстановленіе органа или ткани невозможно или было бы безцѣльно. Такимъ образомъ для хирургіи на женской половой сферѣ возникаютъ слѣдующія задачи:

Amputatio clitoridis.

Amputatio labiarum majorum et minorum.

Excisio perinei partialis et totalis.

Restitutio perinei.

Extirpatio et restitutio ani.

Extirpatio ossis coccygis.

Occlusio et dilatatio ostii vaginae.

Punctio et incisio et excisio hymenis.

Extirpatio vaginae partialis et totalis.

Restitutio vaginae.

Occlusio vaginae.

Extirpatio recti.

Fistulae vesico et recto-vaginales.

Fistulae artificiales.

Punctio et incisio per fornices vaginae

Amputatio partialis et totalis uteri (per vaginam et per laparotomiam).

Extirpatio tumorum ex utero (per vaginam et per laparotomiam), cum amputatione uteri partiali, seu extirpatione uteri, seu cum utero conservato.

Extirpatio adnexorum uteri partialis et totalis per vaginam et per laparotomiam.

Extirpatio tumorum e ligamentis latis.

Fixatio uteri per vaginam et per laparotomiam.

Restitutio mobilitatis uteri.

Abbreviatio ligamenti rotundi.

Ligaturae vasorum per vaginam et per laparotomiam.

Рѣшеніе этихъ задачъ вытекаетъ изъ анатомическихъ соотношеній между органами и, главнымъ образомъ, изъ распредѣленія сосудовъ въ женской половой сферѣ. Прежде чѣмъ перейти къ нимъ, я изложу приготовленія необходимыя для операциіи.

Всякая оперативная комната должна быть вымыта и вычищена до операциіи. Чтобы вычистить комнату, нужно ее вымыть водой съ мыломъ; полъ и стѣны сначала должны быть промыты 5% растворомъ карболовой кислоты, а засимъ 1% сулемой. Все это должно быть произведено очень тщательно. Очень полезно пустить за нѣсколько часовъ до операциіи Spray изъ воды съ *ol. menthae piperitae* (5—6 капель на стаканъ), въ продолженіе по крайней мѣрѣ часа. Тоже самое продѣлывается съ оперативными столами и табуретами. Очень желательно, чтобы въ комнатѣ было достаточно свѣта, и еще лучше, если можетъ быть верхній свѣтъ. Комнату нужно выбирать на краю зданія (угловую). Температура отъ 15—18°, для лапаротомій лучше послѣдняя. Если оперируютъ въ деревянномъ домѣ, оштукатуренномъ, то стѣны забѣляются известкой; если въ неоштукатуренномъ, то

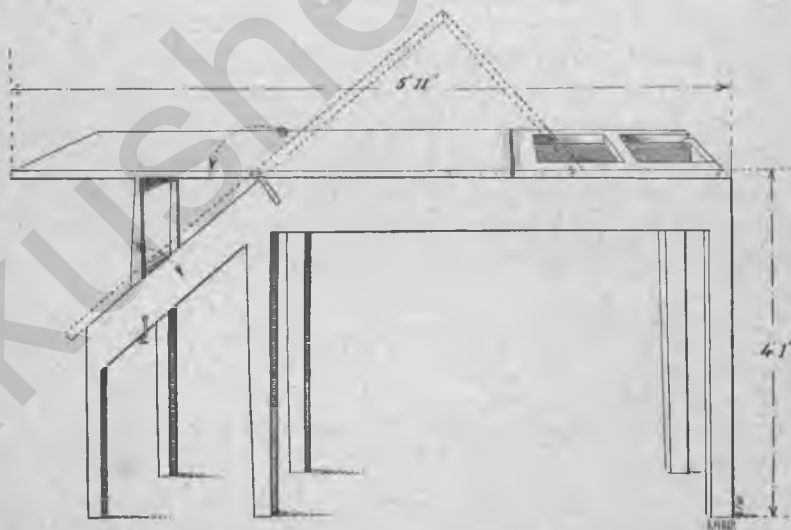


Рис. 33. Столъ для Тренделенбургской позиціи.

стѣны оклеиваются бумагой на карболово-известковомъ растворѣ и полъ, по крайней мѣрѣ подь оперативнымъ столомъ, покрывается дезинфицированной клеенкой или мокрой сулемованной простыней. Если печи устроены нехорошо и температура не достигаетъ желаемой высоты, то совѣтую внести 2—3 кипящихъ самовара и поставить 2 молніеносныя лампы.

Всякій деревянный столъ, окрашенный или неокрашенный, въ $\frac{3}{4}$ аршина ширины, $2\frac{3}{4}$ длины, и вышиной до пупка оператора можетъ служить для операціи. Но для возвышеннаго положенія таза (трепделенбургская позиція) можетъ понадобиться специально приготовленный столъ (см. рис. 33). Кромѣ стола въ комнатѣ должны быть 2—3 небольшихъ столика и два табурета; вода, кипяченая не мене $\frac{1}{2}$ —1 часа, въ формѣ кипятка и охлажденная, въ обоихъ случаяхъ профильтрованная сквозь нѣсколько слоевъ стерилизованной марли.

Тазы, кувшины, кружки и стеклянные наконечники вычищаются, промываются сулемой $\frac{1}{1000}$ и споласкиваются стерилизованной водой.

На оперативный столъ кладется кусокъ плотной гуттаперчи, вымытый мыломъ, 5% карболовымъ растворомъ и $\frac{1}{1000}$ сулемой, или гуттаперчевый тюфякъ, наполненный теплой водой и покрытый стерилизованной простыней, или, если таковой нѣтъ, прокипяченной въ 4% растворѣ карболовой кислоты.

Лѣкарственныя средства и инструменты: хлороформъ, эфиръ, оба провѣренныя; индуктивная электрическая машинка; соляной растворъ (0,6% *Natr. chlor.*), растворъ морфія, нашатырный спиртъ, алкоголь, скипидаръ, *liqu. ferri sesquichlorati*, Чизоль, *t-ga Matico*, іодоформъ въ порошокъ и растворъ іодоформа въ эфирѣ, порошокъ іодоформа съ бурой (1 : 8), коллодій, *tannin. cum acido salicilico* (2 : 1), 5% растворъ *ac. carbolicі*, $\frac{1}{1000}$ сулемы, мыло, щетки, потгечистки, бритвы, дренажи, стерилизованная вата, марля, іодоформная марля, морской канатъ, подушки изъ него, мѣшки съ прокаленнымъ пескомъ (по 5 фунтовъ), биты марлевые и эластическія, гуттаперчевыя мѣшки для горячей воды и для льда, катетеры, твердый и мягкій, стеклянные шприцы для клистировъ и подь кожу, аппаратъ Кантани и аппаратъ для вливанія соляного раствора въ вены.

Приготовленіе инструментовъ. Инструменты сначала старательно чистятся щетками съ мыломъ, затѣмъ 30 минутъ кипятятся въ особой ваннѣ въ 2% содовомъ растворѣ, и передь операціей переносятся въ ванну съ обезпложенной водой.

Гигроскопическая вата погружается въ сулему (1 : 1000), вымывается затѣмъ въ обезпложенной водѣ и крѣпко отжимается.

Марля готовится такъ: а) сукни моютъ въ сулемѣ (1 : 1000), б) вымывается въ стерилизованной водѣ и высушивается въ печкѣ; или же а) кипятится въ папиновомъ котлѣ и б) высушивается въ печи. Изъ этой марли дѣлается іодоформная, погружая ее въ растворъ іодоформа въ эфирѣ. Выпущая изъ раствора марля высыхаетъ вслѣдствіе улетучиванья эфира и хранится въ банкахъ съ притертыми пробками. Дренажъ обрабатывается мыльнымъ растворомъ, 2% растворомъ сулемы, глицериновымъ растворомъ сулемы (1 : 1000), и наконецъ вымывается стерилизованной водой и высушивается.

Шелкъ: полчаса кипятится въ 1% растворѣ сулемы въ закрытой эмаль-

рованной посудѣ, затѣмъ моютъ четверть часа въ сѣрномъ эфирѣ и сохраняются въ спирту. Катгутъ моютъ двое сутокъ въ сѣрномъ эфирѣ, сутки въ спиртомъ 1‰ растворѣ сулемы, 3—7 дней въ можжевельномъ маслѣ (ol. juniperi)—до просвѣтленія нитей—и хранится въ 95% спирту въ банкѣ съ притертой пробкой. За день—два до операціи къ спирту для мягкости прибавляютъ $\frac{1}{10}$ объема прокипяченнаго глицерина.

За сутки до операціи брюшныя стѣнки больной вымываются тщательно водой съ мыломъ; вытираются спиртомъ и эфиромъ и кладется асептическая марля, смоченная въ растворѣ сулемы съ глицериномъ (1 : 2000) на весь животъ. Передъ операціей животъ такимъ же образомъ обмывается вторично. Наружныя половыя органы намыливаются мыломъ съ теплою водой и волосы сбриваются; промежность, область задняго прохода и крестцово-копчиковая часть тщательно вымываются мыломъ съ водой. Стѣнки влагалища, въ особенности своды, также промываются мыломъ съ водой пальцами и марлевыми или ватными тампонами на корнцангѣ, до тѣхъ поръ, пока стѣнки влагалища не скрипятъ подъ пальцами. Засимъ влагалище тщательно промывается 1‰ растворомъ лизола, смывается 1‰ растворомъ сулемы, и тампонируется іодоформной марлей или ватными тампонами, смоченными въ іодоформъ-глицеринѣ. Потомъ кожа на наружныхъ половыхъ органахъ вытирается спиртомъ и эфиромъ и все тщательно прикрывается асептической или сулемованной марлей.

Если операція производится съ открытіемъ полости матки, то полезно вытереть полость матки іодоформной эмульсіей на плейферовскомъ зондѣ, а потомъ смазать полость матки t-ra iodi.

Заднепроходное отверстие и полость прямой кишки послѣ очищающаго слабительнаго могутъ быть тщательно вымыты растворами марганцово-кислаго кали въ формѣ клистировъ и въ формѣ вытираній марлей, смоченной въ растворѣ кали нурегманганісі. Передъ самой операціей внутреннюю поверхность recti полезно смазать 1‰ растворомъ лизола и выше мѣста операціи затампонировать стерилизованной марлей.

Больной назначаются ванны, легкія слабительныя, легкая діета и висмутъ, обильное питье, горячія спринцеванія. Особенное вниманіе обращается на мочу: при концентраціи послѣдней немедленно назначаются щелочныя воды и молочная діета. Въ день операціи больной назначается клистиръ и рюмка вина.

Въ нашей клиникѣ употребляется слѣдующій способъ приготовленія рукъ операторовъ: руки и предплечья моются не менѣ 3-хъ минутъ мыломъ со щеткою и съ теплою водой и очищаются ногти. Послѣ этого руки вытираются асептической марлей и смазываются тщательно скипидаромъ; наконецъ скипидаръ смывается виннымъ спиртомъ. Засимъ берется кусокъ ваты, смачивается эфиромъ и вычищаются пальцы, въ особенности ногтевыя фаланги. Передъ самой операціей погружаютъ въ 1‰ лизолъ и обмываютъ теплою обезпложенной водой.

Операторъ и его ассистентъ надѣваютъ гуттаперчивый фартукъ, вычищенный сулемой, сверхъ этого надѣвается длинный, стерилизованный полотняный передникъ, смоченный сулемой въ 1‰. На голову надѣваются полотняныя сте-

рилизированныя шапочки. Кроме того совѣтуютъ полость рта проноласкивать растворомъ бертолетовой соли съ *Oi. Menthae*.

Я употребляю для наркоза или чистый хлороформъ, или смѣсь хлороформа, эфира и алкоголя въ равныхъ объемахъ, или чистый эфиръ.

Мѣстная анестезія производится по большей части или какъ самостоятельная, или какъ добавочная при помощи кокаина. Какъ уже сказано, предварительно больнымъ за $\frac{1}{2}$ часа или за четверть выпрыскивается морфій ($\frac{1}{6}$ gr.), и засимъ на оперативномъ столѣ больная подвергается наркозу. Необходимые инструменты состоятъ: изъ маски для хлороформа, маски для эфира, корнцанга для ваты или марли, которыми вытираются полость рта и глотки, разжимателя зубовъ и щипцовъ для захватыванія языка. Осматривается полость рта и искусственные зубы вынимаются. Больная укладывается на оперативный столъ, лицо смазывается вазелиномъ, глаза закрываются салфеткой и приступаютъ къ наркозу.

Въ послѣднее время въ нашей клиникѣ исключительно употребляется этеризація, прежде же смѣсь хлороформъ — эфиръ — алкоголь, или чистый хлороформъ. Если у больной нѣтъ бронхита и пораженія легкихъ, то употребляется эфиръ, если же существуетъ значительное расстройство въ легкихъ, то чистый хлороформъ. При заболѣваніяхъ сердца—эфиръ. Но есть субъекты, которые не переносятъ ни эфира, ни смѣси хлороформа съ эфиромъ, и должны быть наркотизированы только чистымъ хлороформомъ, и, наконецъ, есть субъекты, у которыхъ долго не наступаетъ наркозъ, а между прочимъ наступаютъ угрожающія явленія со стороны сердца и дыханія (перебои пульса, значительная чистота его, рѣдкое и поверхностное дыханіе, ціанотическія явленія, суженіе зрачка); въ такихъ случаяхъ выпрыскивается подъ кожу растворъ кокаина на мѣстѣ предполагаемаго разрѣза (укола 3 по $\frac{1}{2}$ gr.) и производится операція. Хлороформъ наливается по каплямъ, а эфиръ—по драхмамъ и по унцамъ. Доступъ воздуха при хлороформѣ почти идетъ непрерывно, при этеризаціи доступъ воздуха прекращается, но по временамъ маска снимается совсѣмъ. Это случается или потому, что необходимо удалить слизь, или по крайней слабости сердечной дѣятельности; въ случаѣ если послѣдняя зависитъ или отъ продолжительности операціи, или отъ потери крови, то ставится въ прямую кишку клистиръ изъ горячей воды съ виномъ, а въ случаѣ потери крови вливается прямо въ брюшную полость физиологической растворъ (во время лапаротоміи) или вводится подъ кожу (приблизительно $\frac{1}{2}$ ф. раствора). Если роговица не реагируетъ, движенія верхнихъ конечностей совершенно пассивны, прямыя мышцы живота совершенно расслаблены, приступаютъ къ операціи. Обыкновенно на предварительный наркозъ требуется отъ 10—20 минутъ, наичаше около 15-ти. Во все время наркоза нижняя челюсть поддерживается у уголь и выдвигается впередъ, если же показывается хрипота и ціанозъ, или если дыханіе становится поверхностнымъ, то языкъ вытягивается наружу.

Рвота. Если существуютъ только позывы на рвоту, въ видѣ спазматическихъ сокращеній желудка, пищевода, а содержимое не выходитъ, то наркозъ продолжается и прижимается подложечная область. Если показывается настоящая рвота, — голова поворачивается на бокъ, подставляется тарелка или салфетка, а нар-

козъ на время прекращается. Рвота замѣчается чаще у больныхъ истерическихъ, въ особенности при страданіи трубъ и ячниковъ (salpingoophoritis), или у особей, страдающихъ катарромъ глотки, носа, желудка и кишечника (упорные запоры). Иногда рвота бываетъ признакомъ сердечной слабости или пораженія почекъ. Должно отмѣтить, что у такихъ больныхъ и въ послѣоперационномъ періодѣ рвота обычное явленіе. Если во время рвоты брюшная полость открыта, то она снова закрывается или руками или щипцами Мюзе, и операція продолжается только по окончаніи рвоты. Если во время рвоты въ брюшной полости находится много марли или губокъ, то лишніе удаляются. Вливаніе соляного раствора и прополаскиваніе брюшной полости во время рвоты не производится. Если во время рвоты лицо блѣдно, пульсъ слабъ, то подушка изъ подъ головы вынимается и къ головѣ и къ области сердца прикладывается теплый мѣшокъ. Если рвота упорна, а наркозъ по тѣмъ или другимъ причинамъ нельзя настойчиво продолжить, то слѣдуетъ поставить горячій клистирь съ виномъ и подъ кожу впрыснуть морфій. Если субъектъ истериченъ и страдаетъ тѣмъ или другимъ видомъ сальпинго-оофорита, и рвота замѣчается до открытія брюшной полости, то иногда прижатіе области оварій прекращаетъ рвоту. Если матка съ опухолью слишкомъ вытягивается наружу и замѣчается рвота, то полезно уменьшить такое вытяженіе. Если при разрывѣ рукой плотныхъ приращеній замѣчается рвота, то лучше такіа приращенія разсѣкать ножницами. Если во время операціи кишки выпадаютъ изъ брюшной полости, то это иногда служитъ причиной рвоты.

Во время наркоза должно обращать вниманіе на кровь въ ранѣ, и если она вытекаетъ темной и течетъ медленно, то нужно быть крайне осмотрительнымъ съ наркозомъ, и если условія позволяютъ, то лучше на время прекратить его.

Въ случаѣ упадка дѣятельности сердца и замедленія или прекращенія дыханія, самый дѣйствительный способъ есть запрокидываніе головы внизъ; брюшную рану закрываютъ и больная вдругъ опрокидывается головой внизъ. Это дѣлается повторно. Искусственное дыханіе, помимо всѣхъ другихъ способовъ, производится захватываніемъ въ руки подреберьевъ, сжатіемъ подъ ребрами легкихъ и усиленнымъ распрямленіемъ, и продолжительнымъ растираніемъ щетками конечностей, въ особенности подошвъ. Во всѣхъ случаяхъ долженъ быть доступъ свѣжаго воздуха. Если операцію при этихъ условіяхъ все-таки надо кончить, то наилучшая позиція Тренделенбурга. По наложеніи глубокихъ швовъ, наркозъ прекращается, спускается моча, ставится горячій клистирь и больная переносится въ нагрѣтую постель безъ головной подушки, въ случаѣ потери крови съ приподнятыми нижними конечностями, и для предупрежденія рвоты смачивается полотенце уксусомъ и подвѣшивается около полости рта и носа въ продолженіе первыхъ сутокъ.

На вопросъ, можно ли произвести лапаротомію въ нетрудныхъ случаяхъ съ мѣстнымъ наркозомъ, можно отвѣтить утвердительно. Въ двухъ случаяхъ, гдѣ по причинѣ глубокихъ разстройствъ въ сердцѣ обыкновенный наркозъ былъ невозможенъ, для виду дано было нюхать больной *t-ra valeriana* с *liquor anodii Hoffmani* на хлороформной шапкѣ, впрыснуть былъ кокаинъ, и совершено было удаленіе яичниковой кистомы.

Для предупрежденія послѣдовательной рвоты, больная не должна быть оста-

влекаема въ той же комнатѣ, гдѣ была хлороформирована, и кромѣ того предварительное назначеніе *Magisterii Bismuthi* можетъ считаться средствомъ, предупреждающимъ рвоту.

Швы, употребляемые нами, суть: узловатые, непрерывные, тѣ и другіе поверхностные и глубокіе. Глубокіе швы тѣ, которые проходятъ черезъ всю толщю ткани, поверхностные захватываютъ только кожу и слизистыя оболочки. Передъ наложеніемъ швовъ кровь должна быть остановлена, но иногда и сами швы могутъ служить кровоостанавливающимъ средствомъ. На кожныхъ покровахъ поверхностные и глубокіе швы могутъ быть удаляемы къ концу 8-хъ сутокъ, на слизистой оболочкѣ они лежатъ отъ 8—14 дней.

Швы накладываются изъ шелка или изъ кетгута, послѣдніе только на слизистыхъ оболочкахъ или въ полости брюшины или входятъ въ этажные швы.

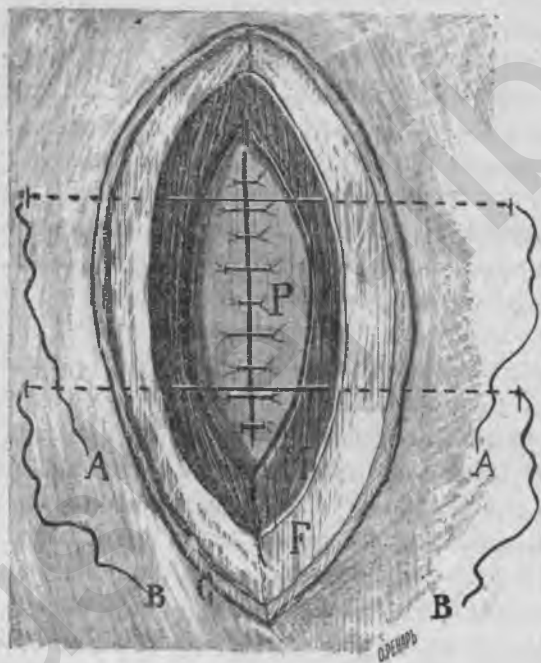


Рис. 34. Наложеніе глубокихъ кожно-мышечныхъ швовъ для пелота. P—зашитая брюшина; M—мышечный слой, F—фасція, C—кожа; A, B—кожно-мышечные швы.

Повязка при лапаротоміи. Поверхность раны и окрестность ея вытирается эфиромъ, кладется въ 2—4 слоя узкая полоска марли, закрывающая рану, и края ея смазываются коллодіемъ, сверху марли кладется тонкій слой ваты, тоже смачиваемый коллодіемъ, а поверхъ ваты одна или двѣ подушки марлевыя, набитыя морскимъ канатомъ, и все это укрѣпляется или бинтомъ или фланелью съ булавками—брошь. Если же существуетъ расхожденіе мышцъ или операція производится по причинѣ грыжи, или у больной ожидается сильный кашель или рвота, или въ томъ случаѣ, когда поверхность раны должна быть углублена, въ такомъ случаѣ проводится предварительно одинъ или два глубокихъ шва, не проникающіе

брюшину, но захватывающіе мышцы, фасціи съ подкожно-жирнымъ слоемъ и кожей, швы далеко отстоятъ отъ краевъ раны (почти во всю ширину прямыхъ мышцъ). Засимъ на рану послѣ присыпки іодоформа съ бурой кладется одна-узенькая полоска іодоформенной марли и промазывается коллодіемъ, потомъ 2-я, 3-я и 4-я, также смазанныя коллодіемъ. Послѣ этого кладется тонкій слой ваты, по величинѣ соотвѣтствующій размѣрамъ марли, и густо промазывается коллодіемъ, а сверхъ него опять 4 полоски іодоформенной марли, смазанной коллодіемъ. Когда повязка эта достаточно подсохла, но не высохла еще, изъ іодоформенной марли свертывается валикъ во всю длину повязки (чѣмъ глубже желаютъ сдѣлать давленіе, тѣмъ валикъ толще), и на немъ завязываются 2 вышесказанныхъ шва (рис. 34 и 35). Цѣль этой повязки — свести разъединенные края раны болѣе тѣсно, и произвести давленіе на подобіе пелота.

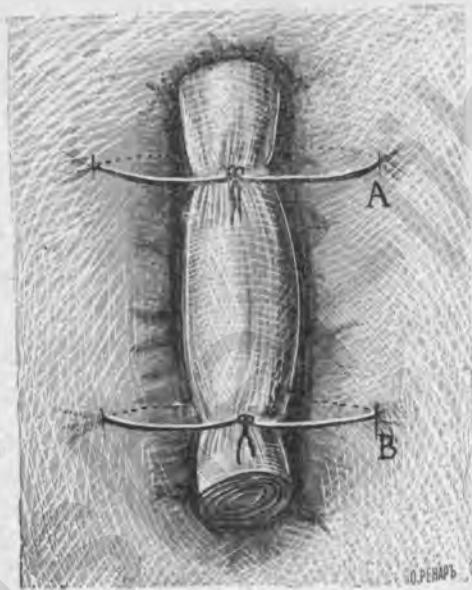


Рис. 35. Наложенная коллодійная повязка съ пелотомъ. А, В—кожно-мышечные швы.

Если нѣтъ осложнений, повязку мѣняютъ черезъ 8 сутокъ, при снятіи швовъ, отмачивая ее эфиромъ, или удаляютъ ранѣе, если есть промокание повязки отдѣляемымъ или кровью и опасаются возможности зараженія.

Повязка во влагалище употребляется въ формѣ тампонады изъ іодоформной марли. Если нѣтъ отдѣляемаго, тампонада можетъ оставаться до конца 8 сутокъ. Повязка кожная тоже дѣлается изъ іодоформной марли съ коллодіемъ, смотря по удобству мѣста. Когда удаляется изъ брюшной полости опухоль очень большой величины, или во время операциіи или по окончаніи ея существуетъ какое либо паренхиматозное кровотеченіе, въ такомъ случаѣ сверхъ повязки кладется тяжесть въ формѣ 1-го или 2-хъ 5-ти-фунтовыхъ мѣшковъ съ обезпложеннымъ пескомъ, которую оставляютъ большею частью на сутки, рѣже на двое.

На операционномъ столѣ.

Во время наркоза больной, послѣ снятія компресса съ живота, приступаютъ къ обмыванію живота и наружныхъ половыхъ органовъ мыломъ, теплой водой и щеткой; вымываютъ тщательно брюшные покровы, въ особенности пупокъ, нижнюю часть груди, переднія и боковыя внутреннія части бедеръ, такимъ же образомъ вымываютъ влагалище, причемъ спускаютъ мочу. Все это продолжается 3—4 минуты, причемъ тщательно трутъ щеткой кожу, до тѣхъ поръ, пока мѣсто не раздается подъ щеткой особенный скрипъ. Потомъ вытирается сухой ватой и смоченной въ алкоголь. Обсушивши алкоголь, вытираютъ ватой съ эфиромъ, и если пупокъ кажется подозрительнымъ, то заливаютъ его іодоформнымъ коллодіемъ, также и всѣ мѣста, имѣющія эскориации, изъясненія, свищи и т. п. Засимъ всѣ брюшныя и грудныя стѣнки и нижнія конечности покрываются стерилизованными компрессами изъ марли и, приступая къ лапаротоміи, средней компрессъ, находящійся на брюшныхъ стѣнкахъ, разрѣзаютъ и обнажаютъ желаемое мѣсто для производства лапаротоміи.

По вскрытіи брюшной полости задача хирурга состоитъ въ томъ, чтобы по возможности защитить брюшную полость и внутренности отъ соприкосновенія съ операционнымъ полемъ, что по возможности достигается тѣмъ, что выбираютъ кишки изъ полости малого и большого таза и, прикрывая ихъ влажными или сухими теплыми стерилизованными компрессами изъ марли, перемѣщаютъ ихъ въ брюшную полость какъ можно глубже; иногда удается сдѣлать это и при спинномъ положеніи, иногда это только возможно въ положеніи Тренделенбурга.

Вторая задача состоитъ въ томъ, чтобы сдѣлать поле операціи доступнымъ не только для осязанія, но и для глаза. Препятствуютъ этому обыкновенно слѣдующія обстоятельства: 1) прежде всего малая величина разрѣза; 2) неподатливость и тоническое сокращеніе прямыхъ мышцъ; 3) присутствіе приращеній, т.-е. неподвижность опухоли, матки и ея придатковъ; 4) рвота, и 5) ненормальный или неправильный наркозъ или случайности во время наркоза.

Что касается до величины разрѣза, то разрѣзъ можетъ быть увеличенъ, ибо величина разрѣза сама по себѣ не оказываетъ замѣтнаго вліянія на процентъ смертности.

Неподатливость прямыхъ мышцъ замѣчается у сильно ожирѣлыхъ особей, не рожавшихъ, у истерическихъ, при пораженіи главнымъ образомъ трубъ и яичниковъ воспалительнаго характера.

Послѣднее же обстоятельство часто вліяетъ на продолжительность наркоза, на появленіе во время наркоза тетаническаго сокращенія грудной кѣтки и дыхательныхъ мышцъ и на спазмы пищевода. Все это заставляетъ иногда или перемѣнить систему наркоза, или вырыснуть новую порцію морфія. Но бываютъ случаи, гдѣ и это не помогаетъ, и для доступности операционнаго поля необходимо сдѣлать поперечное сѣченіе прямыхъ мышцъ, причемъ по возможности разсѣкается только толща самой мышцы, раненія же задней стѣнки влагалища мышцъ

избѣгается. Что касается до расширителей брюшной раны, то для меня казалось всегда лучше пользоваться руками помощника, чѣмъ инструментами.

Итакъ, и второе препятствіе можетъ быть преодолено.

Устраненіе третьяго препятствія достигается уничтоженіемъ сращеній и восстановленіемъ подвижности матки и ея придатковъ.

Приращенія могутъ быть рыхлыя и плотныя и по мѣсту паріетальныя, висцеральныя и тазовыя; изъ тазовыхъ — переднія и заднія. Рыхлыя паріетальныя приращенія разрываются пальцами рукъ: между опухолью и брюшными стѣнками вводится ладонь со сложенными вмѣстѣ пальцами и приращенія разрываются.

Если находится мѣсто приращеній очень плотное, не могущее быть уничтоженнымъ разрывомъ пальцами, то въ такомъ случаѣ лучше таковое приращеніе уничтожить послѣ экстракціи опухоли изъ брюшной полости (напр. при большихъ кистамахъ старыя фиброзныя сращенія между пупкомъ и кистой). По извлеченіи опухоли, осматривается таковое приращеніе, и разрѣзается ножницами или пожемъ, и въ случаѣ кровотеченія накладываются тотчасъ же лигатуры. Если приращеніе очень обширно, то иногда требуется оставить наружную поверхность опухоли на мѣстѣ приращеній, но никогда секретирующую. Если же опухоль злокачественная, то можно съ внутренней поверхности брюшныхъ стѣнокъ вырѣзывать приращенія и обнаженную поверхность закрыть брюшиной съ сосѣднихъ мѣстъ. Если пупокъ приращенъ совершенно плотно къ опухоли, то лучше вырѣзать его вмѣстѣ съ приращеніями. Если на мѣстѣ средней линіи совмѣстно съ опухолью существуетъ грыжевой мѣшокъ и кожные покровы на мѣстѣ грыжи приращены къ опухоли, то лучше ихъ вырѣзать вмѣстѣ съ опухолью. Приращенія къ внутренностямъ — къ кишкамъ, къ печени, всего лучше разъединять *per visum*, причемъ по большей части удается пальцемъ, если приращенія не старыя, разъединить приращенныя мѣста. При этомъ все вниманіе сосредоточиваютъ главнымъ образомъ на томъ, чтобы избѣгать раненія внутренностей, а подвергать скорѣе раненію поверхность опухоли, или органы, наименѣе опасныя въ этомъ отношеніи, каковы матка и ея придатки. Оторванныя серозныя поверхности кишокъ и пузыри осматриваются и въ случаѣ надрыва, разрыва или отрыва серознаго покрова кишекъ, пузыря или брызжейки, мѣста эти тщательно вычищаются, серозные покровы сшиваются, пораненныя поверхности присыпаются порошкомъ іодоформа или вытираются $\frac{1}{2}\%$ растворомъ лизола, завертываются въ теплые, влажные компрессы и помѣщаются до конца операціи въ брюшную полость, и по окончаніи операціи снова вынимаются и подвергаются осмотру. Если существуютъ приращенія къ печени, то при помощи пара можно отнять приращенное мѣсто опухоли; если же пара нѣтъ, то можно замѣнить его въ нѣкоторыхъ случаяхъ павеленомъ, а если это почему либо затруднительно, то приходится часть опухоли оставить на мѣстѣ приращенія. Приращенія къ салънику обыкновенно легко устраняются, причемъ кровоточація мѣста салъника перевязываются, а если онъ измѣненъ, то пораженная часть его отнимается между двумя лигатурами. Переднія тазовыя приращенія большею частью видимы хорошо глазомъ и потому уничтоженіе приращеній не представляетъ трудностей. Если же существуютъ плотныя приращенія къ мочевому пузырю, то можно ихъ разсѣчь

пожницами, держась концомъ ихъ по направленію къ опухоли, и если бы случилось раненіе пузыря, то необходимо тотчасъ зашить его, а послѣ операции вставить катетеръ à demeure. Заднія тазовыя приращенія разрываются иногда прямо рукой, причеъ хирургъ опускаетъ концы пальцевъ къ промонторію и направляетъ ихъ въ полость крестцовой кости, и направляя ихъ впередъ, а потомъ въ стороны, отрываетъ приращенія.

Извѣстно, что сзади и съ боку матки къ брюшинѣ таза прирастаютъ особенно часто придатки (*salpingoophoritis*). Для того чтобы ихъ выдѣлить, сначала опускаютъ пальцы по задней поверхности матки до дна Дугласова пространства, и иди ими впередъ и въ сторону къ основанію широкой связки стараются освободить яичникъ съ бахромчатымъ концомъ отъ приращеній. Если же это не удастся, то переводятъ концы пальцевъ къ боковой стѣнкѣ таза къ *plex. rampliniformis* и здѣсь стараются освободить отъ приращенія сказанные органы. Иногда приращенія въ этомъ мѣстѣ бываютъ настолько плотны, что отрывъ ихъ не удается и, если при этомъ существуютъ приращенія къ кишкамъ, то лучше не разрывать ихъ сказаннымъ способомъ, а отдѣливши отъ матки и отъ широкой связки и перевязавши *plex. rampliniformis*, освободить ихъ отъ приращеній пожницами *per visum*. Всѣ разорванныя мѣста брюшины въ полости таза, гдѣ бы они ни были, должны быть обшиты кетгутомъ.

О рвотѣ и наркозѣ сказано выше.

Засимъ приступаютъ къ удаленію матки и ея придатковъ.

Покончивши съ удаленіемъ, производится такъ называемый туалетъ брюшины. Сущность туалета брюшины состоитъ въ полной остановкѣ кровотеченія и вычищеніи брюшной и тазовой полостей. Остановка кровотеченія производится при помощи заземляющихъ щипцовъ, лигатуръ, прижатіемъ, смазываніемъ *t-ra Matico*, присыпкой таниномъ съ салициловой кислотой и тампонаціей.

Что касается лигатуръ, то лично я предпочитаю обкалываніе, потому что лигатура лучше не соскальзываетъ, кетгутомъ или шелкомъ. Въ послѣдніе 3 года я исключительно для брюшины употребляю кетгутъ. Я уже говорилъ объ остановкѣ кровотеченія изъ приращеній, но есть одно мѣсто въ полости таза, кровотеченіе изъ котораго весьма опасно; это *plex. rampliniformis*, ибо обкалыванье иногда только усиливаетъ кровотеченіе, такъ какъ изъ мѣстъ укола показывается неудержимое кровотеченіе. При короткомъ *plex. rampliniformis*, при приращеніяхъ къ нему, кровотеченія могутъ быть весьма значительны, а попытки остановить кровотеченіе при помощи обкалыванія, усиливая кровотеченіе, производятъ гематому, такъ что на глазахъ начинаеть развиваться синяя опухоль, достигающая величины сосиски. Въ одномъ такомъ случаѣ гематома была на столько значительна, что я принужденъ былъ произвести *laparotomiam externam*, чтобы затампонировать экстраперитонеально полость гематомы. Кровотеченіе остановилось и больная выздоровѣла. Если кровотеченіе изъ *plex. rampliniformis* случается не у широкой связки, а по протяженію его, то лучше всего я совѣтую захватить въ лигатуру серозный покровъ *plex. rampliniformis* и серозный покровъ боковой стѣнки таза, стянуть ихъ надъ *plex. rampliniformis* и произвести этимъ давленіе. Въ нѣсколькихъ случаяхъ этотъ способъ далъ мнѣ прекрасные результаты. Но если бы кровотеченіе все таки

продолжалось, то необходимо экстрэ—или интраперитонеально перевязать *art. et. v. spermatic.* Второе опасное въ смыслѣ кровоточенія мѣсто—надрывъ или разрывъ широкой связки на задней поверхности, въ особенности около бокового края матки. Эти мѣста должны быть перевязаны и обшиты, и остановка кровоточенія въ этихъ мѣстахъ узнается при помощи марли на корнцангъ: если на марлѣ присутствуетъ свѣжая, красная, артеріальная кровь, или обильная темная венозная кровь, полость таза должна быть осмотрѣна при помощи Тренделенбургской позиціи и кровоточащія мѣста должны быть перевязаны. Кровоточеніе *en pares* на двѣ Дугласова пространства по задней поверхности матки и широкихъ связокъ можетъ быть остановлено *t-ra Matico* или танниномъ совмѣстно съ прижатіемъ. Если промывать брюшную полость физиологическимъ растворомъ въ 32°R , то кровоточеніе можетъ быть легко узнано, нотому что или жидкость выходитъ окрашенной или въ одномъ мѣстѣ показывается полоса крови. Въ случаѣ же внезапнаго прекращенія операціи можно затампонировать іодоформенной марлей Дугласово пространство и положить тяжесть на животъ, а влагалище усиленно затампонировать іодоформенной марлей.

Очищеніе брюшной полости послѣ лапаротоміи можетъ быть произведено по двумъ способамъ: или по сухому или по мокрому способу. Послѣдній методъ вѣрнѣе назвать промываніемъ или прополаскиваніемъ брюшной полости. Сухой методъ состоитъ въ вытираніи какъ операціоннаго поля, такъ и всей брюшной полости стерилизованными марлевыми компрессами или губками. Онъ имѣетъ то преимущество, что въ брюшную полость не вносится новый элементъ—жидкость. Онъ не производитъ шокирующаго дѣйствія на больную во время производства операціи, но за то нельзя быть увѣреннымъ, что съ помощью сухого вытиранія можетъ быть удалено все желаемое съ операціоннаго поля и изъ брюшной полости.

Промываніе или прополаскиваніе брюшной полости производится только въ спинномъ положеніи (не Тренделенбургскомъ), при помощи вливанія въ брюшную полость физиологическаго раствора 32°R , причеиъ брюшная полость наполняется жидкостью, брюшная рана зажимается пальцами рукъ, и производится встрясываніе или колыханіе брюшной полости и внутренностей. Больная поворачивается нѣсколько на бокъ и жидкость выпускается. Такое наполненіе брюшной полости можно производить изъ любого кувшина или другого сосуда; разумѣется при этомъ стараются, чтобы жидкость вливалась въ брюшную полость безъ удара.

Другой способъ состоитъ въ вливаніи жидкости черезъ спеціально приспособленный наконечникъ (Бантока). Наконечникъ соединенъ съ какою либо кружкой или ведромъ и помѣщается на дно Дугласова пространства и, въ силу наполненія жидкостью со дна къ поверхности, всѣ оставшіяся части: сгустки крови, гной, отрывки тканей, поднимаются кверху и выходятъ изъ брюшной полости. Это промыванье продолжается до тѣхъ поръ, пока жидкость не вытекаетъ совершенно чистой. Полезно при этомъ взбалтывать рукою жидкость изъ глубины; если нужно этимъ наконечникомъ промыть и остальную часть брюшной полости, то наконечникъ проводится въ почечную область и въ надчревную. Если при началѣ операціи гной излился въ брюшную полость, то лучше тотчасъ же влить жидкость и промыть брюшную полость, пока гнойное истеченіе не окончится,

для чего иногда требуется большое количество воды, и несомненно гной, обладающий заразными свойствами, при таком обильном промывании не инфицирует брюшную полость. То же самое может быть сказано и о гнилостных, коллоидокровянистых и тому подобных жидкостях, излившихся в брюшную полость. Чем больше влито жидкости, чем тщательнее промыта брюшная полость, тем меньше шансов на заражение. Во время вливания жидкости иногда бывает остановка дыхания, перебой пульса, спазмодическое сокращения брюшных мышц, но все это скоро исчезает и не мешает производству промывания. Но если в это время в глубь есть кровотечение, то остановка при помощи лигатур и обкалывания становится невозможной, и это не зависит от того только, что находится жидкость, но это зависит от того, что внутренности начинают перемещаться: выходить из брюшной полости и помещаться в полость таза.

Когда промывание закончено, то жидкость отчасти удаляется сама собою, а отчасти, и в особенности в глубоких местах брюшной полости, должна быть вычерпана компрессами или губками, и если субъект очень слаб или потерял много крови, то полезно вновь налить свежаго соляного раствора, иногда даже градуса на 2 выше (34° R). Если послѣ промывания жидкость не была вся удалена, то в послѣоперационномъ періодѣ наблюдается иногда обильное потѣніе съ нѣкоторымъ повышеніемъ температуры.

Во время производства лапаротоміи можетъ потребоваться въ силу плотныхъ, распространенныхъ приращеній, или въ силу перерожденій кишекъ, или въ силу вращенія кишки въ опухоль, — можетъ потребоваться частичная резекція кишки, которая производится по общимъ правиламъ. Разница состоитъ въ послѣоперационномъ уходѣ, о которомъ будетъ сказано.

Иногда, в особенности при интралигаментарныхъ и подбрюшинныхъ опухоляхъ, возможно раненіе мочеточника.

Если во время операциіи ранился мочеточникъ, то поступаютъ по одному изъ слѣдующихъ методовъ:

1) Экстирпируютъ соотвѣтствующую почку, что дѣлаетъ большинство. Опасность этого метода заключается въ томъ, что мы не знаемъ состоянія другой почки и въ случаѣ заболѣванія ея — исходъ печальный.

2) Поэтому производятъ свищъ мочеточнико-брюшной и вставляютъ катетеръ.

По произведеніи свища изслѣдуютъ мочу другой почки и, удостовѣрившись въ здоровомъ ея состояніи, экстирпируютъ почку.

3) Опыты съ перевязкой центрального конца мочеточника пвказали, что соотвѣтствующая почка атрофируется, и потому естественно при здоровомъ состояніи почки можно сдѣлать таковую перевязку. Но дѣло весьма трудное быть убѣжденнымъ, что почки и моча нормальны. Если же находится заболѣваніе и въ особенности бактеріальнаго свойства, то навѣрное произойдетъ воспаленіе почки съ зараженіемъ другой, которое можетъ потребовать немедленнаго удаленія почки или по крайней мѣрѣ нефротоміи.

4) Прямое соединеніе двухъ концовъ мочеточника не даетъ хорошихъ результатовъ: а) потому что на не гипертрофированномъ мочеточникѣ произвести

прямое соединеніе концовъ весьма затруднительно; b) но если срастаніе и впоследствии, то можетъ образоваться или стенозъ, или на шелкъ начнутъ откладываться мочекислые конкременты. При гипертрофированныхъ и увеличенныхъ мочеточникахъ такіе исходы тоже весьма вѣроятны по причинѣ болѣзненности самой структуры. Поэтому дѣлаются попытки соединить концы мочеточника слѣдующимъ образомъ: периферическій конецъ перевязывается и ниже мѣста перевязки дѣлается продольный разрѣзъ, въ который вкладывается центральный конецъ и укрѣпляется этажными швами. Но, конечно, и такая инвагинація уретера можетъ повлечь за собой тѣже исходы.

5) Почему наилучшій методъ есть вшиваніе центрального конца мочеточника въ пузырь. Для этого отсепааровываютъ мочеточникъ, на пузырь дѣлается продольный разрѣзъ, не проникающій черезъ слизистую пузыря—(рис. 36); въ образованный такимъ образомъ желобъ

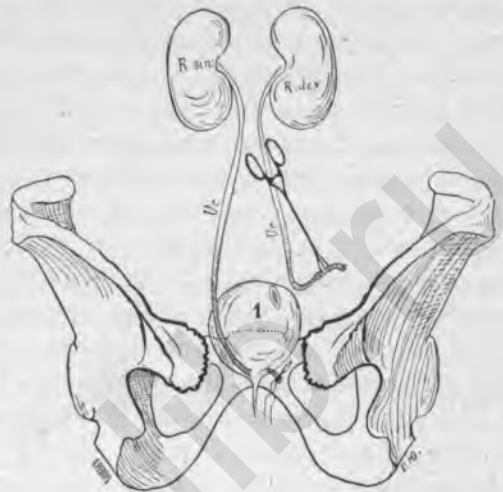


Рис. 36. Въ стѣнкѣ пузыря сдѣлано ложе для мочеточника.

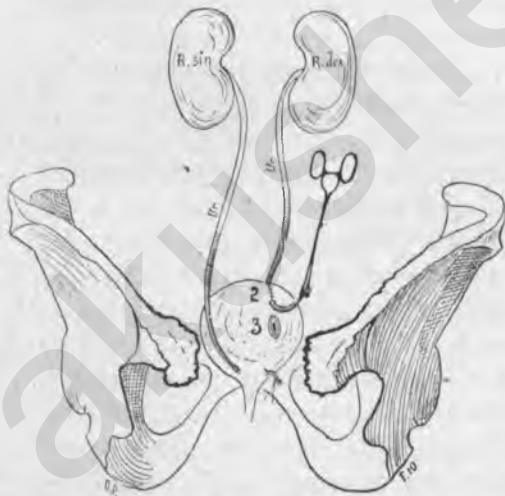


Рис. 37. Мочеточникъ вшитъ въ ложе и ниже сдѣлано отверстіе въ пузырь.

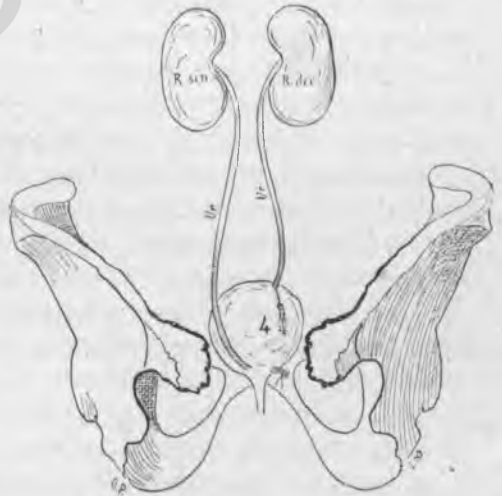


Рис. 38. Мочеточникъ вшитъ въ пузырь.

прикрывать мочеточникъ. Укрѣпивши мочеточникъ, на пузырь ниже этого дѣлаютъ разрѣзъ стѣнки (рис. 37), и конецъ мочеточника обускаютъ сквозь этотъ

разрѣзъ въ пузырь съ послѣдовательнымъ зашиваніемъ стѣнокъ пузыря (рис. 38).

Дренажированье брюшной полости производится при помощи дренажей (гуттаперчевыхъ, стеклянныхъ, сквозныхъ и не сквозныхъ, и при помощи іодоформенной марли). Показаніе къ дренажамъ брюшной полости преимущественно основывается на томъ, что во время самой операціи что-либо внесено, или что-либо оставлено, или поверхность операціоннаго поля во многихъ мѣстахъ была разорвана и обшиваніе разорванной поверхности не удалось до полного закрытія, или опасаются вторичнаго кровотеченія. Во всѣхъ такихъ случаяхъ дренажъ несомнѣнно оказываетъ благотворное вліяніе: съ одной стороны черезъ него дана возможность выхода скопляющагося отдѣленія брюшной и тазовой полости, съ другой стороны черезъ него дана возможность отсасывать отдѣленія и промывать полости брюшную и тазовую. Дренажъ не производитъ раздраженія брюшины, если онъ асептиченъ, не располагаетъ къ грыжамъ, если онъ не слишкомъ толстъ и не остается долгое время на мѣстѣ. Поэтому дренажъ долженъ быть изолированъ отъ внѣшней атмосферы и конецъ его долженъ быть или закупоренъ марлей, ватой, или завязанъ, или погруженъ въ какую-либо жидкость, по крайней мѣрѣ на первые четверо сутокъ.

Дренажъ долженъ доходить до дна полости, но если онъ трубчатый, то онъ не долженъ упираться, ибо можетъ произвести перфорацию. Если бы это случилось, то дренажъ нужно нѣсколько приподнять отъ мѣста прободенія, но не удалять его, и стараться заживить рану со дна.

Если дренажъ не сквозной, то конецъ его вводится въ нижній уголъ брюшной раны, и здѣсь пришивается швомъ и обкалывается булавкою-брошь; все это мѣшаетъ его втягиванью внутрь, и мѣшаетъ больной выдернуть его во время сна. На дренажъ кладется отдѣльная повязка, дабы истекающее отдѣляемое не портило остальной повязки.

Сквозной дренажъ проводится черезъ заднее Дугласово пространство во влагалище и конецъ его связывается съ концомъ, выходящимъ изъ брюшной раны (опять-таки чтобы больная не могла выдернуть его).

Отсасываніе изъ гуттаперчевыхъ и стеклянныхъ дренажей производится при помощи стекляннаго шприца, на конецъ котораго надѣта тоненькая дренажная трубочка, погружаемая на дно дренажной трубки. Обыкновенно отсасываютъ въ первый разъ послѣ операціи къ концу вторыхъ сутокъ, а затѣмъ ежедневно.

Дренажированіе можно производить посредствомъ марли. Дренажированіе посредствомъ марли имѣетъ слѣдующія преимущества: по мягкости своей она не мѣшаетъ и не давитъ на внутренности, по капиллярности своей она дренируетъ обильнѣе, по ширинѣ своей она можетъ занимать большую площадь, и вмѣстѣ съ тѣмъ она защищаетъ разорванныя поверхности и такимъ образомъ предохраняетъ отъ прирастанія внутренностей къ разорваннымъ мѣстамъ. Дренажъ изъ іодоформной марли можетъ оставаться въ брюшной полости до 8 сутокъ, слѣдовательно можетъ быть удаленъ тогда, когда навѣрно брюшная полость изолирована отъ дренажа. Марлевый дренажъ имѣетъ еще одно преимущество, что онъ можетъ выполнять полости, тампонируя ихъ и служа вмѣстѣ съ тѣмъ дренажемъ. Слѣдовательно можетъ служить хорошимъ кровеостанавливающимъ средствомъ.

Вотъ почему въ послѣднее время я исключительно употребляю таковой дренажъ, т. е. дренажъ Микулича. Дренажъ Микулича можно вкладывать повторно, но если повторное введеніе его затруднительно, то онъ можетъ быть замѣненъ трубчатымъ дренажемъ. Показанія къ удаленію дренажа до сихъ поръ точно не выяснены; общее правило можетъ быть сформулировано такъ: если отдѣляемое ничтожно, не мутно, серозно, не кровянисто, безъ запаха, то дренажъ можетъ быть удаленъ обыкновенно къ концу вторыхъ сутокъ. Но тамъ, гдѣ дренажъ помѣщенъ, чтобы предупредить приращеніе, тамъ удалять его лучше всего къ концу четырехъ сутокъ, равно какъ и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ онъ служитъ кровоостанавливающимъ тампономъ. Въ случаѣ же гдѣ онъ помѣщается въ искусственно-созданной полости, тамъ онъ долженъ быть удаленъ къ концу 6-ти сутокъ. Если послабленія больпой не происходитъ, а препятствій для испраженія нѣтъ (перитонита, обструкціи и т. д.), то дренажъ долженъ быть удаленъ ранѣе. Въ случаѣ появленія лихорадочнаго состоянія или гнойнаго отдѣленія существуетъ показаніе къ перемѣнѣ дренажа. Резиновые и стеклянные дренажи могутъ иногда вызывать неукротимую рвоту.

Повязка накладывается слѣдующимъ образомъ. Послѣ того, какъ брюшныя стѣнки обмыты и очищены эфиромъ и рана засыпана іодоформомъ съ бурой, накладывается восьмислойный компрессъ изъ іодоформенной марли, сверху кладется вата, закрывающая всю подчревную область живота, а сверхъ ваты двѣ или три марлевыхъ подушки, набитыхъ морскимъ канатомъ; все это укрѣпляется полосками липкаго пластыря, въ 3 пальца ширины, прикрѣпляемыми къ боковымъ частямъ таза и живота.

Пластыри накладываются довольно туго, чтобы получалось нѣкоторое давленіе. Больной спускается моча, ставится горячій клистиръ изъ воды съ виномъ (въ $\frac{1}{2}$ стакана), больная вытирается насухо и переносится въ теплую, нагрѣтую постель; кусокъ фланели обертывается вокругъ живота и укрѣпляетъ повязку.

Въ послѣднее время я оставилъ эту повязку для тѣхъ только случаевъ, гдѣ необходимо произвести сильное, равномерное давленіе (при опасности вторичнаго кровотеченія послѣ удаленія слишкомъ большихъ опухолей). Въ огромномъ же большинствѣ случаевъ употребляется коллоидная повязка, болѣе простая и дешевая.

Берется четырехслойный компрессъ изъ іодоформенной марли, величиной равный по длинѣ и ширинѣ раны со швами, края обмазываются и заливаются коллодіемъ. Поверхъ этого кладется тонкій слой ваты, тоже смазанный коллодіемъ, и сверхъ подушка изъ морского каната, и повязка въ постели укрѣпляется марлевымъ бинтомъ или фланелью.

Преимущества этой повязки очевидны: полный герметизмъ, легкость перемѣны повязки, отсутствіе раздражающихъ свойствъ, дешевизна, и наконецъ— возможность болѣе дѣйствительнаго примѣненія холода и тепла и удобство наблюденія за чистотой повязки. Но если эту повязку требуется сдѣлать болѣе плотной, болѣе герметичной, то въ такомъ случаѣ нужно каждый слой марли промазать отдѣльно коллодіемъ и послѣ 4-хъ слоевъ положить тонкій слой ваты, прикрывающій только марлю, и снова смазать коллодіемъ, а поверхъ ваты два-три слоя іодоформной марли, также смоченной коллодіемъ.

Тогда получается повязка, по твердости своей напоминающая кардонъ. Если заботиться о томъ, чтобы повязка производила давленіе на подобіе пелота (какъ, напримѣръ, пужно послѣ грыжесѣченія), то на невысохшую еще повязку накладывается валикъ изъ іодоформной марли, который укрѣпляется швами, глубоко проведенными черезъ кожно-мышечные слои брюшной раны, лигатура завязывается надъ валикомъ и середина повязки углубляется. Если вставленъ дренажъ въ нижній уголъ раны, то вокругъ него кладется отдѣльная повязка, если же дренажъ помѣщенъ выше, то въ повязкѣ дѣлается окно и края окна тоже смазываются коллодіемъ.

Иногда послѣ удаленія объемистыхъ опухолей во избѣжаніе вздутія кишекъ и въ предупрежденіе кровотеченій ех васцо, а также для остановки кровотеченій изъ сращеній, полезно поверхъ повязки положить тяжесть въ видѣ 5—10 фунтовыхъ мѣшковъ съ обеззараженнымъ пескомъ. Мѣшки эти удаляются къ концу 2-хъ сутокъ.

Въ обыкновенныхъ случаяхъ повязка мѣняется къ концу 8 сутокъ, когда снимаются вивы. Накладывается вторая повязка, которая удаляется къ концу 16-ти дней, т. е. въ то время, когда больная по большей части уже па ногамъ, и тогда животъ бинтуется марлевымъ бинтомъ. На 21-й день надѣвается бандажъ.

Болѣе ранняя или частая перемѣна повязокъ обусловливается промоканіемъ ихъ и возможностью разложенія отдѣляемаго.

Г Л А В А II.

Оперативная гинекологія.

Amputatio clitoridis.

Наркозъ, положеніе для камнесъченія; помощники раздвигаютъ и растягиваютъ большія и малыя губы въ верхнихъ частяхъ, старательно прижимая пальцы къ костямъ таза (къ нисходящимъ вѣтвямъ лобковой кости). Захватываемъ щипцами Мюзё клиторъ. 2 полудунныхъ боковыхъ глубокихъ разрѣза съ послѣдовательнымъ наложеніемъ глубокихъ и поверхностныхъ швовъ (шелкъ, crine de Florence). Снятіе швовъ къ концу 8 сутокъ (рис. 39).

Amputatio labiarum majorum et minorum.

Наркозъ, большая въ положеніи для камнесъченія; помощники раздвигаютъ большія и малыя губы; два полудунныхъ глубокихъ разрѣза. Слизистая оболочка входа во влагалище сшивается съ кожей глубокими и поверхностными швами. Кровотеченіе останавливается частью перевязкой, частью швами.

Обыкновенная повязка, причемъ отверстіе мочеиспускательнаго канала остается свободнымъ для катетеризаціи. Швы удаляются на 9-й день (рис. 39).

О п е р а ц і и н а н у м е н .

1) Пункція въ случаѣ непроходимости производится троакаромъ, по большей части какъ діагностическое средство. Разрѣзъ дѣлается или крестообразный или Н-образный, причемъ нижній лоскутъ Н-образнаго разрѣза пришивается кетгутомъ къ подлежащей части для предупрежденія зарощенія.

2) Кольцеобразная вырѣзка изъ нумен. Нуменъ захватывается острымъ пинцетомъ, или острымъ крючкомъ, ножницами вырѣзается кусокъ нуменъ и края обметываютъ кетгутовыми швами.



Рис. 39. Amputatio clitoridis, amputatio labiorum (разрѣзъ обозначенъ пунктиромъ); excisio hymenis (разрѣзъ вычерченъ сплошной чертой); разсѣченіе sphincter ani (тоже). Н—hymen, А—anus, t. i—tubera ischii.

3) Удаленіе всего hymen совершается при помощи ножницъ или пожа подъ наркозомъ. Положеніе для камнесъченія. Захвативши hymen или остатки его или sagunculae myrtiliformes (въ случаѣ вагинизма), кругообразнымъ разрѣзомъ вырѣзываются ножницами вышесказанныя части съ основаніемъ ихъ, причемъ если существуетъ спазмъ входа во влагалище (vaginismus), то разсѣкается ножомъ constrictor cunni черезъ всю толщу, а края оставшейся, послѣ удаленія hymen, раны обшиваются непрерывнымъ кетгутовымъ швомъ. Обыкновенная повязка. На 10-й или 12 день больныя покидаютъ постель.

Если существуетъ спазмъ sphincter ani, то разсѣкаютъ его при помощи подкожнаго съченія. Ножъ вкалывается косвенно подъ кожу (палецъ введенъ въ rectum) плашмя проводится подъ слизистой оболочкой и перпендикулярно въ одномъ или въ нѣсколькихъ мѣстахъ разсѣкается sphincter ani снаружи черезъ всю толщу. Мѣста вкола ножа заливаются іодоформнымъ коллодіемъ (рис. 39).

Excisio perinei.

Промежность может быть удалена вся или большей частью. Удаление промежности по большей части сопряжено съ удалением задней стѣнки влагалища въ нижней трети и частью вещества septi recto-vaginalis.

Наркозъ въ случаѣ удаленія всей промежности, положеніе для кампесѣченія. Помощники раздвигаютъ промежность, кладя пальцы на tuber ischii и раставивая кнаружи (рис. 40). Черезъ всю толщу задней стѣнки влагалища проводится два

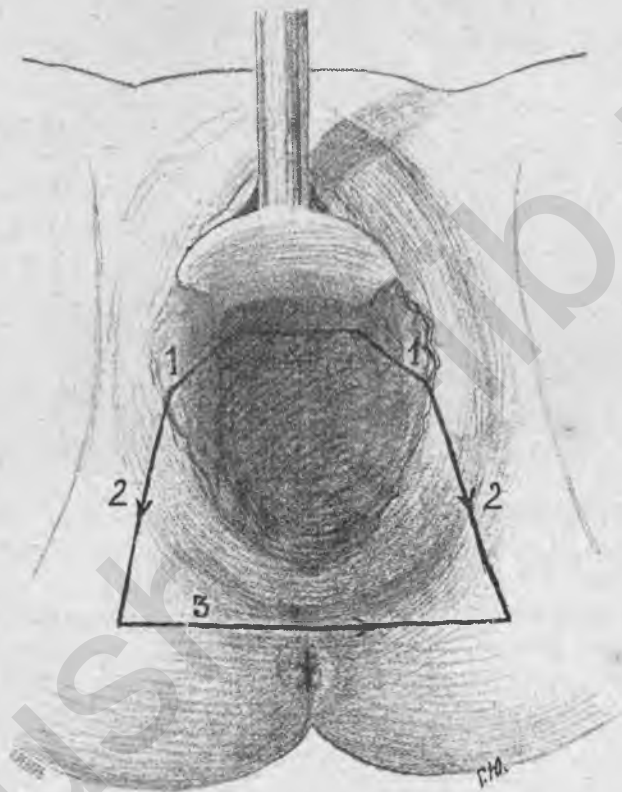


Рис. 40. Разрѣзы при частичномъ удаленіи промежности, задней спайки и задней стѣнки влагалища.

продольныхъ разрѣза сверху вниз (1); разрѣзъ проводится на уровнѣ задней (2) трети большихъ губъ и доходитъ до горизонтальной, проходящей надъ уровнемъ заднепроходнаго отверстія (3). Верхніе концы разрѣзовъ во влагалищѣ соединяютъ поперечнымъ разрѣзомъ (4). Выдѣляется вся толща промежности съ частью septi recto-vaginalis.

Послѣ остановки кровотеченія края раны соединяются изъ глубины къ кожной поверхности непрерывнымъ скорняжнымъ кетгутовымъ швомъ (рис. 41), слизистая оболочка влагалища зашивается непрерывнымъ швомъ, на кожный зра-

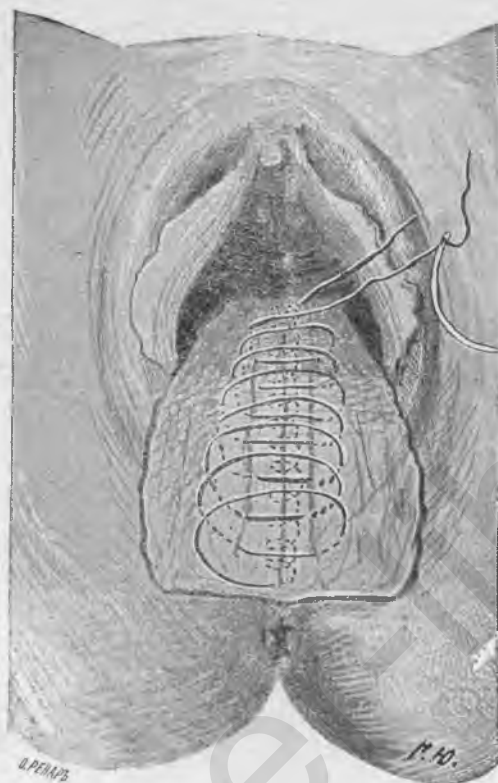


Рис. 41. Положеніе непрерывнаго шва послѣ частичнаго удаленія промежности.

рѣзь можетъ понадобиться нѣсколько узловатыхъ швовъ. Повязка, кожные швы удаляются на 9-й день, со слизистой влагалища на 12-й день. Положеніе въ постели со связанными колѣнями. Дѣйствіе кишечнаго канала, при помощи слабительныхъ, на 13-й день. На 14-е сутки больная покидаетъ постель.

Restitutio perinei.

При неполномъ или полномъ разрывахъ достаточно впрыскиванія кокаина, но у крайне чувствительныхъ особъ лучше наркозъ. Разрывъ полный, проникающій сквозь sphincter ani. Разрѣзъ ведется поперечно на срединѣ между rectum и влагалищемъ и горизонтально отсѣкается влагалище отъ прямой кишки на глубину 1" или 1½" (введенными въ rectum пальцами гарантируется цѣлость послѣдней). Отъ концовъ поперечнаго разрѣза ведутся 2 косвенныхъ разрѣза вверхъ и наружу къ заднему концу малыхъ губъ, такъ что разрѣзъ принимаетъ полулунную форму. Отъ концовъ же горизонтальнаго разрѣза ведется 2 косвенныхъ разрѣза назадъ и наружу, проникающіе сквозь толщу мышцъ, идущихъ по краямъ заднепроходнаго отверстія. (Рис. 42). Такимъ образомъ получается неправильный

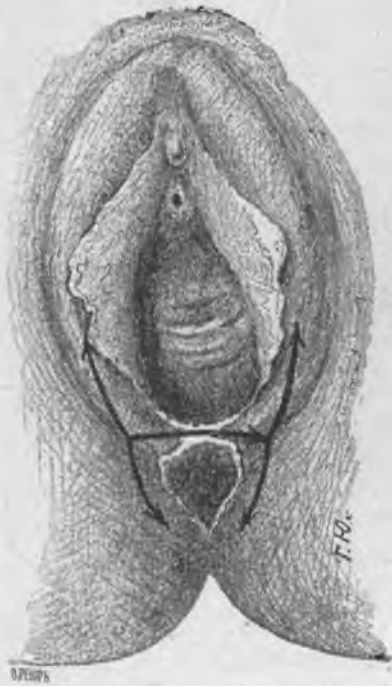


Рис. 42. Разрѣзы при полномъ разрывѣ промежности (операция Tait).

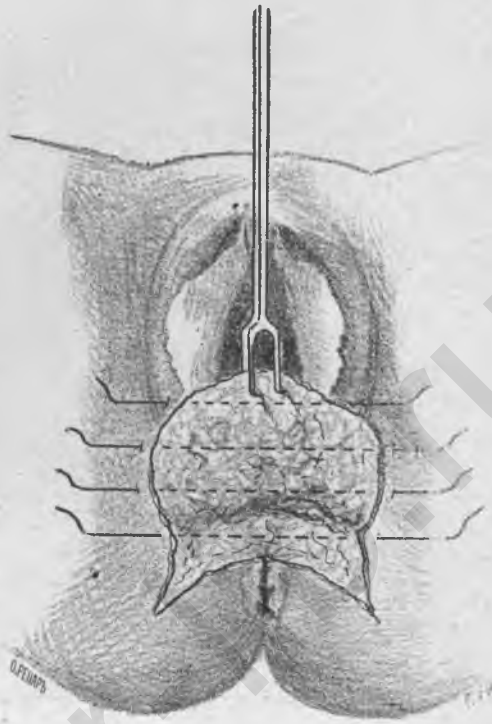


Рис. 43. Рана и швы при перипеорافیи по Tait.

И—образный разрѣзъ, проникающій въ толщу *septi recto-vaginalis*, преимущественно въ средину ея, причѣмъ верхняя половина И больше, чѣмъ нижняя. Образовавшіеся лоскуты передній и задній захватываются щипцами Мюзе и 1-й тянется помощникомъ вверхъ, а задній внизъ, черезъ что образуется четырехугольная рана (рис. 43), на которую накладываются глубокіе и поверхностные швы въ поперечномъ направленіи (операция Тейта, рис. 44). Накладывается повязка. Боковое положеніе, связанные конечности, жидкая діета, опій, швы удаляются на 9—12 день. Въ случаѣ неполнаго разрыва производится разрѣзъ, соответствующій только верхней (передней) части буквы И; остальное какъ въ предыдущемъ.

Удаленіе заднепроходнаго отверстія съ частью прямой кишки до *sphincter tertius*.

Наркозъ. Если пужно удалить заднепроходное отверстіе съ небольшой частью прямой кишки, то *rectum* тампонируется выше мѣста удаленія іодоформной марлей. Помощники захватываютъ *nates* и разводять. Операторъ вкалываетъ пощипъ надъ заднепроходнымъ отверстіемъ и на границѣ здоровыхъ тканей дѣлаетъ круговой разрѣзъ вокругъ него, черезъ кожу, подкожную клѣтчатку и толщу мышць,

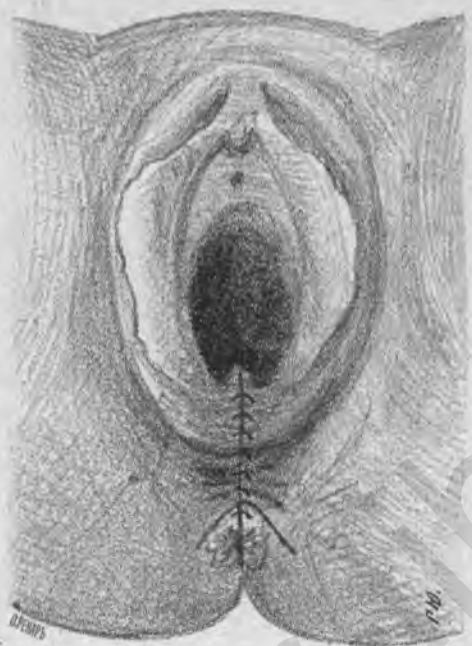


Рис. 44. Промежность восстановленная по Tait.

покаместъ заднепроходное отверстие не отдѣлится (рис. 45). Послѣ этого, захвативши щипцами Мюзе заднепроходное отверстие, вытягиваютъ внизъ и впередъ, и частью пальцемъ, частью ножницами, часть прямой кишки отдѣляется отъ прикрѣпленныхъ къ ней окружающихъ частей (рис. 46). Дойдя до желаемой высоты, отсепаровку оканчиваютъ, кровь останавливаютъ. Раньше чѣмъ отрѣзать кишку съ заднепроходнымъ отверстиемъ, проводится 2 или 4 глубокихъ шелковыхъ шва изъ просвѣта кишки къ кожной ранѣ, чтобы фиксировать кишку; для чего предварительно полезно разсѣчь кишку вдоль. Послѣ этого кишка отрѣзывается, сказанные швы затягиваются и слизистая оболочка кишки непрерывнымъ шелковымъ швомъ пришивается къ кожной ранѣ (рис. 47). Тампонъ вынимается и накладывается повязка. На 9-й день удаляются швы

Если вынимается кишка до sphincter tertius или выше, то лучше экстирпировать предварительно копчиковую кость и пришить оставшуюся часть кишки на мѣстѣ удаленной копчиковой кости. Предварительно ощупывается копчиковая кость двумя пальцами (одинъ палецъ *per rectum* или *per vaginam*, а другой на кожѣ). Ведется разрѣзъ отъ заднепроходнаго отверстия по средней линіи къ копчику и продолжается по боковой его части, причемъ разрѣзается кожа, фасціи, связки и мышцы, прикрѣпляющіяся къ боковой поверхности копчиковой кости. Черезъ это отверстие вводится палецъ на переднюю поверхность копчиковой кости и отдѣляется прикрѣпляющаяся кѣтчатка. Захвативши двумя пальцами копчиковую кость и двигая послѣднюю, отыскиваютъ сочлененіе коп-

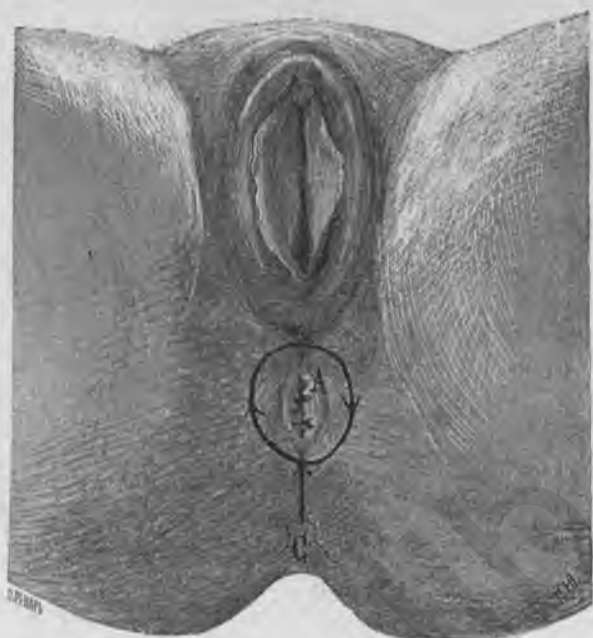


Рис. 45. Разрѣзы при extirpatio ani et recti.

чико-крестцовое, въ которое вкалывается ножъ, и копчиковая кость отсѣкается на мѣстѣ сочлененія. Послѣ того отсѣкаютъ боковыя прикрѣпленія мышцъ съ другой стороны и копчиковая кость удаляется. Войдя пальцемъ черезъ этотъ разрѣзъ, разрываютъ клетчатку, находящуюся на передней поверхности *ossis sacri*, и такимъ образомъ отдѣляютъ *rectum* съ тканями отъ передней поверхности *ossis sacri* до желаемой высоты. Сдѣлавши циркулярный разрѣзъ вокругъ задняго прохода отсепаровываютъ *rectum* отъ влагалища и боковыхъ прикрѣпленій при помощи пальцевъ и ножницъ, перевязывая постоянно попадающіяся кровоточащія мѣста, причемъ должно отмѣтить, что отдѣленіе отъ боковыхъ прикрѣпленій удобнѣ производить сзади напередъ, — кишка должна быть на мѣстѣ отдѣленія растянута 2 пальцами. Когда дошли до желаемой высоты, то прямую кишку вытягиваютъ книзу, къ мѣсту бывшаго копчика, и по всей периферіи фиксируютъ ее кетгутовыми швами, не проникающими сквозь слизистую ея. Кишка отсѣкается и оставшаяся слизистая пришивается къ кожнымъ разрѣзамъ при помощи поверхностныхъ и глубокихъ швовъ. Оставшаяся впереди рана зашивается изъ глубины наружи или при помощи непрерывныхъ кетгутовыхъ швовъ, или глубокими и поверхностными шелковыми.

Если новообразованіе зашло дальше и необходимо удалить весь *rectum*, то къ этому слѣдуетъ прибавить остеопластическую операцию на крестцовой кости, сущность которой состоитъ въ слѣдующемъ: разрѣзъ продолжается отъ копчиковой по боковому краю крестцовой въ плотную до кости (большая лежитъ на пра-

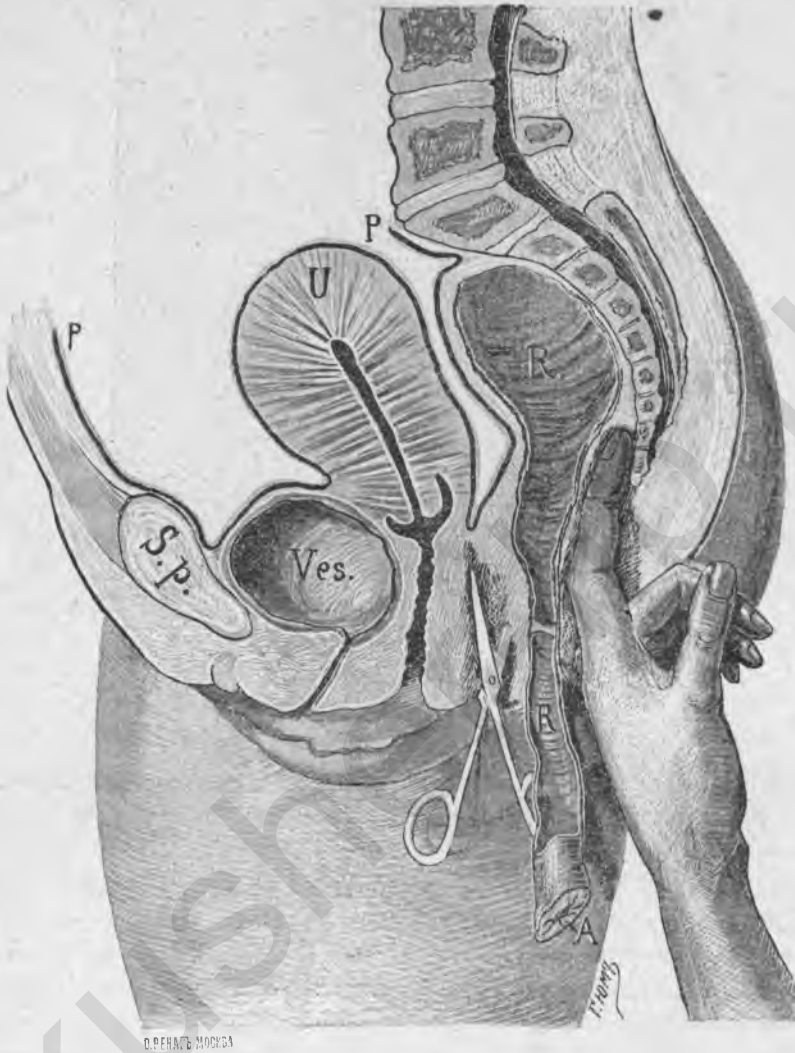
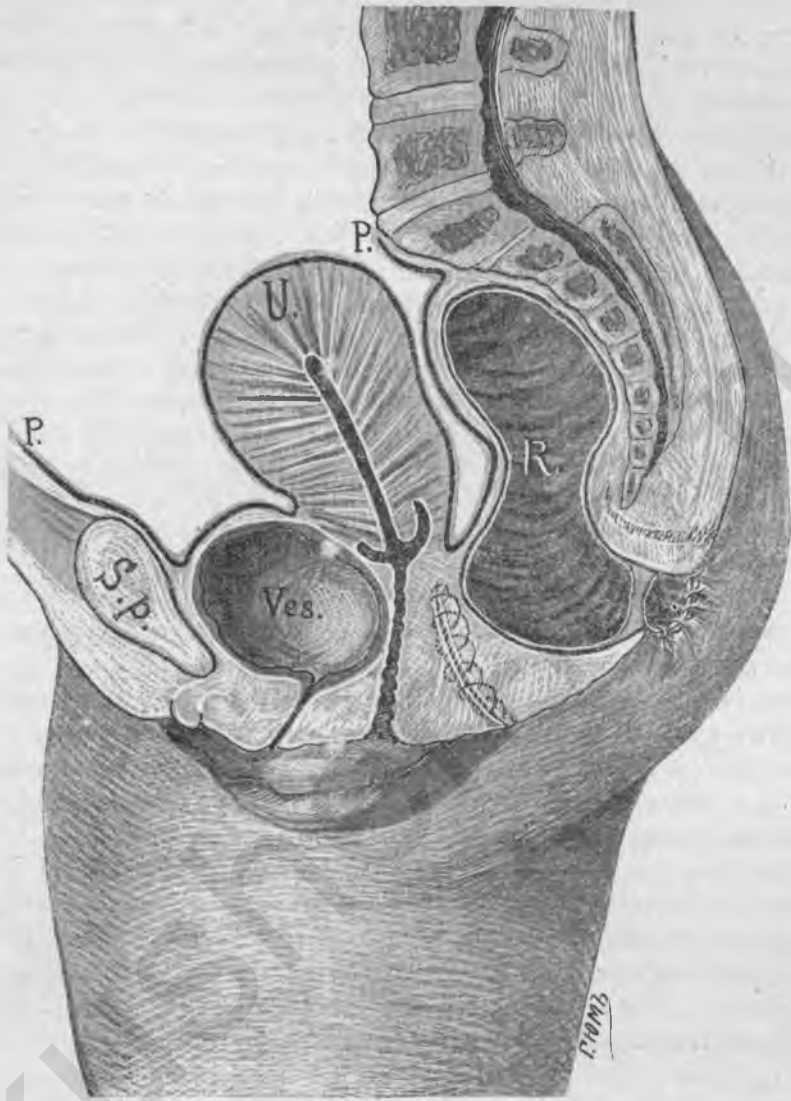


Рис. 46. Освобождение прямой кишки до sphincter tertius.

вомъ боку), помощникъ оттягиваетъ усиленно лѣвую ягодицу вверхъ и къ себѣ; отдѣляются всѣ прикрѣпленія мышцъ отъ нижней трети боковой поверхности крестцовой кости (связки и мышцы), и лѣвымъ указательнымъ пальцемъ проникаютъ на переднюю поверхность, отдѣляя отъ крестцовой кости кльчатку. Отыскиваютъ переднія отверстія крестцовой кости. Ощупавши нижнія два (3 и 4 отверстія), на границѣ между 3-мъ и 4-мъ или откалывается или отпиливается или откусывается ножницами горизонтально крестцовая кость, и отворачивается въ сторону; часть крестцовой кости остается прикрѣпленная боковыми прикрѣпленіями съ одной стороны. Если нужно ее удалить, то только стоитъ отрѣзать ее боковыя прикрѣпленія. Если-же ее нужно вложить снова (не отдѣ-



ВЕНЕРА ИСКЛА

Рис. 47. Восстановление ani et septi recto-vaginalis.

ля боковых прикрѣпленій), то безъ или при помощи костныхъ швовъ она можетъ прирости. Отклонивши крестцовую кость, можно легко сзади высоко отдѣлить прямую кишку помощью пальцевъ всей руки, введенныхъ въ полость таза (но не должно проникать ими выше промонторія), съ боковъ же разсѣкаются прикрѣпленія *in situ* пожицами. Если необходимо выдѣлать ее высоко, то, отсепарывая ее отъ влагалища помощью разсѣченія *septi recto-vaginalis*, придется вскрыть заднее Дугласово пространство. Клишка вытягивается и фиксируется на мѣстѣ копчиковой или крестцовой кости, и послѣ очищенія брюшины, брюшина Дугласова пространства кет-

гутымъ пришивается къ перитонеальному листку прямой кишки. Зашивши брюшную рану отрѣзаютъ кишку; крестцовую кость, если она сохранена, фиксируютъ, остальную часть раны зашиваютъ какъ въ предыдущемъ случаѣ. Повязка, боковое положеніе, жидкая діета, ошій. На 9-й день снятіе швовъ и послабленіе. Если при этомъ нужно удалить заднюю стѣнку влагалища и *septi recto-vaginalis*, то къ сказанному сакральному разрѣзу присоединяются 2 боковыхъ разрѣза, проникающихъ изъ влагалища по боковымъ частямъ прямой кишки, и задній сводъ вскрывается черезъ влагалище. Кромѣ всѣхъ перечисленныхъ швовъ еще при этомъ накладывается непрерывный шовъ на слизистую влагалища.

Замѣчаніе. На основаніи анатомическихъ и клиническихъ данныхъ нѣтъ необходимости для удаленія всей гесті дѣлать остеопластическую операцію. Совершенно достаточны разрѣзы параректальный, копчиковый и парасакральный съ широкимъ вскрытіемъ *spatii ischio-rectalis*, ибо просторъ во время операціи зависитъ главнымъ образомъ отъ перерѣзки *ligamentorum spinoso—et tuberoso-sacrosum*

Dilatatio et Occlusio ostii vaginae et vaginae et restitutio vaginae.

Влагалище сужено, и существуетъ стенозъ, будетъ ли онъ во входѣ, или онъ будетъ гдѣ-либо на протяженіи вагины, по во всякомъ случаѣ длина стеноза не будетъ занимать болѣе $\frac{1}{3}$ влагалища. Существуетъ два метода: кроваваго и некроваваго расширенія вагины. Некровавое расширеніе тѣсно связано съ уничтоженіемъ рубцовой ткани, съ ея рассасываніемъ. Уничтоженіе рубцовъ и суженій совершается при помощи постепеннаго расширенія бужами (дилататорами Гегара) съ предварительными насѣчками рубцовой ткани (способъ Боземана) или при помощи водяныхъ дилататоровъ. Путемъ постепеннаго введенія расширителей и оставленіемъ ихъ отъ 5 минутъ до нѣсколькихъ часовъ на мѣстѣ суженія удастся достигнуть достаточнаго расширенія, какъ для акта *coitus*, такъ и для послѣдующихъ родовъ, съ тѣмъ однако же, что во время родовъ, можетъ быть, понадобится сдѣлать поверхностные или глубокіе надрѣзы на мѣстѣ рубцоваго суженія.

Кровавое удаленіе суженныхъ мѣстъ состоитъ въ томъ, что вырѣзываютъ суженное мѣсто (рубцовую ткань), — гарантируя отъ пораненія *rectum et vesicam* пальцемъ въ гестумъ и зондомъ въ пузырь, — и слизистыя оболочки, ограничивающія окровавленные мѣста, соединяютъ непрерывными поверхностными и глубокими кетгутowymi швами, причемъ стараются раны продольныя перевести въ косвенныя или поперечныя; тампонируютъ влагалище марлей и на 9-й день удаляютъ марлю, а на 12-й позволяютъ встать съ постели.

Если стенозъ, или *atresia vaginalis* распространяется на большее пространство и занимаетъ двѣ трети или все влагалище, то этихъ способовъ недостаточно.

Здѣсь является вопросъ о возстановленіи влагалища или на одной трети, или на двухъ третяхъ, или цѣлаго.

Въ случаѣ существованія суженія на одной трети вверху или внизу или въ срединѣ, должно попытаться исцѣчь атрезированное мѣсто. Большая въ положеніи для камнесѣченія. Вводится зондъ въ пузырь, а въ *rectum* палецъ, и зондъ долженъ

быть съ ясностью оцупанъ пальцемъ. На мѣстѣ атрезіи разсѣкается ножемъ слизистая и подслизистая, и дальнѣйшее отдѣленіе пузыря отъ *rectum* производится тупымъ инструментомъ: пальцемъ, рукояткою скальпеля, тупыми концами ножницъ, все время заботясь о томъ, чтобы не поранить *rectum* и пузырь. Должно отмѣтить, что раненіе пузыря въ этомъ случаѣ менѣе опасно. Если отдѣленіе пузыря отъ *rectum* совершилось въ одинъ или нѣсколько сеансовъ и если образовалось отверстіе, способное пропустить только зондъ, то этотъ каналъ первоначально тампонируется марлей, а черезъ сутки марля удаляется и на мѣсто ея вводится или *tupelo* или *laminaria*, по удаленіи которыхъ снова или тампонируютъ марлей, или приступаютъ къ дальнѣйшему форсированному расширенію (отдѣленіе пузыря отъ *rectum*) при помощи тупыхъ инструментовъ, съ тѣмъ чтобы опять вести дальнѣйшее расширеніе при помощи или *tupelo* или расширителей бужей, до тѣхъ поръ пока не достигнуть желаемого расширенія. Это путь медленный и относительно не вѣрный. Требуется иногда педѣли и мѣсяцы. Расширенное влагалище имѣетъ необыкновенное стремленіе снова сузиться и зарости и даже актъ *coitus*, который считается хорошимъ помощникомъ въ этихъ расширеніяхъ, не приноситъ надлежащей пользы. Въ виду этого тамъ, гдѣ пространство суженное не особенно значительно, тамъ нужно воспользоваться сосѣдними тканями для пластической операции (трансплантациа тканей). Или пользуются слизистой оболочкой влагалища, или слизистой малыхъ губъ, или даже тканями большихъ губъ. Но всѣ таковыя трансплантациа могутъ быть совершены только на ограниченныхъ пространствахъ. Если же суженіе занимаетъ болѣе трети влагалища, то таковыя трансплантациа не удаются. Поэтому естественно возникла мысль пополнить недостатокъ трансплантированныхъ тканей побочными извнѣ добываемыми субстратами; такъ, пытались на мѣсто образованнаго расширенія переносить эпителиальныя ткани изъ другихъ органовъ и даже отъ другихъ животныхъ (напр. эпителий кошекъ, собакъ), но всѣ эти попытки имѣютъ единичный характеръ и до сихъ поръ не вошли въ употребленіе.

Какъ на одну изъ такихъ попытокъ, я укажу на собственную, извѣстную подъ названіемъ *transplantatio ani et recti ad instar vaginae*. Сущность операциа состоитъ въ томъ, что при полномъ недостаткѣ развитія влагалища съ существованіемъ или безъ существованія матки (рис. 48) переносится нижняя часть *recti* до *sphincter tertius* съ заднепроходнымъ отверстіемъ, изъ котораго образуется *introitus vaginae*, изъ *rectum* влагалище, а изъ верхняго отрѣзка прямой кишки *cum sphinctere ani tertio* на мѣстѣ вылуценнаго копчика образуется новое заднепроходное отверстіе. Пространство между *rectum* и вповь образованной вагиной переходитъ въ *perineum* и *septum recto-vaginale*.

Операциа дѣлается по двухъ-моментному способу.

1 й моментъ.

Наркозъ. Больная кладется на правый бокъ съ согнутыми и притянутыми къ животу бедрами. Проводится разрѣзъ черезъ кожу и подлежащіе слои по лѣвому краю нижней части крестцовой и копчиковой костей вплоть до задняго края заднепроходнаго отверстія. Черезъ этотъ разрѣзъ вылуцается копчиковая кость. Послѣ этого приступаютъ при помощи пальца къ отдѣленію прямой кишки отъ

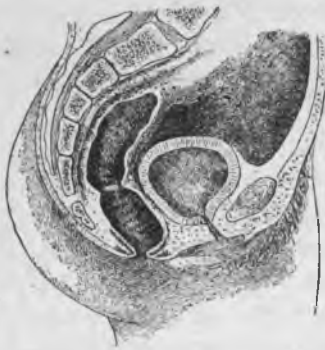


Рис. 48. Врожденное отсутствіе влагалища.

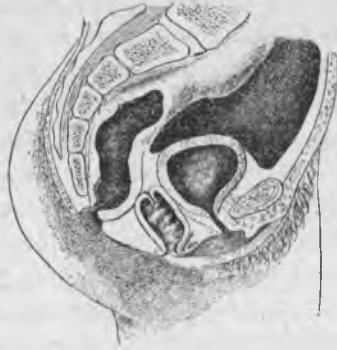


Рис. 49. Образование слѣпого мѣшка изъ нижняго отрѣзка recti. Третій сфинктеръ образуетъ суженіе въ мѣстѣ, новому anus. Это отверстіе помѣщается какъ разъ тамъ, гдѣ находилась удаленная копчиковая кость.



Рис. 50. Окончательный результатъ операциі. Часть передней стѣнки прежняго anus, изображенная пунктиромъ на предыдущемъ рисункѣ, разрѣзана въ плоскости рисунка, чѣмъ и заканчивается операциа colporrhoeisis.

передней поверхности крестцовой кости. Отдѣленная отъ крестца кишка на высотѣ 3 дюймовъ отъ задняго прохода по всей своей окружности отсепаровывается отъ прикрѣпленій къ сосѣднимъ тканямъ, въ томъ числѣ и отъ пузыря.

Затѣмъ петля пальцемъ вытягивается въ рану и разрѣзается между двумя лигатурами; верхняя часть нижняго отрѣзка, по заворачиваніи слизистой внутрь, сшивается непрерывнымъ швомъ и вставляется на свое первоначальное мѣсто (этимъ сшиваніемъ, такъ сказать, образуется сводъ или куполъ вновь образованнаго влагалища). Верхній отрѣзокъ recti, по дальнѣйшемъ отсепарованіи отъ пузыря и окружающихъ частей, опускается внизъ ишивается на мѣстѣ удаленной копчиковой кости (рис. 49) среди мышцъ, идущихъ къ этой кости, такъ что волокна *m. levatoris ani*, окружая кишку, подкрѣпляютъ дѣйствіе *sphincteris ani tertii*.

Положеніе на боку, опій, жидкая пища. Къ концу 8 сутокъ удаляются швы и тампоны изъ отрѣзаннаго конца recti. На 9 день клизма и слабительное.

Къ концу двухъ недѣль приступаютъ къ второму моменту операциі.

Наркозъ. Положеніе для камнещеченія.

Въ отрѣзанный конецъ recti вводится ножъ и разбѣкается вся толща кольца по средней линіи вплоть до нижняго края уретры. Слизистая при помощи непрерывнаго шва пришивается къ окружающимъ частямъ. Такимъ образомъ рукавъ принимаетъ щелевидную, продольную форму (рис. 50).

Положеніе на боку, швы снимаются къ кошку 8 сутокъ.

Операциа зашиванія входа во влагалище, или влагалища гдѣ либо на протяженіи его извѣстна подъ названіемъ *colporrhoeisis*. Больная въ положеніи для камнещеченія. Помощники пальцами или зеркалами обнажаютъ мѣсто, гдѣ должно быть произведено зашиваніе. Хирургъ захватываетъ пинцетомъ заднюю стѣнку влагалища, а передняя и боковая стѣнки захватываются острыми крючками, и проводится циркулярный разрѣзъ, проникающій черезъ толщу слизистой и подслизистой оболочки влагалища. Отступая внизъ и кнаружи на треть дюйма, дѣлается

второй циркулярный разръзъ черезъ ту же толщю, и слизистая оболочка ограниченаго разръзами пояса удаляется при помощи ножа или ножницъ. Получившееся окровавленное мѣсто зашивается поверхностными и глубокими швами въ попереч-

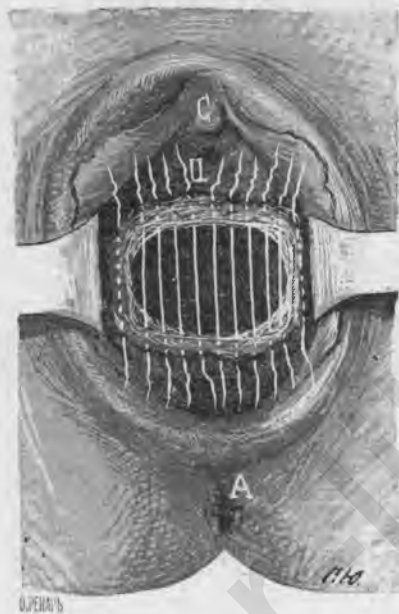


Рис. 51. Colpocleisis. C-clitoris, A-anus, U-urethra.

номъ направленіи (рис. 51). Если операція производилась по новоду пузыривлагалищныхъ свищей, то вставляется въ пузырь катетеръ à demeure. Влагалище тампонируется марлей. На 9-ый—10-ый день швы удаляются.

Colpotoμία.

Иногда при операціяхъ полного вылущенія матки, чаще при фистулахъ, или для другихъ какихъ либо цѣлей требуется расширить влагалище и въ особенности у нерожавшихъ женщинъ. Расширеніе можетъ быть совершено при помощи тампонаціи марлей или ватой въ продолженіе сутокъ, двухъ, причемъ влагалище тампонируется ad maximum или, что лучше, расширеніе производится при помощи колпейринтера, наполненнаго воздухомъ или водой. Но если этого расширенія недостаточно и узокъ главнымъ образомъ входъ во влагалище, то въ такомъ случаѣ дѣлается кровавое разсѣченіе его входа. Для чего ведется разръзъ изъ входа во влагалище къ tuber ischii съ одной или съ обѣихъ сторонъ, — разръзъ, начинающійся на границѣ нижней трети съ среднею и проникающій сквозь всю толщю входа во влагалище, слѣдовательно чрезъ constrictor cunni. Если этого недостаточно, то въ такомъ случаѣ разръзъ этотъ углубляется по направленію къ tuber ischii, боковая стѣнка влагалища отсепаровывается пальцемъ и на желаемомъ протяженіи разсѣкается на мѣстѣ отсепарованія. Операція подъ наркозомъ, въ положеніи боковомъ или въ положеніи для камнебъченія.

Кровоточащіе сосуды, по мѣрѣ разсѣченія, захватываются пинцетами и перевязываются. Благодаря такому боковому разсѣченію влагалища и оттягиванію краевъ раны кнаружи, влагалищная часть и своды влагалища приближаются къ *introitus vaginae*, такъ что всѣ оперативныя пособія на шейкѣ матки или въ сводахъ производятся *in visu*. Если при этомъ, отсепаровавши, разсѣчь боковой или богово-задній сводъ, то основаніе широкихъ связокъ приблизится ко входу влагалища и, раздѣляя пинцетомъ клѣтчатку, можно отыскать *arteria uterina* (дугу ея) и мочеточникъ. Обстоятельство это весьма важно при удаленіи матки черезъ влагалище помощью операціи Шухардта. Возстановленіе разрѣзаннаго входа влагалищнаго или всего влагалища совершается при помощи непрерывныхъ кетгутовыхъ швовъ и добавочныхъ швовъ на слизистую и на кожу. Тампонація влагалища іодоформенной марлей и лѣченіе по общимъ правиламъ.

Extirpatio vaginae partialis et totalis.

Удаленіе всего влагалища по большей части бываетъ совмѣстно съ удаленіемъ *recti*, причемъ, какъ указано было выше, по большей части передняя стѣнка влагалища, примыкающая къ пузырю, остается нетронутою и такимъ образомъ зарощеніе просвѣта влагалища не совершается. Но еслибы возникъ вопросъ объ удаленіи влагалища безъ *rectum*, то паркотизируютъ больную и кладутъ ее въ положеніе для камнесѣченія. Помощники оттягиваютъ кожу съ подлежащими тканями по направленію къ *tuber ischii*; промежность разсѣкается поперечно (горизонтально) и разрѣзы продолжаютъ изъ концевъ поперечнаго въ круговые вокругъ влагалища, причемъ сохраняются или не сохраняются большія и малыя губы. Введя два пальца *in rectum*, влагалище отсепаровываютъ частью при помощи ножницъ, частью пальцемъ, отъ передней стѣнки *recti*, — держась ближе къ стѣнкѣ влагалища и стараясь оставить больше тканей на *rectum*, (мышечныя ткани сфинктеровъ), — и отъ боковыхъ прикрѣпленій, а кровоточащіе мѣста перевязываются кетгутотомъ. Задняя спайка входа во влагалище захватывается щипцами Мюзе и вытягивается кпереди и вверхъ, а отсепаровываніе продолжается вплотную до Дугласова пространства и задній сводъ влагалища или пальцемъ отдирается отъ Дугласовой складки брюшины, или, если послѣдняя приросла къ своду, Дугласово пространство вскрывается.

Послѣ отдѣленія влагалища по всей задней его стѣнкѣ и по боковымъ до боковыхъ сводовъ помощники расширяютъ усиленно рану, и если вскрытъ задній сводъ, то онъ тампонируется іодоформной марлей. Засимъ слѣдуетъ приступить къ отдѣленію боковыхъ сводовъ; при этомъ должно помнить, что отдѣленіе боковыхъ сводовъ не можетъ быть совершено ни тупымъ, ни кровавымъ способомъ безъ предварительной перевязки сосудовъ, потому что въ боковыхъ и переднебоковыхъ сводахъ встрѣчается или *art. uterina* или вѣтви ея. Поэтому необходимо вытянуть влагалище насколько возможно, и если боковые своды мало подаются, то должно разсѣчь окружающія мягкія части вбокъ (разрѣзы упомянуты въ вышеприведенной операціи расширенія влагалища) и послѣ того наложить кет-

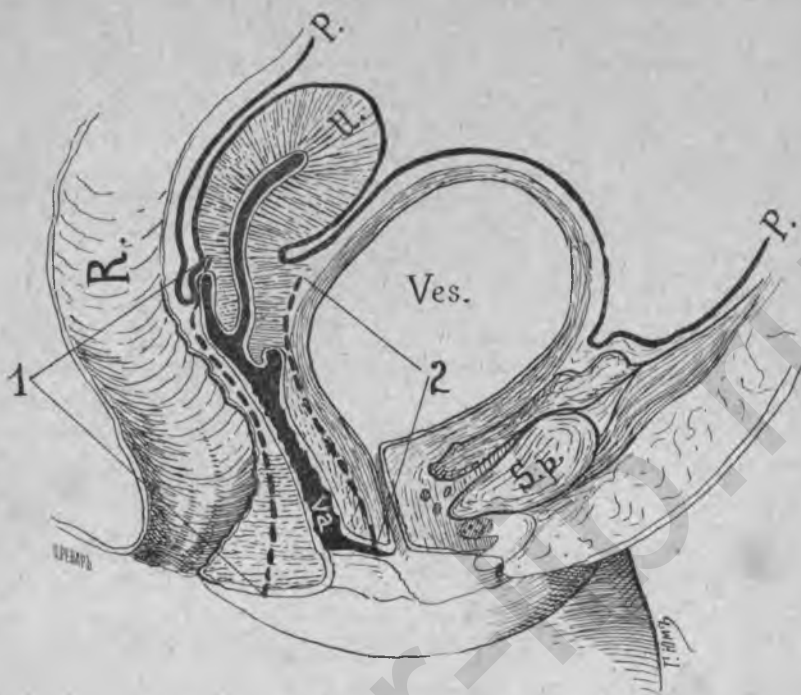


Рис. 52. Разрезы при extirpatio vaginae

гутовые лигатуры по краямъ шейки матки въ надвлагалищной ея части (при этомъ практически по большей части, напр. при канкрозномъ пораженіи шейки матки, идетъ дѣло о вылуценіи или шейки матки или всей матки). Въ случаѣ вылуценія только одного влагалища послѣ перевязки сосудовъ надъ боковыми сводами влагалища оно отсѣкается отъ боковыхъ прикрѣпленій къ шейкѣ матки и влагалищной части. Засимъ влагалище по задней стѣнкѣ начиная отъ входа во влагалище продольно разсѣкается ножницами. Влагалищная часть захватывается щипцами Мюзе (а иногда это дѣлается и до отдѣленія боковыхъ сводовъ), усиленно опускается внизъ, и переднебоковой сводъ влагалища на мѣстѣ прикрѣпленія влагалищной части разрѣзается полукруговымъ разрѣзомъ, и пальцами разрывается клетчатка, лежащая между пузыремъ и шейкой матки, а отсепарованные передній и боковые своды захватываются щипцами Мюзе и оттягиваются; при помощи ножницъ и пальцевъ хирургъ отдѣляетъ переднюю стѣнку отъ пузыря (отдѣленіе весьма продолжительное), стараясь не поранить пузыря, а еслибы это случилось, то тотчасъ нужно его зашить.

Эта часть операціи продолжается до тѣхъ поръ, пока все влагалище до уретры не будетъ отдѣлено (рис. 52). По перевязкѣ кровоточащихъ сосудовъ, влагалище тампонируется марлей, съ предварительнымъ зашиваніемъ задняго свода (его перерѣзанный край пришивается къ прямой кишкѣ), если таковой былъ вскрытъ. Если это совершается у молодой особы, то почти нѣтъ возможности удержать

влагалище отъ зарощенія, и *volens-nolens* приходится при этомъ экстирпировать и матку. Но если эта операція дѣлается у больной въ климактерическихъ годахъ, то, выжегши слизистую оболочку матки крѣпкимъ растворомъ хлористаго цинка, или *Zinco sulphurico* или *Zinco chlorato in substantia*, или наконецъ паромъ (дабы произошло уничтоженіе слизистой матки и зарощеніе полости ея), можно не опасаться впоследствии суженія влагалища.

Если бы обстоятельства требовали вмѣстѣ съ экстирпаціей влагалища частичной резекціи прямой кишки или мочевого пузыря, то восстановленіе этихъ послѣднихъ органовъ совершается по общимъ правиламъ.

Что касается до частичнаго удаленія влагалища, то изъ вышесказаннаго понятны необходимыя приемы, съ тою только разницею, что окровавленные ткани на мѣстѣ удаленной части влагалища закрываются сосѣдними тканями (по большей части слизистой влагалища) въ поперечномъ или продольномъ направленіи.

Но иногда въ виду очень распространенныхъ новообразованій влагалища необходимо къ вышесказанному прибавить сакральный разрѣзъ, и если мѣсто для манипуляцій тѣсно, то необходимо добавить еще остеопластическую операцію на *os sacrum*.

Dilatatio et restitutio urethrae.

Насѣчки на наружномъ мочеиспускательномъ отверстіи съ цѣлью послѣдовательнаго его расширенія дѣлаются звѣздообразно. Кровотеченіе останавливается само-собою.

Въ случаѣ расширенія уретры или гипертрофіи ея, подъ наркозомъ вырѣзывается изъ задней поверхности клинообразный кусокъ толщи уретры. Слизистой уретры не трогаютъ; непрерывный шелковый шовъ на 9-ыя сутки удаляется. (Рис. 53).

Если *sphincter vesicae* цѣлъ, а уретра разрушена въ нижней своей части, то для восстановленія ея дѣлаютъ два боковыхъ разрѣза, сходящихся у шейки пузыря, черезъ всю толщу слизистой, подслизистой и частью мышечнаго слоя влагалища. Края, идущіе во влагалище, отсепаровываютъ по всей толщѣ для доставленія имъ большей подвижности, и на введенномъ въ уретру катетерѣ сближаютъ и зашиваютъ, при помощи шелковыхъ швовъ. (рис. 54) Катетеръ *à demeure*. Удаленіе швовъ на 9-ый день.

Эта операція дѣлается только въ тѣхъ случаяхъ, когда нѣтъ рубцоваго

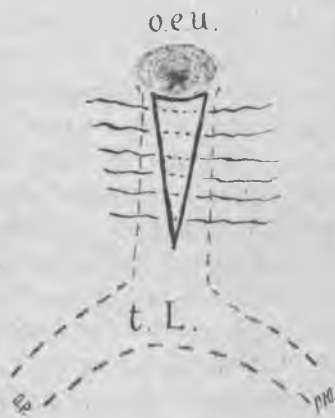


Рис. 53. Вырѣзываніе клинообразнаго куска изъ толщи уретры.

(рис. 54) Катетеръ *à demeure*. Удаленіе швовъ на 9-ый день.

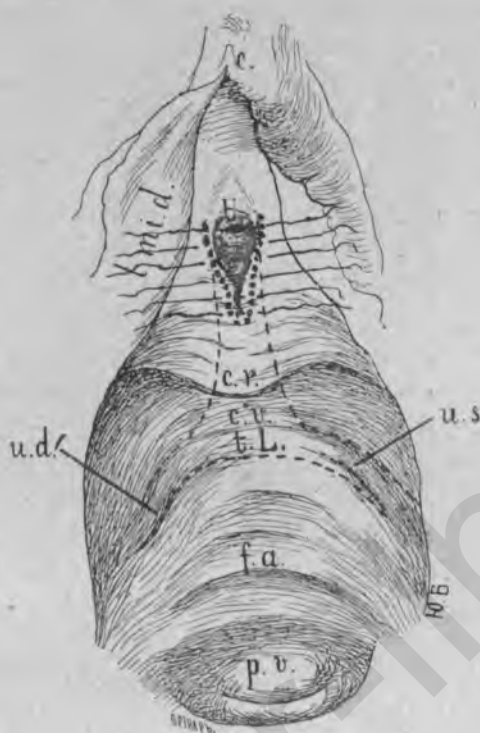


Рис. 54. Зашивание свища мочеиспускательного канала.

перерождения слизистой входа во влагалище. Иногда часть уретры бывает зарращена (atresia). Если это случается в нижней части, то просветить можно восстановить при помощи прокола троакаромъ; если же заросшее мѣсто находится в срединѣ уретры, то пользуются методомъ, предложеннымъ Симономъ, названнымъ имъ «Ueberbrückung». Сущность операции состоитъ в томъ, что атрезированное мѣсто уретры очерчивается изъ влагалища разрѣзомъ такимъ образомъ, чтобы оно образовало переднюю стѣнку уретры, а перерѣзанные просветы мочеиспускательного канала соединяются швами надъ нимъ (рис. 55).

Если при вышесказанныхъ условіяхъ разрушена шейка пузыря, то восстановить держаніе мочи вышесказанными способами не удастся, и тогда надо восстановить такъ уретру, чтобы ея наружный конецъ, т.-е. наружное мочеиспускательное отверстіе, смотрѣло вверхъ и впередъ. Для этого предварительно передняя поверхность уретры освобождается изъ подъ symphysis pubis при помощи поперечнаго разрѣза, (причемъ возможно раненіе plexus Santorini, хотя это не важно, ибо кровотеченіе легко устранимо тампонадой) и вытягивается изъ-подъ него. Восстановивъ уретру, наружное мочеиспускательное отверстіе и часть ея пришиваютъ близъ frenulum clitoridis, такъ что уретра образуетъ перегибъ и удлиненіе выпуклостью книзу, вслѣдствіе о чего происходитъ держаніе мочи, а если этого и не

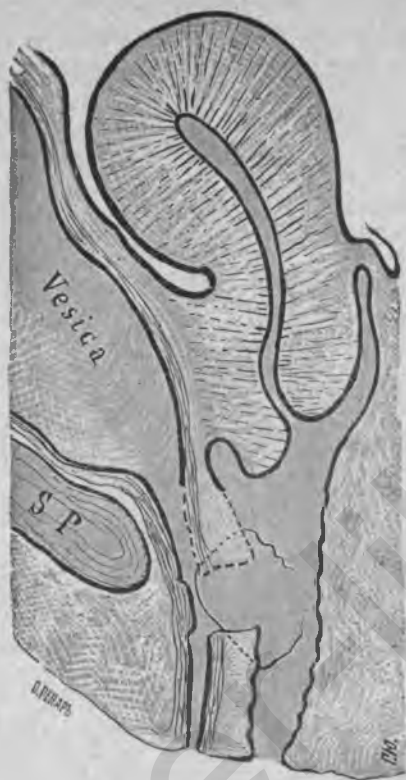


Рис. 55. Возстановленіе атрезированной уретры.

происходить, то становится гораздо удобнѣе прикрѣпить мнимочепріекъ. Моча во время лежанія на спинѣ удерживается и во время акта coitus не стекаетъ (Оттъ и Заяицкій).

Вообще при возстановленіи уретры желателно пользоваться сосѣдными частями (малыми губами) и при помощи наиболѣе широкихъ отслоеній возможно построить уретру съ нѣкоторымъ держаніемъ (*continentia urinae*), явится ли оно результатомъ равенства гидростатическаго давленія въ пузырьѣ и уретрѣ или въ силу образованія приспособленія, подобнаго валику или заслонкѣ.

Раненія и свищи.

Раны стѣнокъ влагалища могутъ быть защиты на какомъ угодно протяженіи; лучшее положеніе для этого или положеніе для камнеотчненія, или положеніе *à la vache*, причеь при ранахъ влагалища проникающихъ въ брюшную полость положеніе *à la vache* не должно быть употребляемо, иначе кровь и другіе секреты проникнутъ въ брюшную полость. Всякое раненіе влагалища должно быть зашито, послѣ того, какъ влагалище хорошо очищено и кровь остановлена. Впро-

чемъ, кровь удаётся останавливать и самими швами. Швы преимущественно шелковые. Зашивание преимущественно производится въ поперечномъ направленіи, рѣже въ продольномъ (опасеніе за суженіе просвѣта влагалища и за болѣе трудное заживленіе). Зашивание можетъ быть произведено безъ наркоза. Тампонація влагалища, снятіе швовъ отъ 9-го до 14-го дня.

Хирургическое леченіе свищей. Сущность операций мочево-влагалищныхъ и кишечно-влагалищныхъ свищей состоитъ въ окровавленіи краевъ свища и въ зашиваніи окровавленныхъ краевъ свища при помощи шелковыхъ швовъ (другіе употребляютъ металлическіе швы, crine de Florence). Въ огромномъ большин-

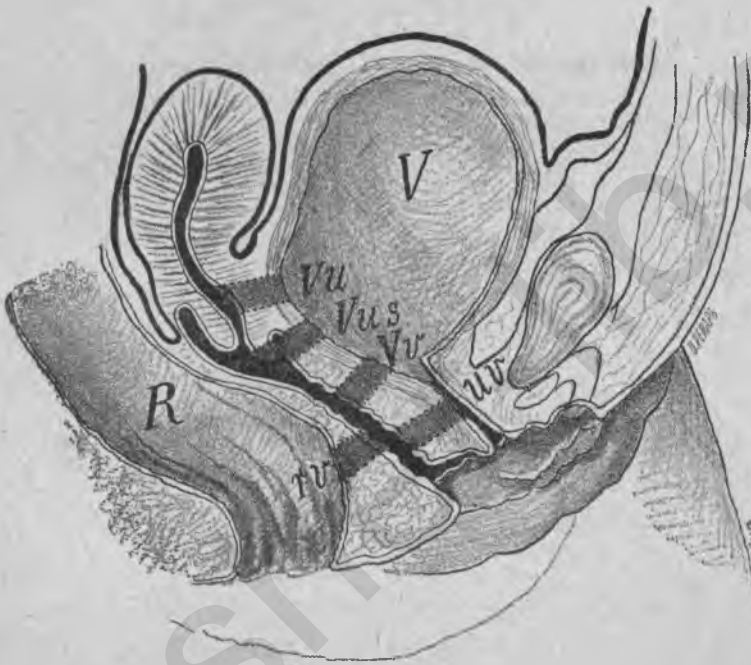


Рис. 56. Диаграмма свищей. Vu—f. vesico-uterinae (cervicales); vus—f. vesico-utero-vaginales; uv—f. urethro-vaginales; rv—f. recto-vaginales.

ствѣ случаевъ операція безъ наркоза, но есть случаи, гдѣ наркозъ необходимъ. При влагалищныхъ свищахъ (fistulae urethro-vaginales, vesico-vaginales et vesico-utero-vaginales superficiales, рис. 56) при окровавленіи можно удалять слизистую влагалища, мышечный слой влагалища и пузыря и слизистую пузыря, т. е. всѣ три слоя, или при окровавленіи можно сохранять слизистую пузыря (рис. 57); въ послѣднемъ случаѣ кровотеченіе меньше. При кишечно-влагалищныхъ свищахъ слизистая гесті не должна быть трогаема, дабы ее не приходилось захватывать въ шевъ и слѣдовательно инфицировать его. Другой методъ окровавленія краевъ свища состоитъ въ расщепленіи краевъ свища за границы рубцовой ткани (каллозные края) (рис. 58). При этомъ методѣ ничего не удаляется, а заживленіе идетъ также. Швы накладываются при пузырно-влагалищныхъ черезъ всѣ слои,



Рис. 57. Окровавление краевъ свища по Simon.



Рис. 58. Расщепленіе краевъ свища по Tait

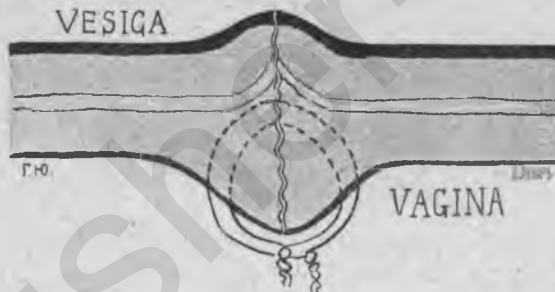


Рис. 59. Положеніе швовъ, не захватывающихъ mucosam vesicae.

или, (рис. 59) слизистая пузыря не трогается (возможность кровотечения въ пузырь). При ректальныхъ свищахъ обязательно слизистая recti не захватывается. То же самое соблюдается и при расщепленіи краевъ свища (рис. 60). Швы накладываются глубокіе и поверхностные, по предварительной остановкѣ кровотечения, или скручиваніемъ, или горячей водой, или льдомъ.

Свищи окровавливаются и зашиваются преимущественно въ поперечномъ направленіи, причемъ избѣгается захватывать въ шовъ мочеточники. Присутствіе послѣднихъ узнается по истеченію и выбрасыванію струи мочи. Швы удаляются на 9-й—11-й день. Послѣ ихъ удаленія мѣсто свища, будетъ ли оно зарощенное или не зарощенное, смазывается *liquore ferri sesquichlorati*.

Опредѣливши мѣсто свища, первый вопросъ возникаетъ, какъ сдѣлать его доступнымъ для глаза и осизанія, что достигается помощью желобоватыхъ зер-

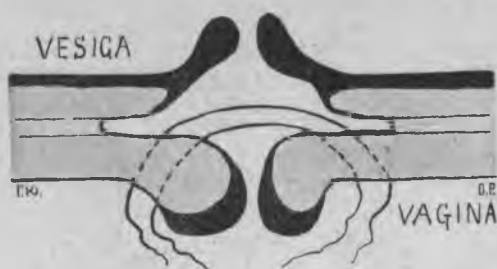


Рис. 60. Зашивание расщепленных краевъ.

каль и приближенія свища ко входу влагалища острыми крючками. Если свищи осложнены стенозомъ влагалища или большимъ количествомъ рубцовой ткани, то прежде всего производится предварительное лѣчение стенозовъ рубцовой ткани при помощи насѣчекъ, постепеннаго расширения и тепла (способъ Боземана, ванны, тампоны). Если эти средства не помогаютъ, то рубцовая ткань разрѣзается. Если этого не достаточно, чтобы видѣть и осизать края свища, то разрѣзается входъ влагалища и боковая стѣнка влагалища. Если и этого не достаточно, то при помощи разрѣзовъ освобождается уретра и нижняя часть пузыря отъ прикрѣпленія къ нижнему краю *symphysis pubis*. Разрѣзается дугообразно ножомъ надъ уретрой слизистая и подслизистая (съ предварительнымъ введеніемъ въ уретру катетера), клетчатка разрывается пальцемъ вплотную до савин *Retzii*, и это пространство тампонируется іодоформенной марлей. Больная находится въ положеніи *à la vache*. Задняя стѣнка влагалища оттягивается короткимъ зеркаломъ Симона, влагалищная часть захватывается щипцами Мюзё, усиленно оттягивается кнаружи и свищъ становится доступнѣе. Если матка неподвижна и обуславливаетъ неподвижность свища, — предварительный массажъ; если массажъ не достаточно, то освобожденіе отъ приращеній, хотя бы при помощи лапаротоміи.

Итакъ всѣми способами стараются осмотрѣть и ощупать свищъ. Обыкновенно ощупываніе удается при помощи пальца, введеннаго во влагалище, и зонда въ пузырь или *rectum*, но иногда свищи такъ малы, что зондъ не проходитъ, а иногда такъ они лежатъ, что черезъ нихъ зондъ не можетъ проникнуть (*fistulae uretero-vaginales, uretero-uterinae, vesico-uterinae, recto-uterinae*). Здѣсь впрыскиваніе окрашенныхъ жидкостей или молока въ мочевой пузырь рѣшаетъ вопросъ о мѣстѣ свища. Опредѣленіе положенія свища, величины, подвижности, осложненій (въ особенности со стороны почечныхъ лоханокъ и почекъ) обуславливаетъ выборъ хирургическаго пособія. Операции *fistulae urethro-vaginales, vesico-vaginales et vesico-utero-vaginales superficiales*, а равно и *recto-vaginales* состоятъ въ окровавленіи краевъ свища и зашиваніи. При *fistulae vesico-utero-vaginales profundae* и *vesico-uterinae* окровавленіе производится на пузырьной части и на маткѣ, а именно на задней губѣ, и такимъ образомъ полость матки сообщается съ полостью пузыря, а *vagina* образуетъ слѣпой мѣшокъ (рис. 61). При *fistulae vesico-uterinae* (рис. 62) зашивается наружное маточное отверстіе (*hysteroecesis*). Но есть

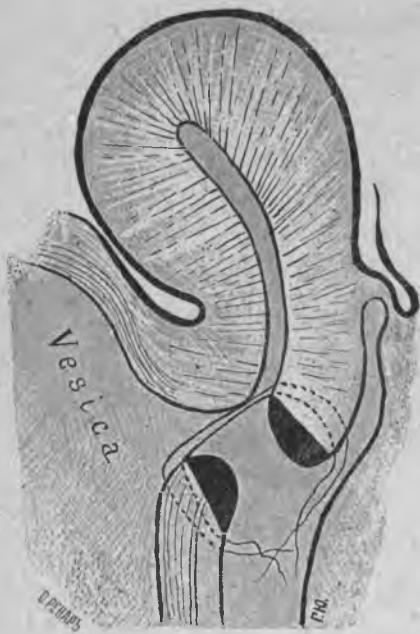


Рис. 61. Зашивание f. vesico-utero-vaginalis profundae.

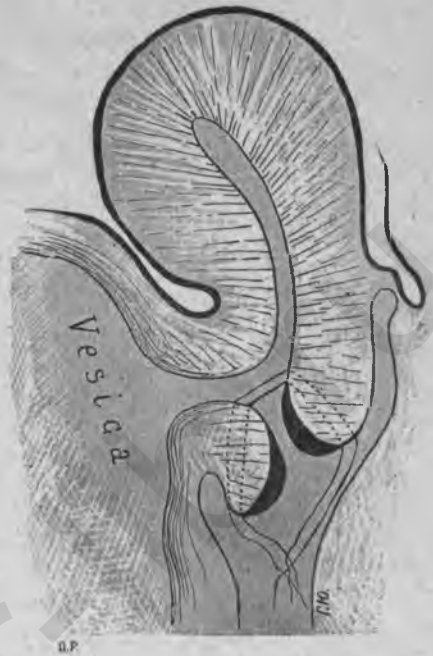


Рис. 62. Hysteroclesis при пузырно-маточношейномъ свищѣ.

другой методъ, болѣе консервативнаго характера, заслуживающій предпочтенія: вскрывается пузырь экстраперитонеально, какъ при lithotomia alta, отыскивается свищевое отверстіе, окровавливается со стороны пузыря (лучше черезъ расщепленіе краевъ) и зашивается, причеиъ швы или остаются въ пузырьѣ, или, если свищъ въ пузырьѣ лежитъ не высоко, могутъ быть выведены во влагалище (операція подъ наркозомъ). При fistulae uretero-uterinae et vaginales производится искусственный свищъ пузыря ниже мѣста мочеточниковаго свища, а ниже искусственнаго свища производится colpoclesis. Попытки возстановить цѣлость мочеточника удавались только въ рѣдкихъ случаяхъ и обыкновенно, если разорванъ одинъ мочеточникъ, то для лѣченія его конецъ выводятъ наружу или удаляютъ почку соотвѣтствующей стороны. Но если мочеточникъ можетъ быть захваченъ, то онъ можетъ быть вшитъ въ пузырь, но, конечно, не на мѣстѣ бывшаго устья впаденія, а гдѣ-нибудь въ другомъ мѣстѣ. О методѣ вшиванія см. въ предыдущей главѣ стр. 67 рис. 36, 37, 38. При fistulae intestino-vaginales или uterinae тонкія кишки сообщаются съ полостью влагалища или матки. Здѣсь пособія примѣняются на основаніи общихъ правилъ о каловыхъ свищахъ.

Если края свища не могутъ быть соединены или по причинѣ обширности разрушенія, или по причинѣ рубцовой ткани, или сокращенія пузыря (потери емкости), — во всѣхъ такихъ случаяхъ является вопросъ удержать мочу при помощи заши-

ванія влагалища (colpoclesis). Заболѣваніе же почекъ служитъ противопоказаніемъ къ смыванію свищей или влагалища. Что касается до еписіотаріа, то она не даетъ хорошихъ результатовъ, а потому я опускаю ея описаніе. Точно также зашиваніе влагалища, уретры, при неизлѣчимыхъ свищахъ съ искусственнымъ образованіемъ свища *in recto*, когда моча и кало собираются въ прямой кишкѣ и удерживаются при помощи sphincter ani (*obliteratio vulvae rectalis Rose*), то эта операція, какъ не дающая успѣха, тоже мною опущена. Но есть одна операція, которая должна быть описана—это *urethrorrhia*. Бываютъ случаи, гдѣ уретра разрушена и разрушена часть шейки пузыря. Въ этомъ случаѣ операція на влагалищѣ не примѣнима. Ношеніе мочеприемниковъ утомительно. Можно попытаться сдѣлать другую операцію.

Всѣ приготовленія необходимыя для *laparotomia externa*. Наркозъ. Растяженіе пузыря растворомъ буры (2%), если какимъ нибудь способомъ возможно удержать жидкость въ пузырьѣ; если нельзя, то вводится толстый зондъ или катетеръ и верхушка пузыря приподымается кверху по направленію къ пупку. Производится разсѣченіе брюшныхъ стѣнокъ экстраперитонеальное вплотную до пузыря (какъ при *lithotomia alta*). Обнажается пузырь и пришивается къ апопексису пирамидальныхъ и прямыхъ мышцъ, причемъ стараются передъ пришиваніемъ часть пузыря извлечь какъ можно больше изъ раны. На $\frac{1}{2}$ дюйма выше верхняго угла раны дѣлается поперечный разрѣзъ кожи въ $\frac{1}{2}$ дюйма, вводится черезъ этотъ разрѣзъ корнцангъ, верхушка обнаженнаго пузыря захватывается сказаннымъ корнцангомъ и извлекается къ краямъ кожного поперечнаго разрѣза, гдѣ нѣсколькими швами укрѣпляется. Потомъ пузырь вскрывается въ этомъ мѣстѣ и слизистая оболочка пузыря, вмѣстѣ съ подлежащими тканями, снова фиксируется къ краямъ раны. Затѣмъ разрушенная уретра и шейка зашивается наглухо (рис. 63).

Благодаря этому образуется фистулезный каналъ, направляющійся сверху спереди внизъ назадъ, и черезъ него вводится катетеръ *à demeure*, который можетъ быть оставленъ и укрѣпляемъ, и такимъ образомъ достигается временное держаніе мочи, до тѣхъ поръ пока пузырь не растянется до сказанной вышины.

Cystotomia per vaginam — Въ нѣкоторыхъ случаяхъ необходимо произвести искусственный пузырно-влагалищный свищъ. Операція безъ наркоза, но по требованію больной можетъ быть и съ наркозомъ. Положеніе для камнесѣченія. Пузырь наполняется растворомъ буры, вводится зондъ или катетеръ, концами котораго выпячивается по средней линіи передня стѣнка влагалища, какъ разъ на среднѣ ея. Предварительно задняя стѣнка влагалища оттягивается зеркаломъ Симона. Засимъ берется ножикъ и вкалывается черезъ всю толщю передней стѣнки влагалища вплоть до головки зонда. Слизистая оболочка пузыря съ той и другой стороны захватывается острыми крючками и отверстіе расширяется ножницами въ продольномъ направленіи до желаемой величины. Край свища обшиваются шелковымъ швомъ и черезъ свищъ вводится дренажная трубка, которая по желанію можетъ быть фиксирована съ свищемъ; по истеченіи надобности въ свищѣ оны закрываются по общимъ правиламъ.

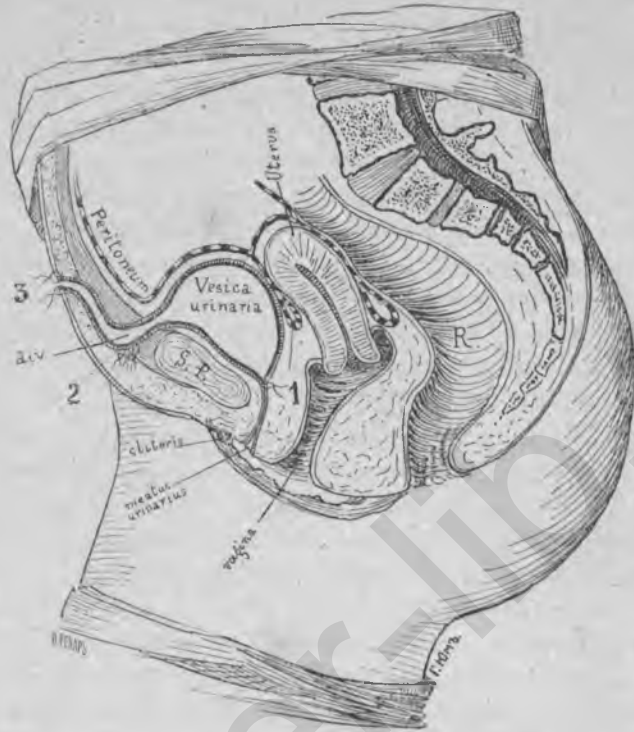


Рис. 63. Образование пузырного свища на передней брюшной стѣнкѣ и зашиваніе уретры и шейки пузыря. 1—зашитая уретра, 2—зашитый вспомогательный разръзъ, 3—отверстіе пузырно-брюшного свища, di—дивертикулъ въ передней брюшной стѣнкѣ.

Amputatio cervicis supravaginalis.

Влагалищная часть разръзается поперечно и ампутація влагалищной части производится по способу Герара (стр. 308) или по способу *kegelmantelfoermige Excision*. Чтобы вылучить шейку матки съ ея надвлагалищной частью вплоть до уровня внутренняго отверстія, поступаютъ слѣдующимъ образомъ.

Наркозъ; положеніе для каміесъченія. Расширеніе влагалища зеркалами Симона для обнаженія влагалищной части, которая захватывается щипцами Мюзе и усиленно оттягивается книзу. Фиксировавши влагалищную часть и вытянувъ ее во входъ, дѣлають круговой разръзъ на мѣстѣ прикрѣпленія сводовъ влагалища. Послѣ этого клѣтчатка, лежащая между пузыремъ и маткою, частью разсѣкается ножницами, но большую часть отдѣляется пальцемъ вплотную до уровня внутренняго отверстія. Боковые своды подрѣзаются ножницами и отсекаруются, и если въ это время ослабить вытяженіе матки, то тотчасъ обнаружится малѣйшее кровотеченіе изъ разръзанныхъ боковыхъ сводовъ, которое можетъ быть перевязано кетгутомъ при помощи обкалыванія или захвачено защемляющими пинцетами. Послѣ этого задній сводъ начинаютъ отдирать при

помощи пальца от шейки матки. Такимъ образомъ вокругъ всей шейки матки раздирается клѣтчатка, легче всего спереди и сзади и труднѣе всего съ боковъ. Въ это время въ боковыхъ сводахъ обозначаются тяжи клѣтчатки, содержащія сосуды. Если ввести палецъ черезъ задне-боковой сводъ, а передній сводъ тщательно обнажить, то спереди и сбоку края шейки матки какъ разъ по средней части ея видны крупныя вѣтви *arteriae uterinae*, а иногда даже сама дуга *arteriae uterinae*, которыя легко при помощи тупой или острой иглы могутъ быть перевязаны, и ниже мѣста перевязки клѣтчатка разсѣкается ножницами, концы которыхъ направлены въ сторону шейки. Послѣ этого отсепарованіе шейки матки отъ окружающихъ частей совершается съ большою легкостью и, по мѣрѣ появленія въ боково-переднихъ частяхъ сосудовъ, они обкалываются и перевязываются кетгутомъ, и отрѣзаются отъ боковыхъ частей шейки матки. Такимъ образомъ достигаютъ отсепаровки шейки матки вполноту до уровня внутренняго отверстія, послѣ чего шейка разсѣкается на всемъ протяженіи ножницами въ поперечномъ направленіи на двѣ части: переднюю и заднюю. Задняя губа фиксируется щипцами Мюзе, а передняя отсѣкается на желаемой высотѣ и слизистая передняго свода сшивается со слизистой, покрывающей или верхнюю часть шейнаго канала или выступающей внутреннее отверстіе, при помощи поверхностныхъ и глубокихъ швовъ.

Покончивши съ передней половиной и удерживая матку наложенными швами, отсѣкаютъ заднюю губу, гдѣ тоже сшиваютъ слизистую матки со слизистой задняго свода, а боковые своды сшиваются отдѣльно въ поперечномъ направленіи (рис. 64 и 65). Въ матку проводится марлевый дренажъ, влагалище тампонируется марлей, на 10-й—11-й день женщина покидаетъ постель.

При гипертрофіяхъ средней влагалищной части раздѣлять приходится только передній сводъ, чтобы отдѣлить пузырь отъ передней поверхности гипертрофированной средней части. Передняя часть шейки отсѣкается по выше-сказанному способу, а задняя при помощи просто клинообразнаго вырѣза.

Вырѣзываніе язвъ шейки и слизистой шейнаго канала. Первые акты операціи тѣ-же самыя. Послѣ обнаженія влагалищной части и фиксированія ея, она разсѣкается въ поперечномъ направленіи, вырѣзывается слизистая или язва, и края раны стягиваются кетгутowymi швами. Разрѣзанная влагалищная часть сшивается по общимъ правиламъ. Остальной уходъ тотъ-же.



Рис. 64. Сшиваніе слизистой оболочки сводовъ влагалища со слизистой шейнаго канала: а) слизистая оболочка шейнаго канала; б) мышечный слой; в) парацервикальная клѣтчатка; д) слизистая оболочка сводовъ.

Вскрытіе сводовъ.

Пункция сводовъ влагалища производится въ случаѣ растяженія или вытягиванія ихъ экссудатомъ, трансудатомъ или опухолью при помощи иглы Діеляфуа или простыхъ троакаровъ проф. Губарева. Разрѣзъ сводовъ производится по большей части подъ наркозомъ въ положеніи для кампесъченія. Влагалище расши-



Рис. 65. Высокая ампутація шейки по Schröder (рис. Hoffmeir).

риется при помощи зеркалъ и своды обнажаются. Вскрытіе сводовъ можетъ быть произведено ножемъ или каленымъ желѣзомъ (накеленомъ), въ послѣднемъ случаѣ своды часто прожигаются. Вскрывается сначала задній сводъ въ поперечномъ или продольномъ направленіи, причемъ разрѣзается слизистая, мышечная, рыхлая клетчатка и за нею брюшина. Боковые своды вскрываются преимущественно въ поперечномъ направленіи, ибо въ сагиттальномъ возможно скорѣе поранить сосуды. Передній сводъ вскрывается въ поперечномъ направленіи, держа коонецъ пожа по направленію шейки матки.

Проколъ сводовъ влагалища производится сначала на болѣе выдающемся мѣстѣ, принимая во вниманіе возможность раненія важнѣйшихъ органовъ (мочеточниковъ и сосудовъ)

Extirpatio uteri per vaginam.

Удалить безкровно матку можно черезъ влагалище, черезъ такъ называемый сакральный путь и наконецъ per laparotomiam. Знаніе этихъ трехъ путей рѣшительно необходимо. Сначала удаляется матка или per vaginam или per laparotomiam и только въ исключительныхъ случаяхъ она можетъ быть удалена per vias sacrales. Во всѣхъ случаяхъ удаленіе должно быть безкровное и потому должны быть перевязаны 2 главные ствола, питающіе матку: art. uter. et art. spermatica, и кромѣ того анастомозы, соединяющіе эти двѣ артеріи, распространяющіеся или по краю матки или въ широкой связкѣ, и безусловно артеріи идущія по круглой маточной связкѣ. Если эти сосуды могутъ быть перевязаны, то не

только матка, но и придатки въ это-же время могутъ быть удалены безкровно. Отсюда само собой понятна важность знанія перевязки этихъ сосудовъ, но кромѣ того не слѣдуетъ забывать, что сосуды проходятъ и спереди и сзади матки въ такъ называемомъ парацервикальномъ пространствѣ, и они должны быть перевязаны.

И такъ прежде всего займемся перевязкой сосудовъ. Ихъ можно перевязывать экстра- и интранеритонеально. Ихъ можно перевязывать *per vaginam*, *per laparotomiam*, *per vias sacrales*. Отсюда задача наша сводится на изученіе перевязки сказанными путями. Для практическихъ цѣлей лучше помѣтить способы перевязки, какъ они совершаются въ ежедневной практикѣ. Итакъ, первая задача—перевязать сосуды матки *per vaginam*.

Если посмотрѣть на анатомическій рисунокъ, то увидимъ, что главныя вѣтви *art. uterinae* лежатъ на боковой поверхности шейки матки, немного выше или около средней и надвлагалищной части. Эти сосуды, какъ видно изъ рис. 20, происходятъ изъ дуги маточной артерій, такъ что еслибы ее перевязать, то перевязаны были-бы всѣ развѣтвленія *art. uterinae*, развѣтвленія, идущія по краю матки кверху, и развѣтвленія, идущія книзу во влагалище. И въ этой дугѣ, такъ сказать внутри ея, проходятъ мочеточники, которые отъ шейки матки, отстоятъ на $\frac{1}{2}$ дюйма и $\frac{3}{4}$ дюйма (рис. 66). Отсюда если можно перевязать дугу *art. ute-*

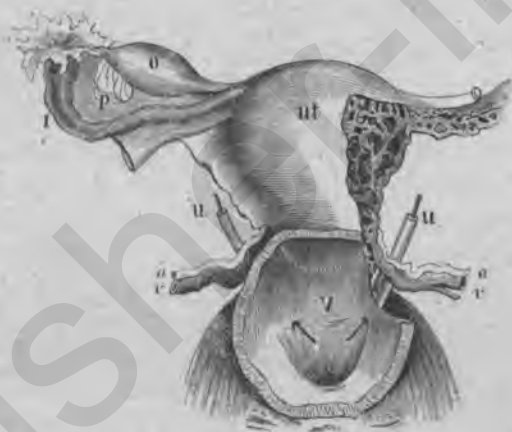


Рис. 66. Положеніе мочеточниковъ. Ut—uterus; O.—ovarium; P.—parovarium; T—Tuba Fallopii; u—ureter; V—vesica urinaria; a—arteria uterina; V—vena.

rinae, то слѣдуетъ ее перевязывать *per visum*, т.-е. методомъ экстраперитонеальнымъ, который будетъ изложенъ ниже.

Чтобы добраться изъ влагалища до главныхъ вѣтвей *art. uterinae*, слѣдуетъ положить больную въ положеніе для камнешчеченія, обнажить влагалищную часть, захватить ее щипцами Мюзе и спустить ко входу во влагалище. Чѣмъ подвижнѣе матка, чѣмъ шире влагалище, тѣмъ легче удастся этотъ способъ. Засимъ дѣлается циркулярный разрѣзъ и шейка матки отсепаровывается отъ парацервикальной клетчатки. Если пузырь отдѣленъ отъ шейки матки и вплоть

до уровня внутреннего отверстия матки, и боковые своды отдѣлены, то иногда чрезвычайно легко увидѣть на передне-боковой стѣнкѣ шейки матки дугообразныя извилистыя вѣтви *art. uterinae*, и чтобы перевязать ихъ, шейка оттягивается усиленно внизъ и къ противоположному перевязываемой артеріи боку, а палецъ, приставленный въ заднебоковой сводъ и другой, — въ переднебоковой той-же стороны, ощупываютъ легко пластинку клѣтчатки, въ которой протекаютъ извилистыя сосуды *art. uterinae*. Игла вкалывается спереди назадъ и, приподнимая щипцы Мюзе кверху и въ стороны, выкалывается черезъ заднебоковой сводъ, лигатура завязывается. Натягивая лигатуру, ножницами отсѣкаютъ шейку матки немного внутрь отъ мѣста вкола иглы и изолируютъ шейку. Такимъ образомъ идя постепенно съ той и съ другой стороны можно безъ вскрытія задняго свода изолировать отъ сосудовъ шейку матки. Для того, чтобы отдѣлить боковыя стѣнки внутренняго отверстія и тѣла матки, влагалищная часть усиленно тянется кверху, къ нижнему краю *symph. pubis*, задній сводъ растягивается зеркаломъ, и вскрывается при помощи ножницъ или ножа заднее Дугласово пространство въ поперечномъ направленіи. Черезъ это отверстие вводится тампонъ или іодоформная марля въ Дугласово пространство и предупреждается выпаденіе черезъ отверстие внутренностей. Если палецъ будетъ введенъ черезъ отверстие въ задній сводъ на заднебоковую поверхность матки, а влагалищная часть будетъ тинуться книзу и въ сторону, передній же сводъ растянуть будетъ переднимъ влагалищнымъ зеркаломъ, то чрезвычайно легко, вкалывая иглу черезъ передне-боковой сводъ и выкалывая ее на заднебоковомъ, перевязать послѣдовательно сосуды, прилежащія къ боковой стѣнкѣ матки. Въ это время, а иногда и немного раньше, разрѣзается переднее Дугласово пространство, причемъ нѣтъ никакой опасности ранить пузырь, если концы ножницъ будутъ направляемы къ маткѣ.

Вскрытіе брюшины въ переднемъ и заднемъ сводахъ узнается по особому блѣсовато-розовому цвѣту и гладкой поверхности ея. Разрѣзъ передняго и задняго свода расширяется при помощи введенія ножницъ или корнцанга въ закрытомъ видѣ и, раздвигая концы инструмента въ брюшной полости, выводятъ ихъ въ такомъ положеніи назадъ. Когда передній сводъ открытъ, то перевязка сосудовъ по краямъ матки при помощи ощупыванія черезъ заднебоковой сводъ и при помощи постепеннаго опусканія матки (рис. 67), не представляетъ никакой трудности, и наконецъ ясно ощупываются и видны глазомъ трубы матки. Ощупавши ихъ, нужно ощупать собственную связку яичника (*lig. ovarii proprium*) и захватить ее на каждой сторонѣ въ одну или въ двѣ лигатуры, совмѣстно съ трубой. Послѣ перевязки ихъ, тѣло и дно матки удаляются безкровно. Послѣ извлеченія матки остается отверстие, образуемое, и спереди и сзади дномъ Дугласовыхъ пространствъ (брюшиной). Ниже брюшины находится окровавленное кольцо, происшедшее отъ отдиранія парацервикальной клѣтчатки, а ниже кольца слизистой влагалища. Лучше и удобнѣе, въ особенности для остановки кровотеченія, тотчасъ по вскрытіи Дугласовыхъ пространствъ сшивать брюшину со слизистой влагалища. Черезъ такое кольцо выходитъ въ полость влагалища часть широкихъ связокъ и маточныя окончанія трубъ. Это кольцо или сшиваютъ или не сшиваютъ, но во всякомъ случаѣ задній листокъ брюшины пришиваютъ къ слизистой влагалища, потому

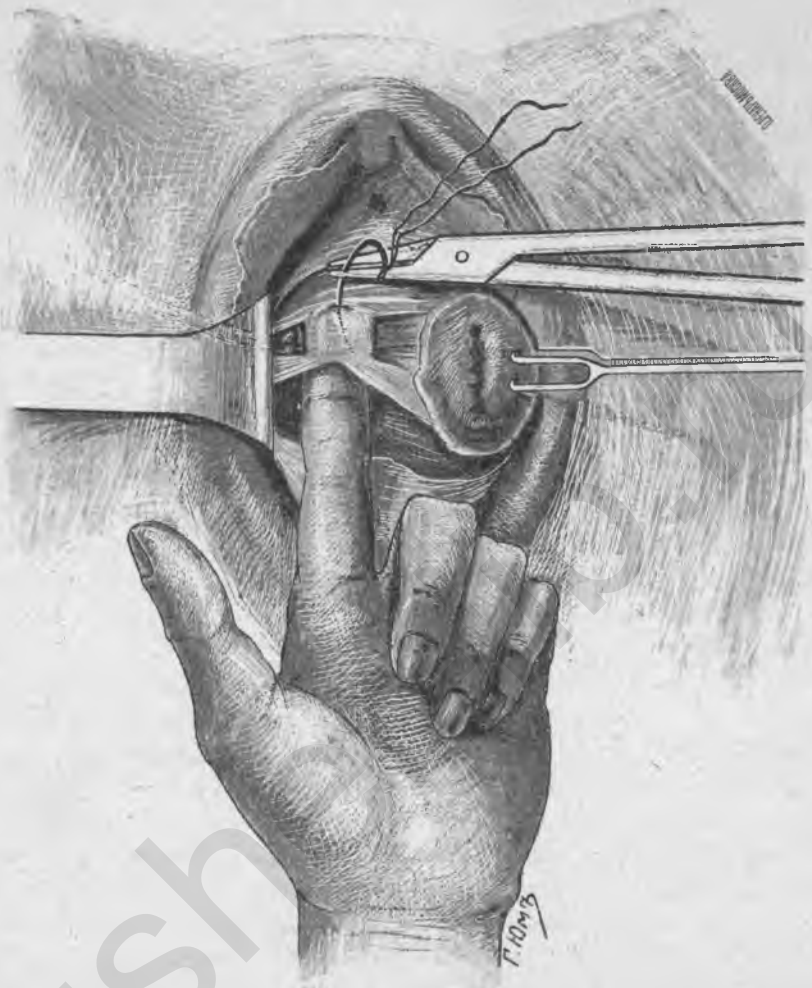


Рис. 67. Удаление матки через влагалище.

что изъ влагалищныхъ вѣтвей всегда бываетъ небольшая геморрагія. Осматриваютъ также мѣста разрѣза боковыхъ сводовъ и клѣтчатки, дабы убѣдиться, нѣтъ-ли гдѣ-либо кровотеченія. Полость брюшины тщательно вытирается асептической марлей, причемъ, разумѣется, іодоформная марля или тампонъ удаляется, и засимъ если во время операціи и послѣ нея не попало ничего въ брюшную полость, если яичники и трубы здоровы, то брюшинные листки сшиваются и брюшная полость изолируется отъ влагалища, а опущенные концы трубъ съ широкими связками при этомъ выводятся немного во влагалище и кетгутовыми швами фиксируются къ брюшнымъ листкамъ. Влагалище промывается $\frac{1}{1000}$ сулемой и обмывается $\frac{1}{2}\%$ растворомъ лизола. Швы обрѣзаются и влагалище тампонируется іодоформной марлей. Если-же кровотеченіе не остановлено вполне, или попало

что-либо въ полость брюшины, то отверстіе не зашивается, а въ него вводится іодоформная марля для образованія стока жидкости. Весь процессъ отдѣленія матки или ведутъ сухимъ путемъ или при помощи постоянного орошенія $\frac{1}{10000}$ сулемой. И тотъ и другой методъ даютъ одинаково хорошіе результаты. Опасаться слѣдуетъ попаданія или распада со стороны шейки матки, или секрета матки.

Совмѣстное удаленіе придатковъ. Если придатки больны и ихъ нужно удалить, то въ такомъ случаѣ, захвативши концы трубъ, вытягиваютъ ихъ усиленно въ просвѣтъ влагалища, причѣмъ за ними выскакиваютъ яичники, или сами, или, если они не показываются, то, войдя пальцемъ по бокамъ отъ средней линіи и отыскавъ яичники, вытягиваютъ ихъ въ просвѣтъ влагалища. При этомъ легко отыскать собственную связку яичника, которая и перевязывается у маточнаго окончанія трубы.

Послѣ этого накладываются послѣдовательно лигатуры ниже трубъ черезъ широкую связку до тѣхъ поръ, пока мѣстъ не дойдутъ до *plexus ramificatus* или до *lig. infundibulo—pelvicum*, на которое накладываются 2 лигатуры, и придатки матки отрѣзываются ножницами ниже лигатуръ. Оставшаяся часть широкихъ связокъ спускается въ разрѣзъ и укрѣпляется такъ, какъ упомянуто въ предыдущемъ случаѣ. Иногда яичники и трубы окружены крѣпкими приращеніями, такъ что отдѣленіе не можетъ быть совершено пальцами и требуетъ отдѣленія ножницами до полнаго ихъ изолированія.

Вышеописанная операція удаленія матки называется вылученіемъ матки *по способу непосредственнаго опусканія ея*. Но можно верхнюю часть сосудовъ, т. е. *art. spermatica* и сосуды, снабжающіе тѣло матки, перевязать при помощи *запрокидыванія матки назадъ или впередъ*, причѣмъ благодаря такому запрокидыванію дна и тѣла матки, послѣднія выходятъ въ просвѣтъ влагалища, а влагалищная часть съ шейкой матки переворачивается кверху. Найдя *per visum* и *per tactum* фаллопиевы трубы, собственные связки яичника и широкія связки у боковыхъ краевъ матки, постепенно накладываютъ лигатуры и, разрѣзывая широкія связки у краевъ матки, отдѣляютъ дно и тѣло отъ широкихъ связокъ. Все это совершается въ плотную до уровня внутренняго отверстія. Шейку же отдѣляютъ предварительно отъ окружающихъ частей и такимъ образомъ безкровно удаляется матка.

Чаще всего такое переворачиваніе матки производится черезъ задній сводъ, который поперечно вскрывается и при помощи корнцанга расширяется тупымъ образомъ. Если черезъ задній сводъ провести щипцы Мюзе, а черезъ брюшные покровы отклонить дно кзади, то чрезвычайно легко, перехватывая щипцами Мюзе (одними или двумя), запрокинуть дно внизъ. Этотъ маневръ еще болѣе удается, если предварительно передняя часть шейки отсепарована отъ пузыря. Черезъ разрѣзъ задняго свода вмѣстѣ съ запрокидываніемъ дна легко выводятся придатки, и если наложить лигатуры снаружн этихъ придатковъ, то тогда и дно и тѣло матки могутъ быть удалены совмѣстно съ придатками. Еслибы осталась на уровнѣ внутренняго отверстія неперевязанная часть широкихъ связокъ, то лучше вправить матку и перевязать ихъ, какъ при способѣ послѣдовательнаго опусканія.

Иногда поворотъ назадъ сдѣлать затруднительно по случаю приращеній; въ

такимъ случаѣ надо предварительно отдѣлить приращенія (объ этомъ смотри ниже). Кромѣ того иногда удобнѣе, а иногда и рѣшительно необходимо вывернуть дно и тѣло матки черезъ передній сводъ. Для этого вскрываютъ передній сводъ влагалища, отсепаровываютъ пузырь отъ шейки, вскрываютъ дно передняго Дугласова пространства (*plica vesico-uterina*), расширяютъ отверстіе тупымъ образомъ. При помощи двойного приѣма или при помощи искривленнаго зонда опускаютъ тѣло и дно къ сказанному отверстію, захватываютъ щипцами Мюзе переднюю поверхность матки, постепенно переводя ихъ до дна, и выводятъ дно черезъ сказанное отверстіе въ просвѣтъ влагалища. Фиксировавши дно и постепенно вытягивая его книзу, послѣдовательно перевязываютъ трубы, собственныя связки яичника и часть широкихъ связокъ. Здѣсь перевязать широкія связки удастся гораздо труднѣе, равно и вывести придатки матки черезъ этотъ разрѣзъ весьма затруднительно. По отнятій трубъ, собственныхъ связокъ яичника и верхнихъ частей широкихъ связокъ, дно и тѣло матки вправляются и дальнѣйшая перевязка по способу непосредственнаго опусканія весьма упрощается.

Удаленіе матки и придатковъ чрезъ влагалище можетъ быть совершенно при помощи такъ назыв. *защемляющихъ эластическихъ пинцетовъ*. Для этой цѣли употребляются большіе и средніе пинцеты (рис. 68). Сущность операціи, по край-



Рис. 68. Эластическіе пинцеты (старая модель).

пей мѣръ первыхъ ея шаговъ, остается таже самая, т. е. влагалищная часть обнажается, стягивается внизъ (рис. 69) и шейка матки при помощи циркулярныхъ разрѣзовъ отдѣляется спереди и сзади отъ клѣтчатки (рис. 70), боковые своды отдѣляются на очень маломъ протяженіи или остаются нетронутыми; это послѣднее обстоятельство весьма важно при наложеніи пинцетовъ, ибо, если отдѣлить боковые своды нѣсколько значительно, то они не захватятся въ пинцеты и могутъ кровоточить, и для остановки кровотеченія или потребуется лишній пинцетъ, или предварительное обкалываніе лигатурами. Итакъ, боковые своды остаются сравнительно нетронутыми. Засимъ щипцами Мюзе захватываютъ влагалищную часть такимъ образомъ, что концы щипцовъ захватываютъ влагалищную часть по бокамъ и передняя стѣнка матки по средней линіи разрѣзается ножницами (рис. 71 и 72). Разсѣченіе матки по средней линіи обыкновенно не сопровождается кровотеченіемъ. Для такого разсѣченія одна вѣтвь ножницъ вводится черезъ наружное маточное отверстіе въ шейный каналъ, а другая вѣтвь ложится

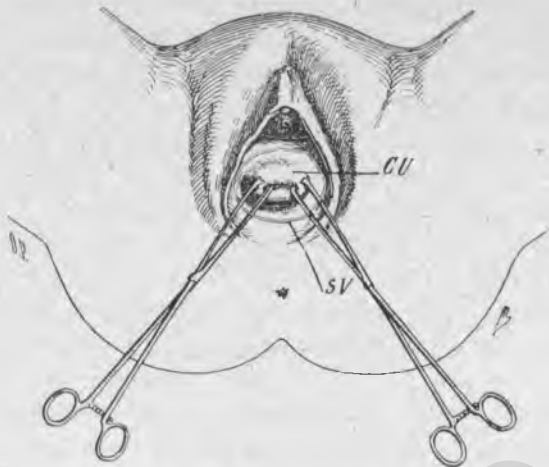


Рис. 69. Извлечение матки (по Доуен).



Рис. 70. Отделение шейки от пузыря (по Доуен).

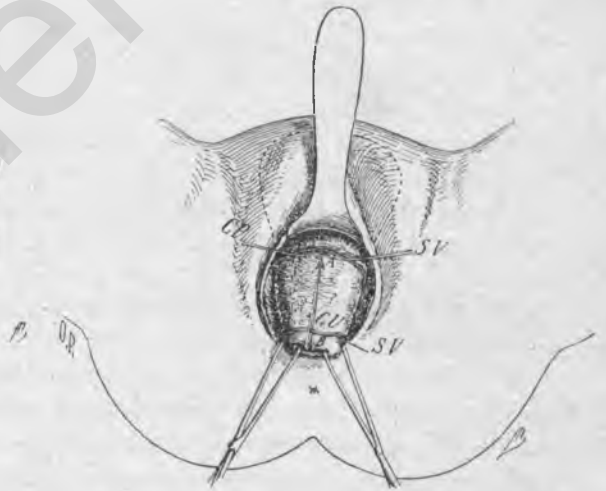


Рис. 71. Выведение передней стѣнки въ просвѣтъ влагалища (линей намѣченъ разрѣзъ стѣнки).

по передней (по верхней) средней линии и вся толщина шейки матки разсѣкается. Послѣ того двумя щипцами Мюзе захватываются края разрѣза у верхняго угла, а нижніе щипцы Мюзе уже больше не тянутъ, хотя они и остаются на своихъ мѣстахъ. Въ силу этого матка подается внизъ, и передняя поверхность тѣла

матки начинает быть видима через передній разръзъ (сводъ); снова ножницами разсѣкается тѣло матки, снова перехватывается щипцами Мюзе. Разсѣченіе дѣлается до самаго дна, и дно выворачивается черезъ переднее Дугласово пространство въ полость влагалища (рис. 73).

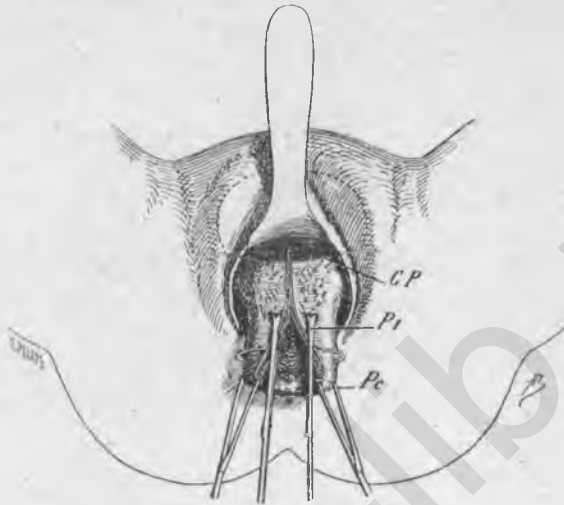


Рис. 72. Разсѣченіе передней стѣнки матки (Doyen).

Если матка не велика и влагалище достаточно широко, то палець легко проходитъ спереди сверху за дно матки и покоится на всей задней поверхности матки; если при этомъ широкія связки податливы, то матка выходитъ кнаружи за introitus vaginae и широкія связки, начиная отъ трубъ и кончая боковыми сводами, ясно ощупываются между двумя пальцами. Если предварительно черезъ задній сводъ былъ проведенъ тампонецъ, то кишки не выпадаютъ, если-же опасаются такого выпаденія, то еще черезъ передній сводъ можетъ быть введена іодоформная марля. Ощупавши широкія связки, накладываютъ сверху внизъ по направленію отъ трубы къ боковому своду большой пинцетъ (рис. 74), а кнаружи отъ него рядомъ съ нимъ въ томъ же направленіи средній. Итакъ, широкая связка на всемъ протяженіи съ трубой, съ собственной связкой яичника и съ боковым сводомъ ущемлена пинцетами, и ножницами сверху внизъ отдѣляютъ весь боковой край матки на границѣ ущемленія. Послѣ этого матка совсѣмъ выходитъ изъ половой щели и другая широкая связка становится не только осязаема, но и видима на всемъ протяженіи. Тѣмъ-же порядкомъ накладываются на нее два пинцета и матка отрѣзается прочь. Осушивши полость брюшины и влагалища и убѣдившись, что кровотеченія нѣтъ, концы пинцетовъ проталкиваются по направленію брюшной полости, а рукоятки торчатъ наружу горизонтально. Въ силу этого широкая связка нѣсколько поворачивается на своей продольной оси, что служитъ до нѣкоторой степени новымъ условіемъ для остановки кровотеченія. Влагалище тампонируется марлей, больная переносится въ постель и подъ рукоятки пинце-

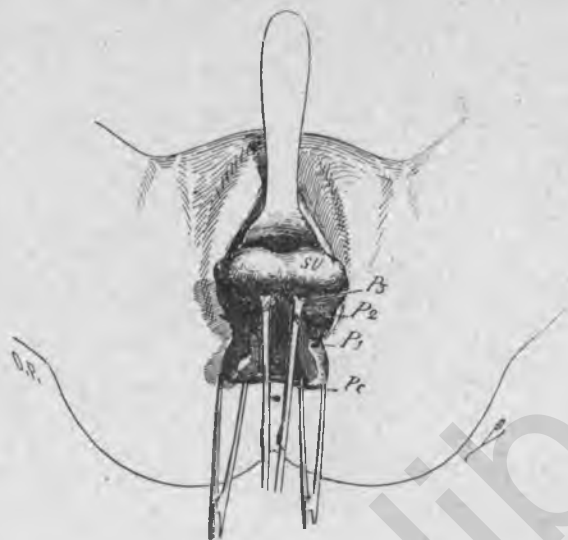


Рис. 73. Дно матки выведено чрезъ переднее Дугласово пространство.

товъ подкладывается подушка. Черезъ двое сутокъ пинцеты удаляются, влагалище тампонируется снова йодоформной марлей и къ концу 8-ми сутокъ влагалище представляетъ изъ себя слѣпой мѣшокъ. Если-же яичники и трубы измѣнены, то совместно съ маткой они вытягиваются кнаружи и защемяющие пинцеты кладутся на границѣ бахромчатого конца трубы, точно также сверху внизъ косвенно внутрь, короче сказать, связка захватывается кнаружи отъ придатковъ. Операция оканчивается, какъ въ предыдущемъ случаѣ.

Разрѣзъ матки по средней линіи безкровенъ; кромѣ того разрѣзъ передней стѣнки матки уменьшаетъ поперечный діаметръ, потому что рога матки и стѣнки ея при вытягиваніи заворачиваются нѣсколько къзади вслѣдствіе расхожденія разрѣза. Но еслибы надо было больше уменьшить матку, то въ такомъ случаѣ надо разрѣзать по средней линіи и заднюю стѣнку, что ровно на половину уменьшаетъ поперечный діаметръ. Этотъ способъ практикуется, когда матка нѣсколько увеличена и туго спускается книзу въ силу своей величины. Но, конечно, чтобы не попалъ секретъ въ полость брюшины, лучше предварительно выскоблить полость матки и смазать ее йодомъ (на плейферѣ) или защитить при разрѣзѣ брюшную полость марлей. Само собой понятно, что при полномъ разсѣченіи матки накладываніе пинцетовъ, а равно и опусканіе пинцетовъ, облегчается. Если-же матка велика или сама по себѣ, или въ силу присутствія опухоли въ маткѣ, напр. фибромы, то понятно, что такого разрѣза недостаточно, а нужно изъ существа матки, около средней линіи, вырѣзать куски, напр. въ формѣ треугольниковъ (рис. 75 и 76), въ силу чего поперечный размѣръ можно довести до желаемой ширины. Тоже самое матку можно уменьшать и продольно этими частичными резекціями. Вотъ этотъ способъ — частич-

ной резекции матки при ея удаленіи—извѣстенъ подъ названіемъ *rag morcellement*. Способъ съ наложеніемъ пинцетовъ принадлежитъ *Doyen*'у, способъ-же *rag morcellement* принадлежитъ *Pean*'у. Само собой понятно, что способъ *Doyen*'а можетъ быть употребленъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ матка подвижна. Если-же матка не подвижна и подвижность не можетъ быть никакими способами восстановлена, то здѣсь методъ *Doyen*'а не приложимъ, а здѣсь только можетъ быть приложимъ способъ удаленія матки *rag morcellement Pean*'а.

Особенность метода *Pean*'а, помимо *morcellement*, состоитъ въ накладываніи пинцетовъ на кровоточащія мѣста снизу вверхъ, и количество этихъ пинцетовъ можетъ доходить отъ нѣсколькихъ штукъ до 40. Операция начинается также, но боковые своды отсѣкаются и тотчасъ на нихъ накладываются пинцеты; какъ только шейка отдѣлена и кровоточащія мѣста захвачены пинцетами, такъ при помощи ножа вырѣзывается конически шейка матки, или вся, или по частямъ. На оставшуюся часть матки накладываются щипцы *Мюзе* и матка оттягивается внизъ. Накладываются по краямъ матки на широкую связку пинцеты и снова матка на границѣ захваченныхъ пинцетовъ отдѣляется отъ широкихъ связокъ и снова изъ нея вырѣзываются куски. Это продолжается до тѣхъ поръ, пока

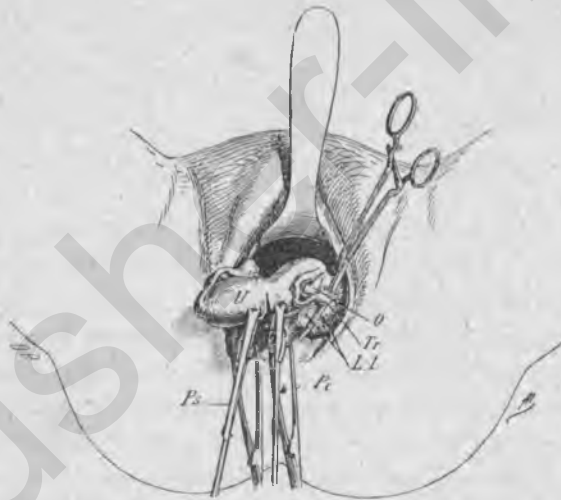


Рис. 74. На широкую связку сверху внизъ накладывается эластическій пинцетъ (*Doyen*).

остатокъ матки не будетъ настолько подвиженъ, что поддастся внизъ, и на собственную связку яичника и на трубы не будутъ наложены зацемяющіе пинцеты снизу вверхъ и матка не будетъ вся удалена. Если нужно отнять и придатки матки, то опять накладываются на нихъ пинцеты и придатки изсѣкаются. Влажное тампонируется марлей, пинцеты окружаются также марлей и операция оканчивается. Черезъ 48 часовъ пинцеты удаляются и поступается какъ въ предыдущемъ случаѣ.

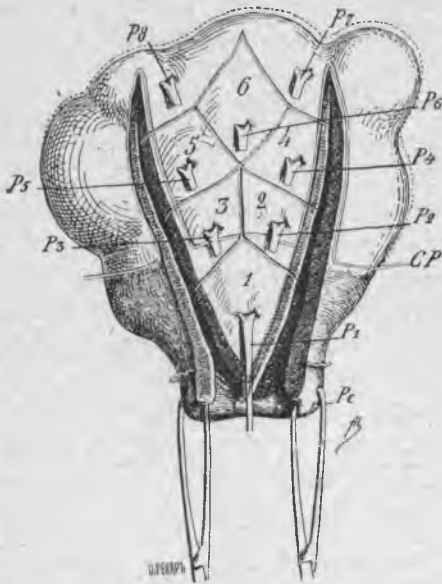


Рис. 75. Множественное разсѣченіе матки и удаленіе по частямъ.

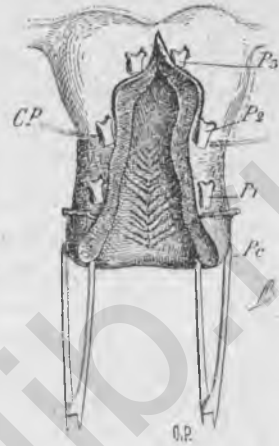


Рис. 76. Большая часть передней стѣнки матки удалена (р, р', р'' и т. д. указываютъ мѣста захватыванія щипцами).

Extirpatio uteri per vias sacrales.

Наркозъ. Больная въ лѣвомъ боковомъ положеніи; помощникъ оттягиваетъ пates кверху и къ себѣ. Отъ задней спайки большихъ губъ дѣлается правосторонній параректальный и парасакральный разрѣзъ (рис. 77), производится временная резекція *ossis sacri*, прямая кишка проталкивается внизъ и влѣво (рис. 78 и 79), причемъ отдѣляется отъ верхней части влагалища, и разрывается клетчатка подъ дугласовымъ пространствомъ вплотную до тѣхъ поръ, пока брюшина дугласова пространства не будетъ просвѣчивать въ видѣ бархатистой синеватой перепонки. Остановивши кровь, брюшину Дугласова пространства разсѣкаютъ между двумя пинцетами въ продольномъ направленіи. Отверстіе въ брюшинѣ расширяютъ тупымъ способомъ и ощупываютъ дно и заднюю поверхность матки. Черезъ брюшные покровы дно матки направляется къзади, и черезъ заднее брюшное отверстіе дно захватывается щипцами Мюзе и вытягивается кнаружи (рис. 80). Если разрѣзъ не достаточенъ, то удлиняютъ его по направленію задняго влагалищнаго свода, который можно при этомъ и вскрыть пальцемъ черезъ влагалище. Черезъ этотъ же разрѣзъ легко изслѣдуются придатки матки и могутъ быть выведены наружу. Кромѣ того и главнымъ образомъ могутъ быть ощупаны широкія связки, и отысканы увеличенныя и инфильтрированныя железы ихъ. Послѣ этого широкія связки перевязываются сначала съ одной стороны, а потомъ съ другой, и матка освобождается отъ ихъ прикрѣпленія. Если бы встрѣтилось затрудненіе

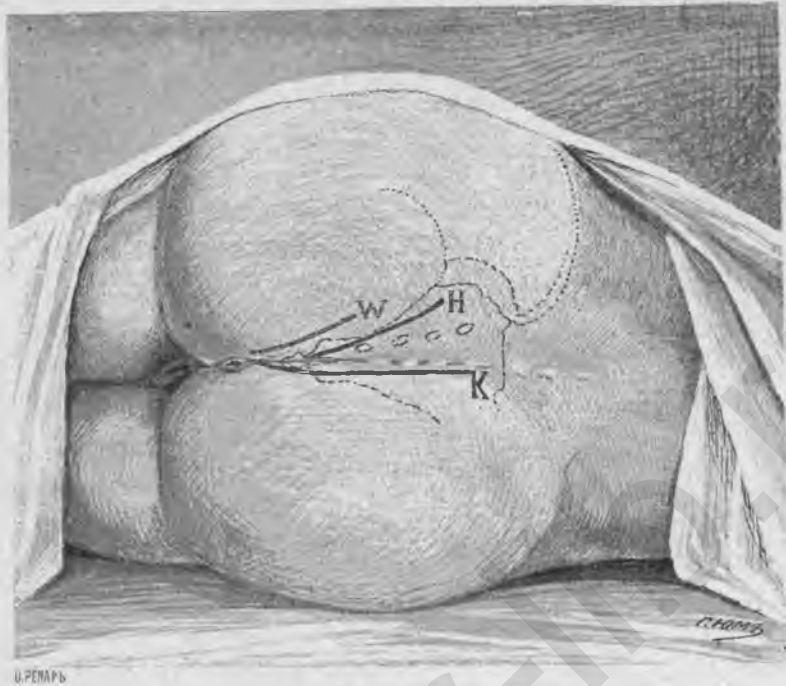


Рис. 77. Разрѣзы кожи при extirpatio per vias sacrales: К—по Kraske, Н—по Hochenegg, W—по Wölfler.

въ перевязкѣ основанія широкихъ связокъ, то она можетъ быть исполнена черезъ влагалище. Отдѣливши матку съ придатками или безъ придатковъ, приступаютъ къ отдѣленію ея отъ пузыря — моментъ наиболѣе серьезный, потому что легко можно поранить мочевой пузырь. Для этого на передней поверхности тѣла матки дѣлается полукруглый разрѣзъ черезъ брюшину, выпуклостью обращенный къ дну матки, и брюшина при помощи пальца отсепаровывается отъ тѣла матки, а потомъ приступаютъ къ разрыванію клетчатки, соединяющей шейку съ пузыремъ, и когда она отдѣлена до прикрѣпленія передняго свода, тогда послѣ послѣдовательной перевязки вѣтвей art. uterina отсѣкаются боковые и передній своды пожитцами и матку удаляютъ. Послѣ этого вытягиваются въ рану широкія связки и осматриваются, причемъ подозрительныя мѣста, напр. при ракъ, могутъ быть удалены. Если раковымъ процессомъ поражено и влагалище, то при этомъ оно совмѣстно можетъ быть удалено. Тогда стоитъ только въ нижней части отдѣлить его отъ rectum или отъ perineum и выдѣлить его по обыкновенному способу.

Extirpatio uteri perineo-vaginalis.

Если влагалище узко, то, какъ уже сказано, при помощи разрѣзовъ оно можетъ быть расширено, а всякое расширеніе влагалища кровавое или не крова-

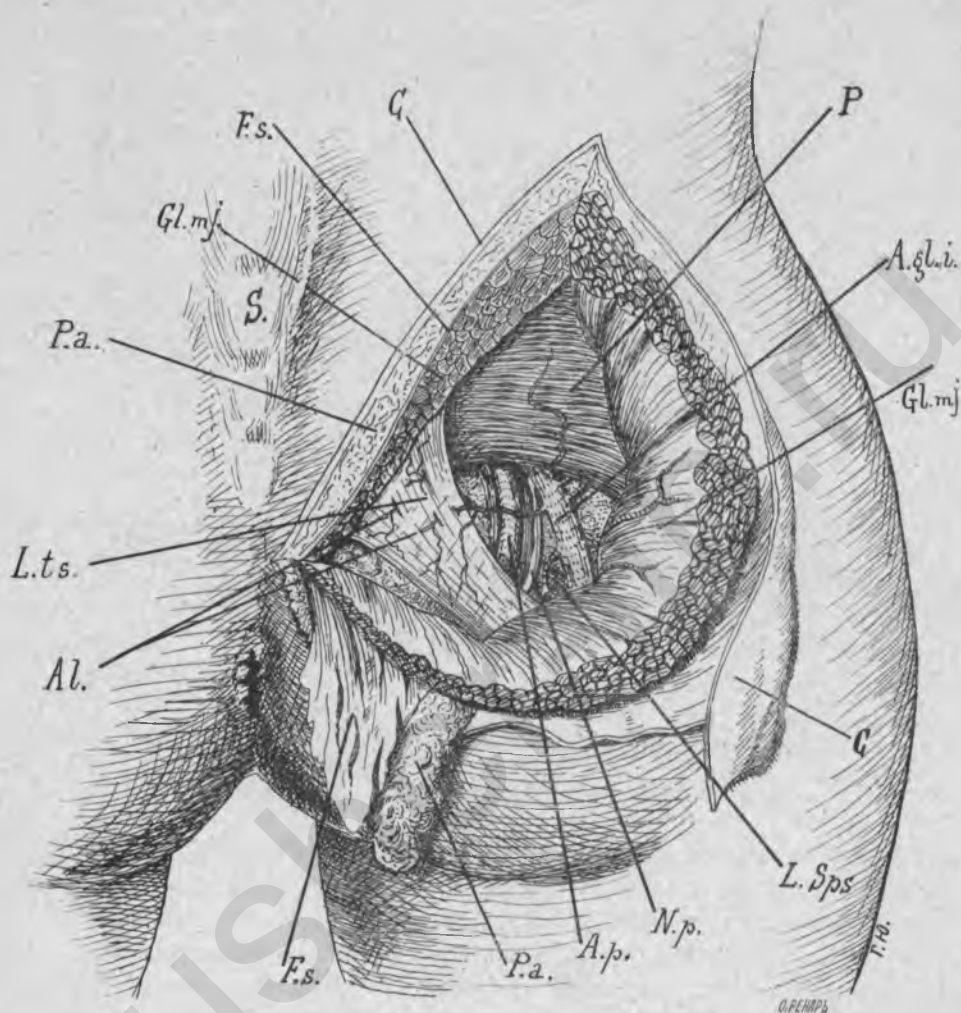


Рис. 78. Послойное раздѣленіе мягкихъ тканей до обнаженія ligg. tuberoso-et spinoso-sacra. S.—os sacrum; C.—кожа; P. a.—panniculus adiposus; F. s.—fascia superficialis; Gl. mj.—m. gluteus major, перерѣзанный на bctm. вверхъ; L. ts.—ligamentum tuberoso-sacrum; Al.—вѣточки art. glut. inf. et art. pudendae, питающія сѣдалищныя связки и уходящія въ glut. maj.; A. p.—arteria pudenda, сопровождаемая двумя венами; N. p.—nervus pudendus; L. Sps.—ligamentum spinoso-sacrum; A. gl. in.—art. glutea inferior; P.—m-lus pyriformis.

вое укорачиваетъ его высоту, а вслѣдствіе укороченія его высоты влагалищная часть и своды влагалища опускаются внизъ, т.-е. дѣлаются доступны не только осзанію, но и глазу. Вотъ на этомъ-то принципѣ основанъ способъ удаленія матки черезъ влагалище, способъ Шухарта.

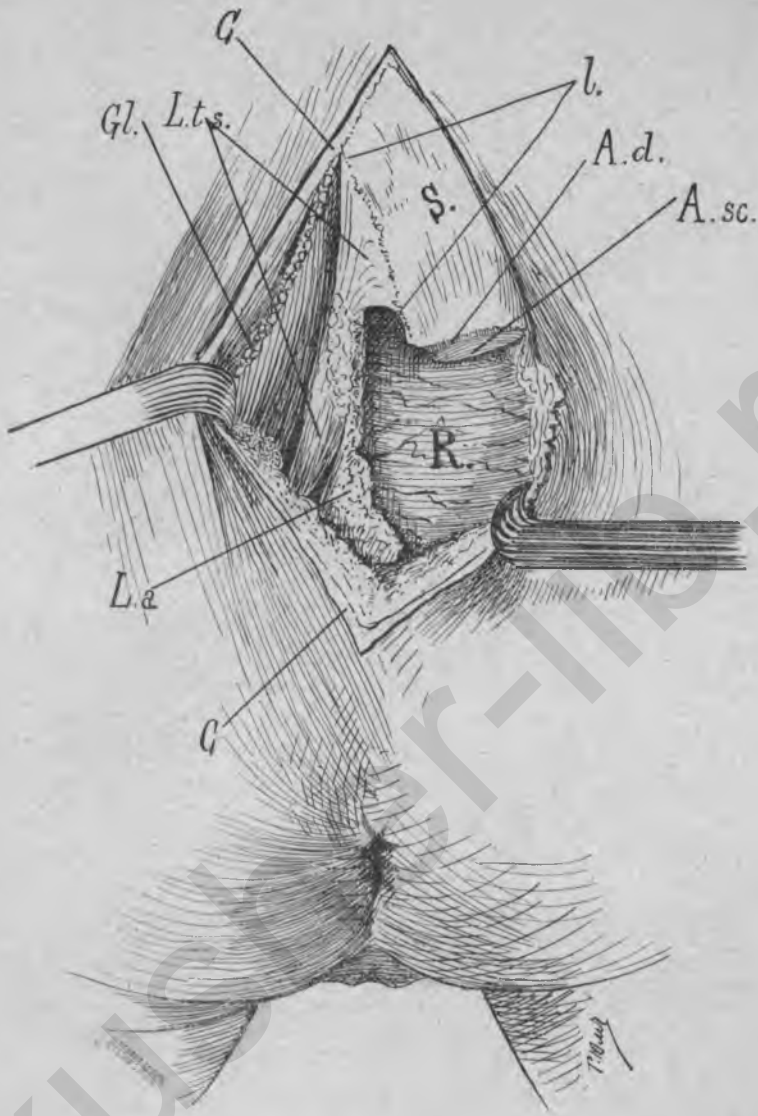


Рис. 79. Разрѣзъ и удаленіе копчика по Kocher. S.—os sacrum; R.—rectum; A. sc.—articulatio sacro-coccygea; A. d.—aponeurosis dorsalis, перерѣзанный вмѣстѣ съ lig. sacro-coccyg. post.; l.—линія разрѣза musc. glut. major, у мѣста его прикрѣпленія; C.—кожа съ подкожно-жирнымъ слоемъ; L. ts.—ligamentum tuberoso-sacrum; Gl.—m. glut. major; L. a.—m. levator ani.

Рис. 78, 79 и 80 заимствованы изъ брошюры д-ра Солодовникова „О различныхъ модификаціяхъ операціи Kraske“.

Наркозъ. Положеніе для камнесъченія. Разрѣзъ ведется на границѣ соединенія нижней трети большой губы съ среднею, выпуклостью кнаружи, направляется кзади и книзу къ tuberc. ischiі. Около задняго прохода, отступя отъ него на $1\frac{1}{2}$

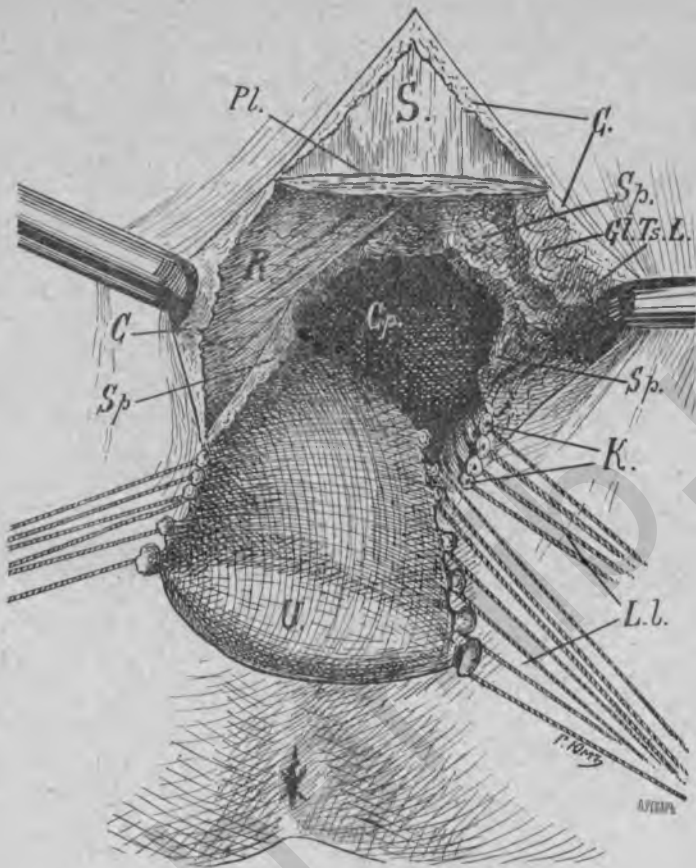


Рис. 80. Extirpatio uteri съ удаленіемъ резецированного крестца и копчика па уровнѣ между III и IV foram. S.—os sacrum; R.—rectum, оттянутое влѣво; Pl.—плоскость распилы oss. sacri между III и IV foram. sacralia; C.—кожа съ подкожно-жирнымъ слоемъ; Sp.—подбрюшинная клетчатка; Cr.—cavum peritoneale; U—uterus; Gl. Ts. L.—мягкія ткани: m. gluteus major, lig. tuberoso-sacrum, m. levator ani; K.—часть внутренней коульты широкой маточной связки, выведенная наружу; L. l.—лигатуры, между которыми перерѣзаны ligamenta lata.

пальца (рис. 81). Этотъ полулунный разрѣзъ проникаетъ сквозь кожу, фасцію и мышцы и оканчивается на уровнѣ задняго края заднепроходнаго отверстія. Кровотеченіе останавливается пинцетамъ; въ разрѣзъ вводится палецъ, который проникаетъ сбоку влагалища, въ исхиоректальную клетчатку и такимъ образомъ боковая стѣнка влагалища отдѣляется на всемъ протяженіи вплоть до уровня бокового свода или немного выше его, послѣ чего отъ начала разрѣза боковая стѣнка влагалища разсѣкается ножницами вплоть до бокового свода, слизистая оболочка котораго разсѣкается въ поперечномъ направленіи. Края раны усиленно расширяются помощниками; влагалищная часть захватывается щипцами Мюзё и низводится къ входу во влагалище, вслѣдствіе чего и боковые своды опускаются ко входу и дѣлаются доступными для глаза и ощупыванія. Само собою разумѣется, что боковой сводъ, соответствующій разрѣзанной стѣнкѣ влагалища, опускается глубже. Фиксировавши

матку въ опущенномъ положеніи, циркулярнымъ разрѣзомъ вскрываютъ своды влагалища и отсекаютъ клѣтчатку спереди и сзади шейки. Затѣмъ расплепаютъ въ передне-заднемъ направленіи при помощи анатомическихъ пинцетовъ и пальцевъ клѣтчатку основанія широкихъ связокъ и выпускаютъ по мѣрѣ надобности встрѣчающіеся инфилтриты или увеличенныя и инфилтрированныя железы. Отыскавши описаннымъ выше способомъ *art. uterinam*, а также мочеточники, артерію перевязываютъ. Послѣ вскрытія Дугласовыхъ пространствъ удаленіе матки совершается по общимъ правиламъ и рана влагалища и брюшины зашивается по методамъ, упомянутымъ выше. Если инфильтрація въ боковыхъ сводахъ замѣчается съ 2 сторонъ, то необходимо разсѣчь влагалище и съ другой стороны.

Итакъ, при этомъ методѣ все основаніе широкихъ связокъ, въ особенности часть, прилегающая къ маткѣ, подается усиленно внизъ, и если разрывать широкую связку, то положительно можно перевязывать сосуды *per visum*. Кромѣ того, широкая связка можетъ быть обследована на глубокомъ протяженіи и подозрительныя мѣста могутъ быть удалены. Такимъ образомъ помимъ матки этимъ способомъ можно выдѣлить часть клѣтчатки изъ широкой связки (въ особенности лимфатическія железы), и избѣжать при этомъ раненія мочеточника, ибо послѣдній можетъ быть изолированъ.

Такимъ образомъ это есть единственный методъ наиболѣе рачіональный для удаленія злокачественно перерожденныхъ матокъ, потому что онъ уподобляется методу экстирпации грудныхъ железъ съ пакетами железъ и клѣтчаткою. Удаливши матку, остатки широкихъ связокъ втягиваютъ во влагалище, а рану зашиваютъ изъ глубины снаружи кетгутовыми швами, кожный же разрѣзъ сшиваютъ шелковыми швами; влагалищный разрѣзъ сшиваютъ кетгутовыми швами; остальное, какъ-то тампонація и проч., какъ въ предыдущемъ случаѣ.

Ablatio adnexorum per vaginam.

Чтобы отнять яичники или всѣ придатки черезъ влагалище, надо вскрыть задній сводъ, отыскать придатки, низвести ихъ въ полость влагалища, и на широкую связку по обыкновеннымъ правиламъ наложить лигатуры. Пожку, обшивши, можно оставить въ брюшной полости, или, если есть какое либо опасеніе за возможность кровотеченія, пришить ее и укрѣпить въ разрѣзѣ задняго свода.

Перевязка сосудовъ.

Просмотрѣвъ и изучивъ анатомію женскихъ половыхъ органовъ, надо воспользоваться знаніями, почерпнутыми изъ такого ученія. На первомъ мѣстѣ въ связи съ книгою, трактующею о маточныхъ кровотеченияхъ, является вопросъ: можетъ ли маточное и всякое другое кровотеченіе изъ тазовыхъ органовъ быть остановлено при помощи перевязки сосудовъ? Конечно да. И потому здѣсь слѣдуетъ рассмотреть методы перевязки сосудовъ матки, ея придатковъ, влагалища, пузыря, прямой кишки и наружныхъ половыхъ органовъ.



Рис. 81. Разрѣзъ при extirpatio uteri perineo-vaginalis (операція Шухардта).

Если посмотрѣть на рисунокъ сосудовъ, то увидимъ матку съ придатками и двѣ артеріи: *art. ovarica* и *art. uterina* (см. рис. 20).

Влагалище снабжаютъ *art. vaginalis*; входъ и наружную часть влагалища—вѣтви *art. pudendae internae* и отчасти *pudendae externae* (вѣтвь *femoralis*); пузырь — *arteriae vesicales*; rectum — артеріи геморроидальныя: *arteria haemorrhoidalis externa* изъ *arteria pudenda communis*, *arteria haemorrhoidalis media* изъ *arteria hypogastrica* и *arteria haemorrhoidalis superior* изъ *arteria mesenterica inferior*.

Сосуды матки—*art. uterina* и *arteria ovarica*—могутъ быть перевязаны двумя методами: экстраперитонеальнымъ и интраперитонеальнымъ. *Art. uterina* можетъ кромѣ того быть перевязана черезъ влагалище.

Перевязка *arteriae uterinae*—(*ligatura arteriae uterinae*).

a) *Intraperitonealis*.

Laparotomia. Дно матки захватывается щипцами *Museux* или при позиціи *Trendelenburg* захватывается пальцами и вытягивается впереди и вверхъ къ пупку. Отыскиваютъ дно передняго Дугласова пространства; отступая на $\frac{1}{2}$ дюйма отсюда, ножомъ дѣлается полукруглый разрѣзъ выпуклостью къ дну матки. Разрѣзъ проникаетъ только черезъ брюшину (чтобы отыскать дно передняго Дугласова

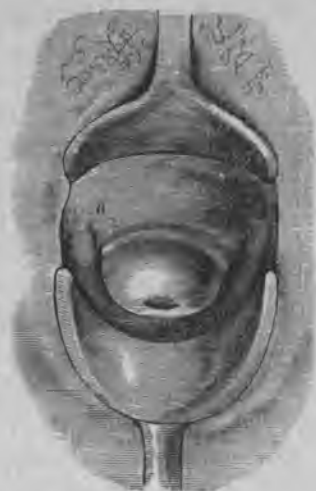
пространства должно обратить вниманіе на бѣлесоватую, сморщенную брюшину, покрывающую нижнюю треть передней поверхности матки. Въ этомъ мѣстѣ брюшина чрезвычайно рыхло прикрѣпляется къ маткѣ и легко можетъ быть отдѣлена). Отсепаровавши брюшину, проникаютъ пальцами въ клѣтчатку, находящуюся между пузырьемъ и шейкой матки, вплоть до передняго свода влагалища. Если черезъ рану брюшины пальцемъ лѣвой руки итти сбоку матки до дна этой раны, а большимъ пальцемъ той же руки захватить основаніе широкой связки, т. е. всю ту ея часть, которая лежитъ ниже круглой связки между нею и боковой поверхностью матки, то можно ясно ощупать извитыя артеріи и ихъ біеніе. Фиксировавши такимъ образомъ сосуды и защитивъ большимъ пальцемъ мочеочникъ, проводить иглу Deschamps, вкалывая ее спереди и ниже круглой связки, проводить ее по боковому краю матки и, обойдя ея сосуды, выкалываютъ на передней поверхности шейки матки (методъ автора).

б) *Per vaginam* перевязка *art. uterinae* производится или прямо черезъ боковой сводъ, или съ предварительнымъ отсепарованіемъ сводовъ, или наконецъ со вскрытіемъ одного задняго или передняго Дугласова пространства (брюшины).

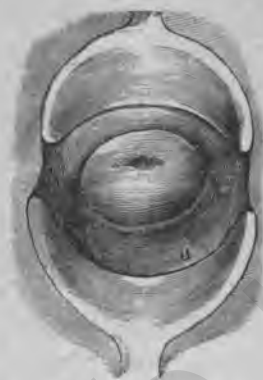
Если матка мала и очень подвижна и влагалище достаточно широко, такъ что матка можетъ быть низведена съ легкостью до *introitus vaginae*, то въ такомъ случаѣ можно безъ вскрытія сводовъ перевязать на большомъ протяженіи *art. uterinae*. Это можетъ быть произведено и безъ хлороформа при положеніи ягодично-спинномъ. Влагалищная часть обнажается и низводится къ входу влагалища. Пальцами лѣвой руки ощупывается боковая поверхность надвлагалищной части шейки матки и около нея спереди назадъ проводится игла съ лигатурой; также и съ другой стороны.

Если парацервикальная клѣтчатка развита слабо, такъ что пальцы ошупываютъ другъ друга, то достаточно одной лигатуры; въ противномъ случаѣ надо положить еще лигатуру.

Но если этихъ условій нѣтъ, то перевязка сосудовъ должна быть дѣлаема при помощи отсепарирования сводовъ, преимущественно передняго и задняго. Не обходимо хлороформированіе. Фиксировавши влагалищную часть, дѣлается циркулярный разрѣзъ черезъ слизистую оболочку до клѣтчатки на уровнѣ прикрѣпленія сводовъ (нахожденіе сводовъ показано на рис. 82 и 83), и пальцами спереди и сзади шейки матки разрывается парацервикальная клѣтчатка до тѣхъ поръ, пока не отдѣлится пузырь на всемъ протяженіи раны. Если въ это время потянуть влагалищную часть книзу, то въ углу раны покажется извилистая *arteria uterina*. Если клѣтчатка, покрывающая шейку матки, плотная, то тогда сдѣлать нѣсколько подрѣзовъ ножницами въ этой клѣтчаткѣ; черезъ это *art. uterina* освобождается отъ прикрѣпленій къ маткѣ и становится болѣе видимой, и если при этомъ анатомическими инструментами разорвать на нѣкоторомъ протяженіи по тракту артеріи клѣтчатку, то артерія выпадаетъ изъ своего ложа и подъ нее легко подвести лигатуру. Если хотять перевязать артерію глубже, такъ чтобы захватить анастомозы *art. uterinae* съ *art. ovarica*, то въ такомъ случаѣ необходимо вскрытіе передняго и задняго Дугласова пространства, большее низведеніе матки, и больній разрывъ боковой клѣтчатки. При этомъ должно помнить, что *art. uterina* распо-



Рисунокъ 82. а) Мѣсто прикрѣпленія передняго свода.



Рисун. 83. а) Мѣсто прикрѣпленія задняго свода.

лагается при оттягиваніи матки внизъ преимущественно по боковой и передней поверхности надвлагалищной части шейки и тѣла матки; если же желаютъ перевязать и вены, то въ такомъ случаѣ должно знать, что вены расположены къзади и кнаружи отъ артерій. Послѣ этого своды сшиваются непрерывнымъ кетгутовымъ швомъ и влагалище тампонируется марлей.

Если хотятъ перевязать *art. uterina* на мѣстѣ перекрещиванья съ мочеточникомъ и ближе къ мѣсту ея выходенья изъ *art. hypogastrica*, то нужно разсѣчь входъ и боковую стѣнку влагалища на всемъ протяжении, какъ это дѣлается при операциі Schuchardt. Разсѣчь поперечно боковой сводъ, низведя предварительно матку и разведя широко края раны. Анатомическими линцетами разрывается клетчатка въ основаніи широкой связки, черезъ что изолируется *art. uterina*; а растянувши основаніе широкой связки впереди и позади дуги *art. uterinae* приближаютъ ее ко входу во влагалище, и подведя подъ нее иглу Deschamp'a, осторожно приподнимаютъ ее отъ подлежащихъ тканей, въ силу чего мочеточникъ становится видимымъ и ссызаемымъ, а *arteria uterina* можетъ быть перевязана на любомъ мѣстѣ (методъ автора). Въ дальнѣйшемъ поступаютъ также, какъ при операциі Schuchardt'a.

Что касается перевязки *arteriae ovaricae* и *arteriae ligamenti teretis* интраперитонеальнымъ методомъ, а равно и *plexus rampiniformis*, то это описано при интраперитонеальныхъ операцияхъ на маткѣ и ея придаткахъ.

с) Экстраперитонеальный методъ перевязки сосудовъ.

Для того, чтобы перевязать экстраперитонеально всѣ сосуды матки на протяжении, проф. Губаревъ предложилъ пользоваться однимъ экстраперитонеальнымъ разрѣзомъ, — въ частности почти тѣмъ самымъ разрѣзомъ, который употребляется для перевязки *arteriae hypogastricae*, съ тѣми предосторожностями, на которыя указалъ Пироговъ. Именно, Пироговъ обратилъ вниманіе на то, что весьма важно,

чтобы разрѣзъ пришелся на мышечной части *musculi transversi abdominis*, потому что брюшина, выстилающая переднюю стѣнку живота, приростаеь очень плотно къ сухожильной части этой мышцы. На рис. 27 отд. II изображены линіи, отдѣляющія наружный край сухожилия *musculi transversi addominis*.

На линіи, проведенной отъ *spina anterior* къ пупку, берется точка, отстоящая отъ *spina ant. sup.* на $1\frac{1}{2}$ дюйма, и соединяется съ *tuberculum pubis*. Разрѣзъ, которымъ надо пользоваться, изображенъ на діаграммѣ.

Разрѣзавши всѣ три мышечные слои брюшной стѣнки и пройдя *fasciam transversam*, отдѣляютъ пальцами брюшинный мѣшокъ отъ *fossa iliaca* и по внутреннему краю *musculi psoatis majoris* доходятъ до мѣста дѣленія *arteriae iliacaе communis* противъ *synchondrosis sacro-iliaca*. Отсюда спускаются внизъ въ полость малаго таза, слѣдую направлению *arteriae hypogastricae*.

Весьма важно въ этотъ моментъ операціи достигнуть хорошаго освѣщенія операціоннаго поля и простора для послѣдующаго отыскиванія *arteriae uterinae*. Для достиженія этого очень удобнымъ оказывается оттягиваніе брюшиннаго мѣшка введенной въ рану ложкой обыкновеннаго Симсовскаго зеркала; пользуясь этимъ инструментомъ, помощникъ оттягиваетъ брюшинный мѣшокъ къ средней линіи.

Хорошую услугу можетъ также оказать при этомъ палецъ помощника, введенный въ боковой сводъ: растягивая сводъ и отклоняя шейку матки въ противоположную сторону, онъ можетъ уменьшить подвижность отыскиваемаго сосуда, что облегчаетъ самое отыскиваніе.

Мочеточникъ и *arteriae ovaricae* вмѣстѣ съ ея венами остаются прикрѣпленными къ брюшному мѣшку и вмѣстѣ съ нимъ отклоняются къ средней линіи. Уже на рисункѣ видно (см. таблицы), что перевязка *arteriae ovaricae* не представляетъ при этомъ особенныхъ трудностей. Въ нижнемъ углу нашей раны не трудно также найти круглую маточную связку и перевязать ее вмѣстѣ съ находящейся въ ея толщѣ артеріей. Изолировать эту тоненькую вѣточку довольно трудно и не всегда возможно. Если бы мы не захотѣли перевязывать самую связку, то можно перевязать ту артеріальную вѣтку, изъ которой происходитъ *arteria ligamenti rotundi* т. е. *art. epigastricam inferiorem*, которую легко изолировать въ нижнемъ углу нашей раны.

Hysterectomy abdominalis.

Общій принципъ безкровнаго удаленія матки *per laparotomiam* состоитъ въ перевязкѣ сосудовъ: *art. spermaticaе, art. lig. rot. art. uterinae*. и анастомозовъ ихъ. При этомъ или матка можетъ быть удалена вся съ придатками или безъ придатковъ, или часть шейки остается, а тѣло и дно удаляются (съ придатками—*amputatio supravaginalis corporis et fundi uteri et adnexorum*). Последняя операція производится или интра, — или экстра перитонеальнымъ методомъ. Если культи опускается внутрь брюшной полости, то это методъ интраперитонеальный; если она укрѣпляется въ брюшной ранѣ, то экстраперитонеальный.

Hysterectomy totalis. — Вылущеніе всей матки, т. е. тѣла, дна и шейки, *per laparotomiam*, производится или только черезъ брюшную полость, или шейка матки вылущается отъ окружающихъ частей предварительно *per vaginam*,

а потомъ уже вся матка вылущается per laparotomiam. Въ послѣднемъ случаѣ операція можетъ быть названа extirpatio uteri per laparotomiam combinata (vagina — abdominalis), въ отличіе отъ перваго, называемаго extirpatio uteri abdominalis seu hysterectomia abdominalis totalis vel partialis. Сущность этой послѣдней операціи состоитъ въ слѣдующемъ

Laparotomia по бѣлой линіи живота между пупкомъ и symphysis os. pubis. Величина разрѣза различна смотря по величинѣ матки. По вскрытіи брюшной полости кишки изъ малаго таза вынимаются, проталкиваются въ брюшную полость и закладываются марлей. Матка (дно и тѣло) захватывается рукою и выводится изъ брюшной полости наружу. Если такое выведение затруднительно, то можно дно матки захватить щипцами Мюзе и съ помощью ихъ вывести наружу. Если и при этомъ является затрудненіе, то больная переводится въ Тренделенбургскую позицію, причѣмъ матка замѣчательно легко выводится изъ брюшной полости, въ особенности если придатки не приращены, въ противномъ случаѣ придатки должны быть освобождены отъ приращеній. Когда матка выведена изъ брюшной полости, то вкалывается ножъ у задняго свода влагалища, слѣдовательно почти близъ дна Дугласова пространства, и ведется по средней линіи задней стѣнки матки до высоты середины широкой связки. Разрѣзъ проникаетъ только черезъ брюшину. Для отыскиванія задняго свода вводятъ кривой корнцангъ черезъ влагалище и конецъ его фиксируютъ въ заднемъ сводѣ. Онъ легко прощупывается изъ брюшной полости и на мѣстѣ его дѣлаютъ разсѣченіе, проникающее въ полость влагалища. Если бы это казалось затруднительнымъ, то можно концемъ кривого корнцанга прорвать задній сводъ, защищая пальцами сосѣдніе органы отъ раненія. Итакъ, вскрывши или не вскрывши задній сводъ, ведутъ какъ сказано выше, разрѣзъ по задней поверхности матки черезъ брюшину. Дойдя до середины тѣла матки, переводятъ разрѣзъ въ косвенный, идущій къ угламъ матки (рис. 84, 85) и спускаютъ разрѣзы по передне—боковымъ поверхностямъ тѣла матки, гдѣ на дюймъ или 1½ выше дна передняго Дугласова пространства ихъ сводятъ горизонтально. Послѣ этого отсепаровываютъ сзади брюшину въ стороны отъ средней линіи при помощи ножа или ножницъ и пальца, до тѣхъ поръ, пока мѣсть не подойдутъ къ краямъ матки, гдѣ находится болѣе рыхлая клетчатка и сосуды. Тоже самое дѣлаютъ спереди. Потомъ берутъ тупую иглу и прокалываютъ ею сзади напередъ, какъ можно ниже боковой край широкой связки около краевъ матки, и, если придатки свободны, то подъ яичникомъ и бахромчатымъ концемъ трубы широкія связки захватываются въ лигатуру и перевязываются съ той и съ другой стороны (рис. 86), послѣ чего широкая связка выше мѣста перевязки отсѣвается отъ бокового края матки съ одной и съ другой стороны (рис. 87), а кровоточащіе изъ матки сосуды защемляются пинцетами. Если перевязка широкихъ связокъ затруднительна въ силу ихъ ширины, то, по отсепарованіи брюшины, помощникъ захватываетъ между пальцами основаніе широкой связки и широкая связка отрѣзается, и кругомъ связки въ поперечномъ направленіи (относительно таза) ниже яичника и трубы накладывается лигатура сначала съ одной, затѣмъ съ другой стороны. Всякое кровотеченіе, если оно изъ матки, останавливается пинцетами, а изъ широкой связки—при помощи обкалыванія. При этомъ матка нѣсколько подается болѣе внаружи, и отсепарова-

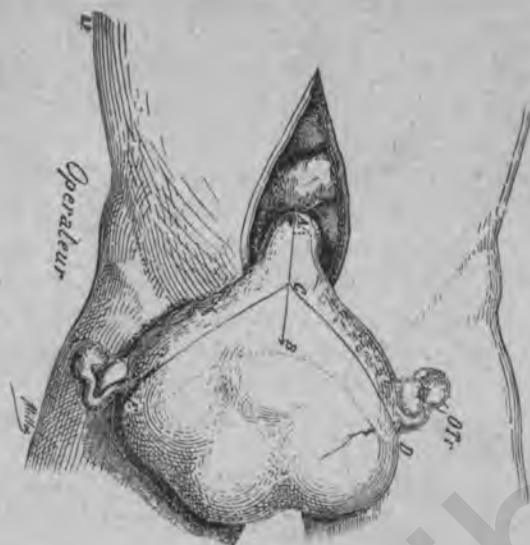


Рис. 84. Линія разрѣза при hysterectomia abdominalis по Doyen.

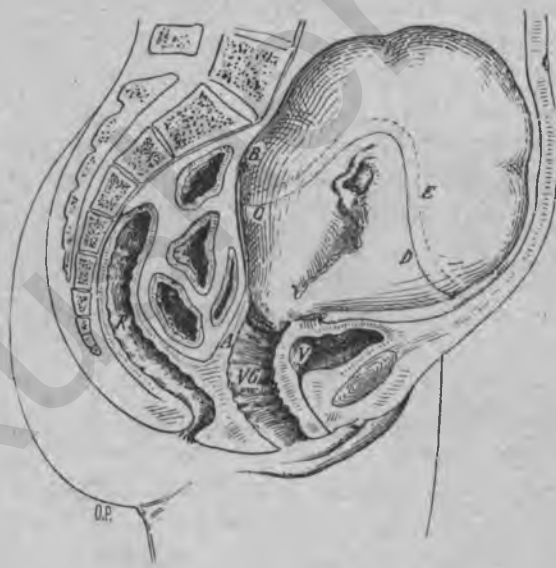


Рис. 85. Линія разрѣза на боковыхъ поверхностяхъ матки.

ніе брюшины, какъ сзади матки, такъ и спереди совершается съ большею легкостью, такъ что спереди легко удаётся разорвать большую часть клетчатки, на-



Рис. 86. Разрѣзъ брюшины на задней поверхности матки, употребляемый авторомъ въ послѣднемъ видоизмѣненіи метода Дюуп.

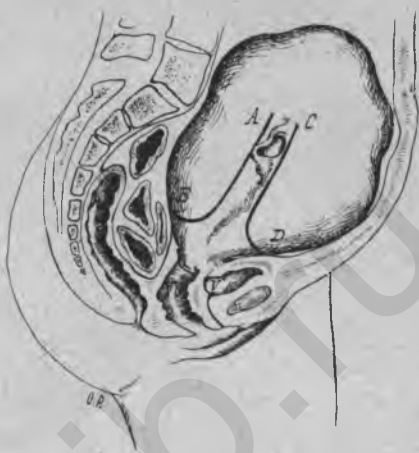


Рис. 87. Разрѣзы брюшины, употребляемые авторомъ въ послѣднемъ видоизмѣненіи метода Дюуп, АВ—по задней поверхности, СD—по передней.

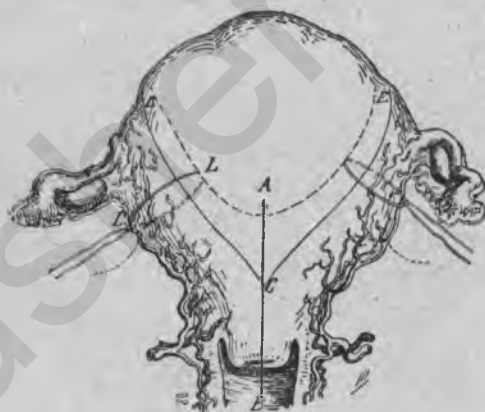


Рис. 88. Положеніе лигатуръ на lig. lata.

ходящейся между пузыремъ и шейкой. Въ это время чрезвычайно легко увидѣть сбоку и нѣсколько спереди матки пучки сосудовъ, состоящихъ изъ вѣтвей *art. uterinae*, которые перевязываются кетгутомъ, и ножницами отсѣваются ближе къ маткѣ (рис. 90).

Продолжая такимъ образомъ отдѣленіе кругомъ шейки матки, отыскиваютъ вскрытое мѣсто на заднемъ сводѣ, а если задній сводъ еще не вскрытъ, то стараются его вскрыть вышеуказаннымъ способомъ. По вскрытіи задняго свода вводятъ одну вѣтвь тупоконечныхъ ножницъ и начинаютъ отдѣлять задній сводъ, держась ближе къ шейкѣ матки. Когда рана въ заднемъ сводѣ достаточно расши-

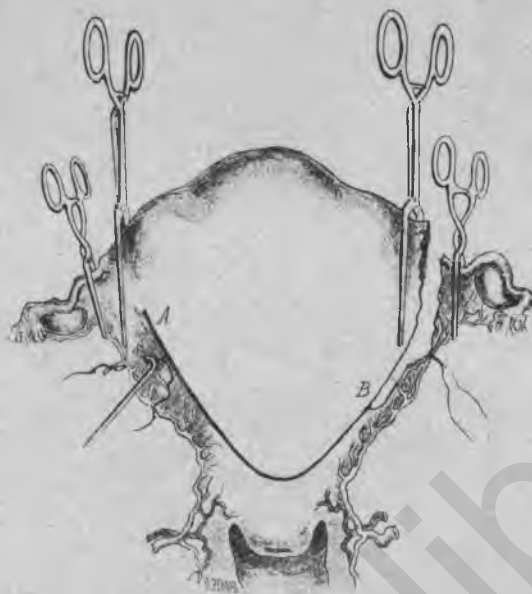


Рис. 89. Отсѣченіе широкой связки съ одной стороны, моментъ вкола иглы Дешампа съ другой.

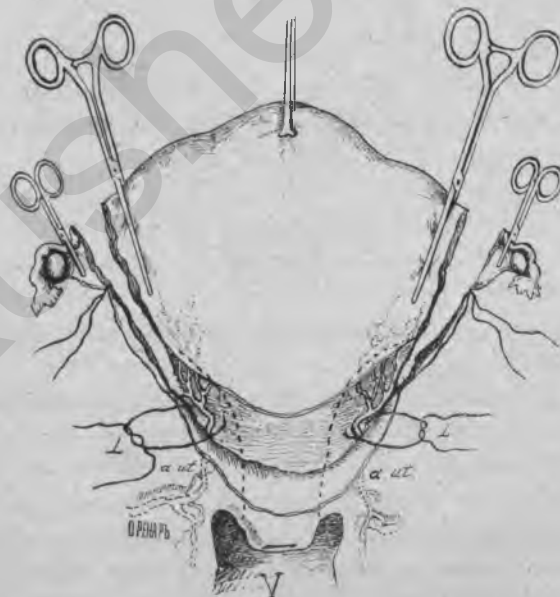


Рис. 90. Перевязка art. uterinae.

рена, такъ что можетъ быть проведенъ палецъ изъ брюшной полости во влагалище, то отдѣляютъ по пальцу прикрѣпленія сводовъ къ шейкѣ матки; при этомъ тотчасъ отдѣленные своды захватываются острыми зацемяющими пинцетами, чѣмъ и фиксируется само влагалище, а кровоточащіе сосуды, по мѣрѣ ихъ разсѣченія, обкалываются (рис. 91). Дабы предупредить внесеніе изъ влагалища чего либо



Рис. 91. Видъ поля операціи послѣ экстирпаціи матки; на края раны у влагалищныхъ сводовъ наложены зацемяющіе пинцеты Кохера.

въ брюшную полость, во влагалище вкладывается марля, смоченная въ растворѣ лизола, а брюшная полость тщательно укутывается компрессами, дабы не попало въ нее отдѣляемое изъ наружнаго отверстія матки.

Когда матка удалена и своды влагалища фиксированы пинцетами, то приступаютъ къ отдѣленію придатковъ матки, для чего черезъ широкую связку проводится подъ трубами и яичниками лигатуры, двѣ или четыре, смотря по величинѣ ножки, и придатки матки отсѣкаются. По отсѣченіи придатковъ матки осматриваются широкія связки, передній, задній и боковые своды, кровоточащія мѣста перевязываются, тазовая полость вычищается, тампонъ изъ влагалища удаляется, вводится черезъ влагалище въ брюшную полость корнцангъ, конецъ котораго раскрывается, и отыскиваются концы лигатуръ лѣвой широкой связки и передняго листка брюшины, и ущемленные корнцангомъ (рис. 92), выводятся наружу, фиксируются зацемяющимъ пинцетомъ и немного натягиваются.

Освобожденный корнцангъ снова проводится черезъ влагалище въ брюшную полость, захватываетъ концы лигатуръ правой широкой связки и заднихъ листковъ брюшины и вытягивается наружу, гдѣ тоже фиксируется пинцетомъ. Тогда на мѣстѣ вынутой матки со стороны брюшной полости образуется воронкообразное углубленіе, состоящее изъ втянутыхъ во влагалище широкихъ

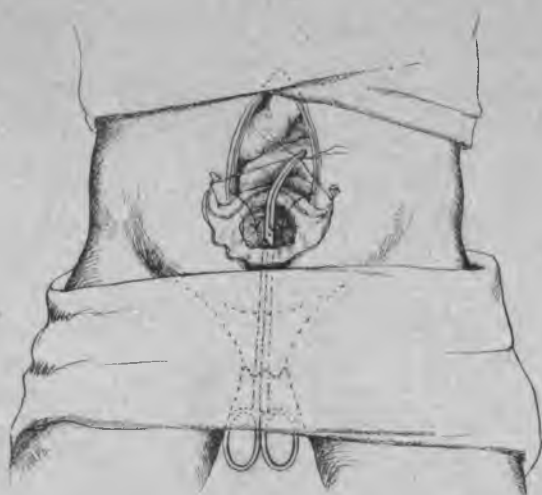


Рис. 92. Захватываніе корнцангомъ концовъ лигатуръ для выведенія *per vaginam*.

связокъ и передняго и задняго листковъ брюшины, такъ что между пузырьемъ и *rectum* эта воронка образуетъ дно Дугласова пространства, и если операція была произведена чисто, и не попало ничего въ брюшную полость, то накладываются или узловатые швы, или кошелеобразные, имѣющіе цѣлю соединить брюшину и герметически изолировать ее отъ полости влагалища (рис. 93).

Сдѣлавши туалетъ брюшины, брюшную рану закрываютъ, полость влагалища вытирается асептической марлей, смоченной въ іодоформной эмульсіи; концы лигатуръ, торчащіе между большими губами, немного натягиваются и захватываются защемляющимъ пинцетомъ; влагалище тампонируется іодоформной марлей (*Hysterectomy completa*—методъ Doyen'a, видоизмѣненный авторомъ).

Amputatio uteri.

Интраперитонеальный методъ.—Начало операціи такое же, какъ въ предыдущемъ случаѣ. По извлеченіи матки кнаружи, отыскиваются бахромчатые концы трубъ и кнаружи отъ нихъ накладываются на *plex. ramiformis* двѣ кетгуттовыя лигатуры. Концы наружной лигатуры обрѣзаются, концы внутренней остаются. Засимъ вкалывается игла съ лигатурой въ широкую связку у *plex. ramiformis* спереди назадъ, выводится къзади и у бокового края матки на уровнѣ внутренняго отверстія ея снова прокалывается широкая связка съзади напередъ, такимъ образомъ, чтобы възѣту лигатуру попала вся средняя часть широкой и круглая связка (рис. 94). Завязавъ лигатуру и наложивши подъ трубами, параллельно послѣднимъ, защемляющіе пинцеты (дабы предунредить возвратное кровотеченіе), широкія связки ниже пинцета, между нимъ и лигатурами, разсѣкаютъ съ обѣихъ сторонъ, черезъ что матка дѣлается значительно свободнѣе и подвижнѣе и еще больше извлекается изъ брюш-



Рис. 93. Поле операціи послѣ удаленія матки per laparotomiam.



Рис. 94. Перевязка широкихъ связокъ.

ной раны. Вытянувши матку и отклонивши ее кверху и въ противоположную сторону, перевязываютъ боковые края матки съ оставшеюся частью широкой связки и сосудами (ниже уровня внутренняго отверстія матки) при помощи одной или нѣсколькихъ лигатуръ. Эти лигатуры должны захватить вѣтви *art. uterinae* или ее саму. Перевязавши сосуды съ обѣихъ сторонъ сказаннымъ образомъ, дѣлаютъ два дугообразныхъ разрѣза (спереди и сзади) брюшины на маткѣ, выпуклостью обращенныхъ кверху (или одинъ сзади такой величины, чтобы онъ могъ впоследствии прикрыть культю) и надрѣзаютъ выше лигатуръ боковые края широкой связки. Послѣ этого ампутируютъ тѣло матки отъ шейки конусообразно, такъ что вершина конуса должна лежать въ шейномъ каналѣ (рис 96), причемъ

разрѣзъ въ шейномъ каналѣ проникаетъ сначала спереди, а потомъ сзади, для того, чтобы содержимое матки не попало въ брюшную полость. Оставшуюся культю фиксируютъ щипцами Мюзе и шейный каналъ или прижигаютъ 10% растворомъ карболовой кислоты или пакеленомъ, послѣ чего оставшіеся лоскуты брюшины спереди и сзади заворачиваютъ внутрь, такъ что серозная поверхность приходится къ серозной (рис. 97), и узловатыми или скорняжными швами обшиваютъ брюшинную поверхность культи. При этомъ, смотря по степени кровоточивости культи, накладываются одинъ или нѣсколько швовъ глубокихъ. Всѣ швы могутъ быть кетгуттовые. Итакъ, въ брюшной полости на мѣстѣ матки и придатковъ остается культя, состоящая изъ шейки матки, обшитой брюшиною, и перевязанныя широкия связки. Въ виду того, что къ оставшимся широкиимъ связкамъ можетъ прирости кишка и подать поводъ къ ущемленію, оставшіяся широкия связки, или вѣрнѣе перитонеальные ихъ листки, обметываютъ кетгуттовымъ швомъ и такимъ образомъ вся поверхность покрыта брюшинными листками (способъ Шредера-Мартина). Послѣ совершенія туалета брюшная полость зашивается.



Рис. 95. Нормальная толщина эластической лигатуры.



Рис. 96. Клинообразное вырѣзываніе тѣла и дна матки вмѣстѣ съ опухолью.



Рис. 97. Заворачиваніе брюшинныхъ листковъ внутрь пришиваніи культи по способу Леопольда. а, линія конусообразнаго вырѣза опухоли; I, эластическая лигатура; er, отсепарованные и завороченные внутрь брюшинные листки; o, поверхностный шовъ; t-глубокой шовъ.

Если стянуть остатки широкихъ связокъ къ шейной культѣ, что дѣлается при помощи лигатуры, оставшейся на мѣстѣ *plex. ramiformis*, лигатуры широкой связки и бокового края культи, то обнаженная поверхность широкихъ связокъ закроется повсемѣстно брюшиною; а для того, чтобы всѣ секреты и послѣдовательные процессы изолировать отъ брюшной полости, культя фиксируется къ нижнему углу брюшного разрѣза нѣсколькими продольными кетгуттовыми швами, проходящими черезъ культю и всѣ слои брюшной стѣнки кромѣ кожи, и покрывается на всемъ протяженіи паріетальнымъ листкомъ брюшины. Слѣдовательно производится вентрофиксация культи. Въ силу такого укрѣпленія кровотеченіе изъ перерѣзанныхъ сосудовъ предупреждается давленіемъ передней брюшной стѣнки. Этотъ методъ можетъ быть названъ *парапаріетальнымъ*. (Методъ Снегирева).

Экстраперитонеальный методъ. — Всѣ моменты операціи, какъ-то: *laparotomy*, перевязка сосудовъ, отнятіе культи, — какъ и въ предыдущемъ методѣ,

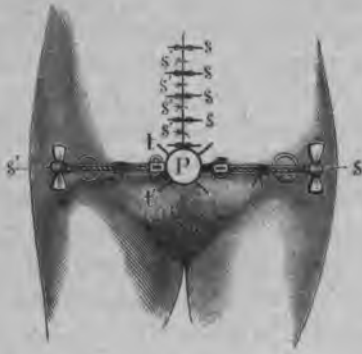


Рис. 98. Укрѣпленіе ножки по способу Pean'a. S—Экразеры, удерживающіе лигатуры. t Иглы, проколота крестъ на крестъ для удержанія ножки. P. Пожка.



Рис. 99. Ножка, перетянутая эластической лигатурой (вертикальный разрѣзь).



Рис. 100. Ножка, перетянутая эластической лигатурой и укрѣпленная въ нижнемъ углу раны. Шиваніе брюшиннаго листка раны съ брюшиннымъ листкомъ ножки по способу Хегара.

съ тою только разницей, что нѣтъ нужды ампутировать матку ниже внутренняго отверстія (культи можетъ быть оставлена нѣсколько больше). Захваченная культи выводится въ нижній уголъ брюшной раны и здѣсь основаніе культи обшивается паріетальной брюшиной, съ цѣлю изолировать ножку отъ брюшной полости (рис. 100). Засимъ культи фиксируется при помощи нѣсколькихъ глубокихъ швовъ, проходящихъ сквозь толщу брюшныхъ стѣнокъ и культи, но не проникающихъ черезъ паріетальный листокъ брюшины. Эти швы должны быть безусловно шелковые, и они должны быть оставлены на возможно долгій срокъ. Зашивши брюшную рану, культи смазываютъ *liquore ferri sesquichl* или 50% раств. *zinci chlorati*, обсыпаютъ порошкомъ (смѣсью іодоформа съ бурой), и по общимъ правиламъ накладываютъ повязку.

Но если желаютъ окончить операцію возможно быстро (10—12 минутъ), то надо примѣнить болѣе упрощенный способъ. Сущность его состоитъ въ томъ, что по вынутіи матки съ опухолью, напримѣръ съ фибромю, изъ брюшной полости, на уровнѣ внутренняго отверстія матки, накладывается эластическій шнуръ (рис. 95) и затягивается, причѣмъ придатки, въ случаѣ ихъ подвижности, лежатъ поверхъ эластической петли. Послѣ этого для фиксаціи ножки экстр перитонеальнымъ путемъ черезъ толщу культи продѣваются крестообразно двѣ особенныя, длинныя иглы и ампутируется дно и тѣло матки. Культи вмѣстѣ съ эластической петлей и иглами укрѣпляется въ нижнемъ углу раны (рис. 98) такимъ образомъ, что подъ концы иглъ, лежащихъ на переднебрюшной стѣнкѣ, подкладываются ва-

лики изъ йодоформной марли. Остальные моменты тѣ же, что и въ предыдущемъ способѣ.

Примѣчаніе. Реан, творецъ экстраперитонеальнаго метода, накладывалъ на ножку проволочную лигатуру, концы которой скручивались экразерами. На рис. 98 изображена зашитая брюшная рана, въ нижній конецъ которой выведена ножка съ проволочной лигатурой и экразерами, и укрѣплена иглами t). Гегаръ замѣнилъ проволочную лигатуру эластической, и не употреблялъ иглъ. Укрѣпленіе ножки по Гегару изображено на рис. 99 и 100.

Что касается до удаленія фиброміомъ, то принципъ операціи остается тотъ же самый, т. е. что опухоль можно удалять совмѣстно со всей маткой и опухоли можно удалять при помощи надвлагалищной ампутаціи матки по методу или интра- или экстраперитонеальному. Если же фиброміома множественная, и нѣсколько фиброміомъ лежатъ интралигаментарно, то въ такомъ случаѣ приходится, какъ предварительный актъ для операціи, разсѣчь широкую связку, дабы вылучить изъ нея фиброміомы. При этомъ лучше предварительно перевязать рех. рапріні- formis и наложить лигатуру около рога матки на трубу и на собственную связку яичника. Разсѣвши капсулу, отсепааровываютъ ее ножницами или пальцемъ отъ фиброміомы, и подходя къ вылученію опухоли на основаніи широкой связки, принимаютъ предосторожности, дабы не поранить въ этомъ мѣстѣ мочеточникъ. Если опухоль помѣщается глубоко въ клетчаткѣ таза, то въ такомъ случаѣ на самомъ глубокомъ мѣстѣ широкой связки показывается кровотеченіе, по большей части артеріальное, кровоточація мѣста захватываются пинцетами или обкалываются на мѣстѣ или основаніи широкой связки сквозными лигатурами. Второй источникъ кровотеченія обыкновенно случается у бокового края матки изъ анастомозовъ, соединяющихъ art. uterina съ arteria spermatica. Здѣсь болѣе, чѣмъ гдѣ либо необходимо перевязать сосуды раньше, чѣмъ отнимать опухоль. Если помимо этого кровотеченія бываетъ еще паренхиматозное, то оно останавливается тампо- націей или порошкомъ танина съ салициловой кислотой, или t-га Matico. Остановивши кровотеченіе, можно расщепленные листки брюшины широкой связки соединить швами и такимъ образомъ возстановить связку. Въ случаѣ если это затруднительно или если опасаются возможности кровотеченія (haematoma, haematocele). то края широкой связки приметываются къ нижнему углу брюшной раны, а полость широкой связки тампонируется марлей.

Если фиброміома подсерозная, и на узкомъ основаніи, то достаточно сдѣлать 2 полулунныхъ разрѣза черезъ брюшину, наложить предварительно на ножку сквозную двойную лигатуру и конусообразно вырѣзать ножку, а брюшинные листки, заворотивъ внутрь, зашить.

Если фиброміома интерстиціальная, то для безкровнаго вылученія ея необходимо, чтобы помощникъ предварительно зажалъ толщю матки выше и ниже мѣста опухоли. Затѣмъ производится продольный (всегда) разрѣзъ черезъ substance матки вплотную до опухоли и опухоль вылучивается изъ капсулы. Послѣ этого накладываются глубокіе швы, проходящіе подъ дномъ раны, причемъ берется предосторожность, чтобы швы не проникали сквозь слизистую оболочку матки. Брюшина заворачивается внутрь и обшивается кетгутомъ. Такимъ образомъ можно

и изъ небеременной и беременной матки удалять. интерстиціальныя и подзерозныя фиброміомы.

Иногда большія подслизистыя фиброміомы не могутъ быть вылушены черезъ влагалище, и тогда возникаетъ вопросъ объ удаленіи ихъ per laparotomiam съ сохраненіемъ матки. Разрѣзъ матки ведется по передней или задней поверхности, смотря по мѣсторасположенію опухоли, по средней линіи, какъ это дѣлается при кесарскомъ сѣченіи, и если при вылушеніи рвется слизистая оболочка матки (а это случается почти всегда при подслизистыхъ), то образуется сквозная рана въ полость матки, и шиваніе производится такимъ образомъ, что глубокіе швы не проникаютъ черезъ слизистую матки, а доходятъ только до нея, брюшныя же листки заворачиваются внутрь раны и сшиваются непрерывнымъ или узловатымъ кетгуттовымъ швомъ. Полость матки при этомъ еще до зашитія дренируется іодоформенной марлей, выведенной во влагалище.

Если опухоль очень велика, то для извлеченія ея необходимо воспользоваться методомъ *rag morcellement*, и такимъ образомъ черезъ сравнительно небольшой разрѣзъ можно удалить большія опухоли.

O v a r i o t o m i a .

Подъ именемъ овариотоміи подразумѣваютъ удаленіе новообразованій яичниковъ. *Oophorectomia*—удаленіе больныхъ яичниковъ, а кастрація—удаленіе здоровыхъ яичниковъ.

Ножка яичника состоитъ изъ собственной связки (*lig. ovarii propr.*), изъ дубликатуры широкой связки и иногда изъ трубы.

По извлеченіи яичника или яичниковой опухоли изъ брюшной раны, на сказанную ножку той или другой толщины и ширины накладываются сквозныя лигатуры, причемъ ножка дѣлится на двѣ, или на три, или на четыре части. Ниже этихъ лигатуръ накладывается одна обшая лигатура, круговая, одиночная или двойная, и яичниковая опухоль или яичникъ выше лигатуръ отсѣвается, притомъ такъ, чтобы серозныя покровы, оставшіеся отъ ножки, могли быть сшиты, и такимъ образомъ обнаженная поверхность могла быть прикрыта брюшиной. Образовавшаяся культя погружается въ брюшную полость.

Для того, чтобы отнять яичники и трубы, надо сдѣлать перевязку слѣдующихъ сосудовъ: *plex. rampliniformis* (двѣ лигатуры), средней части широкой связки и *lig. rotundi*—одна лигатура, и на рогъ матки—двѣ лигатуры, захватывающія собственную связку яичника, интерстиціальную часть трубы, и проходящую подъ прикрѣпленіемъ круглой маточной связки, послѣ чего яичникъ съ трубой можетъ быть выше лигатуръ отдѣленъ. Въ случаяхъ заболѣванія трубы слизистая послѣдней вырѣзывается въ интерстиціальной части и просвѣтъ трубы прижигается или пакеленомъ, или 10% раствор. карболовой кислоты. Оставшаяся обнаженная поверхность, обметанная брюшиной, или вся широкая связка съ *plex. rampliniformis* пришивается къ рогу и къ боковому краю матки.

Вылущеніе интралигаментарныхъ опухолей, кистъ и кистомъ, совершается по тому же способу, какъ и вылущеніе интралигаментарныхъ фиброміомъ. Только здѣсь чаще можетъ случиться, что нѣкоторая часть опухоли не можетъ быть вылущена. Въ такомъ случаѣ внутренняя или секреторирующая поверхность кистъ и кистомъ по возможности удаляется и оставшіяся мѣшочки вшиваются въ нижній уголокъ раны и тампонируются. Но иногда полезно сдѣлать сквозной дренажъ, т. е. брюшно-влагалищный.

Возстановленіе подвижности матки и придатковъ.

Самая частая причина неподвижности матки—это *perimetritis adhaesiva posterior*, а самая частая причина неподвижности придатковъ—*pelvo-peritonitis adhaesiva lateralis et posterior*. Для того, чтобы возстановить подвижность, надо уничтожить сращения, и если таковыя не уступаютъ фармакологическимъ и механическимъ средствамъ, то является показаніе къ разрыву таковыхъ приращеній. Этотъ разрывъ приращеній *per laparotomiam* можетъ быть совершенъ или *per vaginam*, или *per parietes abdominales*.

Для производства разрыва приращеній *per vaginam* больная хлороформируется, положеніе для камнешъченія, обнажается задній сводъ и вскрывается или продольно или поперечно. Фиксируя матку или при помощи щипцовъ Мюзе, или *per parietes abdominales*, входятъ однимъ пальцемъ или двумя черезъ разрѣзъ задняго свода въ полость брюшины и разрываютъ приращенія. Разорвавши приращенія, изслѣдуютъ состояніе придатковъ, и если около ихъ есть приращенія, то разрываютъ и послѣднія; очистивши рану и сдѣлавши туалетъ брюшины, вкладываютъ на разорванныя мѣста полоски іодоформной марли, а конецъ выводятъ въ полость влагалища. Марля остается до 8-ми сутокъ. Для болѣе вѣрнаго предупрежденія вторичныхъ приращеній необходимо матку перевести въ состояніе *anteversio-flexio* при помощи или Александровской операціи или методовъ Макенрода, Дюрсена и т. д. (см. ниже).

Разрывъ приращеній *per laparotomiam* производится еще съ большей простотой, и здѣсь необходимо, для того чтобы приращенія не возобновились, фиксировать матку (*hysteropexia*) и, если разорванныя мѣста были обширны, то заложить іодоформной марлей (дренажъ Микулича).

Укрѣпленіе положенія матки по поводу смѣщеній ея.

Vaginofixatio. Укрѣпленіе матки въ положеніи *anteversio-flexio* можетъ быть совершенно нѣсколькими способами.

Первый способъ—черезъ влагалище (*vaginofixatio*).

Наркозъ. Положеніе для камнешъченія. Обнаженіе всей передней стѣнки влагалища, передняго свода и влагалищной части. Влагалищная часть фиксируется щипцами Мюзе и оттягивается книзу и назадъ. Начиная отъ задняго края уретры на уровнѣ шейки пузыря ведется продольный разрѣзъ по средней линіи передней

стѣнки влагалища до прикрѣпленія передняго свода къ влагалищной части. Разрѣзь проникаетъ сквозь слизистую и мышечную до клѣтчатки, соединяющей пузырь съ влагалищемъ и шейкою матки. Оттянувши влагалищную часть книзу, входятъ пальцемъ въ разрѣзь передняго свода, и разрываютъ клѣтчатку, залегающую между пузыремъ и шейкою. Отсепаровавши пузырь отъ шейки матки вплоть до дна передняго Дугласова пространства, снимаютъ щипцы Мюзе съ влагалищной части, дно матки запрокидываютъ впередъ или при помощи обыкновеннаго приѣма, употребляемаго при двойномъ изслѣдованіи, или при помощи зонда. Запрокидываютъ такимъ образомъ, чтобы дно матки проникло въ разрѣзь передняго свода и зашло подъ пузырь, причемъ послѣдній при помощи зонда или катетера оттягиваютъ впередъ и вверхъ. Выведши дно и тѣло матки къ началу влагалищнаго разрѣза, накладываютъ 3—4 шва, проникающіе сквозь стѣнку влагалища и переднюю поверхность дна и тѣла матки послѣдовательно отъ начала разрѣза стѣнки влагалища до его сводовъ. (При этомъ иногда брюшина передняго Дугласова пространства разрывается). Влагалище тампонируется и швы на 9—12 день удаляются (операция Макенрода).

Другой способъ состоитъ въ томъ, что разрѣкаютъ не продольно передній сводъ, а поперечно, какъ это дѣлается при экстирпации матки, и дно матки фиксируется не къ влагалищному разрѣзу, а къ переднему влагалищному своду (операция Дюрсена).

Сущность операции Александра Адамса состоитъ въ укорачиваніи круглыхъ маточныхъ связокъ, каковое можетъ быть произведено при помощи экстраперитонеального метода—собственно операция Александра Адамса, и при помощи интраперитонеального метода.

Методъ экстраперитонеальный.

Наркозъ, спинное положеніе. Отыскивается бугорокъ лобковой кости (*tuberc. pubis.*) и отъ него ведется разрѣзь параллельно Пупартовой связки не доходя на 2" до *sp. ant. sup. oss. ilei*, короче сказать—производится *laparotomia externa* надъ Пупартовой связкой, и вскрывается паховой каналъ. Отыскивается *lig. rotund.* Для того, чтобы его отыскать, надо руководствоваться слѣдующимъ. Во-первыхъ послѣ разрѣза *m-li obliqui abdominis externi*, показывается *m-lus obliquus abdominis internus*, и войдя пальцемъ или рукояткою ножа въ желобокъ Пупартовой связки, отклоняютъ кверху *m-los abdominis externum et internum*; тотчасъ показывается нервъ, идущій по направленію *lig. rotundi*. Если теперь итти пальцемъ или рукояткою ножа съ основанія Пупартовой связки кверху, то тотчасъ бросается въ глаза толстый, желтовато-красный шнуръ, на передней поверхности котораго пульсируетъ видимая для глаза артерія (см. табл. IV). Это и есть круглая связка, которая между пальцами прощупывается въ видѣ плотнаго шнура. Если подвести подъ нее иглу Дешампа, то она легко отдѣляется отъ окружающихъ частей, и по мѣрѣ приближенія къ внутреннему паховому кольцу будетъ утолщаться и втягивать по немногу за собою брюшину и *fasciam infundibuliformem*. Ихъ легко пальцами и ножницами отдѣлить отъ существа связки.

Подъ найденную и такимъ образомъ выдѣленную круглую связку подводятъ длинную лигатуру, концы которой, не завязывая ее, передаютъ помощнику или

съ виномъ (1 чайная ложка коньяку на 2 унца теплой воды въ 35° Р.). Моча спускается черезъ каждые 6 часовъ въ продолженіе первыхъ двухъ сутокъ, вообще до послабленія. Въ случаѣ появленія рвоты прекращается дача горячей воды, а чаще ставятъ возбуждающіе клистиры. Во время рвоты сидѣлка кладетъ руки на низъ живота и поддерживаетъ животъ. Если рвота очень упорна, то полезно сдѣлать подкожное впрыскиваніе морфія или поставить свѣчку изъ опія *per rectum*. Избѣгается всякій разговоръ. Къ вечеру мѣряется температура и, если нѣтъ сна и существуютъ боли въ животѣ, то подкожное впрыскиваніе морфія устраняетъ эти явленія. Все вниманіе въ первыя сутки обращается на абсолютный покой. Поутру мѣряется температура, и если все идетъ благополучно, то на вторыя сутки можно разрѣшить въ видѣ питья горячей чай безъ сахара, по желанію съ лимономъ, но опять въ маленькихъ дозахъ, если же существуетъ рвота и сильная жажда, то можно давать горячее Виши по столовымъ ложкамъ; если рвота съ зеленью, то полезно къ Виши прибавить 5—6 gr. *natri bicarbonici*. Если же рвота бурая, и съ неприятнымъ запахомъ, то къ горячей водѣ прибавляютъ *acidum muriaticum* по 3 капли. Къ концу первыхъ сутокъ подъ голову подкладываютъ подушку, мѣшокъ съ горячей водой отъ головы, если нѣтъ рвоты, удаляется, клистиры съ водой и виномъ продолжаются и вторыя сутки; моча спускается, какъ сказано, дается горячей чай и, если есть боли или существуетъ бессонница, то ночью снова дѣлаютъ подкожное впрыскиваніе морфія. И такъ доходятъ до конца вторыхъ сутокъ.

Если субъектъ крѣпокъ, молодого или средняго возраста, не страдалъ сильной атоніей кишекъ, при операциіи не было потери крови, раненія кишекъ, и нѣтъ слабости сердца или перерожденія сердечной мышцы, то назначается слабительное, обыкновенно *Natri sulfurici Magnes. sulfuricae aa ʒʒ*. Если не случится послѣ нихъ рвота, появляется урчаніе въ кишкахъ, и если часа черезъ 4—6 не наступаетъ дѣйствія, то ставится клизма изъ теплой воды (4—6 стакановъ), которая въ обыкновенныхъ случаяхъ и достигаетъ цѣли. Если же субъектъ старъ, или существуетъ атонія кишекъ, то лучше дать *oleum ricini*. Какъ только произошло послабленіе, то больная можетъ мочиться сама. Даютъ больной бульень, горячее молоко, горячей чай, кофе и, если языкъ очень обложенъ и существуетъ вздутіе живота, и дурной запахъ изо рта, то *ac. muriatic. diluti* 3 — 4 раза въ день по 3 капли. Если же языкъ не обложенъ, дурного запаха нѣтъ, а существуетъ вздутіе и склонность къ тошнотѣ, то *Magist. Bismuti* по 5 gr. и Виши. Такъ доводятъ больную до конца 4-хъ сутокъ, причѣмъ на четвертыя сутки снова ставятъ клистиръ, если не бываетъ произвольнаго испражненія. Во всѣ эти дни оперированная часто полощетъ ротъ водой съ мятой или содовой водой. На пятыя сутки можно дать больной манную кашу, на шестыя котлету, къ концу 7-хъ сутокъ дается снова слабительное — соли или масло, и къ концу 8-хъ сутокъ снимается повязка и швы. На 10-я сутки больная поворачивается, на 12-я къ концу больная садится въ постели, а на 15-я больная встаетъ.

Во все время лежанія въ постели наблюдаютъ, чтобы не появились пролежни. Поэтому какъ только показывается краснота на ягодицахъ, такъ тотчасъ покраснѣвшее мѣсто смазывается іодоформъ-коллодіемъ и подкладывается гипроско-

пическая вата или гуттаперчевый кругъ. Больныя во время лежанія весьма часто жалуются на боли въ поясницѣ; подкладываніе ваты подъ поясницу доставляетъ облегченіе.

Послѣ 21 дня больная можетъ принять ванну, и послѣ этого вскорѣ можетъ быть выписана изъ больницы.

Итакъ, въ случаяхъ не осложненныхъ, главнымъ образомъ въ первые дни, обращается вниманіе на покой, на сонъ, на послабленіе и на діету. Разсматривая могуція быть осложненія послѣ чревосѣченія, можно ихъ подвести подъ слѣдующіе виды: 1) шокъ, 2) коляпсъ, 3) кровотеченіе, 4) peritonitis (септицемія), 5) обструкція кишекъ, 6) случайныя явленія: расхожденіе краевъ раны, нагноеніе въ швахъ, рвота и тошнота, боли въ животѣ, кровотеченіе изъ влагалища, выкидыши, параметриты и т. д.; осложненія со стороны мочевыхъ органовъ (urethritis, cystitis, nephritis, фистулы, анурія, послѣдствія раненія мочевого пузыря), кашель, плевропнеймонія, кровохарканье, насморкъ, носовое кровотеченіе, осложненія со стороны перерожденнаго сердца, обмороки; осложненіе со стороны нервной системы: бессонница, головныя боли, бредъ, манія.

1. *Шокъ* замѣчается послѣ чревосѣченія въ продолженіе первыхъ сутокъ. Какая бы ни была причина шока, главное вниманіе обращается на то, чтобы возбудить дѣятельность сердца, согрѣть больную. Поэтому къ указаннымъ выше средствамъ прибавляется подкожное впрыскиваніе соляного раствора и подкожное впрыскиваніе коффеина (2—4 gr). Мѣшокъ съ горячей водой на сердце, горчичники на сердце и клистиры изъ опія (8 капель на $\frac{1}{4}$ стакана). Если рвоты нѣтъ—горячее питье и немного вина.

2 *Коляпсъ*. Истощеніе послѣ чревосѣченія случается или въ продолженіе первыхъ двухъ — четырехъ сутокъ, или оно переходитъ въ хроническую форму. Покой, тепло, питательныя клизмы, внутрь кофе, коньякъ въ небольшихъ дозахъ, а при хроническихъ формахъ усиленное питаніе и гемоглобинъ, осторожность съ слабительными, вдыханіе кислорода, частая смѣна нагрѣтаго воздуха, подкожное впрыскиваніе соляного раствора, пища жидкая, преимущественно молоко, кофе и подъ кожу коффеинъ.

3. *Кровотеченіе* послѣ чревосѣченія случается въ продолженіе первыхъ 4-хъ сутокъ и характеризуется главнымъ образомъ блѣдностью наружныхъ покрововъ и слизистыхъ оболочекъ, похолодѣніемъ конечностей, слабымъ, частымъ, нитеобразнымъ пульсомъ, замираніемъ сердца, тоскою, тошнотою, рвотою, головокруженіемъ и обмороками. Изъ половыхъ органовъ показывается кровь (иногда); моча блѣдная, въ маломъ количествѣ, а при значительныхъ кровотеченияхъ анурія, потливость (холодный потъ), животъ вздувается и если былъ дренажъ, то повязка промокаетъ кровью. Температура вначалѣ падаетъ, потомъ приподнимается (3—4 сутки) вслѣдствіе воспаления со стороны брюшины.

Первая задача лѣченія состоитъ въ томъ, нельзя ли остановить кровь, не приступая къ вторичной лапаротоміи; при умѣренныхъ кровотеченияхъ это удается. Подушка вынимается изъ подъ головы, нижнія конечности приподнимаются, на животъ кладется тяжесть, во влагалище вкладываются куски льда, питье кислое и холодное, все горячее и возбуждающее воспрещается. Подъ кожу соляной рас-

творъ, и если наступаютъ явленія угрожающія, то вливаніе соляного раствора въ вены верхнихъ конечностей. Къ головѣ горячій мѣшокъ, обертываніе горячими компрессами верхнихъ конечностей, и если явленія не улучшаются, то является показаніе къ вторичной лапаротоміи, къ очищенію изъ брюшной и тазовой полостей излившейся крови и перевязкѣ кровоточащаго мѣста съ послѣдовательнымъ вливаніемъ соляного раствора въ брюшную полость.

4. *Перитонитъ* развивается обыкновенно къ концу вторыхъ сутокъ. По большей части онъ происхожденія септического, гнилостнаго, инфекціоннаго. Или зараза попадаетъ извнѣ (съ инструментами, съ перевязочнымъ матеріаломъ и т. д.), или попадаетъ изъ удаляемой части что либо въ брюшную полость (гной, секреты трубные, маточные и т. д.). Оставшаяся кровь, отрывки ткани, сами по себѣ не возбуждаютъ диффузнаго перитонита, а возбуждаютъ мѣстный, сухой, слипчивый перитонитъ; но если къ оставшейся крови и тканямъ примѣшивается гнилостно-септическое начало, то перитонитъ почти всегда становится диффузнымъ. Перитонитъ послѣ лапаротоміи можетъ быть обусловленъ недѣятельностью кишекъ, метеоризмомъ, отчего бы послѣдній ни произошелъ, потому что газы и бактеріи проникаютъ съ внутренней поверхности кишекъ въ полость брюшины и эксудаты при этихъ условіяхъ пахнутъ сѣроводородомъ. Это обстоятельство весьма важно, потому что оно обязываетъ врача, какъ до операціи, такъ и послѣ нея, очищать и дезинфицировать кишечный каналъ. Если метеоризмъ происходитъ отъ непроходимости кишечнаго канала, то обыкновенно явленія перитонита развиваются съ четвертыхъ сутокъ и относительно долго (до 6—8 дня). Явленія перитонита сосредоточиваются около мѣста обструкціи и выше его, а кругомъ спавшихся кишекъ брюшина воспалена, но не въ такой сильной степени. Этимъ обстоятельствомъ объясняется блестящій успѣхъ вторичныхъ лапаротомій при воспаленіяхъ брюшины.

Перитонитъ можетъ развиваться отъ инфильтратовъ, образующихся вокругъ культей. Здѣсь по большей части онъ бываетъ ограниченнымъ и, если инфильтратъ сдавливаетъ кишечный каналъ и производитъ неполную обструкцію, то въ такомъ случаѣ можетъ развиваться общій диффузный перитонитъ. Это явленіе мы наблюдаемъ и при кровоизліяніяхъ. Скопившаяся, свернувшаяся кровь сдавливаетъ кишки, производитъ метеоризмъ и развивается общій диффузный перитонитъ.

Кромѣ того случайныя причины могутъ обусловить перитонитъ: язвы въ желудкѣ и кишкѣ (въ особенности туберкулезнаго характера—*peritonitis tuberculosa*), желчные камни и т. д.

При остромъ диффузномъ перитонитѣ въ брюшной полости можетъ находиться эксудатъ: серозный, серозно-фибринозный, фибринозно-гнойный, гнойный, ичорозный. Количество его можетъ быть очень значительно — до ведра, и количество его можетъ быть совсѣмъ ничтожно — какая-нибудь чайная или столовая ложка; иногда же его совсѣмъ макроскопически не видно, но блескъ, гладкость, скользкость брюшины исчезли — она тускла, набухла, и шероховата, такъ что только бактеріологически можно доказать съ очевидностью присутствіе септического перитонита.

Эксудатъ скопляется въ нижележащихъ частяхъ, т. е. въ Дугласовомъ про-

страпствѣ и въ окологпочечной области; кромѣ того онъ можетъ черезъ foramen Winslowii проникать въ bursa omentalis. Эти факты нужно помнить, потому что при промываніи и дренированіи брюшной полости эти мѣста специально должны быть промыты и дренированы. Но во всякомъ случаѣ, есть-ли экссудатъ, нѣтъ-ли экссудата, — тонкія, толстыя кишки и желудокъ почти всегда растянуты и склеены между собою, такъ чтобы промыть основательно брюшную полость, надо разорвать склеившіяся кишки и тогда уже прополоскать брюшную полость и обмыть воспаленныя серозныя поверхности кишекъ.

Какъ уже извѣстно, перитонитъ начинается къ концу вторыхъ сутокъ, и діагностика обыкновенно не представляетъ никакихъ затрудненій въ виду рѣзкихъ и очевидныхъ симптомовъ, какъ-то: вздутіе живота, запоръ, рвота, боли, лихорадочное состояніе, частый пульсъ и т. д. Короче сказать, всякій, даже неопытный врачъ, легко опредѣлитъ такое воспаление, и къ сожалѣнію, когда такая діагностика очень ясна, то случай обыкновенно оканчивается смертью, потому что диффузное воспаление брюшины послѣ лапаротоміи — болѣзнь по большей части септической природы, болѣзнь острая, развивающаяся въ сутки, въ двое до асфе, и убивающая вскорѣ больныхъ. Поэтому чрезвычайно важно въ интересахъ терапіи подмѣтить начало перитонита, когда борьба и терапевтическая и хирургическая еще возможна.

Обыкновенно выраженіе лица оперированныхъ больныхъ весьма спокойное. Если оно измѣняется и дѣлается неприятымъ, то по большей части отъ боли, испытываемой больными въ ранѣ, въ поясницѣ и т. д. Но какъ только причина исчезаетъ или уменьшается, такъ больныя смотрятъ спокойно и довольно, и довольство выраженія обуславливается тѣмъ, что больныя пережили тяжелый нравственный дооперационный кризисъ. Теперь онъ для нихъ — прошедшій.

При начинающихся перитонитахъ раньше всего измѣняется выраженіе лица: показывается особое безпокойство, особая тоскливость, которая очень хорошо замѣтна для пользующаго врача. На этотъ признакъ обратилъ вниманіе Tait, и должно вполне подтвердить это наблюденіе; этотъ признакъ драгоценный, ибо онъ самый ранній, потому что температура, пульсъ остаются въ нормѣ. Этотъ признакъ продолжается и четыре, и шесть, и двадцать четыре часа, и вслѣдъ за нимъ наступаетъ вздутіе живота, начинающееся обыкновенно въ толстыхъ кишкахъ и распространяющееся потомъ на всѣ кишки и на желудокъ. Газы перестаютъ отходить, появляется тошнота, жженіе, сосаніе подъ ложечкой, усиленная жажда, сухость во рту, и засимъ присоединяется рвота.

Когда эти явленія существуютъ, уже воспаление брюшины можетъ быть общимъ, диффузнымъ, и если оно септического происхожденія, то быстро можетъ убить больную. По этому, раньше, чѣмъ вздутіе живота станетъ очевиднымъ, гораздо ранѣ этого показываются измѣненія въ пульсѣ: пульсъ становится частымъ, малымъ, и если сердце не совсѣмъ здорово, то показываются рѣзкіе перебои, а температура въ это время можетъ быть нормальной.

Итакъ, если послѣ чревосѣченія на 2—3—4 сутки появляется безпокойство въ выраженіи лица, тоскливость, метаніе, недостатокъ воздуха и частый пульсъ,

то — вздуть животъ или не вздуть, слабило больную или не слабило, повышена температура или нѣтъ — должно поставить діагностику: начало остраго, диффузнаго воспаленія брюшины. Кромѣ этого —

Еще драгоцѣнный признакъ — малое количество мочи: 100, 150 к. с., и дурной запахъ изо рта.

Вздутіе живота начинается обыкновенно въ надчревной области и оттуда распространяется внизъ въ подчревную область. При этомъ языкъ становится сухимъ, жажда непомѣрная, боли въ животѣ постоянныя, урчанье и спазмодическія боли по временамъ. Газы не отходятъ, появляется рвота и повышается температура — эксудативное острое диффузное воспаленіе брюшины налицо.

Я позволяю себѣ назвать это первой стадіей воспаленія. Болѣзнь можетъ быть еще извѣстными мѣрами остановлена, но объ этомъ ниже.

Но если болѣзнь не останавливается, то наступаетъ вторая стадія: тошнота и рвота учащаются, рвота чрезвычайно разнообразная по характеру, силѣ и интенсивности. Въ началѣ, когда перитонитъ еще мѣстный, рвота можетъ быть водянистою, но какъ скоро перитонитъ становится диффузнымъ, рвота становится зеленою, коричневою и наконецъ темночерною, напоминающею кофейный отваръ или даже гущу. Итакъ, отмѣчаемъ рвоту или зеленую, или бурую, ѣдкую или не ѣдкую, съ запахомъ или безъ запаха. Количество извергаемаго можетъ быть чрезвычайно разнообразно.

Рвота принадлежитъ къ тяжелымъ симптомамъ. Совмѣстно съ ней показываются цианотическія явленія — синева ногтей, похолоданіе конечностей, копчика носа, одутловатость лица, обостреніе чертъ его, потливость, частое, короткое и поверхностное дыханіе; временами бредъ, возбужденное состояніе. Въ это время слышимое раньше урчанье уже прекратилось, животъ вздуть, и стѣнки живота блестящи. Дотрогиваніе и ощупываніе живота, которое раньше было въ высокой степени болѣзненно, не вызываетъ уже сильныхъ болевыхъ ощущеній, и при постукиваніи получается высокій повсемѣстно тимпаническій тонъ.

Тѣло лежитъ неподвижно, а голова мечется изъ стороны въ сторону, и больная убійственнымъ голосомъ проситъ пить, пить... Желаніе чего либо холоднаго, кислаго, остраго одолеваетъ больную. Ей кажется, что она выздоровѣетъ, если только удовлетворятъ ея желаніе, но если желаніе и будетъ исполнено, то облегченіе не наступитъ, ибо все, что припимается черезъ ротъ, тотчасъ выбрасывается. А пульсъ становится все чаще и чаще, заходитъ за 120, за 140, то опять приподнимается, наполняется, то становится едва ошутимымъ, — появляются ясные перебои, сопровождаемые тоской, недостаткомъ воздуха и метаньемъ больной, руки очень потливы и очень холодны: уже только та часть ихъ согрѣта, которая лежитъ на грѣлкахъ, остальные части холодны, мокры, и безжизненно висятъ около тѣла.

Наконецъ и рвота утихаетъ. Тусклое выраженіе глазъ становится настоящимъ; появляется сопорозное состояніе; слышно хриплое дыханіе, по временамъ чередующееся съ глубокими вздохами, ловленьемъ мухъ, вздрагиваніями всего тѣла, и при одномъ такомъ глубокомъ вздохѣ наступаетъ конецъ. И долго еще смотрятъ куда-то тусклыми стеклянными глазами!..

Это—самая частая форма перитонита. Здѣсь главными явленіями выступаютъ вздутіе живота, рвота и частота пульса. Но есть другія разновидности. Вздутіе можетъ быть очень умѣреннымъ, рвота можетъ отсутствовать, и могутъ появиться поносы. Эта разновидность формъ, вѣроятно, обуславливается какими-нибудь особыми видами бактерій, которыя производятъ перитонитъ. Какъ образчикъ двухъ разныхъ видовъ перитонита, я приведу исторіи болѣзни двухъ больныхъ, страдавшихъ одной и той же болѣзью, почти однолѣтокъ, и оперированныхъ въ одинъ и тотъ же день и въ однихъ и тѣхъ же условіяхъ.

Cancer corporisuteri.

Казачка *Θ.* Тихонова 48 лѣтъ поступила въ клинику 30 янв. 1895 г.

Жалобы больной: сильныя боли внизу живота, пахахъ, особенно въ правомъ, съ отдачей въ ноги, въ поясницу, и на опухоль въ животѣ, величиной съ кулакъ.

Условія и образъ жизни: слѣдуетъ отмѣтить: ежедневно выпиваетъ $\frac{1}{2}$ бутылки водки; курить много.

Обѣ спать плохо вслѣдствіе болей въ животѣ.

Anamnesis:

Наслѣдственность: со стороны наслѣдственности ничего особаго не отмѣчается.

Регулы: первыя регулы пришли на 16 году сильно, безъ боли; установились черезъ годъ; ходили по 3—4 дня черезъ 3 недѣли; такъ ходили до послѣднихъ 2-хъ лѣтъ—(см. истор. болѣзни).

Замужемъ 30 лѣтъ.

Sterilis.

Кровотеченіе.

Развитіе настоящ. болѣзни: 2 года тому назадъ пришли регулы въ срокъ и почти непрерывно продолжались цѣлый годъ; въ это время появились боли въ поясницѣ, въ пахахъ. Съ прекращеніемъ кровотеченія больная замѣтила внизу живота желвакъ, который за послѣдній годъ увеличивался очень медленно; по вре-

Cancer corporisuteri.

Крестьянка *Е.* Пиратрова 49 лѣтъ поступила въ клинику 23 янв. 1895 г.

Жалобы больной: схваткообразныя боли внизу живота, въ пахахъ; боли иррадируютъ въ ноги до колѣнъ, кровопотери въ небольшомъ количествѣ за послѣдній мѣсяць.

Не пьетъ ничего, курить, но мало.

Регулы: первыя регулы пришли 15-ти лѣтъ, установились сразу, ходили сильно, безъ боли, по 4 дня черезъ 3 недѣли. Клімакс. 3 года.

Замужемъ 30 лѣтъ.

Родила 2-хъ.

Кровотеченіе: передъ наступленіемъ клімакса было кровотеченіе, продолжавшееся $1\frac{1}{2}$ мѣсяца.

Развитіе настоящ. болѣзни: послѣ 3-хъ лѣтъ климактерическаго періода, въ сентябрѣ 1894 года появляются боли внизу живота схваткообразнаго характера; причѣмъ въ небольшомъ количествѣ въ продолженіе $\frac{1}{2}$ года выдѣляются сукровичныя бѣли, а при каждомъ изслѣдованіи больной показы-

менамъ, въ неопредѣленные сроки, у ваются кровопотери; больная истощена, большой показывалась кровь изъ перед- не спить отъ болей.
няго прохода на 4 — 6 — 8 дней, что больная считала за регулы; боли же съ каждымъ днемъ все усиливаются; больная истощена, не спить.

Со стороны органовъ дыханія, кровообращенія, мочеотдѣленія и органовъ нервной системы уклоненій отъ нормы не отмѣчается.

У обѣихъ больныхъ отмѣчается плохой стулъ. За все время до операціи и той и другой больной приходилось примѣнять пагосіса въ обильномъ количествѣ въ виду болей, которыя не только не давали имъ покойнаго сна, но часто и днемъ вызывали у нихъ вздохи, а подь часъ и стоны; примѣняемые въ такихъ случаяхъ гуттаперчевые мѣшки съ горячей водой приносили мало пользы.

1895 года февраля 14-го обѣимъ была произведена операція по видоизмѣненному методу Doyen'a.

Hysterectomy et salpingo-oophorectomi duplex. Анэстезія—эфирь.

У первой больной, Тихоновой, операція продолжалась 45 минутъ, предварительный наркозъ 15 минутъ. У второй больной операція продолжалась 30 минутъ, предварительный наркозъ 15 минутъ; у обѣихъ былъ вставленъ дренажъ Микулича.

У Тихоновой съ первыхъ сутокъ пульсъ 120 до самой смерти, которая послѣдовала на 5-ый день. На 3-й день рвота, и температура поднимается до 38,5°. Ей даютъ слабительное, ее очень хорошо слабить, и на 4-ый день температура поднимается до 39½°, пульсъ 170 съ перебоями, животъ не вздутъ, не чувствителенъ, рвоты нѣтъ, слабить нѣсколько разъ въ день жидко. Сознаніе съ 3-хъ сутокъ притуплено; бредъ; возбужденное состояніе, и на 5-й день, при температурѣ 40,1°, больная умираетъ.

Вскрытіе показываетъ, что кишки весьма вздуты, на ихъ брюшинномъ покровѣ замѣтенъ фибриновый эксудатъ, мѣстами склеивающій кишки. Общій цвѣтъ брюшины тусклый; вокругъ мѣста операціи на тазовой брюшинѣ сплошной фибриновый эксудатъ. Здѣсь брюшина темно-грязнаго цвѣта, съ нея соскабливается фибринъ. Жировое перерожденіе печени и почекъ, *degeneratio cordis parenchymatosa et adiposa*.

Итакъ, больная умерла отъ *peritonitis septica*. Рвота была одинъ разъ, вздутіе отсутствовало, послабленіе на 3-й день было и перешло даже въ поносъ; малый, частый пульсъ, потеря сознанія и возбужденное состояніе.

У другой больной при нормальной температурѣ и пульсѣ животъ сильно вздувается, послабленія нѣтъ ни отъ солей, ни отъ клистировъ; рвота присутствуетъ постоянно, сознаніе потеряно и возбужденное состояніе.

На 5-й день при діагностикѣ *peritonitis*, происшедшій можетъ быть отъ обструкціи кишекъ, произведена вторичная лапаротомія

По вскрытіи брюшной полости найденъ былъ фибринозно-гноинный эксудатъ на кишкахъ, на мочевомъ пузырьѣ и въ полости малаго таза. Кишки склеены между собой и мѣстами приращены въ маломъ тазу. При выниманіи и разрыва-

ни петель кишекъ удается найти мѣсто ущемленія кишки (knickung), отрывъ котораго производитъ шумъ, зависящій отъ прохожденія газовъ и содержамаго изъ растянутой темно-красной кишки въ спавшіеся блѣдные отдѣлы кишекъ, лежащіе ниже мѣста ущемленія. Эксудатъ выпущенъ, брюшная полость промыта солянымъ растворомъ и поставленъ дренажъ Микулича.

На другой день послабленіе, уменьшеніе вздутія, и несмотря на очень ослабленныя силы и истощеніе, большая черезъ мѣсяць выздоровѣла.

Итакъ, перитонитъ былъ на лицо. Онъ появился первично, спаявъ петли кишекъ, и благодаря образовавшемуся knickung развились обструкція кишекъ. Рвота была, вздутіе было, запоры были, пульсъ былъ учащенъ, а температура все время была нормальной, за исключеніемъ дня вторичной лапаротоміи, когда температура приподнялась до 38°.

Итакъ, у обѣихъ больныхъ было диффузное воспаленіе брюшины съ фибринозно-гноимъ эксудатомъ. Такъ какъ онѣ оперированы однимъ и тѣмъ же лицомъ, по поводу одной и той же болѣзни, въ однихъ и тѣхъ же условіяхъ, то очевидно, ядъ попалъ одинъ и тотъ же и произвелъ одно и то же явленіе—воспаленіе брюшины. Но теченіе перитонита было у нихъ совершенно различно. Только у обѣихъ сознаніе было притуплено и подавлено. Одну оперировали—выздорѣла, другую не оперировали—умерла. И мое личное впечатлѣніе, что и эта больная, если бы была оперирована, то она могла быть спасена. Трудность постановки показаній къ операциіи происходила главнымъ образомъ оттого, что у насъ не было данныхъ для постановки прочной діагностики. Явленія перитонита маскировались сильными явленіями септическими. У ней не было ни вздутія живота, ни рвоты, ни запоровъ, а такъ какъ сознаніе было притуплено, то мы не могли быть освѣдомленными о боляхъ въ животѣ, и если бы брюшная полость на 4-й день была открыта, промыта и дренирована, то можетъ быть интоксикація организма не пошла бы дальше, и больная имѣла бы силы и возможность справиться съ наступившимъ ядомъ.

Если говорить о лѣченіи перитонита, то прежде всего надо сказать, что все стараніе нужно главнымъ образомъ употребить на то, чтобы не было перитонита, чтобы предупредить появленіе его, потому что перитонитъ послѣ чревосѣченія чаще всего бываетъ септического характера, и потому всѣ асептическія мѣры должны быть выполнены до и во время операциіи. Несомнѣнно, хорошее послабленіе въ началѣ 3-хъ сутокъ даетъ наибольшее право быть увѣреннымъ въ отсутствіи перитонита, ибо самый мучительный признакъ перитонита есть упорная рвота, полная недѣятельность кишекъ (неотхожденіе газовъ) и явленія интоксикаціи. Поэтому въ практикѣ приходится констатировать воспаленіе брюшины, если слабительныя не производятъ желаемаго дѣйствія. Несмотря на вздутіе живота, на боли, на рвоту, если нѣтъ другихъ явныхъ признаковъ перитонита, я назначаю слабительное (горькія соли). Проходятъ сутки,—несмотря на повторныя клистиры съ глицериномъ и скипидаромъ, послабленія нѣтъ, и если нѣтъ обструкціи кишекъ (о чемъ см. ниже), то я назначаю каломель по 1 гр. отъ 4—6 порошковъ съ послѣдовательнымъ принятіемъ кастороваго масла. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ этого бываетъ достаточно для ослабленія, уничтоженія вздутія, болей,

тошноты и рвоты. Изъ своего обширнаго наблюденія, болѣе чѣмъ на 500 случаяхъ, я долженъ подтвердить мнѣніе Тейта, что хорошее послабленіе предупреждаетъ появленіе перитонита, и въ начальныхъ стадіяхъ можетъ его излѣчить. Но если перитонитъ обозначился, что, опять повторяю, узнается, помимо другихъ данныхъ, особымъ выраженіемъ лица и состояніемъ пульса, то всякая мысль о слабительныхъ должна быть оставлена и случай нужно лѣчить покоемъ:—Rest and to be thankful! Воспрещеніе всякаго питья, только полосканье полости рта настоемъ мяты или содовой водой, ледъ на животъ, белладонну *per anum* (свѣчи, клистиры) до расширенія зрачковъ и сухости въ глоткѣ. При большемъ вздутіи вставленіе длинной трубки для выведенія газовъ, подкожное впрыскиваніе морфія противъ болей и бессонницы, и питательныя клизмы. Всѣ эти пособія продолжаютъ до тѣхъ поръ, пока не начнутъ произвольно отходить газы. Тогда ледъ удаляется, белладонна прекращается, ставятся теплые клистиры и внутрь горячее питье. Если при этомъ происходитъ послабленіе, то клистиры повторяются настойчиво, жидкое питаніе, въ особенности кипяченое молоко, и по истеченіи 4-хъ дней касторовое масло. Всѣ попытки къ лѣченію диффузнаго перитонита путемъ промыванія брюшной полости давали мнѣ въ огромномъ большинствѣ случаевъ печальные результаты. Я говорю, разумѣется, только о чистыхъ формахъ диффузныхъ перитонитовъ, нисколько не касаясь тѣхъ счастливыхъ результатовъ, которые получались при вторичныхъ лапаротоміяхъ по поводу перитонитовъ, вызванныхъ обструкціями кишекъ, кровоизліяніями, и т. д., равно какъ въ случаяхъ перитонита ограниченнаго, инкапсулированнаго: здѣсь выпусканіе экссудата *per laparotomy* или *per vaginam* съ послѣдовательнымъ промываніемъ и дренажированіемъ брюшной полости даетъ хорошіе результаты.

Хирургическое лѣченіе перитонитовъ, т. е. лапаротоміи, несмотря на неблагоприятные результаты, должны, благодаря наблюденіямъ Crecke и Lockwood, быть рекомендованы. Неудачи зависятъ оттого, что оперируютъ слишкомъ поздно, и оттого, что методы обращенія съ брюшной полостью при воспаленномъ ея состояніи недостаточно разработаны. Въ самомъ дѣлѣ, гдѣ конечный предѣлъ, послѣ котораго нельзя уже оперировать? Другими словами, черезъ сколько часовъ отъ начала перфоративнаго перитонита можетъ быть произведена операція?

Есть благоприятные случаи, которые были оперированы черезъ 48 и 60 часовъ послѣ перфорачіи кишекъ и желудка. Это уже очень ободряющее обстоятельство, хотя такіе случаи, конечно, составляютъ еще единичныя явленія. То же самое изъ статистики Crecke мы видимъ, что въ послѣродовыхъ перитонитахъ половина можетъ быть спасена. Это уже поражающее явленіе, заставляющее безусловно прибѣгать къ оперативному вмѣшательству.

Итакъ, результаты самаго послѣдняго времени говорятъ въ пользу лапаротоміи при диффузныхъ перитонитахъ.

Что касается методовъ, то должно сказать слѣдующее. Больныя, назначаемыя къ операціи, находятся въ очень слабомъ и опасномъ состояніи. Опасность заключается въ частотѣ пульса, короткости и поверхностности дыханія, и въ присутствіи ціанотическихъ явленій. Поэтому предъ наркозомъ полезно впрыснуть имъ подъ кожу кофеинъ съ морфіемъ и поставить клизму изъ воды съ виномъ.

Больные должны быть очень хорошо согреты. Поэтому во все время наркоза и операции больные должны лежать обернутыми в горячую мокрую простыню.

Живот вскрывается по средней линии или в том месте, где подозревается наибольший фокус или источник воспаления брюшины. Сращения разрываются, рукой быстро входят в полость живота, и исследуют то место, где подозревается источник заболвания, будут ли то кишки, яичники или другие органы. Как только рука доведена до предполагаемого источника или источник отыскан и извлечен из брюшной раны (напр. прободающая язва слепой кишки), так тотчас вливается в брюшную полость соляной раствор от 32—35°R и все время, покамест открыта брюшная полость, при помощи наконечников, введенных в брюшную полость и поставленных в тазовую, окологечечную и поддиафрагмальную области, брюшина промывается текучей водой. Благодаря такому промыванию часть экссудата, отложений, удаляется из брюшной полости. Если мы имеем дело просто с диффузным воспалением брюшины, то кишки извлекаются наружу, быстро обмывая их соляным раствором, разрывают между ними спайки и если вздутие чрезвычайно сильно, то, поливая кишки соляной водой, делают тонким труакарком множественные уколы кишек, находящихся вне брюшной полости, защищая брюшную полость текущей горячей водой. Этим иногда дело и ограничивается. Спавшиеся кишки вправляют в брюшную полость, вытирают ее по возможности до суха и ставят множественный дренаж Микулича. Но если подозревается, что источник заболвания брюшины лежит в кишках, или кишки переполнены калом, то можно вскрыть вне брюшной полости кишку, опорожнить от калового и газового содержимого, промыть дезинфицирующими средствами полость кишки, дабы по возможности ослабить источник эндосмотического перитонита, и, дезинфицировавши трубку кишек, зашить их по обыкновенному способу и обратно вернуть в брюшную полость. Иногда только таким способом достигался счастливый результат.

Вот все, что пока известно об оперативном лечении перитонита.

Кромѣ перитонита, сь начала 2-хъ сутокъ можетъ начаться септицемія: знобъ (не всегда), высокая температура (40°, 41°), частый пульсъ, обильные поты (если при обильномъ потѣ t^0 не падаетъ, то случай надо разсматривать какъ весьма тяжелый), малое отдѣленіе мочи, возбужденное состояніе, или затмненное сознаніе, — все это указываетъ на появленіе септицеміи, и если она показывается въ продолженіе вторыхъ сутокъ, то очевидно заразное начало попало во время операціи, и здѣсь нельзя рекомендовать какого либо леченія септицеміи, потому что нѣтъ средствъ противъ этого страшнаго недуга. Вся задача сводится къ поддержанію дѣятельности сердца и силъ организма; лучшее изъ этихъ средствъ есть обильное назначеніе вина и завертываніе въ простыни.

5. *Непроходимость* кишекъ послѣ чревосѣченія или случается въ первые дни послѣ операціи, или является впослѣдствіи. Въ первые дни непроходимость по большей части обусловливается прирастаніемъ кишекъ къ культѣ, къ разорванному мѣсту или къ брюшной ранѣ. Но помимо прирастанія можетъ быть ущемленіе кишки салникомъ. Также скопленіе крови, экссудатовъ и тампонація могутъ обусловить механическое ущемленіе кишекъ. Непроходимость кишекъ впослѣдствіи

обусловливается обыкновенно приращениемъ или образованіемъ ложныхъ перепонъ, какъ послѣдствіемъ адгезивнаго перитонита. Послѣдствіемъ ущемленія или прирастанія кишекъ является полная или не полная непроходимость, причемъ при первой не проходятъ ни кало, ни газы, при второй формѣ прохожденіе газовъ возможно. Послѣ принятія слабительнаго, начиная съ конца вторыхъ сутокъ, и повторныхъ клистировъ, послабленія не бываетъ и непроходимость можетъ обнаружиться въ двухъ формахъ: одна протекаетъ съ бурными, перитоническими явлениями: вздутіе живота (*meteorismus*), боли постоянныя и спазмодическія, доходящія по временамъ до аспе и имѣющія характеръ агонизирующихъ (лицо искажается, появляется обильный потъ, пульсъ дѣлается малымъ, съ перебойми, дыханіе частое, поверхностное, тоска, и больная во время спазмодическихъ болей стонетъ и кричитъ); тошнота и рвота, причемъ къ концу 4-хъ сутокъ она можетъ имѣть каловый запахъ; лихорадочное состояніе. Вздутіе живота въ этомъ случаѣ можетъ имѣть не равномерную форму: близъ мѣста ущемленія животъ вздутъ болѣе замѣтно, какъ бы выступомъ (какъ больныя называютъ клубкомъ). Передъ спазмодическими болями наступаетъ урчаніе, которое усиливается вмѣстѣ съ усиленіемъ болей, и иногда больныя ясно указываютъ мѣсто окончанія урчанія. Словомъ, налицо существуетъ непроходимость кишечнаго канала и перитоническія явленія.

При обслѣдованіи живота высокой, тимпанической звукъ при перкуссіи и сильная чувствительность во всемъ животѣ, и главнымъ образомъ на мѣстѣ ущемленія. Мочи мало, она насыщена, и изо рта пронзительно тяжкій запахъ. Сознаніе ясное, но по временамъ сильное возбужденіе или сильная подавленность.

Другая форма паретическая: нѣтъ лихорадочнаго состоянія или оно ничтожно, животъ вздутъ умѣренно, преимущественно въ области надчревной и подложечной, обложенность языка, сухость во рту, жажда, но рвоты нѣтъ. Выраженіе лица подавленное, тоскливое, безучастно апатичное, лицо одутлово, желтовато, пульсъ малый и скорый, и только впослѣдствіи появляется рвота и не всегда съ каловымъ запахомъ, большею частью желчью, темной, грязной.

При такихъ двухъ формахъ врачу приходится встрѣчать непроходимость послѣ чревосѣченія. Здѣсь самое главное не смѣшать непроходимость съ явленіями общаго, эксудативнаго перитонита, потому что при эксудативномъ перитонитѣ кишки точно также не дѣятельны по причинѣ отека; иногда это представляетъ большія трудности. Отличіе состоитъ въ томъ, что при перитонитахъ лихорадочное состояніе болѣе постоянное, теченіе болѣе продолжительное, вздутіе живота равномерное, боли распространеннѣе и уступаютъ скорѣе наркотическимъ средствамъ, спазмодическія боли почти отсутствуютъ, равно какъ и урчанье. Но опять таки повторяю, иногда діагностика между первой формой и перитонитомъ въ высокой степени затруднительна.

Лѣченіе ущемленій начинается съ послабляющихъ средствъ. Лично я всегда останавливался послѣ среднихъ солей и кастороваго масла на каломель, и если послѣдній не оказывалъ совмѣстно съ высокимъ клистиромъ послабляющаго дѣйствія, что обыкновенно обнаруживалось къ концу 4-хъ сутокъ, то всякія дальнѣйшія попытки къ послабленію прекращаются.

Назначаются опій и морфій, какъ средства болеутоляющія, уничтожающія перистальтику, и при бурныхъ формахъ ледъ, при паретической — тепло. Подъ

такимъ лѣченіемъ проводились сутки, причеиъ было производимо тщательное изслѣдованіе per vaginam и опредѣлялось присутствіе или отсутствіе экссудатовъ и кровоизліяній, и если были дренажъ или тампонація брюшной полости, то послѣднія удалялись; и если несмотря на то боли продолжались, непроходимость кишекъ для газовъ и кала была на лицо, то возникалъ вопросъ о вторичной лапаротоміи.

Каждый годъ на сто случаевъ лапаротоміи среднимъ числомъ 3—4 раза является показаніе ко вторичной лапаротоміи; мнѣ приходилось ихъ дѣлать отъ 5-го дня до 12-го, и я долженъ высказать, что постановка показаній ко вторичной лапаротоміи мало выяснена. Не все равно, дѣлать вторичную лапаротомію въ началѣ или въ концѣ, потому что въ началѣ нѣтъ перитонита, а въ концѣ онъ почти всегда присутствуетъ, и такимъ образомъ существуетъ уже инфекция брюшной полости, существуетъ отекъ и недѣятельность кишекъ воспалительнаго характера, и понятно, что результатъ не такъ можетъ быть удаченъ, какимъ бы онъ былъ въ началѣ. Между прочимъ положеніе больной и врача при рѣшеніи этого вопроса весьма тягостное. Больной нужно претерпѣть вторичную операцію, а врачу нужно разрушить свою работу и исправить наступившія поврежденія. Во всю мою практику въ частной практикѣ вторичной лапаротоміи я никогда не производилъ, потому что ужасъ, охватывающій окружающихъ, обыкновенно передавался и больной, безъ согласія которой, конечно, не можетъ быть и рѣчи объ операціи. Но результаты вторичной лапаротоміи, какъ по поводу кровотеченій, такъ и непроходимости, могутъ быть названы вполнѣ блестящими: картина мѣняется быстро и къ концу сутокъ послѣ вторичной лапаротоміи трудно представить себѣ состояніе больной наканунѣ.

Производя вторичную лапаротомію, врачъ тотчасъ по вскрытіи брюшной полости отправляется рукой въ полость таза, и руководствуясь маткой, осматриваетъ культю или мѣста бывшихъ разрѣзовъ. Иногда вслѣдъ за этимъ маневромъ слышится хлопанье, происходящее отъ отрыва приращенной кишки и прохожденія газа въ нижележащіе отдѣлы кишекъ.

Осмотрѣвши полость таза и операціонное поле, врачъ осматриваетъ сальникъ, вытаскиваетъ его и оставляетъ наружѣ. Если здѣсь или въ полости таза встрѣчается экссудатъ или кровоизліяніе, то они должны быть вычерпаны изъ брюшной полости, потому что одни они могутъ иногда производить ущемленіе. Если ни въ разрѣзѣ, ни въ полости таза, ни въ сальникѣ не находится причинъ ущемленія, то врачъ осматриваетъ петли кишекъ, вытаскивая ихъ кнаружи и перебирая между пальцами: кишки выше мѣста ущемленія растянуты, краснотемнаго цвѣта, кишки ниже ущемленія спавшіяся и блѣдныя. Если ущемленіе зависитъ отъ спайки кишекъ между собою или отъ перетягиванія ложной оболочкой, то по уничтоженіи препятствій пальцами проталкивается въ спавшіяся кишки содержимое кишекъ и при повторныхъ манипуляціяхъ замѣчается всеиъ слышимое урчаніе не только въ выше лежащихъ, но и въ ниже лежащихъ частяхъ кишекъ. Если въ нижнемъ отдѣлѣ живота нѣтъ причинъ для ущемленія, то осматриваются паховыя, бедраыя, пупочныя кольца, и при отрицательномъ результатѣ рука вводится въ верхнюю часть, кишки перебираются и концами пальцевъ изслѣдуется по возможности

грудобрюшная преграда. Къ чему бы ни прироста кишка, послѣ отдиранія серозный покровъ ея долженъ быть сшитъ, равно какъ и мѣсто отрыва на культѣ или на другой части должно быть покрыто здоровой брюшиной и мѣсто прирастанія должно быть защищено марлей, копецъ которой выводится въ нижній уголокъ раны. Это правило нужно помнить, потому что у одной моей больной послѣ полной дѣятельности кишекъ наступило вторичное приростаніе той же самой кишки и къ тому же самому мѣсту.

Покончивши лапаротомію, больную оставляютъ въ покоѣ до полного пробужденія. Обыкновенно если была рвота, то она еще продолжается и состояніе больной послѣ пробужденія мало представляетъ утѣшительнаго. По истеченіи 4—6 часовъ послѣ операціи ставится большая клизма, вслѣдъ за которой, въ особенности въ случаяхъ неосложненныхъ перитонитомъ, наступаетъ послабленіе. Если таковое случилось, то тотчасъ даютъ слабительное, и затѣмъ ежедневно при помощи клизмъ или слабительныхъ поддерживаютъ послабленіе. Если же было воспаленіе брюшины, то съ послабляющими средствами нужно быть крайне осторожнымъ, потому что здѣсь лучшіе результаты даетъ лѣченіе беладоной, и при сильномъ скопленіи газовъ вводится длинный, полый зондъ *per rectum*, который оставляютъ на нѣкоторое время на мѣстѣ, вслѣдствіе чего иногда отходятъ газы и больныя получаютъ облегченіе.

По прекращеніи перитоническихъ явленій назначаютъ слабительное. Если кишка была поражена на значительномъ протяженіи или часть ея была резецирована, то въ такомъ случаѣ поведеніе врача должно согласоваться съ правилами, упомянутыми выше.

Въ случаѣ неотысканія причинъ ущемленія или у очень ослабленныхъ больныхъ является показаніе, для устраненія непроходимости, въ образованіи *anus praeternaturalis*. Лѣченіе вздутія живота при помощи прокола троакаромъ есть средство палліативное. Промываніе желудка мѣ въ моей практикѣ не приносило пользы, но я видѣлъ случай съ полнымъ успѣхомъ въ практикѣ другихъ врачей; но, конечно, въ этихъ случаяхъ, о причинѣ ущемленія не могло быть и рѣчи—причина оставалась невыясненной.

6. *Нагноеніе въ швахъ* случается рѣдко. Оно наступаетъ обыкновенно на 4—5 сутки и позднѣе. Температура поднимается, больная жалуется на покалывающія боли въ ранѣ, но общее состояніе и самочувствіе больной остаются хорошими. Послѣ снятія повязки обнаруживается не полное срастаніе краевъ раны и при надавливаніи на шихъ и изъ уколовъ швовъ выступаетъ гной.

Если нагноеніе швовъ распознано (позднее поднятіе температуры и колющія боли въ связи съ хорошимъ самочувствіемъ больной), то повязка снимается, снимаются швы на мѣстѣ просачиваніягноя и гной выводится сдавливаніемъ брюшныхъ стѣнокъ и промываніемъ раны; рѣдко доходитъ дѣло до вскрытія абсцесса ножомъ.

Тошнота и рвота послѣ чревосѣченія могутъ быть явленіями случайными, такъ напримѣръ у нѣкоторыхъ особъ это замѣчается вслѣдствіе паркоза, въ особенности послѣ хлороформированія, и въ особенности у тѣхъ большихъ, которыя

страдаютъ глистами, рвота можетъ принимать упорный характеръ, и иногда вмѣстѣ съ рвотой выходятъ и глисты, съ выхожденіемъ которыхъ рвота оканчивается.

Какъ уже сказано, вдыханіе уксуса въ продолженіе первыхъ двухъ сутокъ оказываетъ благотворное вліяніе, какъ равно и перемѣщеніе больной изъ комнаты, гдѣ находился хлороформъ и эфиръ. Такъ какъ больныя, подвергающіяся лапаротоміи, часто страдаютъ желудочно-кишечными заболѣваніями, то рвота у такихъ больныхъ не рѣдкое явленіе. Здѣсь висмутъ, щелочныя воды, въ особенности при зеленой рвотѣ, оказываютъ благотворное дѣйствіе, а при бурой — кислоты и горечи. Рвота, сопровождаемая болями внизу живота, зависящими отъ перетягиванія ножки, уступаетъ хорошо наркотикамъ. Рвота у малокровныхъ, ослабленныхъ, уменьшается или исчезаетъ отъ низкаго положенія головы и отъ тепла къ головѣ, отъ впрыскиванія соляного раствора подъ кожу. Если рвота происходитъ отъ вздутія живота — клистиры; отъ воспалительныхъ осложненій въ полости таза — горячія спринцеванія; отъ болѣзни почекъ — горячіе мѣшки подъ поясницу, клистиры изъ *natrum benzoicum* (10 gr.); отъ нервнаго состоянія — морфій, затемнѣніе комнаты, тишина, отмѣна возбуждающихъ; отъ трещинъ, ссадинъ, отъ катарра хроническаго глотки, отъ соог — салициловый натръ, бертолетова соль, кокаинъ; отъ кашля — пульверизація, кодеинъ и смазываніе кокаиномъ глотки, горчичники, сухія банки; короче сказать, надо постараться въ каждомъ случаѣ найти причину рвоты, и если причина не будетъ найдена, то лучше воздерживать больную отъ всякаго питья, ѣды, лѣкарствъ *per os*, а кормить и питать при помощи клистировъ.

Боли въ животѣ бываютъ на мѣстѣ раны, отъ разорванныхъ приращеній, отъ ножки, и уступаютъ теплу или холоду и наркотическимъ средствамъ.

Нерѣдко послѣ операціи надъ придатками матки или въ полости таза въ первые дни появляется *маточное кровотеченіе*, иногда сопровождаемое лихорадочнымъ состояніемъ, и если одинъ или оба яичника цѣлы, то кровотеченіе имѣетъ характеръ менструальнаго. Если оно умѣренно и безъ дурнаго запаха, то ограничиваются антисептическими подушками (изъ морскаго каната), если же оно дурно пахнетъ, то вставляютъ свѣчи изъ *ol. menthae* и проспринцовываютъ *kali hypomanganico*.

При чревосѣченіяхъ по поводу внѣматочной беременности или у беременныхъ можетъ быть кровотеченіе съ схваткообразными болями, съ выхожденіемъ *deciduae* или съ абортomъ. Здѣсь руководствуются общими правилами, но даваніе спорыньи наиболѣе показуется только послѣ отхожденія *deciduae* или аборта. Ледъ, горячія спринцеванія оказываютъ хорошее дѣйствіе.

При воспалительныхъ состояніяхъ въ формѣ *параметрита* или *пельвеоперитонита* лѣченіе по общимъ правиламъ.

Какъ уже было сказано, въ первыя двое-трое сутокъ больныя катетеризуются; иногда въ силу этого, иногда въ силу травмы или пораненія мочевого пузыря, или сдавливанія его, является *болѣзненное мочеиспусканіе*, такъ что катетеризація безъ кокаина въ высокой степени болѣзненна и неприятна. Горячій мѣшокъ къ наружнымъ половымъ органамъ, горячее спринцеваніе, внутрь *t-га Kawa-Kawa* 5—8 gr. 4—5 разъ *pro die* съ Виши доставляютъ облегченіе, а если есть

гнойное отдѣленіе изъ уретры, то вставленіе іодоформныхъ палочекъ изъ 1 гр. съ $\frac{1}{4}$ гр. *sosaii magiatici* въ уретру утромъ и вечеромъ доставляетъ облегченіе.

Если существуетъ *циститъ* то показуется соответственное лѣченіе съ промываніемъ пузыря. Если частый позывъ обусловливается уретритомъ или пиэлитомъ, то лѣченіе по соответствующимъ правиламъ. Задержаніе мочи можетъ быть отъ пареза пузыря—правильная катетеризація; если же показывается анурія, то она въ большинствѣ случаевъ обусловливается или болѣзью почекъ или слабою дѣятельностью сердца, или перевязкою или сдавленіемъ мочеточниковъ (въ послѣднемъ случаѣ показуется вторичная лапаротомія). Замѣчу здѣсь только, что теплое и обильное послабленіе при анурії оказываетъ наилучшее дѣйствіе. Кровявая моча можетъ показаться отъ пораненія пузыря, и если послѣднее существуетъ, то катетеръ а *demergo* рѣшительно необходимъ. Вообще количество мочи послѣ операціи въ первыя сутки бызаетъ ничтожно, отъ 120 — 300 к. с., моча насыщена и перѣдко въ ней открывається присутствіе бѣлка, все равно, былъ ли наркозъ хлороформный или эфирный.

Присутствіе фистулъ мочевого пузыря заставляетъ настойчиво усиливать антисептическія средства и заживленіе фистулы возможно по выздоровленіи отъ чревосѣченія. Если фистулы существовали раньше, можно оперировать ихъ одновременно съ лапаротоміей.

Пораженіе *органовъ дыханія*, начиная съ ларингитовъ, бронхитовъ и оканчивая плевропнеймоніей, не составляетъ рѣдкости. Самое непріятное осложненіе — это кашель: онъ возбуждаетъ рвоту и при немъ рана брюшная и внутренности брюшныя не находятся въ покоѣ; поэтому кашель сопровождается болью въ животѣ и можетъ обусловить расхожденіе брюшныхъ швовъ, образованіе эвентраціи или вполнѣдствіи грыжи. Все это понятнымъ образомъ заставляетъ тщательно заботиться объ удаленіи его до операціи, ибо отъ одного только наркоза существующій кашель усиливается. Поэтому употребленіе наркотическихъ средствъ, скипидара, щелочныхъ водъ, отвлекающаго метода (горчичники, іодъ), отхаркивающихъ средствъ послѣ чревосѣченія вполнѣ показуется, животъ крѣпко убинтовывается и на него накладывається тяжесть. Но если случилась эвентрація, что узнается почти всегда самими больными, то слѣдуетъ снять повязку, обмыть выпавшія части, вправить и зашить брюшную рану, что въ моей практикѣ случалось нѣсколько разъ. Сшиваніе производилось бѣтъ наркоза, швы оставлялись на 8 сутокъ и результаты были успѣшны, такъ какъ я ни разу не видалъ ни воспаления брюшины, ни послѣдовательнаго образованія грыжъ. При упорномъ кашлѣ я совѣтую удалять швы на 10—11 день.

Плевропнеймоніи и эксудаты лѣчатся по общимъ правиламъ. При плевропнеймоніи, которая въ клиникахъ иногда является эндемически, наилучшимъ средствомъ оказываются сухія банки и обширные, согрѣвающіе компрессы совмѣстно съ намазываніемъ іодомъ. Если существуютъ эксудаты и грозитъ сколько-нибудь опасность для жизни, то показуется *thoracocentesis*. Носовыя кровотеченія лѣчатся по общимъ правиламъ, причѣмъ горячее питье воспрещается.

Какъ до, во время, такъ и послѣ чревосѣченія вниманіе врача сосредоточивається на *дѣятельности сердца*, и понятно, всѣ патологическія и терапевтиче-

скія свѣдѣнія приложимы въ полной силѣ; одно слѣдуетъ замѣтить: дѣятельность сердца съ одной стороны не слѣдуетъ истощать, и съ другой стороны не слѣдуетъ слишкомъ возбуждать (обильное употребленіе вина, возбуждающихъ—положительно должно быть воспрещено, также продолжительные разговоры, быстрыя смѣны впечатлѣній, быстрое поворачиваніе и приподнятіе съ постели, раннее свиданіе съ близкими, переписка, чтеніе книгъ, хотя бы не самой больной—все это должно быть избѣгаемо). Обтираніе груди одеколономъ, уксусомъ съ водой, спиртомъ—весьма полезно, какъ и обтираніе всего тѣла. Перѣдко послѣ чревосѣченія бываетъ *palpitatio cordis* безъ особенныхъ какихъ-либо измѣненій въ сердцѣ: это мучительное состояніе лишаетъ сна, причиняетъ безпокойство, тоску и заставляетъ больныхъ метаться въ постели. Здѣсь приложенія ледяного мѣшка черезъ полотно на область сердца дѣйствуетъ иногда поразительно.

Безсонница послѣ чревосѣченія всегда есть непріятный и серьезный признакъ, и часто служитъ предвѣстникомъ или спутникомъ тяжелыхъ заболѣваній. Поэтому необходимо отыскать причину и поэтому рѣдкій послѣоперационный періодъ проходитъ безъ наркотическихъ и спотворныхъ средствъ (*natrum bromat.*, *sulphonal*, *paraldehyd*). Такъ какъ вино входитъ въ режимъ послѣоперационнаго ухода, то иногда по его возбуждающему свойству оно должно быть воспрещено и лучше его замѣнить англійскимъ портеромъ.

Если безсонница зависитъ отъ лихорадочнаго состоянія, то обтираніе одеколономъ, спиртомъ и т. д. всего тѣла облегчаетъ больную.

Въ случаѣ появленія *маніакальныхъ* припадковъ, наступающихъ въ первую недѣлю или въ началѣ второй, слѣдуетъ усилить надзоръ; нижнія конечности привязываются къ постели, назначаются наркотическія седативныя средства (морфій, хлораль-гидратъ) и обращается особенное вниманіе на изоляцію и покой больныхъ.

Лихорадочное состояніе, понятно, составляетъ только симптомъ какого-либо заболѣванія, и лично я никогда не назначаю никакого *antipyreticum* и ограничиваюсь обтираніями тѣла и обильнымъ употребленіемъ краснаго вина, если нѣтъ противопоказаній.

Заболѣванія *кожи* появляются въ видѣ скоропреходящей крапивной лихорадки, которая весьма перѣдко бываетъ при употребленіи іодоформа и не требуетъ какого-либо особеннаго лѣченія. Изъ заболѣваній кожи самое важное—*пролежни*, поэтому ежедневный осмотръ постели, перемѣна бѣлья, сухое содержаніе больной, перекладываніе на другую постель, подкладываніе ваты, гуттаперчевыхъ подушекъ и круговъ, употребленіе водяныхъ матрасовъ, раннее поворачиваніе, вытираніе ягодицъ спиртомъ, смазываніе іодоформнымъ коллодіемъ, укрѣпляющее лѣченіе, словомъ, должна быть примѣнена пастойчивая, энергическая, тщательная заботливость, чтобы избѣжать появленія пролежней. При появленіи ихъ, смотря по атоничности или эретичности ихъ, прилагается успокаивающее или прижигающее лѣченіе совместно съ антисептической повязкой. Замѣчу, что при обширныхъ пролежняхъ съ омертвѣніемъ наружной поверхности костей содержаніе больныхъ въ проточныхъ ваннахъ даетъ хорошіе результаты, но къ сожалѣнію весьма хлопотливо и требуетъ специальныхъ приготовленій.

Иногда послѣ двухстороннихъ оваріотомій, кастрацій, отнятія придатковъ, развивается *воспаленіе околушной железы*. Помимо септического и эмболическаго происхожденія, оно можетъ зависѣть отъ дурнаго содержанія полости рта и зубовъ; вотъ почему очищеніе полости рта до операціи и послѣ операціи и частыя антисептическія полосканія рта необходимы, ибо могутъ предупредить появленіе такихъ заболѣваній.

Въ началѣ заболѣванія—ледъ, а при начавшемся нагноеніи тепло и широкое вскрытіе нагнаивающихся, инфильтрированныхъ мѣсть. Втираніе 50% ихтиола въ пораженную железу приноситъ иногда быстрое облегченіе отъ болей и способствуетъ рассасыванію инфильтрата.

Иногда послѣ фибротомій и удаленія придатковъ наблюдаются *отеки* въ менструальные періоды, пропадающіе и прекращающіеся отъ приложенія пьавокъ къ копчику.

Всякое чревосѣченіе оставляетъ послѣ себя глубокія измѣненія какъ въ брюшной полости, такъ и во всемъ организмѣ. Поэтому практика меня убѣдила, что какъ бы совершенно ни выздоровѣла больная послѣ чревосѣченія, въ продолженіе полугода, а иногда и года, нельзя разсматривать такого субъекта, какъ вполне здороваго: выпаденіе волосъ, ослабленіе зрѣнія, усталость, ослабленіе памяти и т. п. составляетъ обыденное явленіе, а при женскихъ чревосѣченіяхъ, гдѣ удаляются иногда органы и системы, тамъ разстройства функцій бывають еще болѣе значительны. Поэтому посылка больныхъ въ деревню, въ теплый климатъ, на морской берегъ въ особенности, весьма желательна и врачъ долженъ настаивать на этомъ, и для бѣдныхъ больныхъ должны быть устроены соответствующія санаторіи.

Число

Мѣсяць

На что жалуется?

Званіе, занятіе, {

образъ жизни. {

Привычки (обмыв., спринцев. и т. д.)

Лѣта.

Тѣлосложеніе.

Замужняя ли?

Сколько родила?

Когда послѣдняго?

Кормила ли?

Теченіе беремен.

— послѣ родовъ.

Выкидыши.

1-е появленіе кровей; {

характеръ ихъ до за- {

мужества. {

лѣтъ,

слабо, сильно

съ болью, безъ боли

слабо, сильно

Теченіе кровей послѣ {

замужества; {

безъ боли, съ болью

когда?

по дней через

Coitus и его харак- {

теръ. {

Отдѣленія; бѣли кро {

вот. и пр. до болѣз. {

Давно ли больна?

Наслѣдственность.

Половые органы:

Боли

Мѣсто ихъ

Характеръ ихъ при пок. пол.

— д. зеніи

Отдѣленія:

Бѣли

Количество много мало

Качество

Кровотеченіе

Пузырь

Мочепусканіе

Прям. кишка

Испражненія на низъ

Нижнія конечности

Органы пищеваренія

— кровообр. дыханія

— чувствъ

Т°

Кожа

НАРУЖНЫЙ ОСМОТРЪ

въ

положеніи.

Покровы живота, рубцы и проч.

Наклоненіе таза

Измѣреніе

Постукиваніе

Выслушиваніе

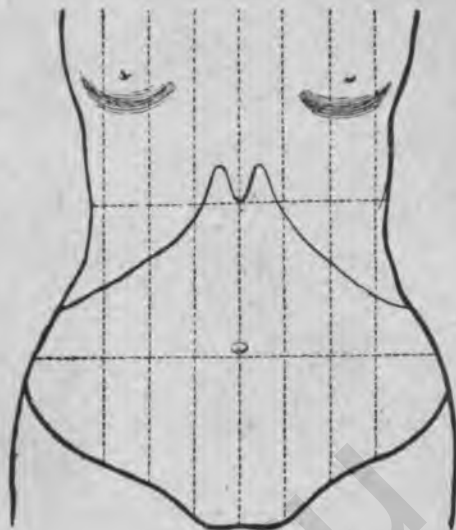
Ощупываніе

Форма

Консистенція

Величина

Груды, соски



ВНУТРЕННІЙ ОСМОТРЪ

ВЪ

положеніи.

Большія губы

Пузырь

Малыя и клиторъ

Задній проходъ

Влагалище:

Промежность

Цвѣтъ слизист. обол.

Консистенція

Чувствительн.

Матка

Звѣзъ

Форма и консистенц.

Чувствит.

Влагал. порція

Форма и консистенц.

Величина

Направл.

Передн. сводъ и пов. матки

Задній сводъ и поверхн. матки

Боковыя своды

Дно матки

Ось матки (направленіе)

Величина матки (Зонд. д.)

Подвижн. матки

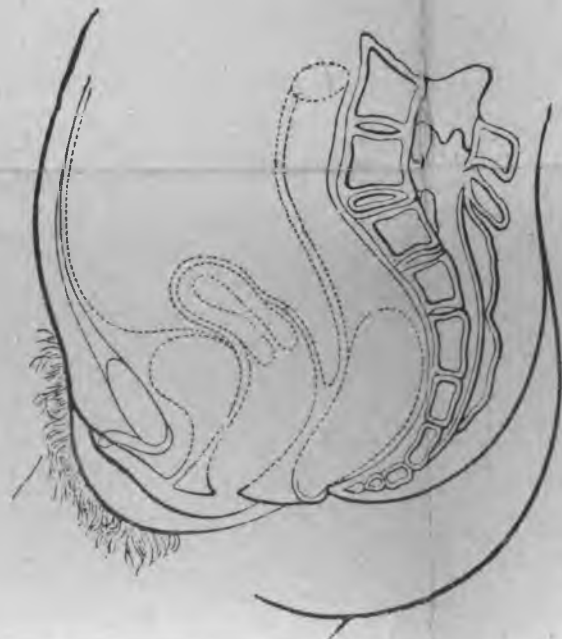
Связки матки

Трубы

Яичники

Мочеиспуск. отвер.

— каналъ



РАСПОЗНАВАНІЕ.

Л Ъ Ч Е Н І Е.

Мѣстное

Общее

Резуль-
татъ.

Число
визи-
тацій.

ВОЛГОГРАДСКАЯ
ГОСТИНИЦА
Число

akusher-lib.ru