



Saratoff 14-18-19.

**А. П. Губаревъ.**

Заслуженный Общественный Профессоръ, Директоръ Гинекологической Клиники Московскаго Университета, Докторъ наукъ honoris causa Дублинскаго Университета; Sc. D. h. c. T. C. D. I.



# МЕДИЦИНСКАЯ ГИНЕКОЛОГІЯ

или

# ГИНЕКОЛОГІЯ ПРАКТИЧЕСКАГО ВРАЧА.

**Учебникъ женскихъ болѣзней**

для студентовъ и врачей.

Съ 106 рис. въ текстѣ и цвѣтной таблицей.

Non fingendum aut excogitandum,  
sed inveniendum quid Natura faciat  
aut ferat. В а с о н.



ПЕТРОГРАДЪ.  
ИЗДАТЕЛЬСТВО „ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА“ (В. С. ЭТТИНГЕРЪ).  
Ф. В. ЭТТИНГЕРЪ.  
БОЛЬШОЙ САМПСОНЬЕВСКІЙ ПРОСП., 61.  
1917.

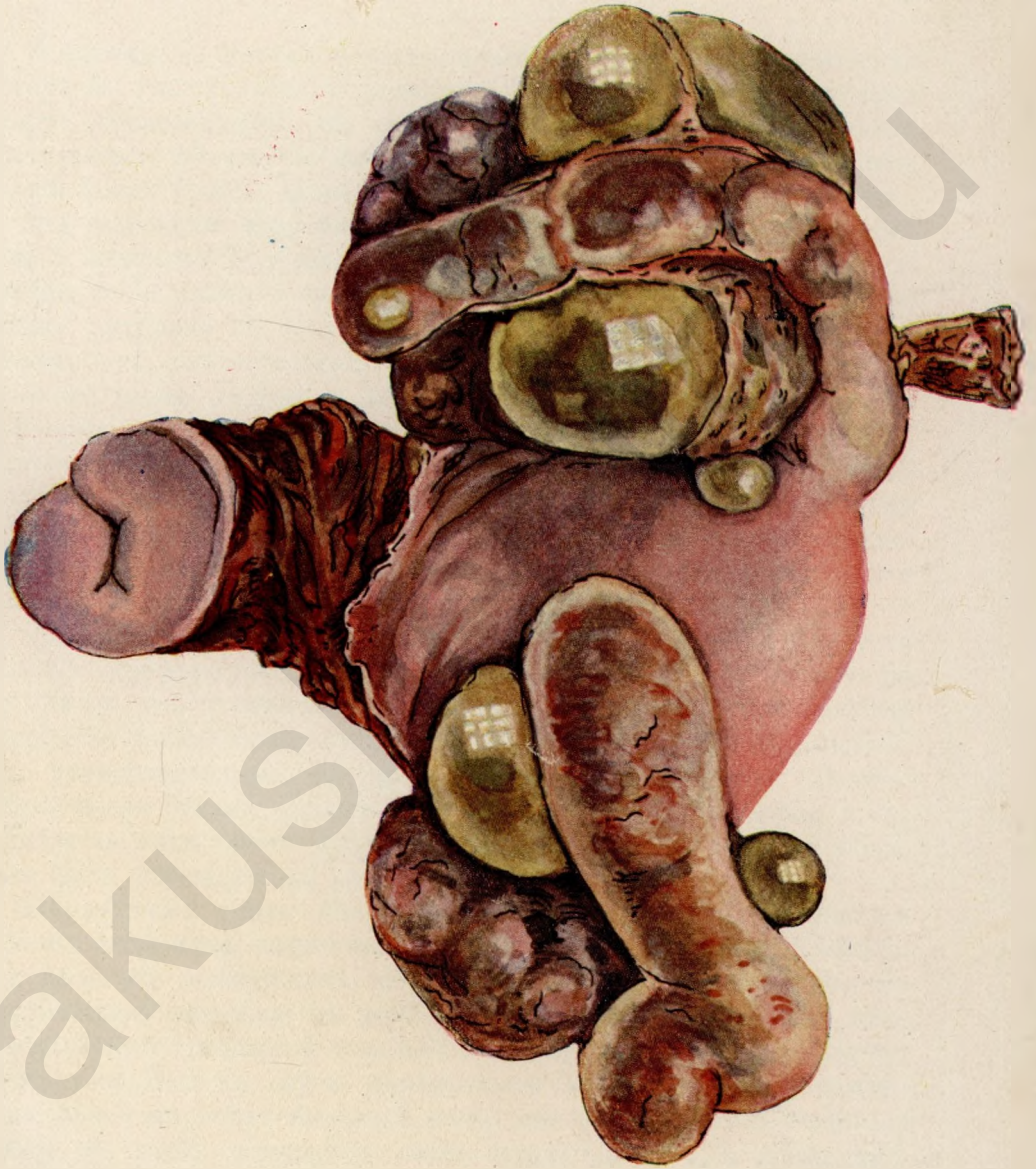
## Оглавление.

Предисловіе . . . . .	1
Введеніе . . . . .	3
ГЛАВА I. Свѣдѣнія анатомическія . . . . .	10
ГЛАВА II. Свѣдѣнія физиологическія . . . . .	31
ГЛАВА III. Правильности регуля и ихъ практическое значеніе . . . . .	37
ГЛАВА IV. Главныя симптомы женскихъ болѣзней и патологическія данныя для объясненія ихъ значенія . . . . .	42
ГЛАВА V. Инфекціи женскихъ половыхъ органовъ, бленнорройная, септическая, туберкулезная и проч. . . . .	48
ГЛАВА VI. Инфекціонныя заболѣванія матки и ея придатковъ: endometritis, metritis, salpingitis, salpingoophoritis . . . . .	66
ГЛАВА VII. Инфекціонныя заболѣванія влагалища и половой щели (vulva) . . . . .	77
ГЛАВА VIII. Главныя основанія для леченія инфекции, общаго и мѣстнаго: сопротивляемость, иммунитетъ, сыворотки, вакцины . . . . .	88
ГЛАВА IX. Главныя основанія для леченія инфекции, общаго и мѣстнаго (продолженіе). Принципы Lister'a — недопущеніе инфекции. Леченіе инфекции: хирургическое и терапевтическое, холодъ, тепло, средства химическія и каустическія. Внутриматочная терапия и сходныя съ нею приемы. Полифармація и полипрагмазія . . . . .	95
ГЛАВА X. Главныя основанія для леченія инфекции, общаго и мѣстнаго (окончаніе) . . . . .	98
ГЛАВА XI. Выкидышъ и вѣматочная беременность: мясистый заносъ, тампонація, выскабливаніе. Опасности и осложненія . . . . .	110
ГЛАВА XII. Выкидышъ и вѣматочная беременность. Признаки, патологія, практическое значеніе (продолженіе). . . . .	121
ГЛАВА XIII. Вѣматочная беременность (продолженіе): патологія, этиологія, симптомы, леченіе . . . . .	128
ГЛАВА XIV. Болѣзни, связанныя съ послѣдствіями беременности и родовъ; инфекции, поврежденія . . . . .	137
ГЛАВА XV. Болѣзни, связанныя съ послѣдствіями беременности и родовъ (продолженіе): опущенія, выпаденія, выворотъ; леченіе оперативное и пессаріями . . . . .	144
ГЛАВА XVI. Болѣзни, связанныя съ послѣдствіями беременности и родовъ (продолженіе): мочевые пути, цистоскопія, циститъ, свищи . . . . .	157
ГЛАВА XVIa. Болѣзни мочевыхъ органовъ (продолженіе) . . . . .	273
ГЛАВА XVII. Послѣдствія воспаленія тазовыхъ органовъ. Леченіе тепломъ . . . . .	170
ГЛАВА XVIII. Послѣдствія воспаленія тазовыхъ органовъ (продолженіе): рубцы, смѣщенія и леченіе ихъ . . . . .	179
ГЛАВА XIX. Опухоли и новообразованія тазовыхъ органовъ женщины, хирургическое заболѣваніе живота, фибромы . . . . .	191
ГЛАВА XX. Опухоли и новообразованія тазовыхъ органовъ женщины (продолженіе). Перерожденія, саркомы . . . . .	210
ГЛАВА XXI. Опухоли и новообразованія тазовыхъ органовъ женщины (продолженіе): ракъ и его особенности . . . . .	216
ГЛАВА XXII. Опухоли и новообразованія тазовыхъ органовъ женщины (продолженіе): кисты, кистомы, эхинококкъ . . . . .	231
ГЛАВА XXIII. Недостатки развитія женскихъ половыхъ органовъ и врожденныя ихъ уродства . . . . .	245
ГЛАВА XXIV. Соображенія гигиеническія . . . . .	253
ГЛАВА XXV. О воспаленіи тазовой брюшины. О перитонитѣ, общемъ и мѣстномъ, клиническое значеніе подробностей этихъ заболѣваній . . . . .	282
Нѣкоторыя рецептурныя формулы . . . . .	307
Алфавитный указатель . . . . .	309

## Оглавление рисунковъ.

	Стр.
Цвѣтная таблица (фронтиспись). Измѣненія внутреннихъ половыхъ органовъ вслѣдствіе инфекціи и воспаленія . . . . .	12
Рис. 1. Сосудистое сплетеніе около дна матки и вдоль ея края . . . . .	12
Рис. 2. Матка нормальная и матка при недостаточной ея инволюціи послѣ родовъ (Kelly) . . . . .	13
Рис. 3. Фронтальный разрѣзь матки . . . . .	16
Рис. 4. Схема связокъ трубы и яичника . . . . .	17
Рис. 5. Продольный разрѣзь лѣвой трубы (по Sappey) . . . . .	19
Рис. 6. Схема строенія яичника . . . . .	21
Рис. 7. Схематическое изображение влагалищной части матки . . . . .	22
Рис. 8. То же рис. M-me Boivin . . . . .	22
Рис. 9. Тазовые органы. сагиттальный разрѣзь . . . . .	24
Рис. 10. То же, фронтальный разрѣзь черезъ тазъ . . . . .	26
Рис. 11. Половая щель—vulva . . . . .	28
Рис. 12. Бартолиніева железа, разрѣзь . . . . .	29
Рис. 13. Видъ дѣвственной плевы, діаграмма . . . . .	30
Рис. 14. Матка передъ наступленіемъ половой зрѣлости . . . . .	31
Рис. 15. Схема формы влагалища, впечатлѣніе при изслѣдованіи . . . . .	32
Рис. 16. Желтое тѣло, препаратъ . . . . .	33
Рис. 17. Осмотръ железъ Skene, способъ проф. Kelly . . . . .	54
Рис. 18. Игла съ ляписомъ для прижиганія железъ преддверія . . . . .	55
Рис. 19. Схема распространенія гонококковой инфекціи . . . . .	57
Рис. 20. Нагноеніе въ правой широкой связкѣ . . . . .	60
Рис. 21. Инфильтратъ широкой связки . . . . .	61
Рис. 22. Кривая температуры при параметритѣ . . . . .	63
Рис. 23. Инфильтратъ клѣтчатки таза съ гнойниками . . . . .	65
Рис. 24. Схема распространенія инфекціи по тканямъ матки . . . . .	68
Рис. 25. Salpingitis podosa . . . . .	71
Рис. 26. Двустороннее заболѣваніе трубъ . . . . .	72
Рис. 27. То же, другой случай . . . . .	73
Рис. 28. Абсцессъ желтаго тѣла . . . . .	74
Рис. 29. Острия кондиломы половой щели . . . . .	79
Рис. 30. Elephantiasis наружныхъ половыхъ губъ. Случай Rigal de Gaillac . . . . .	80
Рис. 31. Мясистый заносъ трубы . . . . .	112
Рис. 32. Схема прикрѣпленія яйца при трубной беременности . . . . .	124
Рис. 33. Decidua при трубной беременности. (Sutton) . . . . .	126
Рис. 34. Случай Barlow'a . . . . .	129
Рис. 35. Схема проф. Н. А. Kelly . . . . .	129
Рис. 36. Плацентарный полипъ . . . . .	138
Рис. 37. Развороченная влагалищная часть . . . . .	140
Рис. 38. Степени разрыва промежности . . . . .	143
Рис. 39. Поврежденіе тазового дна . . . . .	144
Рис. 40. Опущеніе стѣнокъ влагалища . . . . .	145
Рис. 41. То же, на разрѣзѣ . . . . .	146
Рис. 42. Положеніе влагалищнаго пессарія . . . . .	149
Рис. 43. Пессарій Hodge . . . . .	151
Рис. 44. Операция С. А. Александрова изъ Смоленска . . . . .	153
Рис. 45. Препаратъ неполнаго выворота матки . . . . .	154
Рис. 46. Полный выворотъ матки, случай . . . . .	155
Рис. 47. Пинцетъ для держанія катетера . . . . .	158
Рис. 48. Зеркало проф. Kelly для цистоскопіи . . . . .	160
Рис. 49. Калибраторъ Kelly . . . . .	161
Рис. 50. Цистоскопія Kelly . . . . .	161

	Стр.
Рис. 51. Цистоскопъ Lu yss . . . . .	162
Рис. 52. То же, примѣненіе инструмента . . . . .	163
Рис. 53. То же, при катетеризаціи мочеточника . . . . .	164
Рис. 54. Свищи при ракъ, случай . . . . .	168
Рис. 55. Смазываніе влагалища іодомъ или ляписомъ помощьюъ цистоскопа Kelly . . . . .	172
Рис. 56. Дѣйствіе связокъ матки . . . . .	180
Рис. 57. Инфильтратъ въ параметріи . . . . .	181
Рис. 58. Anteversio uteri . . . . .	182
Рис. 59. Retroflexio uteri . . . . .	183
Рис. 60. Anteflexio uteri . . . . .	184
Рис. 61. Retroversio uteri . . . . .	185
Рис. 62. Тапировидная шейка . . . . .	186
Рис. 63. Схема Schroeder дѣленія шейки матки . . . . .	188
Рис. 64. Гипертрофія влагалищной части, случай . . . . .	188
Рис. 65. Другіе виды гипертрофіи шейки матки . . . . .	189
Рис. 66. Полипы шейнаго канала . . . . .	190
Рис. 67. Endometritis polyposa . . . . .	190
Рис. 68. Фиброзная матка . . . . .	194
Рис. 69. Фибросаркома, препаратъ . . . . .	195
Рис. 70. Схема капсулы фибрознаго узла . . . . .	196
Рис. 71. Виды фибромъ матки . . . . .	197
Рис. 72. То же, детали . . . . .	197
Рис. 73. Интерстиціальная фиброма, случай. (Kelly) . . . . .	198
Рис. 74. Подслизистая фиброма, полиппъ . . . . .	199
Рис. 75. Фиброма, давящая на пузырь . . . . .	200
Рис. 76. Прорѣзывающаяся фиброма, подслизистая съ омертвѣніемъ . . . . .	203
Рис. 77. Строеііе ворсинки chorion и ch. epitheliomae . . . . .	213
Рис. 78. Узлы chorionepitheliomae . . . . .	215
Рис. 79. Мѣста первичнаго рака матки . . . . .	220
Рис. 80. Ракъ влагалищной части . . . . .	221
Рис. 81. То же . . . . .	221
Рис. 82. То же . . . . .	222
Рис. 83. Пути лимфы въ маткѣ . . . . .	223
Рис. 84. Узловая форма рака шейнаго канала . . . . .	223
Рис. 85. Ракъ дна матки. (Случай Russel) . . . . .	224
Рис. 86. Огромная киста яичника . . . . .	232
Рис. 87. Опухоли живота, перкуссия . . . . .	235
Рис. 88. Перекручиваніе кисты яичника . . . . .	236
Рис. 89. То же, двустороннее . . . . .	236
Рис. 90. Киста съ папиллярными разрощеніями . . . . .	237
Рис. 91. Оваріальный мѣшокъ . . . . .	240
Рис. 92. Расширеніе венъ лѣвой широкой связки . . . . .	244
Рис. 93. Препаратъ Middlesex Hospital . . . . .	246
Рис. 94. Добавочное отверстіе трубы . . . . .	248
Рис. 95. Гинатрезіи, діаграмма скопленій . . . . .	249
Рис. 96. Скопленіе менструальныхъ выдѣленій при атрезіи, случай . . . . .	250
Рис. 97. Діаграмма поперечныхъ перегородокъ полового канала . . . . .	251
Рис. 98. Діаграмма разныхъ видовъ раздвоенія половыхъ органовъ . . . . .	252
Рис. 99. Послѣдствія корсета . . . . .	256
Рис. 100. Отношенія подошвы ноги къ подошвѣ обуви . . . . .	259
Рис. 101. То же, послѣдствія . . . . .	259
Рис. 102. Форма каблука . . . . .	260
Рис. 103. Вліяніе высокаго каблука на сдавленіе стопы . . . . .	262
Рис. 104. Естественное положеніе при дефекаціи. (Kelly) . . . . .	268
Рис. 105. То же, вынужденное. (Kelly) . . . . .	269
Рис. 106. Скамейка проф. Kelly для естественной дефекаціи . . . . .	270



**Обьясненіе рисунка.** Измѣненія внутреннихъ половыхъ органовъ вслѣдствіе инфекции. Видъ сзади. Матка увеличена, хроническій метритъ. Двустороннее заболѣваніе придатковъ pyosalpinx. (бленнорея, осложненная добавочной инфекціей). Повторныя обостренія повели къ сращеніямъ съ образованіемъ перитонеальныхъ гигатидъ. На лѣвой трубѣ слѣды перфорации съ приращеніемъ салъника; тамъ же утолщеніе salpingitii'nodosa у маточнаго конца трубы. (Оп. 19 8, XII. 07).

## Предисловіе.

Подробныя и вполнѣ обстоятельныя руководства по гинекологіи имѣются въ достаточномъ количествѣ. Многія изъ нихъ могутъ даже служить справочниками по отдѣльнымъ вопросамъ, требующимъ теоретическаго объясненія или практическаго разрѣшенія и точныхъ указаній техническихъ приѣмовъ, необходимыхъ для ихъ примѣненія.

Эта послѣдняя подробность имѣетъ существенное значеніе. Все ученіе о женскихъ болѣзняхъ есть по существу своему дѣло хирургическое, и на этомъ основаны всѣ наши знанія въ этой области. Поэтому учебники по этой дисциплинѣ предназначаются главнымъ образомъ для удовлетворенія потребностямъ тѣхъ, кто спеціально занимается этимъ дѣломъ и для кого особенности техники имѣютъ существенное значеніе. Описанія подробностей, для этого необходимыхъ, скоро утомляютъ врача, занимающагося общей медицинской практикой. Считая ихъ достояніемъ спеціалиста, къ которому всегда можно направить больную, если бы это потребовалось, онъ охотно откладываетъ ознакомленіе съ ними до болѣе благопріятнаго и свободнаго времени и кладетъ книгу на полку.

Для приготовленія къ экзамену большіе учебники представляются слишкомъ громоздкими, и это приводитъ къ тому же самому: по нимъ рѣдко кто готовится. Недостатокъ времени и экономическія соображенія заставляютъ отдавать предпочтеніе краткимъ конспектамъ, приноровленнымъ къ требованіямъ экзаменаторовъ. Знанія, приобретаемая такимъ путемъ наполовину, скоро забываются, а то, что остается, оказывается мало примѣнимымъ и не позволяетъ обходиться безъ обращенія къ спеціалисту.

Между тѣмъ самое понятіе о спеціализаціи по отношенію къ женскимъ болѣзнямъ давно утратило то значеніе, которое оно имѣло, когда дѣло это подвергалось переработкѣ подъ вліяніемъ расширенія хирургическаго принципа въ этой области. Теперь многое изъ того, что возбуждало тревожныя сомнѣнія и потому поручалось спеціалисту, должно вернуться въ кругъ дѣятельности каждаго врача, занимающагося леченіемъ всѣхъ болѣзней, и ему уже нѣтъ никакого основанія умалять въ этомъ отношеніи свою компетентность и отказывать больнымъ въ той помощи, которая ему вполнѣ доступна.

Искусственное отгораживаніе круга дѣятельности спеціалиста здѣсь вовсе не въ интересѣ больныхъ: теряется драгоцѣнное время и страдаетъ дѣйствительность той помощи, на которую онѣ вправѣ рассчитывать.

Очевидно, назрѣла необходимость въ такомъ руководствѣ, которое могло бы удовлетворять въ этой области насущнымъ потребностямъ практическаго врача и дало бы ему тѣ свѣдѣнія, которыя ему въ ней необходимы ежедневно; а при этомъ условіи оно едва ли не удовлетворило бы требованіямъ любого экзаменатора и любой программы.

Объемъ такого учебника, очевидно, долженъ быть небольшой, а задачи его должны быть только практическія.

Онъ долженъ ознакомить читателя съ наиболѣе существенными особенностями женскихъ болѣзней, съ тѣми измѣненіями, отъ которыхъ онѣ зависятъ, съ тѣми объясненіями, которыя кажутся для нихъ наиболѣе вѣроятными, съ тѣми мѣрами и приемами леченія, коими съ ними можно бороться.

Наибольшее вниманіе должно быть отведено тѣмъ болѣзненнымъ формамъ, которыя имѣютъ жизненное значеніе, съ которыми больше всего приходится имѣть дѣло, о которыхъ больше всего приходится и подумать, и похлопотать.

Для практическихъ цѣлей желательно выяснить, что знаетъ и дѣлаетъ въ этой области каждый врачъ, какія пособія онъ можетъ выполнить, руководствуясь познаніями, почерпнутыми изъ учебниковъ, и отъ чего ему лучше воздержаться; какой совѣтъ онъ можетъ дать, если самъ помочь не можетъ. Дать ему для всего этого фактическія основанія, показать ему ходъ мыслей, которыми руководится специалистъ, указать слабыя стороны и недочеты современнаго положенія этого дѣла, ободрить его въ случаяхъ тяжелыхъ по своей отвѣтственности, спасныхъ и рискованныхъ по условіямъ, въ которыхъ приходится работать—все это остается заданіями, къ выполненію которыхъ можно подойти только съ пожеланіями, но о которыхъ подумать необходимо, хотя бы выполнить ихъ такъ, какъ бы хотѣлось, и не удалось.

Необходимые для поясненія текста рисунки сдѣланы мною перомъ съ собственныхъ оригиналовъ и препаратовъ. Что можно было заимствовано у Н. А. Kelly и Sir B. Sutton и др., на это вездѣ сдѣланы указанія. Клише для рисунковъ изготовлены И. С. Блоковымъ и П. И. Агафоновымъ, которые, несмотря на трудности, связанная съ условіями великой войны, выполнили это дѣло со свойственною имъ тщательностью и искусствомъ. Приношу имъ мою глубокую благодарность за ихъ трудъ.

Краткій списокъ рецептурныхъ формулъ въ концѣ книги составленъ ассистентомъ клиники Д. А. Гудимъ-Левковичемъ и имъ же составленъ алфавитный указатель. Долгомъ своимъ считаю выразить здѣсь ему мою сердечную признательность за эту трудную и отвѣтственную работу, которую онъ выполнилъ съ свойственнымъ ему умѣніемъ и тщательностью.

*А. Губаревъ.*

1916 года.  
Ноября 2-го.  
М. Кисловка, 2.

## Введение.

Современная гинекологія есть по существу своему дѣло хирургическое. По отношенію къ специалисту въ справедливости этого положенія едва ли кто можетъ и будетъ сомнѣваться. Не дѣлая и не видѣвши операцій на брюшной и тазовой полости, изучить эту область медицинскихъ знаній нельзя. Крупныя, скажу даже грубыя, измѣненія, которыми отличаются очень многіе патологическіе процессы въ тазовыхъ органахъ женщинъ, не только изучить, но даже просто себѣ представить нельзя, если знакомиться со всѣмъ этимъ только помощью ощупыванія, выстукиванія и другихъ клиническихъ методовъ изслѣдованія. Представленія о патологіи при этомъ должны всегда оставаться смутными и очень случайными, даже если ко всѣмъ даннымъ, полученнымъ клиническимъ изученіемъ, дополнить данныя аутопсіи. Такое изученіе къ тому же потребовало бы огромнаго количества времени, зависѣло бы отъ многихъ случайныхъ условій и никогда не достигло бы той отчетливости нашихъ представлений, которая несомнѣнно необходима въ этомъ дѣлѣ. Такъ собственно уже было раньше, пока не было еще никакой гинекологической спеціальности и ея область входила въ составъ внутреннихъ болѣзней.

Ясное и болѣе или менѣе наглядное представленіе о всѣхъ этихъ болѣзняхъ можетъ имѣть только тотъ, кто много оперировалъ, или видѣлъ много операцій, выполненныхъ опытными хирургами въ его присутствіи, или при непосредственномъ его участіи; но главное, и что, можетъ быть, и еще важнѣе въ этомъ послѣднемъ случаѣ, — кто, присутствуя при операціяхъ, не скучалъ, а всматривался во всѣ подробности и вдумывался въ ихъ клиническое значеніе.

Приобрѣтаемая такимъ путемъ патолого-анатомическія свѣдѣнія, объясняющія значеніе симптомовъ и толкованіе исторій болѣзни, представляются наиболѣе цѣнной подготовкой для изученія медицинской гинекологіи. Понятіе это я противопоставляю гинекологіи оперативной, или хирургической. Ею, очевидно, всегда будутъ заниматься по преимуществу люди, спеціально посвятившіе себя хирургическому дѣлу.

Гинекологія медицинская есть достояніе каждаго врача, занимающагося практической медициной. Это не будетъ только терапевтическая гинекологія, потому что и хирургъ не можетъ обойтись безъ терапіи въ этой области; равно какъ и врачъ, занимающійся общей медицинской практической дѣятельностью, не можетъ избѣгнуть необходимости выполнить многія, доступныя его компетенціи оперативныя пособія, не только потому, что они болѣе просты и



легко выполнимы, какъ, напр., діагностическое выскабливаніе матки и т. п., но часто и потому, что такая помощь неизбѣжна и необходима для спасенія жизни, какъ это бываетъ въ случаяхъ неотложныхъ операцій.

Медицинская гинекологія это—то, что знаетъ и дѣлаетъ въ этой области каждый практической врачъ. Въ частности это будутъ всякіе совѣты по уходу и гигиенѣ дѣтскаго и школьнаго возраста, или въ связи съ наступленіемъ половой зрѣлости. Это будетъ предупрежденіе и леченіе разныхъ заболѣваній и разныхъ болѣзненныхъ симптомовъ, связанныхъ съ половою зрѣлостью, или съ свойственнымъ женщинѣ сидячимъ образомъ жизни, напр., головныя боли, или устраненіе привычныхъ упорныхъ запоровъ. Это будетъ систематическое обозрѣніе болѣзней женскихъ половыхъ органовъ, и главное вниманіе должно быть обращено на выясненіе клинической діагностики, прогностики и терапіи, т. е. всего того, на что надо сейчасъ же дать точный и опредѣленный отвѣтъ. Въ случаяхъ неотложно оперативныхъ, когда ждать или перевозить больную нельзя, необходимо устранить сомнѣнія, возникающія у каждаго, когда приходится рекомендовать экстренныя и рѣшительныя мѣры, наводящія ужасъ на окружающихъ. Только глубокая вѣра въ истину научныхъ выводовъ и увѣренность въ могущество хирургическаго искусства могутъ дать ту твердость убѣжденія и ту рѣшительность, которыя необходимы каждому врачу въ такихъ затруднительныхъ случаяхъ.

Къ задачамъ медицинской гинекологіи относятся свѣдѣнія и о тѣхъ, болѣе затяжныхъ и сложныхъ случаяхъ заболѣванія, когда больную можно направить къ специалисту для разрѣшенія сомнѣній, или для производства болѣе сложнаго хирургическаго пособія. Здѣсь врачу необходимо имѣть основанія для сужденія о своевременности и цѣлесообразности такой послыки, т. е. что время еще не упущено, или для назначенія подготовительнаго терапевтическаго леченія для устраненія воспалительныхъ или инфекціонныхъ осложненій.

Руководящее направленіе при разрѣшеніи всѣхъ этихъ вопросовъ даетъ клиническое изученіе каждаго отдѣльнаго случая. Оно основывается главнымъ образомъ и прежде всего на клиническомъ изслѣдованіи.

Задачи всякаго клиническаго изслѣдованія сводятся къ рѣшенію трехъ вопросовъ: во 1-хъ къ постановкѣ діагноза — узнать, въ чемъ дѣло и что именно поражено болѣзною, во 2-хъ представить себѣ, какія именно произошли измѣненія въ заболѣвшихъ органахъ, и въ 3-хъ рѣшить, что можно сдѣлать, чтобы помочь больной.

Для разрѣшенія перваго изъ этихъ вопросовъ имѣются: во 1-хъ исторія болѣзни и ея симптомовъ, свѣдѣнія, получаемыя изъ распроса, и во 2-хъ данныя объективнаго изслѣдованія и лабораторныя изысканія.

Практическія требованія жизни и врачебной дѣятельности настоятельно выдвигаютъ на первый планъ значеніе симптомовъ, анамнеза и распроса. При настойчивости, опытности и вниманіи все остальное имѣетъ главнымъ образомъ значеніе провѣрки или подтвержденія того, что въ общихъ чертахъ уже выяснилось изъ распроса. Разсужденія и выводы при этомъ получаются, какъ и во всякомъ дѣлѣ, помощью логическихъ сопоставленій, ведущихъ къ ясной и опредѣленной цѣли. Это то, что англичане недавно остроумно назвали примѣненіемъ метода Zadig въ медицинѣ.

Zadig это—герой извѣстной сказки Voltaire'a. Этотъ, склонный къ наблюдательности и размышленію юноша гулялъ по берегу Евфрата и встрѣтилъ главнаго евнуха королевы той страны, котораго сопровождали многіе офицеры и должностныя лица. Всѣ они имѣли очень озабоченный видъ, бѣгали взадъ и впередъ и, казалось, искали что-то очень для нихъ цѣнное, что они очевидно потеряли. „Молодой человѣкъ,—сказалъ ему старшій евнухъ,—не видѣли ли Вы собаку королевы?“ Zadig скромно отвѣтилъ: „Это даже не просто собака, а сучка“. „Совершенно вѣрно „сказалъ евнухъ“. „Это очень маленькая эпаньолька (вродѣ пуделя),—прибавилъ Zadig, она недавно ощенилась, хромаетъ на лѣвую переднюю ногу и у нея очень длинныя уши“. „Вы ее видѣли“,—радостно воскликнулъ евнухъ. „Нѣтъ,—отвѣтилъ Zadig,—я ее никогда не видѣлъ и даже не зналъ, что у царицы есть собака“. Zadig'a обвинили въ похищеніи собаки и предали суду. Вотъ, что онъ отвѣтилъ на судѣ:

„Я прогуливался по берегу рѣки и направился къ рошѣ, когда встрѣтилъ высоко-почитаемаго евнуха и его благородную свиту. Я видѣлъ на пескѣ слѣды животнаго и тотчасъ рѣшилъ, что это слѣды маленькой собачки. Небольшія бороздки на выступахъ песка, расположенныя внутри вдавленій отъ ея слѣдовъ, убѣдили меня, что у собачки были очень отвислые соски, и что изъ нихъ капало молоко, что замѣтно было по слипшимся песчинкамъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ на этихъ бороздкахъ; слѣдовательно, собака эта недавно ощенилась. Другія борозды на пескѣ, какъ мнѣ показалось, должны были зависѣть отъ длинныхъ ушей той же собаки, которая касались выступовъ на пескѣ, когда она пробѣжала, а такъ какъ я замѣтилъ, что вдавленіе отъ слѣдовъ одной изъ ея ногъ было вездѣ глубже, то я заключилъ, что собака хромала на лѣвую переднюю ногу“ и т. д.

Логическое мышленіе и умѣніе сопоставлять и оцѣнивать даже мелкія подробности позволило этому тонкому наблюдателю придти къ заключенію, удивляющему насъ своей точностью и подробностью.

Примѣненіе того же самаго метода къ даннымъ, получаемымъ при клиническомъ распросѣ и изслѣдованіи, очевидно должно быть

столь же плодотворнымъ, и подумать объ этомъ весьма умѣстно, потому что здѣсь возстановляется весь ходъ и послѣдовательность событій, а въ случаѣ клиническаго изслѣдованія—весь ходъ и послѣдовательность въ различныхъ проявленіяхъ заболѣванія и причинная связь между всѣми отдѣльными ея моментами.

По мѣрѣ выясненія характера и мѣста заболѣванія въ воображеніи возникаетъ представленіе о тѣхъ измѣненіяхъ, которымъ подвергся заболѣвшій органъ. Здѣсь очень умѣстно вспомнить о впечатлѣніяхъ, получаемыхъ во время операцій и при патолого-анатомическихъ вскрытіяхъ, или даже то, что случалось видѣть при аналогичныхъ процессахъ на поверхности тѣла.

„Когда я думаю объ измѣненіяхъ въ туберкулезной почкѣ“,—говоритъ проф. Murphy,—я имѣю привычку представлять себѣ ткань этого органа, похожую на то, что вижу при наружномъ туберкулезномъ заболѣваніи, напр. при lupus“. Это хорошая и поучительная привычка, которую полезно перенять.

Очевидно, что каждый, кто когда-нибудь видѣлъ плодный мѣшокъ и трубу при внѣматочной беременности и ихъ сращенія съ окружающими органами, видѣлъ, какъ все это хрупко, легко рвется и кровоточитъ, можетъ ясно себѣ представить, какимъ опасностямъ онъ подвергъ бы больную, если бы онъ сталъ добиваться, откуда именно идетъ опухоль, справа или слѣва. Я всегда считалъ и считаю глубокое ощупываніе живота въ такихъ случаяхъ столь же абсолютно противопоказаннымъ, какъ и пробное выскабливаніе при этой болѣзни.

Совершенно такое же положеніе вещей бываетъ при многихъ инфекціяхъ, напр., при гнойныхъ сальпингитахъ или остромъ аппендицитѣ, и если подумать о томъ, что бываетъ въ этихъ случаяхъ, когда вскроютъ брюшную полость, то каждому сразу будетъ понятно, что всякое инструментальное изслѣдованіе, всякая внутриматочная терапія, всякое притягиваніе шейки матки инструментами представляетъ такую же серьезную опасность, какъ и глубокое, энергичное ощупываніе.

При острыхъ заболѣваніяхъ живота объективное изслѣдованіе требуетъ особой осторожности. Чувствительность и даже боль, которую здѣсь находятъ при ощупываніи, является уже крупнымъ по своему діагностическому значенію фактомъ. Этимъ въ большинствѣ случаевъ можно собственно и удовольствоваться. Дальнѣйшее ощупываніе, въ особенности глубокое и сдѣланное добросовѣстно, можетъ повредить больному больше, чѣмъ можетъ помочь то леченіе, которое можетъ быть назначено на основаніи болѣе точной діагностики, полученной при такомъ изслѣдованіи. Всего хуже, когда такое ощупываніе дѣлается усердно многими, хотя бы и очень опытными и авторитетными врачами, призываемыми для выясненія сомнѣній. Когда это дѣлается

нѣскольکو дней кряду, это рѣдко проходитъ безнаказанно для больного. Такіе случаи всегда останавливаютъ на себѣ общее вниманіе своими необычными подробностями, разнообразіемъ неожиданныхъ тяжелыхъ осложненій и неблагоприятнымъ теченіемъ, довольно неизбѣжно приводящимъ къ роковому исходу.

Всего труднѣе, а для больного человека всего важнѣе, рѣшить третій вопросъ, что надо дѣлать въ данномъ случаѣ, что можно вылечить и съ чѣмъ надо примириться, и какія мѣры можно принять, чтобы облегчить страданія и устранить мучительные симптомы. На разрѣшеніи всѣхъ этихъ задачъ основывается и предсказаніе, и леченіе, т. е. въ сущности все то, что мы можемъ посоветовать. Здѣсь лежитъ центръ тяжести всякой врачебной практической дѣятельности, и отъ этого зависитъ ея успѣхъ.

Не подлежитъ сомнѣнію, что въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ неизбѣжно приходится давать вполне опредѣленный отвѣтъ, потому что иначе больная не можетъ удовольствоваться Вашимъ совѣтомъ и непременно пойдетъ къ другому врачу, а Вы только потеряете даромъ то время, которое Вы затратили на изученіе данного случая и для выработки Вашего совѣта.

Достигнуть точности и опредѣленности совѣта больной можно, только тщательно изучивши всѣ данныя о ней, объ ея семейномъ положеніи, условіяхъ и обстановкѣ ея жизни, о всѣхъ отправленияхъ ея организма. Здѣсь очень полезно дополнить изученіе случая соответствующими лабораторными изслѣдованіями, когда это вообще возможно сдѣлать.

Безъ всего этого Вы рискуете дать такой совѣтъ и назначить такое леченіе, котораго больная выполнить не можетъ, или такой, отъ котораго ей сдѣлается хуже и она тоже перестанетъ его выполнять.

Во всемъ этомъ большое значеніе имѣетъ индивидуализація случая. Покойный Захарьинъ говорилъ: „Надо лечить больного, а не болѣзнь“. Эту вполне опредѣленную цѣль надо всегда имѣть въ виду и постоянно о ней помнить и при распросѣ, и при назначеніи леченія. Не слѣдуетъ также забывать совѣта Захарьина, что не надо докучать больной излишними вопросами, когда уже и такъ выяснилось, въ чемъ дѣло и какъ надо лечить. Этими же соображеніями слѣдуетъ руководствоваться при составленіи плана изслѣдованія и распроса больной.

Общая схема вопросовъ, которые при этомъ можно задавать, довольно проста и измѣняется въ зависимости отъ случая.

Первый вопросъ выясняетъ, на что жалуется больная и почему она обратилась къ врачу.

Этимъ сразу опредѣляется вся конечная цѣль и задачи помощи въ данномъ случаѣ и выясняется въ общихъ чертахъ, куда надо отнести этотъ случай и дѣйствительно ли онъ гинекологическій.

Второй вопросъ опредѣляетъ личность больной, ея семейное и общественное положеніе, обстановку и образъ жизни, возрастъ и мѣстожителство.

Такимъ образомъ оба эти вопроса назначены для составленія общаго понятія, съ кѣмъ имѣется дѣло, чего ожидаютъ отъ врача, и на что надо обратить главное вниманіе.

Третій вопросъ касается времени заболѣванія, выясняетъ, острое оно или хроническое, когда появилось и какъ развивалось.

Четвертый вопросъ—были ли дѣти и когда именно; если дѣтей не было, то это можетъ быть крупнымъ симптомомъ, потому что бесплодіе есть несомнѣнно болѣзненное явленіе, съ которымъ слѣдуетъ считаться, хотя бы сама больная на него и не жаловалась. Если были выкидыши, то стараются выяснить причину ихъ.

Пятый вопросъ касается инфекцій въ настоящемъ или въ прошломъ, въ особенности послѣродовыхъ заболѣваній, потому что этимъ проливается много свѣта на начало и этиологію заболѣванія.

Шестой вопросъ касается выдѣленій, нормальныхъ—регулы и патологическихъ—кровотеченія, бѣли.

Седьмой вопросъ выясняетъ осложненія со стороны всѣхъ остальныхъ органовъ, осложненія общаго характера, не гинекологическія.

Всѣ эти вопросы являются крупными этапами и, развиваясь, развѣтвляются на множество болѣе мелкихъ вопросовъ, выясняютъ мелкія подробности, имѣющія отношеніе къ различнымъ формамъ заболѣваній.

Чтобы ничего не пропустить и не забыть, многіе пользуются печатанными схемами, которыя и заполняются во время распроса.

Схемы эти страдаютъ обыкновенно отъ двухъ причинъ: или онѣ слишкомъ подробны, и тогда, когда ее заполнишь, перезабудешь то, что отмѣтилъ, или онѣ слишкомъ кратки, и тогда отъ нихъ мало помощи, потому что все надо писать подробно на бѣлыхъ листахъ. Иногда много проще прямо запомнить крупные факты, ничего не записывая: это меньше отвлекаетъ мысль отъ главной цѣли, которой добиваешься.

Слишкомъ подробныя схемы, кромѣ того, утомляютъ и больную, и врача. Оба они начинаютъ скучать и дѣлаться разсѣянными.

Избѣжать этого можно, если не задавать такихъ вопросовъ, которые не имѣютъ прямого отношенія къ дѣлу, т. е. къ діагностикѣ и леченію даннаго случая. Достигнуть этого можно, задавая вопросы избирательно и только приурочивая ихъ къ отдѣльной группѣ крупныхъ этапныхъ вопросовъ. Этимъ облегчается возможность запомнить разные мелкіе факты, потому что они всѣ будутъ связаны съ своей группой и будутъ служить иллюстраціей къ общей картинѣ или пред-

ставленію о данномъ случаѣ, постепенно возникающемъ въ умѣ врача, по мѣрѣ развитія вопроса.

Разумѣется, это только общій планъ, руководящій мышленіемъ врача. Детальная его разработка и изученіе практическаго его примѣненія есть задача клиники, и только въ ней и можно съ нимъ основательно познакомиться.

Когда имѣется опытность, то многое излишнее отпадаетъ само собою и остается только общій планъ или схема, по которой чело-вѣкъ привыкъ выполнять эту работу.

При систематическомъ обзорѣннн болѣзней женскаго организма полезно подумывать о такой схемѣ и при случаѣ запоминать то, о чемъ полезно спросить больную подробнѣе. Практически самымъ важнымъ симптомомъ, какъ и во всѣхъ отдѣлахъ медицины, является боль. Устраненію боли всякій больной придаетъ наибольшее значеніе и отъ этого зависитъ успѣхъ леченія, назначаемаго врачомъ, и удача его практической дѣятельности.

Для того, чтобы этого достигнуть, необходимо выяснить, отъ чего именно происходитъ боль, гдѣ она локализируется, какими измѣненіями въ тканяхъ или отдѣльныхъ органахъ она обусловливается и поддерживается, и что изъ всего этого мы можемъ измѣнить или исправить и какимъ образомъ это можно выполнить.

Когда ничего изъ этого сдѣлать нельзя, приходится обращаться къ наркотическимъ; но при этомъ надо быть очень осмотрительнымъ. При ихъ назначеніи надо подумать о томъ, что будетъ, когда дѣйствіе наркотическаго пріема закончится и чего за это время можно достигнуть леченіемъ, или какого улучшенія можно за это время ждать отъ самого организма по отношенію къ самопроизвольному выздоровленію, если оно возможно.

Назначеніе наркотическаго средства, пока никакой діагностики нѣтъ—дѣло чрезвычайно рискованное. Мы увидимъ ниже, что нѣсколько пріемовъ морфія могутъ совершенно затемнить симптомы, необходимые для діагностики начавшагося остраго раздраженія брюшины, и тѣмъ привести къ промедленію съ оперативной помощью, которая можетъ спасти жизнь, если будетъ оказана своевременно. За всякое промедленіе въ нѣсколько сутокъ, а иногда и часовъ, больной можетъ поплатиться жизнью, какъ это и бываетъ при остромъ аппендицитѣ.

## ГЛАВА I.

### Свѣдѣнія анатомическія.

Ce n'est autre chose Pratique  
Si non l'effet de Théorique.  
Aphorisme d'A. Paré.

Женскіе половые органы раздѣляются на наружные и внутренніе. Къ наружнымъ органамъ относятся: половая щель (*vulva*), Венеринъ бугорокъ (*Mons Veneris*), и грудныя железы (*mammæ*). Внутренніе половые органы состоятъ изъ половыхъ железъ или яичниковъ (*ovaria*), матки (*uterus*) и Фаллопиевыхъ трубъ (*tubæ Fallopianæ*).

Мы начнемъ наше описаніе съ органовъ внутреннихъ, какъ наиболѣ важныхъ въ половомъ отношеніи и какъ наиболѣ поучительныхъ по свойственнымъ имъ функціямъ и заболѣваніямъ.

Всѣ эти органы помѣщаются въ полости таза и относятся къ брюшнымъ органамъ, потому что лежатъ въ полости брюшины и болѣе или менѣе покрыты этой плевой.

Фаллопиевы трубы открываются прямо въ полость брюшины, такимъ образомъ имѣется прямое сообщеніе изъ половой щели въ полость брюшины — условіе благоприятное для проникновенія инфекцій. Помѣщающіеся въ полости малаго таза мочевые органы, пузырь, мочеточники, мочеиспускательный каналъ, находятся въ тѣсной связи съ внутренними половыми органами женщины и нерѣдко участвуютъ въ ихъ заболѣваніяхъ. То же самое относится и къ прямой кишкѣ и ея отверстію (*anus*).

Особенность всѣхъ этихъ органовъ характеризуется тѣмъ, что всѣ они обильно снабжены сосудами и ткани ихъ чрезвычайно живучи и жизнеспособны. Кромѣ того всѣ они прикрѣпляются въ полости малаго таза и окружены здѣсь обильной рыхлой клѣтчаткой.

Ткань эта здѣсь имѣетъ огромное практическое значеніе. Она позволяетъ всѣмъ этимъ органамъ растягиваться во время ихъ физиологическихъ отправленій, напр., маткѣ во время беременности или пузырю при его наполненіи. Клѣтчатка эта позволяетъ всѣмъ этимъ органамъ подниматься въ брюшную полость, выползая изъ полости неподатливаго таза. При всякихъ операціяхъ она имѣетъ огромное значеніе. Только благодаря ей возможно столь быстрое, безопасное и простое удаленіе этихъ органовъ при операціяхъ, она позволяетъ выдѣлять ихъ тупымъ путемъ, что значительно упрощаетъ это дѣло.

При патологическихъ процессахъ значеніе этой клѣтчатки тоже заслуживаетъ большаго вниманія. Какъ ткань рыхлая, изобилующая лимфатическими сосудами и пространствами, она легко инфицируется. При септическихъ процессахъ это ведетъ къ тяжелымъ заболѣваніямъ, а при злокачественныхъ новообразованіяхъ, напр. при ракъ, это тоже скверно, потому что новообразование встрѣчаетъ въ этой ткани очень благоприятную почву. Но при многихъ инфекціяхъ, даже септическихъ, эта особенность рыхлой клѣтчатки очень быстро отекаетъ и инфильтрироваться является благодѣтельной, потому что быстро отгораживаетъ очагъ инфекции довольно непроницаемой преградой и тѣмъ прекращается дальнѣйшее распространеніе инфекции. Происходитъ то же самое, что бываетъ при гнойномъ воспаленіи сустава, напр. колѣннаго. Вирулентная стрептококковая инфекция въ полости сустава на нѣкоторое время отгораживается отъ организма отекающей и инфильтрированной клѣтчаткой, покрывающей капсулу сустава, и получается герметическая укупорка очень вирулентнаго гноя, который иначе скоро инфицировалъ бы весь организмъ и могъ бы даже убить его.

Та же самая способность рыхлой тазовой клѣтчатки очень быстро воспринимать инфекцію и реагировать на это столь же быстро отекомъ и инфильтраціей можетъ иногда остановить дальнѣйшее распространеніе инфекции, потому что она въ ней локализуется и получается мѣстное заболѣваніе, напр. абсцессъ, который легко можетъ быть опорожненъ, или опорожниться самъ. Этимъ путемъ природа можетъ устранять многія тяжелыя осложненія, предупреждать общія инфекции и тѣмъ сохраняетъ много жизней.

Наконецъ, образующіеся въ клѣтчаткѣ на мѣстѣ ея воспаленій и нагноеній рубцы могутъ нарушить подвижность тазовыхъ органовъ и притягивать ихъ къ стѣнкѣ таза. Слѣдствіемъ этого могутъ быть стойкія ихъ смѣщенія.

Другая особенность этихъ органовъ это—чрезвычайная жизненность ихъ тканей, способность образовать новые сосуды и способность чрезвычайнаго измѣненія объема въ связи съ ихъ функціями. Это въ особенности касается матки.

Матка, *uterus*, имѣетъ форму, какъ говорится, грушевидную. Она состоитъ изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, заключаетъ въ себѣ треугольную полость (*cavum uteri*), сообщающуюся съ трубами, а черезъ нихъ съ брюшною полостью, а внизу съ влагалищемъ и черезъ него съ внѣшнимъ міромъ.

Въ небеременномъ состояніи матка имѣетъ величину вродѣ обыкновенной спичечной коробки и вѣситъ около 50—60 граммъ, а тотчасъ послѣ родовъ она имѣетъ величину болѣе двухъ кулаковъ, сложенныхъ вмѣстѣ, и вѣситъ отъ 800 до 1000 граммъ, т. е. 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> фунта.



Увеличение это совершается насчетъ гиперплазіи мышцъ, насчетъ ихъ гипертрофіи и наполненныхъ кровью новообразованныхъ сосудовъ.

Объ обиліи сосудовъ въ ткани матки легко судить, разсматривая коррозіонные препараты этого органа (см. рис. 1). Подъ брюшиннымъ покровомъ матки, въ толщѣ поверхностныхъ мышечныхъ ея слоевъ и вдоль ея края имѣется такая густая сѣть венъ и артерій, что все это принимаетъ видъ кавернознаго органа.

Гипертрофическій и гиперплазическій процессъ, происходящій въ маткѣ во время беременности, захватываетъ и нервы, которые тоже утолщаются, а сплетенія и узлы достигаютъ огромныхъ размѣровъ: около шейки матки они достигаютъ размѣровъ вродѣ plexus solaris.

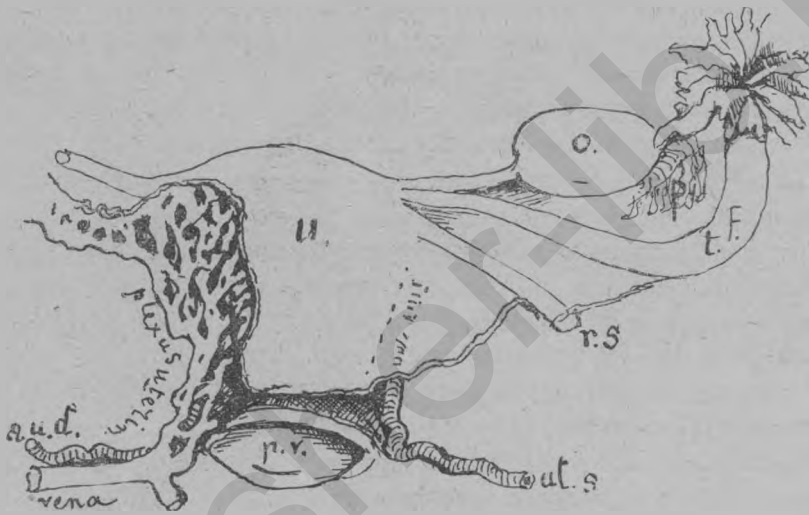


Рис. 1. Сосудистое сплетеніе около дна матки и вдоль ея края. По коррозіонному препарату. (S a v a g e).

Лимфатическіе сосуды около шейки матки тоже увеличиваются, и въ объемѣ, и въ количествѣ, и сѣть ихъ становится гуще.

Послѣ родовъ все это должно опять вернуться къ первоначальному состоянію, частью исчезнуть, частью уменьшиться, чтобы подвергнуться такимъ же измѣненіямъ во время слѣдующей беременности. Нѣтъ ничего удивительнаго, что, подъ вліяніемъ различныхъ, къ сожалѣнію, мало еще извѣстныхъ намъ моментовъ, правильность всего этого можетъ нарушаться и получается то, что извѣстно подъ именемъ недостаточной инволюціи матки.

Такія измѣненія въ маткѣ и ея отправленія очень напоминаютъ то, что бываетъ при хроническомъ ея воспаленіи во время гипертрофической стадіи. Для меня всегда остается вопросомъ, возможна

ли вообще такая недостаточная инволюция безъ вліянія інфекціи, хотя бы указанія на нее въ исторіи болѣзни были очень скудны и недоказательны.

Условія питанія матки, столь обильно снабженной кровеносными сосудами, являются очень благоприятными и для інфекціи, и для вся-

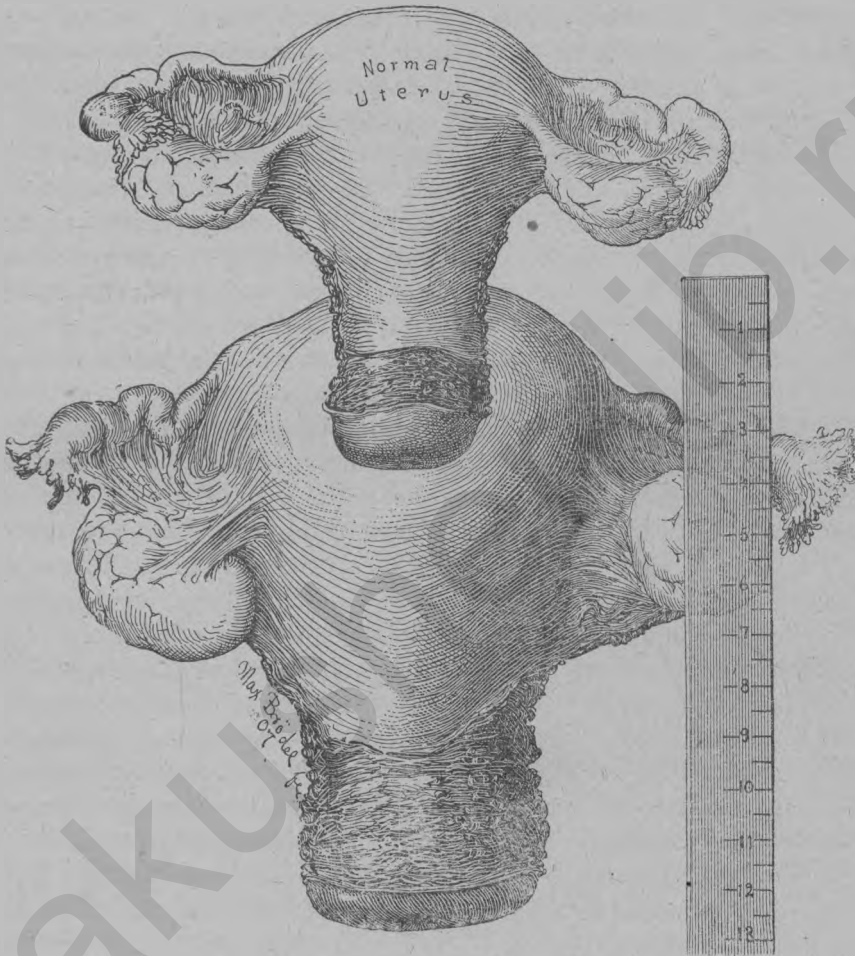


Рис. 2. Матка нормальная и матка при недостаточной ея инволюціи послѣ родовъ. (Kelly).

кихъ новообразованій. Такъ, въ случаѣ саркомы новообразованные сосуды очень скоро обезпечиваютъ хорошее питаніе опухоли, а обиліе венъ благоприятствуетъ быстрому появленію метастазовъ. Въ случаѣ рака, кромѣ того, обиліе клѣтчатки, богатой лимфатическими пространствами и сосудами, является не менѣе благоприятнымъ условіемъ для новообразованія и его распространенія.

Во время беременности увеличиваются сосуды не только самой матки и ее тканей, но также и всѣ приводящія артеріи, *art. ovarica, uterina* и сопровождающія ихъ вены.

Ткани, изъ которыхъ состоитъ матка, распадаются на три слоя: серозный, мышечный и слизистый. Въ этомъ отношеніи строеніе этого органа походитъ на строеніе кишки, съ той только существенной разницей, что мышечная оболочка здѣсь неизмѣримо толще и что слизистая оболочка кишки отдѣляется отъ мышечной слоемъ рыхлой клѣтчатки и обладаетъ нѣкоторою подвижностью. Слизистая оболочка матки непосредственно связана съ мышечной тканью и концы ее железъ проникаютъ въ мышечную ткань, волокна которой охватываютъ концы этихъ железъ. Слизистая оболочка эта совершенно неподвижна и скользить по мышечной поверхности не можетъ. Кромѣ того полость матки и ее слизистая оболочка лишены того защитительнаго противъ инфекціи аппарата, какимъ является подслизистая клѣтчатка кишки.

Въ самомъ дѣлѣ, по условіямъ своихъ отправленій кишка всегда содержитъ въ себѣ очень инфицированное содержимое. Это представляло бы очень большой рискъ для организма, если бы не было этой рыхлой клѣтчатки, отдѣляющей слизистую оболочку отъ мышечной. Малѣйшее поврежденіе кишечнаго эпителия открывало бы путь для опасной инфекціи всего организма черезъ богатую сѣтъ лимфатическихъ сосудовъ. Здѣсь выручаетъ эта подслизистая клѣтчатка: она тотчасъ же и очень сильно реагируетъ на раздраженіе отъ попадающей въ нее инфекціи, тотчасъ отекаетъ и инфильтрируется и тѣмъ сдавливаетъ лимфатическіе сосуды, создавая герметическое отгораживаніе очага инфекціи и прекращая дальнѣйшее ее поступленіе.

Въ полости матки ничего подобнаго этому нѣтъ, поэтому поврежденіе слизистой оболочки, въ особенности въ связи съ беременностью, даетъ условія, чрезвычайно благоприятныя для проникновенія инфекціи и для зараженія всего организма. Какой-нибудь *bacillus coli communis*, проникновеніе котораго черезъ слизистую оболочку кишки довольно легко останавливается инфильтраціей подслизистой клѣтчатки, является губительнымъ и ведетъ къ тяжелому осложненію, нерѣдко даже къ смерти, если онъ проникаетъ черезъ слизистую оболочку матки. Ткани, находящіяся подъ этой слизистой оболочкой, не въ состояніи такъ быстро образовать защитительную преграду для проникновенія инфекціи, и то, что удается организму сдѣлать въ этомъ отношеніи, отличается непрочностью и легко повреждается.

Достаточно незначительной травмы, иногда даже отъ сокращенія маточной мышцы, напр. подъ вліяніемъ дѣйствія эрготина, чтобы всѣ эти преграды пострадали и получилось новое поступленіе инфекціонныхъ началъ въ организмъ.

Собственно слизистая оболочка матки есть совсѣмъ своеобразное образование и несовсѣмъ подходитъ подъ понятіе о слизистой оболочкѣ. Правда, она покрыта цилиндрическимъ и даже мерцательнымъ эпителиемъ и въ ней имѣются трубчатыя мѣшечкатыя железы, высланныя тоже мерцательнымъ эпителиемъ. Железы эти, разумѣется, отдѣляютъ слизь. Мерцательными движеніями своихъ ворсинокъ слизистая оболочка стремится удалить изъ полости матки по направленію къ влагалищу все то, что въ нее попадаетъ; но этимъ не ограничивается ея дѣятельность и назначеніе.

Самая толща ея состоитъ изъ соединительнотканнхъ, очень живучихъ, близкихъ къ эмбриональнымъ, элементовъ, наклонныхъ и къ гиперплази, и къ образованію новыхъ сосудовъ. Ткань эта назначена для воспріятія оплодотвореннаго яйца, и когда оно въ нее попадаетъ, она тотчасъ окружаетъ его со всѣхъ сторонъ и обезпечиваетъ его питаніе и развитіе.

Макроскопически слизистая оболочка безъ опредѣленной границы сливается съ мышечной тканью матки.

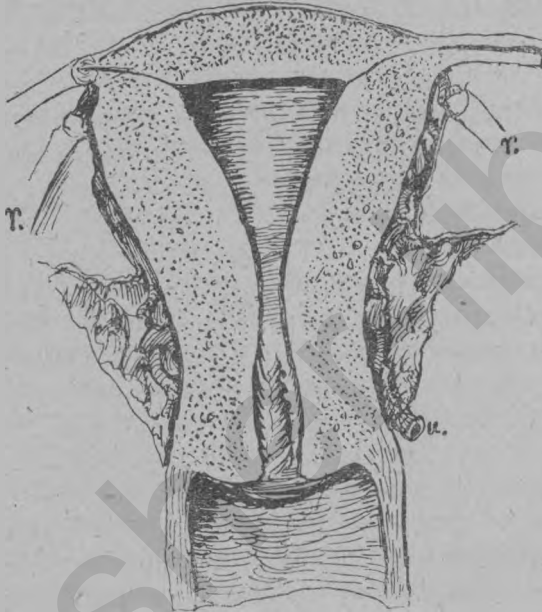
Соединительнотканная часть слизистой оболочки матки назначена для воспріятія оплодотвореннаго яйца, которое должно проникнуть черезъ эпителиальный покровъ, чтобы получить надлежащее прикрѣпленіе и питаніе. Материнскіе сосуды, идущіе къ оболочкамъ плоднаго яйца, образуются въ этой соединительной ткани, и она довольно скоро окружаетъ его, обростая вокругъ него со всѣхъ сторонъ. Отпадающая оболочка (*decidua*) образуется изъ слизистой оболочки матки, причемъ железы ея остаются въ видѣ сплюснутыхъ, растянутыхъ полостей и во время беременности едва ли что-нибудь выдѣляютъ. Во время родовъ *decidua* разслаивается на двѣ половины, одинъ слой выдѣляется вмѣстѣ съ оболочками плода, а другой остается и служитъ субстратомъ для возстановленія слизистой оболочки матки.

Въ небеременномъ состояніи слизистая оболочка матки подвергается періодическимъ ежемѣсячнымъ измѣненіямъ, сопровождающимся отслойкой эпителия, кровотеченіемъ съ послѣдующимъ обновленіемъ не только эпителия, но, быть можетъ, и нѣкоторыхъ другихъ элементовъ, ее образующихъ.

Послѣ оскребанія маточной полости, *abrasio cavi uteri*, когда практически удаляется почти вся толща слизистой оболочки и остаются только слѣпыя концы железъ, вступающіе въ мышечную ткань, оболочка эта довольно скоро, уже по истеченіи менструальнаго срока, снова возрождается. Откуда берутся при этомъ соединительнотканные элементы для меня несовсѣмъ понятно, но очевидно при этой операціи всѣ они тоже не удаляются, потому что, если оскребаніе сдѣлать слишкомъ усердно, или прижечь послѣ него

маточную полость чѣмъ-нибудь каустическимъ, то слизистая оболочка можетъ не возродиться, а соприкасающіяся поверхности маточной полости мѣстами слипаются, а мѣстами слизистая оболочка замѣняется просто рубцовой тканью, которая, конечно, устраняетъ возможность менструаціи и беременности.

Для пониманія патологическихъ процессовъ въ маточной ткани необходимо всегда имѣть въ виду, что всѣ ткани матки составляютъ одно цѣлое. Гистологическое строеніе слизистой оболочки рѣзко отличается отъ строенія мышечной или серозной оболочки этого органа.



**Рис. 3.** Фронтальный разрѣзъ матки. Хорошо видна толстая слизистая оболочка, сливающаяся съ маточной стѣнкой, видны маточныя отверстія трубъ и часть сосудистаго сплетенія; *u.*—arteria uterina, *r., r.*—круглыя связки. Въ шейномъ каналѣ видны *plicae palmatae*.

Но по отношенію къ физиологіи и патологіи приурочиваніе заболѣванія къ измѣненіямъ только въ одномъ изъ этихъ слоевъ можетъ быть только искусственное. Въ дѣйствительности этого никогда не бываетъ и не можетъ быть. Поэтому, когда говорятъ объ инфекціи или о воспаленіи слизистой оболочки матки, то тѣмъ самымъ уже разумѣется, что воспалена и мышечная, а, можетъ быть, даже и серозная ея оболочка.

Въ углахъ треугольной маточной полости (см. рис. 3) начинаются яйцеводы или Фаллопиевы трубы. Проходя въ толщѣ маточной стѣнки эти каналы настолько тонки, что черезъ нихъ не удастся провес

даже щетинку. На свѣжемъ препаратѣ почти невозможно протолкнуть черезъ нихъ даже ртуть (Sarreу).

Отходящая отъ угла матки часть трубы представляется наиболѣе тонкою, по мѣрѣ приближенія къ свободному концу трубы она расширяется и около абдоминальнаго отверстія образуетъ воронку, или апулла трубы, къ концу которой вокругъ отверстія прикрѣпляются фимбріи. Здѣсь труба снова суживается.

Стѣнка трубы состоитъ изъ трехъ слоевъ: брюшины, мышечнаго слоя и слизистой оболочки. Брюшина, покрывающая трубу, переходитъ около маточнаго конца на поверхность матки, а вдоль трубы

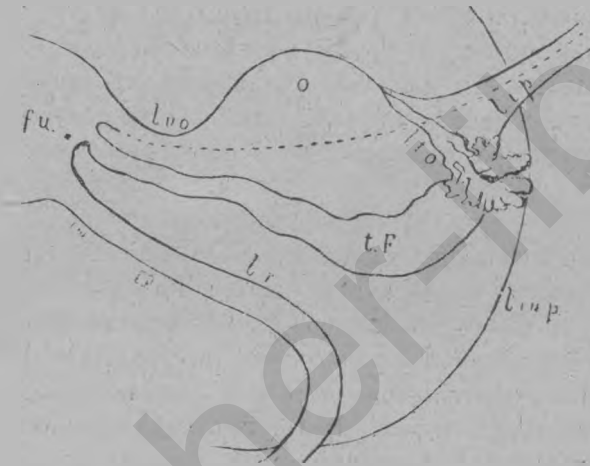


Рис. 4. Схема связокъ трубы и яичника *f. u.*—fundus uteri; *o.*—ovarium; *l. u. o.*—ligamentum utero-ovaricum, seu ovarii proprium; *l. t. o.* ligamentum tubo-ovaricum; *l. i. p.*—ligamentum infundibulo-pelvicum; *l. m. p.*—linea innominata pelvis. Пунктиромъ обозначено положеніе гладкихъ мышечныхъ волоконъ, входящихъ въ составъ этихъ связокъ. Это ligament roud posterior Rouget.

располагается совершенно такъ же, какъ на тонкой кишкѣ! т. е. образуетъ брыжейку, mesosalpinx. Около абдоминальнаго конца эта брыжейка сразу обрывается и образуетъ полулунный свободный край. Складка эта прикрѣпляется къ краю таза и называется ligamentum infundibulo-pelvicum и въ толщѣ ея имѣются гладкія мышечныя волокна. Если натягивать эту складку, захвативши конецъ трубы, то можно замѣтить вторую складку брюшины, идущую отъ конца трубы къ яичнику. Вдоль этой складки прикрѣпляется одна изъ фимбрій—fimbria ovarica, а самая складка называется ligamentum tubo-ovaricum.

Между листками брюшины, образующими брыжейку трубы, находятся слѣпые каналы придатка parovarium. Они наполнены

серозной жидкостью и ихъ бываетъ отъ 18 до 20. Они хорошо видны при просвѣчиваніи брыжейки трубы, если разсматривать ее на свѣтъ. Это есть остатки отъ эмбриональной жизни, и никакого функциональнаго значенія *parovarium* не имѣетъ. Изъ него иногда развиваются кисты, обыкновенно однокамерныя, наполненныя такою же серозною жидкостью и высланныя совершенно такимъ же однослойнымъ эпителиемъ, какъ каналцы, изъ которыхъ онѣ развиваются. (Это есть остатокъ канала *Gärtner'a* и соотвѣтствуетъ *vas deferens* у мужчины).

Мышечная оболочка трубы состоитъ изъ продольныхъ и поперечныхъ мышечныхъ волоконъ, непосредственно переходящихъ въ ткань матки. Около угла матки волоконъ этихъ больше, въ особенности круговыхъ, и здѣсь стѣнка трубы толще.

Слизистая оболочка трубы выслана мерцательнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ и движеніе его ворсинокъ направлено къ полости матки; никакихъ железъ въ этой слизистой оболочкѣ нѣтъ и вся она выдѣляетъ серозную жидкость, свободно изливающуюся въ брюшину черезъ абдоминальное отверстіе трубы.

Эта слизистая оболочка образуетъ многочисленныя продольныя, очень глубокія складки, расположенныя вродѣ листовъ книги. По этимъ складкамъ яйцо перемѣщается по направленію къ маткѣ и здѣсь же встрѣчается съ сѣменемъ. Предполагаютъ, что оплодотвореніе яйца обыкновенно происходитъ въ расширеніи трубы, въ ея *ampulla*. Подъ эпителиальнымъ слоемъ слизистой оболочки имѣется слой соединительной ткани. Тамъ, гдѣ слизистая оболочка прикрѣпляется къ мышечной оболочкѣ, ткань эта представляется ретикулярной и въ ней много лимфатическихъ сосудовъ; но настоящей рыхлой клѣтчатки, какъ это бываетъ подъ слизистой оболочкой кишки, здѣсь не имѣется. Ткань эта богата кровеносными и лимфатическими сосудами и въ ней оплодотворенное яйцо можетъ прикрѣпляться почти столь же хорошо, какъ и въ толщѣ слизистой оболочки маточной полости.

При растяженіяхъ трубы жидкостью вдающіяся въ ея просвѣтъ складки слизистой оболочки не расправляются, слѣдовательно въ толщѣ ихъ ткань не растягивается и клѣтчатки тамъ нѣтъ.

Въ цѣломъ, вмѣстѣ съ своими складками, слизистая оболочка трубы можетъ немного скользить по внутренней поверхности этого канала, и когда трубу перерѣзаютъ поперекъ, то слизистая оболочка изъ нея немного выпячивается. У абдоминальнаго отверстія имѣются языкообразныя придатки, фимбріи (*fimbriae*). Онѣ вродѣ лепестковъ цвѣтка окружаютъ это отверстіе. Наружная поверхность фимбрій покрыта брюшиной, а внутренняя слизистая оболочка съ мерцательнымъ эпителиемъ. Одна изъ фимбрій, какъ уже сказано, прикрѣпляется къ яичнику и по ней яйцо можетъ перемѣщаться къ отверстию трубы.

При инфекціяхъ трубы брюшина вокругъ абдоминальнаго отверстия воспаляется, происходятъ отложенія фибринозныхъ перепонокъ, которыя постепенно организуются, и, вслѣдствіе сморщиванія рубцовой ткани, фимбріи вталкиваются въ отверстие трубы и оно герметически закрывается, а свободный конецъ трубы, растягиваемой скопляющеюся въ ней жидкостью превращается въ круглый выступъ, придающій всей трубкѣ колбасовидную фѳрму.

Типическимъ и наиболѣе важнымъ для опредѣленія пола признакомъ женскаго организма является яичникъ, ovarium. Это очень своеобразная железа: она не имѣетъ ни выводющаго протока, ни полости, откуда выдѣлялись бы продукты ея дѣятельности. Яйца, по мѣрѣ ихъ созрѣванія, выдѣляются изъ этой железы въ любомъ мѣстѣ на ея поверхности.

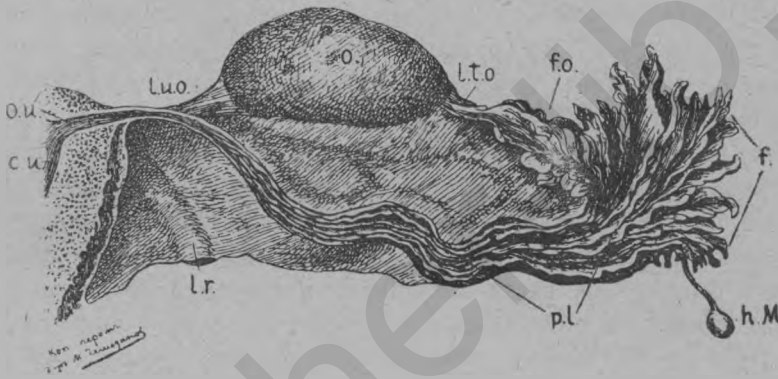


Рис. 5. Продольный разрѣзъ лѣвой трубы (по Sarrey). *c. u.*—cavum uteri; *o. u.*—ostium uterinum; *l. u. o.*—ligamentum utero-ovaricum; *o.*—ovarium; *l. t. o.*—ligamentum tubo-ovaricum; *f. o.*—fimbria ovarica; *f.*—fimbriae; *pl.*—plicae longitudinales tubae; *l. r.*—ligamentum rotundum.

Яичникъ прикрѣпляется къ задней поверхности широкой связки матки, но лежитъ прямо въ брюшной полости и самъ брюшиною не покрывается. Гладкая его поверхность, почти не отличающаяся отъ поверхности сосѣдней брюшины, выстлана эпителиемъ, изъ котораго развиваются первичныя фолликулы—будущія яйца. Эпителий этотъ довольно низкій, кубическій, подъ микроскопомъ рѣзко отличается отъ плоскаго эндотелія брюшины.

Яичникъ по величинѣ и формѣ сравниваютъ съ миндалиной, но это сравненіе для русскаго читателя несовсѣмъ вразумительно. Мы не привыкли видѣть миндаль въ его зеленой корѣ, а когда эту кору снимутъ, то получается орѣхъ, который на яичникъ вовсе непохожъ. Когда говорятъ, что яичникъ похожъ на сливу, то очевидно имѣютъ въ виду увеличенный яичникъ, потому, что сливы никогда плоскими не бываютъ, да онѣ и больше яичника, здороваго по крайней мѣрѣ.



На разрѣзѣ въ яичникѣ отличаютъ внутреннюю его часть, такъ называемое мозговидное вещество, состоящее изъ сосудовъ, соединительнотканныхъ и мышечныхъ волоконъ съ внѣдрившимися въ него фолликулами разнаго возраста, и покрывающую поверхность этого органа плотную бѣлую оболочку—*tunica albuginea* или *ovigena*, потому что изъ нея развиваются фолликулы, врастающіе въ глубину мозговиднаго вещества.

Каждый фолликулъ состоитъ изъ небольшого пузырька, выстланнаго эпителиемъ и содержащаго серозную жидкость. Въ полости фолликула помѣщается одна крупная яйцевая клѣтка, окруженная болѣе мелкими клѣтками, которыми она и прикрѣпляется къ стѣнкѣ фолликула.

Первичные фолликулы образуются еще въ утробной жизни. Ихъ бываетъ огромное количество, въ каждомъ яичникѣ до нѣсколькихъ сотъ тысячъ, но развиваются они и созрѣваютъ не сразу, а въ разное время въ теченіе всей половой жизни. Первичные фолликулы начинаютъ развиваться въ *tunica ovigena* и постепенно врастаютъ въ мозговидное вещество, гдѣ обиліе сосудовъ обезпечиваетъ имъ хорошее питаніе, но, по мѣрѣ созрѣванія фолликула и его увеличенія, онъ не умѣщается въ мозговомъ веществѣ и начинаетъ приближаться къ поверхности яичника и выпячиваетъ ее въ видѣ выступа. Стѣнка выпяченной части фолликула постепенно истончается и наконецъ лопается, а яйцо вываливается въ брюшную полость.

Зрѣлый фолликулъ, заключающій въ себѣ зрѣлое яйцо, имѣетъ величину, приближающуюся къ вишнѣ. Когда онъ лопается, жидкость изъ него изливается въ брюшную полость и увлекаетъ за собой яйцо, которое, находясь по близости отъ фимбрій трубы, совершенно случайно попадаетъ на одну изъ нихъ и движеніями мерцательнаго эпителия проталкивается въ трубу, гдѣ оно встрѣчается съ оплодотворяющимъ сѣменемъ.

Послѣ того какъ изъ лопнувшаго фолликула вывалится яйцо, оставшаяся полость наполняется кровью, которая въ ней свергывается. По стѣнкѣ полости фолликула отлагается фибринъ, который вскорѣ начинаетъ обезцвѣчиваться и организоваться. Онъ принимаетъ желтую окраску, а когда кровь всосется, отъ него остается соединительнотканное образование, постепенно превращающееся въ рубецъ, но еще долго сохраняющее свою желтую окраску. Это образование носитъ названіе желтаго тѣла, *corpus luteum*. Если наступаетъ беременность, то желтое тѣло продолжаетъ расти и достигаетъ значительно большаго размѣра. Послѣ родовъ оно сморщивается и тоже исчезаетъ. Однако мнѣ случалось оперировать беременныхъ, у которыхъ никакого желтаго тѣла въ яичникахъ находимо не было, и къ понятію объ истинномъ желтомъ тѣлѣ, будто бы

характерномъ для всякой беременности, надо подходить съ большою осторожностью.

Когда желтое тѣло постепенно расосется, отъ него остается рубецъ, болѣе или менѣе втягивающій поверхность яичника и образующій на ней бороздку. Когда такихъ рубцовъ много, поверхность яичника покрывается мелкими извилинами, напоминающими въ маленькомъ видѣ извилины головного мозга.

При инфекціонныхъ заболѣваніяхъ трубы яичникъ обыкновенно тоже участвуетъ. Поверхность его легко срастается съ окружающей

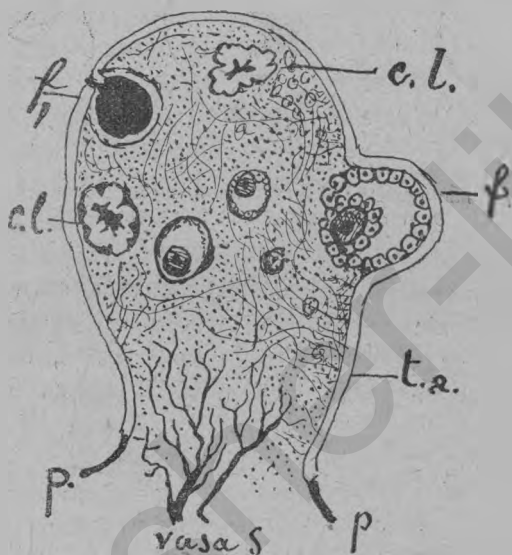


Рис. 6. Схема строения яичника. Поперечный разръзъ. Внизу чернымъ обозначена брюшина—*p*—peritoneum. Она рѣзко обрывается и ее замѣняетъ бѣлая оболочка—*t. a* tunica albuginea. Въ толщъ яичника видны фолликулы разной величины. Одинъ изъ нихъ *f.* зрѣлый и скоро долженъ лопнуть, въ немъ видно яйцо и окружающія его клѣтки. Вверху и влѣво виденъ недавно лопнувшій фолликулъ—*f.* наполненный сгусткомъ крови, и начавшееся образование желтого тѣла; *c. l.*—желтыя тѣла различного возраста.

брюшиной. Онъ теряетъ свою подвижность и выдѣленіе яицъ изъ созрѣвающихъ фолликуловъ затрудняется, получаютъ кровеизліянія между яичникомъ и приросшими къ нему частями и органами. Это всегда сопровождается большою болью и обостреніемъ болѣзненного процесса, потому что кровь, какъ хорошая питательная среда, благоприятствуетъ новому распространенію инфекціи.

Нижній конецъ матки называется влагалищною частью *portio vaginalis* и вдается въ полость влагалища. Отверстіе матки, открывающееся во влагалище, называется наружнымъ маточнымъ отверстіемъ, въ отличіе отъ внутренняго отверстія, отдѣляющаго шейный каналъ

отъ полости матки. Наружное отверстіе матки называется также рыльцемъ матки, *os uterinum*. У нерожавшихъ женщинъ отверстіе это имѣетъ поперечно-щелевидную форму и край ея бываетъ довольно плотный, до такой степени, что его сравниваютъ съ ртомъ рыбы, линя—*os tincae*. У рожавшей женщины отверстіе это представляется круглымъ и отъ него идутъ звѣздообразно расположенные рубцы отъ надрывовъ во время родовъ. Такъ собственно описываютъ

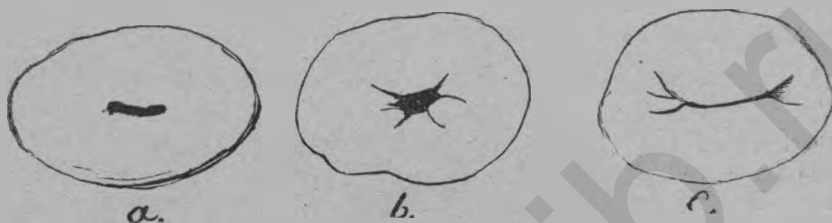


Рис. 7. Схематическое изображеніе влагалищной части матки: *a* — у нерожавшей, *b* и *c*.—у рожавшей женщины.

эти измѣненія въ анатоміи, но въ дѣйствительности гораздо чаще остаются болѣе глубокіе слѣды надрывовъ во время родовъ, и вся влагалищная часть раздѣляется, чаще по бокамъ, болѣе или менѣе глубокими бороздами, и тогда передняя и задняя половина рѣзко



Рис. 8. *a*—влагалищная часть дѣвственницы; *b*.—тоже у дѣвцы, измѣненной половыми сношеніями. (M-me Boivin, 1834).

отдѣляются другъ отъ друга. Можетъ быть здѣсь лежитъ причина того, что у насъ вошло въ привычку раздѣлять влагалищную часть на двѣ губы: переднюю и заднюю.

Встарину думали, что по влагалищной части можно узнать, имѣла ли женщина половыя сношенія, или она дѣвственница. Отличали особыя, острыя полулунныя складочки слизистой оболочки по бокамъ отверстія маточнаго рыльца и даже изобъажали ихъ, какъ это видно въ атласѣ знаменитой M-me Boivin. После перваго сношенія складочки эти, какъ думали, должны исчезать.

Мнѣ не удалось найти эту особенность на влагалищной части у тѣхъ дѣвственницъ, которыхъ я имѣлъ случай изслѣдовать, поэтому я думаю, что признакъ этотъ допускаетъ довольно субъективное толкованіе.

При изслѣдованіи пальцемъ у совершенно здоровой и не жившей половою жизнью дѣвственницы отверстіе маточнаго рыльца дѣйствительно представляется окруженнымъ довольно острымъ, плотнымъ краемъ, и самое отверстіе это вовсе не вдавливается изслѣдующимъ пальцемъ—здѣсь нѣтъ никакого размягченія.

При началѣ беременности въ области шейнаго канала, а слѣдовательно, и маточнаго рыльца появляется отечность и разрыхленіе; поэтому изслѣдующій палецъ ощущаетъ здѣсь маленькое вдавленіе, вродѣ того, что чувствуетъ конецъ пальца на концѣ носа: между обоими хрящами замѣтная какъ бы болѣе мягкая ямка (Deraul). Многіе катарры слизистой оболочки маточной шейки, а, можетъ быть, и простая гиперемія передъ регулами, тоже ведутъ къ размягченію тканей, окружающихъ эту слизистую оболочку, и тогда можно наблюдать то же самое явленіе.

Во время изслѣдованія палецъ легко обходитъ вокругъ влагалищной части и здѣсь упирается въ стѣнку влагалища, прикрѣпляющуюся къ ней. Закругленіе влагалищной стѣнки, въ которое попадаетъ этотъ палецъ, производитъ впечатлѣніе свода. Отличаютъ четыре влагалищныхъ свода: передній, задній и два боковыхъ. При воспаленіяхъ въ клѣтчаткѣ, окружающей маточную шейку, своды эти сглаживаются и дѣлаются плотными, иногда отечными.

Влагалище, *vagina*, есть высланная слизистой оболочкой трубка, соединяющая половую щель (*vulva*) съ шейкой матки, которая вдается въ расширеніе верхняго ея конца. Спереди влагалище прилежитъ къ пузырю, сзади къ нижней части прямой кишки.

Въ нерастянутомъ состояніи передняя и задняя стѣнки влагалища соприкасаются и поперечное сѣченіе влагалищной трубки имѣетъ форму поперечной щели, или скорѣе буквы **H** съ очень короткими вертикальными колѣнами.

Въ нижней трети влагалища имѣются на передней и задней стѣнкѣ особыя поперечныя складки слизистой оболочки, придающія ей шероховатый видъ. Это такъ назыв. *columnae rugae*, передняя и задняя. Около половой щели влагалище окружено круговымъ мышечнымъ аппаратомъ, способнымъ значительно суживать эту его часть.

Слизистая оболочка влагалища покрыта плоскимъ, мостовиднымъ, многослойнымъ эпителиемъ, вродѣ эпителия полости рта. Никакихъ железъ эта слизистая оболочка не содержитъ, и серозная жидкость, которая увлажняетъ влагалище, выдѣляется прямо всей слизистой его оболочкой. Выдѣленія эти довольно скудны, но къ нимъ постоянно

примѣшивается слизь, выдѣляющаяся изъ матки, и секретія вульварныхъ железъ, находящихся въ половой щели.

Жидкость, увлажняющая влагалище, имѣетъ кислую реакцію вслѣдствіе присутствія особой бактеріи, вырабатывающей молочную кислоту—*vagina bacillus* (Doederlein). Эта кислотность достигаетъ 1.25% и защищаетъ влагалище отъ многихъ патогенныхъ микробовъ,

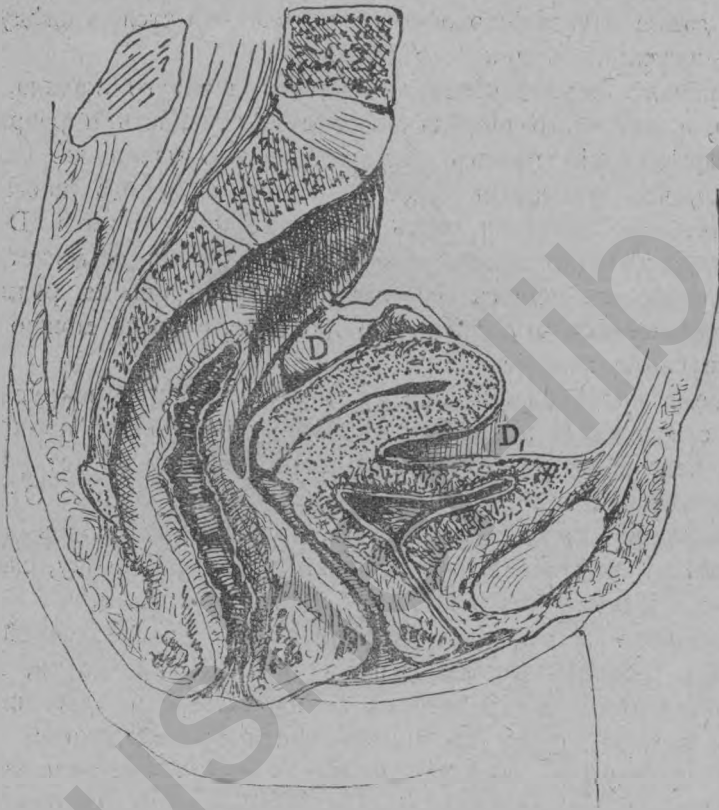


Рис. 9. Сагиттальный разрѣзъ таза, показывающій положеніе и взаимное отношеніе матки, влагалища, пузыря и прямой кишки, а также брюшины ко всѣмъ этимъ органамъ. *D.*— задняя Дугласова ямка—*plica recto-vaginalis peritonei*: она спускается въ верхнюю часть задней стѣнки влагалища и покрываетъ задній его сводъ. *D<sub>1</sub>*—*plica vesico-uterina*, спускается только до высоты внутренняго отверстія матки, ниже этой складки находится клетчатка, отдѣляющая пузырь отъ матки и отъ влагалища.

которые, какъ стрептококки и стафилококки, въ присутствіи молочной кислоты такой концентраціи размножаться не могутъ и скоро гибнутъ. Когда кислотность эта понижается или исчезаетъ, воспримчивость влагалища къ инфекціи значительно увеличивается.

Отношеніе брюшины ко всѣмъ только что рассмотрѣннымъ органамъ и ихъ положеніе въ тазу понятны изъ рисунка (см. рис. 9). Матка съ ея придатками помѣщается въ складкѣ брюшины, которая съ боковъ доходитъ до боковой поверхности таза и называется

широкой связкой—*ligamentum latum*. Это есть собственно брыжейка матки, потому что по ней, между обоими листками брюшины, подходят сосуды матки. Сосуды подходят съ обѣихъ сторонъ матки, такъ что органъ этотъ имѣетъ такимъ образомъ двѣ брыжейки: правую и лѣвую, соответственно правой и лѣвой широкой связкѣ. По свободному краю широкой связки прикрѣпляется труба, а спереди и ниже ея—круглая маточная связка; наконецъ яичникъ съ его связками тоже прикрѣпляется къ широкой связкѣ на задней ея поверхности и немного ниже прикрѣпленія круглой связки.

Покрывающая матку и широкія связки брюшина, спускаясь въ полость малаго таза, образуетъ двѣ ямки, такъ назыв. Дугласовы впадины: сзади—задній Дугласъ, спереди—передній. Наименованіе этихъ ямокъ Дугласовыми и даже просто „Дугласами“ вошло въ такую привычку, что давно сдѣлалось понятнымъ каждому, хотя память о Дугласѣ, какъ ученомъ, конечно, заслуживала бы болѣе бережнаго обращенія. Задняя изъ этихъ складокъ, *plica recto-uterina*, спускается ниже передней, она покрываетъ верхнюю часть задней стѣнки влагалища. Передняя складка, *plica vesico-uterina*, на уровнѣ внутренняго отверстія матки переходитъ на пузырь.

Всѣ внутренніе половые органы помѣщаются въ полости таза и удерживаются главнымъ образомъ тазовымъ дномъ и его фасціями.

Въ основаніи широкихъ связокъ имѣется толстый слой рыхлой клѣтчатки, которая окружаетъ также и шейку матки со всѣхъ сторонъ. Клѣтчатка эта, *parametrium*, имѣетъ большое значеніе при всякихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ въ полости таза, и мы съ нею встрѣтимся не одинъ разъ при ихъ разсмотрѣніи.

Въ этой клѣтчаткѣ имѣются особые листки тазовой фасціи, такъ назыв. висцеральные листки, которые съ верхней поверхности мышечнаго тазового дна и покрывающей его фасціи поднимаются вверхъ и прикрѣпляются къ тазовымъ органамъ—маткѣ, пузырю, кишкѣ. Кромѣ того здѣсь же имѣются гладкія мышечныя волокна, расположенныя правильными тяжами, идущими отъ матки къ тазу. Сзади матки они образуютъ двѣ пластинки и называются крестцово-маточными связками. Они выдаются въ заднюю Дугласову ямку и представляются въ видѣ двухъ полулунныхъ складокъ, покрытыхъ брюшиной. Это—*plicae Douglasii*. Направляясь кзади, онѣ охватываютъ прямую кишку. Другая, сходная съ этой, связка, *ligamentum rubo-vesico-uterinum*, проходитъ въ той же клѣтчаткѣ спереди матки. Она охватываетъ пузырь и прикрѣпляется около лоннаго соединенія: это какъ бы передняя крестцово-маточная связка, съ которой она имѣетъ много общаго, хотя въ отдѣльную складку брюшины обыкновенно и не заключена, а просто прикрыта этою плевою.

Значеніе различныхъ связокъ матки, какъ аппарата, поддержи-

вающаго этотъ органъ, было нерѣдко очень преувеличиваемо. Въ дѣйствительности матка удерживается, какъ уже сказано, главнымъ образомъ мышечнымъ тазовымъ дномъ и его фасціями и только крестцово-маточныя связки съ своимъ продолженіемъ кпереди имѣютъ къ этому нѣкоторое отношеніе. Остальныя связки— круглыя и сходныя съ ними заднія круглыя связки Rouget (мышечныя волокна, идущія

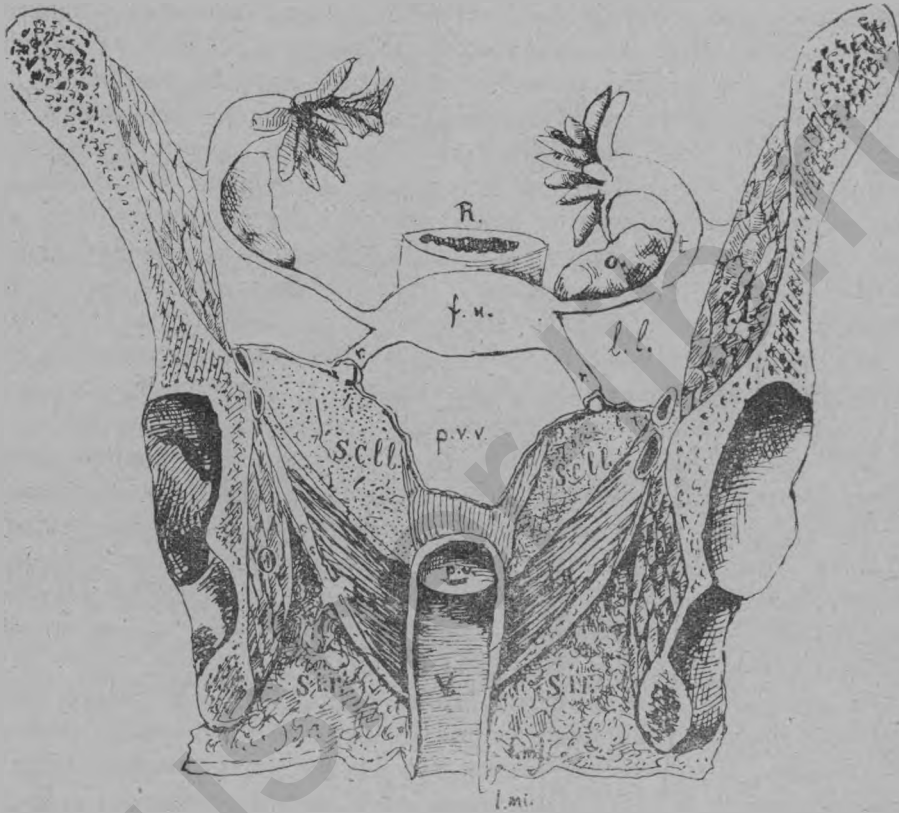


Рис. 10. Фронтальный разрѣзъ черезъ тазъ. Распилъ пришелся черезъ acetabulum. Вскрыто влагалище *v* и перерѣзаны мышцы тазового дна: *o*—musculus obturatorius; *ii*—iliacus internus; *l. a.*—levator ani; *S. i. r.*—spatium ischio-rectale; *l. mj.*—labium majus; *l. mi.*—labium minus; *R.*—rectum; *o*—ovarium; *t.*—tuba Fallopiiæ; *f. u.*—fundus uteri; *l. l.*—ligamentum latum; *r.*—ligamentum rotundum; *p. r. v.*—plica vesico-uterina; *s. c. l. l.*—stratum cellulare ligamenti lati; *p. v.*—portio vaginalis.

подъ названіемъ яичника отъ угла матки къ краю таза) удерживать матку отъ опущенія не могутъ: онѣ такъ растяжимы, что легко притягиваются на волю черезъ половую щель во время влагалищной экстирпации матки.

При толкованіи вліянія различныхъ связокъ матки на положеніе этого органа и на происхожденіе его смѣщеній полезно вспомнить наблюденіе проф. L. Testut<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Bulletin de la Société anatomique. Paris. 1894.

Онъ сдѣлалъ сагиттальный распилъ таза на замороженномъ трупѣ совершенно здоровой 27-лѣтней дѣвственницы. Матка оказалась запрокинутой и смѣщенной кзади, вслѣдствіе вліянія тяжести этого органа во время замораживанія. Препаратъ былъ погруженъ въ спиртъ, а когда онъ растаялъ и пропитался спиртомъ, то матка перемѣстилась кпереди и приняла такъ назыв. нормальное положеніе: она расположена по оси таза. Очевидно, что положеніе это зависитъ отъ состоянія всѣхъ тканей, которыя окружаютъ матку и которыми она прикрѣпляется. Когда ткани эти утрачиваютъ свой тонусъ, матка подъ вліяніемъ собственной тяжести должна смѣщаться; а когда онѣ сокращаются и даже просто сморщиваются подъ вліяніемъ дѣйствія спирта, матка тотчасъ становится на свое мѣсто и принимаетъ то положеніе, которое мы считаемъ для нея нормальнымъ.

Половая щель и наружные органы вмѣстѣ съ промежностью и anus помѣщаются въ мягкихъ частяхъ, ниже выхода костнаго таза; только передній конецъ половой щели доходитъ до костнаго скелета и прикрѣпляется къ нему.

Надъ лобковымъ сочлененіемъ помѣщается холмъ Венеры—*Mons Veneris*. Это кожный выступъ, вродѣ подушки, подбитый обильной жировой клѣтчаткой и покрытый волосами, обыкновенно того же цвѣта, какъ на головѣ, иногда немного темнѣе. Отъ *Mons Veneris* кзади идутъ большія губы, *labia majora*, ограничивающія съ боковъ половую щель.

Большія губы покрыты кожей, а наружный край ихъ усѣянъ волосами; внутренній, обращенный къ половой щели, край покрытъ слизистой оболочкой.

Кнутри отъ большихъ губъ, въ самой половой щели, помѣщаются клиторъ и малыя губы, а кнутри отъ нихъ находится отверстие половой щели.

Малыя губы, *labia minora*, покрыты слизистой оболочкой. Онѣ состоятъ изъ соединительной ткани, мышечныхъ волоконъ сосудовъ и нервовъ, въ нихъ особенно хорошо развита венозная система, образующая вродѣ кавернознаго тѣла. Вены эти тѣсно связаны съ *bulbi vaginae* набухающими кавернозными образованіями, находящимися съ боковъ отъ входа во влагалище и помѣщающимися подъ мѣстомъ прикрѣпленія малыхъ губъ, въ передней ихъ половинѣ, спереди отъ Бартолиніевыхъ железъ. Край малыхъ губъ у передняго ихъ конца раздваивается и, окружая головку клитора, образуетъ его *praeruptium* и *frengulum*. Задній конецъ малыхъ губъ постепенно сходитъ на-нѣтъ.

Кнутри отъ малыхъ губъ въ самой половой щели, отличаютъ три отдѣла: преддверіе, входъ во влагалище и ладьеобразную ямку.

Преддверіе, *vestibulum*, есть треугольная поверхность, ограниченная спереди и съ боковъ внутреннимъ краемъ прикрѣпленія малыхъ губъ и сзади переднимъ краемъ входа во влагалище. Около



основанія этого треугольника, т. е. около передняго края входа во влагалище, помѣщается отверстіе мочеиспускательнаго канала, а на

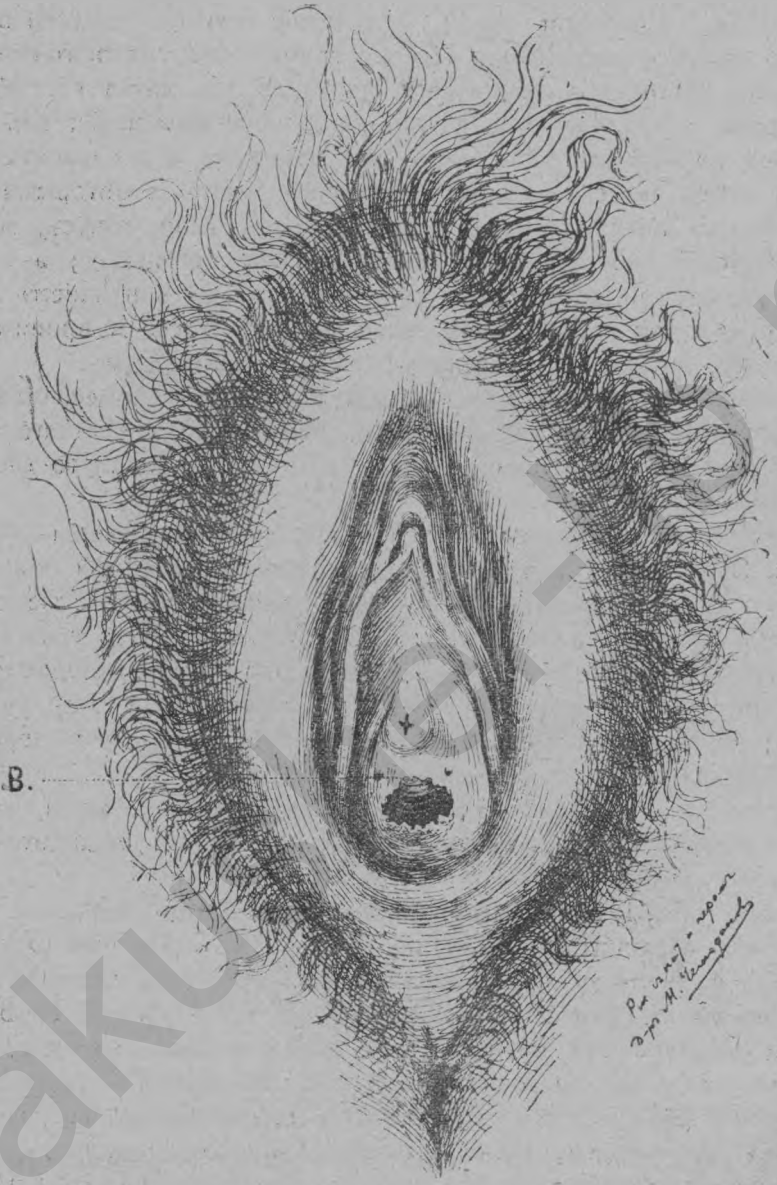


Рис. 11. Этот рисунокъ изображаетъ наружные половые органы дѣвственницы (27 лѣтъ) въ натуральную величину. На немъ видны большія и малыя губы и раздвоеніе этихъ послѣднихъ, образующее frenulum и praeritium клитора. Въ преддверіи vestibulum видно отверстіе мочеиспускательнаго канала (въ видѣ крестика) и валикъ, который его окружаетъ. Черезъ отверстіе кольцеобразной дѣвственной плевы видна передняя стѣнка влагалища и складки columnae rugarum anterioris. Линія, идущая отъ буквы B. проходитъ черезъ отверстіе правой Бартолиновой железы и кромѣ того показываетъ плоскость разрѣза для препарата, изображеннаго на рис. 12.

поверхности слизистой оболочки, покрывающей этот треугольник, видны отверстия мѣшчатыхъ слизистыхъ железокъ.

Входъ во влагалище, *introitus vaginae*, есть наружное отверстие влагалища и помѣщается оно кзади отъ преддверія между внутренними поверхностями малыхъ губъ. Въ дѣвственномъ состояніи отверстие это закрыто дѣвственной плевой, прикрѣпляющейся по самому его краю. Прикрѣпление этой плевы или ея остатковъ такимъ образомъ опредѣляетъ границы входа во влагалище. Въ углу между дѣвственной плевой и внутренней поверхностью каждой малой губы открывается протокъ Бартолиновой железы.

Бартолинова железа, *glandula Bartholinii*, помѣщается въ толщѣ большой губы. Она имѣетъ форму и величину небольшого боба. Ее легко прощупать, если захватить большую и малую губу между пальцами. Указательный палецъ для этого надо ввести во влагалище, а большой поставить на большую губу; при этомъ даже иногда выдавливается жидкое слизистое отдѣленіе этой железы. Положеніе и отношенія ея и ея протока видны на рис. 12.

Дѣвственная плева, *hymen*, представляетъ складку слизистой оболочки, окружающей входъ во влагалище, и какъ бы загороживающа ея. Если она окружаетъ все это отверстие, то это будетъ кольцевидная разновидность этой плевы, *hymen annulare*. Когда замѣтна главнымъ образомъ только задняя ея часть, то она имѣетъ полулунный видъ — *hymen semilunare*. Эти двѣ разновидности встрѣчаются чаще другихъ.

Съ другими видами дѣвственной плевы приходится имѣть дѣло главнымъ образомъ по поводу судебно-медицинскихъ вопросовъ.

При первомъ соитіи плева эта обыкновенно надрывается въ разныхъ мѣстахъ. Во время родовъ надрывы эти углубляются и доходятъ до самаго основанія прикрѣпленій плевы, отдѣльные лоскуты которой при растяженіи входа во влагалище начинаютъ отдѣляться небольшими промежутками. Эти измѣненія остаются навсегда и позволяютъ судить о томъ, что женщина уже рожала. Послѣ нѣсколькихъ родовъ отъ лоскутовъ плевы остаются только маленькіе сосочки — *carunculae myrtiformes*.



Рис. 12. Этотъ рисунокъ сдѣланъ съ фронтальнаго разрѣза на томъ же препаратѣ, съ котораго сдѣланъ рисунокъ 11. Разрѣзъ проведенъ какъ разъ по линіи *B* рис. 11. *l. m. j.* — *labium majus dextrum*; *l. m.* — *labium minus*; *h.* — *membrana hymen*; *g. B.* — *glandula Bartholinii*; *M. o.* — *musculus obturator internus*; *r. as* — *ramus ascendens ossis ischii*.

При цѣлости дѣвственной плевы изслѣдованіе пальцемъ можетъ повести къ ея надрывамъ, если не принять соответствующихъ предосторожностей. Дабы избѣжать такихъ надрывовъ, необходимо во время изслѣдованія разводить бедра, какъ можно меньше. Плева эта рвется легче всего, когда бедра разведены и промежность растянута. На практическое значеніе этого факта обратилъ вниманіе еще Аган. и если слѣдовать его указаніямъ, можно съ полною безопасностью дѣлать изслѣдованіе указательнымъ пальцемъ. Изслѣдованіе это надо всегда дѣлать подъ наркозомъ.

Различные виды отверстія дѣвственной плевы изображены на діаграммѣ (рис. 13).

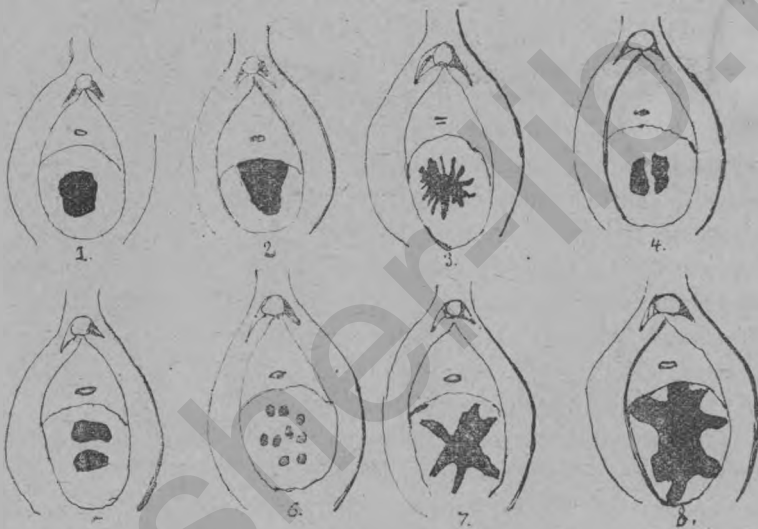


Рис. 13. Диаграмма различныхъ формъ дѣвственной плевы и ея остатковъ. 1. *hymen annulare*; 2. *h. semilunare*; 3. *h. fimbriatum*; 4. *h. septum*; 5. *h. bifurcatum*; 6. *h. cribratum*; 7. *h. defloratum*; 8. *carunculae myrtiformes*

Задній угольъ половой щели, къзади отъ входа во влагалище, представляетъ небольшое углубленіе, извѣстное подъ названіемъ ладьеобразной ямки—*fossa navicularis*. Собственно ямка эта образуется, когда растягиваютъ пальцами заднюю спайку большихъ губъ; но она видна и на рисункѣ 11.

## ГЛАВА II.

### Свѣдѣнія физиологическія.

Въ половой жизни женщины можно отмѣтить три періода; во 1-хъ періодъ развитія половыхъ органовъ—періодъ подготовительный, во 2-хъ періодъ расцвѣта, или половой зрѣлости и дѣторожденія и въ 3-хъ періодъ климактерической, когда дѣятельность половыхъ органовъ заканчивается и они подвергаются обратному развитію и полному увяданію.

Періодъ подготовительный начинается со дня рожденія и заканчивается съ установленіемъ новой функции менструаціи, появленіемъ внѣшнихъ половыхъ признаковъ и развитіемъ грудныхъ железъ.

Въ теченіе этого времени внутренніе половые органы мало чѣмъ отличаются отъ того, что было тотчасъ послѣ рожденія. Передъ самымъ наступленіемъ половой зрѣлости матка остается еще совершенно не развитой. Тѣло и дно ея почти такія же, какъ были при рожденіи. Измѣненія начинаются съ влагалищной части и шейки матки, которая утолщается и дѣлается длиннѣе. Слизистая оболочка шейнаго канала становится толще и сочнѣе. Скоро наступаетъ моментъ, когда шейка и влагалищная часть матки начинаютъ преобладать надъ тѣломъ и дномъ этого органа.

Полнаго своего развитія матка достигаетъ одновременно съ правильнымъ установленіемъ регуль. Къ этому времени заканчивается развитіе и остальныхъ половыхъ органовъ, какъ внутреннихъ, такъ и наружныхъ, въ томъ числѣ и грудныхъ молочныхъ железъ. Съ установленіемъ правильныхъ и періодическихъ мѣсячныхъ очищеній женщина можетъ беременѣть, родить и кормить своихъ дѣтей, и это продолжается вплоть до начала третьяго—климактерическаго періода.

Съ его наступленіемъ функція овуляціи и менструаціи прекращается и всѣ половые органы начинаютъ подвергаться обратному развитію. Ткани болѣе совершеннаго типа, обладающія функціональными особенностями, постепенно увядаютъ и замѣняются тканью индифферентной, однообразной, менѣе жизненной и лишенной специальныхъ, сложныхъ отправленій, — тканью соединительной, которая можетъ только соединять и скрѣплять болѣе благородныя ткани организма, или, превращаясь въ рубецъ, починять ихъ поврежденія. Эготъ



Рис. 14. Матка передъ наступленіемъ половой зрѣлости. Влагалищная часть и шейка перегнали въ своемъ развитіи тѣло и дно этого органа.

процессъ замѣщенія дѣятельныхъ тканей организма индифферентной рубцовой тканью является довольно характерной особенностью старѣющаго организма, а это засиліе рубцовой ткани нѣкоторые считаютъ главной причиной старости вообще.

Типическимъ примѣромъ такого устарѣванія тканей могутъ служить половые органы женщины въ этомъ послѣднемъ періодѣ ея жизни.

Матка постепенно уменьшается, мышечныя ея волокна атрофируются и замѣняются соединительной тканью. Въ глубокой старости органъ этотъ весь состоитъ изъ плотной рубцовой ткани. Слизистая оболочка матки тоже истончается и превращается въ рубцовую ткань, едва прикрытую остатками зачатлаго эпителія.

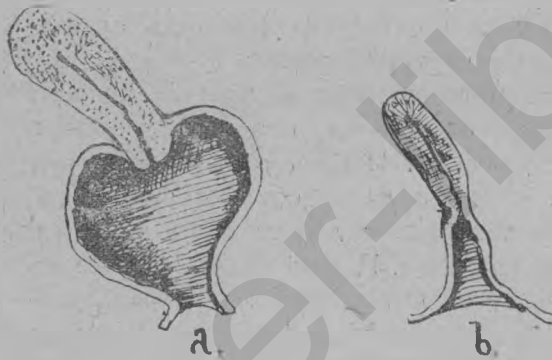


Рис. 15. Схема формы влагалища по впечатлѣнію изслѣдующаго пальца. *а.*— влагалище въ періодѣ расцвѣта половой зрѣлости; *б.*— то же въ климактерическомъ періодѣ.

Измѣненія въ маткѣ начинаются съ ея дна и тѣла; влагалищная часть въ началѣ климактерическаго періода преобладаетъ надъ тѣломъ и дномъ, напоминая то, что было передъ самымъ наступленіемъ половой зрѣлости.

Влагалище тоже измѣняется и въ его стѣнкѣ мышечные элементы замѣняются соединительной тканью. Влагалищная трубка, въ особенности въ области сводовъ, суживается, и своды исчезаютъ совершенно. Въ концѣ концовъ влагалище превращается въ воронку, узкій конецъ которой прямо упирается въ 'отверстіе матки.

При изслѣдованіи пальцемъ бросается въ глаза это отличіе климактерическаго влагалища въ сравненіи съ влагалищемъ у женщины во время половой ея зрѣлости и дѣятельности.

Періодъ половой зрѣлости и дѣятельности характеризуется, кромѣ дѣтороженія, еще двумя капитальными функціями организма: овуляціей и менструаціей.

Овуляціей называется процессъ выдѣленія зрѣлаго яйца изъ яичника. Она происходитъ періодически и зависитъ отъ времени по-

спѣванія фолликула и его лопанія. Сколько времени для этого требуется, въ точности неизвѣстно. Предполагають, что для этого нужно около мѣсяца.

Въ полости лопнувшаго фолликула, послѣ выдѣленія изъ него яйца, образуется желтое тѣло. Образование его продолжается около трехъ недѣль, послѣ чего оно постепенно уменьшается и исчезаетъ, а черезъ три мѣсяца отъ него остается только рубецъ. Въ случаѣ беременности желтое тѣло продолжаетъ расти гораздо дольше и размеры его много больше. Оно растетъ при этомъ въ теченіе трехъ и даже четырехъ мѣсяцевъ. Исчезаетъ оно тоже гораздо медленнѣе, только черезъ два—три мѣсяца по окончаніи родовъ.

Въ недавнее еще время думали, что процессъ овуляціи совпадаетъ съ регулами, и считали мѣсячное очищеніе и выдѣляющуюся при этомъ кровь за указаніе на то, что только что лопнулъ послѣдшій фолликулъ, и кроветеченіе, которое произошло вслѣдствіе разрыва стѣнки фолликула, внѣшнимъ образомъ выразилось кроветеченіемъ изъ половыхъ органовъ. Такое толкованіе представляется весьма заманчивымъ, потому что очень наглядно подтверждаетъ интересное явленіе, наблюдаемое

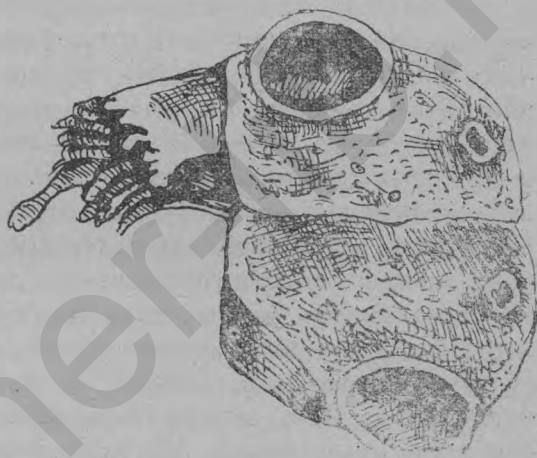


Рис. 16. Препаратъ яичника съ двумя желтыми тѣлами разнаго возраста. (Оп. 19. 10. х. 01).

при всякомъ кроветеченіи въ полости малаго таза, когда съ большимъ постоянствомъ можно наблюдать выдѣленіе крови изъ матки, хотя мѣсто, гдѣ произошло кроветеченіе, съ маткой никакъ не сообщается. Эта особенность матки реагировать на всякое незначительное даже кроветеченіе или кровеизліяніе около нея выдѣленіемъ крови изъ ея слизистой оболочки встрѣчается, какъ извѣстно, довольно часто.

Появленіе кроветеченія изъ половыхъ органовъ, иногда наблюдаемое у новорожденныхъ дѣвочекъ, представлялось тоже довольно доказательнымъ для подтвержденія совпаданія овуляціи съ менструаціей или кроветеченіемъ изъ половыхъ органовъ. Наблюденія показываютъ, что въ первые дни послѣ рожденія у ребенка можетъ быть обнаружена усиленная дѣятельность въ яичникахъ, гдѣ были найдены зрѣлые и даже только что лопнувшіе фолликулы. Такіе случаи однако относятся къ рѣдкостямъ и курьезамъ. Естественно было

связать это кроветечение у новорожденныхъ съ бывающей или возможной у нихъ овуляціей.

Однако зрѣлые и только что лопнувшіе фолликулы были находимы и въ яичникахъ женщинъ, уже нѣсколько мѣсяцевъ переставшихъ менструировать, а въ еще не лопнувшихъ фолликулахъ—близкія къ зрѣлости яйца. Очевидно, слѣдовательно, что овуляція иногда продолжается и послѣ окончательнаго прекращенія менструацій.

Сдѣлавшееся классическимъ толкованіе менструаціи, какъ непосредственнаго слѣдствія овуляціи (овуляціонная теорія), было поколеблено, когда стали оперировать на брюшной полости и стали отмѣчать измѣненія, находимыя въ яичникахъ.

Оказалось, что когда оперируютъ во время регуль, непосредственно передъ ними, или тотчасъ послѣ ихъ окончанія, то очень часто ни зрѣлыхъ или только что лопнувшихъ фолликуловъ въ яичникахъ не находятъ. Наблюденія эти ясно показываютъ, что очень часто регулы съ овуляціей не совпадаютъ.

Другія теоріи, которыми пытались и пытаются объяснить значеніе и причины регуль, натываются на серьезный камень преткновенія, какъ объяснить періодичность этого явленія. Здѣсь до сихъ поръ многое остается загадочнымъ: ни поспѣваніемъ фолликуловъ, ни образованіемъ желтаго тѣла, или его постепеннымъ исчезновеніемъ періодичности этой объяснить нельзя, хотя связь всего этого съ регулами очевидно имѣется; напр., во время беременности и кормленія, когда регуль нѣтъ, желтое тѣло почему-то разрастается и гипертрофируется. Какое вліяніе оно можетъ оказывать, напр., на нервы, или своей внутренней секретіей—все это вопросы очень интересные, но далеко еще не рѣшенные.

Наиболѣе простымъ толкованіемъ значенія регуль остается теорія „гнѣзженія“ (nidation) Aveling. Менструацію можно разсматривать, какъ процессъ, подготовляющій слизистую оболочку маточной полости къ воспріятію оплодотвореннаго яйца. Подготавливается гнѣздо, гдѣ яйцо будетъ высиживаться и развиваться.

Менструація проявляется истеченіемъ крови изъ половыхъ органовъ. Истеченіе это совершается періодически, обыкновенно черезъ промежутокъ времени отъ 28 до 30 дней.

Функция эта начинается съ 14-лѣтняго возраста и продолжается до 45 лѣтъ. Въ теплыхъ климатахъ она начинается раньше, напр., съ 8-лѣтняго возраста и тогда она и заканчивается раньше, годамъ къ 35—37. Въ холодныхъ и сѣверныхъ странахъ она начинается позднѣе, напр., около 17-лѣтняго возраста. У городского населенія, у болѣе состоятельныхъ и пользующихся комфортомъ жителей менструація устанавливается раньше, чѣмъ при условіяхъ тяжелой работы, и т. п.

Выдѣленіе крови продолжается около 3—5 дней, а каждый разъ количество теряемой крови бываетъ около 60—90 граммъ. Кровь эта темнаго цвѣта, остается жидкою. Она обильно смѣшана съ слизью и имѣетъ особый запахъ. Вытекая, она не свертывается и въ ней не должно быть сгустковъ.

Подъ микроскопомъ въ ней видны красныя кровяныя тѣльца, частью подсохшія въ формѣ туловыхъ ягодъ, эпителиальныя клѣтки маточной полости и шейнаго канала, круглыя зернистыя остатки перерожденныхъ клѣтокъ, лимфоидныя тѣла и кристаллы холестерина. Кровь эта имѣетъ щелочную реакцію и, какъ уже сказано, смѣшана съ слизью, чѣмъ и объясняется то, что она не свертывается.

Функция регуль рѣдко устанавливается сразу. Обыкновенно вторыя регулы появляются не въ слѣдующемъ мѣсяцѣ, а черезъ болѣе продолжительный срокъ. Иногда первыя крови сопровождаются различными болѣзненными симптомами или просто недомоганіемъ. Окончаніе регуль и наступленіе климактерическаго состоянія тоже совершается не сразу, нерѣдко сопровождается усиленнымъ выдѣленіемъ крови и даже кроветеченіями, различными нервными явленіями, приливами крови къ головѣ, головокруженіемъ, общей слабостью и другими отраженными явленіями.

У совершенно здоровой женщины регулы не должны вызывать болей, но очень часто, и даже почти всегда, онѣ сопровождаются какими-либо особыми симптомами со стороны организма. Иногда это бываютъ поносы или запоры, учащеніе мочеиспусканія, тяжесть въ поясницѣ и въ ногахъ, головныя боли. Эти привычныя для отдѣльной женщины симптомы появляются съ такою же періодичностью, какъ и регулы. Мало того, они могутъ сохраняться и при отсутствіи или задержкѣ кровей (не зависящей отъ беременности).

Когда бываетъ врожденное отсутствіе кровей, или когда онѣ задерживаются вслѣдствіе болѣзней, такіе симптомы могутъ повторяться съ такою же правильностью и въ тѣ же сроки, въ какіе должны были быть очередныя регулы. Явленіе это называется *molimina menstrualia*.

Иногда при отсутствіи регуль наблюдаются какъ бы замѣщающія ихъ кроветеченія, такъ называемыя викарирующія: носовыя, геморроидальныя, пузырьныя и др.

Слизистая оболочка матки претерпѣваетъ различныя измѣненія, начинающіяся за нѣсколько дней до регуль. Измѣненія эти касаются только полости самой матки и не заходятъ ни за внутреннее отверстіе, ни за маточныя отверстія трубъ. Слизистая оболочка трубъ въ этомъ процессѣ не участвуетъ (Hearp, Sutton).

Измѣненія эти касаются какъ эпителия, который мѣстами совершенно отслаивается и уносится съ кровью, такъ и соединительно-



тканной стромы слизистой оболочки. Сосуды ея расширяются и очевидно происходит нарушение цѣлости капилляровъ, потому что объяснить кровотечение „per diapedesin“, какъ насъ учили, теперь едва ли кто станетъ. Слизистая оболочка при этомъ набухаетъ, а шейный каналъ и внутреннее отверстие немного расширяется. Клѣтки стромы маточной слизистой оболочки обнаруживаютъ интенсивную пролиферацію, и въ ней видны крупные эмбриональнаго типа элементы и круглоклѣточная инфильтрація.

Данныя о микроскопическомъ строеніи менструирующей слизистой оболочки матки не отличаются большою точностью, потому что случаевъ для изслѣдованія совершенно свѣжихъ и ничѣмъ не попорченныхъ препаратовъ не такъ много. Всѣ избѣгаютъ оперировать во время регуль, а удалять совершенно здоровую менструирующую матку никто не станетъ, да и едва ли можетъ встрѣтиться случай, гдѣ это было бы показано. При фибромахъ слизистую оболочку матки совершенно здоровой считать нельзя, по крайней мѣрѣ въ тѣхъ случаяхъ, когда показуется экстирпація матки.

Данныя, получаемыя при изученіи препаратовъ, добываемыхъ при аутопсіи, очень ненадежны, а круглоклѣточная инфильтрація стромы, которую и описываютъ, и изображаютъ, конечно, можетъ зависѣть и отъ инфекціи; въ такомъ случаѣ мало оснований считать эти измѣненія слѣдствіемъ менструаціи.

Послѣ менструаціи эпителий слизистой оболочки возстанавливается и нѣкоторые элементы ея стромы обновляются. Объ этомъ впрочемъ уже было упомянуто въ анатомическомъ отдѣлѣ. Назначеніе менструаціи, какъ подготовленіе почвы для оплодотвореннаго яйца, подтверждается и тѣмъ, что беременность часто наступаетъ именно черезъ нѣсколько дней послѣ прекращенія мѣсячнаго очищенія. На это есть даже указанія въ библейскихъ законахъ.

Чѣмъ же объяснить періодичность регуль и появленіе ихъ ровно черезъ лунный мѣсяцъ (28 дней)? Если обратиться къ астрології, то можно найти связь этого срока съ фазами луны, но дѣла это объяснить тоже не можетъ.

Самое простое объясненіе сводится къ періодическимъ приливамъ крови къ тазовымъ органамъ, а самая періодичность и циклъ менструаціи объясненія едва ли требуетъ. Не требуемъ же мы объясненія, почему человѣческая беременность продолжается около 280 дней, или число дыхательныхъ движеній совершается 15—20 разъ въ минуту, или бѣненіе пульса 70—80 разъ въ тотъ же промежутокъ времени.

Всякая функція, повторяющаяся не одинъ разъ, должна отдѣляться промежуткомъ времени, и если природа опредѣлила каждой изъ нашихъ функцій размѣръ такихъ промежутковъ, то столь же естественно ей было это сдѣлать и для регуль. Въ томъ, что въ

этомъ случаѣ промежутокъ времени довольно большой, около 28 дней, ничего удивительнаго нѣтъ, а въ томъ, что число это въ 10 разъ меньше продолжительности беременности, можетъ быть простая случайность.

### ГЛАВА III.

#### Неправильности регулъ и ихъ практическое значеніе.

Помимо небольшихъ индивидуальныхъ измѣненій, въ общемъ нарушающихъ правильнаго теченія регулъ, функція эта подвергается измѣненіямъ въ зависимости отъ различныхъ заболѣваній. Измѣненія эти имѣютъ большое практическое значеніе, какъ для постановки діагноза, такъ и для предсказанія.

Регулы могутъ отсутствовать. Отсутствие регулъ называется *amenorrhoea*.

У совершенно здоровой женщины регулы отсутствуютъ или задерживаются: во 1-хъ во время беременности, во 2-хъ во время кормленія грудью, хотя съ меньшимъ постоянствомъ, въ 3-хъ въ нѣкоторыхъ полярныхъ странахъ во время полярной ночи, напр. у эскимосокъ, въ 4-хъ иногда при тяжелыхъ полевыхъ работахъ въ рабочее время, напр. въ Эстляндіи и Лифляндіи и у нѣкоторыхъ переселенцевъ въ Крыму.

Все это причины, болѣе или менѣе фізіологическія; но регулы могутъ отсутствовать и отъ патологическихъ причинъ. Сюда относятся: во 1-хъ врожденные недостатки развитія, во 2-хъ пріобрѣтенныя патологическія измѣненія и болѣзни.

Врожденное отсутствіе кровей у взрослой женщины всегда зависитъ отъ какого-нибудь уродства или врожденнаго недостатка.

Когда нѣтъ ни матки, ни яичниковъ, конечно, никакихъ регулъ быть не можетъ. Отсутствія однихъ яичниковъ уже достаточно, чтобы кровей не было вовсе. Однако въ такихъ случаяхъ матки тоже обыкновенно не бываетъ.

При атрезіяхъ влагалища или шейнаго канала менструальная кровь вытекать не можетъ, и регулъ тоже не будетъ; но кровь будетъ скопляться выше зарощенія, образуется опухоль и боль, повторяющаяся ежемѣсячно. *Molimina menstrualia* и викарирующія кроветеченія могутъ быть при многихъ врожденныхъ недостаткахъ, обусловливающихъ отсутствіе кровей, если есть какіе-нибудь зачатки яичниковъ.

Функція регулъ можетъ прекратиться навсегда послѣ оперативнаго удаленія матки или яичниковъ. Въ послѣднемъ случаѣ, когда послѣ удаленія обоихъ яичниковъ регулы не прекращаются, явленіе

это обыкновенно объясняют присутствием третьяго, добавочнаго яичника. Конечно, и это возможно и иногда бываетъ. Однако къ такимъ предполагаемымъ аномаліямъ для объясненія этого явленія чаще приходится прибѣгать тѣмъ, кто накладываетъ при удаленіи придатковъ массовыя лигатуры, т. е. когда въ точности нельзя узнать, удалена ли вся ткань яичника, или гдѣ-нибудь оставлена незначительная его часть. Количество оставленной ткани яичника, достаточное для сохраненія регулъ, можетъ быть совершенно ничтожное.

Регулы могутъ совершенно прекратиться, какъ послѣдствіе вліянія рентгеновскихъ и радійныхъ лучей, а также при нѣкоторыхъ психозахъ и при нѣкоторыхъ хроническихъ отравленіяхъ тяжелыми металлами. Онѣ могутъ отсутствовать вслѣдствіе общаго истощенія и сильной анеміи.

Продолжительное кормленіе грудью и усиленная инволюція матки тоже можетъ обусловливать отсутствіе кровей. Матка можетъ при этомъ такъ уменьшиться и сдѣлаться такой дряблой, что она уже не въ состояніи менструировать, и регулы прекращаются навсегда; получается какъ бы преждевременный климактерій. Иногда это находится въ связи съ значительнымъ ожирѣніемъ и даже отъ него и зависитъ.

Многіе виды инфекціи сопровождаются аменорреей. Сюда относятся: во 1-хъ острые лихорадочныя заболѣванія тяжелаго тифознаго типа, во 2-хъ гнойныя заболѣванія придатковъ, въ 3-хъ различные нагноительные процессы въ тазу, въ 4-хъ свищи мочевые и кишечные.

Септическія и туберкулезныя заболѣванія придатковъ нерѣдко являются причиной аменорреи, иногда очень упорной и продолжительной. Для туберкулезнаго пораженія трубы и яичника считается характернымъ явленіемъ чередующаяся съ кроветеченіями періодическая аменоррея. Если у дѣвицы появляется кроветеченіе послѣ задержки кровей и если исключена всякая возможность выкидыша, то это почти всегда зависитъ отъ туберкулеза придатковъ.

При гнойныхъ заболѣваніяхъ придатковъ здѣсь все-таки преобладающее значеніе имѣетъ, повидимому, септическая инфекція, потому что и при бленнорройномъ, и при туберкулезномъ ихъ заболѣваніи она часто присоединяется въ видѣ добавочной инфекціи. При свищахъ мочевыхъ и каловыхъ, очевидно, безъ инфекціи дѣло обходиться тоже не можетъ, и отсутствіе кровей при нихъ всего проще объяснять хронической инфекціей.

Иногда регулы замѣняются періодическими усиленными выдѣленіями слизи и лимфы изъ половыхъ органовъ, какъ разъ въ то время, когда должны были бы наступить отсутствующія крови. Эти такъ называемыя бѣлыя регулы, *menstruatio alba*, имѣютъ болѣе общаго съ *polimina menstrualia*, чѣмъ съ настоящими регулами.

Отсутствие регуль у женщины въ периодѣ половой зрѣлости имѣеть огромное практическое значеніе: никогда не нужно себѣ позволять думать о какихъ-нибудь патологическихъ причинахъ этого явленія, пока не получится увѣренность, что можно исключить беременность.

Кромѣ полного отсутствія регуль, можетъ быть нарушеніе установившагося ихъ цикла: онѣ могутъ или запаздывать, или приходиться до ожидаемаго срока. И то, и другое можетъ зависѣть отъ заболѣваній придатковъ, отъ ихъ воспаленія, т. е. быть слѣдствіемъ инфекціи. Нарушенія иннерваціи яичника, напр. при новообразованіяхъ его, тоже могутъ давать эти явленія.

Сокращеніе межменструальнаго промежутка можетъ зависѣть отъ увеличенія продолжительности регуль, которыя на самомъ дѣлѣ будутъ приходиться въ тотъ же срокъ и начинаться черезъ такіе же промежутки времени.

Регулы могутъ быть прерывистыя, когда онѣ, придя, напр., въ срокъ, черезъ нѣсколько дней какъ бы заканчиваются, но черезъ сутки, или немного болѣе, опять возобновляются. Это бываетъ обыкновенно при воспаленіи трубъ, въ особенности бленнорройномъ.

Усиленныя регулы, переходящія даже въ кроветеченіе, называются менорrhagia, въ отличіе отъ metrorrhagia— кроветеченія изъ матки.

Менорrhagia выражается, или увеличеніемъ продолжительности регуль, или увеличеніемъ количества теряемой при этомъ крови. Объ интенсивности кроветеченія можно судить по количеству полотенецъ или подстилокъ, которыми при этомъ пользуются, но болѣе всего по количеству и величинѣ кровяныхъ сгустковъ. Очевидно, что если есть сгустки, то крови выдѣляется больше, чѣмъ когда ихъ нѣтъ, и выдѣляется она быстрѣе, потому что не успѣваетъ смѣшаться съ слизью, почему и свертывается. При сильномъ кроветеченіи сгустки не будутъ успѣвать образоваться въ маткѣ и кровь начинаетъ свертываться во влагалищѣ, или даже по истеченіи изъ него.

Большіе сгустки всегда указываютъ на болѣе обильное кроветеченіе; больныя при этомъ ощущаютъ большую слабость.

Кроветеченіе въ формѣ меноррагіи наблюдается при воспалительныхъ заболѣваніяхъ слизистой оболочки матки, при всякаго рода опухоляхъ, помѣщающихся около нея и способныхъ измѣнить своимъ давленіемъ форму маточной полости, напр., при интралигаментарныхъ опухоляхъ, далѣе при всякихъ инфекціяхъ придатковъ, при перегибахъ матки, какъ слѣдствіе застойныхъ явленій, при недостаточной инволюціи послѣ родовъ, въ особенности если остаются обрывки оболочекъ, и, наконецъ, при всякихъ новообразованіяхъ, какъ доброкачественныхъ (фибромы), такъ и злокачественныхъ (ракъ, саркома, аденома).

Во всѣхъ этихъ случаяхъ обыкновенно уже имѣется воспаленіе слизистой оболочки маточной полости, слѣдовательно, вліяніе инфекции здѣсь болѣе, чѣмъ вѣроятно. Пока нѣтъ инфекции, не было дѣлаемо внутреннее изслѣдованіе и не были вводимы инструменты въ полость матки, многія большія фибромы и даже раковыя опухоли могутъ не давать усиленія кровей.

Уменьшеніе количества и продолжительности мѣсячнаго очищенія наблюдается: во 1-хъ при второй стадіи хроническаго метрита, когда происходитъ сморщиваніе матки вслѣдствіе развитія въ ней рубцовой ткани, во 2-хъ при усиленной инволюціи матки (*supervolutio uteri*) послѣ родовъ, въ 3-хъ при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ придатковъ, въ особенности яичниковъ, главнымъ образомъ, какъ послѣдствіе бывшей въ нихъ инфекции.

Боли во время регуль, *dysmenorrhœa*, бываютъ врожденныя и приобретенныя.

Врожденная *dysmenorrhœa* обыкновенно зависитъ отъ механическаго препятствія для истеченія содержимаго маточной полости во время регуль.

Это можетъ зависѣть отъ врожденнаго суженія внутренняго отверстія матки, или отъ перегиба ея, врожденной *ante-*, или *retroflexio uteri*. Въ этихъ случаяхъ суженіе обуславливается перегибомъ канала матки, совершенно такъ же, какъ суживается просвѣтъ резиновой кишки у кружки для спринцеванія, когда она перегнется. Боли появляются обыкновенно передъ регулами и въ началѣ ихъ; когда кровь начинаетъ вытекать свободнѣе, боли эти проходятъ.

Воспалительное состояніе слизистой оболочки шейнаго канала и ея набуханіе служитъ препятствіемъ для оттока крови и обуславливаетъ боли такого же механическаго происхожденія.

Болѣзни трубъ тоже могутъ вызывать боли при менструаціи. Считается характернымъ, что боли эти появляются передъ регулами и тотчасъ прекращаются, когда начинается истеченіе менструальной крови. Эти боли имѣютъ большое сходство съ механической дисменорреей, но отличаются отъ нея своей локализацией и отсутствіемъ суженія въ шейномъ каналѣ, который при этомъ можетъ даже быть расширенъ.

Надо думать, что часть секретіи трубы все-таки попадаетъ въ маточную полость и во время регуль должна смѣшиваться съ кровью и разжижать ее. Все таки секретія маточной полости гораздо гуще секретіи трубъ, а кровь менструальная довольно жидка. Возможно, что при катаррахъ слизистой оболочки трубы секретія ея встрѣчаетъ препятствіе у маточнаго конца, или въ интерстиціальной своей части. Такое предположеніе кажется мнѣ весьма вѣроятнымъ, но требуетъ дальнѣйшей провѣрки, которая еще не закончена.

Заболѣванія придатковъ, какъ септическія, такъ и бленнорройныя, нерѣдко ведутъ къ болямъ во время регулъ.

Различныя опухоли и новообразованія въ маточной стѣнкѣ и около нея тоже могутъ вызывать боли во время регулъ. Происхожденіе этихъ болей обыкновенно приходится объяснять механическими препятствіями для оттока изъ полости матки.

Когда опухоль плотно прилежитъ къ поверхности матки, то она не только можетъ ее сдавить, но и вся матка можетъ оказаться распластанной по поверхности опухоли. По мѣрѣ увеличенія такой опухоли вся полость матки можетъ быть сдавлена и въ то же время растянута вмѣстѣ съ стѣнками матки по поверхности опухоли. Въ такихъ случаяхъ, очевидно, легко можетъ возникнуть сдавленіе полости матки около внутренняго ея отверстія, и тогда будутъ налицо всѣ условія для механической дисменорреи. При опухоляхъ воспалительнаго происхожденія увеличеніе, да и самое возникновеніе опухолей, конечно, зависитъ отъ инфекции. Но и при многихъ новообразованіяхъ набуханіе опухоли или окружающихъ ея тканей тоже безъ нея не обходится.

Своеобразное заболѣваніе слизистой оболочки матки, извѣстное подъ названіемъ *dysmenorrhœa membranacea*, характеризуется страшными ежемѣсячными болями и выдѣленіемъ всей слизистой оболочки цѣликомъ, въ видѣ слѣпка маточной полости.

Происхожденіе этой болѣзни несомнѣнно инфекціонное, во 1-хъ потому что всегда сопровождается бѣлями, и во 2-хъ потому что въ анамнезѣ нерѣдко отмѣчается послѣродовое заболѣваніе, съ котораго и началась эта болѣзнь.

Интересно, что знаменитый Pouchet думалъ, что во время нормальныхъ регулъ всегда выдѣляется вся слизистая оболочка матки и снова возрождается къ слѣдующимъ регуламъ. Когда это бываетъ на самомъ дѣлѣ, то это сопровождается страшною болью, съ которою бороться очень трудно, а вылечить еще труднѣе.

Для объясненія *dysmenorrhœa membranacea*, которую охотно сравниваютъ съ ежемѣсячными родами отпадающей оболочки, даже пытались привлечь процессъ партеногенезиса, но безъ достаточнаго основанія и пользы для дѣла.

Леченіе этой болѣзни отличается разнообразіемъ и обиліемъ методовъ, дающихъ однако болѣе чѣмъ скромные результаты. Всего лучше все-таки дѣйствуетъ хорошее расширеніе шейнаго канала съ оскребаніемъ маточной полости и резиновымъ дренажемъ дней на 12. Но всегда возможенъ рецидивъ.

По наступленіи климактерическаго періода регулы прекращаются навсегда. Появленіе кровотеченія въ это время, послѣ того какъ крови отсутствовали уже нѣсколько лѣтъ, всегда является симптомомъ очень серьезнымъ.

Обыкновенно это указывает на новообразование. Фибромы рѣдко даютъ поводъ къ такому кровотеченію. Для фибромы характерно позднее прекращеніе регуль. Онѣ продолжаются до 50 лѣтъ и долѣе. Въ отдѣльныхъ случаяхъ довольно рѣдко можно встрѣтить небольшіе полипы, которыми объясняется кровотеченіе у женщины, уже нѣсколько лѣтъ не менструировавшей.

Гораздо чаще кровотеченіе въ климактерическомъ періодѣ зависитъ отъ злокачественнаго новообразования. У рожавшей женщины это обыкновенно бываетъ ракъ шейки или шейнаго канала. У нерожавшей или у дѣвственницы надо ожидать ракъ полости или дна матки.

## ГЛАВА IV.

### Главные симптомы женскихъ болѣзней и патологическія данныя для объясненія ихъ значенія.

Главные жалобы гинекологическихъ больныхъ сводятся къ четыремъ симптомамъ, съ которыми больше всего приходится имѣть дѣло. Это будутъ: во 1-хъ—боли, во 2-хъ—бѣли, въ 3-хъ—кровотеченіе и въ 4-хъ—бесплодіе.

Во время изученія случая, во время распроса и объективнаго изслѣдованія всего больше приходится думать и доискиваться, отъ чего въ данномъ случаѣ зависитъ каждый изъ этихъ симптомовъ, какими патологическими измѣненіями можно его объяснить, и что можно сдѣлать, чтобы устранить его или смягчить и тѣмъ помочь больной.

На первомъ мѣстѣ здѣсь, конечно, стоятъ боли, потому что онѣ-то болѣе всего и удручаютъ cadaго больного и устраненіе ихъ для него является и главнымъ вопросомъ, и главною цѣлью, съ которыми онъ обращается къ врачу. „Успокойте мнѣ боли, больше мнѣ ничего не нужно, остальное я какъ-нибудь переживу и перенесу“ — вотъ просьба, съ которой приходится встрѣчаться каждый день.

Боли у гинекологическихъ больныхъ могутъ исходить отъ заболѣваній половыхъ органовъ: матки, яичниковъ, трубъ, или отъ тѣсно связанныхъ съ ними брюшныхъ органовъ, пищеварительныхъ и мочевыхъ. Боли могутъ зависѣть отъ сдавленія нервовъ или органовъ опухолями, но всего болѣе зависятъ отъ явленій воспалительныхъ.

Механизмъ происхожденія болей можно раздѣлить на двѣ группы: 1) боли функціональныя или спазмотическія, зависящія отъ усиленнаго сокращенія мышечныхъ органовъ, и 2) боли, зависящія отъ мѣстнаго проявленія воспаленія. Въ обоихъ случаяхъ большую роль можетъ играть сдавленіе нервовъ и ихъ окончаній.

Усиленные сокращения гладкихъ мышцъ, вызывающія коликообразныя боли, свойственны почти всѣмъ брюшнымъ органамъ. Усиленная перистальтика кишечника, въ особенности около его суженія или сдавленія чѣмъ-нибудь, всегда ведетъ къ болѣзненнымъ схваткообразнымъ сокращеніямъ. Прохождение камней въ желчныхъ протокахъ, въ мочеточникахъ вызываетъ страшныя боли во время припадковъ печеночной или почечной колики. Скопленіе кровяныхъ сгустковъ въ мочевомъ пузырьѣ ведетъ къ очень болѣзненнымъ схваткамъ въ этомъ органѣ. Усиленное проталкиваніе газовъ или экскрементовъ въ кишечномъ трактѣ сопровождается болѣзненными тенезмами. Во всѣхъ этихъ случаяхъ боль продолжается все время, пока происходитъ борьба съ препятствіемъ. Въ случаѣ камня боль бываетъ только во время его перемѣщеній, когда камень остановится, боль тотчасъ прекращается. Въ случаѣ скопленія кала или газовъ въ кишкѣ боль продолжается до тѣхъ поръ, пока это скопленіе не будетъ продвинуто черезъ препятствіе. Если перемѣщеніе скопленія остановится и сокращеніе мышцъ прекратится, то боли тоже тотчасъ прекращаются.

Въ маткѣ происходятъ совершенно такія же сокращения и онѣ бываютъ очень болѣзненны, когда она выдавливаетъ изъ себя плодъ: болѣзненные потуги есть типическая особенность родового акта, въ общегити онѣ даже называются просто родовыми болями. Въ случаѣ выкидыша наблюдается то же самое: сильныя сокращения матки сопровождаются значительною болью. Въ небеременномъ состояніи присутствіе кровяного сгустка въ полости матки вызываетъ болѣзненныя сокращения этого органа до тѣхъ поръ, пока онъ не будетъ выдавленъ ею во влагалище. Даже жидкое содержимое въ полости матки вызываетъ болѣзненныя ея сокращения, въ особенности если оттокъ черезъ шейный каналъ чѣмъ-нибудь затрудненъ или стѣсненъ. Разныя полипы, какъ образовавшіеся изъ остатковъ плодныхъ оболочекъ, такъ и изъ новообразованныхъ опухолей, ведутъ къ такимъ же усиленнымъ сокращеніямъ матки и сопровождаются болью. Вообще всегда, когда въ полости матки имѣется что-либо, она реагируетъ на это сокращеніями, сопровождаемыми болями. Боли эти всегда бываютъ сильнѣе, когда въ шейномъ каналѣ или во внутреннемъ отверстіи имѣется какое-нибудь суженіе, отъ чего бы оно ни зависѣло.

Когда въ полости матки имѣется какая-нибудь инфекція, то матка прежде всего реагируетъ на это разслабленіемъ круговыхъ мышцъ въ шейной ея части, и проходимость шейнаго канала увеличивается. Если въ это время вызвать усиленныя сокращения маточной мышцы, то круговыя волокна сдавливаютъ шейный каналъ и внутреннее отверстіе суживается. Природный стокъ и естественный дренажъ маточной полости нарушается, а это ведетъ къ усилен-



нымъ болѣзненнымъ сокращеніямъ матки и многимъ другимъ осложненіямъ.

Сокращеніе трубы тоже можетъ вызывать боли. Это бываетъ при скопленіяхъ въ трубѣ, напр., когда абдоминальный ея конецъ зарощенъ и труба стремится протолкнуть свое содержимое въ полость матки. Усилія эти, очевидно, должны сопровождаться болью. Сильныя боли при внѣматочной беременности происходятъ тоже не отъ разрыва трубы, а отъ тѣхъ судорожныхъ сокращеній ея мышечныхъ волоконъ, которыя обуславливаютъ, между прочимъ, и эти разрывы. Если плодное яйцо вывалилось изъ трубы въ полость брюшины, то боли эти тотчасъ прекращаются. Пока плодное яйцо еще находится въ просвѣтѣ трубы, боли всегда могутъ возобновиться.

Другая, быть можетъ, даже еще болѣе частая причина болей есть воспаленіе, или, что все равно, инфекція, безъ которой едва ли вообще можно себѣ представить какое-либо воспаленіе, въ тѣхъ случаяхъ по крайней мѣрѣ, съ которыми мы имѣемъ дѣло.

Здѣсь очень кстати и умѣстно вспомнить, что всѣ брюшные органы иннервируются симпатическими нервами, которые руководятъ ихъ функціями, но ни болевыхъ, ни тактильныхъ ощущеній сами по себѣ передавать не могутъ. Поэтому и кишку, и магку можно рѣзать ножомъ и даже жечь огнемъ, не вызывая никакой боли. Если потянуть кишку, то растягиваніе корня брыжейки съ ея нервами, анастомозирующими съ спинномозговыми нервами, передается какъ болевое ощущеніе. То же самое относится и къ маткѣ: она сама боли не передаетъ и не ощущаетъ, но когда ее начинаютъ смѣщать или вытягиваютъ ея прикрѣпленія, то можно вызвать боль.

Здоровая брюшина тоже совершенно безболѣзненна, даже при поврежденіяхъ. При воспаленіи этой плевы картина мѣняется: получается чувствительность и боль. Боль сосредоточивается главнымъ образомъ въ паріетальномъ листкѣ, который иннервируется спинномозговыми нервами. При воспаленіяхъ этого листка, выстилающаго стѣнки брюшной полости, ощущается боль, когда до него касаются, но и безъ воспаленія чувствуется боль, когда его рѣжутъ, или захватываютъ пинцетомъ.

Боль эта назначена для защиты органовъ, находящихся въ брюшной полости, отъ случайныхъ инсультовъ и поврежденій, совершенно такъ же, какъ на кожѣ, покрывающей поверхность тѣла. Когда ощущеніе боли на кожѣ исчезаетъ, напр., при параличахъ, или, еще нагляднѣе, при проказѣ, то больные легко подвергаются глубокимъ, до костей, ожогамъ, потому что, сидя около печки, не замѣчаютъ дѣйствія тепла, разрушающаго ихъ ткани. Послѣ изсѣченія Gasser'ова узла при невралгии тройничнаго нерва получается анестезія лица, и такія больныя, какъ извѣстно, очень легко подвер-

гаются отмараживанію, если ихъ не предупреждаютъ объ этомъ и они не принимаютъ соотвѣтствующихъ предосторожностей.

При воспаленіяхъ брюшины все рѣзко измѣняется. Паріетальная брюшина, какъ уже сказано, дѣлается чрезвычайно болѣзненной, но и висцеральная брюшина тоже становится чувствительной при давленіи и даже болѣзненной. Объясняется это тѣмъ, что блевыя ощущенія въ воспаленныхъ тканяхъ передаются черезъ анастомозы симпатическихъ нервовъ съ спинномозговыми, такъ какъ въ это время симпатическіе нервы находятся въ состояніи гиперестезіи.

Ткани, непосредственно окружающія матку и ея придатки, въ особенности тамъ, гдѣ къ нимъ подходятъ сосуды и гдѣ органы эти прикрѣпляются къ стѣнкѣ таза, изобилуютъ и нервами, и сосудами, кровеносными и лимфатическими. Параметральная клѣтчатка вокругъ шейки матки и въ основаніи широкихъ связокъ является почвой, очень благопріятной для всякой инфекціи, а слѣдовательно, и для воспаленій. По бокамъ клѣтчатка эта доходитъ до hilus яичника. При воспаленіяхъ все это инфильтрируется и набухаетъ, кромѣ того нарушается кровообращеніе и гиперемированныя ткани сдавливаютъ нервы и вызываютъ боль. Если при этомъ поражены сами сосуды, то боль бываетъ еще интенсивнѣе, напр. при воспаленіи венъ.

Воспалительная инфильтрація въ такихъ нерастяжимыхъ органахъ, какъ яичникъ, вызываетъ сильныя боли прямо отъ сдавленія нервовъ.

Сосѣдніе тазовые органы, находящіеся въ тѣсной связи съ внутренними половыми органами женщины, тоже могутъ вызывать сильныя боли, вслѣдствіе нарушенія ихъ функцій подъ вліяніемъ воспаленія тканей, въ которыхъ проходятъ ихъ нервы. Пузырь будетъ плохо опорожняться и получается боль и болѣзненное мочеиспусканіе, а въ кишкѣ болѣзненные тенезмы и т. п.

Отраженныя боли могутъ локализоваться въ отдѣльныхъ болящихъ точкахъ на отдѣльныхъ нервахъ, въ особенности на кожныхъ вѣтвяхъ поясничнаго сплетенія. Отдѣльныя болящія точки получаютъ въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ нервы эти прободаютъ сухожилія плоскихъ мышцъ на краю таза, около его костныхъ выступовъ: *crista ilei*, *spina anter. super.*, *spina post. super.*

Всѣ, разсмотрѣнныя нами болѣзненные явленія, кромѣ инфекціи, могутъ зависѣть и отъ хронической гипереміи застойнаго характера, и тогда роль инфекціи въ возникновеніи болей обнаружить довольно трудно, хотя, конечно, и исключить ее, или ея слѣдствія, изъ этиологіи этихъ заболѣваній, можетъ быть, еще труднѣе.

Хроническая застойная гиперемія и стойкое растяженіе венъ (*varicoscele*) можетъ причинять сильныя боли, которыя не легко отличить отъ воспалительныхъ. Истинное значеніе ихъ выясняется

только послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго наблюденія и по дѣйствию назначеннаго леченія.

Всякіе выдѣленія изъ половыхъ органовъ, когда они оставляютъ пятна на бѣльѣ и вообще когда они почему-нибудь замѣтны, или обращаютъ на себя вниманіе, называются бѣлями, *fluor albus*.

Бѣлый цвѣтъ для нихъ вовсе не характеренъ: онѣ могутъ быть съ примѣсью крови, гноя и даже содержимаго сосѣднихъ органовъ, съ примѣсью кала или мочи при разныхъ свищахъ.

По мѣсту своего происхожденія бѣли могутъ быть: 1) маточныя, 2) влагалищныя.

Маточныя бѣли всегда бываютъ гуще влагалищныхъ, что зависитъ отъ примѣси и преобладанія отдѣленія шейнаго канала. Однако изъ матки могутъ выдѣляться и очень жидкія бѣли въ очень большомъ количествѣ. Это бываетъ, когда черезъ матку опорожняется содержимое растянутой трубы при такъ назыв. *salpingitis profluens*. Въ этомъ случаѣ истеченіе можетъ быть водянистое, иногда съ примѣсью крови или гноя. Оно можетъ быть и чисто гнойнымъ, иногда очень зловоннымъ. Къ нему можетъ примѣшиваться содержимое кишечника, мочевыхъ путей, кистозныхъ опухолей яичника, если съ ними установится сообщеніе черезъ свищевыя ходы.

Влагалищныя бѣли бываютъ жиже маточныхъ и количество ихъ меньше; только при острыхъ воспаленіяхъ всей слизистой оболочки онѣ могутъ быть обильными.

Причину всякихъ бѣлей, очевидно, можно и слѣдуетъ объяснять только инфекціей и стремленіемъ организма отъ нея очиститься помощью обильныхъ выдѣленій.

Совершенно стерильныхъ бѣлей никогда не бываетъ, и отдѣленіе, взятое изъ влагалища, при посѣвахъ всегда даетъ культуру разныхъ бактерій. Отдѣленіе полости матки можетъ давать отрицательные посѣвы, но для шейнаго канала это болѣе чѣмъ сомнительно. Практически и полость матки, и шейный каналъ всегда считаются инфицированными, и вскрытіе полости матки или ея шейки во время брюшной операціи столь же опасно и требуетъ такихъ же предосторожностей, какъ и вскрытіе просвѣта кишки.

Бленнорройная инфекція встрѣчается едва ли не чаще другихъ, но при ней обильное выдѣленіе слизистой оболочки влагалища рѣдко зависитъ только отъ нея одной; чистые случаи остраго бленнорройнаго воспаленія влагалища встрѣчаются очень рѣдко. Обильное выдѣленіе гноя при этомъ обыкновенно зависитъ отъ добавочной инфекціи, какъ гноеродными бактеріями, такъ и сапрофитами. *Bacillus coli* и другія кишечныя бактеріи тоже часто являются возбудителями гнойныхъ истеченій, нерѣдко довольно зловонныхъ.

Кровотеченіе изъ половыхъ органовъ почти исключительно имѣетъ своимъ источникомъ матку, и надо прежде всего подумать объ измѣненіяхъ въ этомъ органѣ, когда приходится имѣть дѣло съ этимъ симптомомъ.

Почти всѣ болѣзни матки и ея придатковъ сопровождаются кровотеченіемъ или могутъ его вызвать.

Кромѣ воспалительныхъ, слѣдовательно инфекціонныхъ заболѣваній слизистой оболочки матки, здѣсь видную роль играютъ различныя послѣдствія беременности и родовъ, съ остающимися послѣ нихъ, а въ особенности послѣ выкидышей, измѣненіями, нерѣдко даже и остатками, хотя бы микроскопическими, плодныхъ оболочекъ.

Все это очень сбывчныя для кровотеченія этиологическіе моменты. Но все-таки надъ ними количественно несомнѣнно превалируютъ всякія новообразованія, какъ доброкачественныя, такъ и злокачественныя.

Интересно, что при новообразованіяхъ непосредственнымъ этиологическимъ моментомъ для кровотеченій является все-таки инфекция: въ видѣ эндометрита въ случаѣ фибромы, а въ случаѣ рака или другого злокачественнаго новообразованія, кромѣ того, и въ видѣ изъязвленія и распаденія новообразованія.

Безплодіе чаще всего является слѣдствіемъ бленнорройной инфекции. Я бы сказалъ почти всегда, если бы можно было не принимать во вниманіе состояніе здоровье мужчины и новообразованій маточной ткани. Разные врожденные недостатки встрѣчаются довольно рѣдко, точно также какъ послѣдствіе сифилиса, наслѣдственнаго или пріобрѣтеннаго. Все это преобладающаго значенія для возникновенія безплодія имѣть не можетъ.

Изъ другихъ этиологическихъ моментовъ, которые не вызываютъ сомнѣній и съ которыми необходимо считаться, надо отмѣтить чисто механическія условія, мѣшающія зачатію.

Здѣсь на первомъ мѣстѣ, у здоровой во всемъ остальномъ женщины, надо вспомнить о возможности вытеканія всего сѣмени тотчасъ послѣ полового сношенія. Для этого вовсе не необходимо ослабленіе половой щели, напр., вслѣдствіе разрыва промежности и т. п., потому что это встрѣчается у молодыхъ и крѣпкихъ особъ съ безукоризненными наружными органами и половой щелью. Обусловливается это явленіе сокращеніями стѣнки влагалища, повышеннымъ внутрибрюшиннымъ давленіемъ и т. п. причинами и встрѣчается едва ли рѣже, чѣмъ врожденная коническая шейка и *anteflexio congenita*.

Послѣ того какъ Marion Sims далъ свое классическое объясненіе этой аномаліи и разработалъ оперативные методы для успѣшнаго ея леченія, мы стали часто забывать, что попаданіе сѣмени въ полость матки можетъ быть затруднено и другими, болѣе простыми причинами. Въ случаѣ полного вытеканія всего сѣмени тотчасъ послѣ

сношенія, условія для проникновенія сѣмени въ матку будутъ отсутствовать вовсе, потому что сѣмени во влагалищѣ уже не будетъ, когда оно все вытекло.

Въ такихъ случаяхъ очень умѣстно назначать соответствующее положеніе во время полового сношенія и непосредственно послѣ него. Вытекание сѣмени изъ влагалища устраняется положеніемъ съ приподнятымъ тазомъ и Sims'овскимъ боковымъ положеніемъ съ согнутыми и приведенными бедрами. Въ такомъ положеніи рекомендуется лежать часа 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> послѣ сношенія.

Кромѣ бленнорройной инфекции, повидимому, возможны и другія менѣе стойкія и упорныя заболѣванія слизистой оболочки матки, мѣшающія сѣмени проникать черезъ шейный каналъ въ полость матки, или изъ нея въ Фаллопиевы трубы.

Случаи эти иногда довольно скоро исцѣляются отъ примѣненія самыхъ банальныхъ средствъ и даже безъ всякаго леченія.

## ГЛАВА V.

### **Инфекція женскихъ половыхъ органовъ, бленнорройная, септическая, туберкулезная и проч.**

Если исходить отъ главныхъ жалобъ больной и изъ наиболѣе насущныхъ практическихъ потребностей, связанныхъ съ ихъ устраненіемъ, то, очевидно, необходимо прежде всего заняться разсмотрѣніемъ воспалительныхъ заболѣваній и ихъ проявленіемъ въ различныхъ органахъ.

Инфекція можетъ поражать слизистую оболочку всего полового тракта, начиная отъ половой щели и кончая абдоминальнымъ концомъ трубы, а отсюда распространяться и на яичникъ, и на брюшину. Переходя на сосѣдніе ткани и органы, она вызываетъ разныя осложненія и оставляетъ въ нихъ различныя измѣненія, нерѣдко столь стойкія и прочныя, что ихъ приходится разсматривать и изучать, какъ отдѣльныя формы заболѣваній, требующія специальныхъ методовъ леченія, часто даже хирургическаго.

Инфекція можетъ проникать черезъ слизистую оболочку и можетъ распространяться по ней. Она можетъ проникать и распространяться по сосудамъ, кровеноснымъ и лимфатическимъ.

При гинекологическихъ заболѣваніяхъ приходится имѣть дѣло главнымъ образомъ съ тремя видами инфекции: 1) съ бленнорройной, 2) съ септической и 3) съ значительно болѣе рѣдкой туберкулезной. Кромѣ того могутъ быть: актиномикозъ, котораго мнѣ не случилось наблюдать ни разу, и разныя мѣстныя осложненія дифтеритомъ, крупомъ, госпитальной гангреной (*gangraena nosocomialis*), газовой

инфильтраціей и другими, столь же рѣдкими видами инфекцій, о чемъ упоминаю только для полноты. Наконецъ приходится встрѣчаться и съ сифилисомъ, съ которымъ гинекологу приходится имѣть дѣло по поводу заболѣваній наружныхъ половыхъ частей при первичной инфекціи, или по поводу устраненія безплодія.

Бленнорройная инфекція, въ общежитіи называемая трипперной, зависитъ отъ особаго микроба, гонококка Neisser's (1879). Американцы называютъ ее Neisserian infection, или просто „Neisserian“, дабы смягчить впечатлѣніе отъ болѣе грубаго и общепонятнаго наименованія этой болѣзни въ присутствіи больного, или его близкихъ.

Гонококкъ имѣетъ форму кофейнаго боба и всегда располагается парами, размножается дѣленіемъ и изъ каждаго кокка образуется новая пара. Кромѣ упорности инфекции, которую онъ вызываетъ, онъ отличается отъ другихъ бактерій еще тѣмъ, что онъ инокулируется на неповрежденной слизистой оболочкѣ и такимъ образомъ не слѣдуетъ закону Высоковича: неповрежденный эпителий не является для него припятствіемъ для инфекціи слизистой оболочки. Онъ легче прививается къ цилиндрическому, въ особенности многослойному (urethra) эпителию, чѣмъ плоскому (vulva, vagina). Исключеніе составляетъ нѣжный плоскій эпителий влагалища въ дѣтскомъ возрастѣ, гдѣ онъ тоже легко прививается.

Попавши на слизистую оболочку, гонококкъ тотчасъ начинаетъ размножаться на ея поверхности, покрывая ее островками, какъ бы дерномъ. Это вызываетъ раздраженіе эпителия, который съ теченіемъ времени даже можетъ отъ этого измѣняться и давагъ метаплазическія формы, напоминающія плоскій эпителий. Этимъ организмъ, по видимому, стремится защититься отъ инфекціи, для которой плоскій эпителий является преградой и неудобной почвой. По прекращеніи инфекціи снова появляется цилиндрическій эпителий, который теперь приобретаетъ новыя свойства и тоже становится менѣ удобной почвой для этого микроба, хотя по виду своему ничѣмъ не отличается отъ того цилиндрическаго эпителия, который былъ первоначально до инфекціи.

Раздраженіе, вызываемое гонококкомъ, привлекаетъ къ слизистой оболочкѣ лимфоидные элементы, получается круглоклѣточная инфильтрація слизистой оболочки, а фагоциты раздвигаютъ покрывающій ее эпителий и поглощаютъ микробовъ. При этомъ гонококки помѣщаются въ самыхъ клѣткахъ и только въ ихъ протоплазмѣ, никогда въ ядрахъ. Умирая, лимфоциты эти выдѣляются вмѣстѣ съ гнойнымъ истеченіемъ, но часть ихъ вмѣстѣ съ заключенными въ нихъ микробами остается въ толщѣ слизистой оболочки, глубже ея эпителиальнаго покрова. Клѣточная инфильтрація ведетъ къ уплотнѣнію тканей вокругъ слизистой оболочки и вслѣдствіе этого, напр. въ мужскомъ

мочеиспускательномъ каналѣ, получаютъ суженія. То же самое наблюдается около маточнаго конца трубы: стѣнка ея утолщается, вслѣдствіе воспалительной инфильтраціи, а просвѣтъ суживается, вслѣдствіе развитія рубцовой ткани.

Гонококкъ можетъ жить только въ щелочной средѣ. Кислое отдѣленіе влагалища съ его молочной кислотой для него среда неудобная, и онъ въ ней гибнетъ. Онъ не выдерживаетъ температуры въ  $40^{\circ}$  С. и уже черезъ 6 часовъ гибнетъ при ней, но при обыкновенной температурѣ тѣла, около  $37^{\circ}$  и даже до  $38^{\circ}$  онъ можетъ жить очень долго.

Въ мужской уретрѣ, въ ея синусахъ гонококкъ можетъ держаться многіе годы, потому что кислая моча, отъ которой онъ гибнетъ въ этомъ каналѣ, въ эти мѣшеччатые придатки не попадаетъ. Щелочное выдѣленіе предстательной и другихъ железъ является для него очень благоприятной средой, и при усиленномъ половомъ возбужденіи являются условія для проявленія инфекции, которую считали заглохшей лѣтъ десять и болѣе.

Неудивительно поэтому, что молодой человекъ, считающій себя давно выздоровѣвшимъ и рѣшившійся жениться, довольно скоро, уже во время медоваго мѣсяца, самъ того не подозрѣвая, заражаетъ свою совершенно здоровую жену, нерѣдко дѣлая ее калѣкой на всю жизнь. Между тѣмъ у мужа въ это время нѣтъ никакихъ признаковъ истеченія изъ канала, развѣ только, можетъ быть, по утрамъ замѣтно ничтожное слипаніе наружнаго отверстія стекловидной слизию. Бактеріологическія изслѣдованія мочи и даже выдѣленія предстательной железы даютъ совершенно отрицательные результаты, а совершенно здоровая дѣвушка уже оказывается зараженной черезъ мѣсяць, другой послѣ свадьбы, и начинается продолжительное леченіе, дающее очень скромные результаты.

Я знавалъ пожилыхъ людей, которые мучились всю жизнь никогда не могли себѣ простить, что еще въ молодые годы женились на горячо любимой дѣвушкѣ и совершенно неожиданно для себя сдѣлались виновниками ея тяжелаго заболѣванія. Ежегодно, а то и нѣсколько разъ въ годъ, ей приходится переживать тяжелые приступы обостренія болѣзни, съ раздраженіемъ и воспаленіемъ тазовой брюшины, съ лихорадочными и другими тяжелыми явленіями, ставящими ея жизнь на краю опасности. Въ то же время утомительное многолѣтнее леченіе, которому не предвидится и конца, сопровождается многократными оперативными пособіями, начиная отъ повторнаго опорожненія гнойныхъ скопленій и кончая удаленіемъ всѣхъ внутреннихъ половыхъ органовъ. Все это удручаетъ и врача, и больную, а ея мужа и родственниковъ приводитъ въ уныніе.

Большое распространение этой инфекции и многообразныя ея проявленія, долгое время объяснявшіяся послѣродовыми заболѣваніями и иными этиологическими моментами, получили объясненіе только въ недавнее время; но я и сейчас помню впечатлѣніе, которое произвело заявленіе Noeggerath'a о томъ мѣстѣ, которое должно занимать въ гинекологіи и при истолкованіи разныхъ осложненій беременности и родовъ и ихъ послѣдствій бленнорройное заболѣваніе, и какъ часто оно встрѣчается, оставаясь нераспознаннымъ. А это было еще въ восьмидесятыхъ годахъ прошлаго столѣтія.

Гонококковая инфекция у женщины локализуется первоначально въ трехъ мѣстахъ: 1) въ шейномъ каналѣ матки, 2) въ мочеиспускательномъ каналѣ и парауретральныхъ железахъ Skene и 3) въ вульварныхъ Бартолиновыхъ железахъ и въ мѣшеччатыхъ железахъ преддверія, около отверстія мочеиспускательнаго канала.

Попавши на слизистую пробку наружнаго отверстія матки, гонококки вмѣстѣ съ сперматозоидами, а можетъ быть и съ ихъ помощью, проникаютъ въ шейный каналъ. Если одновременно съ этимъ еще не случилось инфекции мочеиспускательнаго канала, то никакихъ симптомовъ, кромѣ развѣ небольшого увеличенія слизистаго отдѣленія шейнаго канала, можетъ не быть вовсе; но вотъ наступаетъ беременность, и черезъ 2—3 мѣсяца получается выкидышъ отъ случайной, банальной причины, а то и вовсе безъ видимой причины, а послѣ него появляются сильныя бѣли.

Еще во время беременности, или вскорѣ послѣ нея, а то и съ самаго начала, отмѣчается учащенное мочеиспусканіе и жженіе въ уретрѣ. Однако, пока все обходится благополучно, и наступаетъ вторая беременность, которая заканчивается срочными родами. Все идетъ, повидимому, хорошо, роды протекаютъ правильно, только плацента немного задерживается и по выдѣленіи ея появляются болѣзненные схватки и кровяные сгустки, но и это скоро проходитъ. У ребенка иногда появляется заболѣваніе глазъ, а на 5-й или 7-й день пульсъ больной становится чаще, а температура повышается по вечерамъ, сначала до 38°, а затѣмъ и больше. Въ паху, или въ обоихъ пахахъ появляется боль, а очищенія, бывшія все-таки кровянистыми болѣе трехъ дней, начинаютъ принимать гнойный характеръ. Въ области придатковъ наблюдается припухлость и сильная чувствительность.

Однако, несмотря на высокую температуру, груди своевременно набухаютъ и утанавливается обильное выдѣленіе молока. Тяжелое, казалось, по началу своему, послѣродовое заболѣваніе проходитъ по-немногу; но остаются бѣли, нерѣдко ѣдкія, а по возстановленіи регулъ появляются боли и разныя неправильности въ ихъ теченіи. То онѣ появляются раньше срока, то запаздываютъ на нѣсколько дней, то, наконецъ, дѣлаются прерывистыми: появившись, крови черезъ



сутки, двое какъ бы заканчиваются, а потомъ еще черезъ сутки опять возобновляются на нѣсколько дней.

Въ промежуткахъ между регулами тоже появляются боли отъ самыхъ незначительныхъ причинъ: утомленія, ѣзды въ экипажѣ, охлажденія и т. п.; но все это переносится довольно хорошо и облегчается разными терапевтическими мѣропріятіями.

Матка при этомъ обыкновенно скоро уже находится въ ретроверсії, т. е. дно ея запрокидывается кзади и она даже сама начинаетъ перегибаться кзади (retroflexio). Воспаленіе покрывающей матку и широкия связки брюшины (perimetritis), вызывавшее боли, понемногу затихаетъ, и больная чувствуетъ себя вполне сносно. Она нерѣдко въ это время получаетъ облегченіе отъ массажа, бѣли при достаточномъ наблюденіи за чистотой и спринцеваніяхъ перестаютъ ее беспокоить, а боли появляются только во время регуль, или послѣ охлажденія таза и конечностей, иногда во время половыхъ сношеній.

Но остается одинъ, очень упорный, симптомъ, бесплодіе. получается семейство съ однимъ ребенкомъ, другихъ дѣтей уже ждать не приходится. Если ребенокъ этотъ почему-либо умретъ, то получается тяжелая семейная драма, вносящая много горя въ семейную жизнь и отражающаяся на нервной системѣ обоихъ супруговъ.

Стойкое бесплодіе получается нерѣдко съ самаго начала и беременности не наступаетъ вовсе, несмотря на здоровый и цвѣтушій видъ молодыхъ супруговъ.

И здѣсь гонококки первоначально тоже находятся только въ шейномъ каналѣ. Бѣли выдѣляются въ столь маломъ количествѣ, что на нихъ не обращаютъ вниманія и о заболѣваніи еще не подозреваютъ. Но вотъ приходятъ первыя очередныя регулы послѣ свадьбы и совершенно здоровая женщина, у которой никогда не было никакихъ патологическихъ ощущеній во время регуль, теперь начинаетъ чувствовать боль, которая нѣсколько стихаетъ при появленіи крови. Боль эта носить характеръ механической дисменорреи и объясняется припуханіемъ слизистой оболочки шейнаго канала. просвѣтъ его сдавливается этимъ припуханіемъ слизистой оболочки и выдѣленіе содержимаго полости матки затрудняется.

Скоро однако наступаетъ моментъ, когда шейный каналъ начинаетъ расширяться вслѣдствіе наступленія регуль, и боль затихаетъ; но зато теперь гонококкамъ открывается путь для проникновенія въ полость матки. Такъ какъ сами они активными движеніями не обладаютъ, то надо думать, что они перемѣщаются вслѣдствіе сокращеній круговыхъ волоконъ маточной мышцы, окружающихъ шейный каналъ, или, какъ уже было упомянуто, увлекаются въ полость матки сперматозоидами. Въ этомъ прониканіи гонококковъ черезъ внутреннее

отверстие матки большую роль несомненно играют половыя сношенія. какъ во время регуль, такъ и непосредственно послѣ нихъ.

Само собою разумѣется, что всякое введеніе инструментовъ. напр. зонда, въ полость матки, можетъ протолкнуть въ нее микробовъ, находящихся въ шейномъ каналѣ.

Послѣ регуль больная начинаетъ замѣчать болѣе обильное отдѣленіе изъ влагалища: появляются пятна на бѣльѣ, раздраженіе наружныхъ половыхъ частей и т. п. При слѣдующихъ регулахъ боли повторяются, можетъ быть, даже усиливаются, а затѣмъ все, повидимому, остается безъ измѣненій. Все-таки больная обращается за врачебной помощью главнымъ образомъ по поводу болей. Найдя коническую шейку и перегнутую кпереди матку, что такъ часто бываетъ у нерожавшей женщины, и признаки механической дисменореи, врачъ дѣлаетъ расширение шейнаго канала Sims'овскій разрѣзъ для исправленія перегиба и устраненія суженія и послѣ операци и вставляетъ марлевую полоску или стеклянный пессарій въ полость матки. Но полоску эту приходится удалить уже въ тотъ же день вечеромъ, или на другой день утромъ, по случаю небольшого учащенія пульса и поднятія температуры. Все это однако скоро проходитъ. и температура уже черезъ нѣсколько дней спускается до нормы. Слѣдующія регулы могутъ быть совершенно безболѣзненными, но бѣли, несмотря на спринцеванія, скоро возобновляются, а черезъ 2—3 мѣсяца возвращаются и боли во время регуль, и приходится класть на животъ мѣшокъ съ горячей водой.

Теперь боли эти глубже и локализируются сбоку отъ матки. При изслѣдованіи находятъ значительную чувствительность придатковъ и даже болѣзненность при попыткахъ смѣстить матку.

Инфекція уже успѣла перейти изъ полости матки въ трубы и вызвать воспалительныя явленія въ придаткахъ. Для всего этого, конечно, вовсе не нужно, чтобы была сдѣлана операція расширения или выскабливанія матки, и я упоминаю объ этомъ, какъ объ одномъ изъ возможныхъ этиологическихъ моментовъ, ускоряющихъ болѣе глубокое проникновеніе инфекціи. Въ прежнее, не очень давнее время, когда антисептическія мѣры были не столь строги, какъ теперь, бывали случаи, когда послѣ такого невиннаго пособія получались тяжелыя осложненія вплоть до воспаления тазовой брюшины съ упорной рвотой и другими, опасными и даже угрожающими симптомами.

Для распространенія инфекціи изъ шейнаго канала въ полость матки и выше, какъ уже сказано, вовсе не нужно механическаго проталкиванія ея инструментами, или струей жидкости при спринцеваніи. Все равно, черезъ нѣсколько мѣсяцевъ совершенно здоровая женщина оказывается глубоко инфицированной считавшимъ себя и считавшимся здоровымъ мужчиной, а такъ какъ при этомъ обыкно-

венно поражаются обѣ трубы, то наступаетъ стойкое, нерѣдко на всю жизнь, безплодіе.

Инфицированныя гонококкомъ больныя легко подвергаются добавочнымъ септическимъ инфекціямъ, въ особенности въ связи съ беременностью и послѣродовымъ состояніемъ. Но и безъ беременности возможны не менѣе интенсивныя нагноительныя процессы, зависящія отъ присоединившейся къ гонококковой, добавочной септической инфекціи. Когда этого нѣтъ, послѣдствіе гонококковой инфекціи и

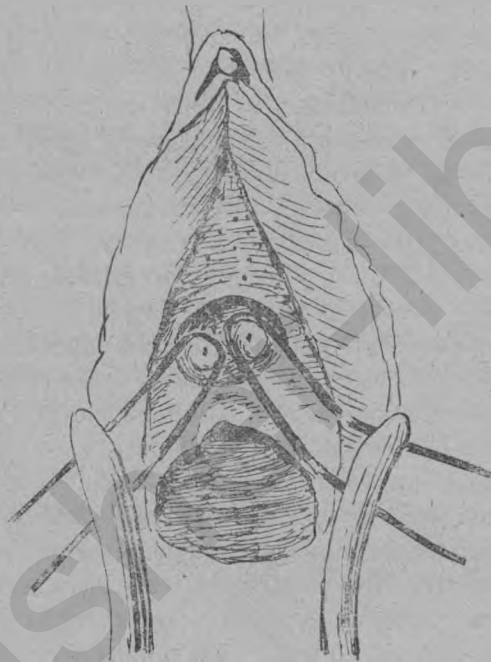


Рис. 17. Способъ проф. Kelly для осмотра железъ Skene. Отверстіе уретры растянута двумя импровизированными изъ шпилекъ крючками. На поверхности преддверія видны черныя точки, соответствующія отверстіямъ воспаленныхъ вестибулярныхъ железокъ.

симптомы, ею вызываемые, понемногу заживаютъ, и остаются только разныя сращения внутреннихъ половыхъ органовъ, нарушающія подвижность матки и измѣняющія ея форму, вслѣдствіе образованія перегибовъ.

Ко времени наступленія климактерическаго періода все это сморщивается, всѣ внутренніе половые органы оказываются глубоко вращенными въ тазу и прикрыты совершенно гладкой брюшиной, переходящей на сосѣднія кишки, никакихъ Дугласовыхъ ямокъ нельзя разглядѣть.

Не менѣе, чѣмъ шейный каналъ матки, излюбленнымъ мѣстомъ первичной гонококковой инфекции является мочеиспускательный каналъ съ открывающимися въ немъ парауретральными железами Skene.

Железы эти сами гонококкомъ не инфицируются, потому что инфекция ограничивается ихъ выводными протоками; но къ этому нерѣдко присоединяется добавочная септическая инфекция, напр. отъ bacillus coli communis, и тогда железа нагнаивается, получается абсцессъ, выпячивающій переднюю стѣнку влагалища, гдѣ его, если нужно, и вскрываютъ разрѣзомъ.

При надавливаніи пальцемъ, введеннымъ во влагалище, изъ воспаленной железы выдавливается гнойная жидкость, а при осмотрѣ отверстія ея протока оно оказывается припухшимъ, немного зияетъ и окружено краснотой на выпячивающейся слизистой оболочкѣ уретры.

Для осмотра выводныхъ протоковъ Skene'овскихъ железъ всего проще воспользоваться приѣмомъ проф. Kelly. Берутъ двѣ обыкновенныя головныя шпильки и загибаютъ ихъ въ видѣ тупыхъ крюч-



Рис. 18. Приспособленіе для выжиганія слизистыхъ железокъ преддверія. Простая иголка вставлена въ лучинку, а конецъ ея пролуженъ ляписомъ.

ковъ. Концы шпилекъ фиксируются какими-нибудь корнцангами, которые служатъ ручками для этихъ тупыхъ крючковъ, которыми растягиваютъ отверстіе мочеиспускательнаго канала, какъ показано на рисункѣ (рис. 17).

Въ мѣшечатыхъ слизистыхъ железахъ преддверія гонорройная инфекция прививается очень охотно и держится здѣсь очень упорно. Отверстія этихъ железокъ видны на рисункѣ 17. Они представляются ярко-красными, а края ихъ припухшими.

Чтобы не возвращаться къ этому вопросу, приведу здѣсь лечение, которымъ можно устранить эту инфекцію. Для этого нужно прижечь полость каждой железки ляписомъ. Дѣлается это такъ: берутъ тонкую серебряную или стальную проволоку, а то и просто иголку, нагрѣваютъ ее на спиртовой лампѣ и проводятъ ею по куску ляписа. Ляписъ плавится и пролуживаетъ конецъ иглы или проволоки, ложась тонкимъ слоемъ. На концѣ иглы легко образуется утолщеніе изъ ляписа, какъ пуговка на зондѣ. Такою, покрытою ляписомъ иглой проникаютъ въ каждое отверстіе этихъ железокъ и прижигаютъ ихъ полость. Послѣ такого прижиганія слизистая оболочка, выстилающая эту полость, и вся железка превращаются въ рубецъ.

Такимъ образомъ, вмѣстѣ съ инфекціей и ея возбудителемъ—гонококкомъ при этомъ погибаетъ и самый органъ — слизистая

мѣшетчатая железка. Это очень поучительный примѣръ того, что можетъ получаться при леченіи инфицированныхъ органовъ и полостей серьезными антисептическими средствами. О немъ полезно иногда вспомнить, въ особенности при назначеніи внутриматочной терапіи каустическими средствами.

Во входѣ во влагалище, въ серединѣ половой щели находится третья, излюбленное мѣсто для бленнорройной инфекции. Это слизистая, такъ называемая Бартолиніевы железы. Онѣ устроены по типу мѣшетчатыхъ железъ, и гонококками заражается почти исключительно ихъ выводящій протокъ. Въ самой железѣ этого микроба никогда не находятъ.

Наружное отверстіе протока этой железы окружается ярко-краснымъ пятномъ, которое настолько характерно для бленнорреи, что его даже называютъ *macula blennorrhoeica*. Набуханіе слизистой оболочки этого выводнаго протока ведетъ къ задержанію отдѣленія железы, и она растягивается, образуя почти совершенно безболѣзненную опухоль въ толщѣ большой губы, гдѣ помѣщается эта железа. Задержаніе отдѣленія ея благопріятствуетъ инфекции железы различными микробами, чаще всего *b. coli communis*, и это ведетъ къ нагноенію съ образованіемъ очень болѣзненного абсцесса, который сопровождается лихорадочными движеніями и требуетъ хирургической помощи. Разрѣзъ дѣлается черезъ кожу большой губы. Если этого не сдѣлать, и абсцессъ вскроется самъ, то онъ долго не заживаетъ.

Зараженіе гонококкомъ почти всегда происходитъ половымъ путемъ, но оно возможно и при всякомъ перенесеніи микроба. Такъ, извѣстны случаи инфекции наконечникомъ для спринцеванія, пальцемъ врача при изслѣдованіи, губками и даже бѣльемъ у дѣтей, спавшихъ на кровати больной матери. При высыханіи микробъ скоро погибаетъ, но во влажной средѣ онъ сохраняется на окружающихъ предметахъ нѣсколько часовъ, не теряя своей вирулентности.

Такія случайныя внѣполовые зараженія чаще всего наблюдаются въ дѣтскомъ возрастѣ. Нѣжный эпителий влагалища ребенка представляетъ очень удобную почву для гонококка, и онъ держится здѣсь очень долго и упорно, нерѣдко вплоть до наступленія половой зрѣлости, когда онъ начинаетъ проникать въ болѣе глубокія части полового тракта и даетъ тѣ же явленія и въ той же послѣдовательности, какъ мы только что описали.

У взрослой женщины острая гонорройная инфекция влагалища относится къ рѣдкостямъ: обильныя гнойныя истеченія и рѣзкія воспалительныя измѣненія слизистой оболочки влагалища здѣсь обыкновенно зависятъ отъ присоединившейся къ бленнорреѣ инфекции другими микробами.

Типическимъ для распространения бленнорройной инфекции путемъ являются почти исключительно слизистыя оболочки, но при продолжительныхъ инфекціяхъ возможно поступленіе гонококка въ кровь и образованіе метастазовъ. Эта піэмическая форма инфекции проявляется обыкновенно поражениемъ единичныхъ суставовъ. Для нея характерно поражение отдѣльныхъ суставовъ: колѣннаго, локтевого. Теченіе этихъ такъ называемыхъ моноартрозавъ сопровождается болью съ повышениемъ температуры и ведетъ нерѣдко къ полному анкилозу.

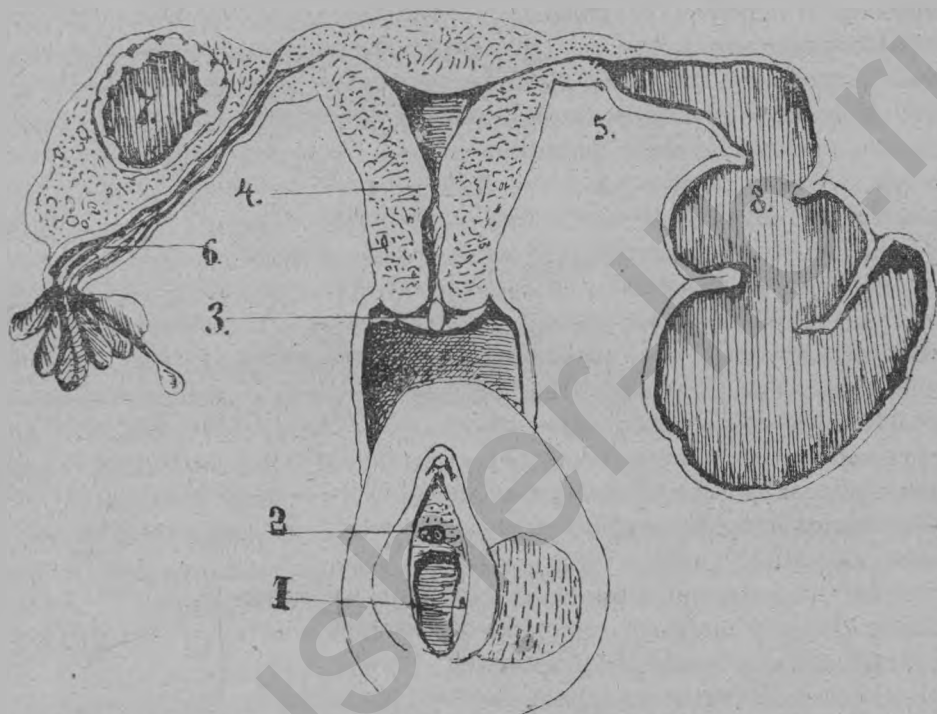


Рис. 19. Схема распространения гонококковой инфекции. Внизу видна половая щель съ растянутой Бартолиниевой железой. Протокъ железы обозначенъ цифрой—1. Отверстіе мочеиспускательнаго канала съ припухшими железами Skene—2. Въ наружномъ отверстіи матки видна слизистая пробка.—3. Внутреннее маточное отверстие—4. Утолщенный вслѣдствіе инфильтраціи маточный конецъ трубы—5. Пораженная катарральнымъ воспалениемъ слизистая оболочка правой трубы съ бѣлесоватыми островчатыми, прилипшими къ ней продуктами воспаления—6. Въ яичникѣ той же стороны абсцессъ желтаго гѣла—7. Въ лѣвой трубѣ гнойное скопленіе—8. Труба эта растянута, извита и абдоминальное ея отверстие зарощено.

Происходятъ ли эти метастазы отъ одного гонококка, или здѣсь присоединяется къ нему какая-нибудь другая, добавочная инфекция, остается вопросомъ открытымъ; для меня это кажется весьма вѣроятнымъ, хотя бы только по лихорадочнымъ движеніямъ, сопровождающимъ эти осложненія.

Интересно, что эти піэмическія проявленія бленнорреи могутъ встрѣчаться у такихъ больныхъ, у которыхъ первоначальная гонокок-

ковая инфекция ограничивается уретрой или шейным каналомъ. а полость матки и придатки остаются еще здоровыми.

Инфекция септическая обуславливается цѣлой группой микроорганизмовъ различной вирулентности. Это могутъ быть и стрептококки и стафилококки, и кишечная палочка, и многіе другіе.

Всѣ они проникаютъ извнѣ и совершенно здоровая слизистая оболочка съ неповрежденнымъ эпителиальнымъ покровомъ представляетъ для нихъ серьезную преграду, защищающую организмъ отъ инфекции.

Попадаютъ всѣ эти микробы отъ совершенно случайныхъ причинъ и столь же случайно проталкиваются въ половые органы пальцами и всякими инструментами; но они попадаютъ туда и безъ видимыхъ причинъ. Такъ, извѣстно, что bacillus coli нерѣдко оказывается и въ половой щели, и въ уретрѣ, и даже въ пузырьѣ, откуда онъ вымывается мочей и не успѣваетъ причинить вреда.

Кромѣ того извѣстно, что многіе микробы попадаютъ въ пузырь изъ крови черезъ почки. Такъ, когда ставятъ мочу на нѣсколько часовъ въ термостатъ, то можно изъ нея сдѣлать посѣвы и получить культуры, которыя при посѣвахъ прямо изъ крови почему-либо не удаются.

Такимъ образомъ пузырь совершенно безнаказанно переноситъ и стафилококковъ, и стрептококковъ и очищается отъ нихъ вмѣстѣ съ мочей. Однако, если слизистая оболочка пузыря подвергнется травмѣ и ея эпителий будетъ поврежденъ, то тотчасъ обнаруживаются признаки инфекции.

Частое попаданіе разныхъ микробовъ въ мочевой пузырь и нахожденіе ихъ у здороваго человѣка объясняетъ многія явленія, которыя раньше казались мало понятными.

Еще во времена до-антисептическія было замѣчено, что простое введеніе инструментовъ въ мочевые пути можетъ сопровождаться лихорадкой, которую объясняли тогда вліяніемъ нервной системы. Дѣло въ томъ, что явленіе это наблюдалось далеко не у всѣхъ и далеко не всегда. У болѣе искусныхъ хирурговъ лихорадка эта была менѣе выражена, а часто и вовсе не появлялась. Объясняли это тѣмъ, что болѣе искусные при этомъ пособіи менѣе раздражали нервную систему больного.

Одно время я думалъ совершенно избавиться отъ всякихъ осложнений послѣ катетеризаціи пузыря, усиливши мѣры предосторожности стерилизаціей катетеровъ въ аутоклавѣ. Такъ какъ стеклянные катетеры отъ этого стали очень ломаться, я замѣнилъ ихъ металлическими. Оказалось, что принятая мною мѣра не оправдала возлагавшихся на нихъ надеждъ, и одно время раздраженіе пузыря стало гораздо чаще, даже чѣмъ было прежде. Причина этого впрочемъ

скоро обнаружилась, когда металлическіе катетеры были снова замѣнены стеклянными, и раздраженія пузыря исчезли сразу.

Все это объясняется такъ. Знаменитые французскіе хирурги, очевидно, достигали такого искусства при своихъ манипуляціяхъ, что не причиняли даже малѣйшаго поврежденія мочевыхъ путей. Поэтому послѣ ихъ катетеризаціи мочева лихорадка и не могла появляться. То же самое было и у насъ въ случаѣ съ стеклянными катетерами, которые, какъ болѣе гладкіе, не повреждали слизистую оболочку уретры, такъ что сразу исчезли осложненія, зависѣвшія отъ поврежденій, наносимыхъ металлическими катетерами, у которыхъ отверстія были немного помяты. Всѣ эти осложненія отсутствовали въ этихъ случаяхъ потому, что отсутствовали условія для возникновенія инфекции.

Для выясненія этиологіи всякаго хроническаго цистита или инфекции пузыря всегда очень важно знать, не была ли сдѣлана когда-нибудь катетеризація. Если инструментъ вводился хотя одинъ разъ, хотя бы много мѣсяцевъ тому назадъ, то это должно быть принято во вниманіе при объясненіи возникновенія заболѣванія. При циститѣ у мужчины проф. Murphy всегда прежде всего останавливается на этомъ.

То же самое, надо думать, происходитъ и со слизистой оболочкой женскаго полового тракта. И здѣсь природа несомнѣнно справляется сама и очищаетъ организмъ отъ случайно проникающихъ инфекціонныхъ началъ. Но если вмѣстѣ съ попаданіемъ микробовъ произойдутъ поврежденія эпителия слизистой оболочки, все равно механическое, пальцами, инструментами, или химическое каустическими средствами, то условія сразу мѣняются, и организмъ, лишенный своихъ защитительныхъ отъ инфекции приспособленій, оказывается несостоятельнымъ.

Въ этомъ надо искать причину, почему всѣ тяжелыя послѣродовыя инфекции появляются только тогда, когда въ половой каналъ было введено что-либо. Это настолько бросается въ глаза, что даже предсказаніе при этихъ заболѣваніяхъ тотчасъ измѣняется, когда извѣстно, что было сдѣлано хотя одинъ разъ внутреннее изслѣдованіе; когда этого не было, предсказаніе всегда остается болѣе благоприятнымъ.

Въ противоположность гонорройной, септической инфекціи плохо распространяется по слизистымъ оболочкамъ, пока онѣ здоровы. Въ полости влагалища, кромѣ того, инфекція встрѣчаетъ довольно серьезный отпоръ со стороны кислотности отдѣленія, зависящей отъ бактеріи, вырабатывающей здѣсь молочную кислоту. Когда этой кислоты во влагалищѣ нѣтъ, напр. во время беременности и нѣкоторое время послѣ родовъ, патогенные микробы не погибаютъ во влагалищѣ и всегда являются для организма угрозой тяжелаго заболѣванія.



Въ матку микробы попадаютъ или во время родовъ, или въ послѣродовомъ періодѣ, часто при выкидышѣ, или послѣ него, иногда во время регуль.

Въ полости матки они вызываютъ воспалительное заболѣваніе слизистой оболочки, которое однако рѣдко переходитъ непосредственно.

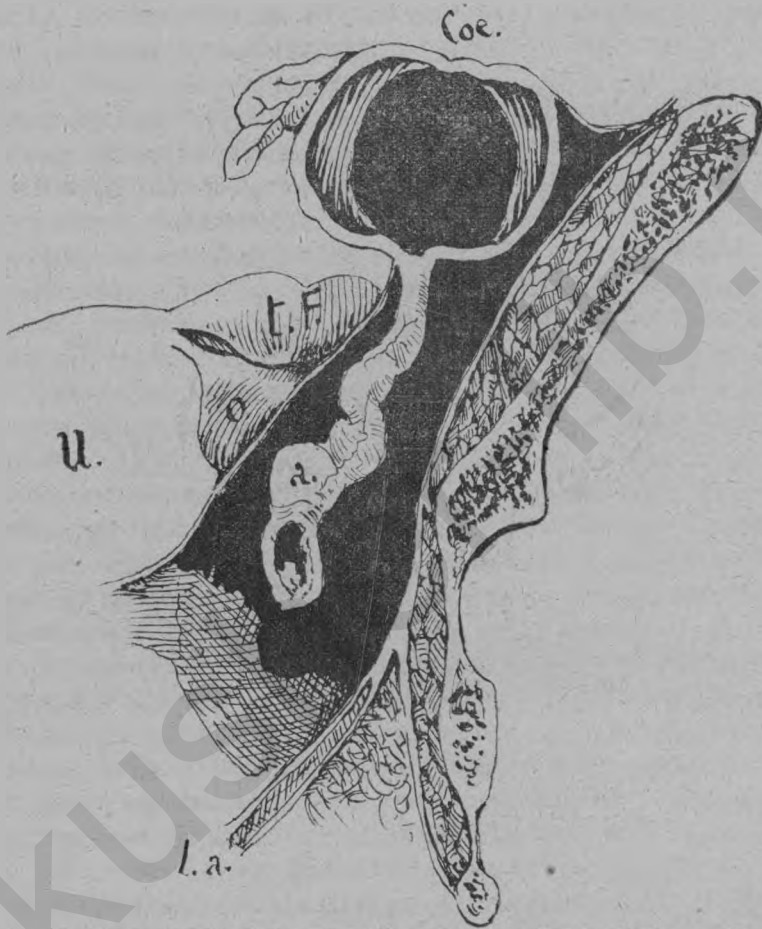


Рис. 20. (Полусхематически, Фронтальный разрѣзъ таза. Въ клетчаткѣ, въ толщѣ правой широкой связки обширное нагноеніе, отеловившее брюшину и поднимающееся вверхъ въ fossa iliaca. Внизу инфильтратъ въ основаніи широкой связки, доходящій до тазового дна. l. a.—musculus levator ani; U.—uterus; Coe.—coesum; t. F.—tuba Fallopii; o. ovarium; a.—appendix vermiformis, на концѣ его перфорация—источникъ всего заболѣванія. Въ трубѣ гной pyosalpinx. (19.26.1.00).

per continuitatem на слизистую оболочку трубы. Въ острыхъ случаяхъ, въ особенности послѣродовыхъ, труба инфицируется черезъ лимфатическіе пути, проходящіе въ широкихъ связкахъ, иногда можетъ быть, даже черезъ вены.

Воспалительныя явленія въ маткѣ проявляются двойко: или 1) въ острой формѣ, обыкновенно переходящей въ послѣдствіи въ хроническую, или 2) прямо въ хронической. Въ обоихъ случаяхъ мѣстныя измѣненія бываютъ тѣ же самыя, разница только въ проявленіяхъ общей инфекціи организма и степени его отравленія продуктами инфекціи,

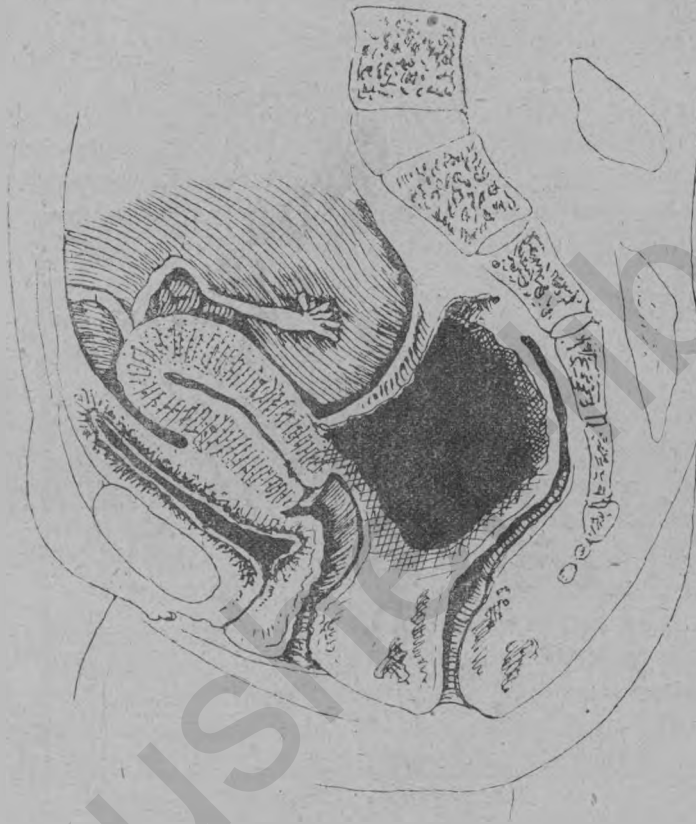


Рис 21. Сагиттальный разръзъ таза. Сзади матки виденъ (черное) инфильтратъ, который отслоилъ брюшину всей правой половины таза и оттѣснилъ матку впередъ и вверхъ.

Инфекція септическая легко поражаетъ околوماتочную клѣтчатку, гдѣ она даетъ обширныя инфильтраты, абсцессы и длительныя нагноенія. Здѣсь инфекція проникаетъ черезъ всякія поврежденія въ области маточной шейки и сводовъ, гдѣ имѣется обильная сѣть лимфатическихъ сосудовъ. Съ клѣтчатки она можетъ переходить на брюшину и давать мѣстныя и общія воспаленія этой плевры, вплоть до смертельнаго перитонита, или до образованія осумкованныхъ внутрибрюшинныхъ скопленій и синусовъ, иногда сообщающихся съ гноиниками широкой связки.

Клѣтчатка эта можетъ инфицироваться отъ сосѣднихъ, покрытыхъ брюшиной органовъ: трубы, червеобразнаго отростка, кишекъ.

Воспаленная труба, нагноившаяся киста яичника, растянутый гноемъ *appendix* прирастаютъ къ брюшинѣ широкой связки и черезъ нее передаютъ инфекцію клѣтчаткѣ. Инфильтратъ растягиваетъ основаніе широкихъ связокъ и, отслаивая брюшину, поднимается въ *fossa iliaca*.

Воспаленіе околоматочной клѣтчатки (*parametrium*) называется параметритомъ, *parametritis*. Интенсивность и распространеніе этого воспаленія могутъ быть самыя разнообразныя. Это можетъ быть незначительный инфильтратъ около заболѣвшихъ органовъ и находямый въ видѣ сопротивленія и неподатливости гдѣ-нибудь въ боковомъ сводѣ. Это можетъ быть острое флегмонозное воспаленіе, захватывающее цѣлую половину таза и даже переходящее на другую его сторону.

Острое флегмонозное воспаленіе тазовой клѣтчатки сопровождается тѣми же симптомами, какъ и всякая флегмона въ другихъ мѣстахъ тѣла, изобилующихъ клѣтчаткой.

Начинается дѣло съ озноба и поднятія температуры. Затѣмъ постепенно появляется отекъ и выпоть въ клѣтчатку. Она превращается въ плотную ткань, не позволяющую свести пальцы въ сводѣ при внутреннемъ изслѣдованіи. По образованіи инфильтрата боль затихаетъ и остается только при давленіи и отъ сдавливанія опухолью сосѣднихъ органовъ.

Очень типическая для параметрита кривая температуры наблюдается также при всякой инфекции въ клѣтчаткѣ. Это собственно кривая, характерная для всякой флегмоны, гдѣ бы она ни развилась.

Характеръ кривой при этомъ, по существу своему, бываетъ гнойный, гектической, потому что суточные колебанія выражаются цѣлымъ градусомъ. Но, кромѣ ежедневныхъ утреннихъ ремиссій, наблюдаются колебанія, смѣщающія кривую на нѣсколько градусовъ. Такое чередующееся поднятіе и паденіе температуры держится по нѣскольку дней. При паденіяхъ она спускается до нормы, но суточные колебанія остаются гектическими, несмотря на рѣзкое улучшеніе самочувствія. Получается сразу какъ бы выздоровленіе, но черезъ нѣсколько дней появляется новое поднятіе температуры и продолжается тоже нѣсколько дней.

Объясненіе всему этому довольно простое. Сперва получается значительное поступленіе инфекціонныхъ началъ. Всасываніе ихъ сопровождается ознобомъ и повышеніемъ температуры. Но организмъ тотчасъ принимаетъ защитительныя мѣропріятія. Клѣтчатка тотчасъ отекаетъ и инфильтрируется круглоклѣточными элементами. Получается инфильтратъ, ограждающій отъ дальнѣйшаго всасыванія ин-

фицирующихъ веществъ. Пока эти защитительныя работы организма не закончились, температура остается высокой, а суточные ея колебанія только указываютъ на присутствіе въ организмѣ гноеродныхъ началъ и ихъ всасываніе. Когда организмъ закончитъ свою защитительную работу, крупное поступленіе инфекціи прекращается, всѣ симптомы затихаютъ, и замѣчается рѣзкое улучшеніе. Но заразныя начала остаются. Это видно изъ характера кривой, а черезъ нѣсколько дней защитительныя огражденія, устроенныя организмомъ, оказываются несостоятельными, происходитъ новое всасываніе, повторяется повышение температуры и слѣдующее за нимъ новое распространеніе

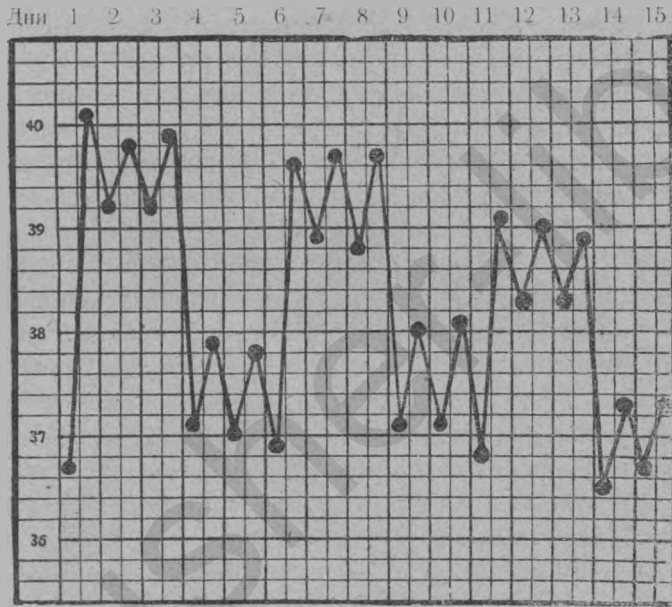


Рис. 22. Кривая температуры при параметритѣ или иной флегмонѣ.

инфильтрата и его организація. Въ результатъ все это даетъ гектическую кривую съ повышениями и ремиссіями, продолжающимися нѣсколько дней.

Послѣ нѣсколькихъ такихъ многодневныхъ колебаній температуры кривая понемногу выравнивается: ежедневныя колебанія исчезаютъ, а экзацербации и ремиссіи не повторяются. Инфильтратъ понемногу рассасывается, иногда черезъ нѣсколько недѣль, иногда черезъ нѣсколько мѣсяцевъ, и получается выздоровленіе.

Но такое благоприятное теченіе бываетъ далеко не всегда.

Если инфекція распространяется такъ быстро, что организмъ не успѣваетъ выставить противъ нея достаточно непроницаемыя загражденія, то почти вся подбрюшинная клѣтчатка можетъ быть захвачена

инфекціей, и наступаетъ смерть при явленіяхъ воспаления брюшины. Это то, что встарину называли *peritonitis sicca*, потому что въ серозной полости не находятъ никакого эксудата и вся брюшина сильно гиперемирована и отечна, а кишки сильно растянуты газами. Болѣзнь начинается потрясающимъ ознобомъ, и всякое новое поступленіе инфекціонныхъ началъ ведетъ къ тому же. Скоро присоединяются разные признаки раздраженія брюшины и ея воспаления. Такое состояніе вещей наблюдалось и при эпидеміяхъ послѣродовой инфекціи, и послѣ операций въ брюшной полости. Очень быстрое распространеніе флегмонозно-гнойнаго воспаления по клѣтчаткѣ характерно для стрептококковой инфекціи. Она проникаетъ въ клѣтчатку и лимфатическіе пути столь же легко, какъ вода проникаетъ черезъ сито. Даже удаленіе инфицированной матки вмѣстѣ съ придатками здѣсь дѣла спасти не можетъ. Прекрасный дренажъ тазовой полости, который получается послѣ этой операции (*panhysterectomy*), дренировать подбрюшинную клѣтчатку не можетъ, и больная довольно скоро погибаетъ отъ инфекціи.

Когда процессъ остается мѣстнымъ въ толщѣ широкой связки, то еще возможно выздоровленіе, но и оно часто сопровождается осложненіями.

Нерѣдко довольно скоро образуются гнойныя скопленія въ клѣтчаткѣ. Они бываютъ различной величины, отъ мелкихъ, величиной съ горошину, гнойничковъ до крупныхъ полостей, вмѣщающихъ нѣсколько стакановъ гноя.

Нагноеніе обнаруживается сначала логическими признаками: тектическая лихорадка съ суточными колебаніями на градусъ и болѣе, со знобами и потами, а впослѣдствіи и прощупываніемъ флюктуаци.

Гнойники эти скрываются, тогда сами, въ кишку или влагалище, иногда даже въ пузырь, и тогда все это затягивается на мѣсяцы и даже на годы.

Если своевременно распознано гнойное скопленіе, то, по опороженіи его черезъ влагалище или черезъ брюшную стѣнку и установленіи хорошаго дренажа, дѣло можетъ скоро наладиться, и тогда можетъ получиться довольно быстрое выздоровленіе.

Старые гнойники бываютъ ограничены толстой и плотной оболочкой изъ организованнаго инфильтрата, а стѣнки этихъ гнойныхъ полостей наклонны къ оmozолѣлости. Такіе случаи отличаются упорнымъ и длительнымъ теченіемъ. Они требуютъ не только своевременнаго хирургическаго леченія, но и продолжительныхъ терапевтическихъ мѣропріятій, леченія главнымъ образомъ тепломъ: солнцемъ, ваннами, грязями и т. п.

Септическая инфекція, какъ уже было указано, часто присоединяется въ видѣ добавочной къ инфекціи бленнорройной и туберкулезной.

Туберкулезная инфекция половых органов происходит через кровеносную систему и источником ее являются туберкулезные бронхиальные железы, или иные зажившие или загложшие первичные очаги.

Допускается впрочем возможность инфекции туберкулезомъ через половой трактъ, но оснований для этого очень мало, а вѣроятности для справедливости этого предположенія еще меньше.

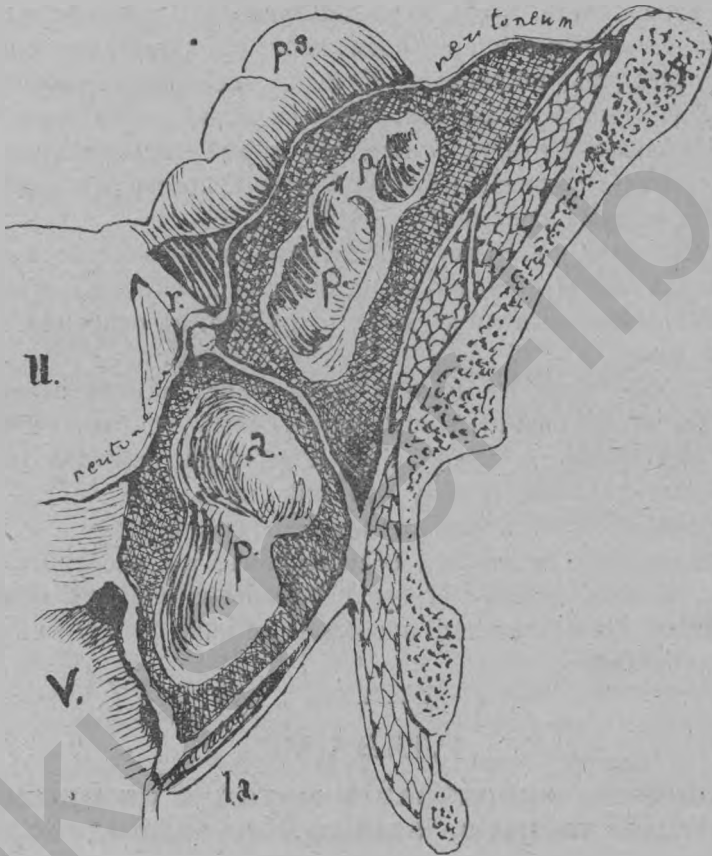


Рис. 23. Фронтальный разръзъ черезъ тазъ. Лѣвая половина; въ ней инфильтратъ клетчатки, отслоившій брюшину. Спереди и сзади круглой связки—*r.* и ея фасциальной перегородки гнойники *p. a* и *p. p* (parametritis anterior et posterior) съ омологными стѣнками. *U*—uterus; *V*—vagina; *p. s.*—pyosalpinx; *l. a.*—musculus levator ani.

Изъ половых органовъ туберкулезомъ поражаются главнымъ образомъ матка и ея придатки: трубы, яичники, а также ближайше отдѣлы брюшины. Кромѣ того на наружныхъ половых частяхъ, въ особенности въ преддверіи, иногда бываютъ туберкулезныя язвы.

Для туберкулезнаго заболѣванія внутреннихъ половых органовъ

женщины, совершенно такъ же, какъ и для бленнорройной ихъ инфекция, характерна двусторонность пораженія. Поэтому бесплодіе столь же постоянное слѣдствіе туберкулеза этихъ органовъ, какъ и при ихъ бленнорреѣ, точно также какъ одностороннее заболѣваніе типично для септической и послѣродовой инфекции.

Двусторонняя септическая инфекция обыкновенно является слѣдствіемъ присоединенія ея къ уже имѣвшейся бленнорройной или туберкулезной, т. е. въ видѣ добавочной инфекции.

При туберкулезѣ трубъ инфекция брюшины довольно неизбѣжна. Однако въ этомъ случаѣ еще возможно самопроизвольное выздоровленіе. Происходятъ обширныя сращения серознаго покрова, и полость брюшины постепенно зарастаетъ и практически уже не существуетъ. Инфекція гложетъ и отъ нея, кромѣ паутинообразныхъ сращеній, остаются отложенія казеозной массы, постепенно пропитывающейся известковыми солями

Мочевые пути тоже могутъ подвергаться туберкулезной инфекціи, которая здѣсь начинается обыкновенно съ почекъ, проявляется сначала учащенными позывами къ мочеиспусканію, въ особенности ночью, и гнойной мочей.

Присутствіе гноя въ кислой мочѣ почти всегда зависитъ отъ туберкулеза, и это очень цѣнный и надежный признакъ. Иногда при большой настойчивости можно и въ совершенно свѣтлой мочѣ найти туберкулезныя палочки, потому что онѣ проходятъ черезъ почки и такимъ образомъ могутъ выдѣляться изъ организма.

О какомъ-либо мѣстномъ специальномъ, въ особенности хирургическомъ, леченіи туберкулезнаго заболѣванія вопросъ можетъ возникать только по исключеніи пораженія легкихъ и другихъ важныхъ для жизни органовъ.

## ГЛАВА VI.

### **Инфекціонныя заболѣванія матки и ея придатковъ: *endometritis, metritis, salpingitis, salpingoophoritis.***

Изъ инфекціонныхъ заболѣваній женскихъ половыхъ органовъ наибольшее практическое значеніе имѣютъ заболѣванія внутреннихъ органовъ: матки и ея придатковъ. Болѣзни половой щели и даже влагалища имѣютъ значеніе главнымъ образомъ потому, что при нихъ инфекция можетъ распространиться на внутренніе органы. Кромѣ того доступность ихъ для осмотра и для приложенія леченія значительно упрощаетъ діагностику, оцѣнку ея значенія и терапію.

Изъ внутреннихъ органовъ на первомъ мѣстѣ стоитъ матка. Инфекція въ ней всегда начинается съ ея полости и выстилающей ее слизистой оболочки.

На всякое раздраженіе, въ особенности инфекціонное, слизистая оболочка отвѣчаетъ воспаленіемъ. Получается эндометритъ, *endometritis*. Воспаленіе это проявляется очень разнообразными измѣненіями, и макроскопическими, и микроскопическими.

Это создало не особенно вразумительное, хотя и довольно обширное ученіе объ эндометритахъ.

Ихъ дѣлятъ на острые и хроническіе. Послѣдніе встрѣчаются много чаще и могутъ развиваться, не проходя острой стадіи.

По симптомамъ отличаютъ *endometritis haemorrhagica*, когда преобладаетъ кровотеченіе. Когда первое мѣсто занимаютъ боли и ихъ послѣдствія, говорятъ объ *endometritis dolorosa*. Когда выдѣленія изъ матки имѣютъ гнилостный характеръ, это будетъ *endometritis putrida*, а при зловоніи—*endometritis merphytica seu foetida* и т. п. Когда слизистая оболочка выдѣляется вся или по частямъ, это будетъ *endometritis exfoliativa*.

По внѣшнему виду препарата можно отличать: *endometritis hypertrophica*, *polyposa*, *atrophicans*, *ulcerosa*, а когда ничего опредѣленнаго сказать нельзя, это будетъ *endometritis mixta*—смѣшанная форма.

При микроскопическомъ изслѣдованіи въ слизистой оболочкѣ находятъ измѣненія ея эпителия и ея железъ. Это будетъ паренхиматозный эндометритъ, въ отличіе отъ интерстиціального, когда измѣненія касаются соединительнотканной стромы. Это и служитъ главнымъ основаніемъ для объясненія микроскопическихъ измѣненій въ слизистой оболочкѣ (рис. 24).

*Endometritis parenchymatosa* можетъ захватывать по преимуществу железы, и тогда это будетъ *endometritis glandularis*. Если при этомъ получаютъ гиперпластическія измѣненія и разрастанія слизистой оболочки и на ней образуются выпячиванія, то это будетъ *endometritis polyposa* и даже *fungosa*.

Интерстиціальнѣй эндометритъ даетъ двѣ группы заболѣванія: гипертрофическую и атрофическую. Гипертрофическая форма можетъ сопровождаться разрастаніемъ всей соединительной ткани и разрастаніемъ сосудовъ, появляются новыя артеріи, иногда извитыя вродѣ штопора, и новыя вены. Это будетъ *endometritis vascularis* или даже *telangiectodes*.

Гиперпластическія формы эндометрита ведутъ не только къ утолщенію слизистой оболочки, но и къ болѣе интенсивной дѣятельности железъ. Отсюда увеличеніе секреціи и усиленіе регулъ, переходящее даже въ меноррагію, когда сосуды слизистой оболочки расширены. Атрофическія формы характеризуются сморщиваніемъ и истонченіемъ слизистой оболочки, уменьшеніемъ ея выдѣленій и уменьшеніемъ ре-



гуль, которые могут даже совершенно прекратиться, когда большая часть слизистой оболочки замѣняется рубцовой тканью.

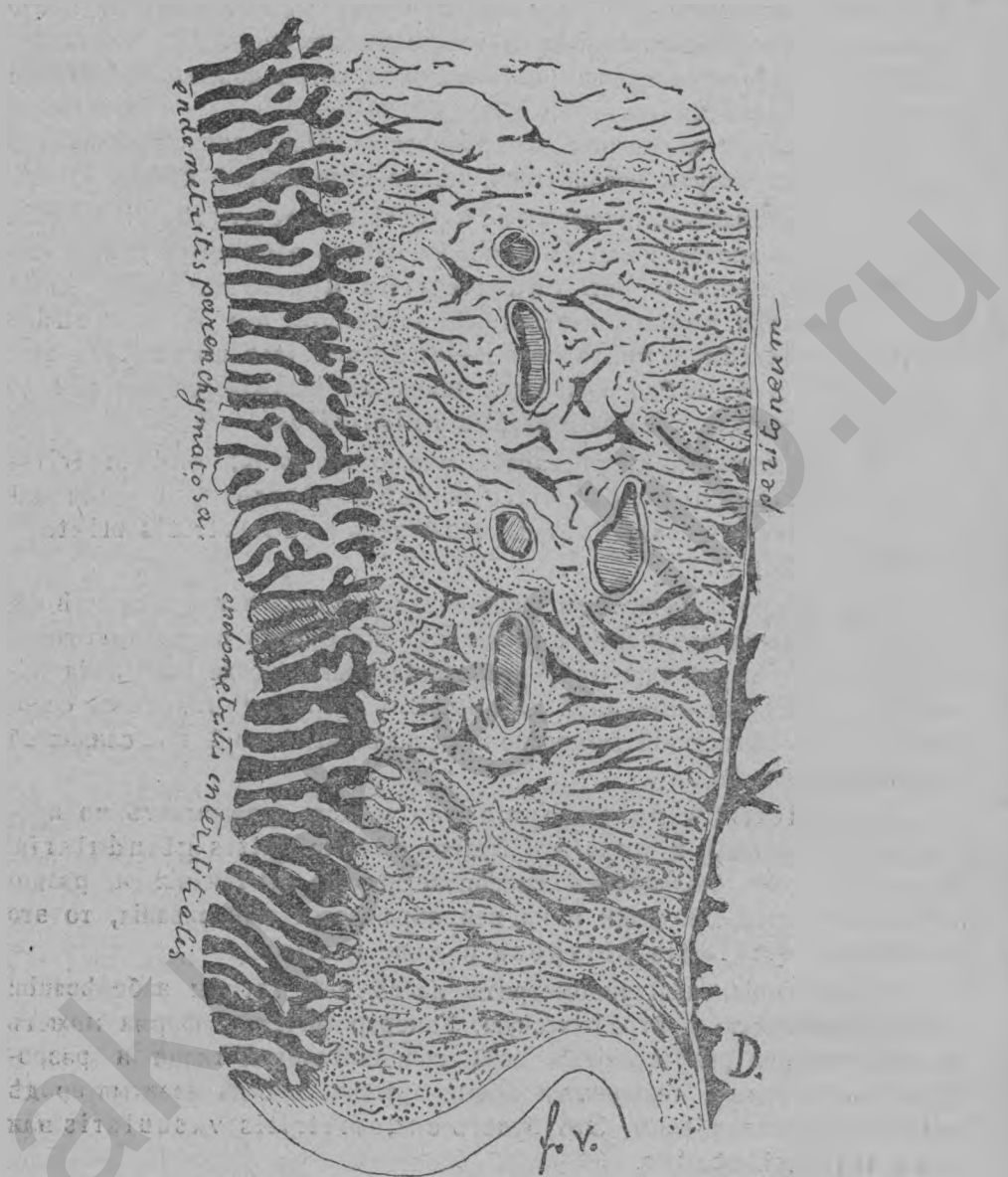


Рис. 24. Схема распространения инфекции съ слизистой оболочки шейного канала на маточную ткань. Чернымъ изображены воспалительныя измѣненія, они доходятъ до задней поверхности матки. *f. v.* — задній сводъ влагалища. *D.* — Дугласова ямка. На слизистой оболочкѣ видны два типа воспаления: паренхиматозное, когда поражается эпителий железъ, и интерстициальное, когда захвачена соединительнотканная строма. Въ мышечной ткани воспаление выражается круглоклѣточной инфильтраціей и развитіемъ рубцовой ткани. Инфекція постепенно доходитъ до брюшины, гдѣ вызываетъ воспаление и образование сросеній

Гипертрофическіе эндометриты даютъ уже упомянутыя выше полипозную и фунгозную разновидности, причемъ преобладать можетъ разрастаніе железъ или стромы, и тогда отмѣчаютъ эту подробность присоединеніемъ наименованія: *interstitialis* или *parenchymatosa*.

Все это, конечно, очень интересно, но пригодно главнымъ образомъ только для толкованія результатовъ микроскопическаго изслѣдованія препаратовъ послѣ выскабливанія матки. Здѣсь тоже возможны смѣшанныя формы — *endometritis mixta*, когда измѣненія не удается подвести подъ какую-нибудь изъ перечисленныхъ разновидностей.

По локализаци и преобладающимъ симптомамъ отличаютъ эндометритъ шейнаго канала и эндометритъ самой полости, или даже только части ея, эндометритъ дна этой полости: *endometritis colli*, *endometritis corporis* и *endometritis fundi uteri*. Въ дѣйствительности однако это дѣленіе тоже искусственное, и это только стадіи одной и той же болѣзни.

Самая существенная особенность этого заболѣванія состоитъ въ томъ, что чистаго эндометрита, когда измѣненія касаются только слизистой оболочки, не бываетъ вовсе.

Анатомическое строеніе матки, какъ уже было указано, обуславливаетъ тѣсную связь между всѣми тремя слоями, изъ которыхъ она состоитъ, и когда на слизистой оболочкѣ начинается воспаленіе, оно неизбежно распространяется на мезометрій, т. е. на мышечную ткань. Здѣсь, совершенно такъ же какъ въ толщѣ слизистой оболочки, тотчасъ появляется круглоклѣточная инфильтрація, которая, въ зависимости отъ интенсивности и продолжительности существованія инфекции, постепенно захватываетъ всю толщу мышечнаго слоя и даже доходить до брюшины, до периметрія.

Такимъ образомъ при всякомъ эндометритѣ инфицирована будетъ вся матка, хотя начало инфекции и ея источникъ находятся только въ слизистой оболочкѣ.

Есть указанія на то, что бактеріи могутъ проникать черезъ мышечный слой матки и доходить до перитонеальнаго ея покрова. Правда, отыскивать ихъ въ тканяхъ довольно трудно, но описываютъ нахожденіе гонококка въ толщѣ маточной мышечной ткани. Находили и *bacillus coli communis*. Въ этомъ собственно нѣтъ ничего удивительнаго, ибо извѣстно, что черезъ воспаленную кишку бактеріи несомнѣнно проникаютъ въ брюшину и могутъ ее инфицировать.

Клѣточная инфильтрація маточной ткани сопровождается отечностью, разрыхленіемъ и гипереміей. Объемъ органа увеличивается. Онъ дѣлается мягче и становится чувствительнымъ. Увеличивается объемъ матки, усиливается секрція ея слизистой оболочки. Регулы тоже дѣлаются обильнѣе и сопровождаются болью.

Это состояніе называется первой или гипертрофической стадіей хроническаго метрита. Недостаточная инволюція послѣ родовъ имѣеть много общаго съ этимъ состояніемъ.

Когда инфекция и производимое ею воспаленіе достигаетъ до покрытой брюшиной поверхности матки, клѣточная инфильтрація въ мышечномъ слоѣ непосредственно подъ этой плевой увеличивается, а когда захватывается и брюшина, то она тотчасъ прорастаетъ къ сосѣднимъ органамъ — получаютъ сращения съ Дугласовыми складками, съ кишками.

Затѣмъ черезъ нѣкоторое время начинается вторая стадія хроническаго метрита. Круглоклѣточная инфильтрація начинаетъ организоваться и постепенно переходитъ въ соединительную рубцовую ткань. Начинается сморщиваніе этой ткани, матка дѣлается плотнѣе и объемъ ея уменьшается. Мышечныя волокна становятся тоньше и часть ихъ даже замѣщается тканью соединительною, почти рубцовой.

Если всѣ эти процессы совершаются съ достаточною интенсивностью въ эндометріи, то и въ немъ происходитъ въ общемъ то же самое.

Первое слѣдствіе воспаленія проявляется и здѣсь круглоклѣточной инфильтраціей, а усиленное питаніе, вслѣдствіе гипереміи, ведетъ къ гиперпластическимъ процессамъ въ этой слизистой оболочкѣ, получаютъ гиперпластическія формы ея воспаленія. Когда процессъ организациі инфильтрованной стромы закончится, начинается образованіе рубцовой ткани и, какъ слѣдствіе ея сморщиванія, атрофическія формы эндометрита.

Организациія продуктовъ воспаленія въ маточной ткани и въ особенности въ брюшинномъ ея покровѣ и около него ведетъ къ сморщиванію поверхности матки, поэтому она начинаетъ перегибаться и запрокидываться кзади или кпереди, и чѣмъ больше рубцовой ткани здѣсь развивается, тѣмъ скорѣе и прочнѣе дѣлаются эти перегибы. Перегибъ кзади (*retroflexio*), самая частая форма этого послѣдствія воспаленія, производитъ кромѣ того перекручиваніе сосудовъ, проходящихъ въ широкой связкѣ. Получается хроническій венозный застой и отекъ маточной ткани.

Рубцовыя сморщиванія или атрофическіе процессы въ ткани матки, напр., около ея поверхности, могутъ совершаться одновременно съ интенсивными еще воспалительными явленіями въ другихъ частяхъ мезометріа, которыя будутъ находиться еще въ гиперпластической стадіи заболѣванія.

Во всѣхъ этихъ измѣненіяхъ существеннымъ являются не столько мѣстныя проявленія воспаленія и подробности, ихъ сопровождающія, сколько причина всего этого, съ которою нужно бороться — инфекция.

Не менѣе существенно и то, что строгой локализациі въ отдѣль-

номъ слоѣ никогда не бываетъ, и когда говорятъ о периметритѣ матки, то тѣмъ самымъ подразумѣвается, что инфицированъ весь органъ, и лечить его надо весь, если мы желаемъ добиться устранения этой инфекціи и ея послѣдствій.

Совершенно то же въ общемъ относится и къ придаткамъ матки: къ трубамъ и яичникамъ.

Здѣсь инфекція, какъ мы уже видѣли, проникаетъ изъ полости матки и въ нѣкоторыхъ случаяхъ черезъ сосуды, кровеносные или лимфатическіе.

Попадая на слизистую оболочку трубы, инфекція вызываетъ здѣсь такія же измѣненія, какъ и въ полости матки. Появляется катарральное раздраженіе слизистой оболочки и клѣточная инфильтрація, усиливается секреція и выдѣленія дѣлаются даже гнойными.

Стѣнка трубы и ея мышечный слой тоже подвергаются инфильтраціи. Скопленіе круглыхъ элементовъ въ особенности замѣтно около маточнаго отверстія. Здѣсь довольно скоро начинается усиленное образованіе соединительной ткани и получается значительное воспалительное утолщеніе стѣнки трубы около угла матки.

Начало трубы представляетъ какъ бы маленькимъ добавочнымъ рогомъ, сидящимъ на этомъ углу и являющимся какъ бы его продолженіемъ. Утолщеніе это представляется плотнымъ наощупъ и образуется насчетъ круглоклѣточной инфильтраціи и развитія воспалительной соединительной ткани. Иногда такихъ утолщеній бываетъ нѣсколько.

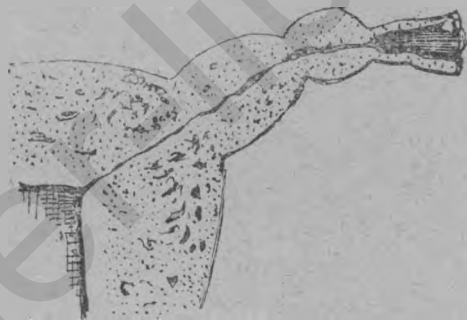


Рис. 25. Угль матки и начало трубы при ея воспаленіи съ образованіемъ утолщеній—salpingitis nodosa (полусхематически).

Утолщеніе это—salpingitis nodosa можетъ вызывать сильныя боли. При операціяхъ узлы эти всегда необходимо удалять съ корнемъ, какъ говорится, и захватывать при этомъ интерстиціальную часть вмѣстѣ съ окружающей ее мышечной тканью, иначе боли остаются и могутъ даже сдѣлаться еще сильнѣе, чѣмъ до оперативнаго удаленія трубы.

Такъ какъ въ здоровомъ состояніи секреція трубы вытекаетъ въ полость брюшины, то черезъ абдоминальный конецъ трубы туда же попадаетъ изъ нея инфекція и непосредственно переходитъ на яичникъ. Получается раздраженіе брюшины около отверстія трубы, образуются ложныя фибринозныя перепонки и сращения, которыя въ болѣе острыхъ случаяхъ, при вирулентности отдѣленія, припечатываютъ, какъ сургучемъ, отверстіе трубы.

Этимъ природа ограждаетъ полость брюшины отъ попаданія инфекціонныхъ началъ. Если этого не произойдетъ, то инфекция можетъ распространиться не только на брюшину малаго таза, но и на всю брюшную полость, и тогда получается смертельный перитонитъ.

Такъ какъ маточный конецъ имѣетъ очень тонкій просвѣтъ, то, по зарощеніи абдоминальнаго отверстія, секретія слизистой оболочки трубы не успѣваетъ выдѣляться черезъ матку и начинаетъ скопляться въ трубѣ, растягивая ее.



Рис. 26. Двустороннее заболѣваніе трубъ. Въ лѣвой трубѣ катарральное воспаленіе припухшія фимбріи, очевидно, помѣшали попаданію двухъ имѣющихся здѣсь гнойныхъ комковъ (бѣлыя пятна) въ полость брюшины. Въ правой трубѣ скопленіе, растягивающее ее полость. Матка перегнулась кзади, вслѣдствіе бывшихъ въ Дугласовой ямкѣ воспалительныхъ явленій отъ попавшей сюда инфекции. Маточные концы обѣихъ трубъ утолщены—*salpingitis nodosa*.

При этомъ содержимое трубы можетъ быть или гнойнымъ, или водянистымъ, въ зависимости отъ интенсивности инфекции и воспалительнаго процесса въ слизистой оболочкѣ. Растянутая жидкостью труба дѣлается извитой, вслѣдствіе скрѣпленія ея сращеніями съ яичникомъ и широкой связкой. Количество жидкости, скопляющейся въ трубѣ, можетъ быть различное. Крупныя, въ кулакъ величины опухоли, зависятъ не только отъ интенсивности воспаленія трубы, но и отъ состоянія ея маточнаго отверстія. Когда оно совершенно непроходимо, давленіе, подъ которымъ находится содержимое трубы, увеличивается, а секретія слизистой оболочки уменьшается. При такихъ условіяхъ растяженіе трубы бываетъ ничтожное, и большой опухоли получить не можетъ. Наоборотъ, если сообщеніе съ маткой

не нарушено и часть содержимаго трубы через него вытекает, то опухоль увеличивается. Это очень похоже на то, что бываетъ при гидронефрозѣ. Если перевязать мочеточникъ наглухо, гидронефроза не получается, и растяженіе лоханки получается ничтожное. Крупные гидронефрозы, какъ извѣстно, бываютъ только тогда, когда еще сохранилась нѣкоторая проходимость мочеточника.

Условія, въ которыхъ находится содержимое трубы въ замкнутой полости, выстланной слизистой оболочкой, неблагоприятны для жизни бактерий, и онѣ довольно скоро здѣсь погибаютъ. При бленнорройной

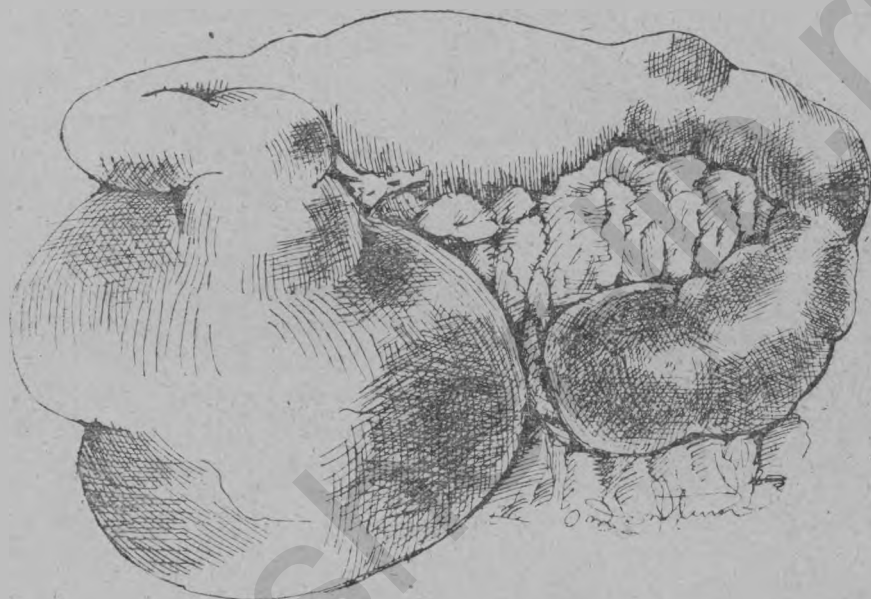


Рис. 27. Двусторонніе сальпингиты. Въ серединѣ видно дно матки. Сзади нея приращенный сальникъ. Справа pyosalpinx. Слева большая опухоль трубы, растянутой жидкимъ водянистымъ гноемъ — pyohydrosalpinx. У праваго угла матки крупный воспалительный узелъ трубы — salpingitis nodosa. Слева тоже утолщеніе, но гораздо меньшее. Большое скопленіе жидкости въ трубѣ на этой сторонѣ объясняется тѣмъ, что здѣсь проходимость маточнаго отверстия еще сохранена, а на правой сторонѣ, очевидно, исчезла или очень затруднена.

инфекціи это происходитъ немного скорѣе, чѣмъ при септической, но вообще заканчивается къ 8—9 мѣсяцамъ. Въ это время гной можетъ оказаться совершенно стерильнымъ. Этимъ, между прочимъ, объясняется счастливый исходъ послѣ операций, когда произойдетъ излитіе гноя, иногда вонючаго, въ брюшную полость и все обходится благополучно, какъ думаютъ, оттого, что удалось хорошо вытереть или промыть брюшную полость и тѣмъ удалить изъ нея всю инфекцію, а въ дѣйствительности потому, что никакой инфекціи туда и не попало.

Какимъ образомъ организму удается стерилизовать этотъ гной не хуже лучшаго аутоклава и почему въ этомъ гноѣ сохраняются зловонные газы, когда бактеріи, ихъ выработавшія, давно исчезли, на первый взглядъ мало понятно. Но это объясняется хорошей герметической укупоркой и отгораживаніемъ инкапсулированнаго гнойнаго скопленія. Изъ него ничего не всасывается и въ него ничего не поступаетъ. Бактеріи погибаютъ вслѣдствіе накопленія продуктовъ собственной жизнедѣятельности, а газы сохраняются вслѣдствіе отсутствія диффузіи черезъ окружающую это скопленіе оболочку. Это бываетъ только при скопленіяхъ въ трубѣ, или въ старыхъ хорошо инкапсулированныхъ гнойникахъ между кишечными петлями.



Рис. 28. На разрѣзѣ яичника виденъ большой абсцессъ желтаго тѣла, заключавшій нѣсколько столовыхъ ложекъ вонючаго гноя. (Оп. 1 февраля 1912 г.).

Когда инфекция находится въ клѣтчаткѣ или въ ткани яичника, то она можетъ тоже инкапсулироваться въ рубцовой ткани. Въ толщѣ рубца вирулентныя бактеріи могутъ сохраняться многіе годы, не проявляя себя ничѣмъ. Мнѣ случилось потерять отъ этой причины одну больную, у которой такой инкапсулированный очагъ далъ себя знать очень острой вспышкой черезъ 17 лѣтъ послѣ тяжелаго послѣ-родового заболѣванія, служившаго исходной точкой инфекции. Во время послѣдней великой войны многимъ нерѣдко приходилось наблюдать инфекціонные очаги, которые возникали въ глубинѣ тканей послѣ полного и прочнаго зарубцеванія раны. Это возобновленіе

инфекции происходило и послѣ оперативныхъ пособій для сшиванія костей, неправильно сросшихся, и просто послѣ случайнаго ушиба безъ всякаго раненія.

Иногда гной инкапсулируется въ яичникѣ въ полсти желтаго тѣла, тогда полость эта значительно расширяется, а ограничивающая ее фибринозная оболочка утолщается (см. рис. 28).

При всякихъ сальпингитахъ труба обыкновенно приростаетъ къ сосѣдней брюшинѣ и послѣ этого нерѣдко передаетъ инфекцію находящейся подъ брюшиной клѣтчаткѣ. Въ большинствѣ случаевъ дѣло ограничивается инфильтратомъ около инфицированнаго очага, и только при септической инфекціи дѣло доходитъ до настоящаго параметрита съ образованіемъ гнойниковъ.

При инфекціи бленнорройной или туберкулезной все ограничивается болѣе или менѣе незначительнымъ инфильтратомъ въ клѣтчаткѣ, чувствительнымъ при ощупываніи и нарушающимъ подвижность матки или ея придатковъ.

При добавочной септической инфекціи инфильтраты эти бываютъ болѣе рѣзко выражены, легче прощупываются и болѣе чувствительны и болѣзненны.

Когда гной въ трубѣ успѣетъ сдѣлаться стерильнымъ, инфильтраты начинаютъ понемногу исчезать и отъ нихъ остается только рубцовая ткань, нарушающая эластичность основанія широкихъ связокъ и подвижность органовъ, къ которымъ онѣ прикрѣпляются.

Добавочная септическая инфекція при уже имѣющейся гонококковой или туберкулезной инфекціи придатковъ представляетъ, какъ мы уже говорили, тяжелое осложненіе, и при всякомъ леченіи надо заботиться о томъ, чтобы она не могла произойти.

Беременность, послѣродовое состояніе и въ особенности выкидышъ могутъ быть очень благопріятствующимъ для этого моментомъ, а всякія манипуляціи и оперативныя пособія на маткѣ и ея придаткахъ могутъ явиться толчкомъ, вызывающимъ это осложненіе.

Добавочная инфекція возможна тѣмъ же самымъ видомъ бактерій, но воспитанныхъ на другой питательной средѣ и въ другихъ условіяхъ, напр., на другомъ организмѣ. Септическія инфекціи въ такихъ случаяхъ нерѣдко сопровождаются очень тяжелыми осложненіями, хотя новаго вида бактерій при этомъ и не вводится.

Внесеніе инфекціи при уже имѣющемся заболѣваніи всегда возможно и, конечно, всегда происходитъ при всякой операціи. Въдѣ, и самое понятіе о полной стерильности всего, что соприкасается съ раной, или можетъ въ нее попасть, все-таки относится болѣе къ теоретическимъ представленіямъ. Въ дѣйствительности это рѣдко удается выполнить. Недочеты въ этомъ отношеніи обезвреживаются самимъ организмомъ, поэтому мы ихъ даже не замѣчаемъ во многихъ случаяхъ. Когда органы уже инфицированы, условія будутъ совершенно иныя, и незначительная новая инфекція даетъ о себѣ знать различными симптомами, указывающими на обостреніе процесса.

Даже простое изслѣдованіе или механическія вліянія могутъ служить исходной точкой для появленія добавочной инфекціи. Незначительнаго ушиба или поврежденія срощеній съ сосѣдними органами, напр., съ кишками, можетъ оказаться достаточно, чтобы внести новую добавочную септическую инфекцію къ уже имѣющейся бленнорройной или туберкулезной. Незначительнаго мѣстнаго воспаленія кишечной стѣнки уже достаточно, чтобы черезъ нее могла пройти кишечная палочка; а когда она находитъ здѣсь хорошую питательную среду, то нѣтъ ничего удивительнаго, что она скоро можетъ до-



браться до воспаленныхъ придатковъ и внести въ нихъ новую инфекцію. Незначительныя кровеизліянія около яичника во время овуляціи тоже являются условіемъ, которое можетъ привести къ тому же самому, потому что кровь является прекрасной питательной средой для бактерій. Поэтому всякую травму при уже пораженныхъ придаткахъ надо разсматривать, какъ серьезную угрозу тяжелыми осложненіями.

При всякихъ влагалищныхъ операціяхъ всегда полезно вспомнить, что еще Malgaigne предупреждалъ объ опасности притягивать инструментами матку, когда она мало подвижна и когда это стягиваніе причиняетъ боль. Тогда все оперировали еще безъ наркоза, и боль въ этихъ случаяхъ являлась признакомъ очень цѣннымъ, предупреждающимъ многія тяжелыя осложненія.

Добавочная септическая инфекція придатковъ можетъ произойти и черезъ кровь, вслѣдствіе метастатическаго процесса изъ довольно отдаленнаго первичнаго очага, совершенно такъ же, какъ это бываетъ при остеоміелитѣ. Случайныя мѣстныя явленія, какъ ушибъ, охлажденіе и т. п., какъ извѣстно, обусловливаютъ образованіе *locus minoris resistentiae*, и незначительнаго нагноенія на кожѣ или гдѣ-нибудь на пальцѣ въ этихъ случаяхъ уже достаточно, чтобы попадающія въ кровь бактеріи могли остановиться на мѣстѣ такого пониженнаго сопротивленія тканей. Такъ бываетъ и при такъ называемомъ ревматическомъ воспаленіи суставовъ съ исходной точкой заболѣванія въ глоткѣ или въ каріозномъ зубѣ.

Собственно всякое нагноеніе, гдѣ бы оно ни было, можетъ сдѣлаться источникомъ нерѣдко очень вирулентной инфекціи, обнаруживающейся на мѣстѣ наименьшаго сопротивленія. Почему однѣ и тѣ же бактеріи, попавши въ кровь, въ однихъ случаяхъ вызываютъ тяжелое общее піэмическое заболѣваніе съ обширными абсцессами въ разныхъ органахъ, а въ другихъ все ограничивается инфекціей отдѣльнаго слабаго мѣста, *locus minoris resistentiae*, остается невыясненнымъ. Возможно, что это зависитъ отъ условій жизни и питанія того же самаго микроорганизма и что такимъ образомъ получаютъ отдѣльныя его разновидности, способныя вызывать различныя заболѣванія всегда въ тѣхъ же органахъ, какъ это было получено при опытахъ съ *bac. pyocyaneus*.

Какъ бы то ни было, всегда умѣстно считаться съ тѣмъ, что въ воспаленныхъ придаткахъ мы имѣемъ тоже *locus minoris resistentiae*, и что здѣсь всегда возможна добавочная септическая инфекція путемъ метастатическимъ, совершенно такъ же, какъ это было наблюдаемо при стрептококковомъ аппендицитѣ, когда онъ появляется вслѣдъ за стрептококковымъ нагноеніемъ на конечности (*pararitium*).

Имѣющеея уже воспаленіе, какъ слѣдствіе менѣе вирулентной

инфекціи, можетъ подготовить почву для болѣе вирулентной, совершенно такъ же, какъ охлажденіе кости или сустава подготавливаетъ почву для возникновенія остеомиэлита или гнойнаго артрита. Нѣтъ основанія думать, чтобы продолжительное охлажденіе туберкулезныхъ или бленнорройныхъ придатковъ (мѣшокъ со льдомъ) не могло бы превратить ихъ въ *locus minoris resistentiae* и повести къ добавочной септической инфекціи путемъ метастатическимъ, черезъ кровь.

Послѣ родовъ измѣненія въ маткѣ, какъ извѣстно, располагаютъ къ септической инфекціи и не только прямой непосредственной, отъ которой можно еще уберечься, но также и черезъ кровь изъ какого-нибудь гнойнаго очага.

Огромная опасность при осложненіи беременности гнойнымъ аппендицитомъ въ значительной степени зависитъ отъ возможности септической инфекціи на мѣстѣ прикрѣпленія *placentae*—инфекціи, происходящей путемъ метастатическимъ, черезъ кровь. Опытные хирурги принимаютъ это обстоятельство во вниманіе при постановкѣ предсказанія въ этихъ случаяхъ. Пока у беременной женщины имѣется гнойный аппендицитъ, жизнь ея находится въ большой опасности, гораздо большей, чѣмъ въ небеременномъ состояніи.

## ГЛАВА VII.

### Инфекціонныя заболѣванія влагалища и половой щели (*vulva*).

Возникновеніе инфекціи въ половой щели (*vulva*) и въ полости влагалища встрѣчаетъ много благоприятныхъ условій. Влагалищная секреція обладаетъ всѣми свойствами хорошей питательной среды, съ благоприятной для развитія микроорганизмовъ постоянной температурой, а на половую щель и выдѣленія ея слизистыхъ и сальныхъ железъ постоянно попадаютъ и пыль, и разныя бактеріи, въ томъ числѣ и довольно вирулентныя, какъ *bacillus coli communis*.

Препятствіемъ для развитія здѣсь инфекціи является хорошій естественный дренажъ—свободное истеченіе выдѣленій, которыя, по анатомическимъ условіямъ, не могутъ здѣсь застаиваться, а на половой щели, кромѣ того, подвергаются постоянному высыханію—условіе тоже очень неблагоприятное для жизни бактерій.

Влагалищная слизь кромѣ того, какъ уже было указано, содержитъ молочную кислоту—продуктъ дѣятельности особой бактеріи. Кислота эта является серьезнымъ препятствіемъ для развитія всякихъ патогенныхъ микробовъ. Эпителіальный покровъ слизистой оболочки влагалища, пока онъ не поврежденъ, представляетъ значительное препятствіе для многихъ инфекцій. На немъ, какъ тоже уже было указано въ своемъ мѣстѣ, не могутъ развиваться даже гонококки, а

въ кислой средѣ влагалищной слизи довольно скоро гибнуть разные септическіе микробы.

Но всѣ эти условія и ихъ защитительное дѣйствіе иногда отсутствуютъ, и тогда все это оказывается несостоятельнымъ.

Въ дѣтскомъ возрастѣ влагалищный эпителий имѣетъ столь нѣжное строеніе, что обладаетъ свойствами, присущими цилиндрическому эпителию, а на немъ прекрасно развиваются гонококки, для чего не нужно даже никакихъ поврежденій. Септическія бактеріи, въ томъ числѣ и *bacillus coli communis* тоже находятъ здѣсь въ этомъ возрастѣ условія, очень благопріятныя для своего развитія. Поэтому инфекции эти отличаются большимъ упорствомъ и ведутъ къ продолжительному заболѣванію и тяжелымъ осложненіямъ. Въ случаѣ бленнорреи болѣзнь можетъ принимать очень острое теченіе (острый бленнорройный *vaginitis*) и нерѣдко затягивается вплоть до наступленія половой зрѣлости, когда инфекция эта начинаетъ поражать внутренніе органы. Въ случаѣ септическаго нагноенія во влагалищѣ оно тоже держится очень упорно и можетъ привести къ общему септическому заболѣванію организма и даже къ піэмическимъ процессамъ съ пораженіемъ суставовъ и внутреннихъ органовъ. Встрѣчающееся у дѣтей туберкулезное заболѣваніе возникаетъ, какъ и всегда, гематогеннымъ путемъ, но, переходя съ полости матки на влагалище, легко даетъ почву для добавочной септической инфекции.

Въ беременномъ состояніи обильное выдѣленіе влагалищной слизистой оболочки утрачиваетъ свою кислую реакцію и тоже становится очень воспримчивымъ и къ бленнорройной, и къ септической инфекции.

Клѣтчатка, окружающая слизистую оболочку и стѣнку влагалища, представляетъ среду, очень пригодную для инфекции.

Иногда эта ея особенность можетъ являться спасительной для организма, защищая его отъ болѣе глубокой инфекции, совершенно такъ же, какъ это бываетъ при малыхъ поврежденіяхъ слизистой оболочки кишки. Она можетъ защитить организмъ отъ общей инфекции, которая въ ней задерживается и вызываетъ мѣстные явленія. Въ другихъ случаяхъ та же клѣтчатка можетъ служить мѣстомъ обширнаго нагноенія и даже омертвѣнія. Образующіяся въ ней кровезлиянія могутъ давать обширныя гематомы, вся опасность которыхъ состоитъ въ чрезвычайной чувствительности и воспримчивости къ инфекции. Когда это случается, получаютъ тяжелыя и даже смертельныя осложненія.

Неудивительно, что, при совокупности всѣхъ этихъ условій, слизистая оболочка влагалища подвергается всякаго рода воспаленіямъ, *vaginitis seu colpitis*, начиная отъ простаго катарра съ незначительнымъ слущиваніемъ эпителия и кончая флегмонозными процессами, захватывающими клѣтчатку.

Въ зависимости отъ возбудителей инфекции возможна *colpitis dysphtheritica* съ образованіемъ ложныхъ оболочекъ и болѣе или менѣе обширными омертвѣніями тканей; *colpitis ulcerosa* и даже *bullosa*, когда въ слизистой оболочкѣ образуются мелкіе пузырьки, наполненные газомъ (метанъ) и отслаивающіе эпителиальный слой.

Воспалительныя заболѣванія влагалища могутъ сопровождаться отекомъ половой щели и половыхъ губъ, а инфицированныя и по-

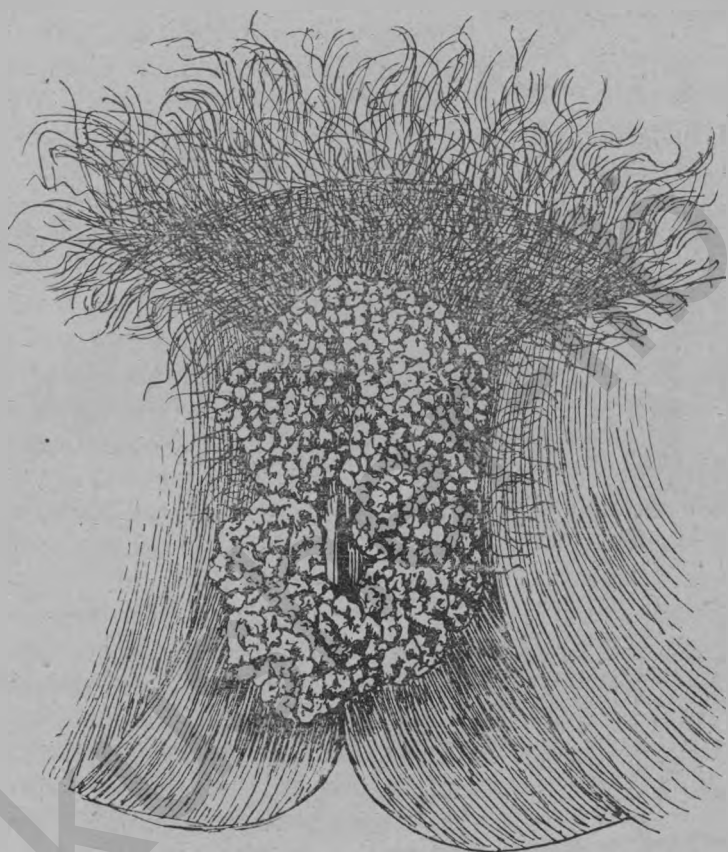


Рис. 29. Острая кондиломы половой щели. *Condylomata acuminata vulvae*.

стоянно заражаемая выдѣленія ведутъ къ раздраженію покрововъ, ихъ краснотѣ и чувствительности.

Воспалительныя явленія наружныхъ половыхъ частей, ихъ припуханіе и чувствительность могутъ быть и чисто травматическаго происхожденія, что нерѣдко наблюдается въ теченіе нѣсколькихъ дней у новобрачныхъ (*vulvitis nuptialis*).

Общія заболѣванія, измѣняющія составъ крови, какъ подагрической діатезъ, или худосочія вслѣдствіе общаго истощенія, или ту-

беркулезной инфекции у детей, ведутъ къ усиленію раздражающаго дѣйствія влагалищныхъ выдѣленій. Они дѣлаются еще болѣе ѣдкими, когда къ нимъ примѣшивается моча или калъ при свищахъ, а также при бленнорройной инфекціи, въ особенности когда она комбинируется съ другими инфекціями.

Воспалительная припухлость и краснота половыхъ губъ, *vulvitis*, можетъ обуславливаться не только такими выдѣленіями, истекающими изъ влагалища, но и разнаго рода внѣшними раздраженіями и загрязненіями, попаданіемъ испражнений, заплззаніемъ въ половую щель глистовъ (*oxyuris vermicularis*) и т. п.

Болѣе интенсивная инфекция половой щели и даже влагалища можетъ повести къ рожистому ея воспаленію, *erysipelas vulvae*.

Хроническое раздраженіе ведетъ къ болѣе стойкимъ измѣненіямъ, получается слущиваніе эпителия и развивается настоящая *eczema*, которую приходится лечить мазями, цинковою (*Ungt. Zinci*), или вазелиномъ съ висмутомъ, все это, конечно, послѣ достаточной очистки теплой водой и вытиранія насухо.

Тѣ же длительныя, хроническія раздраженія ведутъ къ разрастанію тканей, кожи и слизистой оболочки половыхъ частей. Такъ, въ особенности при бленнорройномъ заболѣваніи являются условія для образованія острыхъ кондиломъ. Это бородавчатыя разрощенія, состоящія изъ Мальгипіева слоя и покрывающаго его эпителия.

Выдѣленія и гной, застаивающіеся въ складкахъ такихъ разрощеній вмѣстѣ съ застаивающей туда мочей, загниваютъ и даютъ рѣзкій, пронзительный запахъ, а попадая на сосѣдную здоровую кожу, разъѣдаютъ ее.

Заболѣваніе это требуетъ хирургическаго леченія: прижиганія дымящейся азотной кислотой, каленымъ желѣзомъ, а то и просто изстѣч нія ножомъ съ наложеніемъ швовъ.

Продолжительное воспаленіе отъ хроническаго раздраженія приводитъ иногда также и къ гиперплазіи кожи съ ея утолщеніемъ и

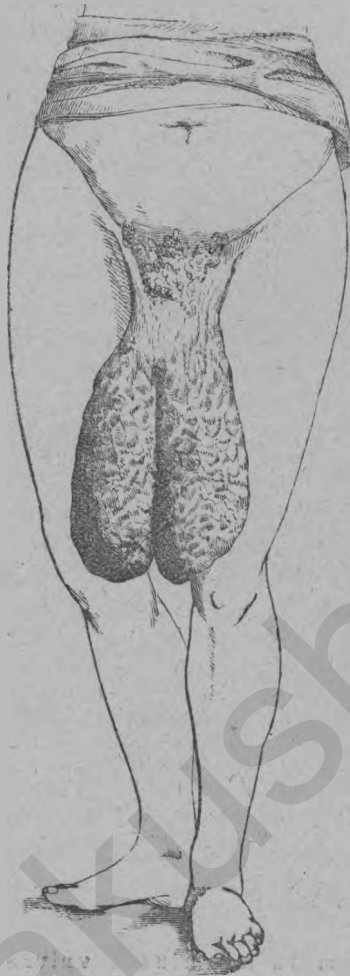


Рис. 30. Elephantiasis наружныхъ половыхъ губъ. Случай Rigal de Gaillac.

образованіемъ причудливыхъ опухолей, совершенно уродующихъ половую щель. Заболѣваніе это обозначаютъ названіемъ слоновости, elephantiasis. Отъ какой инфекціи зависитъ это странное заболѣваніе, остается неизвѣстнымъ, потому что никакихъ спеціальныхъ возбудителей для него еще не найдено (рис. 30).

Леченіе здѣсь, конечно, возможно только хирургическое, вырѣзываніе опухоли и пластика, но рассчитывать послѣ него можно на очень скромные результаты, къ тому же не исключаютъ возможность рецидива.

Около наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала, вслѣдствіе хроническаго раздраженія слизистой оболочки разными выдѣленіями, въ особенности при не порядкахъ со стороны пузыря и мочеиспусканія, развиваются бородавчатая или полипозная разрощенія, carunculae urethrales. Они представляются въ видѣ выступа, или висятъ на тонкой ножкѣ. Ярко-красный ихъ цвѣтъ и форма напоминаютъ спѣлую ягоду земляники и они легко кровоточатъ. Лечение состоитъ въ ихъ отстриганіи ножницами и въ прижиганіи ляписомъ, или лучше пакеленомъ.

Другое заболѣваніе, вызываемое еще неизвѣстными возбудителями, но тоже, надо думать, не обходящееся безъ вліянія инфекціи, носить благозвучное греческое названіе kraurosis vulvae.

Это болѣзненное состояніе названо было такъ отъ греческаго слова κραῦρος — сухой. Названіе предложено Breisky въ 1885 г., хотя заболѣваніе это гораздо раньше въ 1875 г. было подробно описано Lawson Tait'омъ.

Болѣзнь начинается съ малыхъ губъ и выражается тѣмъ, что слизистая оболочка vulvae пріобрѣтаетъ особую сухость и начинаетъ сморщиваться, а ткани подвергаются постепенной атрофіи. Болѣзнь эта появляется у женщинъ, близкихъ къ климактерическому состоянію, и вызываетъ сильный зудъ, слизистая оболочка теряетъ свою эластичность и надывается при половомъ сношеніи, которое даже дѣлается невозможнымъ.

Леченіе здѣсь сводится къ вырѣзыванію всей измѣненной слизистой оболочки или къ прижиганію ея чистой карболовой кислотой, или аппаратомъ Raquelin.

Нестерпимый зудъ, pruritus vulvae, появляющійся у женщинъ климактерическаго возраста, стоитъ близко къ этому заболѣванію, хотя и не сопровождается замѣтными измѣненіями слизистой оболочки. Онъ можетъ зависѣть и отъ влагалищныхъ выдѣленій, подобно тому какъ мы видѣли это въ дѣтскомъ возрастѣ, но онъ можетъ быть и совершенно самостоятельнымъ заболѣваніемъ, не сопровождающимся никакими внѣшними измѣненіями, кромѣ послѣдствій усиленнаго чесанія — расчесовъ на половыхъ органахъ.

Болезнь эта выражается только непреодолимою потребностью постоянного чесывания наружных половых частей. Потребность эта бывает выражена так резко, что самые стыдливыя женщины не могут удержаться отъ ея удовлетворенія и должны постоянно искать уединенія. Ночью въ постели, и вообще въ теплѣ, зудъ этотъ настолько усиливается, что мѣшаетъ сну и вызываетъ разныя нервныя явленія, дѣлающія жизнь больной совершенно невыносимой.

Зудъ этотъ можетъ зависѣть и отъ общаго заболѣванія, напр. отъ резко выраженного подагрическаго діатеза, или отъ діабета. Однимъ изъ раннихъ признаковъ коего онъ нерѣдко и является. Поэтому одинъ изъ первыхъ вопросовъ, который необходимо рассмотретьъ при этой болѣзни, это изслѣдовать мочу на сахаръ.

Присутствіе сахара и другихъ редуцирующихъ веществъ въ мочѣ встрѣчается у женщинъ не только при діабетѣ, но и какъ симптомъ случайный, переходящій, нерѣдко исчезающій безслѣдно. Таковы случаи обнаруживанія слѣдовъ сахара у беременныхъ. Покойный Vagnier наблюдалъ это явленіе у самыхъ здоровыхъ женщинъ, у которыхъ роды и послѣродовой періодъ протекали наиболѣе нормально. Редуцирующія вещества въ мочѣ наблюдаются у многихъ женщинъ во время регуль и при наступленіи климактерическаго періода. При обиліи сахара въ мочѣ онъ можетъ подвергнуться броженію, когда такая моча затекаетъ во влагалище и смачиваетъ половую щель. Такое броженіе вызываетъ резкое раздраженіе.

Не менѣе резко бываетъ выраженъ нестерпимый зудъ у беременныхъ. Здѣсь онъ вызывается обыкновенно обильнымъ выдѣленіемъ изъ влагалища, ведущимъ къ постоянному раздраженію половой щели и усиливающимся, кромѣ того, вслѣдствіе застойной гипереміи.

Зудъ въ половыхъ частяхъ можетъ зависѣть и отъ *pediculus pubis*. Огдѣльныя насѣкомыя этого паразита сидятъ около корня волосъ, по одному на каждомъ. Они держатся здѣсь очень крѣпко и ни мытьемъ, ни даже бритьемъ ихъ удалить нельзя. Постоянное расчесываніе ведетъ къ покраснѣнію волосистой части кожи. Иногда паразитъ этотъ переносится ногтями на другія волосистыя части. Его находили подъ мышками, на бровяхъ и даже на вѣкахъ; на волосахъ головы его однако никогда не бываетъ.

Леченіе зуда половыхъ органовъ можетъ быть общее и мѣстное. Общее леченіе назначается при общихъ заболѣваніяхъ, при подагрическомъ діатезѣ и въ особенности при діабетѣ, гдѣ однимъ мѣстнымъ леченіемъ ограничиться, конечно, нельзя.

Мѣстное леченіе сводится къ достиженію надлежащей чистоты и къ назначенію средствъ, понижающихъ чувствительность.

Начинаютъ съ основательнаго мытья теплой водой съ мыломъ, всего лучше марсельскимъ, въ чистомъ тазу, чистыми руками и

чистой ватой, отнюдь не губкой. Мыть нужно съ терпѣніемъ, совершенно такъ же, какъ моють передъ операціей. Воду надо мѣнять нѣсколько разъ и добиться того, чтобы вездѣ чувствовался скрипъ. Такое мытье надо сдѣлать два или три раза въ теченіе сутокъ или двухъ, послѣ чего можно ограничиться обычными подмываніями утромъ и вечеромъ. Мытье удаляетъ всѣ жирныя части, смегму и отдѣленіе сальныхъ железъ. Во многихъ случаяхъ послѣ него получается не только облегченіе, но даже полное исцѣленіе. Это въ особенности относится къ зуду беременныхъ и въ дѣтскомъ возрастѣ. При старческомъ зудѣ одного мытья недостаточно и необходимо назначить подмыванія съ слабымъ растворомъ фенола (1%) или, что гораздо дѣйствительнѣе, съ мятнымъ масломъ. Берется  $1/2\%$  растворъ поваренной соли и въ него прибавляютъ 8 капель англійскаго мятнаго масла на бутылку. Масло надо брать непременно англійское, другихъ сортовъ надо брать болѣе 8 капель, а готовить надо въ бутылкѣ, чтобы хорошо можно было взболтать. Если этого не сдѣлать и накапать масло просто въ тазъ, то при подмываніи будетъ жечь какъ огнемъ, какъ это и было съ одной моей пациенткой, которая отъ такого леченія проплакала нѣсколько дней. Подмываніе такой мятной водой дѣлается, по мѣрѣ надобности, нѣсколько разъ въ день и даетъ большое облегченіе.

Когда зудъ зависитъ отъ влагалищныхъ выдѣленій, назначаются соотвѣтствующія спринцованія.

При глистахъ *oxyuris vermicularis* у дѣтей назначаются прохладныя клистиры съ чеснокомъ. Половину луковицы чеснока измельчаютъ ножомъ и настаиваютъ часа два въ 2—3 стаканахъ холодной воды, затѣмъ процеживаютъ, и ставятъ клистиръ комнатной температуры.

Можно даже ограничиться просто прохладными клистирами изъ чистой воды, но отъ прибавленія чеснока леченіе это оказывается много дѣйствительнѣе.

При *pediculus pubis* назначаютъ неаполитанскую, ртутную мазь (Ungt. griseum, seu Neapolitanum). Достаточно смазать ею волосистыя части на ночь дня два кряду, а затѣмъ вымыться въ банѣ, чтобы избавиться отъ этихъ паразитовъ. Такъ какъ мазь эта очень пачкаетъ бѣлье, то, вмѣсто нея, можно назначить 1% растворъ сулемы, которымъ надо хорошенько смочить корни волосъ. Послѣ этого къ утру всѣ паразиты оказываются на простынѣ, и рѣдко приходится повторять это леченіе. Однако при назначеніи такого раствора сулемы необходимо помнить, что это сильный ядъ, и что послѣ смазыванія необходимо тщательно вымыть руки со щеткой, и вообще надо обращаться съ этимъ средствомъ съ большою осторожностью.



На половой щели могутъ быть венерическія язвы. Классическими мѣстами для нихъ считаются: *fossa navicularis*, внутренняя поверхность малыхъ губъ, преддверіе и головка клитора: на большихъ губахъ и около *anus* онѣ встрѣчаются много рѣже. Плоскія кондиломы, *condylomata lata*, относятся къ позднѣйшей стадіи болѣзни и съ ними къ гинекологу обыкновенно не обращаются. Любимое ихъ мѣсто это окружность *anus* и задняя спайка.

Мягкая язва, *ulcus molle*, сопровождается раннимъ припуханіемъ и болѣзненностью паховыхъ железъ. Язву сифилитическую можно смѣшать съ туберкулезной и даже съ раковой язвой. Кромѣ внѣшняго вида, теченіе болѣзни и въ особенности пробное микроскопическое изслѣдованіе скоро выясняютъ, въ чемъ дѣло.

Пузырьки *herpes*, совершенно такіе же, какъ бываетъ на губахъ при лихорадкѣ, появляются нерѣдко на наружныхъ половыхъ частяхъ. Появленіе ихъ сопровождается зудомъ, а вслѣдствіе чесанія пузырьки легко сдираются ногтемъ и послѣ нихъ остаются экскоріаціи эпителия, обнажающія Мальпигіевъ слой. Лишенная эпителия или эпидермиса поверхность можетъ давать отдѣленіе, жидкое серозное, а когда она загрязнится, напр., выдѣленіемъ изъ влагалища, то и гнойное. Однако настоящей язвы съ подрытыми краями здѣсь не развивается. Появляется только грануляціонная поверхность, покрытая гнойнымъ выдѣленіемъ. Въ свѣжемъ видѣ эти экскоріаціи имѣютъ зазубренные края, вслѣдствіе закругленныхъ границъ пузырьковъ, изъ которыхъ онѣ образуются. Онѣ захватываютъ только эпидермоидальный слой, не углубляясь въ ткань кожи. Когда онѣ нагнаиваются, дно ихъ все-таки остается на одномъ уровнѣ съ наружными покровами, съ здоровой кожей, или слизистой оболочкой. Онѣ могутъ вызвать отекъ половыхъ губъ, но воспалительная припухлость надъ ними никогда ихъ не выпячиваетъ такъ, какъ это бываетъ при специфической язвѣ съ ея склерозомъ. Съ мягкой язвой смѣшать ихъ довольно трудно, потому что тамъ разрушительный процессъ проникаетъ гораздо глубже и захватываетъ кожу. Послѣ такой язвы остается дефектъ въ тканяхъ и по заживленіи образуется рубецъ. Послѣ герпетической ссадины никакого рубца не остается.

Всякія воспаленія на половыхъ органахъ, а въ особенности все то, что можетъ напоминать здѣсь язву, имѣетъ большое практическое значеніе. Это всегда возбуждаетъ безпокойство, въ особенности у людей мнительныхъ. Появляются опасенія о возможности специфическаго зараженія, случайнаго вслѣдствіе пользованія отхожимъ мѣстомъ, или отъ бѣлья, принесеннаго отъ прачки; или, что уже гораздо серьезнѣе, какъ послѣдствіе невѣрности со стороны мужа. Такіе именно случаи нерѣдко приводятъ къ врачу больныхъ съ простой герпетической ссадиной, которая, можетъ быть, наполовину уже

зажила, но которая лишила и больную, и даже ея мужа всякаго спокойствія.

Все, что нужно назначить въ такихъ случаяхъ, это—чистота и защищеніе гранулирующей поверхности отъ загрязненія. Достигается это обмываніемъ чистой водой и засыпаніемъ сухимъ висмутомъ (*Mag. bismuthi*). Когда такія ссадины покрываютъ ватой, то это иногда приводитъ къ ухудшенію и затягиваетъ заживленіе, если вату эту не смѣняютъ послѣ испражненія или мочеиспусканія, а когда и часто смѣняютъ, то неизбѣжно разбереживаютъ ссадину и она тоже долго не заживаетъ.

Незначительныя поврежденія слизистой оболочки входа во влагалище по сосѣдству съ дѣвственной плевой или на ея слизистой оболочкѣ могутъ давать ссадины, чрезвычайно болѣзненные при всякомъ прикосновеніи, и привести къ болѣзненному состоянію, извѣстному подъ названіемъ вагинизма, т. е. судорожнаго сокращенія мышцъ промежности и тазового дна. Сокращенія эти могутъ быть столь болѣзненны, что исключаютъ всякую возможность полового сношенія. Боль при этомъ вызывается не только прикосновеніемъ къ самой ссадинѣ, или поврежденію, но и вообще ко всей слизистой оболочкѣ входа во влагалище. Боль эта можетъ быть такая сильная, что съ больною дѣлается нервный припадокъ съ судорогами и даже потерей сознанія.

Такое состояніе вещей можетъ сдѣлать всякую попытку къ половому сношенію совершенно невозможной, и даже осмотръ такихъ больныхъ требуетъ особаго вниманія и осторожности. Осмотръ этотъ слѣдуетъ дѣлать методически и неторопливо, избѣгая всякихъ порывистыхъ движеній и все время занимая вниманіе больной вопросами и разговоромъ. Когда сдѣлать изслѣдованіе при такихъ условіяхъ не удастся, то приходится дать наркозъ.

Значительная боль, не находящаяся ни въ какомъ соотношеніи съ незначительностью измѣненій или поврежденій, отъ которыхъ она происходитъ, объясняется здѣсь совершенно такъ же, какъ боль при трещинѣ задняго прохода (*fissura ani*). Въ обоихъ случаяхъ болитъ не самая ссадина или трещина, а все тазовое дно и промежность, потому что при трещинѣ во время испражненія происходитъ судорожное сокращеніе мышцъ тазового дна и промежности, и боль получается совершенно такъ же, какъ боль при судорогѣ икроножной мышцы, только здѣсь непосредственная причина, вызывающая судорогу, остается неизвѣстной, а въ случаѣ вагинизма она происходитъ при всякомъ прикосновеніи къ слизистой оболочкѣ. Судорожныя сокращенія тутъ появляются какъ только прикасаются пальцемъ или зондомъ и сокращаются *m. constrictor cunni*, *m. levator ani* и даже *m. obturator internus*.

Ничтожное повреждение слизистой оболочки не может зарубцеваться не только от инфекции, которая здѣсь, конечно, неизбежна а оттого, что сокращеніе мышцъ постоянно подновляетъ надрывъ, совершенно такъ же, какъ это бываетъ при трещинѣ задняго прохода, когда заживленію мѣшаютъ сокращенія сфинктера.

Исчерпывающее объясненіе всей картины болѣзни при трещинѣ апі сдѣлано было еще Boyer, а леченіе, вполне подтверждающее это объясненіе, было дано Récamier. Оно состоитъ въ расширеніи отверстія задняго прохода и насильственнымъ растяженіи сфинктера или даже въ надрѣзаніи этой мышцы. Послѣ этого, какъ извѣстно, трещина очень скоро зарубцовывается, потому что сокращенія сфинктера въ теченіе нѣсколькихъ дней не могутъ мѣшать этому заживленію, и скоро получается исцѣленіе отъ этого тяжкаго недуга.

При вагинизмѣ примѣняется совершенно аналогическое леченіе. Дѣлаютъ расширеніе входа во влагалище и методически растягиваютъ *constrictor cunnii* и мышцы промежности. Послѣ такого леченія нерѣдко получается исцѣленіе, даже тогда, когда первоначальная ссадина на слизистой оболочкѣ, вызвавшая начало этого страннаго заболѣванія, уже успѣла зарубцеваться, или не могла быть отыскана при самомъ тщательномъ осмотрѣ. Возможно, что такое незначительное поврежденіе слизистой оболочки дѣйствительно успѣваетъ зарубцеваться, а сдѣлавшееся привычнымъ судорожное сокращеніе мышцъ продолжается при каждомъ раздраженіи периферическихъ нервовъ на половой щели. Это особенно относится къ тѣмъ упорнымъ случаямъ, встрѣчающимся у очень нервныхъ субъектовъ, когда первая попытка къ половому сношенію сопровождается грубыми приемами и оказывается неудачной.

Болѣзнь эта лечится не только оперативнымъ путемъ—растяженіемъ, которое ее излечиваетъ тоже не всегда. Поэтому обыкновенно начинаютъ съ назначенія мѣстныхъ анестезирующихъ средствъ, напр. 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> раствора кокаина, который прикладывается на ватѣ за нѣсколько минутъ до полового сношенія. Или же вводятъ послѣ такого обезболиванія цилиндрическое зеркало и оставляютъ его во влагалищѣ въ теченіе  $\frac{1}{2}$  часа и болѣе въ продолженіе нѣсколькихъ недѣль. Дѣлаютъ ванны, иногда электризацію фарадическимъ токомъ и т. п. Существеннымъ условіемъ леченія является устраненіе всего того, что можетъ напоминать тяжелое впечатлѣніе, полученное при началѣ заболѣванія. Для этого иногда приходится назначать абсолютное половое воздержаніе.

Но, помимо общаго леченія и воздѣйствія на всю нервную систему, необходимо устранить всякія мѣстныя воспалительныя явленія въ полости таза и даже въ паховой области, на брюшной стѣнкѣ. Я знаю случай, въ которомъ вагинизмъ исчезъ совершенно послѣ глубо-

каго разрѣза около Пупартовой связки и вскрытія небольшого, стараго инфильтрата въ паховомъ каналѣ. Здѣсь на круглой маточной связкѣ находилась опухоль, вродѣ воспаленной лимфатической железы, а по разрѣзѣ въ ней найдено нѣсколько капель стараго густого гноя, окруженнаго оmozолѣлыми стѣнками изъ инфильтрованной ткани. По заживленіи раны всѣ явленія вагинизма скоро исчезли сами собой. До этого пособія больная лечилась въ разныхъ мѣстахъ и разными способами болѣе года и совершенно не могла имѣть половыхъ сношеній, попытки къ коимъ всегда сопровождались нервными припадками и иногда обмороками.

У очень нервныхъ, истерическихъ особъ болѣзнь можетъ принимать такое упорное теченіе, въ особенности въ связи съ психическими вліяніями, что даже повторное оперативное расширеніе даетъ только преходящее облегченіе.

Бываютъ случаи, когда болѣзнь повторяется послѣ родовъ, при которыхъ, разумѣется, получается очень хорошее расширеніе во время прохожденія головки. Въ такихъ упорныхъ случаяхъ иногда вырѣзываютъ всю слизистую оболочку входа во влагалище со всѣми остатками дѣвственной плевы, дѣлали подкожное разсѣченіе нервовъ или впрыскивали спиртъ и другія жидкости около мѣста ихъ прохожденія; но и послѣ всего этого получались рецидивы этой болѣзни.

Разумѣется, приписывать возникновеніе вагинизма только инфекции было бы натяжкой. Но не подлежитъ сомнѣнію, что при началѣ заболѣванія заживленіе ничтожныхъ поврежденій, вызывающихъ его, задерживается вслѣдствіе инфекции, и безъ нея здѣсь дѣло все-таки не обходится.

Позади отверстія ануса, т. е. тоже около половой щели и притомъ только у женщинъ, бываетъ очень болѣзненное заболѣваніе, извѣстное подъ названіемъ *sossugodunia*. При немъ боль локализируется въ суставѣ копчиковой кости.

Отношеніе этого заболѣванія къ инфекции остается не вполне яснымъ. Появляется оно или какъ слѣдствіе травмы во время родовъ при прохожденіи головки, или при различныхъ воспалительныхъ заболѣваніяхъ тазовыхъ органовъ. Припуханіе сустава и нерѣдкій его анкилозъ, которымъ оно сопровождается, объясняли ревматическимъ заболѣваніемъ. Припуханіе это захватываетъ клѣтчатку вокругъ сустава, и, конечно, безъ инфекции не обходится. а образованіе анкилоза, какъ слѣдствіе воспаленія сустава, безъ нея едва ли вообще возможно.

Болѣзнь выражается чувствительностью и болѣзненностью при всякомъ давленіи или ощупываніи, иногда при простомъ сидѣніи, или во время испражненія. Возможны и самостоятельныя боли, вызываемыя незначительными движеніями или перемѣщеніями даже въ постели.

Леченіе здѣсь примѣняется хирургическое, по способу Simpson — просто вылуцается копчиковая кость. Терапевтическія мѣропріятія, въ томъ числѣ и грязевое леченіе, оказываются дѣйствительными въ довольно рѣдкихъ случаяхъ.

## ГЛАВА VIII.

### Главные основанія для леченія инфекціи, общаго и мѣстнаго: сопротивляемость, иммунитетъ, сыворотки, вакцины.

Леченіе всякой инфекціи можетъ быть общее и мѣстное.

Общее леченіе инфекціи, къ сожалѣнію, находится еще въ періодѣ изученія и экспериментовъ. Но отдѣльные факты и наблюденія уже открываютъ богатые перспективы для будущаго, и то, что уже теперь имѣется въ нашихъ рукахъ, представляется чрезвычайно заманчивымъ, какъ по практическимъ результатамъ, такъ и по логичности объясненій, которыя имъ можно давать.

Самопроизвольное исцѣленіе отъ инфекціи совершается силами самого организма: его сопротивляемостью и невосприимчивостью къ инфекціи. Явленіе это называется иммунитетомъ къ отдѣльному виду инфекціи.

Иммунитетъ этотъ можетъ быть природный или врожденный, какъ, напр., невосприимчивость низшихъ животныхъ къ инфекціи гонококкомъ, или человѣка къ куриной холерѣ. Онъ можетъ быть пріобрѣтенный, какъ это бываетъ послѣ перенесенныхъ острыхъ заболѣваній, напр. тифа, оспы и т. п.

Средства, которыми организмъ пользуется и для исцѣленія отъ дѣйствія бактерій, и для выработки иммунитета, находятся въ свойствахъ крови и ея способности очищаться отъ этихъ микроорганизмовъ. Попавшія въ кровь бактеріи выдѣляются изъ организма черезъ почки вмѣстѣ съ мочей, гдѣ ихъ можно найти и даже сдѣлать изъ нихъ посѣвы, о чемъ было уже упомянуто выше.

Но, кромѣ того, циркулирующія въ крови и находящіяся въ тканяхъ бактеріи погибаютъ отъ дѣйствія самой крови, ея плазмы и клѣточныхъ элементовъ, а также и отъ накопленія продуктовъ собственной ихъ жизнедѣятельности.

Самый простой случай бактерициднаго вліянія крови это—извѣстный опытъ Hunter съ кусочкомъ гнилого мяса, который довольно скоро утрачиваетъ свой запахъ, если его помѣстить на нѣкоторое время въ сосудъ со свѣжей кровью. Кровь такимъ образомъ и внѣ организма обладаетъ ясно выраженными антисептическими свойствами.

Далѣе извѣстно, что при экспериментахъ на животныхъ (Fodor) впрыснутые въ вену микроорганизмы довольно скоро исчезаютъ, а уже черезъ 48—72 часа ихъ въ крови не оказывается. Этотъ процессъ исчезновенія бактерій сопровождается различными клиническими симптомами: учащеніемъ пульса, повышеніемъ температуры, потомъ и т. п.

Очищеніе больного организма отъ попавшихъ въ него микробовъ составляетъ одну изъ насущнѣйшихъ задачъ терапіи, и въ послѣднія 50 лѣтъ было сдѣлано много попытокъ добиться этого фармацевтическими средствами, которыя назначаются внутрь для уничтоженія микроорганизмовъ и устраненія симптомовъ, ими вызываемыхъ.

Въ нѣкоторыхъ отдѣльныхъ случаяхъ средства эти несомнѣнно достигаютъ этой цѣли. Такъ, соли ртути и мышьяка убиваютъ блѣдную спирохету, а хининъ плазмодіи перемежающейся лихорадки.

При другихъ инфекціяхъ, въ особенности септическихъ, дѣло оказалось гораздо сложнѣе. При суставномъ ревматизмѣ, стоящемъ очень близко къ піэміи съ метастазами, препараты салициловой группы оказались очень дѣйствительными. Тѣ же самые препараты даютъ болѣе чѣмъ скромные результаты при послѣродовыхъ заболѣваніяхъ и при тяжелыхъ общихъ септическихъ инфекціяхъ.

Пробовали втирать сѣрую ртутную мазь, впрыскивать сулему въ вены, но изъ этого почти ничего не вышло, потому что убить микроорганизмы этими средствами довольно трудно, да и давать ихъ въ такихъ дозахъ, которыя могли бы убить бактеріи, нельзя,—это повело бы къ отравленію.

Тогда обратились къ различнымъ солямъ серебра и даже золота и стали вводить ихъ въ кровь для леченія инфекцій. Оказалось, что азотнокислое серебро производитъ сильную реакцію во всемъ организмѣ. Появляется потрясающій ознобъ и большое повышение температуры, а послѣ этого нѣкоторыя больныя довольно скоро выздоравливаютъ<sup>1)</sup>; но это бываетъ, конечно, далеко не всегда. Впрыскиваніе въ вену простой дистиллированной воды дало Илькевичу еще болѣе интересные результаты. Послѣ него очень скоро исчезали бактеріи, находившіяся въ крови, чего послѣ впрыскиванія  $\text{Ag NO}_3$  не наблюдается.

Во всякомъ случаѣ здѣсь не можетъ быть рѣчи о бактерицидномъ, антисептическомъ дѣйствиіи этихъ веществъ, и объяснять ихъ благоприятное вліяніе приходится дѣйствиємъ гемолитическихъ или вѣрнѣе гемотерапевтическихъ процессовъ, которые ими вызываются. Какіе именно это процессы, остается неизвѣстнымъ. Какъ бы то ни

<sup>1)</sup> См. мою Опер. Гин. Изд. II, стр. 874.

было, но мы до сихъ поръ не имѣемъ еще такихъ формацевтическихъ средствъ, которыми мы могли бы лечить инфекціи и уничтожать внѣдрившихся микробовъ, отъ которыхъ онѣ зависятъ.

Между тѣмъ мы знаемъ, что микроорганизмы погибаютъ сами не только въ крови живого животнаго, но и во всякой питательной средѣ, когда въ ней накопятся продукты ихъ собственной жизнедѣятельности и среда эта перестанетъ быть благопріятной для ихъ жизни. Такъ бываетъ при простомъ или алкогольномъ броженіи, когда жидкость перебродитъ и дрожжевые грибки, вызывающіе броженіе, погибаютъ.

То же самое бываетъ въ замкнутыхъ или хорошо инкапсулированныхъ полостяхъ, напр., при *pyosalpinx*, гдѣ гной черезъ нѣкоторое время дѣлается стерильнымъ.

Чрезвычайно заманчивымъ представляется найти такія средства, которыя могли бы внести въ организмъ такія измѣненія, чтобы микробы не могли находить въ немъ пригодную для своей жизни среду. Въ этомъ направленіи теперь многое уже сдѣлано, и полезно познаться съ тѣми принципами, которыми здѣсь можно руководиться и для объясненія того, что получается при нашихъ наблюденіяхъ.

Предполагаютъ, что бактеріи погибаютъ въ организмѣ отъ вліянія особыхъ веществъ, истинная природа которыхъ еще неизвѣстна, и которыя называются противотѣлами.

При извѣстныхъ, вполне опредѣленныхъ условіяхъ вещества эти образуются въ самомъ организмѣ, или могутъ быть введены въ него уже готовыми. Для этого берется кровяная сыворотка другого животнаго, которое находится въ состояніи иммунитета по отношенію къ той инфекціи, съ которой собираются бороться.

Иммунитетъ этотъ достигается тѣмъ, что животному вводятъ въ кровь тѣ или другіе микробы и ждутъ, пока оно переболѣетъ и справится съ этой инфекціей. Брать для этого живыя бактеріи довольно неудобно и опасно для жизни животнаго, но въ этомъ и нѣтъ никакой надобности, потому что вводить нужно только составныя части бактерій. Для этого изъ бактерій готовится эмульсія, которая стерилизуется, прежде чѣмъ впрыскивается животному. Введеніе такой эмульсіи вызываетъ такое же образованіе противотѣла, какъ и введеніе живыхъ бактерій. Когда количество противотѣла въ крови будетъ достаточное, животное будетъ обладать иммунитетомъ, и сыворотка, полученная изъ его крови, можетъ быть введена въ организмъ больного для леченія инфекціи. Противотѣла, которыя при этомъ имѣются въ сывороткѣ, бываютъ различныя: одни изъ нихъ еспособны прямо разрушать самыя бактеріи—это бактеріолизины, другія уничтожаютъ и обезвреживаютъ яды, вырабатываемые бактеріями—это антитоксины; наконецъ опсонины обладаютъ спо-

способностью увеличивать фагоцитарную дѣятельность лимфоидныхъ элементовъ, и они начинаютъ усиленно поглощать и поѣдать микробовъ. Опсонины такимъ образомъ готовятъ микробовъ къ болѣе удобному ихъ поглощенію фагоцитами.

Сыворотка, содержащая надлежащія противотѣла, способна освободить организмъ отъ многихъ тяжелыхъ заболѣваній, потому что бактеріи, ихъ вызывающія, уничтожаются дѣйствіемъ противотѣлъ.

Яркимъ примѣромъ этого можетъ служить лечение дифтеріи или столбняка.

Введеніемъ противотѣлъ достигается такъ называемый пассивный иммунитетъ потому, что организмъ самъ ничего не дѣлаетъ для приготовления этихъ противотѣлъ, а получаетъ ихъ въ готовомъ уже видѣ. Но можно достигнуть того же самаго, заставивши самый организмъ вырабатывать эти необходимыя для него вещества.

Для этого надо ввести въ кровь, какъ уже было упомянуто, тѣ составныя части бактерій, которыя являются антигенами, т. е. которыя побуждаютъ организмъ вырабатывать противотѣла. Для этого пользуются вакцинами. Берутъ чистыя культуры микробовъ, очищаютъ ихъ отъ всякихъ примѣсей питательной среды и перетираютъ механически, встряхивая ихъ съ стеклянной дробью, или раздавливая между фарфоровыми валами, вродѣ того, какъ обрабатывается мука на вальцовыхъ мельницахъ. Эти измельченные и перетертые остатки микробовъ стерилизуются и, будучи разведены соленой водой, вводятся подъ кожу или внутривенно подъ названіемъ вакцинъ.

Для каждаго вида отдѣльнаго микроба необходимо имѣть отдѣльную вакцину. Вакцина является антигеномъ, и на введеніе ея организмъ реагируетъ образованіемъ противотѣлъ, лихорадочными движеніями, учащеннымъ пульсомъ и другими симптомами.

О количествѣ вырабатываемыхъ организмомъ противотѣлъ и о степени достигнутаго имъ иммунитета можно судить по такъ называемому опсонинному показателю.

Показатель этотъ обозначаетъ среднее число бактерій, поглощенныхъ отдѣльными фагоцитами. Бактеріи эти видны подъ микроскопомъ и помѣщаются внутри лимфоидныхъ клѣтокъ. Если при повторныхъ изслѣдованіяхъ число бактерій, поглощенныхъ каждой клѣткой въ отдѣльности, увеличивается, то говорятъ о повышеніи показателя опсопиновъ (Opsonic index Wright), а слѣдовательно о повышеніи сопротивляемости и иммунитета. Но это примѣнимо только къ нѣкоторымъ отдѣльнымъ видамъ инфекціи, для другихъ случаевъ имѣются другіе методы.

Обыкновенно повышеніе иммунитета чередуется съ его пониженіемъ, и практически довольно важно вводить вакцину только въ періоды его повышенія.



Введение антигеновъ, т. е. дѣйствующаго начала, возбуждающаго образованіе противотѣль во время періода пониженія иммунитета, можетъ повести къ отравленію организма токсинами, съ которыми онъ не можетъ бороться, за отсутствіемъ въ данный моментъ противотѣль, для этого предназначенныхъ (т. е. антитоксиновъ). Когда пониженіе сопротивляемости организма достигаетъ значительной степени, то состояніе это называется анафилаксіей, и при попыткахъ на животныхъ въ это время получается смерть отъ введенія незначительнаго количества связанныхъ съ антигенами токсиновъ, быстро отравляющихъ организмъ.

Собственно анафилаксія есть антитеза профилаксіи и означаетъ, что организмъ не обладаетъ почти никакими защитительными средствами противъ нападающей на него инфекции и не способенъ ихъ выработать своевременно.

При всякихъ заразныхъ болѣзняхъ обостреніе процесса зависитъ не только отъ новаго поступленія инфекціонныхъ началъ, или отъ увеличенія ихъ количества въ самомъ организмѣ, но также и отъ состоянія сопротивляемости. Пониженіе этой сопротивляемости ведетъ къ тому, что организмъ можетъ не справиться съ новымъ поступленіемъ инфекции, съ которымъ онъ легко справлялся въ началѣ заболѣванія.

Такое ослабленное состояніе сопротивляемости организма клинически будетъ соотвѣтствовать анафилаксіи, и это можетъ имѣть большое практическое значеніе для прогноза.

Такъ, при длительномъ нагноеніи въ тазу, сопровождающемся тяжелыми общими симптомами, опорожненіе гнойной полости, или улучшеніе ея дренированія, очевидно является настоятельнымъ и неотложнымъ показаніемъ. Это нерѣдко сразу измѣняетъ положеніе дѣла, и получается рѣзкое улучшеніе. Но то же самое пособіе можетъ оказаться роковымъ для больной, если оно совпадаетъ съ моментомъ значительнаго пониженія защитительной сопротивляемости ея организма. Облегченіе послѣ операціи оказывается ничтожнымъ и скоропреходящимъ. Появляются разныя тяжелыя осложненія, и даже летальный исходъ не заставляетъ себя ждать.

Все это напоминаетъ то, что бываетъ при попыткахъ на животныхъ. Они скоро погибаютъ, когда имъ вводятъ незначительное количество токсиновъ, если организмъ ихъ находится въ состояніи анафилаксіи.

Присущая всякому организму способность сопротивляемости и вырабатыванія иммунитета противъ отдѣльныхъ видовъ инфекции является наилучшимъ союзникомъ хирурга при всякомъ оперативномъ пособіи.

Если бы этого не было, всякая оперативная дѣятельность оказалась бы невозможной. При всякой операціи, не говоря уже о сложныхъ и длительныхъ, поступленіе инфекции неизбѣжно, несмотря на всѣ мѣры, которыя противъ этого принимаются. Мѣрь этихъ однако оказывается достаточно, чтобы то, отъ чего уберечься нельзя, было обезврежено силами самого организма, и на этомъ въ значительной степени основываются блестящіе успѣхи современной хирургіи.

Ослабленіе сопротивляемости неминуемо ведетъ къ разнымъ осложненіямъ, зависящимъ отъ инфекции. Очень важное значеніе въ этомъ отношеніи имѣютъ метастазы. Далеко не всѣ они ведутъ къ смерти, но многія тяжелыя заболѣванія, которыя отъ нихъ зависятъ, часто не ставятся въ связь съ этимъ этиологическимъ моментомъ. Легочные симптомы и явленія пневмоніи охотно объясняютъ новымъ присоединившимся заболѣваніемъ. Когда все заканчивается выздоровленіемъ, это утрачиваетъ практическое значеніе; но во время болѣзни это можетъ давать очень цѣнныя для прогноза указанія.

Интересно, что время, когда появляются метастазы въ суставахъ и во внутреннихъ органахъ, вовсе не совпадаетъ съ существованіемъ наибольшаго количества микробовъ въ крови. Эти осложненія происходятъ всегда черезъ болѣе или менѣе продолжительный промежутокъ времени послѣ первоначальной инфекции, иногда до 3 и болѣе недѣль, напр. при *b. coli* или при стафилококкахъ. Для гонококковыхъ метастазовъ характеренъ срокъ отъ 18-го до 22-го дня. Только при стрептококковой инфекции метастазы могутъ появляться во всякое время, начиная уже отъ нѣсколькихъ часовъ послѣ начала инфекции.

Благоприятствующими моментами для образованія метастазовъ являются разныя случайныя причины: охлажденіе, ушибъ, утомленіе члена или органа. Но вліяніе всѣхъ этихъ моментовъ проявляется только тогда, когда они присоединяются именно около тѣхъ сроковъ, которые свойственны отдѣльному виду инфекции.

Всѣ эти свѣдѣнія полезны и для леченія, и въ особенности для предсказанія при всякихъ инфекціяхъ.

Появленіе озноба передъ заболѣваніемъ сустава всегда указываетъ на глубокое его пораженіе, и всегда надо ожидать послѣ него прочнаго на всю жизнь анкилоза. Появленіе метастазовъ во внутреннихъ органахъ и даже въ брюшинѣ между петлями кишекъ или складками сальника сопровождается ознобомъ и притомъ происходитъ совершенно такъ же, какъ и въ случаѣ сустава или околоушной железы. Это всегда происходитъ довольно поздно, черезъ 2—3 недѣли послѣ начала инфекции, а то и значительно позднѣе.

Леченіе многихъ инфекцій сыворотками, напр. *b. coli* или бленнорройной, до сихъ поръ не дало тѣхъ результатовъ, которыхъ отъ него ждали, по аналогіи съ дифтеріей или съ другими инфекціями.

гдѣ онѣ оказались цѣлебными. Есть основаніе думать, что для этихъ видовъ гораздо умѣстнѣе и цѣлесообразнѣе воспользоваться вакцинами.

Наблюденія, сдѣланныя въ Mercy Hospital въ Чикаго представляются въ этомъ отношеніи весьма цѣнными, потому что примѣненіе вакцинъ при разныхъ инфекціяхъ дало проф. J. Murphy очень наглядные и поучительные результаты.

Очень важнымъ однако оказалось, чтобы чистыя культуры при изготовленіи вакцинъ были получены изъ бактерій, взятыхъ отъ даннаго больного, и чтобы онѣ были выращены на взятой у него крови или лимфѣ. Такимъ путемъ получаютъ аутогенныя—ауто-сенситивныя вакцины, которыя оказываются много дѣйствительнѣе, потому что болѣе подходят къ особенностямъ отдѣльнаго организма и свойствамъ его тканей и клѣтокъ.

Мысль воспользоваться собственными бактеріями и собственной лимфой отдѣльнаго больного для приготовленія вакцинъ для его леченія останавливала вниманіе многихъ изслѣдователей, но практическое ея примѣненіе и наглядное убѣдительное толкованіе принадлежитъ тоже проф. Murphy.

Онъ исходитъ изъ совершенно правильной точки зрѣнія. Мы знаемъ, что при пересадкѣ тканей, въ особенности кости, все, что берется у другого организма, постепенно исчезаетъ и расасывается. Куски кости, взятые у самого больного, не только прирастаютъ и сохраняются, но и являются прекраснымъ стимуломъ для образованія новой кости. Когда кость взята чужая, она тоже вызываетъ разрощеніе костнаго вещества, но все это происходитъ только отъ механическаго раздраженія, совершенно такъ же, какъ въ присутствіи всякаго инороднаго тѣла могутъ образоваться остеофиты. Такъ какъ преимущества аутотрансплантациі передъ гетеротрансплантацией являются общепризнаннымъ фактомъ, то вполне естественно было ожидать, что то же самое будетъ и въ случаѣ вакцинъ. Наблюденія вполне подтвердили это предположеніе, и аутовакцины оказались много дѣйствительнѣе и надежнѣе, чѣмъ гетеровакцины.

Когда инфекція бываетъ смѣшанная и имѣется нѣсколько видовъ бактерій, уживающихся въ организмѣ совершенно такъ же, какъ растутъ въ саду разныя растенія, недостаточно бороться съ однимъ только видомъ, а надо брать нѣсколько вакцинъ по числу отдѣльныхъ видовъ микробовъ. Въ такихъ случаяхъ различныя вакцины впрыскиваются въ разное время, напр., черезъ сутки и двое; но всегда только во время наростанія иммунитета, а не во время его пониженія, помня клиническое значеніе анафилаксіи и объ опасностяхъ на нее натолкнуться.

Успѣшная борьба съ главнымъ бичемъ, угрожающимъ здоровью женщины, съ гонококковой инфекціей можетъ найти въ аутогенной вакцинѣ могучее подспорье. Надо думать, что, остановившіяся вслѣдствіе войны, изслѣдованія въ этой области не замедлятъ дать точныя и опредѣленныя знанія для практическаго разрѣшенія этого существеннаго вопроса, когда возстановится возможность правильной лабораторной и клинической работы.

## ГЛАВА IX.

### Главные основанія для леченія инфекціи, общаго и мѣстнаго (продолженіе).

Принципы Lister'a—недопущеніе инфекціи. Леченіе инфекціи: хирургическое и терапевтическое, холодъ, тепло, средства химическія и каустическія. Внутриматочная терапія и сходные съ нею приемы. Полифармація и полипрагмазія.

Въ ежедневной практической дѣятельности пока трудно и мало доступно пользоваться общимъ леченіемъ инфекцій вакцинами, и приходится обходиться болѣе простыми мѣропріятіями, основанными на усиленіи общаго обмѣна, на примѣненіи тепла въ различныхъ его видахъ и т. п. Главное вниманіе все-таки приходится останавливать на мѣстномъ леченіи инфекціи и на устраненіи ея очаговъ.

При всякой мѣстной инфекціи самое существенное, что мы можемъ сдѣлать и чего всегда слѣдуетъ добиваться,—это устраненіе давленія. Въ случаѣ гнойника или напр. панариція это достигается разрѣзомъ и установленіемъ хорошаго дренажа, обезпечивающаго хорошій стокъ и удаленіе отдѣляемаго инфицированнаго очага. Отъ чего послѣ выполненія этихъ двухъ кардинальныхъ показаній прекращаются тяжелые мѣстные симптомы и даже останавливается омертвѣніе тканей. намъ не всегда извѣстно; но что это несомнѣнно помогаетъ больному, это ясно каждому. Это уже далеко не новое пріобрѣтеніе хирургіи остается доминирующимъ въ этомъ дѣлѣ, и даже введеніе Lister'овской антисептики нисколько не уменьшило его значенія.

Для практическихъ цѣлей этого однако недостаточно и приходится пользоваться мѣстными лекарственными средствами и назначать ихъ главнымъ образомъ для устраненія разныхъ отдѣльныхъ симптомовъ.

Средствъ для этого имѣется огромное количество, и это, конечно, не указываетъ на то, чтобы они были очень дѣйствительны, иначе ихъ не было бы такъ много и ихъ не мѣняли бы такъ часто.

Задача устраненія инфекціи въ ранѣ, теоретически разсуждая, представляется чрезвычайно простой. Для этого надо просто убить всѣ бактеріи, находящіяся въ ранѣ, какимъ нибудь антисептическимъ

средствомъ. Это вытекаетъ изъ принципозъ, установленныхъ Lister'омъ, столь радикально измѣнившимъ теченіе всякихъ ранъ. Въ дѣйствительности однако сдѣлать это довольно трудно, и условія здѣсь совсѣмъ другія.

Принципы Lister'a: стерилизація инструментовъ и всего того, что прикасается къ ранѣ, стерильные швы, стерильная повязка и т. п. все это можетъ дѣйствовать только какъ профилактическая мѣра, и можетъ предупредить попаданіе инфекціонныхъ началъ, а когда они уже имѣются въ ранѣ, мѣры эти измѣнить положеніе вещей не могутъ. Всѣ антисептическія средства основываются на томъ, что они свертываютъ бѣлки; но они свертываютъ не только тѣ бѣлки, которые входятъ въ составъ бактерій, и никакого элективнаго дѣйствія въ этомъ отношеніи не обнаруживаютъ. Поэтому нѣтъ никакихъ основаній приписывать имъ такое дѣйствіе.

Средства эти были предложены лордомъ Lister'омъ для предупрежденія инфекціи и для недопущенія ея въ раны. Собственно для леченія очаговъ инфекціи онъ вовсе ихъ и не предлагалъ. Въ этомъ не трудно убѣдиться, если перечитать то, что онъ объ этомъ писалъ. Такимъ образомъ леченіе ранъ и всякихъ инфицированныхъ очаговъ антисептическими средствами ничего общаго съ антисептическимъ методомъ Lister'a не имѣетъ.

По отношенію къ инфицированнымъ ранамъ опытъ послѣдней войны наглядно показалъ, что примѣненіе принципозъ Lister'a при леченіи инфицированныхъ очаговъ сводится къ недопущенію новой инфекціи и къ охранѣ раны отъ добавочной инфекціи, значеніе коей было уже нами отмѣчено. Для устраненія уже имѣющейся инфекціи принципы эти, какъ и всякія антисептическія средства, мало пригодны.

Если выполнены всѣ хирургическія показанія: широкой разрѣзъ, хорошій дренажъ, то можно ограничиться простой асептической повязкой и безразличными, только бы не раздражающими рану, веществами. Тогда все очищается гораздо скорѣе, чѣмъ послѣ самыхъ дѣйствительныхъ и дорогихъ антисептическихъ средствъ. У меня во временномъ госпиталѣ на 50 кроватей, кромѣ минеральнаго масла и гипертоническихъ растворовъ простой соли, почти ничего не примѣнялось при леченіи тяжелыхъ раненій костей съ обширными нагноеніями, и теченіе было вполне благоприятное <sup>1)</sup>.

Зависитъ это, конечно, отъ того, что всякія антисептическія средства неизбежно повреждаютъ поверхность раны и ея грануляціи. Однако это вовсе не значитъ, чтобы ими нельзя было простерилизовать инфицированную полость. Нагляднымъ примѣромъ того, что

<sup>1)</sup> См. мою статью: „Чему научила насъ мировая война“. Ж. Ак. и Ж. б. Петр. 1916 г. Мартъ—Апрѣль.

это вполне возможно, могут служить каріозныя полости въ зубахъ. Когда такую полость выжгутъ формалиномъ или другимъ антисептическимъ веществомъ, то она несомнѣнно дѣлается стерильной, иначе нельзя было бы вообще пломбировать зубы. Но при этомъ, очевидно, всегда выжигается часть здоровыхъ тканей.

Слизистую оболочку влагалища, очевидно, нельзя стерилизовать такими средствами, а такихъ антисептическихъ веществъ, которыя ее вовсе бы не повреждали, у насъ немного. Пожалуй, кромѣ гипертоническаго раствора поваренной соли, которымъ я пользуюсь въ послѣднее время въ изобиліи, и указать больше нечего.

Гнойныя и вообще обильныя выдѣленія удручаютъ больныхъ, и если имъ не назначить никакого мѣстнаго леченія, то невозможно достигнуть того покоя, который необходимъ для леченія всякаго заболѣванія. Когда выдѣленія эти, кромѣ того, бываютъ ѣдучія и раздражаютъ наружныя части, или пахучія, то настоятельность мѣстнаго леченія, очевидно, сомнѣній возбуждать не можетъ.

Различныя спринцованія, которыя при этомъ назначаются, дѣйствуютъ и своей температурой, тепломъ, вызывая сокращенія матки, и тѣмъ способствуютъ ея опорожненію отъ секреціи; кромѣ того они прямо механически очищаютъ влагалище отъ загрязняющихъ его выдѣлений. Этимъ достигается и чистоплотность, и нѣкоторый комфортъ для больной.

Способны ли сами по себѣ эти промыванія устранить инфекцію слизистой оболочки влагалища, остается вопросомъ открытымъ. Единственное, что здѣсь, несомнѣнно, можетъ быть достигнуто и чего всегда нужно добиваться — это, чтобы всѣ промыванія и растворы, которые нами примѣняются, не могли внести новую, добавочную инфекцію.

Воспользоваться при этомъ температурой для стерилизаціи полости влагалища не представляется возможнымъ. Такихъ горячихъ спринцованій, которыя могли бы убить бактеріи, дѣлать, конечно, нельзя, а холодныя спринцованія непримѣнимы, какъ по непріятнымъ ощущеніямъ, которыя они вызываютъ, такъ и потому, что они прежде всего противоестественны, и у живого человѣка въ этомъ органѣ такой низкой температуры, какая для этого нужна, здѣсь никогда не бываетъ.

Примѣненіе сухихъ порошковъ и высушиваніе слизистой оболочки влагалища едва ли способно замѣнить спринцованія, хотя бы уже потому, что для слизистыхъ оболочекъ тоже совершенно противоестественно сухое состояніе и оно наблюдается только при тяжелыхъ заболѣваніяхъ.

Смазываніе той же слизистой оболочки іодной настойкой и другими антисептическими веществами даетъ значительное симптоматиче-

ское облегчение и нерѣдко оказывается много дѣйствительнѣе спринцованій; но это всегда надо дѣлать съ большой осторожностью, чтобы не получилось глубокихъ ожоговъ съ послѣдующимъ образованиемъ слипанія и рубцовъ.

Очень дѣйствительнымъ, какъ симптоматическое лечение, является примѣненіе пивныхъ дрожжей, которыя вводятся во влагалище и остаются тамъ на 6—8 часовъ. Дрожжи берутся свѣжія на пивоваренномъ заводѣ, а передъ введеніемъ тампона, смоченнаго ими, дѣлають спринцованіе слабымъ растворомъ щелочи, напр. съ содой. При такомъ леченіи гнойныя отдѣленія довольно скоро исчезаютъ, эпителий слизистой оболочки обновляется и она пріобрѣтаетъ совершенно здоровый, сочный видъ.

Это особенно рѣзко бываетъ замѣтно при хроническихъ воспаленіяхъ, когда слизистая оболочка представляется яркочерной, атрофически истонченной и когда обильныя спринцованія не оказываютъ на нее замѣтнаго дѣйствія.

Для мѣстнаго леченія инфекции въ полости матки промыванія ея примѣняются очень рѣдко: почти исключительно въ послѣродовомъ состояніи, или во время операций, но и въ обоихъ этихъ случаяхъ показанія къ этому все болѣе суживаются.

## ГЛАВА X.

### Главные основанія для леченія инфекции, общаго и мѣстнаго (окончаніе).

Впрыскиваніе въ полость матки крѣпкихъ антисептическихъ растворовъ, точно также какъ и протираніе ея слизистой оболочки этими средствами, можетъ дѣйствовать только на самую поверхность слизистой оболочки, а потому устранить инфекцію, находящуюся въ железахъ и въ интерстиціальной ткани, не можетъ.

Когда шейный каналъ матки достаточно расширенъ, примѣненіе этого мѣстнаго леченія не сопровождается ни значительными болевыми ощущеніями, ни опасностью для больной, а когда такое лечение дѣлается повторно, то въ концѣ концовъ получается довольно глубокое прижиганіе слизистой оболочки, такъ что она не успѣваетъ возродиться къ слѣдующимъ регуламъ. При настойчивости можно даже достигнуть временнаго прекращенія регулъ помощью впрыскиванія каустическихъ средствъ въ полость матки. Хорошимъ примѣромъ этого можетъ служить леченіе внутриматочными -впрыскиваніями по способу проф. Грамматикати, когда именно такимъ путемъ и достигается искусственная аменоррея.

Чтобы не возвращаться къ этому вопросу, необходимо остановиться на нѣкоторыхъ подробностяхъ этого леченія.

Способъ проф. Грамматикати, какъ извѣстно, состоитъ въ систематическомъ, повторномъ впрыскиваніи антисептическихъ и даже каустическихъ средствъ <sup>1)</sup> въ полость матки для леченія инфекции внутреннихъ половыхъ органовъ.

Внутриматочныя впрыскиванія для леченія инфекцій въ полости матки примѣнялись давно. Сдѣланныя при достаточномъ расширеніи шейнаго канала, этомъ непремѣнномъ условіи всякой внутриматочной терапіи, они переносятся хорошо и могутъ быть совершенно безболѣзненны и безопасны. Они уменьшаютъ выдѣленія слизистой оболочки, останавливаютъ кровотеченіе и даютъ симптоматическое облегченіе.

Способъ проф. Грамматикати назначенъ не только для леченія слизистой оболочки полости матки, но и для устраненія инфекции Фаллопиевыхъ трубъ. Особенность этого леченія состоитъ въ томъ, что отъ примѣненія мѣстныхъ средствъ къ слизистой оболочкѣ матки ожидаютъ особаго ихъ дѣйствія на слизистую оболочку Фаллопиевыхъ трубъ, куда впрыскиваемая жидкость попадать не должна и не можетъ, и на функціи яичника, въ которомъ отъ такого леченія, какъ предполагаютъ, должна остановиться овуляція.

Объясненіе такому специфическому дѣйствію внутриматочныхъ впрыскиваній на эти довольно отдаленные отъ слизистой оболочки матки органы дается такое.

Послѣ повторныхъ впрыскиваній слизистая оболочка матки претерпѣваетъ такія измѣненія, которыя останавливаютъ ея функціи и которыя въ концѣ концовъ приводятъ къ выдѣленію большей ея части, цѣликомъ или отдѣльными кусками. Остаются только болѣе глубоко сидящіе концы железъ и окружающіе ихъ остатки стромы. Изъ этого, послѣ прекращенія леченія, и происходитъ возрожденіе слизистой оболочки.

Весь этотъ процессъ очень напоминаетъ то, что бываетъ послѣ выскабливанія матки, когда удаляется значительная часть слизистой оболочки и она возрождается изъ такихъ же остатковъ этой оболочки. Только здѣсь слизистая оболочка удаляется механически во время операціи, а при впрыскиваніяхъ это происходитъ только черезъ нѣсколько недѣль, когда обезжизненная частыми прижиганіями слизистая отдѣляется самимъ организмомъ. Пока слизистая оболочка не возродится, функція регуль подвергается измѣненіямъ и регулы послѣ выскабливанія нерѣдко опаздываютъ.

Пока дѣлаютъ повторныя впрыскиванія, функція менструаціи останавливается, и это объясняется тѣмъ, что временно прекращаются

<sup>1)</sup> Rp. Alumoli 2,5; Tincturae jodi; Spiriti vini rectificatissimi aa 25,0. Смѣсь проф. Грамматикати. Проф. Орловъ, Учебникъ женскихъ болѣзней. Одесса. 1916, стр. 319.



ежемѣсячные приливы крови; предполагають, что это является слѣдствіемъ указанныхъ измѣненій въ слизистой оболочкѣ матки. Получается какъ бы временное климактерическое состояніе, сопровождающееся, какъ тоже предполагають, даже прекращеніемъ овуляціи; а такъ какъ въ климактерическомъ возрастѣ, когда ни регуль, ни овуляціи не бываетъ, обыкновенно воспалительныя заболѣванія заканчиваются и больныя нерѣдко самопроизвольно исцѣляются отъ инфекцій этихъ органовъ, то цѣлебное дѣйствіе внутриматочныхъ впрыскиваній на заболѣваніе придатковъ можетъ быть объяснено благотвѣтельнымъ вліяніемъ, временно вызываемаго этимъ леченіемъ, климактерическаго состоянія. Это даетъ больнымъ органамъ необходимый для ихъ леченія покой, и отсутствуетъ ежемѣсячный приливъ крови, съ которымъ такъ часто совпадаютъ иногда обостренія инфекціонныхъ заболѣваній придатковъ.

Сморщиваніе и увяданіе слизистой оболочки, наблюдаются, какъ извѣстно, при такъ называемой излишней инволюціи матки, *superinvolutio uteri*, когда этотъ органъ уменьшается въ своемъ объемѣ и лишается даже части своихъ мышечныхъ волоконъ, замѣщающихся соединительной тканью. Въ этомъ случаѣ тоже получаютъ такія измѣненія, которыя свойственны климактерическому состоянію. Такой преждевременный климактерій сопровождается уменьшеніемъ и даже прекращеніемъ регуль и овуляціи.

Систематическое примѣненіе внутриматочныхъ впрыскиваній, сдѣланное настойчиво, — рекомендуется продѣлывать курсъ леченія до 60 впрыскиваній, — должно дѣйствовать совершенно такъ же, и предполагають, что измѣненія слизистой оболочки матки, уменьшающія и даже останавливающія ея функціи, должны вліять на функціи яичника и трубы, органовъ, физиологически связапныхъ съ маткой, и функціи ихъ тоже должны остановиться, а регулы и овуляція прекратиться. Доказать, что это именно такъ и бываетъ, довольно трудно. Вѣдь, при искусственно вызванной аменорреѣ все-таки *molimina menstrualia* обыкновенно сохраняются.

Во всякомъ случаѣ измѣненія, происходящія въ слизистой оболочкѣ матки послѣ систематическаго ея прижиганія іодомъ, можно сравнить съ тѣмъ, что бываетъ при излишней инволюціи матки. Разница здѣсь будетъ только въ томъ, что при излишней инволюціи измѣняется вся толща слизистой оболочки и функціи ея исчезаютъ обыкновенно навсегда, а тутъ это бываетъ только во время леченія и послѣ него все возстанавливается.

Однако въ случаяхъ излишней инволюціи и являющейся ея слѣдствіемъ аменорреи едва ли придатки матки не участвуютъ въ этомъ заболѣваніи совершенно такъ же, какъ это бываетъ со всѣми тканями матки. Кромѣ того инфекціонныя заболѣванія придатковъ, въ особен-

ности гнойные салпингиты и оофориты, протекають при излишней инволюціи матки вовсе не благопріятнѣе, чѣмъ это обычно бываетъ, т. е. тогда, когда никакой излишней инволюціи нѣтъ, или даже тогда, когда бываетъ недостаточная послѣ родовъ инволюція и регулы усиливаются.

Поэтому къ объясненію благодѣтельнаго вліянія впрыскиваній на теченіе инфекціонныхъ заболѣваній придатковъ надо относиться съ большою осторожностью.

Всему этому можетъ быть дано совершенно другое толкованіе.

Прекращеніе овуляціи наблюдать очень трудно. Случай для провѣрки такого наблюденія операціей или вскрытіемъ можетъ представиться очень рѣдко. Доказать, что, при отсутствіи ежемѣсячнаго истеченія крови изъ половыхъ органовъ послѣ химическаго обжиганія слизистой оболочки матки, не бываетъ ежемѣсячнаго, привычнаго прилива крови къ тазовымъ органамъ, еще труднѣе. Кровотеченія изъ такой слизистой оболочки во время регулъ можетъ не быть просто потому, что она глубоко обожжена, т. е. отъ той же причины, отъ которой слизистая оболочка эта въ концѣ-концовъ отслаивается и, какъ уже сказано, выдѣляется организмомъ. Весь этотъ процессъ и даже микроскопическая картина при немъ—круглоклѣточная инфильтрація стромы и сморщиваніе железъ—находитъ полное объясненіе въ раздражающемъ дѣйствіи прижиганія, вызывающаго воспаленіе съ послѣдующимъ сморщиваніемъ соединительнотканыхъ элементовъ, достаточнымъ для нарушенія питанія и жизнедѣятельности клѣточныхъ элементовъ железъ. Нѣтъ ничего удивительнаго, что такая пропитанная іодомъ слизистая оболочка перестаетъ выдѣлять слизь, не можетъ кровоточить и въ концѣ-концовъ элимицируется и выдѣляется, какъ всякая значительно утратившая свою жизнедѣятельность ткань въ любомъ мѣстѣ или въ любомъ органѣ.

Доказать, что при этомъ процессѣ происходитъ выпаданіе функціи регулъ, довольно трудно, да и едва ли это особенно и нужно.

Предположеніе, что въ климактерическомъ періодѣ инфекціонныя заболѣванія придатковъ излечиваются и отъ нихъ остаются только нѣкоторыя измѣненія, происшедшія отъ закончившейся инфекціи, именно благодаря отсутствію регулъ, тоже допускаетъ много сомнѣній и не доказательно.

Въ самомъ дѣлѣ инфекціонныя заболѣванія придатковъ, хотя и продолжаются иногда многіе годы, но должны же они когда-нибудь закончиться. Все-таки это не чума, отъ которой выздоровѣть почти невозможно. Отъ этихъ заболѣваній многія выздоравливають и до наступленія климактерическаго возраста. Самъ по себѣ фактъ этотъ говорить очень мало. Нѣтъ ничего удивительнаго, что тѣ изъ этихъ больныхъ, которыя доживаютъ до преклоннаго возраста, нерѣдко успѣвають выздоровѣть отъ своего многолѣтняго недуга.

Всего болѣе остается непонятнымъ, почему приливъ крови, усиленіе обмѣна, которыми онъ сопровождается, и даже обезвреживающее инфекцію вліяніе крови могли бы оказаться условіемъ, неблагоприятнымъ для борьбы организма съ инфекціей въ тѣхъ случаяхъ, которые лечатъ этимъ способомъ. Мы знаемъ, что гиперемія есть первая мѣра, которую организмъ принимаетъ для борьбы съ мѣстной инфекціей, гдѣ бы она ни появилась. Это есть условіе, очень благоприятное для благодѣтельнаго проявленія лейкоцитоза.

Приливъ крови, сопровождающій регулы, нисколько не мѣшаетъ организму въ его борьбѣ съ мѣстной инфекціей, напр., такъ называемой самопроизвольной стерилизаціи гноя въ замкнутой полости трубы, или въ осумкованномъ скопленіи въ клѣтчаткѣ. Правда, эти приливы иногда ведутъ къ обостренію процесса и сопровождаются новымъ инфильтратомъ въ клѣтчаткѣ; но столь же часто послѣ такого обостренія наблюдается рѣзкое улучшение, которое объясняется тѣмъ, что гиперемія могла помочь организму лучше отгородиться отъ очага инфекціи. Улучшеніе это можно, слѣдовательно, съ такимъ же правомъ поставить въ зависимость отъ цѣлебнаго дѣйствія гипереміи вслѣдствіе регулъ, какъ это дѣлается по поводу отсутствія регулъ и сопровождающаго ихъ прилива во время леченія впрыскиваніями. Цѣлебное дѣйствіе прилива крови представляется здѣсь даже болѣе понятнымъ, чѣмъ вліяніе его отсутствія.

Мнѣ всегда казалось, что примѣненію многихъ методовъ леченія, основанныхъ на усиленіи мѣстнаго кровеобращенія и обмѣна, оказывается гораздо болѣе дѣйствительнымъ именно во время регулъ, и я привыкъ смотрѣть на эту функцію и сопровождающій ее приливъ крови, какъ на очень серьезнаго союзника при леченіи инфекціонныхъ заболѣваній придатковъ матки.

Отнюдь не желая придавать этому моему мнѣнію полемическій тонъ, я ограничусь замѣчаніемъ, что мнѣ не попадались такіе случаи, когда показанія къ назначенію внутриматочныхъ впрыскиваній для леченія инфекціонныхъ заболѣваній трубъ не возбуждали бы сомнѣній и когда я счелъ бы себя вправѣ ихъ назначить. Случаи, которые уже были ранѣе подвергнуты этому леченію, нерѣдко въ очень настойчивой формѣ, напр., по двѣ серіи въ 60 впрыскиваній каждая, и притомъ по назначенію тѣхъ, въ опытности кого по этому вопросу сомнѣваться невозможно, мнѣ приходилось всегда оперировать, удалять трубы, или дѣлать разрѣзы съ дренажемъ. Въ другихъ случаяхъ, когда заболѣваніе трубъ не сопровождалось скопленіями, полного исцѣленія наблюдать тоже мнѣ не пришлось, а когда имѣлись утолщенія у маточнаго конца трубы, *salpingitis nodosa*, больныя неизмѣнно отмѣчали очень сильныя боли, которыя онѣ испытывали во время леченія впрыскиваніями и послѣ него. Такія случаи тоже нерѣдко приходилось оперировать.

О случаяхъ, которые мнѣ не приходилось наблюдать во время ихъ леченія впрыскиваніями, и въ которыхъ цѣлебное дѣйствіе этого леченія обнаружилось особенно наглядно, судить не берусь.

Однако эти случаи полного исцѣленія отъ внутриматочныхъ впрыскиваній всегда допускаютъ нѣкоторое сомнѣніе по отношенію къ достовѣрности діагностики. Вѣдь, діагностика эта, конечно, не бываетъ провѣрена оперативнымъ путемъ, а всякія тонкости и подробности, отмѣчаемая во время изслѣдованія, неизбѣжно находятся въ нѣкоторой зависимости отъ субъективныхъ моментовъ.

Всякій, кто много оперировалъ, знаетъ какую степень достовѣрности данныхъ, получаемыхъ при объективномъ изслѣдованіи органовъ брюшной полости, можно считать безусловной. Въ тѣхъ случаяхъ, когда данныя эти всегда провѣряются операціей, напр., въ случаяхъ аппендицита, эта условность бросается въ глаза.

Хирурги, которымъ приходилось оперировать очень много червеобразныхъ отростковъ, говорятъ такъ: „Когда думаютъ, что удалось особенно ясно прощупать этотъ отростокъ, отмѣтить его форму и подробности измѣненій въ немъ—различныя утолщенія, перехваты, изгибы и т. п., и все это съ такой отчетливостью, что можно даже нарисовать, именно въ этихъ случаяхъ, по вскрытіи брюшной полости, или не находятъ вовсе никакого червеобразнаго отростка, или отыскиваютъ его только въ концѣ продолжительной операціи гдѣ-нибудь вверху около печени или даже въ лѣвой половинѣ живота... Очень точныя данныя при изслѣдованіи до операціи находятъ обыкновенно только начинающіе“.

Покойный Joseph Price съ свойственнымъ ему остроуміемъ еще недавно говорилъ: „Недавно мнѣ пришлось оперировать пять больныхъ. На нихъ до меня уже было примѣнено столько хирургіи, что ея могло бы хватить на сотню болѣе простыхъ случаевъ. У одной изъ нихъ трубы и яичники были уже удалены, раза два или три, червеобразный отростокъ былъ удаленъ три раза и т. п. Когда я вскрылъ брюшную полость, то сразу могъ убѣдиться въ способности всѣхъ этихъ органовъ возродиться: они всѣ имѣлись на своемъ мѣстѣ“.

Это, конечно, не указываетъ на большую точность діагностики нашихъ американскихъ товарищей, хотя между ними немало людей свѣдущихъ и съ міровой извѣстностью.

Едва ли будетъ натяжкой, если мы попытаемся объяснить случаи исцѣленія внутриматочными впрыскиваніями не исцѣленіемъ инфекціонныхъ заболѣваній придатковъ, что допускаетъ сомнѣнія, а просто устраненіемъ или уменьшеніемъ инфекции одной маточной полости. Условій для такого вліянія этого леченія имѣется нѣсколько: во 1-хъ хорошей дренажъ маточной полости — это самое главное показаніе

при леченіи ея инфекціи, здѣсь, очевидно, должно быть выполнено, иначе впрыскиванія будутъ столь болѣзненны, что и примѣнять ихъ не будетъ возможности; во 2-хъ уменьшеніе огдѣляемаго слизистой оболочки и устраненіе ежемѣсячнаго примѣшиванія къ нему крови, — что всегда улучшаетъ питательную среду для имѣющихся въ полости матки бактерій; въ 3-хъ уничтоженіе части этихъ микробовъ антисептическимъ дѣйствіемъ впрыскиваемой жидкости; въ 4-хъ препятствіе, которымъ является обожженная слизистая оболочка для проникновенія инфекціонныхъ началъ въ глубину, — получается отгораживаніе, защищающее организмъ отъ проникновенія въ него новой инфекціи.

При выполненіи всѣхъ этихъ условій многія инфекціи маточной полости могутъ значительно уменьшиться, а, можетъ быть, даже и исцѣлиться. Если это случится послѣ основательнаго курса леченія внутриматочными впрыскиваніями, то нѣтъ никакого основанія отрицать, что это происходитъ вслѣдствіе его примѣненія.

Если взять болѣе сильныя прижигающія вещества, напр. хлористый цинкъ, то можно довольно глубоко выжечь слизистую оболочку, а послѣ повторнаго смазыванія хлористымъ цинкомъ, одно время получившаго распространеніе во Франціи, было наблюдаемо слипаніе и даже зарощеніе шейнаго канала, потому что при этомъ иногда выжигалась вся слизистая оболочка вплоть до мышечнаго слоя.

Такія дезинфицирующія смазыванія по дѣйствію своему тоже очень близки къ тому, что получается при выскабливаніи слизистой оболочки матки острой ложкой, при которомъ однако довольно трудно удалить всю слизистую оболочку съ концами ея железъ, врастающими въ мышечный слой. Каустическими веществами, конечно, можно выжечь не только эти железы, но и окружающую ихъ соединительную и даже мышечную ткань матки.

Не подлежитъ сомнѣнію, что и выжиганіемъ слизистой оболочки, и механическимъ ея удаленіемъ помощью выскабливанія можно устранить всю инфекцію, здѣсь гнѣздящуюся; но насколько часто это удается, остается вопросомъ открытымъ. Все-таки рецидивы послѣ всего этого встрѣчаются довольно часто.

Какое же мѣстное леченіе можетъ быть противопоставлено для борьбы съ мѣстной инфекціей?

Кромѣ хорошаго дренажа, т. е. обезпеченія хорошаго стока достаточнымъ расширеніемъ шейнаго канала, и доставленія полнаго покоя заболѣвшимъ органамъ, въ нашемъ распоряженіи имѣется цѣлый арсеналъ средствъ, основанныхъ на примѣненіи силъ физическихъ. Холодъ, тепло, электричество, свѣтъ, гипертоническіе растворы солей и т. п. — все это находитъ здѣсь обширное поле для приложенія.

Не вдаваясь въ подробности, мы сдѣлаемъ краткій обзоръ и общую оцѣнку этихъ средствъ.

Холодъ въ видѣ холодныхъ компрессовъ или мѣшка со льдомъ на животъ несомнѣнно охлаждаетъ не только брюшную стѣнку, съ которой онъ соприкасается, но и органы, находящіеся въ полости живота и малаго таза. Въ этомъ я могъ убѣдиться во время одной операціи. Мѣшокъ со льдомъ по случаю кровотеченія былъ положенъ на животъ, а уже черезъ 2 часа во время операціи и матка, и задній Дугласъ оказались столь же холодными, какъ бывають холодныя руки, или какъ брюшные органы на трупѣ, когда его принесутъ изъ подвала.

Полезно ли для организма такое охлажденіе, и какъ оно можетъ вліять на воспаленіе или на инфекцію, его вызывающую, остается вопросомъ открытымъ. Для того, чтобы прекратить жизнь бактерій, этого, конечно, недостаточно, да едва ли и вообще возможно добиться такого охлаждения тканей живого организма, при которомъ жизнь бактерій прекратилась бы. Для этого пришлось бы охладить брюшные органы на нѣсколько часовъ до 14—16° С., когда многія бактеріи перестаютъ расти. Но когда онѣ поставлены въ такія неблагоприятныя для нихъ условія, онѣ начинаютъ давать споры, которыя, конечно, тотчасъ дадутъ себя знать, какъ только условія перемѣнятся. Въ то же время, когда ледъ держать долго, то наблюдаютъ не только красноту кожи, но и ся омертвѣніе и изъязвленіе.

Однако холодъ нерѣдко улучшаетъ самочувствіе. Боли уменьшаются, уменьшается и вздутіе кишекъ, потому что газы замѣтно уменьшаются въ своемъ объемѣ отъ охлаждения и кишки спадаются. Иногда холодъ, кромѣ того, вызываетъ перистальтику и отхожденіе газовъ, что тоже приноситъ большое облегченіе.

Гораздо большее вліяніе на мѣстное заболѣваніе оказываетъ тепло. Это едва ли не самое могучее изъ всѣхъ средствъ, которыя мы имѣемъ для борьбы съ мѣстной инфекціей. Для этого имѣется цѣлый арсеналъ способовъ и приѣмовъ, начиная отъ простаго согревающего компресса или мѣшка съ горячей водой и кончая всякаго рода ваннами, припарками и грязевыми лепешками.

Примѣняя тепло, мы собственно только подражаемъ тому, что дѣлаетъ природа для защиты и освобожденія организма отъ вліянія попавшей въ него инфекціи. Воспалительная реакція, которою сопровождается всякая инфекція, проявляется прежде всего въ гипереміи и повышеніи температуры. Прикладывая горячій мѣшокъ или грязевую лепешку, мы несомнѣнно вызываемъ тѣ же явленія. Симптоматически это выражается уменьшеніемъ и прекращеніемъ боли, потому что тепло—одно изъ самыхъ дѣйствительныхъ болеутоляющихъ средствъ. Приливъ крови является тоже очень существеннымъ и благотвѣльнымъ условіемъ: онъ способствуетъ мѣстнымъ гемолити-

ческимъ и даже гемотерапевтическимъ процессамъ и они совершаются интенсивнѣе и скорѣе; то же самое относится и къ образованію защитительнаго инфильтрата и благодѣтельнаго фагоцитоза.

Примѣненіе электричества едва ли можно разсматривать, какъ мѣру, направленную къ устраненію инфекціи. Убить бактеріи оно не можетъ. Однако оно несомнѣнно уменьшаетъ боль и, повышая тонусъ тканей, быть можетъ, улучшаетъ и усиливаетъ дѣятельность сосудовъ, кровеносныхъ и лимфатическихъ. На уменьшеніе боли всего больше оказываетъ вліянія фарадической токъ. Постоянный токъ для мѣстнаго леченія инфекціи едва ли теперь когда-нибудь примѣняется, и какое онъ могъ бы оказать здѣсь дѣйствіе, совершенно непонятно.

Межполярное дѣйствіе всякаго электрическаго тока на ткани, находящіяся между электродами, кромѣ дѣйствія физиологическаго: раздраженія нервовъ или мышцъ, можетъ выразиться только повышеніемъ температуры, согласно извѣстному закону Флюп. Ожидать здѣсь отъ тока какого-то особаго молекулярнаго вліянія на ткани нѣтъ никакого основанія.

Если брать токи достаточно высокаго напряженія и съ такими частыми колебаніями, что они не будутъ въ состояніи вызывать раздраженіе нервовъ или сокращенія мышцъ, то можно прогрѣть межполярное пространство до желаемой температуры. Ткани будутъ какъ бы просвѣчиваться тепловыми лучами (отсюда названіе— „diathermia“). Для этого надо брать токи d'Arsonval'я очень высокаго напряженія и пользоваться особымъ прерывателемъ, дающимъ очень частыя колебанія.

Разсуждая теоретически, не трудно достигнуть нагрѣванія до температуры, напр., въ  $40^{\circ}$  С., при которой многіе микроорганизмы, какъ гонококки, не могутъ жить. Но можно ли безнаказанно поддерживать такое нагрѣваніе въ теченіе нѣсколькихъ часовъ кряду (6—8 часовъ, какъ это нужно для уничтоженія гонококка), еще неизвѣстно. Измѣреніе температуры въ толщѣ прогрѣваемыхъ тканей тоже еще недостаточно разработано. Многія интересныя изслѣдованія въ этомъ направленіи были прерваны начавшейся великой европейской войной, и рѣшеніе этихъ вопросовъ пока остановилось.

Солнечный свѣтъ и солнечныя ванны представляютъ очень удобную и цѣлбную форму примѣненія тепла. Едва ли однако, спеціально при леченіи женскихъ болѣзней, мѣстное вліяніе оказываетъ собственно свѣтъ, потому что проникать къ больному мѣсту онъ, конечно, не можетъ. Примѣненіе солнечнаго свѣта даже въ полости влагалища представляетъ такія неудобства, что отъ этого всѣ отказались. Очевидно, дѣйствіе солнца мѣстно можетъ вліять только своимъ тепломъ, а благоприятное дѣйствіе солнечныхъ ваннъ надо

объяснять вліяніемъ солнечнаго свѣта на весь организмъ и общее его состояніе.

Гипертоническіе растворы солей, главнымъ образомъ поваренной соли, оказываютъ такое хорошее дѣйствіе при леченіи инфицированныхъ ранъ, что было вполне естественно примѣнить ихъ и для мѣстнаго леченія инфицированныхъ половыхъ органовъ женщины.

При этомъ пользуются 8% и даже 10% растворами соли. Отгнмая воду изъ отдѣленія раны, они подсушиваютъ ее, отдѣленіе сгущается, совершенно такъ же, какъ подъ вліяніемъ дѣйствія солнечныхъ лучей. Сгущенное и сдѣлавшееся тоже гипертоническимъ отдѣляемое гранулирующей поверхности раны является средой, мало пригодной для бактерій, и онѣ начинаютъ погибать. Растворы эти одинаково пригодны и для влагалищныхъ спринцованій, и для всякой внутриматочной терапіи въ видѣ смазываній или полоски марли съ этимъ средствомъ, вводимымъ въ полость матки.

Примѣненіе этого принципа при леченіи различныхъ эрозій на шейкѣ матки и всякихъ отдѣленій изъ половыхъ органовъ оказалось очень дѣйствительнымъ: симптоматически оно помогаетъ почти всегда, а нерѣдко приводитъ и къ полному исцѣленію. Мы еще будемъ имѣть случай вернуться къ подробностямъ этого леченія.

Такимъ образомъ мѣстное леченіе, дѣйствующее непосредственно на слизистую оболочку половыхъ органовъ, подверглось значительному ограниченію, и мы понемногу начинаемъ освобождаться отъ полифармаціи и полипрагмазіи въ этомъ отношеніи. Но отказаться отъ многого, къ чему мы привыкли, не такъ легко. Несомнѣнно многіе врачи и многія большія не скоро будутъ обходиться безъ многообразной внутриматочной терапіи.

Собственно мѣстное леченіе полости матки, внутриматочная терапія, въ настоящее время должно находить мало примѣненія.

Если простое введеніе инструментовъ, напр. зонда въ полость матки, требуетъ очень отчетливаго проведенія предосторожностей противъ занесенія инфекции, то введеніе лекарственныхъ средствъ, измѣняющихъ и обжигающихъ слизистую оболочку, должно быть разсматриваемо, какъ серьезная опасность, въ смыслѣ созданія условій, благоприятныхъ для возникновенія инфекции, или для открытія путей для нея. Кромѣ того въ огромномъ большинствѣ случаевъ лечить необходимо всѣ тазовые органы, потому что заболѣванія одной только слизистой оболочки встрѣчаются рѣдко, а по анатомическимъ и физиологическимъ особенностямъ матки едва ли даже и возможны.

Опасность внести инфекцію заставляетъ многихъ совершенно избѣгать всякаго введенія чего бы то ни было въ полость матки и совершенно отказаться отъ внутриматочной терапіи, предоставляя



самому организму исцѣленіе слизистой оболочки отъ тѣхъ заболѣваній, съ которыми она можетъ справиться сама. Помощь врача здѣсь сводится къ леченію всѣхъ тазовыхъ органовъ общими, уже разсмотрѣнными нами средствами, а изъ мѣстныхъ мѣропріятій приходится обыкновенно довольствоваться заботой о проходимости шейнаго канала и дѣлать его расширеніе.

Болѣе серьезное леченіе сводится къ выскабливанію полости матки—пособію, послѣ котораго слизистая оболочка возрождается и обновляется.

Такое оперативное леченіе дѣлается неизбѣжнымъ въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣются значительныя измѣненія въ слизистой оболочкѣ матки, напр., фунгозное ея воспаленіе, или когда эти измѣненія даютъ разные симптомы, которые отъ общихъ мѣръ не проходятъ, напр., для устраненія кровотеченія или обильныхъ гнойныхъ выдѣленій изъ матки.

Выскабливаніе дѣлается въ настоящей хирургической обстановкѣ и, слѣдовательно, опасности отъ инфекции при немъ могутъ быть доведены до минимума, а полное возрожденіе слизистой оболочки послѣ него не можетъ быть сравниваемо съ тѣми скромными результатами, которые получаютъ послѣ продолжительныхъ и не лишенныхъ опасности внутриматочныхъ манипуляцій и смазываній.

Въ связи съ оцѣнкой значенія внутриматочной терапіи и ея особенностей необходимо остановиться на нѣкоторыхъ пріемахъ, которые иногда примѣняются не для устраненія мѣстной инфекции и даже не для леченія мѣстнаго заболѣванія, а для болѣе отдаленныхъ цѣлей, имѣющихъ отношеніе къ общимъ заболѣваніямъ организма.

Здѣсь на первомъ мѣстѣ надо поставить нѣкоторые врачебные пріемы для предупрежденія беременности. Пріемы эти въ послѣдніе годы получили большое распространеніе, и толчкомъ къ этому послужило ученіе о необходимости прерывать и не допускать беременности при туберкулезѣ.

Вопросъ этотъ возбуждалъ очень горячія пренія и въ печати, и въ разныхъ засѣданіяхъ. Многіе авторитетные люди предлагали считать всякое проявленіе туберкулеза показаніемъ къ прекращенію беременности искусственнымъ законнымъ выкидышемъ. Противъ такой постановки дѣла болѣе всего возражали и протестовали тѣ врачи, которые сами подвергались заболѣванію туберкулезомъ, а наиболѣе горячо тѣ изъ нихъ, которые родились отъ туберкулезныхъ родителей.

Тѣмъ не менѣе такое расширеніе показаній къ прекращенію беременности многимъ показалось очень убѣдительнымъ. Оно стало находить примѣненіе не только при туберкулезѣ, но и при другихъ

общихъ заболѣванійхъ, подрывающихъ силы организма. Это повело къ исканію такого средства, которое могло бы предупредить возникновеніе беременности въ тѣхъ случаяхъ, когда пользование кондомомъ или спринцованіями казалось недостаточнымъ для достиженія этой цѣли.

Внутриматочные приемы леченія, которые примѣняются для предупрежденія беременности и которые мнѣ приходилось встрѣчать, были: 1) впрыскиваніе въ полость матки іода съ глицериномъ (*tinctura jodii cum glycerino aa*) ежемѣсячно, за недѣлю до ожидаемыхъ регуль; 2) смазываніе той же полости іодомъ (тоже ежемѣсячное); 3) наложеніе шва изъ *crin de Florence* на слизистую оболочку шейнаго канала и оставленіе его тамъ, пока не выдѣлится самъ (на нѣсколько мѣсяцевъ) и 4) вставленіе внутриматочнаго, стекляннаго или металлическаго пессарія, вынимаемаго на время регуль.

Всѣ эти способы основываются на вызваніи измѣненій въ слизистой оболочкѣ матки, дѣлающихъ ее мало пригодной для воспріятія оплодотвореннаго яйца, и, что не сразу понятно, измѣненія эти, повидимому, получаютъ одни и тѣ же, потому что всѣ эти способы неизбѣжно приводятъ къ воспаленію слизистой оболочки—къ эндометриту.

Послѣ впрыскиванія іода и многихъ другихъ средствъ, напр., послѣ леченія внутриматочными впрыскиваніями по способу Грамматикати, которое было нами подробно разсмотрѣно, иногда наблюдается беременность и роды. Въ тѣхъ немногихъ случаяхъ такихъ родовъ, которые мнѣ пришлось наблюдать, во время родовъ было приращеніе мѣста, потребовавшее ручного удаленія. Приращеніе послѣда есть одно изъ слѣдствій воспаленія слизистой оболочки матки съ ея клѣточной инфильтраціей, и пока другого объясненія этого осложненія у насъ нѣтъ. Слѣдовательно послѣ внутриматочныхъ впрыскиваній всегда возможно встрѣтить измѣненія, свойственныя эндометриту. То же самое должно происходить вслѣдствіе присутствія всякаго инороднаго тѣла въ полости матки, все равно, будетъ ли это простой шовъ изъ неразсасывающагося матеріала, или введенный въ нее пессарій. Эти инородныя тѣла, очевидно, не гарантируютъ отъ возможности различной инфекціи, а раздраженіе, которое они вызываютъ, очень благопріятствуетъ увеличенію отдѣляемаго и питанію случайно попадающихъ микробовъ.

Такимъ образомъ при всѣхъ четырехъ перечисленныхъ нами приемахъ для предупрежденія возникновенія беременности имѣются всѣ условія и для возникновенія воспаленія слизистой оболочки матки, для эндометрита, и для болѣе серьезныхъ инфекцій, которыя и наблюдаются въ особенно тяжелой и опасной формѣ въ случаѣ инородныхъ тѣлъ.

Слѣдствіемъ трехмѣсячнаго ношенія золотого внутриматочнаго пессарія въ видѣ гриба, ножка котораго вводилась въ полость матки, я видѣлъ очень тяжелое септическое заболѣваніе, отъ котораго больная пролежала и пролечилась болѣе полугода, и которое потребовало нѣсколько оперативныхъ пособій для опорожненія развившихся въ концѣ болѣзни гнойниковъ. Окончательно она поправилась только черезъ годъ, а заболѣваніе началось послѣ выкидыша, вызваннаго ношеніемъ пессарія. Инструментъ этотъ былъ вставленъ уже во время беременности, о которой больная, по ея словамъ, не подозрѣвала.

Всѣ эти способы должны быть признаны опасными, и я остановился на нихъ только для того, чтобы предупредить отъ попытокъ ими воспользоваться въ тѣхъ случаяхъ, когда встрѣчаются показанія къ предупрежденію возможности возникновенія беременности.

Еще болѣе опасный, по своимъ послѣдствіямъ, пріемъ, который тоже иногда примѣняется, это—ежемѣсячное выскабливаніе слизистой оболочки матки. Методъ этотъ не заслуживаетъ подробнаго разсмотрѣнія, потому что надобности имъ воспользоваться, по моему глубокому убѣжденію, встрѣтиться не можетъ.

## ГЛАВА XI.

### **Выкидышъ и внѣматочная беременность: мясистый заносъ, тампонація, выскабливаніе. Опасности и осл. жненія.**

Изъ заболѣваній женской половой сферы, связанныхъ съ процессомъ беременности, помимо всякаго рода инфекцій и послѣродовыхъ заболѣваній, на первомъ мѣстѣ, по практическому своему значенію, необходимо поставить выкидышъ и трубную беременность. Обѣ эти болѣзненные формы имѣютъ много общаго, какъ по причинамъ, ихъ вызывающимъ, и признакамъ, ихъ сопровождающимъ, такъ и по тому безпокойству, которое они доставляютъ врачу, требуя отъ него немедленной, иногда очень активной и отвѣтственной помощи.

Выкидышъ, abortus, есть преждевременная смерть и рожденіе плода въ первой половинѣ беременности, т. е. тогда, когда онъ еще не можетъ жить внѣ утробы матери.

Прекращеніе беременности здѣсь зависитъ отъ смерти плода и отъ различныхъ измѣненій въ плодномъ яйцѣ и его оболочкахъ.

Мертвый плодъ выдѣляется, какъ всякое инородное тѣло, потому что матка реагируетъ на его присутствіе сильными сокращеніями. Однако есть еще какія то необходимыя для этого, несовсѣмъ извѣстныя условія. Иногда мертвый плодъ и плодное яйцо почему то остаются довольно длго въ полости матки и выдѣляются изъ

нея только по истеченіи всего срока прерванной беременности. Въ такихъ случаяхъ плодъ мацерируется, а часть околоплодной жидкости всасывается. Вслѣдствіе этого объемъ матки уменьшается и величина ея не соотвѣтствуетъ возрасту беременности. Это затемняетъ діагностику, ставя ее въ условія неблагоприятныя.

Начало выкидыша сопровождается схватками и кровотеченіемъ. Консистенція матки при этомъ еще за нѣсколько дней дѣлается плотной, деревянистой при ощупываніи, затѣмъ появляется боль и показывается кровь. Иногда все это можетъ остановиться и исчезнуть, беременность продолжается и заканчивается въ свое время нормальными родами. Но обыкновенно начавшійся выкидышъ уже не останавливается, и всѣ мѣры, которыя предпринимаютъ, чтобы остановить этотъ процессъ, къ цѣли не приводятъ.

Когда плодъ умираетъ, то обыкновенно наблюдается нагрубаніе грудей съ выдѣленіемъ молозива, и это почти единственный признакъ смерти плода въ эти ранніе мѣсяцы беременности, потому что другіе признаки его смерти въ это время могутъ основываться только на измѣненіяхъ, которымъ онъ подвергается самъ, а замѣтить изъ такихъ измѣненій, пока плодъ находится еще въ маткѣ, можно только признаки его разложенія и гніенія, съ образованіемъ газовъ или зловонныхъ выдѣленій.

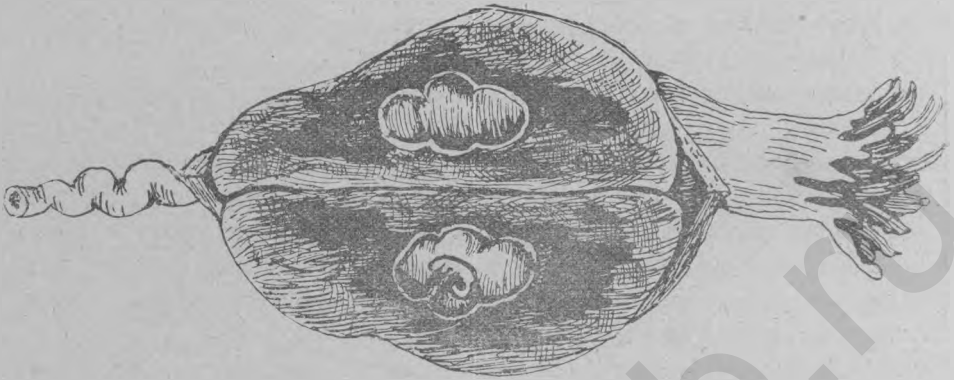
Нарушеніе цѣлости оболочекъ плоднаго яйца обыкновенно ведетъ къ его смерти и къ прекращенію беременности. Это можетъ произойти отъ излитія околоплодной жидкости и уменьшенія объема плоднаго яйца, но гораздо чаще зависитъ отъ кровезизліянія между оболочками яйца.

Кровезизліяніе это происходитъ вслѣдствіе разрыва сосудовъ ворсистой оболочки и въ частности той ея части, изъ которой развивается *placenta*. Разрываются сосуды *chorion frondosum*, и кровь изливается въ клѣтчатку между *amnion* и *chorion*. Оболочки эти раздвигаются излившейся кровью, а кровь свертывается и сгустокъ ея пріобрѣтаетъ мясистую консистенцію; отсюда названіе мясистый заносъ, *mola carnosum*.

Кровь, образующая такой сгустокъ, принадлежитъ не только матери, но и плоду, потому что въ ней можно видѣть красныя кровяныя клѣтки съ ядрами.

Изучать строеніе такого заноса гораздо удобнѣе на препаратахъ отъ внѣматочной беременности, при которой образованіе такихъ заносовъ наблюдается очень часто. Заносъ, выдѣлившійся изъ матки, всегда бываетъ такъ помятъ маточными сокращеніями, что на немъ трудно отыскать всѣ слои оболочекъ и послѣдовательнаго кровезизліянія. Вывалившійся изъ трубы при трубной беременности заносъ, конечно, не подвергается такимъ инсультамъ, какъ заносъ маточный,

потому что мышечный слой трубы гораздо слабѣе и не можетъ раз-  
давить эти кровяные сгустки.



**Рис. 31.** Разрѣзъ мясистой заносы (при трубной беременности). Видна полость плоднаго мѣшка съ находящимся въ ней плодомъ. Полость эта окружена водной оболочкой и большимъ кровянымъ сгусткомъ, разслоившимъ оболочки. Беременная труба и кровяной сгустокъ разрѣзаны въ продольномъ направленіи. Абдоминальный конецъ отеченъ, мя-  
точный изгибается волнообразно. (Оп. 2/и 1899 г.).

Кровеизліяніе увеличиваетъ объемъ плоднаго яйца, оно начинаетъ раздражать полость матки и вызываетъ въ ней сильныя сокращенія. Такимъ образомъ поврежденіе оболочекъ плоднаго яйца можетъ вызы-  
вать маточныя сокращенія двумя противоположными измѣненіями объема этого яйца: уменьшеніемъ его въ случаѣ истеченія амніотиче-  
ской жидкости и увеличеніемъ въ случаѣ кровеизліянія, отслаиваю-  
щего его оболочки.

Однако и всего этого едва ли достаточно, чтобы всегда вызвать выдѣленіе плоднаго яйца. При маточномъ выкидышѣ едва ли дѣло часто обходится безъ инфекціи.

Мнѣ случалось повреждать оболочки плоднаго яйца во время консервативнаго удаленія интерстиціальныя фибромъ изъ беременной матки. Одинъ разъ я при этомъ наблюдалъ даже истеченіе амніоти-  
ческой жидкости. Я тотчасъ накладывалъ швы изъ тонкаго кѣтгута для остановки кровотеченія изъ пораненій слизистой оболочки матки. Получалось заживленіе, а беременность заканчивалась въ свое время родами. Такіе случаи встрѣтились мнѣ два раза, и я объясняю такой счастливый исходъ достаточной чистотой и хорошими швами изъ тонкаго іодистаго кѣтгута—условіями, позволяющими исключить въ этихъ случаяхъ всякую возможность случайной инфекціи во время этихъ операций.

Инфекція оболочекъ, повидимому, наблюдается очень часто при выкидышѣ. Когда выкидышъ происходитъ самопроизвольно,—это можетъ быть гонококковая инфекція, бывшая еще до наступленія

беременности и обусловившая эндометритъ, послѣдствіемъ котораго явился и самый выкидышъ. Случаи такой слабой гонококковой инфекции, которая даже не является препятствіемъ для возникновенія беременности и даетъ себя знать только уже по ея наступленіи, вызывая выкидышъ на второмъ, третьемъ мѣсяцѣ, встрѣчаются не рѣдко. Сюда относятся многіе изъ тѣхъ выкидышей, которые случаются у молодыхъ супруговъ черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ свадьбы. Явленіе это нерѣдко объясняютъ усиленными половыми сношеніями затянувшагося медоваго мѣсяца, и, конечно, сношенія эти являются моментомъ, благопріятствующимъ и даже непосредственно производящимъ это прерываніе беременности, хотя настоящей причиной остается уже имѣющаяся инфекция и обусловливаемый ею эндометритъ. Послѣ такихъ выкидышей нерѣдко довольно скоро приходится лечиться и отъ предполагаемаго аппендицита, и отъ гнойныхъ выдѣленій изъ матки, и отъ послѣдствій воспаленія позади маточной брюшины, вызывающихъ смѣщеніе дна матки кзади и нарушающихъ ея подвижность со всѣми послѣдствіями, свойственными этому смѣщенію.

При травматическихъ поврежденіяхъ оболочекъ, при искусственномъ или преступномъ выкидышѣ, обыкновенно почему-то въ послѣднее время называемомъ „абортомъ“, условія для инфекции всегда на-лицо, потому что дѣлается это всегда торопливо и безъ достаточныхъ предосторожностей. Даже если инструменты вводятся совершенно чистые, все-таки ими нерѣдко проталкивается инфекция изъ влагалища и изъ шейнаго канала. Въ совершенно асептическихъ условіяхъ эта операція, очевидно, проводится довольно рѣдко, потому что послѣ простого зондированія, безъ разрыва оболочекъ и истеченія плодной жидкости, начавшійся въ такихъ случаяхъ выкидышъ никогда остановить не удается.

Въ то же время извѣстно, что, когда вводятъ въ полость беременной матки совершенно стерильные инструменты, этимъ не всегда вызывается прекращеніе беременности. Такъ, введеніе бужей и отслаиваніе оболочекъ отъ стѣнки маточной полости можетъ не вызывать желаемыхъ сокращеній, если дѣйствительно все сдѣлано при условіяхъ полной стерильности. Я знаю случаи, когда введенные въ матку для производства преждевременныхъ родовъ бужа (3 и даже 4 эластическихъ прикипяченныхъ бужа) оставались въ теченіе цѣлой недѣли и не вызывали ни учащенія пульса, ни повышенія температуры, ни схватокъ, указывающихъ на начало родовъ, и приходилось прибѣгать къ другимъ средствамъ, чтобы добиться необходимаго результата.

Въ то же время при всякомъ выкидышѣ повышеніе температуры явленіе очень обыкновенное. Нерѣдко такое повышеніе бываетъ

даже очень значительное, и ему предшествует ознобъ. Это бываетъ и послѣ искусственнаго выдѣленія остатковъ выкидыша, бываетъ и тогда, когда все заканчивается самопроизвольно.

Знобъ, даже потрясающій, когда онъ бываетъ только однократный, въ этихъ случаяхъ еще не указываетъ на тяжелое заболѣваніе. и все можетъ обойтись благополучно.

Все это показываетъ, что вліянію инфекціи, какъ этиологическаго момента для происхожденія выкидыша, должно быть отводимо большое мѣсто; безъ нея дѣло обходится довольно рѣдко, можетъ быть даже никогда.

Это подтверждается и тѣмъ, что при вѣматочной беременности, когда оболочки яйца инфекціи извнѣ не подвергаются, выдѣленіе плоднаго мѣшка изъ трубы, трубный выкидышъ, повышеніями температуры нерѣдко не сопровождается вовсе.

Во всякомъ случаѣ всякая инфекція оболочекъ плоднаго мѣшка ведетъ къ выкидышу и прекращенію беременности.

Сифилитическая инфекція нерѣдко тоже ведетъ къ выкидышу, и здѣсь непосредственной причиной, его вызывающей, являются перерожденія и измѣненія оболочекъ плоднаго яйца.

Острыя лихорадочныя заболѣванія и вообще все то, что сопровождается высокой температурой, обыкновенно ведетъ къ прекращенію беременности и можетъ вызвать выкидышъ. Это, между прочимъ, послужило даже основаніемъ считать хининъ средствомъ, способнымъ прервать беременность. Она дѣйствительно прерывается при лихорадкѣ, но не отъ дѣйствія хинина, а отъ вліянія того лихорадочнаго процесса и высокой температуры, противъ которыхъ онъ назначается.

Извѣстны случаи, когда отъ усерднаго мѣстнаго примѣненія тепла или холода (мѣшка съ горячей водой или со льдомъ) получалось прерываніе беременности. Въ этихъ случаяхъ темнымъ остается вопросъ, для чего именно примѣнялись эти мѣры и по поводу какихъ заболѣваній. Очевидно, что и эти заболѣванія могли бы и сами по себѣ вызвать выкидышъ, потому что и ледъ, и тепло примѣняются все-таки больше всего при инфекціяхъ.

Значеніе видимой травмы (паденія, ушибовъ и т. п.) обыкновенно сильно преувеличиваютъ. Сами по себѣ всѣ эти случайности рѣдко ведутъ къ прерыванію беременности. Извѣстны случаи прыжка изъ 3-го этажа и другія, не менѣе рискованныя мѣры для прекращенія беременности, которыя не только не приводили къ желаемому результату, но, что еще болѣе удивительно, обходились безнаказанно для тѣхъ, кто на нихъ рѣшался.

Леченіе уже начавшагося выкидыша — строго симптоматическое. Наркотическими средствами стараются добиться остановки схватокъ и боли, ими вызываемой; съ кровотеченіемъ борются внутренними

средствами и горчичниками или тепломъ къ верхнимъ конечностямъ. Но если кроветеченіе усиливается, а схватки не прекращаются, то придется прибѣгать къ тампонаціи влагалища.

Тампонація влагалища и его сводовъ является однимъ изъ главныхъ способовъ леченія выкидыша. Она прежде всего устраняетъ одинъ изъ главныхъ симптомовъ—кроветеченіе, и, вызывая сокращенія матки, ускоряетъ теченіе выкидыша: скорѣйшее раскрытіе шейнаго канала и выдѣленіе плоднаго яйца.

Если тампонація сдѣлана достаточно чисто, то это методъ довольно безопасный и скоро ведущій къ цѣли: хорошія схватки матки ведутъ къ раскрытію шейнаго канала, и скоро все плодное яйцо оказывается при перемѣнѣ тампоновъ на одномъ изъ нихъ.

Но такой образъ дѣйствія сопряженъ и съ серьезною опасностью при малѣйшей инфекціи. Обыкновенно тампоны мѣняются черезъ 4—6 часовъ, но и при этомъ все-таки можетъ получиться закупорка инфекціи, то, что называется инфекція подъ давленіемъ, со всѣми ея опасностями. Поэтому при леченіи выкидыша тампонаціей все время необходимо тщательно слѣдить за пульсомъ и температурой, и при малѣйшемъ измѣненіи въ нихъ тотчасъ удалить всѣ тампоны и сдѣлать тщательное антисептическое спринцованіе. Тампонацію, конечно, лучше не возобновлять, а ограничиться спринцованіями для остановки крови. Это иногда приводитъ къ окончанію всего процесса.

Гораздо проще и скорѣе устраняются всѣ послѣдствія задержавшагося выкидыша путемъ хирургическимъ—удаленіемъ плоднаго яйца.

Всего проще и безопаснѣе это достигается пальцемъ, введеннымъ черезъ расширенный шейный каналъ, и вообще ручными приемами.

Если каналъ этотъ еще недостаточно раскрылся самъ, то дѣлаютъ его инструментальное расширение. Разбухающими палочками ламинарія или тирею, точно также какъ и прессованными губками, теперь никто не пользуется, да въ нихъ и нѣтъ никакой надобности; хорошіе коническіе, металлическіе бужи—вотъ все, что для этого нужно, и все дѣло заканчивается въ нѣсколько минутъ, вмѣсто сутокъ и болѣе, какъ было тогда, когда еще пользовались ламинаріями и разбухающими средствами.

Шейку матки фиксируютъ щипцами Museux и вводятъ послѣдовательно Негар'овскіе (коническіе) расширители, кончая № 14. Послѣ этого, продолжая фиксировать влагалищную часть, входятъ указательнымъ пальцемъ въ шейный каналъ и полость матки и, надавливая другой рукой на дно этого органа, дѣлаютъ указательнымъ пальцемъ круговыя движенія, обходя плодное яйцо, какъ полиппъ. Сначала кажется, что проникать пальцемъ нужно такъ далеко, что ничего сдѣлать не придется; но постепенно яйцо начинаетъ освобо-



ждаться спереди, по бокамъ и кругомъ и въ концѣ-концовъ оказывается совершенно свободнымъ въ полости матки. Теперь достаточно сдвинуть тѣло матки между пальцами, помѣщенными въ заднемъ сводѣ, на задней ея поверхности, и пальцами другой руки, надавливающей на брюшную стѣнку, и все яйцо выскакиваетъ, какъ косточка изъ спѣлой сливы.

Когда шейный каналъ уже совершенно раскрылся самъ и нижній сегментъ плоднаго яйца ясно прощупывается въ наружномъ отверстіи матки, то тѣмъ же самымъ, только что описаннымъ приемомъ его довольно легко можно выдавить изъ полости матки.

Выдѣленіе выкидыша одними ручными приемами много безопаснѣе всякаго инструментальнаго пособія, и съ этого всегда надо начинать. Примѣненіе наркоза очень облегчаетъ это пособіе, и тогда ему скоро выучиваются и начинающіе.

Введеніе пальца въ полость матки все-таки всегда сопряжено съ нѣкоторымъ рискомъ внести инфекцію, и когда мы работали еще безъ перчатокъ, я всегда побаивался этого пособія и считалъ его не лишеннымъ серьезныхъ опасностей.

Если шейный каналъ недостаточно раскрытъ и если не удастся выдавить плодное яйцо изъ полости матки помощью сдвиганія ея пальцами, то, пожалуй, проще прямо приступить къ инструментальному очищенію полости матки. Это будетъ даже безопаснѣе, чѣмъ входить въ нее пальцемъ, въ особенности безъ резиновой перчатки.

Инструментальное очищеніе полости матки очень простое и безопасное пособіе, если его дѣлаютъ такъ, какъ нужно. Оно становится очень опаснымъ, когда къ нему приступаютъ на основаніи общихъ правилъ, дѣлаютъ очень усердно и не тѣми инструментами, которые для этого нужны.

Вотъ какъ дѣлается это малое пособіе, вотъ чего при этомъ дѣлать не слѣдуетъ и чего надо беречься.

Двойнымъ изслѣдованіемъ опредѣляютъ форму, величину и положеніе матки, дабы знать въ какомъ направленіи и на какую глубину придется вводить инструменты.

Обнажаютъ ложечными зеркалами влагалищную часть матки и захватываютъ переднюю, а иногда также и заднюю губу щипцами Museux, которыми притягиваютъ шейку матки къ входу во влагалище. Само собою разумѣется, что еще до начала операціи убѣждаются въ хорошемъ опорожненіи пузыря и прямой кишки.

Черезъ притянутое къ половой щели наружное отверстіе матки проникаютъ въ полость этого органа зондомъ для опредѣленія направленія, въ которомъ придется проводить расширители.

Этотъ моментъ операціи, также какъ и введеніе болѣе тонкихъ номеровъ расширителей, требуетъ большого вниманія и осторожности.

При нѣсколько торопливомъ введеніи этихъ инструментовъ конецъ ихъ легко упирается въ поперечныя складки слизистой оболочки шейнаго канала (*arbor vitae*), а при надавливаніи легко проникаетъ въ мышечную ткань матки, образуя ложный ходъ. Удивительно, какъ легко при этомъ конецъ расширителя проникаетъ въ мышечную ткань беременной матки; волокна ея при этомъ сокращаются и сползаютъ съ этого конца, какъ бы помогая ему проникать глубже. Пройдя мышечный слой и попадая въ околوماتочную клѣтчатку, расширитель даетъ совершенно такое же впечатлѣніе препятствія, которое удалось пройти, какъ это бываетъ, когда конецъ его пройдетъ черезъ внутреннее отверстіе и проникнетъ въ полость матки. При этомъ сейчасъ же дѣлается замѣтнымъ, что конецъ расширителя двигается совершенно свободно въ этой, какъ предполагаютъ, полости. Однако скоро дѣлается тоже замѣтнымъ, что конецъ инструмента двигается что-то уже очень свободно. Если конецъ этотъ уклоняется въ бокъ и ложный ходъ проникаетъ въ основаніе широкой связки, то онъ легко разслаиваетъ ея листки, и тогда его можно прощупать черезъ брюшную стѣнку довольно высоко, на уровнѣ пупка.

Мнѣ случилось однажды пережить такое осложненіе. Желая опорожнить гнойное скопленіе въ послѣродовой маткѣ (*pyometra*), я сталъ расширять шейный каналъ матки металлическими расширителями. Сначала они шли съ большимъ трудомъ, а начиная съ № 8 пошли очень легко. Однако никакого гноя не потекло, и показалось только незначительное количество крови. Скоро обнаружилось, что расширители проникаютъ въ какую-то полость, гдѣ конецъ инструмента двигается очень свободно. Не найдя гноя, я все-таки рѣшилъ промыть эту полость слабымъ растворомъ іода помощью толстаго въ 15 миллиметровъ катетера *Budin* и замѣтилъ, что этотъ инструментъ проникаетъ гораздо глубже, чѣмъ проходили расширители, и что конецъ его двигается во всѣ стороны совершенно свободно. Жидкость при промываніи вытекала тоже совершенно свободно и была совершенно чистая. Судя по направленію, куда шель этотъ катетеръ, было ясно, что конецъ его уклоняется влѣво отъ опухоли, которую мы считали дномъ матки и которая при чревосѣченіи оказалась нагноившейся дермоидной кистой. Во время операціи можно было видѣть темную окраску лѣвой широкой связки, очевидно отъ просвѣчивающаго черезъ брюшину кровеизліянія, но брюшинный покровъ нигдѣ поврежденъ не былъ. Опухоль удалить не пришлось, и я ограничился опорожненіемъ гноя и установленіемъ толстаго резиноваго дренажа, черезъ который довольно долго вымывали изъ этой полости много гноя, жира и волосъ. Случай этотъ окончился выздоровленіемъ, и никакого раздраженія брюшины послѣ операціи не было.

Такой счастливый исходъ этого раненія я объясняю тѣмъ, что и при расширеніи шейнаго канала, при послѣдующемъ промываніи черезъ ложный ходъ въ клѣтчатку лѣвой широкой связки удалось не внести инфекціи, а отслоеніе брюшины широкой связки и отсутствіе перфорациі этой плевы — тѣмъ, что совершенно тупой и круглый конецъ катетера Budin и хорошій оттокъ жидкости по желобу этого инструмента цѣлости брюшины повредить не могли.

Если инструментъ, производящій перфорацию матки около внутренняго ея отверстия, попадаетъ не въ основаніе широкой связки и ея клѣтчатку, а прямо кзади, то перфорация брюшины неизбѣжна, и конецъ расширителя или катетеръ попадаютъ въ заднюю Дугласову ямку. Такой случай мнѣ пришлось встрѣтить при судебно-медицинской экспертизѣ.

Больная скончалась при явленіяхъ остраго перитонита, а черезъ три мѣсяца на аутопсіи оказалось, что кровяные сгустки въ заднемъ Дугласѣ, также какъ и органы малаго таза, здѣсь находящіяся, имѣютъ кирпично-красную окраску и сохранились отъ гніенія много болѣе остальныхъ внутренностей, которыя были темносѣраго цвѣта и легко распознаны въ видѣ распада. Повторныя промыванія матки карболовой кислотой, и, кажется, даже сулемой, которыя дѣлались этой больной въ послѣдніе дни ея жизни, проникали, очевидно, въ заднюю Дугласову ямку, гдѣ на задней поверхности матки найдено было отверстие, проникавшее въ полость матки недалеко отъ ея внутренняго отверстия.

Перфорациі самой полости матки всегда помѣщаются около ея дна, иногда ближе къ передней, иногда ближе къ задней поверхности. Такое пораненіе наносится обыкновенно или зондомъ, или кюреткой, но всего болѣе корнцангомъ или сходными съ нимъ инструментами, назначенными для захватыванія.

Беременная матка, въ особенности въ промежуткахъ между схватками, теряетъ всякую консистенцію и дѣлается совершенно мягкой: Она легко растягивается инструментами, вводимыми въ ея полость, а это отсутствіе консистенціи позволяетъ инструменту вѣдраться въ маточную ткань, и иногда хирургъ не можетъ даже услѣдить тотъ моментъ, когда это началось.

Когда имѣется септическая инфекція, случай далеко не рѣдкій при искусственномъ выкидышѣ, ткань матки дѣлается еще дряблѣе, и на препаратѣ при послѣродовой инфекціи можно проткнуть матку зондомъ съ такою же легкостью, какъ масло въ жаркій лѣтній день.

Кромѣ зонда, и тонкіе номера расширителей тоже очень легко производятъ перфорацию. Это случается и при небеременной маткѣ, когда быстро одинъ за другимъ вводятъ расширители и когда примѣняютъ усиліе, чтобы вводить эти инструменты одинъ за другимъ

поскорѣе. Когда протолкнуть такой расширитель, то онъ быстро просакиваетъ въ полость матки, и въ этотъ моментъ конецъ его, ударяясь въ дно матки, прошибаетъ ея стѣнку.

Впрочемъ такая перфорация не представляетъ большой опасности. Кровотеченія она не даетъ, и если расширитель совершенно гладкій, то маточная ткань такъ плотно его охватываетъ при прохожденіи черезъ ложный ходъ, что все съ него стирается и не можетъ быть протолкнуто въ брюшную полость; поэтому тамъ инфекціи и не получается. Къ тому же сальникъ тотчасъ прилипаетъ къ отверстию, и черезъ нѣсколько часовъ получается прочное укрытіе его со стороны брюшины.

Въ случаѣ беременной матки опасность перфорации заключается главнымъ образомъ въ только что описанномъ отсутствіи консистенціи ея ткани и трудности услѣдить за началомъ внѣдренія инструмента въ эту разрыхленную ткань. Контуры маточной полости, ощущаемые инструментомъ, постоянно исчезаютъ и ускользаютъ, даже если слѣдить за этимъ очень внимательно. Единственное, чѣмъ можно этому помочь, это—если вызвать сокращенія матки, и всего проще это дѣлается промываніемъ ея полости. Этимъ достигается двѣ цѣли: 1) удаляются обрывки тканей, уже отдѣленныхъ оскребающей кюреткой, и 2) восстанавливаются контуры маточной полости вслѣдствіе сокращенія маточной ткани. Это даетъ большое спокойствіе хирургу и увѣренность его дѣйствіямъ.

Промываніе это всего удобнѣе дѣлать желобоватымъ катетеромъ Budin, хорошо обезпечивающимъ обратное истеченіе жидкости. За неимѣніемъ этого спеціального инструмента, можно обойтись любымъ не толстымъ металлическимъ катетеромъ, напр. № 16 или 18, лишь бы только шейный каналъ былъ достаточно расширенъ и въ немъ оставалось достаточно мѣста между катетеромъ и его стѣнкою для свободнаго вытеканія жидкости.

Для такого промыванія берется слабый растворъ іода, температурой въ 35<sup>0</sup>: въ чистую воду подливаютъ столько іодной настойки, чтобы цвѣтъ получился вродѣ здоровой мочи или жидкаго чая.

Оскребаніе беременной матки всегда надо дѣлать только тупой кюреткой, хотя бы даже импровизированной изъ расплющенной мѣдной проволоки<sup>1)</sup>. Примѣненіе въ этихъ случаяхъ острой ложки или острой кюретки нужно считать ошибкой противъ науки и искусства.

Тотъ, кто ссылается при этомъ на свою многолѣтнюю опытность и уже признанный авторитетъ, поступаетъ довольно легкомысленно. Въ литературѣ описаны случаи, когда перфорация матки острой кюреткой была сдѣлана руками самыхъ крупныхъ хирурговъ съ гром-

<sup>1)</sup> См. мою Опер. Гинек. Изд. П. М. 1915, стр. 291.

кими именами въ первоклассныхъ заграничныхъ клиникахъ, и осложненіе это оставалось ими не замѣченнымъ, а обнаруживалось только черезъ нѣсколько мѣсяцевъ, когда при новомъ выскабливаніи изъ матки извлекали ткань сальника, конецъ котораго былъ протасненъ черезъ перфорацию еще во время первой операціи, а теперь являлся причиной кровотеченія, послужившаго показаніемъ къ повторенію этого пособія.

Надо разъ навсегда поставить себѣ за правило, что острая ложка или острая кюретка примѣняется только въ небеременной маткѣ, когда она необходима. Замѣнять тупую кюретку она никогда не должна.

Для удаленія плацентарныхъ остатковъ въ случаѣ беременности на 5 мѣсяцѣ и вообще когда дѣтское мѣсто уже развилось, очень умѣстно пользоваться зазубренной ложкой проф. Kelly <sup>1)</sup>, назначенной для оскребанія раковыхъ массъ. Ложкой этой перфорации сдѣлать почти вовсе невозможно, потому что она въ ткань матки совсѣмъ не виѣдряется. Простая тупая кюретка можетъ перфорировать матку только тогда, когда она очень маленькая, но она все-таки имѣетъ передъ острой кюреткой то преимущество, что ею труднѣе притянуть сальникъ или кишку, потому что она за нихъ менѣе цѣпляется, чѣмъ острая.

Знаю по опыту, что этими разсужденіями многихъ все равно не удержишь отъ пользованія острымъ инструментомъ, въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, когда не имѣется подъ руками тупой кюретки; но противъ чего необходимо и возражать, и бороться неустанно каждому, кто относится вдумчиво къ этому отвѣтственному дѣлу, это противъ удаленія изъ полости беременной матки чего бы то ни было корнцангами и другими хватающими инструментами.

Всѣ наиболѣе тяжелыя осложненія, которыя мнѣ пришлось видѣть послѣ такихъ операцій, были сдѣланы исключительно корнцангами и сходными съ ними инструментами. Я знаю случай (судебно-медицинскій), въ которомъ вся брюшина толстой кишки и ея брыжейки была содрана корнцангомъ на протяженіи болѣе 20 см. Произошло это при удаленіи выкидыша по частямъ корнцангомъ. Больная умерла черезъ нѣсколько дней отъ перитонита. Цѣлая петля S-romantum была лишена своего серознаго покрова и appendices epiploici. Надо думать, что именно эти придатки и послужили исходной точкой при отдираніи брюшины въ этомъ случаѣ. Эти appendices такъ легко и прочно захватываются корнцангомъ, что на трупѣ ими пользуются при препаровкѣ брыжейки кишекъ на свѣжихъ препаратахъ. Захватывая за такой придатокъ, легко отдираютъ брюшину и обнажаютъ и сосуды, и нервы брыжейки.

---

<sup>1)</sup> Ibid., стр. 93.

Знаю еще другой случай, когда тоже корнцангомъ черезъ матку была протасана длинная петля тонкой кишки. Петля эта оборвалась и одинъ конецъ кишки висѣлъ во влагалищѣ, ущемившись въ маточной шейкѣ, другой конецъ (центральный) оставался свободнымъ въ брюшной полости. По счастью, врачъ, съ которымъ случилось это несчастіе, не растерялся и тотчасъ перевезъ больную въ клинику, гдѣ ей тотчасъ была сдѣлана лапаротомія. Удалена была матка и резецирована ущемленная въ ней кишка. Получилось гладкое выздоровленіе. Случай этотъ любопытенъ еще и тѣмъ, что наглядно подчеркиваетъ болѣе благоприятное теченіе пораненія тонкихъ кишекъ съ излитіемъ ихъ содержимаго. Черезъ 6 часовъ послѣ такого пораненія толстой кишки все это не могло бы закончиться столь благополучно.

Въ литературѣ описано немало случаевъ такихъ и болѣе тяжелыхъ осложнений при производствѣ этой маленькой операціи. Пугаться всего этого нѣтъ никакого основанія, но подумать объ отвѣтственности, которую они налагаютъ на хирурга, всегда умѣстно.

Если я позволилъ себѣ назвать примѣненіе острой кюретки въ полости беременной матки легкомысленнымъ, то пользованіе для удаленія плоднаго яйца корнцангомъ не могу назвать иначе, какъ пріемомъ, совершенно недопустимымъ и не находящимся въ соотвѣтствіи съ тѣмъ довѣріемъ, которымъ пользуется врачъ, приступая къ этой отвѣтственной операціи.

## Глава XII.

### **Выкидышъ и внѣматочная беременность. Признаки, патологія, практическое значеніе (продолженіе).**

Мы уже обращали вниманіе на то, что и выкидышъ, и внѣматочная беременность имѣютъ много общаго, какъ по симптомамъ, ими вызываемымъ, такъ и по отношенію къ діагностикѣ беременности вообще.

Всѣ такъ называемые вѣроятные признаки беременности: задержаніе регуль, субъективныя ощущенія, тошнота, рвота, начавшіяся измѣненія въ окраскѣ слизистой оболочки половыхъ органовъ, пигментация кожи и т. п., наблюдаются въ одинаковой степени въ обоихъ случаяхъ.

Изъ достовѣрныхъ признаковъ беременности увеличеніе матки въ полномъ соотвѣтствіи съ срокомъ отсутствія кровей можетъ быть только при маточной беременности. Тѣстообразное размягченіе маточной ткани, въ особенности въ области внутренняго отверстія (старый признакъ Hegar'a) наблюдается тоже въ обоихъ случаяхъ. Новый признакъ Hegar'a — возможность при двойномъ изслѣдованіи захва-

тить переднюю стѣнку матки въ складку <sup>1)</sup>—при внѣматочной беременности никогда не наблюдается.

Общее размягченіе ткани матки и островчатое ея сокращеніе подѣ влияніемъ растиранія пальцами выражено гораздо рѣзче при маточной беременности.

Ярко выраженная фіолетовая окраска слизистой оболочки влагалища и шейки, разрыхленіе этой слизистой и рѣзкая пигментация половой щели могутъ быть выражены одинаково, а густыя сливкообразныя бѣли наблюдаются только при маточной беременности. Относимыя къ числу достовѣрныхъ признаковъ беременности измѣненія на грудяхъ — появленіе добавочной ареолы и ясное прощупываніе долекъ — одинаково наблюдаются въ обоихъ случаяхъ.

Признаки беременности несомнѣнные, исходящіе отъ плода—его сердцебиеніе, активныя движенія и т. п.—имѣютъ мало отношенія къ обоимъ этимъ заболѣваніямъ. Вѣдь, выкидышъ большею частью происходитъ задолго до появленія ихъ, а при внѣматочной беременности они наблюдаются тоже только во второй половинѣ, т. е. въ такое время, до котораго такая беременность доживаетъ очень рѣдко.

Изъ симптомовъ, общихъ и выкидышу, и внѣматочной беременности, на первомъ мѣстѣ надо поставить боль и кроветеченіе, появляющееся къ тому же почти въ то же самое время, т. е. около конца 3-го мѣсяца, при выкидышѣ и нѣсколько ранѣе, чѣмъ при внѣматочной беременности.

Характеръ болей однако бываетъ въ обоихъ случаяхъ совершенно различный. При выкидышѣ боли бываютъ схваткообразныя по типу родовыхъ болей и отличаются періодичностью. При внѣматочной беременности онѣ тоже относятся къ схваткообразнымъ, но выражены гораздо сильнѣе и болѣе отражаются на общемъ состояніи больной, которая нерѣдко теряетъ сознание и впадаетъ въ большую слабость.

Кроветеченія при выкидышѣ, точно также, какъ и при внѣматочной беременности, происходятъ вслѣдствіе отслоенія оболочекъ плода, разница только въ томъ, что при выкидышѣ кровь будетъ прямо вытекать наружу изъ половыхъ органовъ, а при внѣматочной беременности она будетъ изливаться въ брюшную полость. Наружное кроветеченіе здѣсь будетъ только сочувственнымъ проявленіемъ, указывающимъ на внутреннее кровеизліяніе.

Причиной кроветеченія при выкидышѣ является отслоеніе оболочекъ плода отъ стѣнки маточной полости. Происходятъ надрывы сосудовъ, какъ материнскихъ, такъ и въ оболочкахъ плода, т. е. главнымъ образомъ въ ворсистой оболочкѣ. Прямымъ слѣдствіемъ раз-

<sup>1)</sup> См. мою книгу „Акушерское изслѣдованіе“. Изд. III. Москва. 1910 г. рис. 60. стр. 256.

рыва сосудов chorion является отслаивание amnion от chorion и кровезлияние между ними; образуется, какъ уже было описано, кровянистый или мясистый заносъ (mola).

Плодъ при этомъ умираетъ вслѣдствіе кроветеченія, а матка начинаетъ сокращаться, стремясь выдавить изъ своей полости это инородное тѣло. Сокращенія эти, въ свою очередь, производятъ разрывъ сосудовъ, идущихъ къ плодовымъ оболочкамъ, и кровь вытекаетъ наружу.

Почему первоначально рвутся эти сосуды, не всегда одинаково бываетъ ясно. Когда они повреждаются механически, дѣло вполне понятно, но когда выкидышъ происходитъ самопроизвольно, причину этихъ разрывовъ надо искать въ свойствахъ тканей и условіяхъ, въ которыхъ они здѣсь находятся. При всякомъ эндометритѣ оболочки, окружающія плодное яйцо, могутъ, по крайней мѣрѣ, въ нѣкоторыхъ своихъ частяхъ, сдѣлаться менѣ прочными, и эта ихъ хрупкость, въ связи съ начинающимся развитіемъ дѣтскаго мѣста, является условіемъ, благопріятствующимъ разрыву сосудовъ отъ ничтожныхъ причинъ, ускользящихъ отъ нашего наблюденія.

Слабымъ мѣстомъ здѣсь является placenta, или, точнѣе, та часть chorion, изъ которой она развивается. Здѣсь ворсинки подвергаются усиленному росту: концы ихъ врастаютъ въ сосуды материнскаго организма. Въ концѣ беременности онѣ оказываются вросшими въ цѣлыя озера, образующіяся изъ венъ, наполненныхъ материнскою кровью, откуда онѣ, какъ корни растений, вбираютъ питательный матеріалъ для плода и даже поглощаютъ кислородъ, необходимый для его дыханія.

Этотъ сложный процессъ востанія ворсинокъ chorion въ ткани материнскаго организма имѣетъ даже нѣкоторую аналогію съ проростаніемъ злокачественнаго новообразованія въ кровеносные сосуды при саркомахъ.

Крупныя эмбриональныя клѣтки синцитія, окружающія ворсинки, врастаютъ вмѣстѣ съ ними въ расширенія венъ материнскаго организма, образующихъ дольки placenta, и тѣмъ подражаютъ тому, что бываетъ при распространеніи саркомы. Самое злокачественное изъ этихъ новообразованій—chorionepithelioma развивается именно изъ этихъ эмбриональныхъ клѣточныхъ элементовъ и обладаетъ особенною способностью очень быстро вросать въ вены, а черезъ нихъ давать метастазы во всѣ органы. Интенсивность этого процесса и обуславливаетъ необычайную злокачественность этого новообразованія.

Нѣтъ ничего удивительнаго, что въ присутствіи такой живучей эмбриональной ткани, стремящейся врости въ просвѣтъ сосудовъ даже тогда, когда нѣтъ никакого новообразованія, сосуды эти должны находиться въ условіяхъ особой ранимости, и достаточно незначитель-



ныхъ измѣненій въ эндометріи, вызываемыхъ, быть можетъ, ничтожной инфекціей, чтобы сосуды эти оказались несостоятельными и разорвались или даже изъязвились.

При внѣматочной беременности въ общемъ бывають тѣ же самыя измѣненія въ оболочкахъ яйца, но при ней значеніе chorion frondosum проявляется еще интенсивнѣе.

Оплодотворенное яйцо останавливается въ своемъ поступательномъ движеніи по направленію къ маточной полости и прикрѣпляется къ слизистой оболочкѣ трубы, причемъ оно можетъ вросать въ толщу слизистой оболочки въ различныхъ мѣстахъ по отношенію къ оси трубы. Оно можетъ быть расположено или ближе къ свободной,

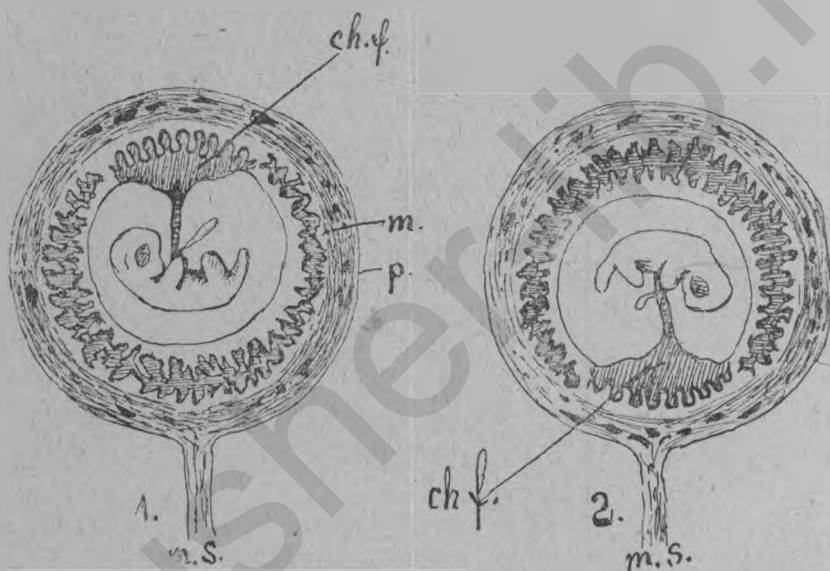


Рис. 32. Схема прикрѣпленія яйца при трубной беременности. 1.—около свободного края; 2.—около mesosalpinx—*m. s.*; *ch. f.*—chorion frondosum; *p.*—peritoneum; *m.*—mucosa tubae.

покрытой брюшной части трубы, или ближе къ прикрѣпленію ея брыжейки—mesosalpinx (рис. 32).

Въ обоихъ этихъ случаяхъ яйцо со своими оболочками вросаетъ подъ слизистую оболочку трубы и захватываетъ ея стѣнку. При этомъ глубже всего вросаетъ chorion frondosum, который начинаетъ дифференцироваться довольно рано, еще въ первомъ мѣсяцѣ. Ворсинки этой части chorion, не встрѣчая здѣсь интерстиціальной ткани, имѣющей въ слизистой оболочкѣ матки, начинаютъ вросать въ ткань самой стѣнки трубы. Ткань эта для этого мало приспособлена, и изъ нея не можетъ образоваться такая decidua, какая развивается въ полости матки. По мѣрѣ развитія ворсинокъ условія, въ

которых онъ здѣсь находятся, все ухудшаются, и наступаетъ моментъ, когда сосуды и ткани, ихъ окружающія, не выдерживаютъ и надрываются. Получается кровеизліяніе, кровь растягиваетъ ткани и онъ рвутся. Получается надрывъ или лопаніе трубы въ томъ мѣстѣ, гдѣ находится *chorion frondosum*.

Слѣдствіемъ этого является кроветеченіе изъ сосудовъ плода и изъ сосудовъ матери съ образованіемъ мясистаго заноса. Плодъ при этомъ часто умираетъ, а организмъ его матери лишается большого или меньшаго количества крови, изливающейся въ полость таза,—образуется внутрибрюшинное кровеизліяніе обыкновенно позади матки—*haematocoele retrouterinum*.

Такой разрывъ беременной трубы, какъ послѣдствіе несвоемѣстнаго прикрѣпленія плоднаго яйца къ не вполне пригоднымъ для него тканямъ, происходитъ обыкновенно около 12-й недѣли беременности или около конца 3-го луннаго мѣсяца.

Въ этомъ отношеніи имѣется сходство съ выкидышемъ, при которомъ непригодность заболѣвшей слизистой оболочки матки для развитія плоднаго яйца обнаруживается тоже около этого срока.

Если яйцо прикрѣпляется къ той части стѣнки трубы, которая лежитъ ближе къ *mesosalpinx* (рис. 32, фиг. 2), то здѣсь тоже, и около того же срока, наступаетъ первичный разрывъ ея стѣнки; но здѣсь условія, при которыхъ онъ происходитъ, совсѣмъ другія. Кровеизліяніе происходитъ не въ свободную брюшную полость, а въ клѣтчатку между листками широкой связки. Поэтому получается подбрюшинное кровеизліяніе—*haematoma ligamenti lati*. Кровь изъ сосудовъ плода встрѣчаетъ препятствіе къ своему истеченію, кроветеченіе останавливается, и плодъ не умираетъ. Кроветеченіе изъ материнскихъ сосудовъ тоже останавливается. Въ результатѣ плацента, а иногда и весь плодъ, начинаетъ развиваться внѣбрюшинно. Дѣтское мѣсто находитъ для себя достаточно пригодную почву и продолжаетъ развиваться, пока наконецъ ему сдѣлается здѣсь тѣсно и получается вторичный разрывъ, послѣ котораго плацента начинаетъ расти въ брюшную полость, прикрѣпляясь къ задней поверхности матки и ко дну Дугласовой ямки.

Вростая въ брюшную полость плацента получаетъ свое питаніе изъ новообразованныхъ сосудовъ, которые развиваются главнымъ образомъ изъ сальника и его производныхъ—*appendices epiploicae*, т. е. изъ тѣхъ тканей, которыя наиболѣе обладаютъ эмбриональными и сосудодоброобразовательными элементами.

Эти придатки, также какъ и край сальника, тотчасъ прирастаютъ къ тѣмъ мѣстамъ, гдѣ происходятъ надрывы. Въ случаѣ интерстиціального въ толщѣ широкой связки разрыва трубы это является

условіемъ, благопріятнымъ для сохраненія беременности, потому что при вторичномъ разрывѣ край плаценты попадаетъ въ условія, благопріятныя для развитія ея сосудовъ. Въ случаѣ разрыва на свободной поверхности трубы, это не можетъ спасти жизнь плода, потому что сальникъ не успѣваетъ прирости такъ скоро и такъ прочно, чтобы остановить кровотеченіе изъ поврежденныхъ ворсинъ, и плодъ погибаетъ.

Первичный разрывъ трубы обыкновенно вызывается какимъ-нибудь усиліемъ, ушибомъ, травмой, или усиленнымъ половымъ сношеніемъ, но почти всегда совпадаетъ съ срокомъ регулъ. Послѣдующіе, вторичные разрывы, или лопаніе трубы, тоже приходится

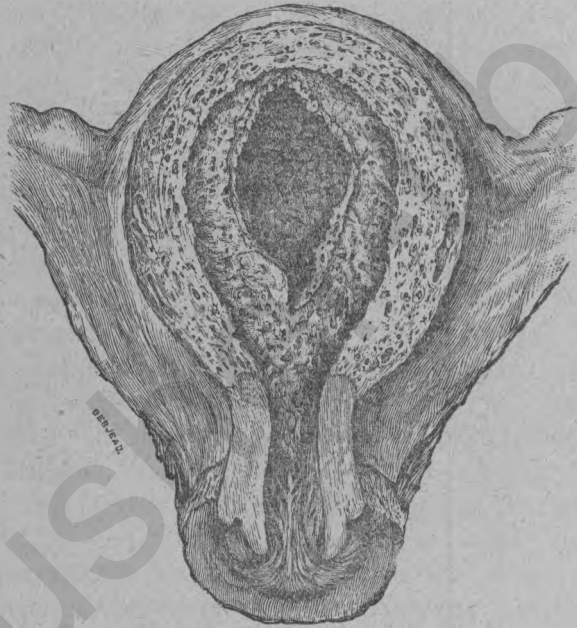


Рис. 33. Матка съ находящейся въ ея полости decidua при трубной беременности. Характерно также обиліе расширенныхъ сосудовъ, зависящее отъ той же беременности. (Sutton).

ставить въ связь съ приливомъ крови, соотвѣтствующимъ сроку очередныхъ регулъ. Смерть плода при первомъ же надрывѣ или лопаніи трубы не является обязательной и можетъ произойти при одномъ изъ слѣдующихъ ея надрывовъ. Только при востаніи плаценты въ клѣтчатку широкой связки, встрѣчающемся не столь часто, до нѣкоторой степени обезпечивается сохраненіе беременности. Въ этихъ случаяхъ она можетъ дойти до срока, и тогда наступаютъ такъ назыв. ложные роды, т. е. появляются потугообразныя сокращенія, и изъ

матки выдѣляется decidua. Плодъ умираетъ, подвергается мацераци и выдѣляется по частямъ изъ полости абсцесса черезъ брюшную стѣнку, кишку или мочевого пузыря. Если не произойдетъ инфекци плоднаго мѣшка, то плодъ можетъ инкапсулироваться, и остается въ животѣ многіе годы, даже десятки лѣтъ. Въ немъ отлагаются известковыя соли и онъ подвергается окаменѣнію — lithopaedion.

Это все-таки случай довольно рѣдкій. Гораздо чаще послѣ такихъ „ложныхъ родовъ“ получается инфекція (черезъ кровь, или отъ сосѣднихъ кишекъ) и больная погибаетъ отъ перитонита. Хирургическая помощь въ такихъ случаяхъ довольно рѣдко бываетъ своевременна и сопряжена съ значительной опасностью.

Развивающаяся при внѣматочной беременности decidua въ полости матки представляетъ очень любопытное явленіе, какъ реакція со стороны матки на беременность, развивающуюся довольно далеко отъ нея. Оболочка эта развивается и продолжаетъ расти, пока продолжается беременность. Она достигаетъ при этомъ значительной толщины, какъ это видно на прекрасномъ препаратѣ Bland Sutton'a (рис. 33).

Когда беременность прерывается, оболочка эта выдѣляется иногда цѣликомъ, представляя слѣпокъ расширенной маточной полости, иногда по частямъ. Это имѣетъ большое практическое значеніе, потому что указываетъ на то, что опасность отъ повторенія внутренняго кровотеченія уже миновала, такъ какъ оставшееся плодное яйцо перестало развиваться, и можно ожидать, что оно, вмѣстѣ съ излившейся кровью, начнетъ разсасываться и можетъ даже совершенно исчезнуть, такъ что послѣдуетъ самопроизвольное выздоровленіе, если не произойдетъ случайной инфекци.

Выдѣленіе этой оболочки позволяетъ сразу рѣшить вопросъ о беременности внѣ матки, потому что въ ней подъ микроскопомъ никакихъ ворсинъ chorii или частей плоднаго яйца найти нельзя.

Было предлагаемо воспользоваться этой оболочкой для выясненія діагноза внѣматочной беременности. Для этого предлагали кюреткой доставать въ сомнительныхъ случаяхъ изъ полости матки частицу этой оболочки и изслѣдовать подъ микроскопомъ (Оттъ). Предложеніе это представляется очень заманчивымъ. Однако случай для примѣненія этого діагностическаго метода подыскать довольно трудно. Тамъ, гдѣ можно это сдѣлать съ полной безопасностью, это очевидно уже не нужно: діагнозъ, надо думать, уже поставленъ; въ случаяхъ сомнительныхъ, при обострившемся сальпингитѣ, дающемъ симптомы, сходные съ трубной беременностью, такое пробное оскребаніе, очевидно, столь же абсолютно противопоказано, какъ и при маточной беременности, съ которой тоже можно смѣшать беременность внѣматочную.

---

## ГЛАВА XIII.

### Внѣматочная беременность (продолженіе): патологія, этиологія, симптомы, лечение.

Съ точки зрѣнія патологіи чрезвычайно интереснымъ представляется выяснить, къ какимъ именно тканямъ и органамъ можетъ прикрѣпляться оплодотворенное яйцо; иными словами, какіе изъ нихъ могутъ замѣнять для него слизистую оболочку матки съ ея специально для того приспособленными клѣточными элементами и условіями, обеспечивающими развитіе новыхъ сосудовъ, необходимыхъ для его жизни и питанія.

Мы уже указывали выше, что дѣтское мѣсто или, точнѣе, *chorion frondosum*, изъ котораго оно развивается, можетъ прикрѣпляться и къ поверхности брюшины—задняя стѣнка матки, дно Дугласовой ямки, и къ сальнику и кишкамъ и ихъ придаткамъ—*appendices epiploici*, и къ подбрюшинной клѣтчаткѣ въ толщѣ широкой связки, вообще вездѣ, гдѣ есть соединительная ткань и сосуды.

Слѣдовательно, рассуждая теоретически, яйцо могло бы прикрѣпиться въ любомъ мѣстѣ въ брюшной полости. Поэтому теоретически же и допускается, что яйцо можетъ первично прикрѣпляться въ трехъ мѣстахъ: 1) въ полости трубы—трубная беременность, 2) въ полости Граафова пузырька или на поверхности яичника—яичниковая беременность, и 3) прямо къ брюшинѣ въ тазовой полости—брюшная беременность. Такое дѣленіе и принято патологоанатомами.

Въ дѣйствительности во время операцій обыкновенно встрѣчается только трубная беременность. Лишь въ очень рѣдкихъ случаяхъ, обыкновенно у начинающихъ, или оперировавшихъ еще очень мало, попадаютъ единичные случаи яичниковой и даже брюшной беременности, которые и разбросаны въ текущей литературѣ, какъ рѣдкіе казуистическіе случаи.

Происходитъ это, очевидно, отъ того, что тѣ, кто встрѣчаютъ эти случаи имѣютъ болѣе времени для тщательнаго изученія препаратовъ, или прилагаютъ болѣе вниманія, когда вспоминаютъ подробности, замѣченныя во время операціи, позволяющія имъ останавливаться на такомъ толкованіи своихъ случаевъ. Мнѣ лично еще не пришлось встрѣтить ни разу ни яичниковую, ни тѣмъ болѣе брюшную внѣматочную беременность. Моему учителю проф. В. О. Снегиреву, насколько знаю, тоже такіе случаи еще не попадались: несомнѣнно они встрѣчаются очень рѣдко.

Какъ бы то ни было, но въ литературѣ описано и изображено нѣсколько случаевъ несомнѣнной яичниковой беременности. Лучшій

рисунокъ такого случая, который я знаю, принадлежит Varlow'у<sup>1)</sup>, и я считаю необходимымъ воспроизвести его здѣсь (рис. 34).

Фактически намъ приходится имѣть дѣло только съ трубной беременностью, и на ней придется остановиться подробнѣе и заняться разсмотрѣніемъ, гдѣ именно она развивается и почему это такъ бываетъ.

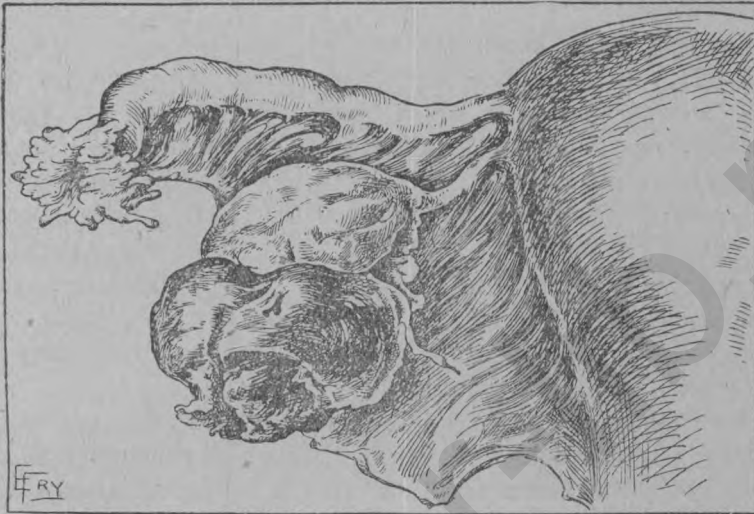


Рис. 34. Случай Varlow'a—повидимому, несомнѣнно яичниковая беременность.

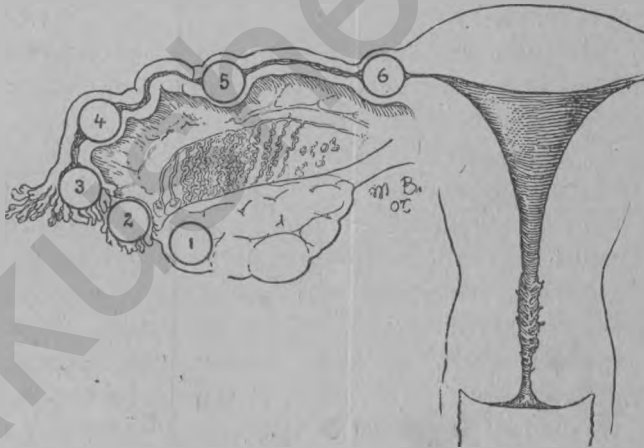


Рис. 35. Схема проф. Н. А. Kelly, показывающая мѣста, гдѣ прикрѣпляется яйцо при эктопической беременности. 1—беременность яичниковая, 2—на *fimbria ovarica*, 3—въ самомъ абдоминальномъ отверстіи, 4—въ *ampulla*, 5—въ *isthmus*, 6—въ интерстиціальной части трубы.

Проф. Н. А. Kelly даетъ прекрасную схему, показывающую мѣста, гдѣ встрѣчается внѣматочная беременность. На рисункѣ 35 изображена эта схема.

<sup>1)</sup> Amer. Journ. of Obstetr. and Diseases of Women 1910, стр. 1079.

Яйцо можетъ прикрѣпиться въ любомъ мѣстѣ на всемъ протяженіи трубы. У Kelly такихъ мѣстъ обозначено пять, а вмѣстѣ съ яичникомъ шесть. Мѣста эти слѣдующія: 1) яичникъ, 2) оваріальная фимбрія, 3) фимбріальное отверстіе трубы, 4) ея расширенное мѣсто—ampulla, 5) мѣсто ея суженія—isthmus и 6) интерстиціальная часть трубы.

Всего чаще яйцо прикрѣпляется въ ампуллѣ трубы (4). Другіе случаи (2), (3), (5) встрѣчаются гораздо рѣже, а случай (6) беременность въ интерстиціальной части трубы—относится къ такимъ же рѣдкостямъ, какъ случай (1) яичниковой беременности.

Интерстиціальная часть трубы (случай 6) представляетъ мѣсто, очень неудобное для имплантаціи яйца. Просвѣтъ трубы здѣсь чрезвычайно узкій, и непонятно, почему яйцо могло бы здѣсь остановиться какъ разъ около того мѣста, гдѣ все это начинается уже расширяться, въ самомъ углу матки. И это послѣ того, какъ оно благополучно продвинулось черезъ довольно длинную, тоже узкую часть трубы, начиная отъ ея isthmus.

Многіе препараты такой интерстиціальной беременности при ближайшемъ разсмотрѣніи оказались просто беременностью въ зачаточномъ рогѣ. Единственный препаратъ интерстиціальной трубной беременности, который мнѣ случилось видѣть (на Международномъ Съѣздѣ въ Берлинѣ), я иначе, какъ беременностью въ зачаточномъ рогѣ, истолковать не могу.

Вопросъ, почему оплодотворенное яйцо останавливается въ своемъ поступательномъ движеніи и не доходитъ до матки, пытались объяснять довольно различными причинами.

Предлагали, во-первыхъ, что это зависитъ отъ заболѣванія ворсинокъ мерцательнаго эпителия вслѣдствіе различныхъ болѣзней, сопровождающихся десквамативными процессами, напр. даже бывшей въ дѣтствѣ scarlatini; но это опровергается изслѣдованіями В. Sutton'a, который на большомъ матеріалѣ могъ убѣдиться, что беременность чаще встрѣчается въ такихъ трубахъ, въ которыхъ эпителий и его ворсинки, по крайней мѣрѣ, на видъ, совершенно здоровы.

Другое предположеніе, что яйцо останавливается потому, что оно движется слишкомъ медленно и, успѣвая увеличиться въ объемѣ, уже не проходитъ черезъ просвѣтъ трубы, мало понятно. Какъ никакъ, а такое яйцо, хотя бы и оплодотворенное, едва ли можетъ вообще много увеличиваться прежде, чѣмъ прикрѣпится и получить достаточно питательнаго матеріала.

Третья предполагаемая причина—различныя суженія, зависящія отъ сдавленія трубы тяжами старыхъ сросченій—представляется болѣе реальной и вѣроятной. Но и въ этомъ случаѣ остается возраженіе, что никто не знаетъ, когда именно образовалось такое перетягиваю-

щее сужение, найденное во время операции. Вѣдь оно могло появиться, или начать сдавливать трубу уже по наступлении въ ней беременности и даже вслѣдствіе нея.

Къ этой же группѣ относится и случай полипа, найденный одинъ разъ проф. Dührssen'омъ, но этотъ случай пока остается единственнымъ и цитируется какъ unicum. При всей его доказательности, толкованіе его распространительнаго значенія имѣть не можетъ.

Небольшія интерстиціальныя фибромы около угла матки встрѣчаются не особенно рѣдко при трубной беременности, и такимъ образомъ механическое сдавленіе трубы слѣдуетъ разсматривать, какъ одну изъ причинъ, очень возможныхъ и вполне понятныхъ.

Четвертое предположеніе это—возможность образованія слѣпого мѣшка между продольными складками слизистой оболочки трубы. Это, конечно, возможно и, конечно, мыслимо, что попавшее въ такой мѣшокъ яйцо застрянетъ и прикрѣпится къ стѣнкѣ трубы, но какъ отыскать остатки такого яичника на препаратѣ трубной беременности и кто его видѣлъ? Пока это остается только остроумнымъ предположеніемъ.

Кромѣ всего этого возможна еще беременность въ такой трубѣ, которая врожденно не сообщается съ полостью матки, напр. при рудиментарномъ зачаточномъ рогѣ матки. Такіе случаи описаны, и причина ихъ понятна сразу и сомнѣній вызывать не можетъ. Сѣмя здѣсь проходитъ черезъ другую трубу и оплодотворяетъ яйцо гдѣ-нибудь въ брюшной полости, а оно совершенно случайно попадаетъ въ другую трубу, съ маткой не сообщающуюся. Это рѣдкіе случаи; я видѣлъ ихъ только на рисункахъ.

Единственное, что мы знаемъ навѣрное, это то, что при трубной беременности яйцо отчего-то задерживается, и что очень часто около такой трубы наблюдаются старыя сращения. Кромѣ того мы знаемъ, что эпителий слизистой оболочки трубы не оказываетъ остановившемуся яйцу никакого сопротивленія для имплантаціи. Какія для этого нужны измѣненія въ этой слизистой оболочкѣ, мы не знаемъ, но отрицать ихъ существованіе мы тоже основанія не имѣемъ. То обстоятельство, что въ той же трубѣ въ другихъ мѣстахъ эпителий находятъ совершенно здоровымъ, вовсе не говоритъ противъ того, чтобы онъ не могъ быть измѣненнымъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ произошла имплантація яйца. Хроническая гиперемія и круглоклѣточная инфильтрація вокругъ слизистой оболочки трубы могли бы быть однимъ изъ такихъ условій, благопріятствующихъ имплантаціи. Стѣнка беременной трубы всегда бываетъ воспалительно утолщена и инфильтрирована; но предшествуетъ ли это имплантаціи, или является ея слѣдствіемъ, остается неизвѣстнымъ, хотя наличность старыхъ сращеній указываетъ на длительность имѣющагося воспалительнаго процесса, бывшаго, конечно, и до беременности.



Далѣ клиника насъ учитъ, что кромѣ того внѣматочная беременность наступаетъ обыкновенно послѣ довольно продолжительнаго временнаго безплодія. Это указываетъ на то, что такой беременности предшествуетъ какое-то заболѣваніе, обусловливающее и безплодіе, и образование тѣхъ сросченій, которыя мы находимъ при операціяхъ.

Когда начинаютъ собирать подробный анамнезъ въ такихъ случаяхъ, то обыкновенно оказывается, что были разные симптомы, указывающіе на воспалительныя явленія въ области придатковъ и на разные болѣзненные симптомы въ связи съ регулами, родами или выкидышами. Оказывается также, что были и бѣли, нерѣдко прямо гнойныя и даже разѣдающія, или пахучія, а также расстройства со стороны мочи.

Все это ужасно наводитъ на мысль вспомнить о бленнорреѣ и о возможности искать въ ней этиологию этого заболѣванія.

За послѣднія 5—6 лѣтъ мнѣ рѣдко удавалось исключить возможность гонококковой инфекции въ тѣхъ случаяхъ трубной беременности, которые мнѣ пришлось оперировать. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ мнѣ впрочемъ удалось два года тому назадъ съ полною увѣренностью исключить эту возможность; но во время операціи оказалось, что это была небольшая перекрученная киста яичника съ кровеизліяніемъ въ нее, и никакой беременности не было.

Другой случай былъ найденъ моими помощниками. Это была очень почтенная и интеллигентная женщина, жена врача, съ большимъ количествомъ дѣтей. Всѣмъ показалось излишнимъ и даже неловкимъ спрашивать ее о возможности гонококковой инфекции. Однако уже черезъ нѣсколько дней послѣ операціи я разговорился съ нею во время обхода, и она сама мнѣ сказала, что у ея мужа былъ трипперъ, доказанный бактериологически, и что онъ ее заразилъ, но что потомъ все это прошло, и послѣ этого она родила нѣсколько разъ.

Всѣ эти наблюденія и соображенія, разумѣется, еще не даютъ права объяснять внѣматочную беременность, какъ одно изъ проявленій гонококковой инфекции и ея послѣдствій; но во всякомъ случаѣ надо думать, что, по крайней мѣрѣ иногда, и довольно часто, это именно такъ и бываетъ. Насколько часто это бываетъ, покажутъ дальнѣйшія наблюденія и изслѣдованія, въ особенности бактериологическія.

Для объясненія остановки движенія плоднаго яйца въ трубѣ бленнорройная инфекция могла бы тоже дать нѣкоторыя цѣнныя данныя. Извѣстно, что инфекция эта вызываетъ круглоклѣточную инфильтрацію и развитіе соединительной ткани въ окружности слизистой оболочки, которую она поражаетъ. Такъ бываетъ въ случаѣ зараженія уретры, и то же самое бываетъ и со стѣнкой трубы. Не было бы ничего удивительнаго, если бы эти измѣненія могли бы нарушить перистальтическія движенія трубы и ея способность проталкивать яйцо по направленію къ маткѣ. Приписывать передвиженіе

яйца по трубѣ дѣйствию однѣхъ ворсинокъ эпителия ея слизистой оболочки нѣтъ основаній. Вѣдь и въ маткѣ имѣется такой же мерцательный эпителий. Однако ему не удастся протолкнуть яйцо во влагалище, да едва ли онъ для этого и предназначенъ.

Симптомы и признаки внѣматочной беременности были уже нами перечислены.

Главные изъ нихъ, кромѣ обычныхъ признаковъ беременности—кровотеченіе, боль и общая слабость. Все это появляется внезапно и совпадаетъ съ срокомъ очередныхъ регуль.

Кровотеченіе появляется одновременно съ болью, или вскорѣ послѣ ея начала. Оно продолжается нѣсколько дней, иногда нѣсколько недѣль. Кровь бываетъ темная, коричневая, вродѣ дегтя, и выдѣляется ея мало. Это есть только внѣшнее проявленіе кровезліянія въ тазу, которое обусловливается внутреннимъ кровотеченіемъ изъ венъ по сосѣдству съ *chorion frondosum*—будущей плацентой. Вены эти отличаются большою хрупкостью, потому что при трубной беременности никакой материнской плаценты не образуется, и ее замѣняетъ инфильтрированная ткань трубы съ расширенными и новообразованными сосудами. Все это отличается хрупкостью и плохо сокращается. Поэтому разорванные сосуды здѣсь зіяютъ и кровоточатъ.

Мы уже рассматривали, и довольно подробно, процессъ образованія мясистаго заноса (*mola carnosum*). Явленіе это очень свойственно трубной беременности, причемъ все плодное яйцо вываливается изъ трубы и попадаетъ въ брюшную полость. Происходитъ трубный выкидышъ, а выдѣленіе яйца изъ трубы сопровождается болью, доводящею нерѣдко до обморока, и кровотеченіемъ.

Боль здѣсь зависитъ отъ спазматическихъ сокращеній трубы, а кровотеченіе отъ зіянія венозныхъ сосудовъ на мѣстѣ образованія плаценты. Когда яйцо вывалится изъ трубы, кровотеченіе останавливается, а боль прекращается. Плодное яйцо при этомъ можетъ вывалиться и черезъ брюшное отверстіе трубы, и черезъ разорванную ея стѣнку.

Около третьей части всѣхъ случаевъ трубной беременности заканчивается такимъ выкидышемъ. Плодъ при этомъ, конечно, умираетъ и вмѣстѣ съ кровяными сгустками можетъ разсосаться; но для этого нужно нѣсколько мѣсяцевъ (6—8). Случаи эти можно было бы не оперировать, если бы имъ не угрожала опасность инфекции, предохранить отъ коей у насъ нѣтъ средствъ.

Пока выкидышъ не закончился, каждую минуту можетъ произойти новый разрывъ и новое кровотеченіе въ брюшную полость. Такое повторное кровотеченіе съ каждымъ разомъ дѣлается опаснѣе, потому что организмъ уже бываетъ ослабленъ и обезкровленъ предшествующимъ кровотеченіемъ. Даже если и успѣютъ оказать хирургическую помощь немедленно, то спасаются далеко уже не всѣ.

Послѣ третьяго кроветеченія и хирургическая помощь является пособіемъ очень рискованнымъ и опаснымъ.

Когда разрывъ происходитъ въ клѣтчатку широкой связки, боли бываютъ столь же мучительныя, но кроветеченіе останавливается скорѣе, и больныя скорѣе оправляются отъ этой потери крови. Жизнь плода сохраняется и онъ можетъ дожить до срока, когда можетъ быть рожденъ оперативнымъ путемъ; но для этого необходимо, чтобы больная находилась все время подъ тщательнымъ наблюдениемъ и чтобы во всякую минуту все было готово для немедленной операціи.

Опасности, которыя въ это время угрожаютъ больной, состоятъ во внезапномъ внутреннемъ кроветеченіи, которое можетъ случиться вслѣдствіе преждевременнаго отдѣленія плаценты или, вѣрнѣе, вслѣдствіе разрыва сосудовъ на мѣстѣ ея прикрѣпленія. Эта опасность и здѣсь угрожаетъ больной все время, пока внѣматочный плодъ живъ. Кромѣ того такой плодъ нерѣдко обладаетъ врожденными недостатками, начиная отъ различныхъ уродствъ и кончая очень ослабленной сопротивляемостью его организма. Если и удастся спасти его жизнь операціей, довольно опасной для жизни его матери, то онъ все-таки рѣдко выживаетъ, потому что легко погибаетъ отъ случайной инфекціи.

Изъ объективныхъ признаковъ для діагноза внѣматочной беременности необходимо отмѣтить несоотвѣтствіе увеличенія матки съ временемъ задержки кровей при наличности другихъ признаковъ беременности, въ томъ числѣ и размягченія и отечности влагалищной части и тѣла матки, а иногда пульсаціи въ сводѣ или сводахъ. Иногда можно ясно прощупать около матки и кзади опухоль беременной трубы; но добиваться этого особенно не слѣдуетъ, ибо настойчивое и усердное двойное изслѣдованіе здѣсь противопоказано, вслѣдствіе большой опасности что-нибудь разорвать или раздавить.

Излившаяся въ задній Дугласъ кровь можетъ растягивать задній сводъ, но флюктуаціи обыкновенно вызвать нельзя. Когда здѣсь образуются кровяные сгустки, то они долго еще остаются мягкими и при двойномъ изслѣдованіи даютъ ощущение мягкой замазки вродѣ той, которою дѣлають шпатлевку передъ окраской масляной краской.

О внутреннемъ кроветеченіи судятъ по пульсу, который дѣлается все чаще, пока оно продолжается, по температурѣ, которая постепенно понижается, по блѣдности наружныхъ покрововъ и нѣкоторой даже синеватости губъ и, наконецъ, по общей возростающей слабости съ повторными обмороками и потомъ. Похолоданіе конечностей, какъ слѣдствіе этого пота, есть признакъ серьезной опасности отъ продолжающагося кроветеченія, почти столь же серьезной, какъ и расширение зрачковъ. Но до этого дѣла обыкновенно не доходитъ. Рвотныя

движенія зависять обыкновенно тоже не отъ кроветеченія, а главнымъ образомъ отъ раздраженія брюшины. Какъ слѣдствіе кроветеченія, они наблюдаются довольно рѣдко.

Общее впечатлѣніе тяжелаго заболѣванія, сильно удручающаго организмъ, хотя и не сопровождающагося повышеніемъ температуры, бросается въ глаза. Каждому ясно, что дѣло серьезное, и что болѣзнь исходитъ изъ брюшной полости и требуетъ немедленной энергической помощи. Страшная боль внизу живота въ связи съ отсутствіемъ регуль тотчасъ наводитъ на мысль о послѣдствіяхъ возможной беременности.

Брюшная стѣнка оказываетъ защитительное сопротивленіе, она неподатлива и чувствительна, даже болѣзненна при давленіи. Все это, въ связи съ внезапностью заболѣванія, позволяетъ поставить діагнозъ, достаточный, чтобы тотчасъ приступить къ операціи, жизненная необходимость которой очевидна для каждаго.

Прибѣгать къ проколу черезъ задній сводъ, чтобы имѣть наглядное подтвержденіе діагноза, можно только на операціонномъ столѣ, когда все готово, чтобы тотчасъ приступить къ самой операціи. При этихъ условіяхъ можно также сдѣлать основательное изслѣдованіе подъ наркозомъ, но ожидать отъ него многого нельзя, а опасность разорвать или раздавить при этомъ что-либо остается довольно значительная. Такое изслѣдованіе простительно только очень опытному и осторожному человѣку, начинающему лучше отъ него воздержаться.

Разрѣзъ черезъ задній сводъ для выясненія діагноза, конечно, много безопаснѣе, чѣмъ пробный проколъ тонкимъ троакаромъ, и даетъ болѣе точныя данныя. Съ обоими этими способами можно получить полную увѣренность, что имѣется дѣло именно съ внѣматочной беременностью и кровеизліяніемъ позади матки. Но, вѣдь, такая же увѣренность получается тоже тотчасъ, какъ будетъ начатъ разрѣзъ брюшной стѣнки и подойдутъ къ серозному листку брюшины и увидятъ просвѣчивающую черезъ него кровь. Если окажется, что ни беременности, ни кровеизліянія въ брюшину нѣтъ, то 1) всегда окажутся серьезныя измѣненія, требующія хирургической помощи, если какая-нибудь помощь вообще возможна въ данномъ случаѣ; 2) во всякомъ случаѣ исключается внѣматочная беременность и уже нѣтъ основанія ожидать катастрофы отъ внутренняго кроветеченія.

Да такихъ болѣзней въ тазовой полости, которыя можно было бы смѣшать съ внѣматочной беременностью, не такъ уже много. Кромѣ разныхъ сальпингитовъ, на которые однако всегда есть точныя указанія въ анамнезѣ, можно встрѣтить только аппендицитъ и какую-нибудь небольшую опухоль съ перекручиваніемъ ножки, но все это безъ лихорадки и обыкновенно безъ рѣзкаго увеличенія лейкоцитоза не бываетъ.

Даже если бы ничего не удалось найти или сдѣлать во время операціи, то это все-таки лучше и для врача, и для больной. Больная отъ простаго разрѣза ничего не потеряетъ, а выяснившійся діагнозъ позволитъ врачу примѣнить болѣе цѣлесообразное леченіе и даже, быть можетъ, спасти ея жизнь. Это много лучше и безопаснѣе, чѣмъ выжидать при такомъ тяжеломъ заболѣваніи неизвѣстно чего и сколько времени.

Показанія при леченіи внѣматочной беременности сравниваютъ съ показаніями при злокачественныхъ новообразованіяхъ. Промедленіе здѣсь столь же опасно и столь же недопустимо. Внутреннее кровотеченіе и инфекция—вотъ тѣ опасности, съ которыми мы здѣсь должны считаться.

Пока плодъ живъ, больная все время находится подъ угрозою смертельнаго кровотечения. Когда эта опасность уже миновала, остается не менѣе серьезная опасность инфекціи, для чего условій здѣсь болѣе чѣмъ достаточно.

Находящаяся свободно въ брюшной полости кровь можетъ инфицироваться отъ случайныхъ внѣшнихъ моментовъ. Когда лечили эту болѣзнь электричествомъ, въ особенности уколами, были наблюдаемы очень тяжелыя формы общей инфекціи, нерѣдко даже смертельной. Кровь можетъ инфицироваться черезъ кровеносную или лимфатическую систему. Это подтверждается хотя бы тѣмъ, что въ излившейся въ полость брюшины крови (въ 13 изъ 18 случаевъ кровеизліяній отъ различныхъ причинъ) были найдены бѣлые стафилококки. Но гораздо серьезнѣе и опаснѣе инфекція изъ кишечника. Черезъ воспаленную стѣнку кишки, какъ извѣстно, бактеріи могутъ проникать въ брюшную полость и инфицировать ее. Такъ бываетъ при аппендицитахъ, а также и при другихъ воспалительныхъ процессахъ кишечнаго тракта.

Пока такой инфекціи еще нѣтъ, можно бороться съ послѣдствіями потери крови обильнымъ введеніемъ физиологическаго раствора поваренной соли подъ кожу и другими средствами, устраняющими малокровіе. Для расасыванія излившейся крови примѣняется мѣстное тепло во всѣхъ его видахъ, кромѣ того назначается укрѣпляющій режимъ и покойное положеніе съ устраненіемъ всякихъ усилій или утомленія. Это леченіе требуетъ многихъ мѣсяцевъ и, какъ уже сказано, не лишено опасностей.

Такое выжидательное симптоматическое леченіе этого заболѣванія нельзя разсматривать иначе, какъ случай промедленія съ неотложной хирургической помощью, показанія къ которой наступаютъ, какъ общее правило, тотчасъ, какъ только поставленъ діагнозъ. Надо имѣть очень серьезныя основанія для того, чтобы въ отдѣльныхъ случаяхъ рѣшиться на такое выжидательное промедленіе.

## ГЛАВА XIV.

### Болезни, связанные с послѣдствіями беременности и родовъ: инфекціи, поврежденія.

„Беременность и роды“—говорилъ покойный проф. Tarnier—„это *par excellence* процессъ физиологическій, но онъ каждую минуту можетъ перейти въ патологию. Задача врача предупредить эту возможность и устранить ея послѣдствія“.

Я не буду останавливаться здѣсь на предупрежденіи инфекціи помощью хирургической чистоты, и на томъ, какъ она достигается. Практическія указанія для этого изложены съ достаточною подробностью въ моей „Оперативной Гинекологіи“, къ которой и отсылаю читателя по всѣмъ вопросамъ, имѣющимъ отношеніе къ хирургіи и ея примѣненію въ этой области <sup>1)</sup>.

Очень многія инфекціи женскихъ половыхъ органовъ начинаются въ связи съ беременностью, выкидышемъ или родами. Уже имѣвшіяся, иногда загложшія или протекавшія незамѣтно инфекціи снова вспыхиваютъ. Къ старымъ инфекціямъ присоединяются новыя.

Надрывы и поврежденія родовыхъ путей, окружающихъ ихъ мышцъ, тканей и связокъ вносятъ механическія измѣненія въ положеніи, подвижности и даже въ формѣ отдѣльныхъ частей, входящихъ въ составъ мочеполовыхъ органовъ, и нарушаютъ ихъ сопротивляемость различнымъ заболѣваніямъ.

Все это имѣетъ большое практическое значеніе при выясненіи происхожденія многихъ гинекологическихъ заболѣваній и назначеніи леченія.

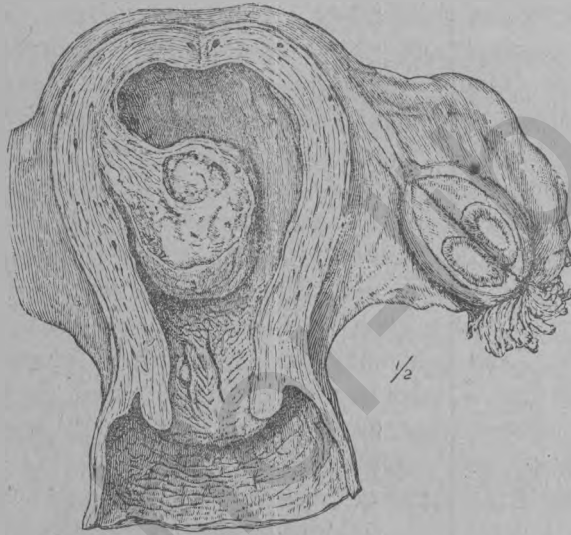
Задержавшіяся въ полости матки обрывки оболочекъ выдѣляются по частямъ вмѣстѣ съ очищеніями, и, по мѣрѣ инволюціи матки, ея слизистая оболочка восстанавливается, и можетъ даже произойти полное исцѣленіе того эндометрита, который вызвалъ срощеніе этихъ оболочекъ. Но иногда этого не происходитъ, и около остатковъ плодныхъ оболочекъ, хотя бы и микроскопическихъ, остаются условія, поддерживающія мѣстную инфекцію слизистой оболочки. Это относится главнымъ образомъ къ *decidua*. Остатки *chorion*, въ особенности *chorion frondosum*, могутъ сохранить такія прочныя прикрѣпленія, что сокращенія матки не въ состояніи ихъ выдѣлить изъ полости, а если инфекція при этомъ незначительная и не вызываетъ общихъ явленій и къ ней не присоединится новой инфекціи, то такіе остатки ворсистой оболочки, получая питаніе изъ материн-

<sup>1)</sup> А. П. Губаре въ, Оперативная Гинекологія и основы абдоминальной хирургіи. Изд. второе. Москва. 1915 г.

скихъ сосудовъ, образуютъ утолщенія или выступы слизистой оболочки и могутъ превратиться въ настоящіе полипы. Эти такъ назыв. плацентарные полипы вызываютъ усиленныя сокращенія матки и надрывъ слизистой оболочки. Появляются кроветеченія сначала въ формѣ меноррагіи, а затѣмъ и метроррагіи.

Ожидать самопроизвольнаго выздоровленія при этомъ нѣтъ основанія, и надо сдѣлать очистку матки, ея оскребаніе.

Пока остатки оболочекъ не выдѣлятся, или не будутъ удалены хирургомъ, инволюція матки совершается очень вяло. Она остается увеличенной и дряблой или мягкой.



**Рис. 36.** Кусокъ плаценты, превратившійся въ плацентарный полипъ. Въ яичникѣ виденъ *ovarius luteus*. (Препаратъ музея Лондонскаго Королевскаго Общества Хирурговъ).

Первые дни послѣ родовъ выдѣляется кровь и кровяные сгустки и это сопровождается болью и болѣзненными схватками при выдавливаніи этихъ сгустковъ маткою. У здоровой женщины такихъ послѣродовыхъ болей не должно быть и кровянистое выдѣленіе должно кончиться къ четвертому дню.

Лохіи бываютъ очень обильныя, нерѣдко съ кровянистой окраской, продолжающейся недѣлями и болѣе, а когда возвращаются регулы что случается въ этихъ случаяхъ нерѣдко еще во время кормленія, то онѣ легко переходятъ въ кроветеченіе.

Матка долго еще остается увеличенной и въ ней отмѣчаются всѣ признаки уже рассмотрѣннаго нами хроническаго метрита.

Если никакихъ оболочекъ обнаружить не удастся и нѣтъ никакой другой видимой причины этого болѣзненнаго состоянія, то говорятъ о недѣ-

статочной инволюции матки—*involutio vitiosa* (см. выше стр. 13, рис. 2).

Для лечения этого состояния назначают средства, сокращающие матку: горячие спринцевания, препараты эрготина, гидрастина и т. п.

Чтобы судить на основании анамнеза о степени интенсивности послеродовой инфекции, спрашивают больную о таких симптомах, которые она могла запомнить и не может смешать с явлениями случайными.

Это будет: во 1-х время, когда началось заболванье, на какой день послѣ родовъ, рано, или поздно; во 2-х лихорадочныя движения, высокая температура и другія общія явленія, которыми оно сопровождалось; въ 3-х ознобы и поты; если было и.т.о. и другое, то это, конечно, болѣе сильная инфекция; въ 4-х количество и качество очищений; отсутствіе ихъ или малое количество много хуже, чѣмъ даже зловонныя очищенія; въ 5-х нагрубаніе груди и выдѣленіе молока; эти функціи отсутствуютъ при самыхъ тяжелыхъ формахъ инфекции.

Если кровянистыя отдѣленія продолжаются болѣе трехъ дней, напр., недѣлю или болѣе, то это всегда указываетъ на бывшій еще до родовъ воспалительный процессъ въ слизистой оболочкѣ матки. Когда пациентка—первородящая, то это обыкновенно признакъ бленнорройнаго процесса, и иногда это подтверждается заболѣваніемъ глазъ у плода, или бактериологическимъ изслѣдованіемъ.

Чѣмъ раньше послѣ родовъ обнаруживается пуэрперальное заболѣваніе, тѣмъ оно сильнѣе и опаснѣе. Септические процессы начинаются обыкновенно въ первые три дня; позднія инфекции, день на 5-й, 7-й и позднѣе, указываютъ на вліяніе бленнорройной инфекции: если это даже будетъ септическое заболѣваніе, то это обыкновенно добавочная инфекция, и она будетъ двусторонняя.

Во время прохожденія плода черезъ родовые пути происходятъ различные разрывы и поврежденія. Изглаженный и истонченный край наружнаго маточнаго отверстія надрывается во время прохожденія головки плода и разрывы эти могутъ доходить до свода. Поверхности этого раненія не соприкасаются и заживленіе происходитъ *per granulationem*. На мѣстѣ разрывовъ остаются рубцы и глубокія борозды, измѣняющія форму влагалищной части.

Глубокіе боковые разрывы раздѣляютъ влагалищную часть на переднюю и заднюю половину, которая въ видѣ отдѣльныхъ выступовъ торчатъ во влагалищѣ. Шейный каналъ матки оказывается развороченнымъ, и если ввести зеркало, то можно видѣть слизистую оболочку шейнаго канала съ ея обильнымъ отдѣленіемъ, какъ слѣдствіе раздраженія этой слизистой оболочки кислой секретіей влагалища.



Это хроническое раздражение слизистой оболочки ведетъ къ гиперплазиі ея эпителія. Онъ начинаетъ разростаться по поверхности влагалищной части, замѣняя плоскій эпителий цилиндрическимъ. Вслѣдствіе этого около наружнаго отверстія матки появляются довольно яркія, красныя пятна, покрытыя обильнымъ отдѣленіемъ и напоминающія гранулирующую поверхность. Явленіе это называется эрозіей, потому что прежде такія красныя пятна рассматривали, какъ ссадины, лишеныя эпителиальнаго покрова. При микроскопическомъ изслѣдо-

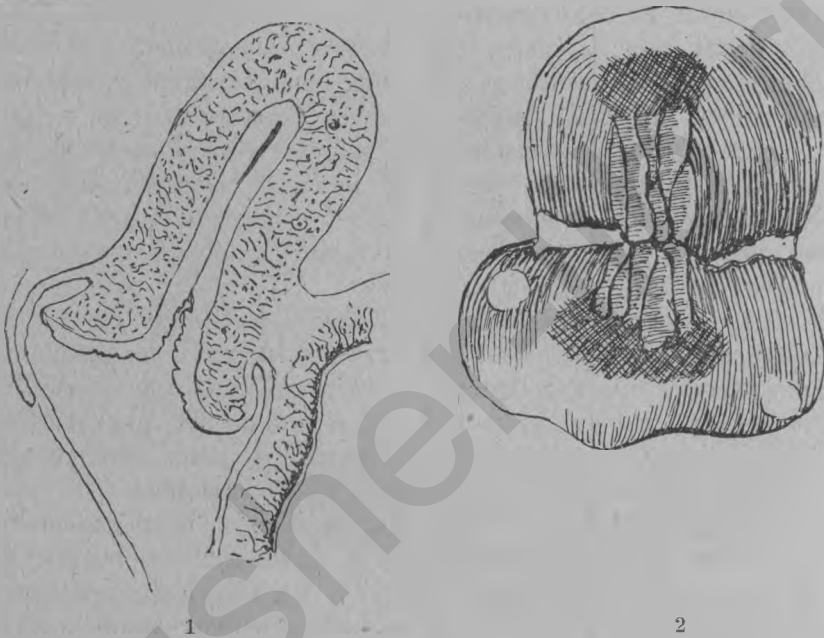


Рис. 37. Фиг. 1. Продольный разрѣзъ матки съ развороченной вслѣдствіе боковыхъ разрывовъ шейкой *ectropion*. Фиг. 2. Двусторонній *Emmetovskij* разрывъ шейки съ выворотомъ, *ectropion*, видимый по обнаженіи зеркалами. Видна слизистая оболочка шейнаго канала и эрозіи около ея края наружнаго отверстія; *m. c.* — *mucosa colli*; *e.*—*erosio*.

ваніи эрозіи эти оказались покрытыи цилиндрическимъ эпителиемъ, такимъ же, какъ въ шейномъ каналѣ, и никакой грануляціонной поверхности здѣсь не имѣется.

Лечение этихъ эрозій отличается разнообразіемъ и продолжительностью; это очень упорное заболѣваніе. Примѣняются вяжущія и прижигающія средства. Дѣлали прижиганіе Пакэленомъ и ѣдкими веществами: ляписомъ, хромовой кислотой, молочной кислотой и т. п. Я видѣлъ хорошіе результаты отъ прижиганія сухимъ порошкомъ *kali hypermanganici*. Получается сухой темнокоричневый струпъ и эрозія постепенно сморщивается и уменьшается послѣ cadaго прижиганія.

Очень хорошее дѣйствіе оказываютъ ванночки изъ древеснаго уксуса, наливаемого въ круглое зеркало. Наливаютъ цѣльный древесный уксусъ (*acetum pyrolignosum crudum*) въ такомъ количествѣ, чтобы жидкость закрывала всю влагалищную часть, обнаженную зеркаломъ. Такую ванночку повторяютъ нѣсколько разъ черезъ день, оставляя уксусъ на 10—15 минутъ; послѣ этого ватнымъ тампономъ вычерпываютъ изъ зеркала уксусъ, чтобы онъ не растекался и не намочилъ больную и ея бѣлье.

Въ послѣднее время я охотно сталъ назначать для леченія эрозій спринцованія съ гипертоническимъ растворомъ поваренной соли (8—10%) и прикладываніе тампоновъ, смоченныхъ въ насыщенномъ растворѣ (1:3) того же вещества, а также таблетки изъ спрессованной поваренной соли. Подъ вліяніемъ этого леченія эрозіи исчезаютъ иногда удивительно скоро.

Глубокіе разрывы маточной шейки и разворачиваніе обѣихъ ея половинокъ—*ectropion* поддерживаетъ раздраженіе слизистой оболочки шейнаго канала, что, въ свою очередь, вызываетъ упорное воспаленіе и обильныя бѣли. Леченіе здѣсь необходимо хирургическое—пластическая терапія, возстановливающая шейку наложеніемъ швовъ, послѣ надлежащаго оживленія и вырѣзыванія рубцовъ по бокамъ. Эта простая и очень раціональная операція не оправдала однако всѣхъ надеждъ, которыя на нее возлагались, когда она была предложена и описана знаменитымъ американскимъ хирургомъ Emmet'омъ лѣтъ 25 тому назадъ.

Тѣмъ не менѣе глубокіе надрывы шейки, иногда ведущіе къ привычному выкидышу или преждевременнымъ родамъ недоношеннаго плода, несомнѣнно иногда исцѣляются послѣ оперативнаго возстановленія шейки.

Когда разрывъ шейки доходитъ до сводовъ и захватываетъ клѣтчатку, то легко получается ея инфекция *parametritis*, а по заживленіи образуются прочныя рубцы, которые могутъ даже нарушить подвижность матки.

Больше всего шейка рвется тогда, когда накладываютъ щипцы и дѣлаютъ извлеченіе плода до полнаго раскрытія маточнаго зѣва. Самопроизвольно она рвется въ сущности тоже отъ той же причины, когда сильныя сокращенія матки проталкиваютъ головку плода черезъ еще не совершенно раскрывшееся рыльце матки.

Разрывы влагалища при прохожденіи плода во время родовъ относятся къ большимъ рѣдкостямъ, но мышцы и фасціи тазового дна надрываются и растягиваются всегда. Это ведетъ къ разслабленію аппарата, поддерживающаго тазовые органы, и получаютъ опущенія стѣнки влагалища и даже матки.

Въ половой щели измѣненія, зависящія отъ родовъ, касаются главнымъ образомъ входа во влагалище. Вслѣдствіе его растяженія при прохожденіи плода исчезаютъ остатки дѣвственной плевы и превращаются въ сосочки — *carunculae*, сначала *hymenales*, пока своимъ положеніемъ они еще напоминаютъ лоскуты разорванной плевы, а затѣмъ *myrtiformes*, когда они имѣютъ видъ бородавчатыхъ выступовъ. Внѣшній видъ этихъ сосочковъ изображенъ въ анатомической части въ началѣ этой книги.

Задняя спайка тоже нерѣдко подвергается разрыву во время прорѣзыванія головки плода. Это называется разрывомъ промежности — *ruptura perineii*. Противъ этого осложненія борются тѣмъ, что удерживаютъ головку и не даютъ ей сразу напирать на растянутую промежность, а стремятся къ тому, чтобы сначала прорѣзались оба теменные бугра, и только послѣ этого позволяютъ головкѣ выкатываться, растягивая заднюю спайку. Приемы, назначенные для предупрежденія разрыва промежности, называются поддерживаніемъ промежности, и для этого имѣется еще нѣсколько способовъ. Когда мнѣ приходится ихъ описывать, или говорить о нихъ, я охотно вспоминаю замѣчаніе знаменитаго учителя Simpson'a, проф. Denman, сдѣланное имъ еще въ 1806 году. „У домашнихъ животныхъ, говоритъ онъ, промежность рвется очень рѣдко и притомъ только тогда, когда люди имъ помогаютъ, или, вѣрнѣе, думаютъ, что помогаютъ имъ при родахъ“.

Отличаютъ три степени разрыва промежности: 1-я когда рвется только задняя спайка—рвется слизистая оболочка и *musculus constrictor cunii*; 2-я когда, кромѣ задней спайки, рвутся всѣ ткани промежности вплоть до сфинктеровъ кишки, рвутся, слѣдовательно, фасціи и мышцы промежности, половая щель начинаетъ зиять, но отпавленія кишки не нарушены, и 3-я степень — когда рвется все вмѣстѣ съ краемъ отверстія *anus*, это — полный разрывъ промежности и онъ сопровождается частичнымъ или полнымъ недержаніемъ прямой кишки. Для нарушенія функціи кишки и недержанія газовъ или жидкихъ испражнений впрочемъ достаточно уже того, чтобы разорвались оба сфинктера, а край *anus* можетъ и не быть разорванъ,

Кромѣ этихъ трехъ степеней разрыва промежности возможенъ еще центральный разрывъ, который нельзя подвести подъ эту классификацію. При немъ плодъ родится прямо черезъ середину промежности, гдѣ онъ прокладываетъ себѣ путь по цѣльному мѣсту: образуется на цѣльномъ мѣстѣ особое отверстіе между *anus* и входомъ во влагалище. На рис. 38 показано, гдѣ образуется это отверстіе.

Леченіе свѣжаго разрыва промежности состоитъ въ наложеніи швовъ. Это дѣлаютъ тотчасъ, какъ только выйдетъ дѣтское мѣсто. Если швы наложены хорошо, т. е. проведены подъ дномъ раны и

нигдѣ кармановъ не образуется. то къ 9-ти суткамъ получается полное сращеніе.

Если швы начнутъ прорѣзываться и получится нагноеніе, то все скоро расплзается и рана заживаетъ уже *per granulationem*. Тогда остается большее или меньшее зіяніе отверстія влагалища. То же самое получается, когда поврежденіе это не зашиваютъ. Такое состояніе вещей можно исправить только помощью пластической операціи: надо вырѣзать рубцы и, дойдя до мышцъ тазового дна и промежности, сблизить то, что было разъединено во время разрыва.

Наиболѣе простой способъ для возстановленія промежности принадлежитъ знаменитому бирмингамскому хирургу Lawson Tait'у

Способъ этотъ основанъ на томъ, что если разсѣчь наружные покровы остатковъ промежности поперечнымъ разрѣзомъ, проникающимъ до рыхлой клетчатки въ *septum recto-vaginale*, то края раны дѣлаются столь подвижными, что эту поперечную рану можно зашить въ продольномъ направленіи. Вслѣдствіе этого разъединенныя во время разрыва ткани можно притянуть глубокими швами къ средней линіи, и тогда возстанавливается и задняя спайка влагалища и расплзшаяся часть тазового дна.

При этомъ способѣ никакихъ тканей не удаляется, и если бы не послѣдовало сращенія, чего впрочемъ никогда не бываетъ, то условія для повторенія операціи не мѣняются.

Подробная техника этой операціи описана въ моей „Оперативной Гинекологіи“ и тамъ же изображены всѣ слои, которые при ней оживляются и которые надо шить.

Не слѣдуетъ спѣшить съ этими пластическими операціями. Если сдѣлать сшиваніе промежности, какъ только все успѣетъ зарубцеваться и даже черезъ нѣсколько недѣль послѣ родовъ, то швы легко прорѣзываются и заживленія не получается. Всего лучше выждать нѣсколько мѣсяцевъ и сдѣлать это пособіе не ранѣе, чѣмъ черезъ полгода, послѣ того какъ случился разрывъ, если тотчасъ послѣ родовъ это сдѣлано не было, или не удалось.

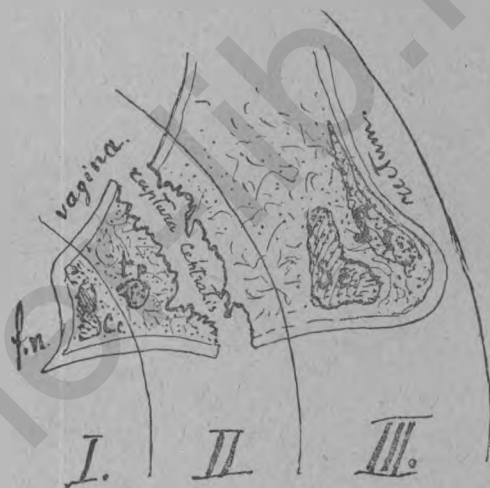
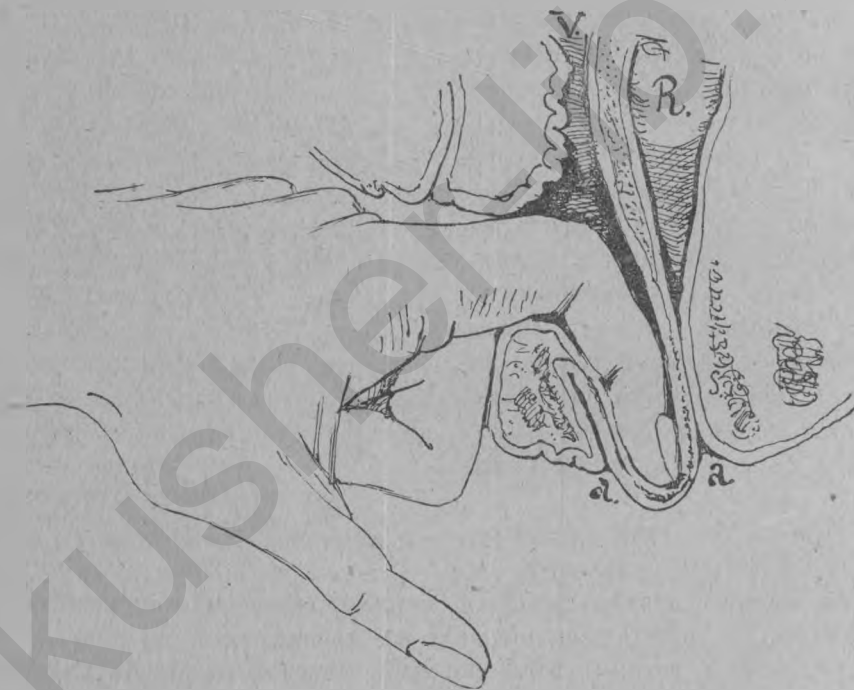


Рис. 38. Диаграмма разрывовъ промежности. I—первая степень разрыва; II—вторая степень; III—третья степень или полный разрывъ.

## ГЛАВА XV.

**Болѣзни, связанныя съ послѣдствіями беременности и родовъ (продолженіе): опущенія, выпаденія, выворотъ; леченіе оперативное и пессаріями.**

Мы уже сказали, что мышцы и фасціи тазового дна подвергаются во время родовъ сильному растяженію. Надрывы при этомъ довольно неизбѣжны, но они могутъ и не сопровождаться поврежденіями наружныхъ покрововъ и при осмотрѣ промежность и задняя спайка могутъ быть совершенно цѣлы, а тазовое дно оказывается совершенно несостоятельнымъ.



**Рис. 39.** Согнутый крючкомъ палецъ проталкиваетъ заднюю стѣнку влагалища и переднюю стѣнку кишки черезъ а n s.

Половая щель при этомъ будетъ зиять и даже отвисать. Черезъ отверстіе влагалища будутъ выпячиваться его стѣнки: передняя или задняя, или обѣ вмѣстѣ. Изслѣдующій палецъ съ трудомъ отыскиваетъ сбоку около стѣнки таза края мышцъ, задній проходъ подъемляющихъ (*m. lev. ani*).

Кнутри отъ этихъ мышечныхъ тяжей черезъ заднюю стѣнку влагалища палецъ попадаетъ какъ бы въ отверстіе, ограниченное съ

боковъ и сверху этими мышцами, а снизу сфинктерами кишки. Здѣсь задняя стѣнка влагалища представляется истонченной и легко вдавливается въ просвѣтъ кишки.

Если согнуть палецъ крючкомъ, то при этомъ можно легко протолкнуть къзади и внизъ переднюю стѣнку кишки наружу черезъ отверстіе anus; а если войти пальцемъ въ кишку, то можно точно такимъ же образомъ продавить переднюю стѣнку кишки въ полость влагалища и даже наружу черезъ его отверстіе.

При натуживаніи и во время испражнений эта часть кишки растягивается и выпираетъ заднюю стѣнку влагалища. Больной приходится пальцемъ изъ влагалища отдавливать къзади этотъ растянутый каломъ мѣшокъ, чтобы добиться испражнения, которое безъ этого дѣлается даже невозможнымъ.

Такое состояніе вещей называется rectocele, и это, собственно, есть не что иное, какъ грыжа передней стѣнки кишки черезъ заднюю стѣнку влагалища.

Совершенно то же самое можетъ быть и спереди. Передняя стѣнка влагалища будетъ выпячиваться въ его полость, а если ввести зондъ или катетеръ въ пузырь, то не трудно убѣдиться, что конецъ его прощупывается черезъ истонченную переднюю стѣнку влагалища, и что выпячиваніе это состоитъ изъ мочевого пузыря, вдающагося въ полость влагалища. Это будетъ cystocele — грыжа пузыря черезъ переднюю стѣнку влагалища.

При cystocele опорожненіе пузыря затрудняется, моча застаивается и появляются условія для инфекции этого органа, со всѣми ея послѣдствіями: дизурическими явленіями и даже воспаленіемъ—циститомъ.

Кромѣ выпячиванія стѣнокъ влагалища при этихъ заболѣваніяхъ имѣется опущеніе стѣнокъ влагалища, и опущеніе это обыкновенно даже предшествуетъ и обнаруживается раньше, чѣмъ успѣютъ образоваться эти выпячиванія. Этиологическимъ моментомъ всего этого является разрывъ и расслабленіе тазового дна.

На рисункѣ 41 изображены отношенія выпадающей стѣнки пузыря и кишки къ стѣнкамъ влагалища, а также и нѣкоторыя другія

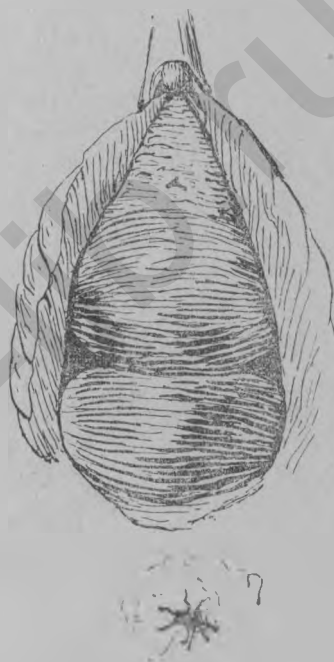


Рис 40. Расслабленное и обвислое тазовое дно и промежность. Ею влагалищъ видны двѣ опухоли, выпячивающія его переднюю и заднюю стѣнку: cystocele и rectocele.

слѣдствіа разслабленія тазового дна: опущеніе стѣнокъ влагалища и матки, которая уже запрокинулась кзади, какъ это обыкновенно и бываетъ при началѣ всякаго ея опущенія. Но матка можетъ при этомъ и не запрокидываться кзади и просто помѣщается ниже, чѣмъ слѣдуетъ, и влагалищная ея часть приближается къ половой щели, гдѣ изслѣдующій палець прямо на нее натывается уже у самаго входа во влагалище.

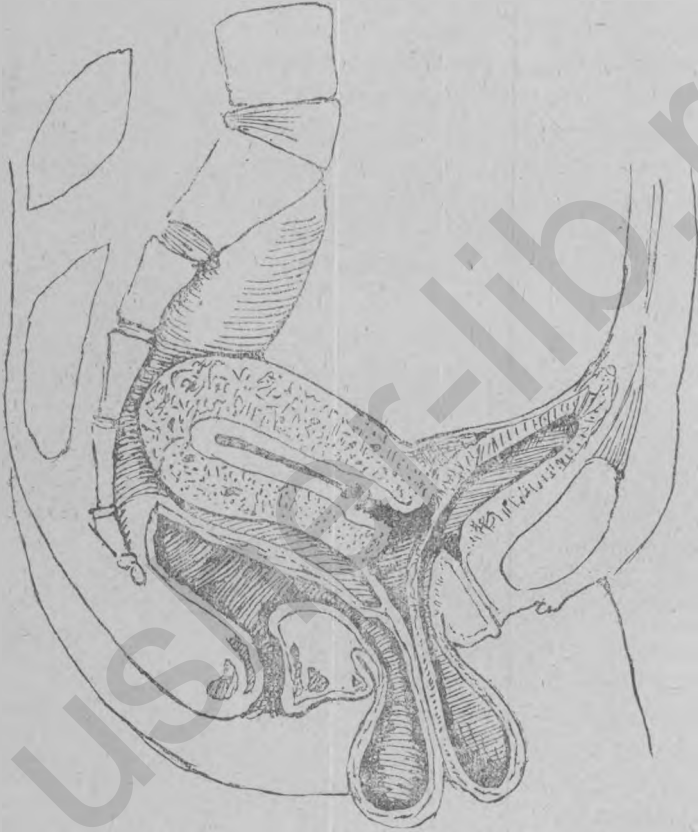


Рис. 41. Сагиттальный разрѣзъ таза и положеніе cystocele и rectocele.

Опущеніе матки всегда ведетъ къ застойной гипереміи и къ ея отечности. Матка вслѣдствіе этого дѣлается тяжелѣе, а опущеніе ея постепенно увеличивается и можетъ перейти въ выпаденіе. Тогда влагалищная часть начинаетъ показываться въ половой щели: первая стадія—неполное выпаденіе матки.

Неполное выпаденіе постепенно увеличивается и переходитъ въ полное, если вся матка прорѣзывается наружу и виситъ изъ половой щели.

Сначала такое выходненіе матки наружу бываетъ только при

натуживаніи во время испражнений. и больная легко вправляетъ ее. Затѣмъ это перестаетъ помогать, вправленная матка перестаетъ удерживаться и начинаетъ выпадать при всякомъ напряженіи или усиліи. Она удерживается только въ лежачемъ положеніи, а когда больная встанетъ, она тотчасъ вываливается. При работѣ матка все время остается на волѣ и болтается между бедрами. Здѣсь она постоянно подвергается тренію о бѣлье или одежду и слизистая ея оболочка подсыхаетъ и повреждается, такъ что образуются даже пролежни и изъязвленіе.

Кромѣ частыхъ родовъ происхожденію выпаденію матки очень благопріятствуетъ всякое поднятіе тяжестей и натуживаніе во время испражнений. Раннее вставаніе послѣ родовъ само по себѣ едва ли можетъ имѣть здѣсь то значеніе, которое ему нерѣдко приписывали. Повышая тонусъ мышцъ, оно разслабленію тазового дна способствовать не можетъ, и если оно оказывается несостоятельнымъ, то, конечно, не отъ вставанія, а отъ усилій и напряженій, которыя дѣлаютъ больныя, когда имъ позволяютъ вставать. Если отнестись къ этому съ вниманіемъ, то отъ ранняго вставанія послѣ родовъ выпаденія или опущенія никогда не получится.

При своемъ выпаденіи матка обыкновенно увлекаетъ съ собой стѣнки влагалища. Спереди, кромѣ того, обыкновенно получается частичное выпаденіе пузыря—*cystocele*; одновременное *rectocele* бываетъ далеко не всегда.

Полное выпаденіе матки, сопровождающееся иногда даже выворачиваніемъ влагалища, нельзя разсматривать иначе, какъ грыжу, выходящую черезъ отверстіе въ тазовомъ днѣ. Мѣсто прохожденія влагалищной трубки черезъ тазовое дно служитъ здѣсь грыжевымъ отверстіемъ.

Такая грыжа можетъ образоваться и сразу, довольно внезапно. При посмертныхъ родахъ, которые иногда наблюдаются на трупѣ, когда, вслѣдствіе развитія гнилостныхъ газовъ, плодъ выдавливается и его находятъ между бедрами, чѣмъ вызывается не только удивленіе, но и суевѣрный ужасъ окружающихъ. Если развитіе гнилостныхъ газовъ продолжаетъ растягивать кишки, то давленіе въ брюшной полости достигаетъ такого напряженія, что вслѣдъ за плодомъ происходятъ роды матки и выворотъ влагалища. Получается грыжевой мѣшокъ, состоящій изъ вывороченнаго влагалища и заключающій въ себѣ матку и растянутыя кишечныя петли. Явленіе это было наблюдаемо на трупахъ у женщинъ, никакими опущеніями или выпаденіями никогда не страдавшихъ.

Внезапное „острое“ выпаденіе матки можетъ случиться у совершенно здоровой нерожавшей женщины или дѣвицы, какъ слѣдствіе травмы. Паденіе съ лошади, паденіе съ высоты сообщаютъ



маткѣ значительную скорость, и если женщина въ это время упадетъ, напр., на вытянутыя ноги, то матка ударяетъ въ тазовое дно, растягиваетъ и надрываетъ его и можетъ показаться въ половой щели и даже очутиться внѣ ея. Происходитъ какъ бы вывихъ матки, и происходитъ это столь же скоро, какъ вывихъ плеча или локтя. Если удастся тотчасъ вправить такую матку на мѣсто, то получается не только большое облегченіе, но иногда даже полное исцѣленіе, и въ этомъ тоже сходство съ вывихомъ.

Леченіе всѣхъ видовъ опущенія и выпаденій внутреннихъ половыхъ органовъ можетъ быть троякое: 1) массажемъ, 2) вставленіемъ пессарія или кольца и 3) хирургическое.

Леченіе массажемъ основано на устраненіи отечности и застоя въ выпавшихъ частяхъ и на восстановленіи тонуса разслабленнаго и растянутого тазового дна. Первое достигается методическимъ растираніемъ и выдавливаніемъ изъ тканей матки застоявшейся крови и лимфы, второе—различными манипуляціями, вызывающими сокращенія мышцъ и улучшающими ихъ кровообращеніе и питаніе.

Леченіе это иногда оказывается очень дѣйствительнымъ. Оно было придумано знаменитымъ шведскимъ маіоромъ Brandt'омъ, который сначала сталъ лечить выпаденія прямой кишки у солдатъ по выработанному имъ плану и достигалъ при этомъ удивительныхъ результатовъ. Между прочимъ онъ придумалъ особый приѣмъ для приподниманія выпавшей кишки, которую онъ захватывалъ своими длинными цѣпкими пальцами черезъ переднюю брюшную стѣнку. Тѣ же самые приѣмы дали ему блестящіе результаты при леченіи выпаденія матки.

Но одного массажа, конечно, недостаточно для леченія этого заболѣванія. Необходимо, кромѣ того, устранить всѣ условія, способствующія увеличенію давленія въ брюшной полости, и въ особенности напряженіе и жилие при испражненіи.

Кромѣ соответствующей діеты здѣсь полезно вспомнить о томъ, что рекомендуется при выпаденіяхъ прямой кишки, дабы она не выпадала во время дефекаціи. Для этого, какъ извѣстно, рекомендуется испражняться лежа на подкладномъ суднѣ, отнюдь не допуская дефекаціи ни въ физиологическомъ (на корточкахъ) положеніи, ни въ сидячемъ на стульчакѣ ватерклозета.

Кромѣ лежачаго на спинѣ положенія для удержанія кишки отъ выпаденія во время испражненій, разрѣшается стоячее положеніе съ вытянутыми ногами. Правда, это довольно неудобно, но можетъ оказаться неизбѣжнымъ, когда простыя условія жизни не допускаютъ возможности пользоваться подкладнымъ судномъ.

Леченіе опущеній матки пессаріями основывается на растяженіи сводовъ влагалища выше остатковъ тазового дна. Когда имѣется

большой разрывъ промежности и мышцы таза сильно разошлись, пессарій удержаться не можетъ и во время кашля, чиханія или натуживанія онъ выскакиваетъ.

Основныя условія при всякомъ пессаріи—это, чтобы онъ нигдѣ не упирался въ кости, а только въ мягкія части, и сохранялъ нѣкоторую подвижность.

При выпаденіяхъ матки и стѣнокъ влагалища пользуются круглымъ кольцомъ, напоминающимъ толстую баранку (кольцо Mayer'a).



Рис. 42. Положеніе кольца, растягивающаго сводъ и удерживающаго матку выше тазового дна.

Кольцо это располагается во влагалищѣ, какъ изображено на рисункѣ 42, и помещается выше тазового дна и остатковъ мышцъ, задній проходъ подъемлющихъ, на которыхъ оно и покоится. Матка при этомъ удерживается на растянутыхъ сводахъ влагалища, а кольцо не можетъ проскочить черезъ промежутокъ между *mm. levatores ani*.

Правильно вставленное кольцо при такихъ условіяхъ можетъ хорошо удерживать матку, и симптоматически получается исцѣленіе.

Это настолько просто и дѣйствительно, что къ этому леченію эмпирически прибѣгаютъ многія простыя женщины, живущія въ са-

мыхъ примитивныхъ условіяхъ. Мнѣ случалось видѣть въ деревенской глуши смѣтливыхъ и догадливыхъ больныхъ, которыя сами додумывались до такого леченія и вставляли себѣ импровизированную форму пессарія, напр. простую рѣпу. Онѣ иногда довольно долго пользовались этимъ способомъ, черезъ недѣлю мѣняя эту рѣпу на свѣжую. и, что всего удивительнѣе, довольно долго не получалось инфекціи,

Въ сѣверо-восточныхъ губерніяхъ можно встрѣтить употребленіе самодѣльныхъ колець. искусно сдѣланныхъ изъ бересты. Кольца эти очень похожи на тѣ, которыя и мы вставляемъ (Мауег'овскія кольца). Береста содержитъ много смолистыхъ веществъ и не такъ скоро инфицируется, хотя тѣ кольца, которыя мнѣ пришлось вынимать, всѣ издавали порядочное зловоніе.

Пессаріи, которыми мы пользуемся, какъ уже было сказано, имѣютъ форму кольца или баранки. Иногда кольцо это бываетъ изогнуто въ видѣ буквы S или иначе, по желанію врача. Инструментъ этотъ долженъ быть совершенно стерильнымъ и для этого долженъ выдерживать кипяченіе. Всего лучше, когда его дѣлаютъ изъ целлюлоида, тогда, погрузивши его въ кипящую воду, ему легко придать любую форму изгиба. Хороши также кольца изъ твердаго каучука и изъ алюминія. Мягкая резина для нихъ менѣе пригодна и скоро пропитывается отдѣленіемъ, отчего ее трудно содержать въ достаточной чистотѣ.

Введеніе пессарія допускается только при полной подвижности матки и тазовыхъ органовъ и при полной увѣренности въ отсутствіи всякихъ воспалительныхъ явленій около матки. Назначеніе пессарія удерживать матку въ болѣе удобномъ положеніи; измѣнить это положеніе, когда оно фиксировано, пессарій не можетъ и для этого не предназначень. Было бы глубокой ошибкой думать, что своимъ давленіемъ пессарій могъ бы растянуть какія-нибудь сращения. Предшествующія инфекціонныя заболѣванія въ тазу, отмѣчаемая анамнезомъ, могутъ служить серьезнымъ противопоказаніемъ къ примѣненію пессарія, а малѣйшая чувствительность и тѣмъ болѣе болѣзненность, причиняемая введеніемъ пессарія, является абсолютнымъ противопоказаніемъ къ пользованію имъ.

Принципіально всякое леченіе пессаріями можетъ быть только временнымъ, подготовительнымъ къ болѣе серьезной и дѣйствительной помощи—оперативной. Оно никогда не должно продолжаться болѣе нѣсколькихъ мѣсяцевъ или полугода. Надо помнить, что это все-таки инородное тѣло, нахожденіе коего во влагалищѣ несомнѣнно противоестественно; кромѣ того кольцо неминуемо сдавливаетъ мышцы, на которыя оно опирается и этимъ нарушаетъ ихъ иннервацию и питаніе. Мышцы эти подвергаются онѣмнѣнію, совершенно также, какъ мышцы конечности, когда ее отсидятъ. При длительности этого

явленія оно безнаказаннымъ остаться не можетъ. Мнѣ гораздо чаще приходилось вынимать и отмѣнять пользование кольцомъ, нежели вставлять этотъ протезъ.

Примѣненіе пессаріевъ въ сморщивающейся климактерической вагинѣ представляетъ опасности изъязвленія и послѣдующаго нагноенія. То же самое бываетъ, когда инструментъ этотъ содержится въ недостаточной чистотѣ, достигаемой антисептическими спринцованіями.

Если матеріалъ, изъ котораго изготовленъ пессарій, взятъ неподходящій, въ томъ числѣ, какъ уже сказано, изъ мягкой резины, то онъ скоро инфицируется и будетъ помѣщаться уже не въ вагинѣ, а въ гнойной полости, способной изъязвляться и даже быть перфорированной этимъ инороднымъ тѣломъ.

Однако, когда состояніе здоровья больной не допускаетъ возможности хирургическаго леченія, потому что ей никакой операціи дѣлать нельзя, приходится при выпаденіи матки ограничиться назначеніемъ кольца, если этимъ можно облегчить страданія больной и улучшить ея самочувствіе.

Для удержанія совершенно подвижной, запрокинувшейся къзади матки (*retroflexio mobilis*) тоже иногда примѣняются пессаріи.

Въ этомъ случаѣ матка переводится въ *anteflexio* и удерживается въ нормальномъ положеніи растяженіемъ задняго свода влагалища. Для этого пользуются такъ назыв. пессаріемъ Hodge. Форма этого инструмента изображена на рисункѣ.

Онъ вводится во влагалище послѣ того какъ матка будетъ поставлена на мѣсто выправленіемъ пальцами и помѣщается совершенно также какъ было изображено на рисункѣ 42 (см. стр. 149).

Полезное дѣйствіе такого пессарія зависитъ отъ того, насколько имъ устраняется опущеніе матки. Полезно при этомъ вспомнить указаніе знаменитаго учителя, M. Duplan.

„При всякомъ смѣщеніи матки, говорилъ онъ, наше леченіе помогаетъ и облегчаетъ симптомы только настолько, насколько намъ удается уменьшить опущеніе этого органа и приподнять его вверхъ“. Это однако относится и къ подвижнымъ, и къ неподвижнымъ смѣщеніямъ матки.

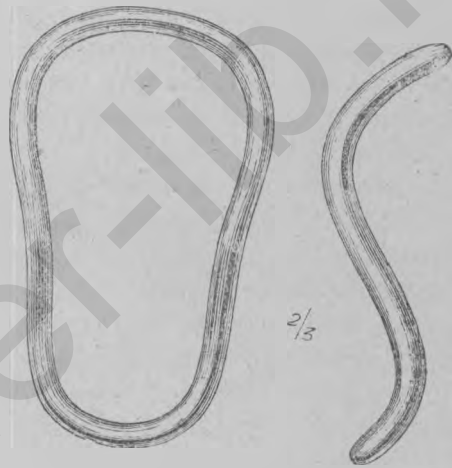


Рис. 43. Пессарій Hodge.

Настоящимъ, дѣйствительнымъ и цѣлесообразнымъ леченіемъ выпаденій и опущеній матки можетъ быть только хирургическое пособіе. Только оно можетъ устранить непосредственную причину выпаденія и возстановить то, что разорвано или растянато.

Хирургическое леченіе основывается во 1-хъ на уменьшеніи объема и вѣса выпадающаго органа, ампутаціи шейки, удаленіи маленькой фибромы и т. п., во 2-хъ на возстановленіи тазового дна и промежности, пластической операціей и въ 3-хъ на образованіи сѣуженія влагалищной трубки, тоже помощью соотвѣствующихъ пластическихъ операцій, сопровождающихся вырѣзываніемъ цѣлыхъ кусковъ слизистой оболочки влагалища и сшиваніемъ глубокихъ слоевъ.

Когда всего этого выполнить нельзя, потому что ткани такія дряблыя, что ничего прочно укрѣпить нельзя, приходится прибѣгать къ полному удаленію выпавшаго органа съ зашиваніемъ грыжевого отверстія въ тазовомъ днѣ, изъ котораго вываливалась матка, иначе черезъ это отверстіе можетъ образоваться новое выпаденіе другихъ органовъ: кишекъ, сальника, и образуется новая грыжа. Влагалище при этомъ выворачивается и выползаетъ наружу, образуя мѣшокъ, въ которомъ помѣщаются выпавшія кишки. Дабы избѣжать этого осложненія, необходимо вырѣзать значительную часть слизистой оболочки влагалища и сшить глубокими швами концы широкихъ связокъ и края мышцъ тазового дна, стягивая все это къ средней линіи.

Другой принципъ при леченіи выпаденій матки основывается на пришиваніи этого органа такъ, чтобы онъ не могъ спускаться и вываливаться. Для этого имѣется два метода: 1) черезъ влагалище и 2) черезъ брюшную стѣнку.

При операціи черезъ влагалище дѣлается разрѣзъ въ передней стѣнкѣ влагалища и черезъ рану въ переднемъ сводѣ пригягиваютъ кпереди дно матки, отдѣляютъ стѣнку пузыря отъ стѣнки влагалища и въ клѣтчатку между ними вталкиваютъ дно матки, которое и фиксируется здѣсь швами. Матка такимъ образомъ помѣщается въ клѣтчаткѣ и находится въ положеніи сильной *anteversio*. Она дѣлается какъ бы тампономъ или пелотомъ, закрывающимъ грыжевое отверстіе въ тазовомъ днѣ.

Пришиваніе матки къ брюшной стѣнкѣ дѣлается помощью обыкновеннаго чревосѣченія. Дно матки притягивается черезъ рану ишивается между слоями брюшной стѣнки, или на задней поверхности т. гесті въ подбрюшинную клѣтчатку.

Такое пришиваніе матки отличается большою простотою и послѣ него выпаденіе матки повториться не можетъ. Раненіе получается незначительное, и обыкновенно происходитъ очень скорое выздоровленіе. Единственное, что можно привести противъ этой операціи, это возможность образованія грыжи на мѣстѣ брюшнаго разрѣза. Къ

этому располагаетъ дряблость и вялость брюшныхъ стѣнокъ, всегда сопровождающія выпаденія тазовыхъ органовъ. Съ этой особенностью брюшныхъ стѣнокъ тоже необходимо бороться послѣ всякой операціи и надо назначать бандажи и бинтованіе живота.

Послѣ вшиванія матки въ клѣтчатку одною изъ указанныхъ операцій родовая дѣятельность становится невозможной, а беременность представляла бы опасность тяжелыхъ осложнений. Поэтому

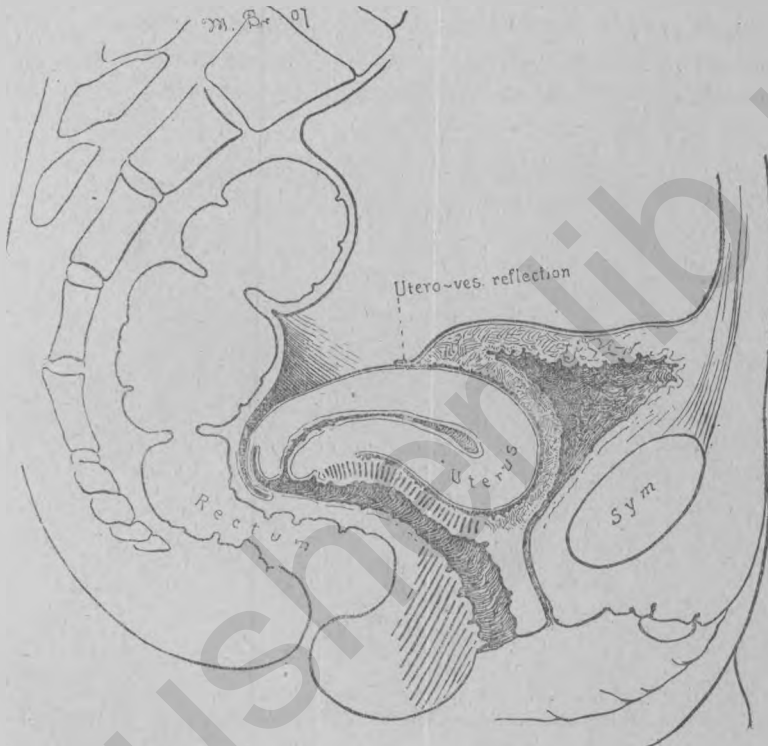


Рис. 14. Выпадающая матка вправлена и шита въ клѣтчатку подъ пузыремъ, между нимъ и стѣнкой влагалища (операція Александрова изъ Смоленска). Затусованные мѣста показываютъ, гдѣ наложены швы, а на задней стѣнкѣ влагалища, гдѣ, кромѣ того, сдѣлана пластическая операція на тазовомъ днѣ и промежности.

при всѣхъ этихъ операціяхъ дѣлается резекція маточнаго конца обѣихъ трубъ для искусственнаго безплодія, какъ предварительный моментъ такой операціи вшиванія матки въ клѣтчатку.

Кромѣ опущенія матки цѣликомъ, ея выпаденій, возможно частичное ея опущеніе, когда опускается только дно этого органа. При этомъ стѣнка матки выворачивается и дно ея, спускаясь внизъ, проходитъ черезъ шейный каналъ и въ вывороченномъ видѣ оказывается во влагалищѣ. Получается выворотъ матки—*inversio uteri*.

Выворотъ можетъ быть полный или неполный: *inversio completa* и *inversio incompleta*. Матка при этомъ можетъ

помѣщаться во влагалищѣ, или, въ случаѣ одновременнаго выпаденія, находится снаружи или торчатъ въ половой щели.

Происхожденіе выворота матки зависитъ отъ сильныхъ сокращеній матки, увлекающихъ ея дно и проталкивающихъ его черезъ шейный каналъ.

Необходимымъ условіемъ для этого является присутствіе въ полости матки опухоли, прикрѣпляющейся къ ея дну. Такая опухоль выдавливается сокращеніями матки въ полость влагалища, а ея прикрѣпленія къ маточной стѣнкѣ увлекаютъ ее за собою, и стѣнка эта проталкивается черезъ шейный каналъ. Здѣсь она скоро ущемляется вслѣдствіе сокращенія круговыхъ мышечныхъ волоконъ и въ то же время



Рис. 45. Препаратъ неполнаго выворота матки, явившагося слѣдствіемъ фиброзаго полипа, прикрѣпляющагося въ лѣвомъ углу маточной полости.

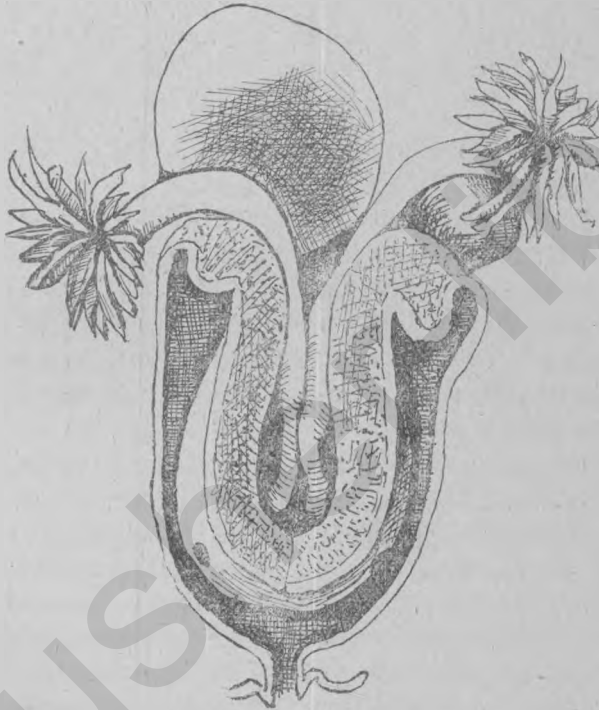
ущемившаяся ея часть отекаетъ и переполняется венозною кровью, почему обратное вправленіе вывернутой части очень затрудняется и даже дѣлается невозможнымъ.

Въ третьемъ періодѣ родовъ, во время выдѣленія плаценты, условія для образованія выворота матки имѣются налицо. Если для ускоренія выдѣленія дѣтскаго мѣста начинаютъ тянуть за пуповину, то во время сильной схватки вмѣстѣ съ плацентой можетъ родиться дно матки, къ которому она прикрѣпляется. Получается выворотъ матки.

То же самое можетъ случиться самопроизвольно, когда часть дѣтскаго мѣста уже спустилась въ шейный каналъ, а другая осталась прикрѣпленной къ дну матки. Въ этомъ случаѣ условія будутъ совершенно такія же, какъ въ только что разсмотрѣнномъ случаѣ фиброзаго полипа, рожденіе котораго увлекло за собою дно матки.

Кромѣ полного и неполнаго выворота матки, различаютъ острую и хроническую форму этого заболѣванія.

Острый выворотъ обыкновенно образуется во время родовъ, или тотчасъ послѣ нихъ, и сопровождается огромнымъ кровотеченіемъ, отъ котораго нерѣдко даже умираютъ. Но, кромѣ кровотечения, здѣсь имѣются еще очень благоприятныя условія для послѣродовой инфекции, которая при этомъ тоже довольно неизбежна и не менѣе опасна.



**Рис. 46.** Полный выворотъ матки. Матка разрѣзана по длинѣ. Вверху видно воронкообразное углубленіе, черезъ которое втянулись придатки. На вывороченной поверхности маточной полости, помѣщающейся во влагалищѣ, ясно видны отверстія трубъ.

Если, несмотря на все это, больная выживаетъ, то получается хроническій выворотъ матки.

Состояніе это сопровождается обильными кровотечениями, и такія больныя бывають очень блѣдны и обезкровлены.

Круглая гладкая опухоль вывороченной матки выполняетъ влагалище. Бархатистость, свойственная слизистой оболочкѣ матки съ ея цилиндрическимъ эпителиемъ, выражена очень мало и даже не замѣтна; зато кровоточивость довольно рѣзкая и всякое изслѣдованіе сопровождается кровотеченіемъ.



Во время регуль можно видѣть, какъ поверхность слизистой оболочки выдѣляетъ кровь. Вся эта поверхность какъ бы потѣеть, но вмѣсто пота это будутъ капли крови.

Опухоль вывороченной матки иногда смѣшивали съ фибромой, исходящей изъ полости матки, и даже удаляли оперативнымъ путемъ вродѣ полипа. При этомъ, конечно, получались тяжелыя раненія и даже поврежденія кишекъ, приводившія къ смертельному перитониту.

Разобраться здѣсь помогаютъ анамнезъ и данныя двойного изслѣдованія. На мѣстѣ матки не находятъ ничего, а надавливая пальцами черезъ брюшную стѣнку, попадаютъ въ воронкообразное углубленіе, идущее прямо въ опухоль, найденную во влагалищѣ.

При осмотрѣ опухоли можно отыскать оба отверстія трубъ, и тогда всякія сомнѣнія исчезаютъ.

Въ свѣжихъ, незапущенныхъ случаяхъ леченіе сводится къ вправленію вывороченной части ручными приѣмами подъ глубокимъ наркозомъ. Если это не удастся, то надо тотчасъ приступить къ оперативной помощи, пока нѣтъ еще явленій инфекціи.

При сильной инфекціи въ такихъ случаяхъ все, что можно сдѣлать, это экстирпація матки и установленіе хорошаго дренажа въ полости малаго таза.

Если инфекціи нѣтъ и случай хроническій, или вообще невра-вимый, то дѣлается продольный разрѣзъ матки по средней линіи по задней поверхности вывороченной матки, начиная отъ задняго свода, который тоже надо вскрыть этимъ разрѣзомъ. Послѣ этого выворотъ легко вправляется пальцами, потому что всякое ущемленіе уже отсутствуетъ. Послѣ вправленія задняя стѣнка вывороченной матки пере-мѣстится кпереди, и тамъ же, т. е. впереди накладываются швы вдоль задней поверхности матки, стоящей теперь вверхъ ногами, потому что дно ея будетъ находиться внизу. Теперь остается только вправить матку на мѣсто черезъ отверстіе въ заднемъ сводѣ и зашить это отверстіе.

Другія оперативныя пособія при выворотѣ матки основаны на чревосѣченіи: они отличаются еще большей простотой, чѣмъ опи-санная сейчасъ влагалищная операція, потому что при брюш-номъ разрѣзѣ сейчасъ же и сразу видно, что можно и что нужно сдѣлать.

## ГЛАВА XVI.

### Болезни, связанные с послѣдствіями беременности и родовъ (продолженіе): мочевые пути, цистосконія, циститъ, свищи.

Многія заболѣванія мочевыхъ путей возникаютъ или проявляются въ связи съ беременностью и родами.

Сюда относятся всякіе циститы, піелиты и мочевые свищи.

Воспаленіе мочевого пузыря, *cystitis*, есть инфекціонное заболѣваніе слизистой оболочки этого органа. Оно сопровождается учащеннымъ и болезненнымъ мочеиспусканіемъ и гнойнымъ отдѣленіемъ слизистой оболочки.

Одного учащенного мочеиспусканія, *pollakiuria*, хотя бы даже и сопровождающагося болью, *stranguria*, еще недостаточно, чтобы поставить діагностику цистита. Для этого нужно, чтобы въ мочѣ былъ гной и бактеріи, обуславливающія это заболѣваніе.

Изъ вопроса нерѣдко выясняется, что разстройства со стороны мочи начались послѣ родовъ; нерѣдко также, что былъ примѣняемъ и катетеръ. Введеніе этого инструмента, какъ уже было упоминаемо выше, даже однократное, есть указаніе очень цѣнное.

Учащенное мочеиспусканіе можетъ зависѣть отъ разныхъ причинъ. Оно можетъ зависѣть отъ сдавливанія пузыря какой нибудь опухолью, напр. фибромой, или дномъ смѣшенной матки и т. п. Оно можетъ зависѣть отъ гипереміи въ области *trigonum Lieutodii* и даже отъ инфильтрата, или новообразованія, переходящаго на стѣнку пузыря. Если моча свѣтлая и прозрачная, то еще нѣтъ основанія ожидать инфекціи. Даже когда она мутная, это можетъ зависѣть и отъ солей, а не отъ гноя. Но если извѣстно, что больной была когда нибудь дѣлаема катетеризація, то мутная моча есть уже серьезное указаніе на инфекцію и обыкновенно ее и обнаруживаютъ при ближайшемъ бактериологическомъ изслѣдованіи.

Катетеризація пузыря часто примѣняется во время родовъ и послѣ нихъ, а разрыхленіе и гиперемія тазовыхъ органовъ располагаетъ къ плохому опорожненію пузыря въ это время, къ тому же еще и въ непривычномъ лежачемъ положеніи. При такихъ условіяхъ малѣйшее поврежденіе эпителия мочевыхъ путей легко ведетъ къ инфекціи. Въ половой щели всегда имѣются разныя бактеріи, въ особенности *bacillus coli communis*, который часто и дѣлается возбудителемъ инфекціи въ пузырь: протолкнуть его катетеромъ очень легко.

Всякую катетеризацію пузыря необходимо разсматривать, какъ пособіе очень серьезное по тѣмъ послѣдствіямъ, къ которымъ оно можетъ повести.

Необходима безусловная чистота инструмента, надежная его стерилизация. Необходимо также, чтобы никто его не переключивал и не касался голыми руками, в особенности тех частей, которые будут вводиться в мочеиспускательный канал. Очень полезная мера, которую пренебрегать не следует, это надеть резиновые пальцы на большой и указательный палец, которые будут держать катетер.

Преддверие и наружное отверстие мочеиспускательного канала надо протереть стерильным ватным тампоном, смоченным сулемой (1:1000) или соленой водой. Катетер необходимо смазать стерилизованным вазелиновым маслом и вводить с большою осторожностью, не применяя усилий и не делая порывистых движений.

Мягкий резиновый катетер пальцами вовсе не захватывается, а удерживается пинцетом, специально для сего назначенным, а когда его нет, то и простым анатомическим пинцетом.



Рис. 47. Пинцетъ для держанія катетера во время катетеризаціи пузыря.

Для введения катетера надо придать соответствующее положение больной и озаботиться о хорошем освещении, чтобы все хорошо было видно.

Все эти мелкие предосторожности необходимо продвигать всегда очень отчетливо и требовать от низшаго персонала очень серьезнаго къ нимъ отношенія.

Гнойная моча может выдвляться и совершенно здоровымъ пузыремъ, когда гной попадает туда из почечной лоханки, или из вскрышагося въ него абсцесса.

Для гноя из почечной лоханки при пиэлитѣ характерно огромное количество бѣлка, гораздо большее, чѣмъ при гнойномъ, къ которому всегда бываетъ примѣшано много слизи.

Инфекція лоханокъ, кромѣ учащеннаго мочеиспусканія, характеризуется колебаніями температуры, напоминающими перемежающуюся лихорадку съ ея знобами и потами.

Иногда съ этого все и начинается и останавливаются на такой диагностикѣ, пока изслѣдованіемъ не будетъ исключена малярія, а выдвленіе гноя почками подтверждено цистоскопией.

Такое выдвленіе гноя съ мочей иногда можетъ оставаться незамѣченнымъ. Это бываетъ, когда гноя мало и когда больная на

мочу не жалуется и даже твердо завѣряетъ врача, что моча у нея хорошая и чистая, дабы избѣжать хлопотъ и даже иногда расхода по изслѣдованію мочи.

Почечныя лоханки, также какъ и почки, инфицируются черезъ кровь. Большое количество гноя при кислой ея реакціи указываетъ на туберкулезъ, и если это явленіе наблюдается при молодомъ возрастѣ, то это такъ и оказывается впоследствии. Посѣвы гноя изъ такой мочи даютъ въ этихъ случаяхъ отрицательные результаты на обычныхъ средахъ, потому что туберкулезныя палочки на нихъ не растутъ. Диагнозъ выясняется прививками мочи кроликамъ и на основаніи туберкулиновой пробы. Добавочная инфекция при туберкулезномъ заболѣваніи почки значительно увеличиваетъ серьезность заболѣванія. Значеніе такихъ инфекцій было указано покойнымъ Albarran'омъ, который и самъ погибъ отъ туберкулеза, осложнившагося септической инфекціей.

Пузырь чаще всего инфицируется *bacillus coli communis*, при этомъ моча иногда можетъ быть зловонная. Для *coli bacillus* уротропинъ является какъ бы специфическимъ средствомъ: 0,5 два—три раза въ день съ большимъ количествомъ всякаго питья (хорошо арбузъ) скоро обнаруживаетъ своё цѣлебное дѣйствіе.

Большое количество гноя при рѣзко щелочной реакціи мочи можетъ зависѣть отъ *proteus*, но, конечно, такую діагностику необходимо провѣрить посѣвами.

Когда нѣтъ механической причины, объясняющей дизурическія явленія, осмотръ пузыря помощью цистоскопа является насущною необходимостью для выясненія діагноза.

Развитіе и усовершенствованіе современной цистоскопіи внесло такъ много поучительнаго въ это дѣло, что наши представленія о патологіи пузыря и мочеточниковъ значительно измѣнились въ последнее десятилѣтіе и сдѣлали этотъ методъ совершенно необходимымъ для правильной постановки діагноза. Правда, онъ требуетъ нѣкоторой спеціальной подготовки и еще мало доступенъ практическому врачу, но уже и сейчасъ во всѣхъ крупныхъ центрахъ имѣются опытные товарищи, вполне овладѣвшіе этимъ методомъ.

Техника цистоскопіи у женщины гораздо проще, чѣмъ у мужчины. Но этой особенностью пользуются очень немногіе.

Обыкновенно тотъ, кто спеціализируется по цистоскопіи, добивается примѣненія ея у мужчины и, привыкнувъ къ сложнымъ инструментамъ, для этого назначеннымъ, онъ уже не ищетъ и не заводитъ болѣе простыхъ, коими можно пользоваться только у женщины. Этимъ объясняется, почему въ нашемъ отечествѣ инструменты эти мало кому и извѣстны.

Наибольше простые инструменты для цистоскопии основываются на непосредственном осмотрѣ мочевого пузыря, растянутого воздухомъ.

Распространенію и усовершенствованію этихъ инструментовъ мы обязаны главнымъ образомъ проф. Н. А. Kelly, который, благодаря упрощеніямъ, которыя онъ сюда внесъ, и классическимъ работамъ въ этой области, приобрѣлъ всемірную извѣстность, еще прежде, чѣмъ мы узнали его, какъ абдоминальнаго хирурга.

Непосредственный осмотръ пузыря не требуетъ никакихъ оптическихъ приспособленій. Нужно только лобное продырявленное зеркало, какъ у ларингологовъ, для того, чтобы освѣтить пузырь отраженнымъ свѣтомъ.



Рис. 48. Зеркало проф. Kelly для цистоскопiи.

Инструментарій проф. Kelly состоитъ изъ цилиндрическаго зеркала съ прямой и удобной ручкой, закупоривающагося obturatorомъ съ закругленнымъ концомъ, что значительно облегчаетъ введеніе этого инструмента. Зеркала эти дѣлаются нѣсколькихъ діаметровъ, но пользоваться нужно № 10 (10 мм. въ діаметрѣ). Черезъ такое зеркало хорошо видны мочеточники и можно ихъ катетеризировать.

Зеркало вводится въ колѣбно локтевомъ положеніи, для того, чтобы пузырь растянулся воздухомъ. Того же самаго можно достигнуть и при спинномъ положеніи съ приподнятымъ тазомъ и даже въ положеніи Sims'a.

Мочеиспускательный каналъ обезболивается ватнымъ тампономъ, смоченнымъ въ 10% растворѣ кокаина, который оставляютъ на 5 минутъ. По вынутіи кокаиноваго тампона въ уретру вводится калибраторъ Kelly—металлическій конусъ съ дѣленіями (рис. 49).

Инструментъ этотъ назначенъ для опредѣленія діаметра или номера того зеркала, которое надо взять въ данномъ случаѣ; но практически

лучше всегда брать № 10 и ввести калибраторъ до этого номера, тогда онъ послужитъ расширителемъ и подготовитъ каналъ для зеркала болѣе толстаго діаметра.

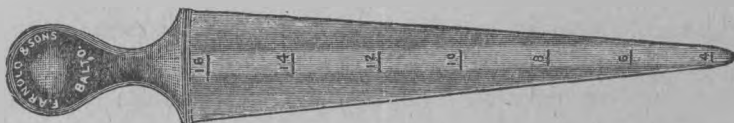


Рис. 49. Калибраторъ Kelly для мочеиспускательнаго канала.

На лобъ надѣваютъ обыкновенное освѣтительное продыравленное зеркало, какъ у ларингологовъ, и, придерживая ручку введеннаго въ пузырь зеркала, наводятъ черезъ него отраженный свѣтъ, позволяющій разглядѣть полость пузыря.



Рис. 50. Осмотръ пузыря помощью цистоскопа Kelly.

Во время этого осмотра въ пузырь изъ мочеточниковъ будетъ понемногу поступать моча и стекать въ самое глубокое мѣсто его полости, откуда ее надо время отъ времени вытирать ватнымъ тампономъ на тонкомъ пинцетѣ, или высасывать резиновымъ баллономъ съ насаженной на него тонкой дренажной трубкой.

Необычайная простота инструментарія и связанныхъ съ нимъ манипуляцій дѣлаетъ этотъ методъ доступнымъ каждому, кто пожелаетъ имъ воспользоваться и кто приложитъ достаточно усердія и вниманія, чтобы ему научиться.

Нѣсколько сложнѣе по своему устройству, но еще болѣе удобный для обращенія инструментарій имѣется въ цистоскопѣ парижскаго хирурга Luys, основанномъ на томъ же принципѣ осмотра пузыря, растянутаго воздухомъ.

Зеркало цистоскопа Luys отличается отъ цистоскопа Kelly только тѣмъ, что вдоль его нижней стѣнки проложена тонкая трубочка, соединяемая съ бутылью, въ которой помощью водяного насоса поддерживается разрѣженіе воздуха. Приспособленіе это назначено для автоматическаго отсасыванія мочи, набирающейся во время осмотра, и ничего протирать не приходится.



Рис. 51. Зеркало цистоскопа Luys, сверху obturatorъ къ нему. Видна трубка для отсасыванія мочи и шпенекъ, на который надѣвается ручка съ проводами для тока и лампочки, укрѣпляемой тоже на ней.

Освѣщеніе пузыря достигается здѣсь не помощью отраженнаго свѣта, какъ въ цистоскопѣ Kelly, а непосредственно маленькой лампочкой, помѣщающейся въ самомъ пузырьѣ около конца введеннаго въ него зеркала. Лампочка эта укрѣплена на тонкомъ стержнѣ, проходящемъ въ полости зеркала, но не загораживающемъ поле зрѣнія.

Зеркаль въ аппаратѣ Luys имѣется тоже нѣсколько номеровъ, но брать нужно не самые тоненькіе, а только 9 или 10 номеръ (8—10 мм. въ діаметрѣ). Другихъ номеровъ и покупать не нужно: они все равно будутъ лежать безъ употребленія.

У этого инструмента есть еще одно маленькое приспособленіе, позволяющее пользоваться лупой во время осмотра пузыря. Положеніе этой лупы и вилочка, въ которую она вкладывается, видно на рис. 52 и 53. Особенность этой лупы та, что она рассчитана такъ, что фокусное ея разстояніе какъ разъ соотвѣтствуетъ длинѣ

зеркала, и смотрѣть черезъ него очень удобно. Въ этомъ легко убѣдиться, если посмотрѣть на кожу ладони черезъ зеркало цистоскопа.

Примѣненіе этого инструмента очень просто. Больной придается спинное положеніе съ разведенными бедрами и приподнятымъ тазомъ. Инструментъ соединяють помощью резиновой кишки съ бутылью, изъ которой выкачивають воздухъ, или въ которой поддерживають его разрѣженіе водянымъ насосомъ, соединеннымъ съ краномъ водопровода.

Убѣждаются, что лампочка хорошо загорается, и выключаютъ токъ (задвижка на ручкѣ инструмента), вставляють obturatorъ и вводятъ инструментъ въ мочеиспускательный каналъ. Воздухъ проникаетъ въ пузырь и растягиваетъ его, какъ только будетъ удаленъ obturatorъ. Теперь, открывая зажимъ на резиновой кишкѣ, отсасывають остатки мочи и включаютъ токъ для освѣщенія. Рукоятку инструмента держать лѣвой рукой и приступаютъ къ осмотру пузыря. Довольно скоро удастся установить зеркало противъ отверстія того или другого мочеточника.

Черезъ лупу при этомъ очень удобно можно разглядѣть мелкіе сосуды слизистой оболочки и хорошо видно отверстіе мочеточника.

Катетеризація мочеточника дѣлается прямо руками подъ контролемъ непосредственнаго зрѣнія: катетеръ просто вводится въ отверстіе этого протока.

Инструментъ Luysc имѣетъ большое распространеніе во Франціи. Огромное преимущество его заключается въ томъ, что въ немъ нѣтъ никакой оптики, которая такъ легко можетъ быть испорчена и которую такъ трудно чинить. Единственный его недостатокъ, что онъ мало пригоденъ для мужской уретры. Недостатокъ этотъ впрочемъ еще болѣе свойственъ и инструменту Kelly, который для этого и вовсе не пригоденъ.

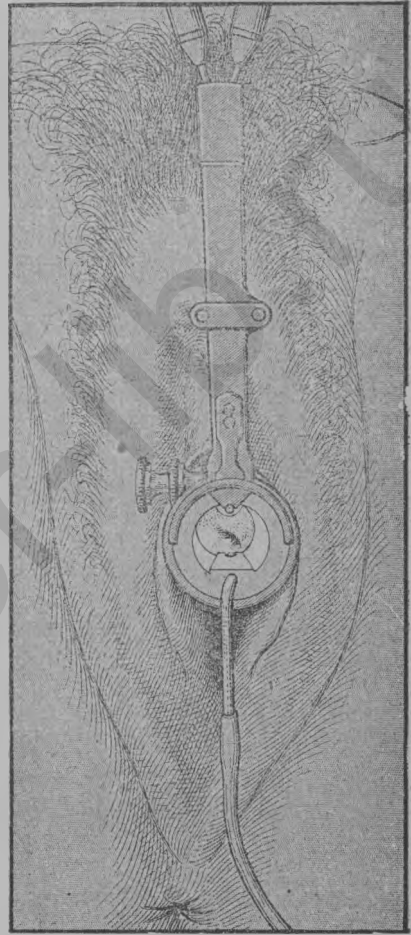


Рис. 52. Цистоскоп Luysc, введенный въ мочеиспускательный каналъ, и отверстіе мочеточника, разсматриваемое черезъ лупу этого инструмента.



Въ Германіи и въ нашемъ отечествѣ при цистоскопії у женщины пользуются почти исключительно мужскими цистоскопами. Когда у этихъ инструментовъ хорошая оптика и большое поле зрѣнія и когда они даютъ прямое изображеніе, то они вполне удовлетворяютъ своему назначенію.

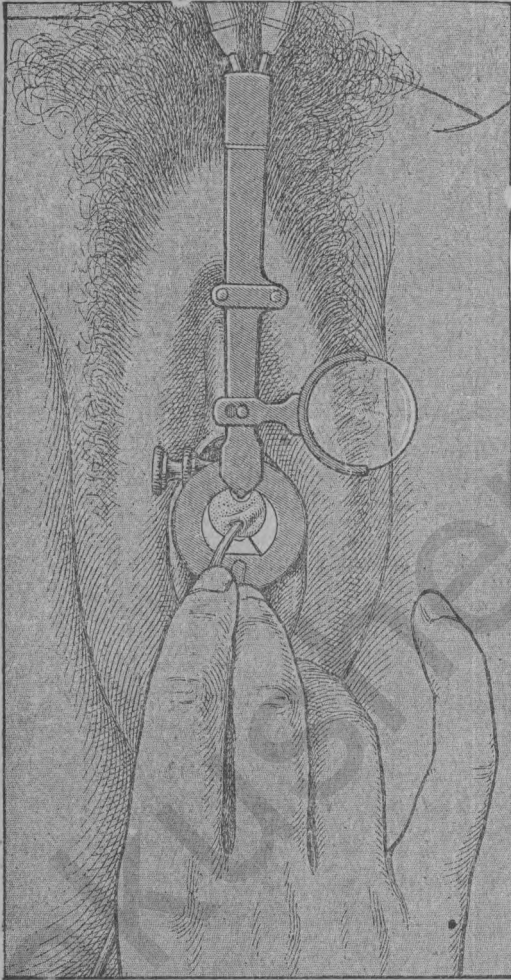


Рис. 53. Катетеризация мочеточника черезъ зеркало цистоскопа Luys's.

нія жидкости. Это можетъ служить препятствіемъ для пользованія цистоскопомъ, когда жидкость окрашивается кровью, напр., при папиллярныхъ опухоляхъ, или дѣлается мутной отъ примѣси гноя, набирающагося изъ мочеточниковъ. Когда пузырь растягиваютъ воздухомъ, эти затрудненія невозможны. Въ этомъ отношеніи цистоскопы Kelly и Luys's представляютъ значительное преимущество.

Приспособленіе для катетеризации мочеточниковъ, придуманное Albagan'омъ, тоже очень удобно, но все это и дорого, и когда испортится, надо посылать за границу. Во время войны оптику этого инструмента починить не было никакой возможности; а года за два до войны мой цистоскопъ посылали изъ Парижа въ Германію мѣнять стекла, чего во Франціи вовсе тогда и не дѣлали, а всегда получали изъ Іены и Берлина.

Лучшіе мужскіе цистоскопы готовятся изъ іенскаго стекла и только въ Германіи (Zeiss, Iena, и Wolf, Berlin).

Свойства, которыми должны обладать хорошей мужской цистоскопъ, будутъ: 1) большое поле зрѣнія, позволяющее сразу видѣть оба мочеточника одновременно, 2) изображеніе должно быть прямое, а не зеркальное, какъ въ астрономической трубѣ или въ микроскопѣ, 3) лампочка не должна сильно нагрѣваться. Осмотръ пузыря этимъ инструментомъ требуетъ впрыскиванія

Лечение цистита и дизурических явлений сводится къ устраненію инфекции и къ успокоенію болѣзненныхъ симптомовъ.

Съ серьезной инфекціей пузыря приходится бороться дренированіемъ его полости, т. е. надо лечить нагноеніе пузыря, какъ всякій абсцессъ, широкимъ разрѣзомъ. Такой разрѣзъ дѣлается по средней линіи черезъ переднюю стѣнку влагалища. Послѣ такого пособія всѣ болѣзненные ощущенія сразу исчезаютъ и получается большое облегченіе, а нагноеніе, при хорошемъ постоянномъ опорожненіи, постепенно затихаетъ и тоже прекращается. Рана обыкновенно заживаетъ сама при достаточно чистомъ содержаніи; зашивать такіе свищи приходится довольно рѣдко. Методъ этотъ, какъ я недавно узналъ, былъ первоначально предложенъ знаменитымъ James Simpson'омъ, который примѣнялъ его еще въ Единбургѣ.

Однако къ такому хирургическому леченію прибѣгать приходится довольно рѣдко. Обыкновенно ограничиваются промываніями пузыря, замѣняющими до нѣкоторой степени его дренажъ, и впрыскиваніемъ различныхъ лекарственныхъ средствъ.

Промываніе пузыря дѣлается стерилизованнымъ физиологическимъ растворомъ поваренной соли или слабымъ растворомъ борной кислоты. Это даетъ большое облегченіе больной.

Для впрыскиванія въ пузырь употребляются антисептическія средства: соли серебра, водный растворъ ихтіола, іодоформъ, растворенный въ миндальномъ маслѣ, или, что еще лучше въ парафиновомъ маслѣ. Водные растворы обыкновенно тутъ же удаляютъ послѣ впрыскиванія, масляные растворы оставляются и они выдѣляются при мочеиспусканіи.

Внутри назначается уротропинъ и обильное питье, иногда медвѣжье ушко (*urvae ursi*), *aqua petroselini*, миндальное и конопляное молоко и т. п. При боляхъ назначаются свѣчи съ *extr. opii aquosi* по 0,02 или *belladonnae* по 0,03 на свѣчку, 2—3 раза въ сутки.

При промываніи пузыря принимаются тѣ же предосторожности, какія были указаны по поводу катетеризаціи. Кромѣ того необходимо озаботиться, чтобы въ пузырь не оставалось воздуха, который туда легко проникаетъ при введеніи всякихъ полыхъ инструментовъ. Присутствіе воздуха въ пузырьѣ вызываетъ очень болѣзненные тенезмы, которыя заканчиваются только тогда, когда пузырю удастся его выдавить, что требуетъ большихъ усилій.

Учащенный и болѣзненный позывъ къ мочеиспусканію иногда устраняется фарадизаціей сильнымъ токомъ помощью биполярнаго влагалищнаго электрода.

Симптоматически всѣ болѣзненные явленія со стороны пузыря облегчаются послѣ расширенія мочеиспускательнаго канала; но это

облегчение продолжается недолго, если имѣются стойкія измѣненія въ пузырьѣ или мочеиспускательномъ каналѣ.

Изслѣдованіе мочевого пузыря пальцемъ по способу G. Simon'a въ настоящее время рѣдко находитъ примѣненіе, развѣ только для удаленія небольшихъ камней изъ пузыря. Оно дѣлается любыми расширителями, но требуетъ обезболиванія мѣстнаго кокаиномъ, или, еще лучше, полного общаго наркоза.

Всякое кровотеченіе изъ пузыря, кромѣ палліативныхъ мѣръ, для его остановки и для удаленія кровяныхъ сгустковъ, вызывающихъ очень болѣзненные сокращенія, требуетъ всесторонняго клиническаго изслѣдованія. Многія изъ такихъ больныхъ нуждаются въ хирургической помощи и должны быть направляемы къ компетентному спеціалисту.

Продолжительные роды при узкомъ тазѣ обуславливають сдавленіе мягкихъ частей родового канала между костями таза и головкой плода. Сдавливаемая мѣста обезкровливаются и ушибаются, сосуды въ нихъ начинаютъ тромбозироваться, и ткани эти омертвѣваютъ и элиминируются, оставляя послѣ себя дефектъ.

При тазахъ общесъуженныхъ иногда, вслѣдствіе этого, получается омертвѣніе почти всей влагалищной трубки. Если такая больная выживаетъ, то образуются обширные рубцы, которые начинаютъ понемногу сморщиваться, и на мѣстѣ влагалища остается узкій свищевой ходъ, идущій къ маточному отверстию.

При тазахъ плоскихъ, когда съужень только передне-задній діаметръ, всего болѣе сдавливаются во время прохожденія головки мягкія ткани, находящіяся между задней поверхностью симфизы и черепными костями плода. Здѣсь можетъ быть сдавлена передняя стѣнка влагалища и задняя стѣнка пузыря; иногда кромѣ того ущемляется передняя губа маточной шейки.

Ущемленные ткани не всегда подвергаются омертвѣнію, и все можетъ ограничиться отекомъ и кровеизліянiami въ клѣтчатку, т. е. измѣненіями преходящими. Но все это возможно только, пока сосуды не затромбозировались и пока еще нѣтъ инфекціи.

Когда получается омертвѣніе ущемленныхъ тканей, то сутокъ черезъ 6, рѣдко ранѣе, обнаруживается подтеканіе мочи, а около 9-го дня начинается отдѣленіе омертвѣвшихъ тканей и образуется отверстіе, черезъ которое вытекаетъ уже вся моча. Какъ только это произойдетъ, общее самочувствіе сразу улучшается.

На задней стѣнкѣ влагалища тоже происходитъ сдавленіе тканей, но омертвѣнія съ образованіемъ кишечнаго свища здѣсь не наблюдается. Это можетъ зависѣть отъ того, что омертвѣніе кишечной стѣнки сопровождается очень интенсивной инфекціей, и тѣ больныя, у которыхъ могъ бы образоваться такой свищъ, не выживаютъ, а умираютъ раньше, чѣмъ все это успѣетъ отдѣлиться и очиститься.

Всякое образованіе мочевого свища, конечно, не обходится безъ инфекции; но такъ какъ свищъ обезпечиваетъ хорошій оттокъ и является хорошимъ дренажемъ, то при немъ имѣются условія для самоисцѣленія отъ этой инфекции.

Постоянно вытекающая изъ половой щели моча смачиваетъ наружныя половыя части и бедра, получается раздраженіе кожи и краснота, а затѣмъ эритема съ отдѣльными пустулезными прыщами и даже мѣстами съ изъязвленіемъ.

Устраненіе этого раздраженія кожи является одной изъ первыхъ заботъ врача въ этихъ случаяхъ. Достигается это большой чистотой, обильнымъ мытьемъ теплой водой, иногда съ прибавленіемъ Kali hypermanganici, затѣмъ тщательнымъ вытираніемъ досуха и смазываніемъ, уже по сухому, цинковою мазью, или параффиновымъ масломъ.

Мытье дѣлается нѣсколько разъ въ день, пока не добьются достаточной чистоты и исчезновенія мочевого запаха.

Пока имѣется инфекция слизистой оболочки пузыря, всякое прикосновеніе къ ней при изслѣдованіи сопровождается чувствительностью и кровоточивостью. На рубцахъ по сосѣдству съ свищевымъ отверстіемъ отлагаются соли, крѣпко прилипающія къ нимъ и очень трудно отмываемыя.

Соли эти отлагаются при щелочной мочѣ и при ней же наблюдается и кровоточивость.

Только настойчивое и продолжительное мытье горячей водой можетъ удалить эти отложенія; но пока они имѣются, еще не можетъ быть рѣчи о зашиваніи такого свища: все равно не сростется.

Для отмыванія солей можно подкислять воду, напр. соляной кислотой, приче́мъ берутъ чайную ложку (ac. muriat. diluti) на кружку въ  $1\frac{1}{2}$  литра.

Свищи мочеточниковые и уретральные, какъ послѣдствіе родовъ, встрѣчаются очень рѣдко. Мочеточники обыкновенно повреждаются во время операций, въ особенности влагалищныхъ, когда ихъ, кромѣ того, можно притянуть или прошить и даже не замѣтить этого во время послѣоперационнаго теченія. Такія больныя рѣдко обращаются по поводу этихъ осложненій къ тому же хирургу, который ихъ оперировалъ. Онѣ обыкновенно попадаютъ къ кому-нибудь другому, и тогда можно даже не узнать, что было такое осложненіе. Мы случалось оперировать такіе случаи, въ которыхъ осложненія со стороны мочеточниковъ обнаруживались только черезъ 6 и даже 8 мѣсяцевъ послѣ очень удачныхъ и благополучныхъ операций, попавшихъ даже въ таблицы съ крупными статистическими данными, доказывающими преимущество влагалищныхъ операций вообще.

Свищи мочевые могут образоваться также, как слѣдствие распадѣнія и изъязвленія новообразованія, чаще всего раковаго, исходящаго изъ шейнаго канала матки. Здѣсь новообразование постепенно захватываетъ стѣнку пузыря, а затѣмъ все это проваливается и получается свищъ.

Леченіе мочевыхъ свищей можетъ быть только хирургическое: кромѣ операциі здѣсь лечить нечѣмъ, и остается только приладить мочепрїемникъ.

Для оперативнаго леченія мочевыхъ свищей необходима наличность слѣдующихъ условій, безъ которыхъ операция невозможна.

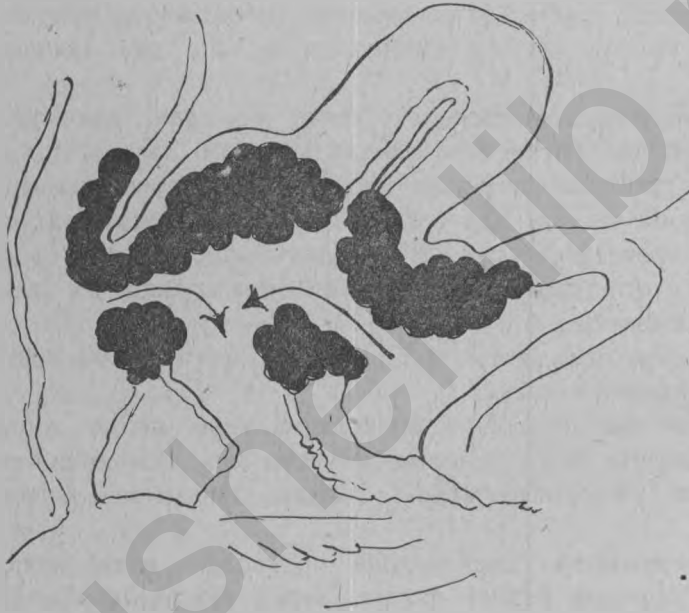


Рис. 54. Узловатый ракъ шейнаго канала, перешедшій на пузырь и на кишку съ образованіемъ свищей.

Условій этихъ три: 1) время, когда дѣлать операцию, 2) инфекция и 3) топографія и подвижность рубцовъ.

Для успѣшнаго зашиванія свища операциі нельзя дѣлать ранѣе 6—8 мѣсяцевъ послѣ родовъ, потому что всѣ швы прорѣжутся и свищъ не сросется.

Должна быть устранена всякая инфекция пузыря и по сосѣдству со свищемъ: моча должна быть кислая, слизистая оболочка пузыря и рубца не должны кровоточить при изслѣдованіи и не должно быть отложенія солей.

Края свища должны быть совершенно подвижны и нигдѣ не прикрѣпляться прямо къ кости, а поле операциі должно быть до-

ступно для всякихъ манипуляцій или должно быть видно и ясно, какъ сдѣлать его доступнымъ помощью инструментовъ или подготовительныхъ разрѣзовъ.

„Болѣе чѣмъ бесполезно“, говоритъ Kelly, „предпринимать операцію зашиванія мочевого свища, когда не имѣется яснаго плана дѣйствій для того, чтобы вполнѣ отчетливо ее выполнить“.

Всѣ перечисленныя условія въ сущности сводятся къ отсутствію инфекціи и къ своевременности производства операціи. Возможность обнажить и сдѣлать доступнымъ для оперативнаго пособія мочевого свища много зависитъ отъ опытности и находчивости хирурга, а трансперитонеальное зашиваніе пузыря сверху позволяетъ оперировать то, о чемъ раньше мы и не мечтали. Проникновеніе въ пузырь черезъ полость брюшины по способу W. Mayo позволяетъ работать въ пузырь почти такъ же, какъ на брюшной стѣнкѣ, а зашиваніе пузырной раны дѣлается столь же легкимъ и простымъ, какъ зашиваніе раны по кишечной стѣнкѣ.

Будущность всякой хирургіи мочевого пузыря, очевидно, принадлежитъ брюшнымъ, трансперитонеальнымъ операціямъ. Выучиться хорошо зашивать раны пузыря помощью чревосѣченія, конечно, легче, чѣмъ дѣлать то же самое черезъ влагалище. Захватить швомъ отверстіе мочеточника, или сдавить этотъ протокъ—при влагалищной операціи вовсе не трудно. Можно даже этого не замѣтить. При абдоминальной операціи опасаться этого не приходится, а при достаточномъ вниманіи едва ли даже и возможно. Опасаться инфекціи брюшины при абдоминальной операціи тоже нѣтъ основаній. Вѣдь, при инфицированномъ мочевомъ пузырьѣ и послѣ влагалищной операціи свищъ все равно не заростетъ. Наконецъ вся кишечная хирургія основана на томъ, что мы научились обращаться съ завѣдомо инфицированными органами и намъ только поэтому удастся защитить полость брюшины отъ попаданія содержимаго кишекъ и зашивать ихъ поврежденія такъ, чтобы оно не могло подтекать. Удаленіе мочевыхъ камней трансперитонеальнымъ путемъ наглядно показываетъ преимущества этой операціи передъ надлобковымъ сѣченіемъ (sectio alta), которое еще недавно считалось безопаснѣе, какъ не проникающее въ полость брюшины.

При благоприятныхъ условіяхъ, отсутствіи инфекціи, достаточной подвижности и доступности свища его можно оперировать черезъ влагалище, а когда сдѣлать это трудно и даже несовсѣмъ ясно, что именно можно сдѣлать этимъ путемъ и притомъ такъ, какъ это нужно сдѣлать, умѣстно и полезно подумать о томъ, чего можно достигнуть въ данномъ случаѣ настоящей хирургической операціей трансперитонеально.

Когда эту операцію будутъ дѣлать чаще, она перестанетъ возбуждать сомнѣнія и преимущества ея сдѣлаются еще очевиднѣе.

## Глава XVII.

### Послѣдствія воспаленія тазовыхъ органовъ. Лечение тепломъ.

При свѣтъ современныхъ патологическихъ знаній трудно и даже едва ли возможно себѣ представить воспалительныя явленія безъ какой-либо инфекціи, и я затрудняюсь провести точную грань между обоими этими понятіями, хотя теоретически, конечно, можно допустить воспаленіе отъ химическаго раздраженія и съ такимъ же точно правомъ отъ причинъ, намъ неизвѣстныхъ, или остающихся неуловимыми.

Практически все-таки приходится имѣть дѣло, конечно, съ инфекціей—вопросъ, которому мы и такъ посвятили уже много мѣста въ предыдущихъ главахъ.

Воспаленіе или его послѣдствія могутъ проявляться: 1) въ различныхъ выдѣленіяхъ, большею частью гнойныхъ, 2) въ скопленіяхъ или инфекціонныхъ очагахъ, большею частью тоже гнойныхъ, 3) въ образованіи сросшеній и развивающихся изъ нихъ рубцовъ, нарушающихъ положеніе, подвижность и даже форму отдѣльныхъ органовъ, 4) въ разрощеніи и гиперплазіи отдѣльныхъ тканей вслѣдствіе хроническаго ихъ раздраженія инфекціей (?).

Усиленіе физиологическихъ секретій, какъ слѣдствіе воспаленія, отъ чего бы оно не зависѣло, уже является условіемъ, благопріятнымъ для инфекціи, и выдѣленія изъ половыхъ органовъ стерильными не бываютъ. Очень часто они имѣютъ прямо гнойный характеръ.

Попадая на наружныя половыя части, выдѣленія эти вызываютъ раздраженіе, доходящее иногда до остраго воспаленія, сопровождающагося краснотой, жженіемъ и учащеннымъ болѣзненнымъ мочеиспусканіемъ. Такое заболѣваніе половой щели, *vulvitis*, можетъ зависѣть и отъ внѣшнихъ раздраженій (недостаточная чистота у дѣвочекъ), отъ механическихъ инсультовъ (*vulvitis* новобрачныхъ), отъ травмы, соединенной съ инфекціей (попытки къ изнасилованію и т. п.).

Рѣзко гнойныя выдѣленія изъ влагалища могутъ зависѣть отъ его воспаленія, *colpitis s. vaginitis*. Заболѣваніе это свойственно болѣе дѣтскому и старческому возрасту. У взрослыхъ оно наблюдается главнымъ образомъ во время беременности и въ послѣродовомъ состояніи — *colpitis gravidarum* (часто бленнорройное).

Въ дѣтскомъ возрастѣ вагинитъ зависитъ или отъ бленнорреи, или, гораздо рѣже, отъ септической инфекціи, обыкновенно *coli bacillus*. Эпителій дѣтской вагины очень воспримчивъ къ гонококковой инфекціи, которая держится здѣсь чрезвычайно упорно, иногда вплоть до наступленія половой зрѣлости, когда она начинаетъ распро-

страняться на внутренніе органы, обыкновенно одновременно съ установленіемъ функции регуль.

Септическая инфекция дѣтской вагины тоже держится очень упорно и все время угрожаетъ общей инфекціей съ піэмическими явленіями и метастазами.

Оба эти заболѣванія требуютъ энергическаго мѣстнаго леченія. Обильныя и настойчивыя влагалищныя промыванія даютъ здѣсь только временное облегченіе. Кромѣ надлежащей, въ хирургическомъ смыслѣ, чистоты, здѣсь необходимо дѣлать смазыванія всей полости влагалища дезинфицирующими средствами, напр. смазываніе *tinctura jodi* или растворомъ *argenti nitrici*.

Попытки ограничиться въ этихъ случаяхъ введеніемъ индифферентныхъ веществъ, лишающихъ микробы питательной среды, напр. минеральнаго масла—*oleum paraffini*, еще находятся въ періодѣ изученія и пока дали замѣтное улучшеніе только при инфекціи *bacillus coli communis*; при бленнорреѣ этого достаточнымъ еще не оказалось и приходится комбинировать ихъ съ антисептическими смазываніями.

Смазыванія эти дѣлаются съ помощью тонкаго цилиндрическаго зеркала, которое можно ввести, не повреждая дѣвственной плевы, всего лучше въ колѣнно-локтевомъ положеніи (см. рис. 55, стр. 172).

То же самое можетъ быть сдѣлано въ спинномъ положеніи съ приподнятымъ тазомъ, когда это пособие дѣлается подъ общимъ наркозомъ.

Такой осмотръ полости влагалища въ этихъ случаяхъ необходимъ уже потому, что надо убѣдиться, нѣтъ ли, кромѣ того, какого-нибудь инороднаго тѣла, поддерживающаго нагноеніе. Это тоже бываетъ, и не такъ уже рѣдко.

Во время смазыванія влагалища надо обращать вниманіе, чтобы не обжечь наружныя половыя части, а по окончаніи смазыванія слѣдуетъ удалить остатки жидкости сухимъ тампономъ.

Кольпиты старческіе обыкновенно поддерживаются выдѣленіями изъ матки, нерѣдко вслѣдствіе распадающагося новообразованія.

Кромѣ смазыванія влагалища, при леченіи кольпитовъ назначаются спринцованія изъ 8% раствора поваренной соли, или растворомъ древеснаго уксуса (столовая ложка на стаканъ воды), или розовымъ растворомъ *kali hypermanganici*, или наконецъ растворомъ хлористаго цинка (отъ чайной до столовой ложки насыщеннаго раствора (апа) на 6 стакановъ) и т. п. При зловонныхъ выдѣленіяхъ, вслѣдствіе распада новообразованія, очень дѣйствительнымъ иногда оказывается спринцованіе растворомъ мѣднаго купороса (1% растворъ).

Всѣ эти спринцованія дѣлаются всегда лежа на подкладномъ суднѣ или на поперечной кровати съ клеенкой, и всегда теплые, не



холоднѣе  $28^{\circ}$  R., а при наличности воспалительныхъ явленій горячѣе  $32-35^{\circ}$  R.

Скопления и гнойные очаги относятся къ болѣзнямъ чисто хирургическимъ. Они должны быть опорожнены тотчасъ, какъ только они распознаны.

Это есть случай хирургическаго заболѣванія живота (surgical abdomen), который лечить терапевтически нѣтъ никакого основанія



**Рис. 55.** Смазываніе влагалища іодомъ или ляписомъ черезъ цилиндрическое зеркало отъ цистоскопа Kelly.

и довольно опасно, потому что онъ легко можетъ превратиться въ острое заболѣваніе живота (acute abdomen), когда неизбѣжная и неотложная операція уже не всегда можетъ спасти жизнь, находящуюся въ большой опасности.

Когда локалізація гноя точно извѣстна и сомнѣній не вызываетъ, оперировать надо экстраперитонеально. Въ случаяхъ лихорадящихъ это имѣетъ значеніе, потому что уменьшаются шансы попаданія вирулентнаго гноя въ брюшную полость.

На брюшной стѣнкѣ при этомъ разрѣзъ надо дѣлать въ fossa iliaca и по подбрюшинной клѣтчаткѣ подойти къ гнойному скопленію. Когда возможно, хорошо, и это даже лучше, сдѣлать это опорожненіе черезъ влагалище, черезъ разрѣзъ въ заднемъ сводѣ.

Опорожнивши гнойное скопленіе, надо поставить хорошей толстый резиновый дренажъ, лучше всего t-образный. Промыванія полости дѣлать не нужно: оно только замедляетъ выздоровленіе.

Когда локализацию скопленія точно опредѣлить невозможно, надо дѣлать обыкновенное чревосѣченіе по средней линіи, а выпускать гной и ставить дренажъ надо черезъ отдѣльный разрѣзъ въ заднемъ сводѣ, или черезъ брюшную стѣнку въ fossa iliaca.

Когда вовсе нѣтъ никакой локализациі гноя, а имѣется только воспаленіе, все равно, будетъ ли оно въ маткѣ, или около нея, или въ ея придаткахъ, заболѣваніе надо лечить просто какъ воспаленіе тазовыхъ органовъ.

Что именно изъ нихъ поражено больше, не всегда бываетъ извѣстно и выясняется даже послѣ выздоровленія далеко не всегда. Всякое дѣленіе случаевъ на болѣзни отдѣльныхъ внутреннихъ органовъ таза, яичниковъ, трубъ, матки, имѣетъ значеніе только для классификаціи и для діагностической номенклатуры, а въ дѣйствительности точная діагностика выясняется только въ случаяхъ хирургическихъ и то послѣ того, какъ они уже прооперированы. На теченіи болѣзни это мало отражается, въ особенности если уже было злоупотребленіе полифармаціей или полипрагмазіей. Лечить, все равно, нужно просто воспаленіе внутреннихъ тазовыхъ органовъ, и лечить главнымъ образомъ тепломъ.

Для успокоенія болѣе назначаются наркотическія въ видѣ суппозиторій съ *extr. belladonnae* (по 0,03), два раза въ сутки и болѣе, въ зависимости отъ количества мочи, съ которой, какъ извѣстно, выдѣляются всѣ алкалоиды. Въ острыхъ случаяхъ belladonna много безопаснѣе другихъ наркотическихъ, въ особенности изъ группы опія или морфія, потому что при ней не маскируются грозныя явленія раздраженія брюшины, требующія немедленной, неотложной операціи. При назначеніи наркотическихъ средствъ надо всегда имѣть въ виду ихъ цѣль. Назначать надо полныя дозы, т. е. такія, которыя могутъ унять боль, напр., для свѣчъ въ задній проходъ назначать меньше 0,03 нѣтъ смысла и не поможетъ.

Если температура держится высокая, то можетъ возникнуть вопросъ о холодѣ на животъ въ видѣ мѣшка со льдомъ.

Точныхъ показаній для назначенія льда у насъ очень мало, и часто этотъ вопросъ рѣшается на основаніи довольно случайныхъ субъективныхъ впечатлѣній.

Чтобы выйти изъ этого затрудненія, всего проще начать съ назначенія согрѣвающего компресса, положеннаго *lege artis* такъ, какъ это было рекомендовано первоначально Priessnitz'омъ и какъ его назначалъ въ свое время знаменитый профессоръ нашего университета Э. И. Иноземцевъ, и какъ меня этому научилъ одинъ изъ непосредственныхъ его учениковъ.

Вотъ какъ это дѣлается. Берется кусокъ полотна или ветоши, складывается вчетверо, намачивается въ ледяной водѣ и выжимается. Когда все заготовлено, полотно это берется изъ таза со льдомъ или снѣгомъ, раскладывается на клеенку съ подложенной подъ нее фланелью и компрессъ сразу накладывается на животъ. Дѣлается это быстро и увѣренно и сейчасъ же обминается, чтобы вездѣ прилегало плотно и было хорошо укрыто фланелью. Такой компрессъ согрѣвается очень скоро, и больная не должна озябнуть во время его наложенія. Если больная не жалуется на усиленіе боли, когда компрессъ совсѣмъ согрѣется и будетъ горячій, то больше ничего не надо дѣлать и льда класть не нужно. Если больная лучше себя чувствуетъ, пока компрессъ еще холодный, то можно смѣло класть ледъ. Согревающей компрессъ оставляется на 4—6 часовъ, послѣ чего его надо мѣнять. Для этого заготавливается то же самое, что было при первоначальномъ его наложеніи. Старый компрессъ снимается, и весь животъ быстро вытирается концомъ полотенца, смоченнымъ въ ледяной водѣ, а затѣмъ тотчасъ насухо другимъ полотенцемъ.

Такое протираніе ледяной водой вызываетъ покраснѣніе кожи и она тотчасъ дѣлается горячей, совершенно такъ же, какъ руки, когда ихъ протрутъ снѣгомъ. Послѣ этого уже описаннымъ порядкомъ накладывается новый компрессъ, смоченный ледяной водой и хорошо отжатый, и все снова укрывается клеенкой и фланелью.

Дѣйствіе такого компресса отличается отъ того, что получается при согрѣвающимъ компрессѣ въ томъ видѣ, какъ его обыкновенно дѣлаютъ, т. е. когда берутъ комнатную или даже подогрѣтую воду. Настоящій Priessnitz'евскій компрессъ совершенно не даетъ того непріятнаго ощущенія зябкости, на которое такъ часто жалуются безпокойныя больныя. Но для этого его надо накладывать быстро и умѣло, и надо чтобы съ него ничего не текло и чтобы больная скоро согрѣвалась по его наложеніи. Холодная вода сначала суживаетъ сосуды, а потомъ они скоро парализуются и расширяются. Гиперемія кожи, которая при этомъ получается, дѣлаетъ ее горячей, и самое согрѣваніе компресса происходитъ скорѣе и выражено сильнѣе (откуда и названіе, данное ему Priessnitz'емъ, „согрѣвающей“).

Кратковременное прикосновеніе холодомъ вызываетъ перистальтическія движенія кишекъ и даже отхожденіе газовъ, что даетъ большее облегченіе и улучшаетъ самочувствіе больной.

Мы уже сказали, что такой компрессъ скоро выясняетъ, что надо класть: холодъ или тепло, и какъ къ этому относится больная.

Если она начинаетъ жаловаться на боль, какъ только компрессъ согрѣется, и боль эта будетъ все усиливаться, то очевидно тепло класть еще рано и надо класть ледъ, а компрессъ снять. Если при согрѣваніи боль затихаетъ, то поверхъ компресса кладутъ мѣшокъ съ горячей водой, и компрессъ мѣняютъ рѣже, напр. разъ или два въ сутки. Комбинація горячаго мѣшка съ компрессомъ усиливаетъ дѣйствіе тепла и получается нѣчто очень близкое къ припаркѣ.

Этотъ видъ влажнаго тепла находитъ примѣненіе при тяжелыхъ обострившихся заболѣваніяхъ, когда, при наличности гнойнаго скопленія и даже свищевыхъ ходовъ, оперативная помощь почему-либо невозможна.

Припарки готовятся изъ овса или изъ льнянаго сѣмени, или изъ того и другого пополамъ. Дѣлается марлевый мѣшокъ и набивается не туго овсомъ, и все это разваривается въ кастрюлѣ или распаривается въ аутоклавѣ. Достаточно размякшая припарка въ горячемъ, какъ можно терпѣть, видѣ прикладывается къ животу и укрывается, чтобы скоро не остыла. Если нѣтъ никакихъ свищей и поврежденій на кожѣ, то стерилизація въ аутоклавѣ не нужна, и можно все приготовить на плитѣ въ кастрюлѣ.

Мѣшокъ съ горячей водой, положенный поверхъ согрѣвающего компресса, дѣйствуетъ почти такъ же, какъ припарка, но обращеніе съ нимъ проще и удобнѣе.

По военному времени, когда резина сдѣлалась непомѣрно дорога, пришлось замѣнить резиновый мѣшокъ холщевымъ, наполненнымъ пескомъ. Это много дешевле и нисколько не хуже, потому что тепло онъ держитъ дольше; только не надо его очень нагрѣвать, а то объ него можно обжечься.

Резиновый мѣшокъ можно также замѣнить металлической плоской грѣлкой. Это обходится дешевле, но съ грѣлкой надо умѣть обращаться. Если ее налить кипяткомъ только до половины, завернуть пробку и дать совсѣмъ остыть, то она сплющивается отъ атмосфернаго давленія, потому что въ ней образуется пустота, когда пары воды осядутъ. Избѣжать этого осложненія можно двумя способами: 1) большимъ вниманіемъ и недопусканіемъ охлажденія при завернутой пробкѣ и 2) просверливши въ пробкѣ тоненькую дырочку, черезъ которую вода не могла бы вытекать, а воздухъ могъ бы проходить. Можно также, вмѣсто пробки, брать резиновое полотно и обвязывать его надъ отверстіемъ; тогда резина разорвется, если грѣлку остудить, и она не сплющится, зато больная при этомъ можетъ промокнуть.

Лучшія грѣлки дѣлаются изъ тонкой красной мѣди; онѣ служатъ долго и хорошо держать тепло. Если такую грѣлку отниккелировать, то она стынетъ скорѣе; то же самое бываетъ при грѣлкѣ изъ алюминія.

Очень хорошая форма для примѣненія влажнаго тепла это—лепешки изъ цѣлебной грязи. Ихъ съ успѣхомъ можно замѣнить лепешками изъ лѣпной глины.

Бывши однажды въ Карлсбадѣ, я наблюдалъ примѣненіе грязевыхъ лепешекъ, завернутыхъ въ нѣсколько слоевъ клеенки. Лепешки эти развозятъ по домамъ и рано утромъ, когда больные еще находятся въ постели, прикладываютъ къ печеночной области и держатъ, пока онѣ остынутъ. Дѣлается это, чтобы не пачкать бѣлья, чего квартирныя хозяйки, конечно, не позволяютъ: грязь очень плохо отмывается отъ бѣлья.

Не подлежитъ сомнѣнію, что въ этомъ леченіи грязь собственно не при чемъ. Лепешки эти могутъ дѣйствовать только своей температурой и отъ мѣшка съ водой отличаются только тѣмъ, что дольше держатъ тепло. Между тѣмъ это леченіе несомнѣнно помогаетъ, хотя столь же несомнѣнно дѣйствуетъ здѣсь не грязь съ ея сѣроводороднымъ запахомъ, а только тепло. Очевидно также, что для такого леченія никуда ѣздить не нужно и можно пользоваться любой глиной или иломъ, лишь бы они долго держали тепло: дѣйствіе будетъ то же самое.

Для усиленія дѣйствія согрѣвающаго компресса примѣняется смазываніе кожи живота скипидаромъ, поверхъ котораго и кладется компрессъ. Это такъ называемый Дублинскій компрессъ, который одно время былъ въ большемъ употребленіи.

Такой компрессъ вызываетъ красноту кожи и сильное жженіе. Тамъ, гдѣ смазано скипидаромъ, образуются даже пузыри, какъ отъ ожога или отъ мушки; но этого вовсе не нужно, и если взять скипидаръ пополамъ съ прованскимъ масломъ и назначить смазываніе этой смѣсью черезъ день, то получается только нѣкоторое жженіе и краснота.

У свѣтлыхъ блондинокъ, у которыхъ кожа чувствительнѣе, чѣмъ у брюнетокъ, надо брать меньше скипидара (1 часть на 2 части масла). Смазываніе это я назначаю черезъ день въ продолженіе мѣсяца и болѣе, пока происходитъ тепловое леченіе.

Спиртовые компрессы тоже раздражаютъ кожу, иногда даже очень сильно, но никакихъ преимуществъ передъ Дублинскими компрессами не имѣютъ. Всасываться черезъ кожу спиртъ, конечно, не можетъ, и если происходитъ его всасываніе, то только вмѣстѣ съ воздухомъ, черезъ легкія. Я охотно назначаю спиртовые компрессы алкоголикамъ для улучшенія дѣятельности сердца. Считать спиртовые

компрессы специфическимъ средствомъ, будто бы вліяющимъ на заболѣванія брюшины или червеобразнаго отростка, нѣтъ никакого основанія; а по теперешнему времени лучше ихъ вообще избѣгать, потому что спиртъ нерѣдко получаетъ вовсе не то назначеніе, для котораго онъ былъ выписанъ. Усмотрѣть за этимъ очень трудно.

Къ тепловому леченію относятся еще ванны: съ солью, минеральныя и грязевыя. Изъ нихъ наиболѣе дѣйствительны грязевыя ванны, и онѣ заслуживаютъ наибольшаго вниманія. Единственное на что надо обращать вниманіе при назначеніи этого леченія, это—состояніе сердца и легкихъ. Болѣзни сердца, сопровождающіяся разстройствомъ компенсаціи или обморочными явленіями, составляютъ противопоказаніе къ общему грязевому леченію, но для мѣстнаго леченія лепешками противопоказанія нѣтъ. Легочный туберкулезный процессъ, еще не заглохшій, является серьезнымъ противопоказаніемъ для грязевого леченія.

Кромѣ наружнаго приложенія тепла, для леченія воспаленій тазовыхъ органовъ большое мѣсто надо отвести внутреннему примѣненію того же тепла въ видѣ спринцованій, орошеній и клистировъ.

Горячія, въ 35° R. и даже 36° R., спринцованія 2—3 раза въ день назначаются не только для чистоты и удаленія выдѣленій, но и для терапевтическаго дѣйствія, котораго отъ нихъ ожидаютъ.

Это предполагаемое ихъ дѣйствіе касается и облегченія болей, и сокращающаго вліянія на гладкія мышцы матки и ея сосудовъ, и вообще благодѣтельнаго вліянія тепла на каждый воспалительный процессъ.

Однако вліяніе cadaго отдѣльнаго спринцованія бываетъ столь кратковременно, что многаго въ этомъ отношеніи отъ него ожидать нельзя. Постоянное, или, точнѣе, продолжительное, влагалищное орошеніе, потому что цѣлыя сутки его теперь не дѣлаютъ, въ этомъ отношеніи гораздо дѣйствительнѣе.

Орошеніе это устраивается помощью особой стеклянной трубки, съ приводящей и отводящей кишкой. Получается спринцованіе, но безъ подкладнаго судна и его неудобствъ. Отработанная жидкость стекаетъ прямо въ ведро подъ постелью. Больная лежитъ совершенно сухая и не утомляется отъ неудобнаго положенія.

Орошеніе дѣлается разъ или два въ день часа по два, иногда и по три, и дѣйствіе его, сходное съ спринцованіемъ, проявляется сильнѣе и интенсивнѣе. Кромѣ вліянія тепла отъ постоянно притекающей жидкости, орошеніе оказываетъ отсасывающее дѣйствіе на матку и увеличиваетъ ея секрецію.

*Собственно значительнаго тепловаго вліянія обоими этими способами достигается все-таки немного, потому что вода, хотя и горячая, все время вытекаетъ и прогрѣвать при этомъ много не можетъ.*

Наиболѣе удобная форма для примѣненія тепла въ самой полости таза есть горячая клизма. Жидкость въ  $35^{\circ}$ — $36^{\circ}$  R. вводится въ кишку и оставляется тамъ, пока всосется, или пока остынетъ до температуры крови.

Это какъ бы внутренняя ванна, и притомъ довольно горячая. Горячая вода здѣсь будетъ касаться какъ разъ самого больного мѣста, отъ котораго, напр. отъ придатковъ матки, она будетъ отдѣлена довольно тоненькой перепонкой—стѣнкой кишки. Слѣдовательно, тепло будетъ приложено непосредственно къ тому мѣсту, гдѣ это нужно, и притомъ тепло довольно интенсивное  $35^{\circ}$ — $36^{\circ}$  R., чего для ванны нельзя назначить, потому что въ ней не удержишь.

Горячія клизмы ставятся ежедневно, иногда даже два раза въ сутки. Особое вниманіе отводится тому, чтобы не раздражать кишку и отверстіе anus. Наконечникъ для такихъ клизмъ берутъ мягкій, резиновый и совершенно гладкій, смазываютъ его вазелиномъ и держать въ большой чистотѣ.

Жидкость для клизмы берется такая, чтобы она не могла вызывать перистальтики или раздраженія слизистой оболочки. Простая вода для этого не годится, потому что она будетъ размачивать эпителий. Берется изотоническій, физиологическій растворъ соли (0,5%), или отваръ ромашки (чайную ложку на стаканъ, заварить, какъ чай, и процѣдить черезъ марлю). Ромашка обыкновенно удерживается лучше соленой воды.

Жидкости каждый разъ вводится отъ 1 до 2 стакановъ, и дѣлается это въ колѣнно-локтевомъ положеніи или, еще лучше, въ положеніи съ приподнятымъ тазомъ. Для этого больная кладется на наклонную плоскость въ  $45^{\circ}$ , совершенно такъ же, какъ при гинекологическомъ чревосѣченіи (Trendelenburg'овское положеніе).

Когда пробуютъ ставить эти клистиры по общимъ правиламъ, просто какъ придется въ лежачемъ положеніи, то получается неудача и не скоро выучиваются удерживать воду: приходится подкладывать газету, чтобы не запачкать простыню, потому что не успѣешь добѣжать, куда надо.

Поставленная въ Trendelenburg'овскомъ положеніи клизма изъ 2 и даже болѣе стакановъ легко удерживается всю ночь, а остатки ея, не успѣвшіе всосаться, выходятъ вмѣстѣ съ утреннимъ испражненіемъ.

Поставивши клизму, совѣтуютъ лежать на томъ боку, гдѣ боли сильнѣе, а сверху на животъ продолжаютъ класть горячій мѣшокъ или компрессъ.

Непрерывное орошеніе кишки аппаратомъ, похожимъ на влагалыщный наконечникъ для постоянного орошенія, не оказалось удоб-

нымъ. Оно раздражаетъ кишку и вызываетъ опуханіе геморроидальныхъ шишекъ. Примѣненіе его нельзя рекомендовать.

Непрерывныя клизмы, притекающія по мѣрѣ всасыванія жидкости, относятся къ методамъ общаго леченія. Онѣ назначаются не для мѣстнаго дѣйствія, а для усиленнаго всасыванія жидкости, вмѣсто подкожнаго впрыскиванія, для промыванія организма отъ скопившихся въ немъ токсиновъ. Въ случаяхъ острыхъ для леченія перитонитовъ—это будетъ способъ Murchy; въ случаяхъ хроническихъ при воспаленіяхъ въ тазу—это будетъ методъ Снегирева. Оба они находятъ примѣненіе въ подходящихъ случаяхъ и оказываютъ цѣлебное дѣйствіе.

## ГЛАВА XVIII.

### Послѣдствія воспаленій тазовыхъ органовъ и ихъ леченіе (продолженіе): рубцы, смѣщенія и леченіе ихъ.

Срощенія и рубцы, являющіеся послѣдствіемъ воспаленія внутреннихъ тазовыхъ органовъ женщины, ведутъ ко многимъ болѣзненнымъ симптомамъ, вслѣдствіе нарушенія подвижности этихъ органовъ, вслѣдствіе ихъ сдавливанія и вслѣдствіе притягиванія ихъ къ неподвижнымъ стѣнкамъ таза.

Все это сопряжено съ измѣненіемъ положенія и даже формы матки и нерѣдко сопровождается вполне опредѣленными объективными признаками, добываемыми при изслѣдованіи. Поэтому получилось цѣлое ученіе о смѣщеніяхъ матки, и разсмотрѣніе ихъ составляетъ обширную главу въ ученіи о женскихъ болѣзняхъ; а значеніе этихъ измѣненій нерѣдко было слишкомъ переоцниваемо.

Нормальное положеніе здоровой матки и ея придатковъ характеризуется чрезвычайною эластическою подвижностью. Все это постоянно перемѣщается при измѣненіи объема сосѣднихъ органовъ: при наполненіи пузыря матка смѣщается кзади, при пустомъ пузырьѣ кпереди и т. д.

При двойномъ изслѣдованіи легко убѣдиться въ этой подвижности. Изслѣдующіе пальцы на брюшной стѣнкѣ и въ сводахъ влагалища должны сходитьсь сзади, спереди и съ боковъ матки.

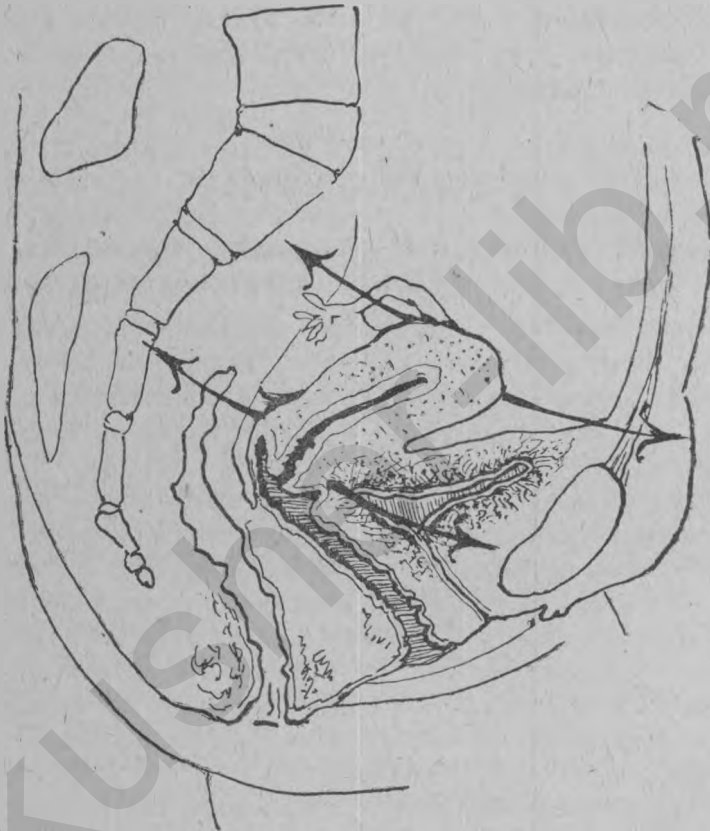
Только при очень неподатливой брюшной стѣнкѣ, или при ея болѣзненности, этого выполнить нельзя.

Здоровые придатки матки при двойномъ изслѣдованіи прощупать тоже нельзя. Считается, что ни здороваго яичника, ни здоровой трубы вообще прощупать нельзя. Если они и попадаютъ, или могутъ быть захвачены изслѣдующими пальцами, то это значитъ,



что они изменены: они или увеличены, или опущены, или приращены, следовательно, нормальная их подвижность нарушена. Однако при благоприятных условиях у рожавшей женщины можно прощупать и круглые связки, и маточный конец трубы у места ее отхождения, и даже собственную связку яичника.

Матка должна помещаться по оси таза в его середину. Дно ее должно быть направлено немного впереди и находиться на уровне



ис. 56. Положение матки в полости таза на сагиттальном разрезе. Видно влияние ее верхних и нижних связок, удерживающих ее в равновесии и допускающих полную эластическую ее подвижность. Действие связок обозначено стрелками.

плоскости входа в тазъ. Влагалищная часть и наружное отверстие матки должно помещаться по средней линии на высоте плоскости, проходящей через середину вогнутости крестца (немного выше *spina ischii*) и нижний край симфизы или ее середину.

Если при двойном исследовании пальцы свести около матки нельзя, то это может зависеть или от сросшихся, идущих от матки к соседним органам и не позволяющих пальцам про-

никнуть въ глубину, слѣдуя по поверхности этого органа, или отъ инфильтраціи клѣтчатки въ основаніи широкихъ связокъ или около сводовъ.

Если сращения будутъ находиться около дна матки, то они будутъ притягивать его кзади, или кпереди и получится запрокидываніе—*versio*: кзади—*retroversio*, или кпереди—*anteversio*.

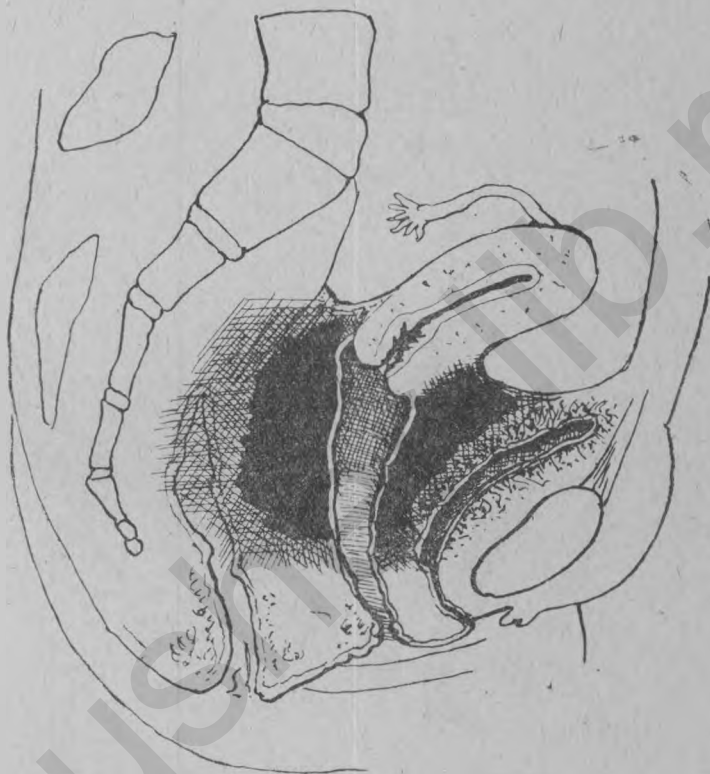


Рис. 157. Матка, смѣщенная кверху вслѣдствіе воспалительнаго инфильтрата въ клѣтчаткѣ параметрія.

Въ случаѣ инфильтратовъ въ клѣтчаткѣ прежде всего нарушится подвижность по оси матки и она будетъ помѣщаться немного выше, чѣмъ слѣдуетъ, а подвижность внизъ тоже будетъ нарушена.

При значительномъ инфильтратѣ въ параметрії и основаніи широкихъ связокъ матка поднимается настолько высоко, что дно ея помѣщается выше плоскости входа въ тазъ.

Это послужило даже основаніемъ для леченія выпаденій матки хининомъ по способу Inglis Parsons'a. Онъ впрыскивалъ черезъ своды влагалища въ клѣтчатку параметрія растворъ хинина и этимъ вызывалъ образованіе асептическаго инфильтрата, не допускающаго

опушения матки и удерживавшаго ее высоко въ полости таза. Методъ этотъ не получилъ распространенія, потому что стали иногда получаться осложненія вслѣдствіе инфекции.

Когда инфильтратъ въ клѣтчаткѣ въ основаніи связокъ расщелся и организуется, то на его мѣстѣ образуется рубцовая ткань, которая можетъ притянуть шейку матки кпереди или кзади, обуславливая соотвѣтственную версію: ante- или retroversio.

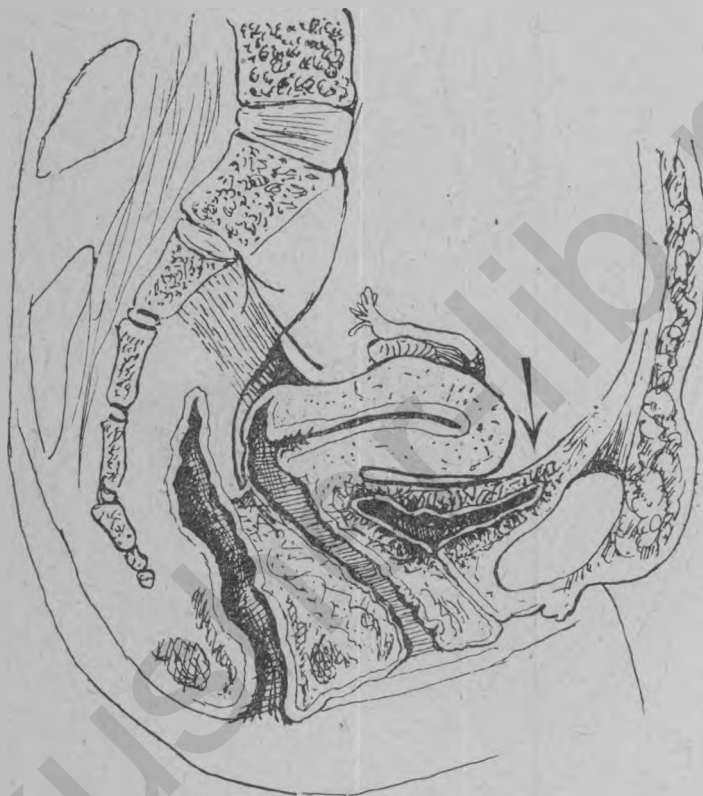


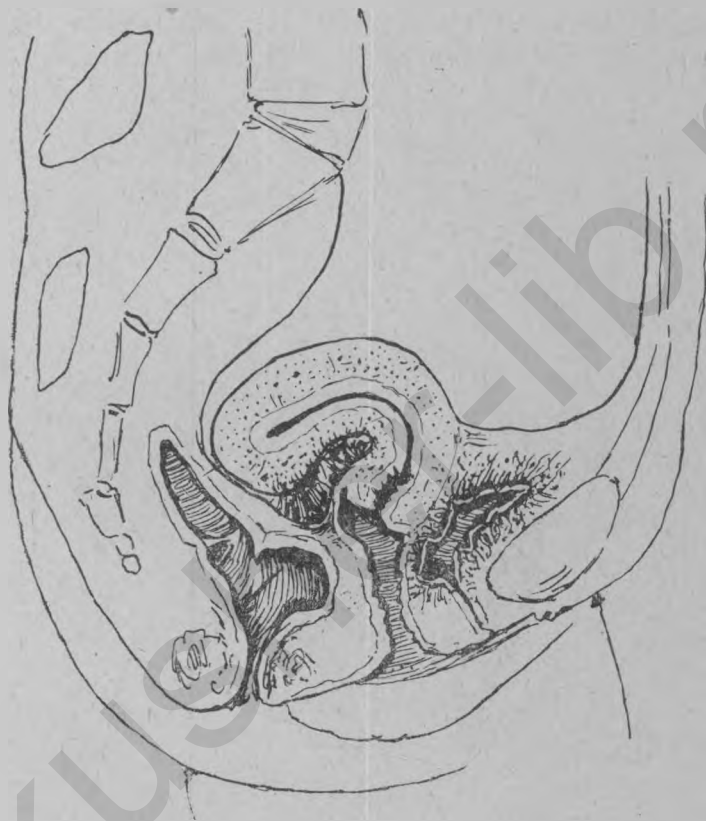
Рис. 58. Anteversio uteri. Шейка матки притянута кзади рубцовой тканью, развившейся въ основаніи крестцово-маточныхъ связокъ. Рубецъ тянетъ шейку кзади, а дно опускается вслѣдствіе тяжести (см. стрѣлку).

Если воспалительныя сращения располагаются по поверхности матки по серозному ея листку, и если здѣсь образуется рубцовая ткань, то поверхность эта начинаетъ сморщиваться, а матка сгибается вдоль нея, поэтому дно матки будетъ загигать кзади, если рубцовая ткань разовьется на задней ея поверхности—получится retroflexio.

То же самое можетъ происходить и на передней поверхности матки, и тогда получается anteflexio; но это бываетъ гораздо рѣже.

Смѣщенія и перегибы матки кзади сопровождаются всегда нѣкоторымъ опущеніемъ ея, потому что дно этого органа, конечно, будетъ при этомъ всегда стоять ниже promontorium.

Смѣщенія матки кпереди, кромѣ незначительнаго раздраженія пузыря вслѣдствіе давленія на него дна матки, обыкновенно никакихъ симптомовъ не вызываютъ.



**Рис. 59.** Смѣщенія и рубцовая ткань на задней поверхности матки обуславливаютъ ея сморщиваніе и матка перегибается кзади, *retroflexio*.

Раздраженіе пузыря вызывается и ретроверсией, въ особенности неподвижной, потому что шейка будетъ при этомъ упираться въ стѣнку пузыря и можетъ даже вдавливать ее (см. рис. 61).

Большая часть болѣзненныхъ симптомовъ, зависящихъ отъ смѣщеній матки, наблюдается только при смѣщеніяхъ матки кзади, и вообще лечить приходится главнымъ образомъ смѣщенія кзади. Смѣщенія и перегибы матки кпереди обыкновенно никакихъ симптомовъ не вызываютъ и леченія не требуютъ. Исключеніе составляетъ врожденный перегибъ матки кпереди—*anteflexio congenita*.

Здѣсь матка бываетъ перегнута вслѣдствіе недостаточнаго своего развитія, а влагалищная часть имѣетъ форму конуса и даже тапировидную форму—„tapiroïd“. Тѣло матки при этомъ пригибается къ шейкѣ такъ, что шейный каналъ изгибается подъ острымъ угломъ. Это ведетъ къ сильнымъ болямъ во время регуль (механическая дисменорея) и къ бесплодію.

Врожденный перегибъ кзади при такомъ же недоразвитіи матки, *retroflexio uteri congenita*, встрѣчается чрезвычайно рѣдко и вызываетъ тѣ же симптомы. Онъ тоже ведетъ къ бесплодію.

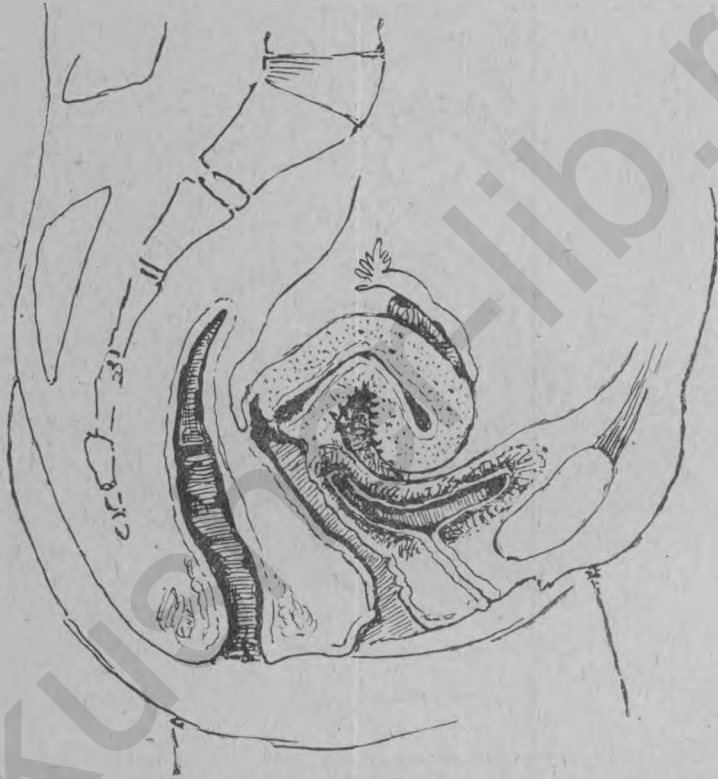


Рис. 60. Рубцовая ткань, перегнувшая матку кпереди, *anteflexio*.

Всякіе перегибы матки (*flexiones*) можно исправлять только пластической операцией на самой маткѣ для выпрямленія ея шейнаго канала. Для этого дѣлаются глубокіе боковые разрѣзы шейки матки до внутренняго ея отверстія, передняя и задняя стѣнки матки перемѣщаются въ такое положеніе, чтобы каналъ выпрямился, и это положеніе укрѣпляется швами (операция Nourse). Передъ операцией или во время нея дѣлается расширеніе шейнаго канала до 12-го номера расширителя. Такое расширеніе нерѣдко приходится повторять, и не одинъ разъ, въ особенности при тапировидной формѣ.

Всякое лечение массажемъ, кольцами или пессаріями при перегибахъ матки не имѣетъ никакого смысла.

Очень важно, приступая къ лечению смѣщенія матки, прежде всего исключить или устранить всякія воспалительныя явленія. Это даже гораздо важнѣе въ этихъ случаяхъ, чѣмъ исправленіе самаго смѣщенія.

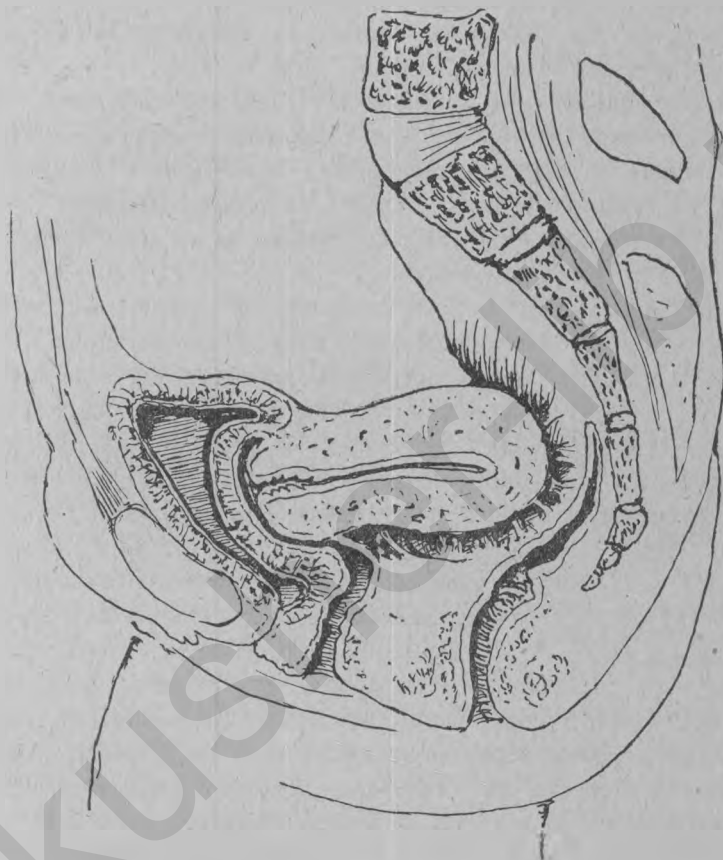


Рис. 61. Фиксированная ретроверсія матки. Шейка матки вдавлиываетъ стѣнку пузыря по направленію къ симфизу.

Механическое лечение, вправление, массажъ, пессаріи, допустимо только тогда, когда отъ инфекции и воспаления ничего, кромѣ рубцовъ, не осталось. Рубцы эти иногда удается растянуть, и тогда получается значительное облегченіе.

Большое облегченіе также даетъ слѣдующее гимнастическое упражненіе. Утромъ и вечеромъ больная становится въ колѣнно-локтевое, или, вѣрнѣе, даже въ genu-pectoral'ное положеніе и пальцами раздвигаетъ половыя губы, чтобы во влагалище проникъ воздухъ. Минуты черезъ 2—3 больную переключаютъ на бокъ и рекомен-

дуютъ ей полежать. Нѣсколько поднявшаяся вверхъ во время колѣнно-локтевого положенія матка теперъ удерживается на мѣстѣ находящимся во влагалищѣ воздухомъ, который дѣйствуетъ здѣсь, какъ тампонъ.

О леченіи пессаріями было уже достаточно говорено въ другой главѣ. Здѣсь я только напомнимъ еще разъ, что перегибовъ они исправить не могутъ, а при запрокидываніяхъ исправляютъ смѣщеніе и улучшаютъ симптомы только въ той степени, въ какой ими устраняется опущеніе матки.

Дѣйствительнымъ и прочнымъ леченіемъ смѣщенной матки можетъ быть только хирургическое. Мы уже говорили, что перегибы, *flexiones*, иначе и лечить совершенно невозможно. Запрокидыванія, *versiones*, въ сущности то же, кромѣ операціи, вылечить чѣмъ-либо едва ли возможно, на долгое время по крайней мѣрѣ.

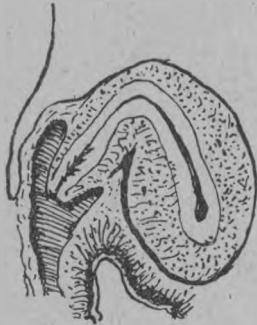


Рис. 62. Врожденная анте-флексія недоразвитой матки съ тапировидной шейкой.

При совершенно подвижной и легко вправляющейся *retroflexio-versio* матки наиболѣе умѣстнымъ пособіемъ является экстраперитонеальное укороченіе круглыхъ связокъ въ паховомъ каналѣ (операція *Alexander's*). Операція эта даетъ прекрасный результатъ, но можетъ повести къ тяжелымъ и опаснымъ осложненіямъ, если при назначеніи ея не удастся обнаружить остатки еще не вполне заглохшаго процесса въ придаткахъ, и онъ вновь вспыхнетъ послѣ нея.

Пришиваніе матки къ брюшной стѣнкѣ, *ventrofixatio uteri*, дѣлается помощью брюшного чревосѣченія и совершенно исключаетъ сомнѣнія въ діагностикѣ; но послѣ него матка теряетъ значительную часть своей подвижности, и это можетъ повести къ тяжелымъ осложненіямъ въ случаѣ родовъ.

То же самое, но еще въ большей степени, относится къ влагалищнымъ операціямъ, исправляющимъ положеніе матки. Послѣ нихъ всегда остаются рубцы, которые могутъ послужить причиной серьезныхъ осложненій въ случаѣ родовъ. Особенно нежелателенъ рубецъ въ переднемъ сводѣ. Это относится и къ пришиванію матки, *vagino-fixatio*, и къ влагалищному укороченію связокъ. Послѣ всего этого бывали случаи, потребовавшіе серьезныхъ и опасныхъ операцій во время родовъ для спасенія жизни матери, или плода, или ихъ обоихъ.

Постоянное раздраженіе тканей при хроническомъ ихъ воспаленіи можетъ вызывать усиленное ихъ разрощеніе, вслѣдствіе гиперплазии. Такимъ образомъ объемъ мышечной ткани матки, а слѣдовательно, и весь органъ, можетъ быть увеличенъ. Увеличеніе это можетъ ограничиться отдѣльною частью маточной ткани, и тогда уве-

личивается только эта часть: появляется, напр., гипертрофія шейной части матки—*hypertrophia colli uteri*.

Беременность и роды оказываютъ значительное вліяніе на развитіе такихъ измѣненій. Свойственное этому процессу увеличеніе объема матки, гиперплазія ея тканей и образованіе новыхъ сосудовъ являются здѣсь дѣятельными факторами.

Если преобладающей причиной увеличенія объема является гиперплазія мышечной ткани, то говорятъ о недостаточной инволюціи послѣ родовъ. Мы уже говорили выше, что безъ вліянія инфекціи здѣсь дѣло едва ли можетъ обойтись.

Въ случаѣ преобладанія развитія соединительной ткани и увеличенія объема, вслѣдствіе ея гиперплазіи, мы будемъ имѣть дѣло съ фиброзной маткой, а въ болѣе раннемъ стадіи хроническаго метрита, когда мышечная ткань инфильтрирована круглыми злементами и прорастаетъ молодой соединительной тканью, увеличеніе будетъ воспалительное—гипертрофическій или первый стадій этой болѣзни. Инфильтратъ организуется и переходитъ въ соединительную ткань, постепенно превращающуюся въ рубцовую. Это ведетъ къ уменьшенію матки.

Когда это уменьшеніе объема связано съ послѣродовымъ состояніемъ и усиленнымъ сокращеніемъ матки, то это будетъ излишняя инволюція—*superinvolutio uteri* съ сопровождающими ее атрофическими измѣненіями во всѣхъ тканяхъ матки.

Если уменьшеніе объема матки, вслѣдствіе развитія соединительнотканной, рубцовой ткани, происходитъ послѣ ея воспалительнаго увеличенія, не зависящаго отъ беременности, то это будетъ вторая или атрофическая стадія хроническаго метрита.

Когда гиперплазія ограничивается шейной частью матки, то она удлиняется и можетъ даже заполнить всю длину влагалища. Влагалищная часть и ея рыльце будетъ помѣщаться совсѣмъ низко, у входа во влагалище, въ рѣдкихъ случаяхъ она даже выходитъ наружу и видна въ половой щели. Своды влагалища при этомъ остаются на своемъ мѣстѣ.

Различаютъ три вида гипертрофіи шейки матки: 1) гипертрофія одной влагалищной части, когда удлиненная шейка со всѣхъ сторонъ окружена слизистой оболочкой и вдается во влагалище; 2) когда гипертрофируется средняя часть шейки, тотчасъ выше влагалищной части, она будетъ сзади покрыта слизистой оболочкой, потому что задній сводъ глубже передняго, а спереди будетъ прилегать къ мочевому пузырю, отъ котораго она отдѣлена только клѣтчаткой; 3) когда гипертрофируется верхняя часть шейки, около внутренняго отверстія, здѣсь удлиненная часть шейки будетъ покрыта сзади и даже спереди брюшиной Дугласовыхъ ямокъ и помѣщается интраперитонеально.



Это стройное учение о раздѣленіи гипертрофіи шейки матки на три группы прекрасно видно на схемѣ проф. Schroeder'a (см. рис. 61).

Однако дѣленіе это болѣе пригодно для преподаванія, чѣмъ для объясненія клиническихъ явленій. Въ дѣйствительности дѣло приходится имѣть главнымъ образомъ съ гипертрофіей влагалищной части (1), много чаще, чѣмъ со всѣми остальными (2) и (3), съ которыми обыкновенно приходится знакомиться теоретически.

Гипертрофіи можетъ подвергнуться вся влагалищная часть или по преимуществу одна ея половина, преимущественно задняя.

При гипертрофіи шейки матки выше влагалищной части отношенія брюшины и слизистой оболочки будутъ такія, какъ изображено на рисункѣ 65.

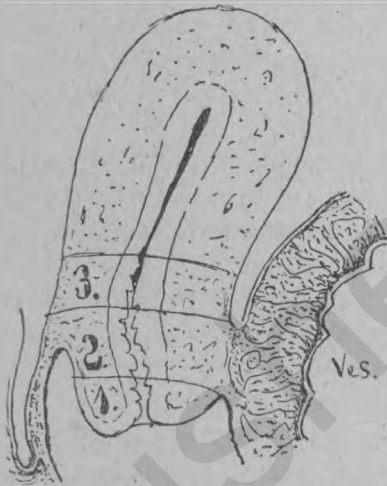


Рис. 63. Схема дѣленія шейки матки на три части: 1) влагалищная часть, 2) часть экстраперитонеальная и 3) часть интраперитонеальная. (Составлено по Schroeder'у).

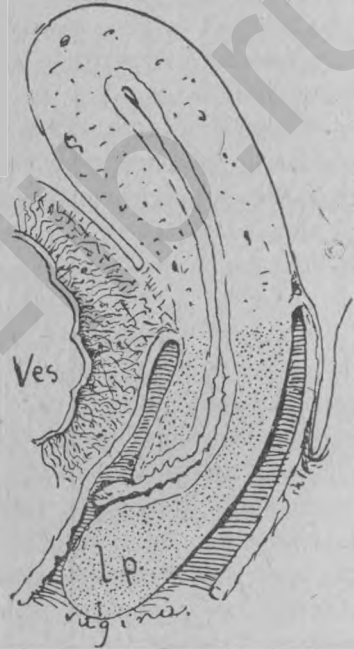


Рис. 64. Значительное удлиненіе влагалищной части, по преимуществу насчетъ задней ея половины *b. p.*—задняя губа (1908, 22/ш).

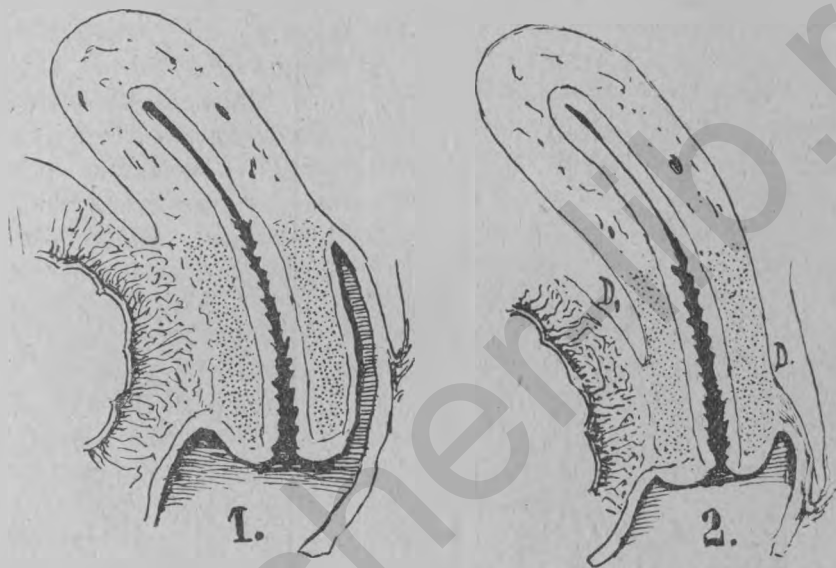
При увеличеніи всей матки отъ недостаточной ея инволюціи послѣ родовъ или отъ хроническаго воспаленія леченіе одно и то же: назначаютъ средства, сокращающія матку (препараты эрготина, иногда мамминъ) и въ особенности горячія спринцованія.

При частичной гипертрофіи, главнымъ образомъ обыкновенно шейки матки, леченіе будетъ хирургическое. Дѣлается ампутація, излишекъ отрѣзается, а влагалищная часть возстановливается пластической операцией и наложеніемъ швовъ.

Послѣдствіемъ хроническаго воспаленія слизистой оболочки шейнаго канала, нерѣдко поддерживаемаго надрывами шейки во время

родовъ, является разрощеніе эпителія этой слизистой оболочки и онъ изъ шейнаго канала черезъ наружное отверстіе матки распространяется по поверхности влагалищной части, гдѣ даетъ красноватя пятна около этого отверстія. Пятна эти выстланы цилиндрическимъ эпителиемъ, замѣнившимъ плоскій, покрывавшій влагалищную часть. Они извѣстны подь названіемъ эрозій.

Кромѣ того самая слизистая оболочка шейнаго канала и ея железы тоже подвергаются гиперплазіи. Увеличеніе железъ ведетъ къ



**Рис. 65.** Гипертрофія шейки матки, выше влагалищной части. 1) Гипертрофированная часть брюшинной не покрыта; 2) гипертрофированная часть шейки спереди и сзади покрыта брюшиной; D, D.—Дугласовы ямки, передняя и задняя.

обильному выдѣленію густой слизи—слизистыя бѣли, а такую локализацию воспалительныхъ явленій въ шейномъ каналѣ обозначаютъ названіемъ эндоцервицита (endocervicitis).

Нерѣдко рубцовая ткань, развивающаяся около железъ, сдвигиваетъ часть ихъ просвѣта. Тогда въ нихъ задерживается отдѣленіе и часть железы, находящаяся выше сдвигиванія, растягивается, образуются ретенціонныя кисты. Онѣ бываютъ величиною съ горошину, рѣдко больше, и наполнены густою слизью, совершенно такою же, какъ слизь, выдѣляемая шейнымъ каналомъ. Такія кисты называются *ovula Nabothi*. Онѣ обыкновенно бываютъ замѣтны на поверхности влагалищной части, слизистую оболочкою которой онѣ прикрыты и которую немного выпячиваютъ. Прикосновеніе къ такому выпячиванію нерѣдко вызываетъ ощущеніе покалыванія или укола.

Когда находятъ такія ovula Nabothi, то ихъ обыкновенно прокалываютъ скальпелемъ, слизь изъ нихъ тотчасъ вытекаетъ, а кровотеченіе скоро останавливается само, или послѣ горячаго спринцованія съ древеснымъ уксусомъ.

Хроническое воспаленіе шейнаго канала можетъ повести къ образованію слизистыхъ полиповъ, которые сидятъ на тонкой ножкѣ и спускаются въ полость влагалища, гдѣ торчатъ изъ наружнаго отверстия матки. Полипы эти иногда просвѣчиваютъ; они наполнены слизью и покрыты слизистой оболочкой.

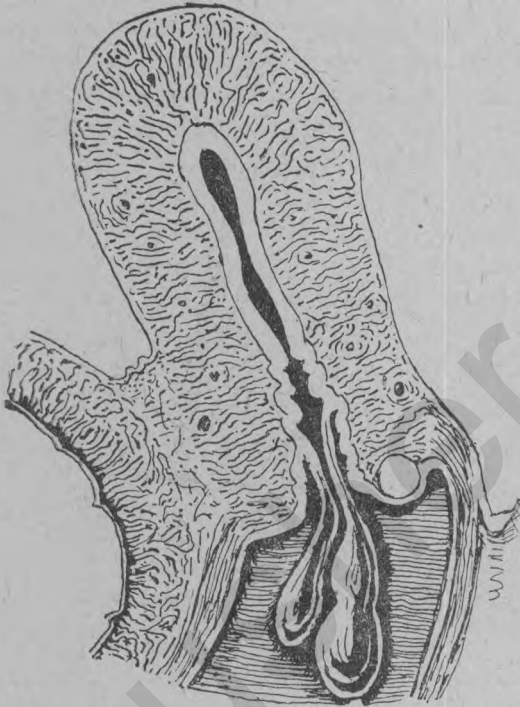


Рис. 66. Въ шейномъ каналѣ матки видны два слизистыхъ полипа. Въ толщѣ задней ея губы имѣется маленькая киста—ovulum Nabothi.

Интересно, что слизистые полипы на длинной ножкѣ развиваются только изъ шейнаго канала. Они никогда не развиваются изъ дна и полости матки. Слизистая оболочка полости матки можетъ давать полипозный эндометритъ, но тамъ процессъ ограничивается

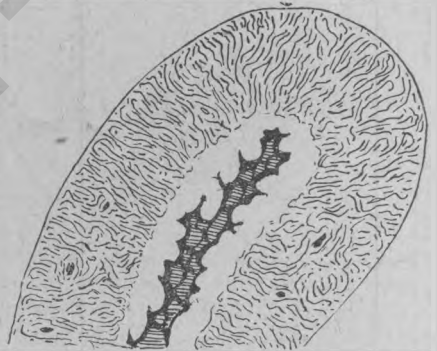


Рис. 67. Endometritis polyposa. Слизистая оболочка матки утолщена и на ней видны полипозные выступы.

простымъ утолщеніемъ слизистой оболочки съ отдѣльными выступами на сравнительно широкомъ основаніи.

Не слѣдуетъ смѣшивать полипы слизистые, состоящіе изъ слизистой оболочки и железъ, съ полипами фиброзными, которые тоже могутъ сидѣть на длинной ножкѣ. Такіе полипы могутъ вырастать въ любомъ мѣстѣ въ полости матки и ея шейки. Они относятся къ новообразованіямъ и образуются изъ подслизистыхъ фибромъ, которыя будутъ рассмотрѣны ниже въ своемъ мѣстѣ.

Слизистые полипы удаляются корнцангомъ, которымъ ихъ надо

захватить и, фиксировавши, открутить. Если это не удастся, то дѣлаютъ выскабливаніе острой кюреткой. Полипы фиброзные отстригаются ножницами. Кровотеченія послѣ этихъ пособій не бываетъ, потому что матка сокращается и сдавливаетъ поврежденные сосуды.

## ГЛАВА XIX.

### **Опухоли и новообразованія тазовыхъ органовъ женщины, хирургическое заболѣваніе живота, фибромы.**

Опухоли, исходящія изъ тазовыхъ органовъ женщины, имѣютъ большое практическое значеніе. Тѣ изъ нихъ, которыя связаны съ отправленіями различныхъ органовъ, какъ простое переполненіе кишки ея содержимымъ, или увеличеніе матки, вслѣдствіе беременности, должны быть исключены при постановкѣ діагноза, а это не всегда такъ просто, какъ кажется. Тѣ увеличенія объема, которыя зависятъ отъ патологическихъ скопленій, какъ растяженіе трубы или матки кровью, гноемъ или иными жидкостями, должны быть своевременно опорожнены, а всякія новообразованія, особливо злокачественныя, своевременно прооперированы. Все это вопросы жизненные. Они налагаютъ на врача большую отвѣтственность за своевременно поставленную діагностику и за не менѣе своевременный и цѣлесообразный выборъ метода леченія.

Между тѣмъ точная діагностика и истинная природа многихъ изъ этихъ заболѣваній, какъ и всякихъ опухолей въ брюшной полости, выясняется только во время операціи, когда будетъ вскрыта брюшная полость. Поэтому врачу каждый разъ необходимо имѣть вполне определенное и ясное представленіе о томъ, какъ ему надо поступить, и что можно посоветовать въ данномъ отдѣльномъ случаѣ.

Здѣсь намъ придется остановиться на болѣе точномъ определеніи двухъ понятій, о которыхъ намъ уже приходилось упоминать въ предыдущихъ главахъ. Это то, что англичане называютъ „хирургическій животъ“ (surgical abdomen) и „острый животъ“ (acute abdomen). Въ обоихъ случаяхъ это будетъ хирургическое заболѣваніе живота, требующее оперативной помощи, въ послѣднемъ случаѣ даже немедленной и неотложной для спасенія жизни.

Когда имѣются признаки внутренняго ущемленія кишекъ или продолжающагося внутренняго кровотеченія, діагнозъ напрашивается самъ собою. Признаки внезапнаго остраго воспаленія брюшины вслѣдствіе перфоративнаго процесса сопровождаются такою болью и такимъ рѣзкимъ удрученіемъ организма, что и не врачу видно, что дѣло очень серьезное и надо что-нибудь дѣлать сейчасъ же.

Наиболѣ постоянныхъ и надежныхъ признаковъ такого остраго заболѣванія очень немного: рѣзкая боль, появившаяся внезапно и не прекращающаяся, внезапное паденіе пульса и температуры, а объективно мышечное сопротивление брюшной стѣнки, которая дѣлается совершенно твердой, какъ дерево— вотъ главные изъ нихъ. Повторные обмороки, иногда рвота, уменьшенное количество мочи и потливость только подтверждаютъ діагностику. Сильное повышение лейкоцитоза указываетъ на поступленіе инфекціи, хотя бы температура еще не давала на это указаній. Увеличеніе это происходитъ иногда очень быстро и значительная разница можетъ быть обнаружена уже черезъ два часа при повторномъ изслѣдованіи.

Когда все локализуется въ тазу, это можетъ быть перфорированный аппендицитъ, или сальпингитъ, или внѣматочная беременность, или перекрутившаяся опухоль придатковъ. Все это случаи, требующіе немедленной и неотложной операціи.

Тотъ, кто этимъ занимается, видитъ сразу, въ чемъ дѣло. Однако и у него полная увѣренность въ неизбежности довольно рискованнаго пособія всегда омрачается сомнѣніями, которыя проясняются только послѣ операціи.

Это побуждаетъ къ совѣщаніямъ и консиліумамъ, вопросъ самъ по себѣ простой передается какъ бы въ комиссію и тотчасъ начинается осложняться. Люди, къ хирургіи непривычные и по природѣ нерѣшительные, если они къ тому же уже пользуются значительнымъ терапевтическимъ авторитетомъ, охотно начинаютъ отговаривать и самихъ себя, и другихъ отъ признанія необходимости неотложныхъ энергическихъ мѣръ, начинаютъ припоминать сходные случаи, гдѣ все обошлось благополучно при чисто выжидательномъ отношеніи. Случаи, окончившіеся смертью, при этомъ обыкновенно вспоминаются меньше и для объясненія ихъ довольствуются любымъ толкованіемъ, кромѣ самаго выжиданія, конечно. Такимъ образомъ дѣло переходитъ въ затяжку, и драгоценное время теряется.

Проф. Murphy называетъ выжидательный методъ въ этихъ случаяхъ „*methodus expectans mortem*“, потому что при остромъ заболѣваніи отъ него и ожидать больше нечего. Оперировать надо тотчасъ.

Если бы оказалась ошибка въ діагнозѣ и во время операціи оказалось совсѣмъ не то, что ожидали, то это еще небольшая бѣда (ничего вовсе не оказаться все-таки не можетъ) и можно 1) чѣмъ-нибудь помочь и 2) для больной опасность отъ операціи все-таки много меньше, чѣмъ отъ воздержанія отъ нея. Отъ простого разрѣза, который оказался бы ненужнымъ, она не умретъ, а если его не сдѣлаютъ, когда онъ необходимъ, умретъ навѣрное.

Безпокойство и тревожныя сомнѣнія въ такихъ случаяхъ неизбежны. Они бываютъ у всякаго хирурга, который вдумчиво относится къ своему дѣлу. Проявлять свою внутреннюю тревогу хирургу не полагается, и когда онъ ее внѣшнимъ образомъ ничѣмъ не обнаруживаетъ, это ставятъ ему въ заслугу. Неувѣренность въ сужденіяхъ, нерѣшительность въ дѣйствіяхъ, повторное и безконечное толкованіе и оцѣнка значенія подробностей того, что ясно уже само по себѣ, только удручаетъ и больного, и его окружающихъ. Эта самая неумѣстная форма для выраженія вполне законныхъ внутреннихъ сомнѣній и опасеній хирурга.

Промедленіе въ этихъ случаяхъ совершенно непростительно, хотя оно довольно скоро и выясняетъ всякія сомнѣнія. Роковыя его послѣдствія навсегда остаются нагляднымъ для хирурга укоромъ и расплатою за неумѣлое и нецѣлесообразное использование его знаній, опытности и искусства.

Особенно опаснымъ въ этихъ случаяхъ бываетъ назначеніе наркотическихъ—опія или морфія. Инъекція морфія сразу улучшаетъ самочувствіе больного и успокаиваетъ окружающихъ, которые не понимаютъ истиннаго значенія этого улучшенія. Всего хуже, если и врачъ относится къ этому дѣлу такъ же, какъ родственники, и довольствуется такимъ дешевымъ облегченіемъ страданій. Это прямой путь къ „прокрастинаціи“, т. е. къ непростительному и опасному для больного промедленію съ неотложной для него помощью.

На каждой коробкѣ съ шприцемъ для подкожныхъ инъекцій очень умѣстно было бы видѣть надпись: „никогда не примѣняется при остромъ заболѣваніи прежде, чѣмъ поставлена точная діагностика“. Этотъ остроумный совѣтъ проф. Мигрфу наглядно показываетъ, какое значеніе можно придавать впрыскиванію морфія въ этихъ случаяхъ. А за какую точную діагностику можемъ мы поручиться прежде, чѣмъ сдѣлана операція!

Случаи болѣе хроническіе, когда непосредственной жизненной опасности и неотложности нѣтъ, а имѣется заболѣваніе несомнѣнно хирургическое, которое лечитъ терапевтически нѣтъ смысла и надобности, составляютъ группу хирургическаго заболѣванія живота, и если врачъ самъ не обладаетъ достаточной компетенціей для оказанія соотвѣтствующаго пособия, то онъ долженъ направлять такую больную въ большіе центры, или вообще къ тому хирургу, которому онъ довѣряетъ.

Здѣсь практически важно не посылать такихъ больныхъ, которыя уже не могутъ доѣхать, или которыхъ оперировать уже поздно и когда больная и ея окружающіе могутъ только убѣдиться въ бессилии нашей науки и несостоятельности нашего искусства.

При рѣшеніи всѣхъ этихъ вопросовъ болѣе всего приходится имѣть дѣло съ новообразованіями, злокачественными и доброкачественными, а изъ послѣднихъ съ фибромами.

Этіологія фибромъ или фиброміомъ остается неизвѣстной. Извѣстно только, что онѣ обнаруживаются въ періодѣ половой зрѣлости, чаще встрѣчаются у негритянской расы, чѣмъ у бѣлой, рѣдко наблюдаются у нѣсколькихъ поколѣній кряду, но часто у сестеръ одного и того же семейства. На вліяніе наследственности такимъ образомъ указаній очень мало и объяснить ею возникновеніе фибромъ нельзя.

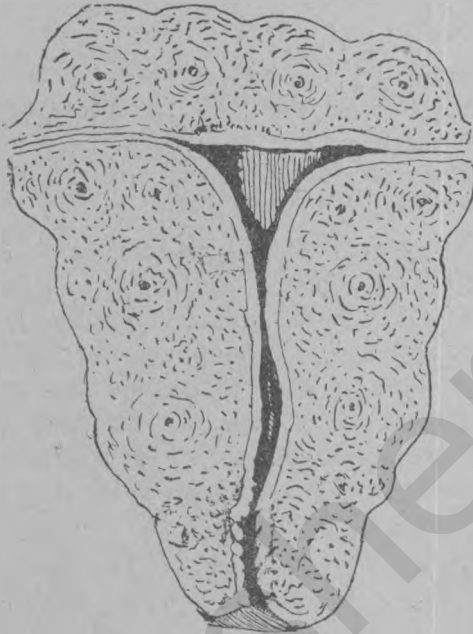


Рис. 68. Фиброзное перерожденіе матки съ разлитыми узлами, развившимися вокругъ кровеносныхъ сосудовъ, нерѣдко микроскопическихъ.

По строенію своему фибромы состоятъ изъ волокнистой соединительной ткани, въ которой иногда встрѣчаются мышечныя волокна и железистые элементы, напоминающіе железы слизистой оболочки матки. Эти железистыя образованія могутъ быть остатками эмбриональной жизни, почему-либо отшнуровавшимися. Иногда изъ нихъ развиваются довольно крупныя кисты—cystofиброма, но обыкновенно это бываютъ микроскопическіе участки железистой ткани. Они интересны тѣмъ, что около нихъ концентрически располагаются соединительнотканнныя элементы, изъ которыхъ образуются узлы новообразованія.

Концентрическое расположеніе фиброзной ткани вокругъ кровеносныхъ сосудовъ есть фактъ давно извѣстный и встрѣчается нерѣдко при такъ называемой фиброзной маткѣ, когда въ маточной ткани прощупываются болѣе плотныя узлы, а на разрѣзѣ все сливается и никакой границы, напоминающей узлы фибромы, найти невозможно.

Такое концентрическое расположеніе клѣточныхъ элементовъ вокругъ кровеносныхъ сосудовъ нерѣдко встрѣчается и въ саркомахъ матки, когда на свѣжихъ препаратахъ можно видѣть особую зернистость ядеръ, зависящую отъ каріокинеза.

Въ случаѣ фибромы въ отдѣльныхъ узлахъ новообразованія подъ микроскопомъ можно видѣть такое же концентрическое вокругъ сосудовъ расположеніе соединительнотканннхъ элементовъ.

Такое же концентрическое расположеніе клѣтокъ при фибромахъ бываетъ и вокругъ уже упомянутыхъ остатковъ железистыхъ элементовъ. Это позволяетъ предположить, что они, быть можетъ, служатъ возбудителями для усиленнаго разростанія соединительной ткани, изъ которой образуется новообразование. Такое предположеніе было высказано Cullen'омъ, но оно еще требуетъ провѣрки и дальнѣйшаго изученія этого вопроса.

Отдѣльные узлы фибромъ помѣщаются въ толщѣ мышечной ткани матки, имѣютъ болѣе или менѣе округлую форму и окружены рыхлой клѣтчаткой, такъ называемой капсулой, въ которой проходятъ сосуды, кровеносные и лимфатическіе. Рыхлая клѣтчатка этой капсулы позволяетъ выдѣлять отдѣльные фиброзные узлы тупымъ путемъ. Для этого достаточно надрѣзать мышечную ткань матки надъ опухолью вплоть до ея капсулы, и тогда весь узелъ легко выковыривается совершенно такъ же, какъ апельсинъ отдѣляется отъ своей корки.

Во время регулъ клѣтчатка этой капсулы гиперемиируется и отекаетъ, а узлы новообразованія набухаютъ и увеличиваются. Во время беременности фиброзные узлы, какъ и всякое новообразование, начинаютъ расти гораздо быстрѣе и значительно увеличиваются.

Беременность при фибромахъ нерѣдко заканчивается выкидышемъ или преждевременными родами. Въ такихъ случаяхъ узлы опухоли, по опороженіи матки, претерпѣваютъ различныя измѣненія. Усиленныя сокращенія матки во время схватокъ разминаютъ и раздавливаютъ капсулу отдѣльныхъ узловъ, сосуды въ ней надрываются и происходятъ кровезліянія въ ея клѣтчатку. Большихъ гематомъ при этомъ образоваться не можетъ, и получаютъ только кровеподтеки. Сокращенія матки и послѣдующая ея инволюція нарушаютъ кровообращеніе въ капсулѣ, и питаніе новообразованія нарушается. Фиброзные узлы подвергаются размягченію и частичному рассыванію. Но полнаго исчезновенія опухоли все-таки не происходитъ и она уменьшается меньше, чѣмъ выросла за время беременности.

То же самое нарушеніе кровообращенія въ капсулѣ, какъ послѣдствіе беременности, ведетъ къ такъ называемому бурому асептическому омертвѣнію фибромъ. Ткань новообразованія при этомъ пропитывается красящимъ веществомъ крови и дѣлается желтовато-

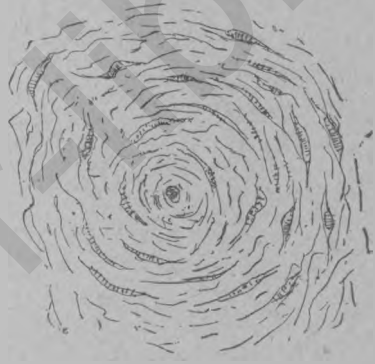


Рис. 69. Микроскопическій препаратъ веретенообразноклѣточной фибросаркомы. Свѣжій разрѣзь, разсматриваемый въ глицеринѣ.



бурой, на видъ безжизненной. Въ это время она представляетъ очень восприимчивую почву для инфекціи, и если это случится, то распадъ опухоли можетъ выдѣляться очень зловонными клочьями, напр. изъ полости матки, когда такая опухоль помѣщается подъ ея слизистой оболочкой.

Когда не произойдетъ инфекціи, фибромы, подвергшіяся такому омертвѣнію, тоже уменьшаются въ объемѣ, но довольно долго, раздражая маточную ткань, какъ инородныя тѣла, вызываютъ въ ней очень болѣзненные сокращенія.

Впослѣдствіи въ такихъ фиброзныхъ узлахъ, въ особенности по поверхности около капсулы, отлагаются известковыя соли и получается окаменѣніе. Если мацерировать такую опухоль, то получается ея скелетъ: скорлупа и внутри перегородки, а когда солей очень много, то получается нѣчто вродѣ камня. При археологическихъ раскопкахъ въ гробахъ были находимы огромные камни, которые считали за мочевые, и удивлялись ихъ величинѣ. В. Sutton думаетъ, что это были остатки такихъ окаменѣлыхъ фибромъ.

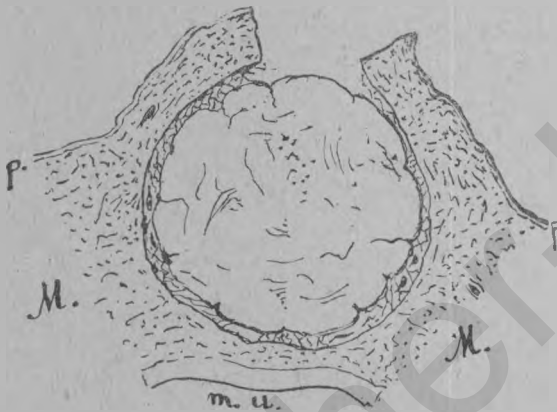


Рис. 70. Схема фибрознаго узла и его капсулы; *p.*—peritoneum; *m. u.*—mucosa uteri; *m.*—muscularis.

Отложеніе известковыхъ солей здѣсь происходитъ совершенно такъ же, какъ это всегда бываетъ, когда есть лишенная питанія, асептическія ткани. Такъ бываетъ при окаменѣніи плода послѣ внѣматочной беременности, такъ бываетъ въ брюшной полости послѣ заглохшаго и излечившагося туберкулезнаго перитонита, когда образуются мелкія обызвествившіяся отложенія между кишечными петлями на мѣстѣ бывшихъ туберкулезныхъ отложеній.

Окаменѣвшія фибромы перестаютъ расти и болѣе не увеличиваются.

Фибромы матки всегда развиваются въ толщѣ ея мышечной ткани и первоначально всѣ онѣ бываютъ интерстиціальныя. По мѣрѣ того, какъ отдѣльный узелъ новообразованія растетъ и увеличивается, онъ можетъ приблизиться къ серозному покрову поверхности матки или къ слизистой оболочкѣ ея полости. Отсюда дѣленіе фибромъ на три группы: интерстиціальныя—въ толщѣ маточной стѣнки, подсерозныя и подслизистыя.

Всѣ виды фибромы измѣняютъ форму матки. При этомъ фибромы подсерозныя болѣе всего измѣняютъ фигуру всего органа и внѣшнія его очертанія. Матка дѣлается бугристой и на ней образуются отдѣльныя опухоли, иногда сидящія на довольно тонкой ножкѣ. Эти опухоли могутъ даже перекручиваться.

Фибромы интерстиціальныя измѣняютъ не только наружную форму матки, выдаваясь на ея поверхности, но и форму полости матки, которую онѣ растягиваютъ и сплющиваютъ. Полость дѣлается синузозною и сильно кровоточитъ. Когда онѣ

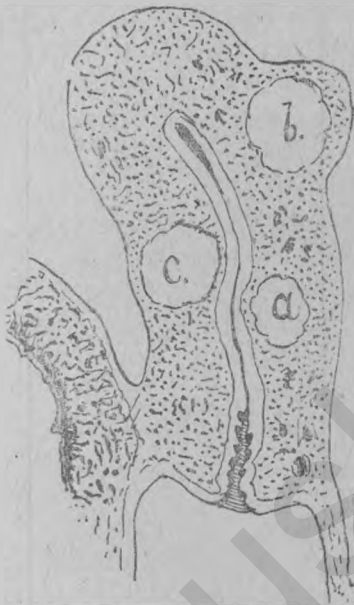


Рис. 71. Виды фибромъ матки: *a*—интерстиціальная, *b*—подсерозная и *c*—подслизистая.



Рис. 72. Подсерозная (*sub ser.*) и интерстиціальная (*inter*) фибромы.

достигаютъ крупныхъ размѣровъ, онѣ сдавливаютъ сосѣдніе органы: прямую кишку и пузырь.

Подслизистыя фибромы вдаются въ полость матки и выпячиваютъ ея слизистую оболочку. Онѣ могутъ превращаться въ настоящіе фиброзные полипы, которые выдавливаются маткой, и могутъ даже отдѣлиться совершенно; тогда происходятъ роды полипа. Ножка его обрывается, а сокращеніе матки сдавливаетъ сосуды, проходящіе въ ножкѣ, и кровотеченіе останавливается.

Фиброма есть по преимуществу болѣзнь возраста половой зрѣлости. До наступленія ея она не наблюдается. Присутствіе фибромы

обнаруживается обыкновенно около 27—30-лѣтняго возраста. Опухоль растетъ въ теченіе всей жизни. Съ наступленіемъ климактерическаго періода ростъ опухоли нерѣдко прекращается и всѣ симптомы, зависящіе отъ нея, могутъ исчезнуть. Иногда, напротивъ, около этого времени опухоль начинаетъ расти быстрѣе, и въ ней появляются разныя перерожденія, большею частью злокачественныя.

Симптомы, вызываемые фибромою, обыкновенно бываютъ связаны съ функціей регуль. Они проявляются въ усиленіи этой функціи. Регулы становятся обильнѣе, и промежутки между ними уменьшаются.



Рис. 73. Большая интерстиціальная фиброма передней стѣнки матки, сдавившая rectum и пузырь. (Kelly).

Набуханіе матки и находящихъ въ ней узловъ новообразованія обуславливаетъ давленіе на сосѣдніе органы, пузырь, кишку, появляются непорядки съ мочей или съ дефекаціей. Въ то же время отдѣльные узлы могутъ механически смѣстить матку и даже перегнуть ее, измѣняя ея форму. Получаются флексіи и версіи со всѣми ихъ механическими послѣдствіями: давленіе на сосѣдніе органы, дисменоррея. Боли при фибромахъ зависятъ также отъ измѣненія формы маточной полости, отъ сдавленія ея и отъ ея синуозности.

Все это, кромѣ того, очень благоприятствуетъ инфекціи, а тогда боли тотчасъ усиливаются. Онѣ могутъ сдѣлаться столь сильными, что потребуются морфій. Когда это повторяется каждый мѣсяцъ и продолжается годами, больныя легко дѣлаются морфинистками.

Присутствіе фибромы нерѣдко вызываетъ усиленіе полового возбужденія и похоть.

Беременность рѣдко наступаетъ при фибромахъ, и безплодіе есть одинъ изъ признаковъ этого заболѣванія. Но беременность не только возможна, но возможны и повторные роды, обходящіеся благополучно. Я знаю семейства въ 5—6 человѣкъ дѣтей. Въ этихъ случаяхъ опухоли могутъ быть довольно крупныя, потому что съ каждой беременностью онѣ увеличиваются.

Однако беременность при фибромахъ всегда является серьезнымъ осложненіемъ: она угрожаетъ разными новыми осложнениями. Присутствіе опухоли само по себѣ рѣдко является препятствіемъ при родахъ: обыкновенно фибромы, вслѣдствіе разрыхленія маточной ткани, дѣлаются столь подвижными, что легко перемѣщаются вверхъ, въ брюшную полость и не могутъ служить препятствіемъ для прохожденія предлежащей части, потому что помѣщаются выше нея. Опухоли шейной части матки, которыя приподняться вверхъ не могутъ, являются серьезнымъ препятствіемъ для родовъ. Когда можно, дѣлается ихъ вылушеніе черезъ влагалище, и, закончивши роды, поступаютъ соотвѣтственно съ показаніями, или дѣлается прямо кесарское сѣченіе съ послѣдующимъ удаленіемъ матки *per laparotomiam*.

Инфекція послѣ родовъ и въ особенности послѣ выкидыша при фибромахъ встрѣчаетъ очень благоприятныя условія и ведетъ къ тяжелымъ и опаснымъ осложнениямъ.



Рис. 74. Подслизистая фиброма, превратившаяся въ полипъ—*S. m.* Въ днѣ матки интерстиціальная фиброма—*int.*

Искусственное прекращение беременности по случаю фибромы я считаю совершенно противопоказанным: оно много опаснее удаления матки вместе с опухолью настоящей операцией—чревосечением.

Кроме кровотечений в форме мено- и метроррагии, фибромы сопровождаются бѣлами, появляющимися в промежутках между регулами, а также непосредственно передь ними и послѣ нихъ.

Бѣли эти представляются жидкими, водянисто-серозными и, засыхая на бѣльѣ, оставляютъ пятна, какъ бы накрахмаленныя. Это



Рис. 75. Антефлексія матки, давящая на пузырь, какъ послѣдствіе фибромы у дна матки.

зависитъ отъ количества бѣлка, содержащагося вѣ этихъ выдѣленіяхъ. По составу своему онѣ представляютъ чистую лимфу, вѣ большемъ количествѣ выдѣляемую изъ расширенной полости матки. Жидкость эта представляетъ очень хорошую питательную среду для бактерий. Поэтому всякое введеніе инструментовъ вѣ полость матки, какъ для діагностики, зондированіе, такъ и для леченія (электризація, промыванія и т. п.), требуетъ особой осторожности. Лучше. если можно обойтись безъ этихъ приемовъ.

Для фибромъ подслизистыхъ и интерстиціальныхъ характерно кроветеченіе. Оно не зависитъ отъ величины опухоли, и небольшой полипъ можетъ вызывать огромную потерю крови, тогда какъ огромная опухоль, выполняющая весь животъ, можетъ дать только незначительное усиленіе регуль.

Подсерозныя фибромы могутъ не вызывать никакихъ симптомовъ и оставаться незамѣченными, пока онѣ малы. Болѣе крупныя опухоли производятъ сдавленіе сосѣднихъ органовъ, нарушающее ихъ отправленія, и вызываютъ боли отъ сдавленія нервовъ и другихъ механическихъ причинъ. Иногда онѣ перекручиваются, опухоль воспаляется и можетъ даже омертвѣть. Перекручиваніе, какъ и всегда, сопровождается перитонеальными явленіями и требуетъ немедленной, неотложной хирургической помощи.

И боли, и кроветеченія изъ полости матки при фибромахъ сразу увеличиваются послѣ инфекціи этой полости. Пока инфекціи нѣтъ, напр., у дѣвственницъ, очень растянутая и синуозная полость матки съ большими интерстиціальными и даже подслизистыми фибромами можетъ не давать кроветеченія.

Діагностика фибромы не представляетъ трудности, когда прощупываются отдѣльные твердые бугры въ маточной стѣнкѣ. Болѣе разлитыя формы и плохо прощупываемые узлы можно смѣшать съ опухолями придатковъ, и такая ошибка иногда обнаруживается только во время операціи.

Увеличеніе матки, свойственное этому заболѣванію, требуетъ особаго вниманія при исключеніи беременности.

При начавшемся выкидышѣ деревянистая консистенція матки можетъ ввести въ заблужденіе; но дѣло выясняется распросомъ и анамнезомъ. Діагностика затрудняется еще и тѣмъ, что при фибромахъ могутъ быть нѣкоторыя внѣшніе признаки беременности: пигментация сосковъ и бѣлой линіи, иногда нагрубаніе груди, но добавочной ареолы обыкновенно не бываетъ. Застойныя явленія въ тазу ведутъ къ отечности и разрыхленію и могутъ обуславливать фіолетовую окраску слизистой оболочки влагалища; но все это выражено менѣе интенсивно и не такъ ярко, какъ при беременности.

Отдѣльные фиброзные узлы въ стѣнкѣ влагалища, гдѣ это новообразование тоже встрѣчается, хотя и очень рѣдко, или въ ячникахъ и трубахъ, гдѣ оно тоже бываетъ, могутъ быть смѣшиваемы съ комками кала (scyballa) въ кишкѣ, когда кишечное содержимое проходитъ мимо этихъ комковъ и когда такое состояніе вещей продолжается долго, а опухоль при прощупываніи не измѣняется.

Леченіе фибромы можетъ быть только оперативное. Своевременно сдѣланная операція даетъ прочное выздоровленіе и устраняетъ возможность разныхъ осложненій.

Симптоматическое лечение допустимо только, какъ подготовительное къ надлежащему пособию—операции, или какъ неизбежная врачебная помощь для облегченія страданій, когда операция уже невозможна.

Небольшія подсерозныя фибромы, не дающія симптомовъ, не требуютъ никакого лечения, но больная должна показываться врачу раза два въ годъ на случай какихъ-нибудь измѣненій въ опухоли.

Есть мѣстности, гдѣ у четвертой части женщинъ имѣются фибромы, но большая ихъ часть даже не знаетъ объ ихъ существованіи и не лечится.

Показанія къ операции возникаютъ только тогда, когда опухоль даетъ болѣзненные симптомы. „Пока она Васъ не трогаетъ, не трогайте и Вы ее“, вотъ отвѣтъ, который можетъ удовлетворить и больную, и врача во многихъ случаяхъ при рѣшеніи вопроса объ операции.

Показаніями къ оперативному лечению фибромы будутъ: 1) кроветеченія, не поддающіяся симптоматическому лечению и обезкровливающимъ больную; 2) инфекция, для удаленія инфицированныхъ тканей и для устраненія условій ее поддерживающихъ; 3) боли, для устраненія причины ихъ вызывающей; 4) беременность, когда она вызываетъ осложненія, или когда очевидно, что они неизбежны; 5) бесплодіе, для удаленія опухоли, препятствующей ея возникновенію—случай очень рѣдкій.

Больше всего приходится руководствоваться показаніями надъ № 1 и 2.

Кроветеченіе является не только показаніемъ къ операции, но и противопоказаніемъ къ ней, когда больная уже такъ ослабѣла, что ничего предпринять нельзя, кромѣ развѣ поддерживанія сердечной дѣятельности, нарушенной продолжительнымъ обезкровливаніемъ.

Устраненіе инфекции при фибромахъ является серьезной заботой для врача, и своевременность пособія налагаетъ на него большую отвѣтственность. Поэтому всякое промедленіе здѣсь должно быть строго мотивировано и прочно обосновано. Условія для этого встрѣчаются очень рѣдко.

Хирургическое лечение фибромы сводится къ удаленію новообразованія, когда возможно, съ сохраненіемъ матки, но большею частью при одновременномъ удаленіи и ея цѣликомъ или большей ея части.

Консервативная операция состоитъ въ обнаженіи отдѣльныхъ фиброзныхъ узловъ разрѣзомъ черезъ влагалище или черезъ брюшную стѣнку, въ вылущеніи опухоли тупымъ путемъ изъ окружающей ея клѣтчатки (капсулы, см. рис. 70) и въ наложеніи швовъ.

Подслизистыя фибромы при этомъ могутъ быть удаляемы черезъ влагалище, а при полипозной формѣ—это все, что нужно сдѣлать.

Когда опухоли эти сидят на широкомъ основаніи и выдавливаются изъ полости матки ея сокращеніями, то капсула фибрознаго узла раздавливается и находящіеся въ ней сосуды повреждаются. Отсюда кроветеченіе и кровеизліяніе въ клѣтчатку капсулы. Если въ это время произойдетъ поврежденіе слизистой оболочки и клѣтчатка капсулы обнажится, то она легко инфицируется и опухоль можетъ подвергнуться распаду, иногда очень зловонному.

Удаленіе такой опухоли черезъ влагалище все-таки сопряжено съ большою опасностью, потому что работать приходится въ тѣснотѣ, въ тканяхъ, пропитанныхъ инфекціей, и если не удастся сразу удалить все инфицированное, то больная нерѣдко погибаетъ отъ инфекции и ея осложнений. То же самое бываетъ, когда опухоль очень велика и операція продолжается долго.

Если такіе случаи не оперируютъ, то они иногда выживаютъ сами, и опухоль выдѣляется, по мѣрѣ распаданія, по частямъ. Случаи полного выздоровленія при такихъ условіяхъ встрѣчаются очень рѣдко, но опасность здѣсь не больше, чѣмъ при влагалищной операціи, когда она бываетъ продолжительная или не заканчивается въ одинъ сеансъ.

При всякихъ фибромахъ, въ томъ числѣ и инфицированныхъ, удаленіе матки чрезосѣченіемъ представляется наиболѣе вѣрнымъ и безопаснымъ приѣмомъ, если клѣтчатка около матки еще не инфицирована и подвижность опухоли въ этой клѣтчаткѣ еще не нарушена.

Инфильтрированная клѣтчатка утолщается, и когда, пользуясь ею, начинаютъ выдѣлять опухоль матки тупымъ путемъ изъ основанія широкихъ связокъ, то попадаютъ въ ткань хрупкую, которая не растягивается и не сползаетъ съ опухоли, своей консистенціей она напоминаетъ сыръ и колется подъ пальцами. Работая въ такой ткани, не трудно повредить проходящіе въ ней органы, мочеточникъ, сосуды и даже пузырь или кишку, и это можетъ доставить много хлопотъ,

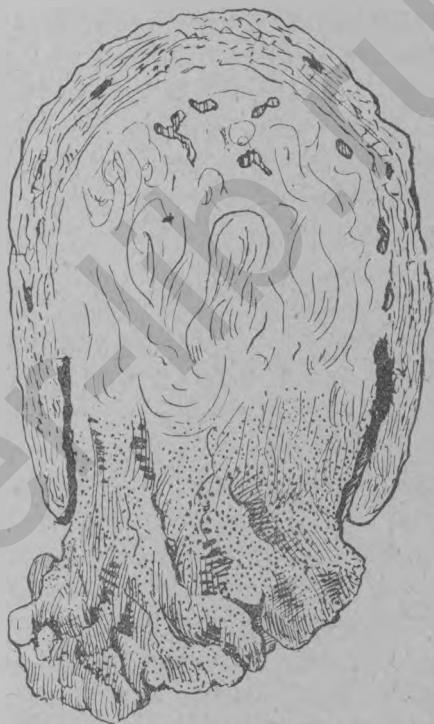


Рис. 76. Прорѣзывающаяся подслизистая фиброма съ распадомъ и инфекціей. Нижняя половина новообразованія подверглась омертвѣнію. Очень зловонное выдѣленіе.



Трудности эти не измѣняются при операциі черезъ влагалище, но тогда легче избѣжать инфекціи брюшной полости, а большое отверстіе въ клѣтчаткѣ, которое остается послѣ такой операциі, обеспечиваетъ хорошій дренажъ какъ самой клѣтчатки, такъ и Дугласовой ямки.

Эта счастливая особенность влагалищной операциі еще недавно значительно улучшала предсказаніе послѣ нея, пока мы еще не научились съ достаточною отчетливостью и увѣренностью предупреждать инфекцію брюшной полости во время операций на инфицированныхъ очагахъ помощью брюшного чревосѣченія.

Тѣмъ не менѣе установившаяся репутациа влагалищнаго метода породила даже методъ удаленія опухолей по частямъ—кускованіемъ, въ рукахъ Реан'а и его сверстниковъ, дававшій поразительные для того времени результаты.

Въ настоящее время довольно трудно находить показанія къ примѣненію этихъ методовъ. Упрощеніе и распространеніе брюшного чревосѣченія, давно сдѣлавшагося доступнымъ каждому хирургу, позволяетъ съ такою же безопасностью вылущать эти опухоли цѣликомъ черезъ разрѣзъ брюшной стѣнки.

Будущее очевидно принадлежитъ брюшной операциі, какъ настоящей хирургической, при которой все видно и все ясно. Научиться сознательно ее производить легче и цѣлесообразнѣе, чѣмъ ставить себѣ задачу выковыривать по частямъ всѣ эти опухоли въ такомъ тѣсномъ пространствѣ, гдѣ разглядѣть и разобрать довольно трудно, и все это при условіяхъ, когда ручаться за полное и отчетливое проведеніе асептики никто не можетъ.

Только при ожирѣлой брюшной стѣнкѣ, когда операциа сверху очень затрудняется, или когда около матки имѣются гнойныя скопленія и очаги, влагалищная операциа еще сохраняетъ всѣ свои преимущества, если помощью ея возможно быстро вылущить матку и тѣмъ сразу открыть хорошій стокъ и установить дѣйствительный дренажъ. Такіе случаи встрѣчаются не часто.

Кромѣ вылущенія всей матки вмѣстѣ съ находящимся въ ея стѣнкѣ новообразованіемъ, многіе предпочитаютъ такъ называемую надвлагалищную ампутациу, при которой шейка матки отрѣзается на уровнѣ внутренняго отверстія или немного ниже, а влагалище не вскрывается вовсе и влагалищная часть тоже оставляется.

Теченіе послѣ этой операциі нисколько не хуже, чѣмъ послѣ полной экстирпациі. Иногда даже оно кажется лучше. Но противъ нея говоритъ оставленіе влагалищной части, возможной почвы для рака въ будущемъ, а главное отсутствіе стока, на случай инфекціи, которая все-таки, хотя бы теоретически, возможна во время операциі.

Терапевтическое лечение фибромъ можетъ быть только симптоматическое. Имѣется много средствъ, способныхъ уменьшать эти опухоли, и постоянно открываются новыя; но дѣйствіе этихъ средствъ обыкновенно уменьшается по мѣрѣ того, какъ накапливается опытность въ ихъ примѣненіи.

Проф. Kelly приводитъ случай, въ которомъ большая фиброма значительно уменьшилась отъ продолжительнаго примѣненія сильнаго слабительнаго. Больная очень исхудала и ослабѣла, а выдѣлявшіяся у нея съ испражнениями перепонки (*enteritis exfoliativa*) самозванный исцѣлитель, у котораго она лечилась, объяснялъ ей, какъ доказательство того, что опухоль выходитъ по частямъ.

Препараты эрготина въ формѣ подкожныхъ впрыскиваній вызываютъ сильныя сокращенія маточной ткани и устраняютъ такимъ образомъ отечность фиброзныхъ узловъ и ихъ капсулы, что даетъ очень замѣтное уменьшеніе опухоли.

Создатель современной гинекологической электротерапіи, преждевременно скончавшійся Apostoli, этотъ тонкій наблюдатель и опытный клиницистъ, видѣлъ много случаевъ значительнаго уменьшенія опухолей отъ дѣйствія электризаціи постояннымъ токомъ. Онъ рассказывалъ даже объ одномъ случаѣ полнаго исчезновенія довольно большой опухоли послѣ такого леченія. Но это бываетъ, очевидно, очень рѣдко и всегда допускаетъ сомнѣнія. Въдь, ни операцией, ни аутопсіей случаи эти не провѣряются.

Препаратъ грудной железы, *mammin*, вызываетъ сокращенія маточной мышцы и давалъ д-ру Мыкертчянцу значительное уменьшеніе опухолей.

Но полнаго исцѣленія отъ всего этого не получается. Наиболѣе современное леченіе—лучами радія и Рентгена, актинотерапія тоже едва ли будетъ въ состояніи устранять такія новообразованія. Пока еще неизвѣстно ни одного случая, когда оно послѣ этого леченія исчезло бы совершенно и навсегда, какъ это бываетъ послѣ операции.

Однако есть основаніе ожидать отъ лучевого леченія еще многого, въ особенности съ помощью новыхъ трубокъ Coolidge'a.

Лучи Рентгена и радія, какъ извѣстно, состоятъ изъ трехъ видовъ отдѣльныхъ лучей:  $\alpha$ ,  $\beta$  и  $\gamma$ . Лучи  $\alpha$  и  $\beta$  производятъ ожоги на кожѣ и вообще обнаруживаютъ болѣе поверхностное дѣйствіе, въ глубину они мало проникаютъ и для леченія ими мало пользуются. Лучи  $\gamma$ , напротивъ, отличаются болѣе глубокимъ проникновеніемъ и своимъ вліяніемъ на клѣтки новообразованій. Этими лучами болѣе всего и пользуются при леченіи. Дѣйствіе лучей радія основывается тоже главнымъ образомъ на вліяніи лучей  $\gamma$ . Для защиты кожи отъ дѣйствія  $\alpha$ - и  $\beta$ -лучей при лучевомъ леченіи пользуются различными

фильтрами: пластинками изъ свинца, серебра, алюминія, и это позволяетъ регулировать ихъ дѣйствіе.

Новая трубка Coolidge'a, кромѣ большой прочности, отличается еще и тѣмъ, что даетъ почти исключительно  $\gamma$ -лучи. Это сокращаетъ потребность въ фильтраціи и приближаетъ дѣйствіе этой трубки къ дѣйствію эманаций радія, что тоже представляетъ значительныя удобства. Надо думать, что когда онѣ будутъ стоить дешевле, трубки эти получатъ большое распространеніе и помогутъ распространенію лучевого леченія, которое пока доступно еще немногимъ.

Симптоматически лучевое леченіе является сильнымъ кровеостанавливающимъ средствомъ. Дѣйствіе это основывается на особомъ вліяніи лучей на эпителий половыхъ железъ. Подъ вліяніемъ лучевого леченія отправления ихъ останавливаются: у мужчины получается азоосперміа, а у женщины прекращается овуляція. Въ обоихъ случаяхъ железы эти сморщиваются и подвергаются преждевременному увяданію, получается нѣчто вродѣ искусственнаго климактерическаго состоянія.

Выключеніе функций яичниковъ для прекращенія кроветеченій при фибромахъ примѣнялось давно. На этомъ основано оперативное удаленіе яичниковъ (кастрація) для леченія фибромъ.

Дѣйствіе лучей способно останавливать кроветеченіе, зависящее и отъ другихъ причинъ, кромѣ фибромъ. Это особенно рѣзко проявляется при леченіи климактерическихъ кроветеченій, появляющихся около времени прекращенія регуль. Въ этомъ отношеніи лучевому леченію предстоитъ большая будущность.

Но пока лучевое леченіе общаго распространенія еще имѣть не можетъ и намъ приходится пользоваться другими, болѣе доступными средствами.

Леченіе фибромъ электричествомъ теперь почти оставлено, но оно является тоже очень могучимъ кровеостанавливающимъ средствомъ.

Примѣняя сильныя постоянныя токи—положительный полюсъ (платиновый зондъ) въ матку и отрицательный (глиняная лепешка) на животъ, Apostoli и его послѣдователи всегда получали остановку кроветеченій при фибромахъ. Объяснять это сокращающимъ дѣйствіемъ тока на маточную ткань, или какимъ-либо молекулярнымъ вліяніемъ его, нѣтъ никакихъ основаній. Надо думать, что кровеостанавливающее дѣйствіе положительнаго электрода зависитъ здѣсь отъ прижиганія слизистой оболочки электрическимъ токомъ и отъ образованія сухого струпа, который при этомъ получается. Но кромѣ того, когда прижиганіе это проникаетъ достаточно глубоко, т. е. черезъ всю толщу слизистой оболочки вплоть до клѣтчатки капсулы опухоли, то это будетъ то же самое, что разрѣзъ слизистой

оболочки, сдѣланный надъ опухолью. Кровеостанавливающее дѣйствіе такого разрѣза черезъ слизистую оболочку матки было извѣстно давно. На этомъ основанъ пріемъ Simpson'a для остановки кроветеченія при фибромахъ. Въ полость матки вводится тупоконечный ножъ (Pott'овъ ножъ) и слизистая оболочка полости матки надрѣзается продольнымъ разрѣзомъ надъ выдающейся въ полость матки опухолью. Кроветеченіе послѣ этого тотчасъ останавливается.

Такое парадоксальное дѣйствіе разрѣза объясняется такъ: когда разрѣзъ проникаетъ до капсулы фибромы, края его тотчасъ немного разойдутся и слизистая оболочка, сползая по поверхности опухоли, сдавливаетъ зіяющія и растянутыя вены, отчего онѣ перестаютъ кроветочить. При фибромахъ интерстиціальнахъ и при нѣкоторыхъ подслизистыхъ кровеостанавливающее дѣйствіе такихъ разрѣзовъ иногда бываетъ удивительное.

Однако способы эти и прижиганіе электричествомъ, и разрѣзъ слизистой оболочки ножемъ — распространенія большого получить не могутъ, въ виду огромной опасности отъ случайной инфекціи при ихъ примѣненіи. Средства эти надо отнести къ той же группѣ, какъ впрыскиванія въ полость матки различныхъ вяжущихъ веществъ или повторное промываніе этой полости со всѣми ихъ опасностями.

Средства, сокращающія матку, находятъ большое примѣненіе при леченіи кроветеченій при фибромахъ.

Препараты эрготина усиливаютъ кроветеченіе при фибромахъ подслизистыхъ и при полипозной формѣ новообразованія. Здѣсь они даже противопоказаны. При фибромахъ интерстиціальнахъ и подсерозныхъ средства эти нерѣдко оказываютъ могучее кровеостанавливающее дѣйствіе.

Однако ядовитое дѣйствіе спорыньи необходимо всегда имѣть въ виду при назначеніи ея препаратовъ, въ особенности при продолжительномъ пользованіи ими. При подкожномъ впрыскиваніи эрготина это особенно важно. При немъ могутъ получаться инфилтраціи и даже омертвѣнія кожи.

Кровеостанавливающее дѣйствіе маммина тоже заслуживаетъ вниманія, но большія его дозы при продолжающемся многіе мѣсяцы леченіи нерѣдко отражаются на сердечной дѣятельности, и этого надо избѣгать.

Горячія спринцованія являются однимъ изъ самыхъ могучихъ средствъ для сокращенія матки и для остановки кроветеченій. Очень умѣстно прибавлять къ нимъ средства вяжущія и кислыя: таннинъ, древесный уксусъ, простой уксусъ и т. п. Полуторохлористое желѣзо, иногда въ смѣси съ глицериномъ, относится къ наиболѣе дѣйствительнымъ средствамъ этой группы; но оно теперь всѣми оставлено, въ виду огромной опасности его примѣненія при малѣйшей инфек-

ци: оно такъ сильно стягиваетъ ткани и даетъ такой прочный сгустокъ, что все закупоривается и исчезаетъ всякій естественный стокъ и дренажъ.

Отвлечение крови отъ нижней половины тѣла является хорошимъ подспорьемъ для остановки кровотеченія. Для этого, уложивши больную на спину, прикладываютъ мѣшки съ горячей водой къ верхнимъ конечностямъ, или погружаютъ эти конечности въ большіе кувшины съ водой въ 30—32° R. Болѣе доступная и простая форма того же самаго мѣропріятія достигается горчичниками отъ локтя до плеча. Дѣлаются они изъ горчицы пополамъ съ мукой, и держатъ ихъ  $\frac{1}{4}$  часа.

Тампонація влагалища для остановки кровотеченія есть мѣра крайняя. При малѣйшемъ упущеніи въ антисептикѣ она становится очень опасной. Къ ней можно прибѣгать только, чтобы выиграть время и подготовить нужное для болѣе дѣйствительной оперативной помощи.

Внутриматочныя впрыскиванія и промыванія тоже могутъ иногда остановить кровотеченіе, но требуютъ большого вниманія и хирургической чистоты въ надлежащей хирургической обстановкѣ. Лучше, когда можно обойтись безъ нихъ.

Какъ мѣра временная въ экстренныхъ случаяхъ, напр. для перевозки больной въ лечебное учрежденіе, очень удобна остановка кровотеченія наложеніемъ щипцовъ Museux на влагалищную часть. Отверстіе матки при этомъ сдавливается, а образующійся выше сдавленія кровяной сгустокъ тампонируетъ полость матки, и кровь останавливается. Кромѣ того щипцами можно сдавить сосуды, идущіе къ шейной части матки, если наложить ихъ сбоку отъ отверстія матки, и сдавить ими боковую часть шейки. Щипцы эти не слѣдуетъ застѣгивать туго, а только такъ, чтобы они немного сдавливали, иначе пролежни и раздавливаніе тканей неизбежны. По той же причинѣ, чѣмъ скорѣе ихъ можно снять, тѣмъ лучше.

Обыкновенно для остановки крови приходится комбинировать нѣсколько средствъ и дѣлать совмѣстное ихъ назначеніе. Вотъ хорошая схема, которою я охотно пользуюсь при многихъ меноррагіяхъ.

Въ промежуткахъ между регулами: малыя дозы эрготина (Rp. Ergotini Bonjeani 0,3, Extr. liquiritiae q. s. ut f. m. p. ex q. f. p. 20, по 1 пилюль 2 раза въ день) и спринцованія съ древеснымъ уксусомъ (acetum pyrolignosum crudum, столовая ложка на стаканъ) два раза въ день по кружкѣ въ 35° R.

Такія малыя дозы эрготина, почти гомеопатическія, здѣсь умѣстнѣе, чѣмъ полныя. Онѣ переносятся лучше, а дѣйствіе ихъ достаточно, чтобы поддерживать тоническое сокращеніе маточной мышцы. При большихъ дозахъ этого средства сокращенія, конечно, будутъ силь-

нѣе, но послѣ нихъ мышца утомляется и получается разслабленіе, требующее опять полной дозы. При малыхъ дозахъ такого разслабленія не наблюдается.

Во время регуль первые три дня не спринцоваться и пилюль не принимать. Съ перваго дня регуль капли: Rp. Tinct. Hydrastis canadensis, Tinct. Hamamelis virginicae aa 15,0, по 20 капель 4 раза въ день.

Если крови приходятъ сразу очень сильно, то съ перваго дня, а то со втораго дня, горчичники къ рукамъ, отъ локтя до плеча, домашніе, пополамъ съ мукой, и держать  $\frac{1}{4}$  часа, каждый вечеръ, пока кончатся крови.

Съ третьяго дня, кромѣ всего этого, пилюли, какъ всегда, и спринцованія въ 35° R. сначала съ іодомъ (какъ жидкій чай), а затѣмъ съ древеснымъ уксусомъ (столовая ложка на стаканъ). Если послѣ спринцованія кровь не останавливается, то надо его тутъ же повторить и сдѣлать съ простымъ уксусомъ (столовымъ, лучше изъ эссенціи)—одинъ стаканъ уксуса на 6 стакановъ воды. Когда вновь покажется кровь, снова надо сдѣлать спринцованіе, но немного горячѣе, 36—37° до 39° R. Болѣе одного раза въ сутки спринцованія съ простымъ уксусомъ дѣлать не слѣдуетъ—будетъ щипать. Спринцованія надо дѣлать каждый разъ до чистой воды, какъ говорится, и въ достаточномъ количествѣ. Если мало его дѣлать 2 раза въ день, то надо дѣлать 4, 6, 8 разъ, добиваясь всякій разъ остановки крови, хотя бы на нѣсколько часовъ. Такія частыя спринцованія обыкновенно приходится дѣлать день или два, остальное время скоро можно обходиться 2—3 спринцованіями. Горчичники и капли надо продолжать, пока кровь остановится совсѣмъ.

Отъ боли при фибромахъ приходится прибѣгать къ наркотическимъ средствамъ и теплу: ванны, горячіе мѣшки; но все это для кровотеченія не полезно.

Фибромы влагалищной стѣнки встрѣчаются очень рѣдко. Еще рѣже, можетъ быть, попадаютъ фибромы круглой маточной связки въ паховомъ каналѣ, или на большихъ и малыхъ губахъ. Опухоли эти сами по себѣ, кромѣ механической помѣхи, никакихъ симптомовъ не вызываютъ; леченіе ихъ возможно только хирургическое. Удаленіе этихъ опухолей отличается большою простотою, если его можно сдѣлать со стороны влагалища.

## ГЛАВА XX.

### Опухоли и новообразования тазовыхъ органовъ.

#### (Продолженіе). Перерожденія, саркомы.

Фибромы могутъ подвергаться злокачественному перерожденію; но это бываетъ довольно рѣдко. На основаніи большихъ цифръ перерожденіе это находили иногда въ 4% случаевъ, иногда чаще. Перерожденіе происходитъ обыкновенно при наступленіи климактерическаго періода. Опухоль начинаетъ вдругъ быстро увеличиваться и появляются разные новые симптомы: боли, отдающія въ конечности, кровотеченіе, скопленіе жидкости въ брюшной полости, расширеніе венъ на брюшной стѣнкѣ, иногда отеки конечностей.

Увеличеніе роста опухоли можетъ зависѣть и отъ другихъ причинъ, напр., отъ перекручиванія подсерозной фибромы. Перекрутиться можетъ или только опухоль, или опухоль вмѣстѣ съ маткой. Прокрутившись сосудовъ (венъ) при этомъ, конечно, сдавливается, получается отекъ, и опухоль сразу увеличивается.

Кромѣ быстрого роста, злокачественное перерожденіе характеризуется тѣмъ, что клѣтки новообразованія, проростая въ сосѣднія ткани, постепенно замѣщаютъ ихъ, и цѣлый органъ можетъ превратиться въ новообразованіе.

Крупные клѣточные элементы, изъ которыхъ состоитъ ткань новообразованія, отличаются большою живучестью; отдѣленные отъ него, они способны прикрѣпляться къ поверхности свѣжей раны и даютъ какъ бы прививки. То же самое происходитъ, если они попадаютъ на серозныя поверхности, гдѣ они тоже легко прикрѣпляются и продолжаютъ расти. Такіе отдѣльные узлы новообразованія наблюдаются на стѣнкахъ влагалища или въ брюшной стѣнкѣ и даже въ брюшной полости послѣ разныхъ операцій.

Но самая существенная особенность всякаго злокачественнаго новообразованія это—способность давать метастазы. Эта чисто клиническая особенность въ діагностическомъ отношеніи даже важнѣе микроскопическаго изслѣдованія, потому что она служитъ главнымъ основаніемъ и для предсказанія, и для леченія. Когда опухоль не даетъ метастазовъ и не способна ихъ давать, безразлично, изъ какихъ бы клѣтокъ она ни состояла и какъ бы подозрительной ни казалась, она клинически остается доброкачественной.

Съ другой стороны извѣстны случаи, когда совершенно типическія фибромы давали метастазы въ различныхъ органахъ. Микроскопически картина вездѣ была одинаковая и всѣ опухоли состояли изъ

той же фиброзной ткани. Случаи эти клинически должны быть отнесены къ новообразованиямъ злокачественнымъ, хотя микроскопическое изслѣдованіе этого обнаружить не можетъ и даже, иногда повидимому, опровергается.

Надо думать, что такія фибромы бываютъ злокачественны съ самаго начала, но обнаруживаютъ эту истинную свою натуру только при наступленіи климактерическаго періода или при какихъ-то другихъ, намъ еще неизвѣстныхъ условіяхъ.

Начало злокачественнаго перерожденія есть, конечно, абсолютное показаніе къ немедленной операціи, но одного подозрѣнія этого осложненія еще недостаточно и надо относиться къ этому съ большою осторожностью. Признаки злокачественности заболѣванія могутъ зависѣть отъ заболѣванія сосѣднихъ органовъ, напр., отъ рака толстой кишки, въ особенности *S. Romanum*, и тогда операція будетъ, конечно, много труднѣе, а предсказаніе серьезнѣе.

Этіологія злокачественныхъ новообразованій остается неизвѣстной.

Наслѣдственность при новообразованияхъ имѣетъ совершенно второстепенное значеніе и объяснить ихъ происхожденіе не можетъ. Извѣстно, что фибромы матки и даже саркоматозное ихъ перерожденіе было наблюдаемо у нѣсколькихъ членовъ той же семьи, одного поколѣнія, напр., у нѣсколькихъ сестеръ. Извѣстно также, что ракъ матки встрѣчался у трехъ поколѣній кряду, начиная съ бабушки и кончая внучкой. Отецъ, братъ и двѣ сестры великаго Наполеона умерли отъ рака желудка, и самъ онъ умеръ отъ той же болѣзни. Но все это отдѣльные случаи и обобщеній изъ нихъ дѣлать нельзя.

При экспериментальной пересадкѣ клѣтокъ новообразованія прививки удаются не у всѣхъ животныхъ, пока они здоровы. У тѣхъ животныхъ, у которыхъ уже есть новообразование, прививки удаются почти всегда. То же самое наблюдается при операціяхъ. Такъ, прививочные узлы новообразованія на мѣстѣ случайнаго пораненія влагалища (*Impfinfection*) наблюдаются не такъ рѣдко; а такая же передача новообразованія при пораненіяхъ пальцевъ хирурга относится къ большимъ рѣдкостямъ, и даже случаи, которые извѣстны (саркомы), очень недоказательны.

Какія измѣненія необходимы для того, чтобы организмъ сдѣлался воспріимчивымъ къ инфекціи клѣтками новообразованія и какія условія необходимы для того, чтобы эти клѣтки пріобрѣли новыя свойства и особенности, превращающія ихъ въ паразита, отъ котораго организмъ не въ силахъ защититься и который приводитъ его къ гибели, остается совершенно неизвѣстнымъ.

Изъ непосредственныхъ этиологическихъ моментовъ необходимо остановиться на мѣстномъ раздраженіи и травмѣ.



Такъ, давно извѣстно, что ракъ на нижней губѣ часто встрѣчается у курильщиковъ, на мѣстѣ постояннаго раздраженія глиняной трубкой, такой, какія разстрѣливаютъ въ видѣ цѣпи въ тирахъ. Ракъ шейки матки появляется тамъ, гдѣ имѣются рубцы, вывороты эрозіи. У дѣвственницъ и даже у нерожавшихъ женщинъ онъ здѣсь почти никогда не встрѣчается. О саркомахъ извѣстно, что онѣ часто появляются на мѣстѣ ушиба. Такъ бываетъ и на поверхности тѣла, и на костяхъ. Ракъ грудной железы тоже часто наблюдается на мѣстѣ ушиба.

Метастазы на костяхъ тоже нерѣдко появляются на мѣстѣ ушиба. Извѣстны случаи, когда ракъ первично обнаруживался на мѣстѣ ушиба на костяхъ. Напр. такой случай. Совершенно здоровая женщина, 35 лѣтъ, получаетъ ушибъ бедра около вертела. Черезъ мѣсяць при неловкомъ движеніи при игрѣ въ лаунъ-теннисъ патологическій переломъ бедра, вслѣдствіе раковой опухоли въ кости. Послѣ тщательнаго изслѣдованія первичный очагъ новообразованія оказывается въ грудной на железу, на которую больная никогда не жаловалась и гдѣ удалось найти раковый узелъ, о которомъ никто не подозрѣвалъ. Въ другихъ случаяхъ первичное заболѣваніе отыскивается только при вскрытіи и оказывается гдѣ-нибудь на кишечникѣ, напр. около pylorus.

Діагностика злокачественнаго заболѣванія или перерожденія ставится на основаніи тѣхъ же признаковъ, которыми руководствуются въ общей хирургіи. Кромѣ быстрого роста, твердой консистенціи, бугристой формы опухоли и малой ея подвижности, существенное значеніе имѣетъ ея чувствительность и даже болѣзненность, когда это не зависитъ отъ воспалительныхъ явленій. Еще больше въ этомъ отношеніи имѣютъ значеніе мѣстныя измѣненія кровообращенія: растяженіе венъ, отеки, присутствіе свободной жидкости въ полости брюшины и болѣе или менѣе упорныя кровотеченія. Однако точная діагностика можетъ быть поставлена только на основаніи микроскопическаго изслѣдованія или на основаніи образовавшихся метастазовъ. Сильное исхуданіе и кахексія имѣютъ значеніе не столько діагностическое, потому что воспользоваться ими уже поздно, сколько подтверждающее діагностику и устанавливающее плохой прогнозъ.

Самая злокачественная форма новообразованія, какая только бываетъ въ человѣческомъ организмѣ, это chorionepithelioma, которая развивается, какъ уже было упомянуто, въ связи съ беременностью и оболочками плоднаго яйца. Огромныя клѣтки, изъ которыхъ состоитъ это новообразованіе, отличаются большою живучестью и при метастазахъ растутъ чрезвычайно быстро, скоро вызываютъ явленія кахексіи и довольно скоро приводятъ къ летальному исходу,

непосредственной причиной которого бывают метастазы въ жизненно важныхъ органахъ: въ легкихъ, въ мозгу и т. п. Клѣтки эти напоминаютъ клѣтки ворсистой оболочки (chorion), откуда и наименование chorionepithelioma.

Въ узлахъ новообразования тѣ же самыя клѣтки располагаются безъ всякой правильности и окружены расширенными венами. Подобно клѣткамъ chorion frondosum, клѣтки этого новообразования легко врастаютъ въ просвѣтъ венъ, около которыхъ тоже легко образуются кровезлиянія. Вросшія въ вены клѣтки переносятся такимъ образомъ и даютъ метастазы. Довольно обычнымъ мѣстомъ для образования метастазовъ уже въ самомъ началѣ заболѣванія является стѣнка влага-

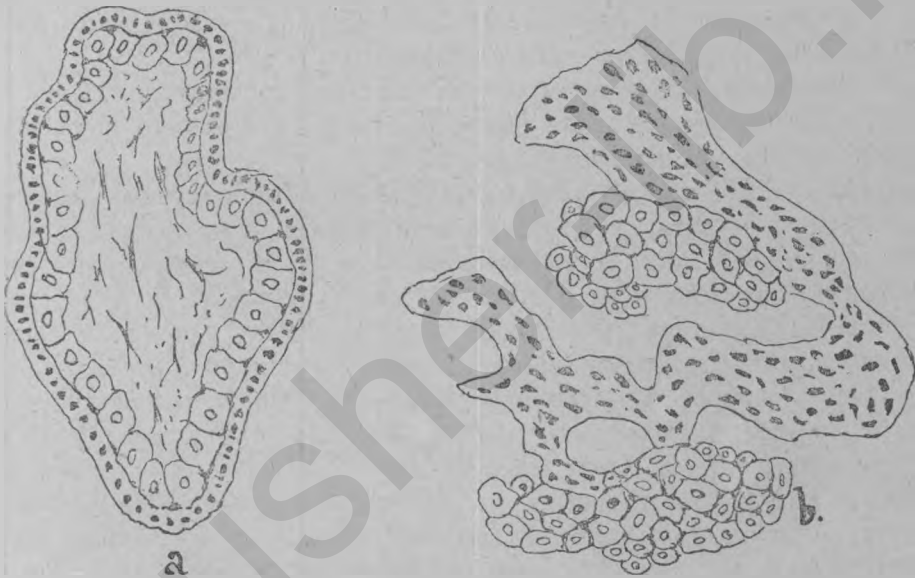


Рис. 77. *a*—разрѣзъ черезъ ворсинку въ началѣ беременности; видны крупныя клѣтки L a n g h a n 's'a, окруженныя слоемъ синцитія; *b*.—ткань chorionepithelioma. Видны скопленія клѣтокъ L a n g h a n 's'a съ разросшимся вокругъ нихъ многоядернымъ синцитіемъ.

лица. Здѣсь узлы новообразования представляются въ видѣ небольшихъ флюктуирующихъ кистъ, наполненныхъ кровью, излившейся изъ венъ новообразования въ его ткань. Эти опухоли были принимаемы за простыя кисты влагалища—заболѣваніе совершенно невинное и являющееся остаткомъ эмбриональной жизни. Такія кисты лечатся простымъ разрѣзомъ. При разрѣзѣ опухоли, вмѣсто серозной жидкости, находили чистую кровь, а микроскопическое изслѣдованіе обнаруживало истинную натуру заболѣванія.

Chorionepithelioma развивается обыкновенно послѣ родовъ, нормальныхъ или патологическихъ.

Иногда, и даже довольно часто, она сопровождается пузырьный

заносъ (*mola hydatiformis*), или частичное пузырчатое перерождение плодных оболочекъ. Случаи пузырнаго заноса, сопровождающіеся быстрымъ вѣдреніемъ и проростаніемъ опухоли черезъ стѣнку матки, должны быть отнесены къ осложненію заноса этимъ новообразованіемъ; а чрезвычайно злокачественное теченіе, наблюдавшееся въ такихъ случаяхъ пузырнаго заноса, служить нагляднымъ тому доказательствомъ.

Симптомы, вызываемые *chorionepithelioma*, выражаются упорными кроветеченіями послѣ родовъ и рѣзкимъ истощеніемъ организма. Септическая инфекция легко присоединяется къ этому заболѣванію, и есть основаніе думать, что многія больныя, погибающія довольно скоро отъ послѣродовой инфекции, сопровождавшейся кроветеченіемъ, въ дѣйствительности должны быть отнесены къ случаямъ этого новообразованія, оставшагося нераспознаннымъ.

Кроветеченіе появляется или тотчасъ послѣ родовъ, или уже въ первые дни послѣ нихъ. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ оно появляется только черезъ нѣсколько недѣль.

Иногда вмѣстѣ съ кровью выдѣляются обрывки тканей, которые принимаютъ за остатки оболочекъ или кусочки плаценты. Оперативное очищеніе матки и выскабливаніе ея тупой ложкой приноситъ большое облегченіе, если удастся избѣжать инфекции; но уже черезъ недѣлю или полторы кроветеченіе возобновляется, а при повтореніи выскабливанія выдѣляется довольно много сгустковъ и распадающейся ткани. Микроскопическое изслѣдованіе препарата тотчасъ показываетъ, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло. Пока еще нѣтъ симптомовъ со стороны легкихъ (кровавая мокрота), или указаній на метастазы въ другихъ органахъ, показанія къ немедленной операциі—удаленію матки, ни въ комъ сомнѣній возбуждать не могутъ. Только своевременная, и притомъ очень ранняя, операциа можетъ спасти жизнь больной и дать прочный результатъ.

При наличности метастазовъ, хотя бы ничѣмъ еще не угрожающихъ, напр., въ видѣ кровяной кисты въ стѣнкѣ влагалища, всякій вопросъ о радикальной операциі отпадаетъ безусловно, и она дѣла измѣнить не можетъ.

Узлы этого новообразованія имѣютъ способность проростать черезъ толщу тканей, которыя они какъ бы проѣдаютъ, отдѣльные, довольно круглые узелки, величиною съ горошину, совершенно черные на видѣ, отъ переполняющей ихъ венозной крови, постепенно приближаются къ серозной поверхности матки, проходя изъ ея полости черезъ всю толщу мышечной ткани. Сначала узелки эти только выпячиваютъ серозный покровъ, затѣмъ прорываютъ и его, и клѣтки новообразованія, попадая въ брюшную полость, начинаютъ расти на поверхности связокъ и придатковъ матки, а также на кишкахъ.

Ростъ и распространіе новообразованія сопровождается кроветеченіемъ, сначала только внѣшнимъ изъ половыхъ органовъ, а затѣмъ внутреннимъ въ полость брюшины или въ просвѣтъ полыхъ органовъ. Кроветеченіе это обусловливается мелкими травмами и поврежденіями легко распадающейся, хрупкой ткани новообразованія. Оно останавливается само собой, по мѣрѣ образованія сросшей серознаго листка и вокругъ очаговъ новообразованія.

Эти повторныя потери крови очень ослабляютъ больную, а вскорѣ присоединяется свойственная вліянію новообразованія рѣзкая кахексія, подрывающая послѣднія силы и быстро приводящая къ роковой развязкѣ.

Интересно, что этотъ видъ саркомы (*chorionepithelioma*), хотя и состоитъ изъ клѣточныхъ элементовъ, свойственныхъ оболочкамъ плода, вовсе не требуетъ для своего возникновенія наличности беременности.

Я знаю случай *chorionepithelioma*, исходившей изъ пузыря. Препаратъ полученъ при аутопсіи 75-лѣтней дѣвственницы, у которой никакой беременности быть не могло. Она скончалась отъ новообразованія пузыря, сопровождавшагося обильными кроветеченіями. Въ микроскопическихъ препаратахъ найдена картина, свойственная *chorionepithelioma*.

Больше того, недавно Dr. J. V. Соок е изъ Калифорнскаго госпиталя въ Санъ-Франциско собралъ въ литетатурѣ 47 случаевъ *chorionepithelioma testiculi* и присоединилъ къ нимъ подробное описаніе собственнаго наблюденія (*Johns Hopkins Hospital Bulletin* 1915, vol. XXVI, pag. 219). Въ томъ же журналѣ за 1902 г. Dr. H. W. Carey (vol. XIII, pag. 268) далъ рисунокъ прекраснаго препарата того же новообразованія въ яичкѣ. На рисункѣ этомъ хорошо видны клѣтки *Langhans'a* и массы многоядернаго синцитія. Картина совершенно тождественная съ тѣмъ, что мы видимъ на препаратахъ этого новообразованія, когда оно развивается въ беременной маткѣ. По микроскопическому препарату въ голову не придетъ, что это выросло изъ яичка.



Рис. 78. Узлы *chorionepithelioma*, подошедшіе къ серозному покрову матки и выпячивающіе его, начали проростать черезъ брюшину.

## ГЛАВА XXI.

### Опухоли и новообразованія тазовыхъ органовъ (продолженіе): ракъ и его особенности.

Другіе виды саркомы матки, кромѣ уже разсмотрѣнныхъ нами, клинически не отличаются отъ рака этого органа. Онѣ даютъ тѣ же симптомы и разница только въ микроскопическомъ строеніи ихъ клѣтокъ. Ихъ діагностика и терапія тоже имѣютъ много общаго. Поэтому мы не будемъ останавливаться на подробномъ ихъ описаніи и прямо перейдемъ къ разсмотрѣнію раковаго заболѣванія матки, какъ имѣющаго наибольшее практическое значеніе, и прежде всего попытаемся выяснитъ общія основанія для леченія злокачественныхъ новообразованій.

Не подлежитъ сомнѣнію, что всякое злокачественное новообразованіе, въ томъ числѣ и ракъ, можетъ быть излечено операціей, и извѣстны случаи, когда больные послѣ этого жили десятки лѣтъ и умирали отъ другихъ болѣзней, ничего общаго съ ракомъ не имѣющихъ. Но для этого необходимо два условія: 1) чтобы оперативное удаленіе новообразованія было сдѣлано своевременно, т. е. до образованія метастазовъ, и 2) чтобы при операціи было удалено все больное. Отъ этихъ условій зависитъ весь успѣхъ леченія, и значеніе cadaго изъ нихъ равнозначуще.

Между тѣмъ время, когда, и мѣсто, гдѣ начинаются метастазы, (которые мы вообще удалить операціей не можемъ), остается неизвѣстнымъ. При экспериментахъ на животныхъ оказалось, что нѣкоторые виды рака при прививкахъ мышамъ и крысамъ даютъ метастазы на 39-й день, другіе къ концу 3-й недѣли. Относительно человѣка вопросъ этотъ остается совершенно открытымъ и рѣшеніе его далеко не такъ просто.

Для раковой опухоли, распространяющейся по лимфатическимъ путямъ, появленіе первыхъ клѣтокъ новообразованія въ сосѣднихъ тканяхъ можетъ быть обнаружено только микроскопически и на живомъ человѣкѣ сдѣлано быть не можетъ.

Микроскопическое изслѣдованіе тканей на границѣ удаленнаго препарата вопроса этого рѣшить не можетъ, потому что мы не знаемъ, на какую глубину могутъ проникать при этомъ отдѣльныя клѣтки и на какомъ разстояніи надо искать тѣ изъ нихъ, которыя успѣли уже проникнуть въ лимфатическіе пространства и сосуды. Когда лимфатическія железы начинаютъ увеличиваться и когда ихъ можно уже прощупать, метастазы, разумѣется, уже имѣются налицо. Даже въ томъ случаѣ, когда железы эти увеличились только вслѣдствіе воспаленія, того, что французы называютъ *infiltration pré-*

capereuse и когда въ нихъ еще нѣтъ раковыхъ клѣтокъ, онѣ, конечно, уже имѣются въ лимфатическихъ сосудахъ по сосѣдству съ новообразованиемъ, иначе трудно объяснить, почему произошло раздраженіе лимфатическихъ железъ и защитительное ихъ воспаленіе.

При саркомахъ, когда метастазы распространяются по кровеноснымъ сосудамъ, обнаружить ихъ начало еще труднѣе, потому, что неизвѣстно, гдѣ ихъ надо искать, пока они относятся еще къ микроскопическимъ измѣненіямъ. А когда ихъ можно уже прощупать, говорить о началѣ метастатическаго процесса уже поздно.

Клиническіе методы изслѣдованія еще не даютъ намъ возможности съ точностью опредѣлить моментъ начала образованія метастазовъ, и практически приходится руководствоваться предположеніями. Если все совершенно подвижно и нигдѣ нѣтъ увеличенія железъ, то мы думаемъ, что метастазовъ еще нѣтъ, и иногда наше предположеніе оправдывается послѣдующимъ послѣ операциі теченіемъ, потому что рецидива не появляется.

Одной изъ существеннѣйшихъ и насущнѣйшихъ задачъ въ вопросѣ о леченіи злокачественныхъ новообразованій остается умѣние опредѣлять съ точностью время, когда начинается образованіе метастазовъ, и пока это не будетъ достигнуто, все то, что мы дѣлаемъ въ этомъ отношеніи, будетъ оставаться условнымъ.

Тѣмъ не менѣе всякое не оперативное леченіе новообразованій можетъ имѣть смыслъ и мы можемъ имѣть право его назначать только тогда, когда время для оперативнаго леченія уже упущено.

Леченіе лучами, радіемъ, Рентгеномъ, даетъ иногда удивительные результаты, въ особенности при саркомахъ и въ особенности, когда эманации радія примѣняются непосредственно въ толщѣ самой опухоли. Для этого дѣлается разрѣзъ или проколъ и черезъ него вводится трубочка съ радіемъ или его эманациями. Многія, и притомъ наиболѣе злокачественныя, остеосаркомы послѣ этого значительно уменьшаются и даже исчезаютъ. Надолго ли происходитъ такое исцѣленіе и какое дѣйствіе могутъ при этомъ оказывать лучи на начавшіеся уже метастазы, остается неизвѣстнымъ. Въ случаѣ рецидива саркомы повторное примѣненіе радія не оказываетъ столь благотворнаго дѣйствія, иногда даже оно вызываетъ усиленный ростъ новообразованія. Я слышалъ, что Лондонская станція даже отказывается въ отпускъ эманцій радія для леченія такихъ рецидивовъ, чтобы не компрометировать дѣйствіе этого могучаго средства.

Ракъ шейнаго канала матки, и притомъ самая злокачественная, узловая форма этого новообразованія, тоже иногда очень скоро сморщивается послѣ лучевого леченія и, кромѣ симптоматическаго улучшенія, возстановливается даже нѣкоторая подвижность матки. Случаи,

казавшіеся иноперабельными до этого леченія, иногда могли быть подвергнуты операціи послѣ него.

Все это, очевидно, еще не даетъ намъ права назначать леченіе лучами въ тѣхъ случаяхъ, когда есть увѣренность, что время для радикальной операціи еще не упущено. Какъ подготовительное для операціи леченіе, назначать его тоже очень рискованно: всякое промедленіе въ этомъ дѣлѣ затрогиваетъ слишкомъ существенные интересы больной, чтобы можно было взять на свою отвѣтственность послѣдствія отъ такого промедленія, когда операція еще возможна.

Еще менѣе можно рассчитывать на самопроизвольное исцѣленіе рака или саркомы, хотя въ литературѣ описаны случаи, гдѣ это несомнѣнно имѣло мѣсто и было провѣрено микроскопически. Знаменитый случай проф. v. Volkmanп'a, когда ракъ груди излечился и зарубцевался послѣ сильнаго рожистаго воспаленія, служить нагляднымъ примѣромъ этого. Другіе случаи менѣе понятны, хотя и въ нихъ исчезновеніе новообразованія и заживленіе происходило тоже вслѣдствіе обильнаго образованія рубцовой ткани, которая сморщивается и лишаетъ опухоль питанія, сдавливая приводящіе сосуды.

Собственно при всякомъ ракѣ въ окружности опухоли наблюдается развитіе соединительной ткани, но обыкновенно процессъ развитія клѣтокъ новообразованія совершается гораздо быстрѣе, чѣмъ развитіе этой защитительной рубцовой ткани, и зависящій отъ этой причины исцѣляющій процессъ совершается медленнѣе, чѣмъ развитіе узла новообразованія, почему исцѣленіе получиться не успѣваетъ и можетъ случиться только въ очень рѣдкихъ случаяхъ.

Послѣ неоконченныхъ операцій, когда часть новообразованія оставлена, тоже были наблюдаемы случаи полного выздоровленія, но это случаи исключительные; обыкновенно все ограничивается временнымъ облегченіемъ, а въ отдѣльныхъ случаяхъ даже уменьшеніемъ и исчезновеніемъ отдѣльныхъ узловъ.

Такое благоприятное теченіе пытаются объяснить вліяніемъ защитительныхъ процессовъ въ организмѣ и въ частности функціями и внутренней секреціей его органовъ. Такъ, извѣстно, что всякое злокачественное новообразованіе развивается скорѣе и быстрѣе убиваетъ животное, если у него удалена селезенка. Удаленіе половыхъ железъ, напротивъ, замедляетъ развитіе новообразованій. Такимъ образомъ селезенка и ея внутренняя секреція, препятствуя развитію новообразованій, является органомъ онкокластическимъ, а яичникъ онкопластическимъ.

Примѣненіе вытяжки изъ селезенки иногда уменьшаетъ ростъ саркомы, но все это находится въ періодѣ изученія и практическаго значенія еще не приобрѣло. Удаленіе яичниковъ при ракѣ многіе считаютъ условіемъ, увеличивающимъ радикальность оперативнаго пособія.

Однако защитительное вліяніе онкокластическихъ органовъ продолжается недолго, и организмъ обыкновенно все-таки скоро оказывается несостоятельнымъ въ своей борьбѣ съ развитіемъ новообразования. Получаются даже условія, напоминающія анафилаксию по отношенію къ клѣткамъ новообразования, и онѣ нерѣдко сразу начинаютъ расти усиленнымъ темпомъ послѣ такого временнаго улучшения.

Не разъ были предлагаемы и были испробованы разныя фармацевтическія и иныя эмпирическія средства, отъ которыхъ ожидали, или которымъ приписывали специфическое дѣйствіе на эти болѣзни. Но всѣ они быстро были развѣнчаны, и такъ дѣло обстоитъ много лѣтъ и мы ежегодно читаемъ о такихъ открытіяхъ въ этой области, которыя неизмѣнно продолжаютъ замѣнять то, что очень недавно, казалось, обѣщало такъ много и такъ скоро потребовало новаго замѣщенія, какъ совершенно непригодное.

Единственное, что всегда оставалось и остается неизмѣннымъ и отъ чего мы, очевидно, отказаться не можемъ, это оперативное пособіе. Мы знаемъ, что оно можетъ дать исцѣленіе, а когда мы будемъ умѣть съ точностью узнавать, что время для него еще не упущено, то оно, очевидно, будетъ давать полное исцѣленіе во всѣхъ случаяхъ, когда будетъ примѣняться. Тогда, очевидно, даже не будетъ надобности исчислять проценты смертности послѣ операций, потому что выздоравливать будутъ всѣ.

Предоставленные естественному теченію злокачественныя новообразования неизмѣнно убиваютъ организмъ, и это происходитъ отъ одной изъ трехъ причинъ: 1) отъ инфекціи, 2) отъ метастазовъ и 3) отъ кахексіи.

Распадающаяся ткань новообразования является почвою, очень благоприятною для всякой инфекціи, и уберечься отъ нея очень трудно. Послѣдствіемъ инфекціи являются мѣстные симптомы, кровотеченія, разъѣдающія и зловонныя выдѣленія, и общей: лихорадочныя движенія, поты, піэміческія и септическія явленія, нерѣдко являющіяся непосредственной причиной смерти въ этихъ случаяхъ.

Метастазы сдавливаютъ различные органы и нарушаютъ ихъ функціи. Появившись въ головномъ мозгу, они вызываютъ соотвѣтствующіе симптомы и параличи. Въ легкихъ они даютъ признаки пневмоніи, и здѣсь къ нимъ легко присоединяется инфекція, иногда скоро убивающая больную. При ракъ матки болѣе всего приходится встрѣчаться съ метастазами, отражающимся на органахъ мочеотдѣленія. Сдавливая мочеточники, они являются очень частой причиной смерти отъ уреміи при ракъ маткѣ.

Наконецъ злокачественныя новообразования, поглощая питательныя соки организма, постепенно приводятъ его къ полному истощенію. Появляется кахексія съ типической желтоватой землистой



окраской покрововъ. Состояніе это сопровождается значительной потерей азота, коего выдѣляется больше, чѣмъ воспринимается организмомъ. Какесія неизбежно ведетъ къ смерти, но больныя обыкновенно умирають все-таки не отъ нея, а отъ септической инфекціи или отъ уреміи.

Современное положеніе всего вопроса объ отношеніи къ злокачественнымъ новообразованиямъ налагаетъ на насъ двѣ обязанности: 1) необходимо обезпечить достаточно раннее распознаваніе начала заболѣванія; для этого необходимо ознакомить и самихъ больныхъ, и публику съ доступными ихъ пониманію его признаками; и 2) необходимо сдѣлать надлежащій выборъ метода оперативнаго леченія и добиться умѣлаго и безопаснаго его примѣненія.



Рис. 79. Мѣста, гдѣ появляется первично ракъ матки: 1) на влагалищной части, 2) въ шейномъ каналѣ, 3) въ полости, около дна.

Болѣе всего приходится здѣсь имѣть дѣло съ ракомъ матки. Изъ всѣхъ органовъ человѣческаго тѣла матка чаще всего является тѣмъ мѣстомъ, гдѣ можетъ появиться это новообразование.

Первичные узлы рака могутъ появиться здѣсь въ трехъ мѣстахъ: 1) на влагалищной части, 2) въ шейномъ каналѣ и 3) въ полости матки, обыкновенно около ея дна. Отсюда три вида рака матки, отличающіеся и по симптомамъ, и по діагностикѣ, и по предсказанію и даже по леченію.

На влагалищной части новообразование состоитъ изъ плоскаго эпителія и въ немъ обыкновенно имѣются луковичное, концентрическое расположеніе клѣтокъ, такъ назыв. луковичныя тѣла. Строеніе этого рака очень напоминаетъ то, что имѣется при ракъ нижней губы.

Какъ и въ другихъ мѣстахъ, новообразование здѣсь проявляется въ двухъ формахъ: 1) эвертирующей или разворачивающейся и 2) инвертирующей или втягивающейся въ глубину. Эта разница между ними зависитъ отъ ширины основанія, къ которому прикрѣпляется раковая ткань, и отъ развитія здѣсь соединительной ткани, способной сморщиваться, подобно рубцу. Когда рубцовой ткани здѣсь много, основаніе, къ которому прикрѣпляется новообразование, не успѣваетъ растягиваться, и разрастающаяся опухоль не вросаетъ въ глубину, а выпячивается въ полость влагалища. Если она изъязвится, то язвенная поверхность разворачивается и зияетъ. Это будетъ эвертирующая форма.

При инвертирующей формѣ новообразование выдвигается въ глубину тканей и растягиваетъ ихъ. Поверхность прикрѣпленія ново-

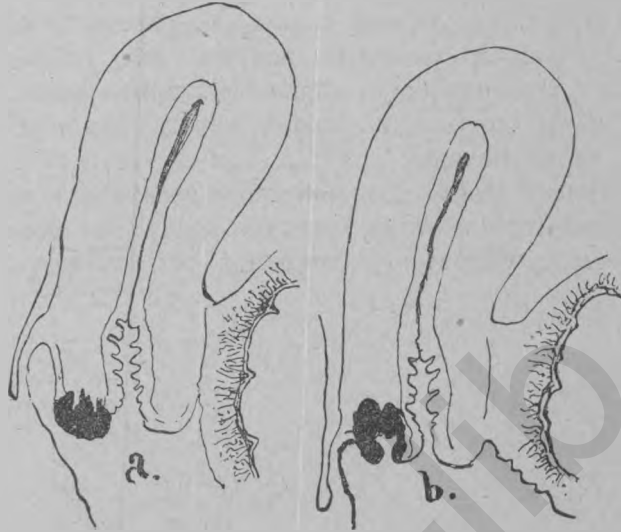


Рис. 80. *a*—Эвертирующая форма рака влагалищной части, *b*—то же инвертирующая.

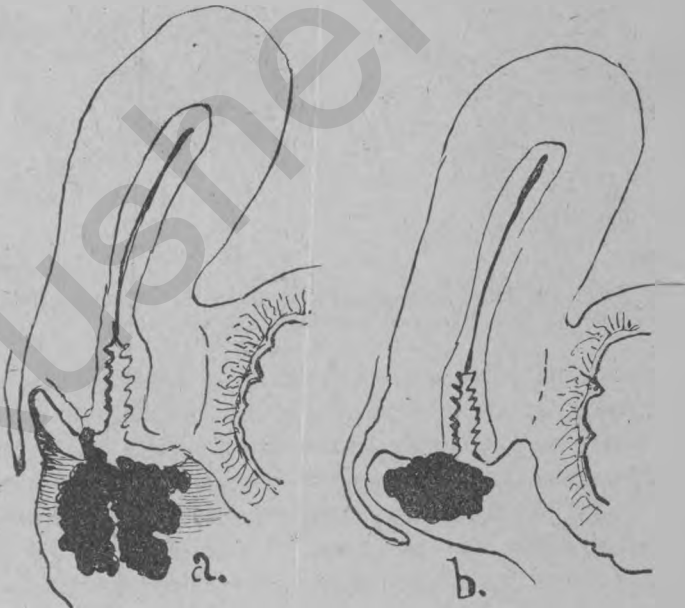


Рис. 81. *a*—Полипозная форма рака влагалищной части; *b*—то же въ видѣ цвѣтной капусты

образованія будетъ значительно больше, а рубцовой ткани около нея меньше, и опухоль, не встрѣчая съ этой стороны задержки, легче проникаетъ въ глубину, почему теченіе будетъ болѣе злока-

чественное. Если такая опухоль изъязвится, то язва представляется втянутой, кратеровидной и отдѣленіе можетъ даже застаиваться въ такой язвѣ. Оно легко инфицируется и скоро дѣлается зловоннымъ.

Когда эвертирующая форма сидитъ на узкомъ основаніи, она можетъ превратиться въ раковый полипъ, или разростись вродѣ цвѣтной капусты. Это наиболѣе доброкачественные виды этого заболѣванія. Они долѣе другихъ не даютъ метастазовъ или проростанія въ клѣтчатку около матки.

Инвертирующая форма довольно скоро переходитъ на своды влагалища и превращается во втянутую язву. Еще болѣе злокачественная форма имѣетъ видъ узловъ, врастающихъ въ глубину. Эта узловая

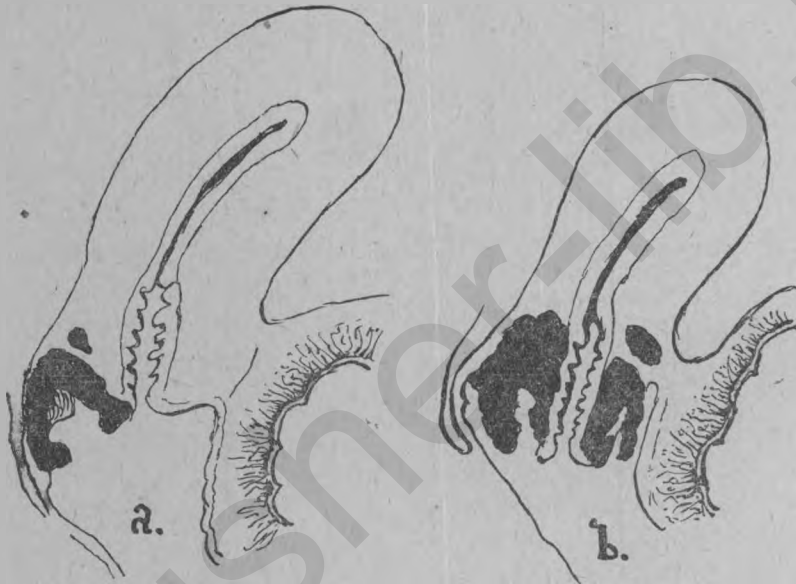


Рис. 82. Инвертирующая форма рака влагалищной части. Дальнѣйшая стадія ср. рис. 80  
*a*—язвенный видъ, *b*—узловая разновидность.

форма рака даетъ метастазы въ клѣтчатку и даже вращается въ нее.

Расположеніе лимфатическихъ сосудовъ, которые всѣ направляютъ токъ лимфы внизъ изъ полости матки къ сводамъ и въ клѣтчатку основанія широкихъ связокъ, мѣшаетъ распространенію новообразованія вверхъ, выше внутренняго отверстія матки. Поэтому тѣло и дно матки обыкновенно при раковомъ заболѣваніи на влагалищной части, и даже вообще на шейкѣ матки, остаются здоровыми до самаго конца, когда уже имѣются метастазы во внутреннихъ органахъ и когда захвачена вся клѣтчатка таза. Расположеніе лимфатическихъ сосудовъ въ маткѣ и направленіе тока лимфы изъ различныхъ ея отдѣловъ объясняютъ многія особенности теченія раковаго заболѣванія въ этомъ органѣ. Рисунокъ 83 даетъ представленіе объ этомъ расположеніи.

Второе мѣсто, гдѣ начинается первичный ракъ матки, это—шейный каналъ.

Новообразование здѣсь состоитъ изъ цилиндрическаго эпителія. Клѣтки его крупнѣе и сочнѣе клѣтокъ плоскаго эпителія, изъ котораго развивается ракъ влагалищной части. Новообразование поэтому отличается большою живучестью и растетъ быстрѣе, чему благоприятствуетъ богатая сѣтъ сосудовъ, имѣющаяся въ этой части маточной ткани. Опухоль почти всегда бываетъ инвертирующаго типа и раз-

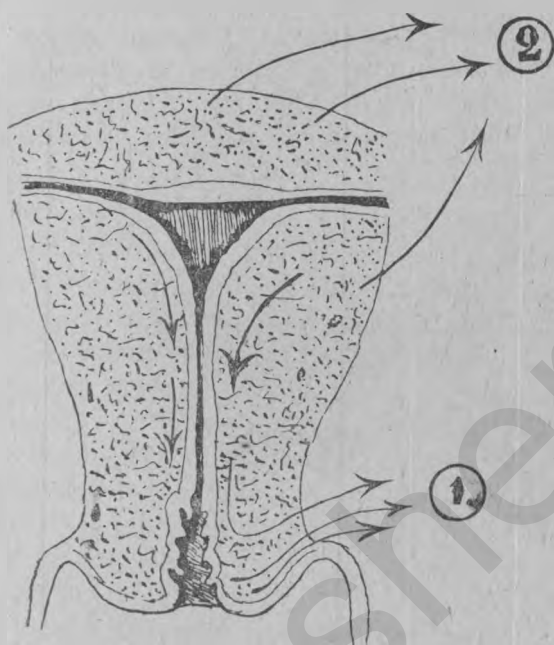


Рис. 83. Схема вліянія лимфатическихъ сосудовъ на распространіе рака по ткани матки. Стрѣлки показываютъ направленіе тока лимфы. 1—железы основанія широкихъ связокъ, 2—железы люмбарныя, въ которыя изливаются лимфатическіе сосуды, сопровождающіе plexus ovaricus по поверхности края широкой связки.



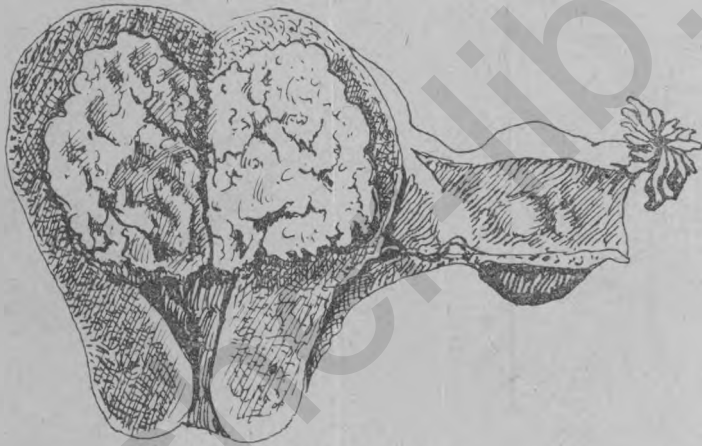
Рис. 84. Узловая форма рака шейнаго канала. Инвертирующая разновидность, захватившая всю шейку и образовавшая кратерообразную полость.

ростается узлами, очень скоро занимающими всю толщю маточной стѣнки и проростающими въ клѣтчатку основанія широкой связки. Эта узловая форма рака является самой злокачественной изъ всѣхъ. Оперативное пособіе при ней даетъ наихудшее предсказаніе, потому что метастазы въ клѣтчатку появляются очень рано и даже полное удаленіе клѣтчатки таза мало обезпечиваетъ здѣсь радикальность операціи.

Вслѣдствіе уже разсмотрѣнныхъ особенностей расположенія лимфатическихъ путей въ ткани матки, новообразование рѣдко подни-

мается вверхъ выше внутренняго отверстія, зато легко переходитъ съ клѣтчатки на сосѣдніе органы: пузырь, кишки, и захватываетъ ихъ стѣнку. Въ дальнѣйшемъ теченіи новообразование подвергается распаду и можетъ нарушить цѣлость *septi recto-* или *vesico-vaginalis*. Тогда образуются свищи, мочевые или каловые, или тѣ и другіе одновременно; открывающіеся въ общую клоаку (см. рис. 54, стр. 168).

Третье мѣсто, гдѣ появляется ракъ матки, это — слизистая оболочка около дна. Новообразование здѣсь появляется въ видѣ небольшого плоскаго узла. Оно состоитъ изъ цилиндрическаго эпителія и распространяется по поверхности слизистой оболочки, постепенно замѣщая ее. вмѣстѣ съ тѣмъ оно тоже постепенно и довольно медленно начинаетъ вростать въ ткань мышечной стѣнки матки, до тѣхъ поръ, пока не достигнетъ поверхностнаго ея слоя, гдѣ имѣются



**Рис. 85.** Ракъ дна матки, достигшій уже значительныхъ размѣровъ. Эвертирующая аденоидная форма. Новообразование уже захватило значительную часть мышечной стѣнки матки и уже начало давать метастазы, которые видны около яичника и круглой связки. (Случай Dr. W. W. Russel).

лимфатическіе сосуды, идущіе къ краю широкой связки (см. рис. 83). Только теперь начинаются метастазы, и это бываетъ гораздо позднѣе, чѣмъ при другихъ формахъ рака, нами уже рассмотрѣнныхъ.

Эвертирующая форма этого рака можетъ принимать полипозный видъ. Разрощенія иногда имѣютъ аденоидное строеніе, потому что клѣтки располагаются вродѣ трубчатыхъ железъ и иногда должны быть отнесены по своему строенію къ аденомамъ, новообразованію, не менѣе злокачественному и клинически не отличающемуся отъ рака. И симптомы, и леченіе при этомъ будутъ тѣ же самыя.

Пока ракъ дна матки еще не захватилъ всей толщи ея стѣнки, онъ остается мѣстнымъ заболѣваніемъ, и это есть единственный случай, когда удаленіе матки, даже черезъ влагалище, даетъ прочный и вѣрный результатъ, потому что удалять клѣтчатку и лимфатическіе

сосуды широкой связки здѣсь нѣтъ надобности. Единственное возраженіе противъ влагалищной операціи въ этихъ случаяхъ—это, что разминать и перегибать матку или протаскивать ее черезъ тѣсное отверстіе въ сводѣ, очевидно, противопоказано.

Когда опухоль бываетъ болѣе крупная, столь же очевидно, что удалять матку надо черезъ брюшную стѣнку, потому что удалять ее по частямъ, отдѣльными кусками тоже несомнѣнно противопоказано.

При ракахъ влагалищной части, въ особенности при эвертирующей разновидности, можно удовольствоваться высокой ампутаціей шейки, и извѣстны случаи, когда рецидива не появлялось 15 и 20 лѣтъ; удалять матку въ этихъ случаяхъ нѣтъ надобности.

При инвертирующемъ ракѣ влагалищной части ампутаціи шейки не достаточно, и хотя тѣло и дно матки еще здоровы и удаленіе всей матки радикальности операціи увеличить не можетъ, все-таки надо удалить ее всю хотя бы черезъ влагалище, дабы одновременно удалить и яичники и, сколько можно, клѣтчатки вокругъ матки.

При ракѣ шейнаго канала единственное, что слѣдуетъ дѣлать, это удаленіе матки вмѣстѣ съ придатками и всей клѣтчаткой широкихъ связокъ помощью чревосѣченія.

Это пособіе является наиболѣе цѣлесообразной и надежной операціей и въ другихъ случаяхъ, нами уже разсмотрѣнныхъ, а такъ какъ чаще всего приходится имѣть дѣло съ новообразованиемъ, исходящимъ изъ шейнаго канала, то чаще всего приходится оперировать помощью чревосѣченія, прибѣгая къ влагалищной операціи только для удаленія малоувеличенной матки при ракѣ ея тѣла, что встрѣчается довольно рѣдко, много рѣже, чѣмъ ракъ шейнаго канала или влагалищной части.

Основывать выборъ метода для операціи при ракѣ на статистикѣ нѣтъ основанія, потому что цѣлесообразность ея зависитъ, какъ уже сказано, не отъ метода, а отъ своевременности ея производства. Ранняя діагностика и раннее леченіе здѣсь стоятъ на первомъ мѣстѣ, и объ этомъ надо заботиться болѣе всего.

Ракъ есть по преимуществу болѣзнь періода климактерическаго или возраста, къ нему очень близкаго. Отдѣльные случаи, встрѣчавшіеся у молодыхъ субъектовъ (27 и даже 22 лѣтъ), дѣла не мѣняютъ. Они относятся къ рѣдкостямъ.

Предсказаніе въ этихъ случаяхъ значительно ухудшается, какъ и при всякомъ ракѣ, гдѣ бы онъ ни развился. Чѣмъ моложе больная, тѣмъ хуже и тѣмъ неизбѣжнѣе скорое появленіе рецидива.

Первые признаки заболѣванія обнаруживаются выдѣленіями, обыкновенно кроветеченіемъ.

Сначала это бываетъ простое усиленіе регуль, или увеличеніе ихъ продолжительности, а затѣмъ и въ промежуткахъ между мѣсяч-

ными показывается кровь. Она появляется въ видѣ нѣсколькихъ капель послѣ какихъ-нибудь усилій или незначительныхъ травмъ, напр. во время испражнений или послѣ половыхъ сношеній. Иногда при этомъ наблюдается какъ бы колющая боль, но это не есть признакъ постоянный; иногда бываетъ повышенное половое возбужденіе. Въмѣстѣ съ тѣмъ появляются жидкія бѣли, иногда слегка розоватыя, окрашенныя кровью. Въ дальнѣйшемъ теченіи бѣли эти пріобрѣтаютъ характерный видъ мясныхъ помоевъ и къ нимъ примѣшиваются крупинки распадающейся ткани новообразованія и появляется своеобразный слащавый запахъ, скоро переходящій въ зловоніе. И бѣли съ примѣсью распада, и въ особенности зловоніе, когда руки не скоро отмоешь, наблюдаются обыкновенно уже тогда, когда случай уже запущенный и время для операціи уже миновало.

Такимъ образомъ раннимъ признакомъ рака матки надо считать главнымъ образомъ кроветеченіе и жидкія бѣли. Когда эти признаки повторяются при каждахъ регулахъ или послѣ нихъ у женщины въ возрастѣ близкомъ къ климактеріи, то это уже есть показаніе къ немедленному тщательному гинекологическому изслѣдованію.

Меноррагія и даже кровянистыя выдѣленія, какъ и кроветеченіе, и притомъ въ томъ же климактерическомъ возрастѣ, могутъ зависѣть и отъ фибромы; но тогда будетъ опухоль или увеличеніе матки и другіе признаки, уже разсмотрѣнные въ своемъ мѣстѣ. Тѣмъ не менѣе и при фибромѣ тщательное изслѣдованіе является столь же необходимымъ уже потому, что, кромѣ фибромы, можетъ быть и ракъ. Это бываетъ даже вовсе не особенно рѣдко.

Нарушеніе питанія и рѣзкое похуданіе мало пригодно, какъ признакъ раковаго заболѣванія: все это обнаруживается обыкновенно тогда, когда время для цѣлесообразной помощи уже упущено.

Объективное изслѣдованіе пальцемъ и осмотръ черезъ зеркало позволяютъ замѣтить ракъ влагалищной части или шейнаго канала. Ракъ тѣла матки такимъ изслѣдованіемъ опредѣлить нельзя.

Діагностикъ рака влагалищной части помогаетъ разспросъ. У нерожавшей женщины или у дѣвственницы, когда на шейкѣ не можетъ быть рубцовъ, обыкновенно надо думать о ракѣ маточной полости, потому что на шейкѣ матки очень мало вѣроятности его встрѣтить.

Прикосновеніе къ узлу новообразованія нерѣдко сопровождается выдѣленіемъ крови, которою окрашивается конецъ пальца. Само новообразование отличается твердой консистенціей и малой подвижностью: оно перемѣщается только вмѣстѣ съ маткой, къ которой прикрѣплено неподвижно. Изслѣдованіе боли не вызываетъ, хотя иногда больная говоритъ объ ощущеніи укола, когда палецъ касается самага узла новообразованія.

Въ случаѣ сомнѣнія необходимо ввести зеркало и осмотрѣть влагалищную часть. Такой осмотръ однако рѣдко рѣшаетъ вопросъ, и всегда благоразумнѣе тотчасъ взять кусочекъ для микроскопическаго изслѣдованія. Кусочекъ надо взять достаточной величины, чтобы изъ него можно было получить разрѣзы: онъ долженъ быть съ горошину и не менѣе ея половины. Дѣлается это всего проще особымъ откусывающимъ инструментомъ, послѣ котораго кроветеченія получиться не можетъ. Всего лучше для этого щипцы Dr. Letmouez. Они изображены въ моей „Оперативной Гинекологіи“.

Если послѣ изслѣдованія появится кроветеченіе, то смущаться не слѣдуетъ. Надо слѣлать горячее спринцованіе въ 35° R., а иногда даже заложить ватный тампонъ, посыпанный порошкомъ таннина. Тампонъ этотъ необходимо удалить не позднѣе, чѣмъ черезъ 2 часа. Полезно помнить, что при всякомъ ракѣ матки всякая тампонація противопоказана и можетъ быть примѣняема только съ большою осмотрительностью.

Если и двойное изслѣдованіе, и осмотръ черезъ зеркало даютъ отрицательный результатъ, то причину тревожныхъ признаковъ надо искать въ полости матки. Оттуда могутъ выдѣляться и окрашенная кровью бѣли, и чистая кровь.

Допустимо, но не лишено нѣкотораго риска, назначить недѣли на три горячія спринцованія и внутреннія кровеостанавливающія средства и посмотреть, что будетъ; если всѣ симптомы исчезнутъ, то можно этимъ и ограничиться, объясняя всѣ тревожныя явленія началомъ климактерическаго періода, потому что это, конечно, возможно. Но лучше, правильнѣе, а главное благоразумнѣе, тотчасъ сдѣлать пробное выскабливаніе матки, въ особенности ея дна, небольшой острой кюреткой, которую можно ввести нерѣдко безъ всякаго предварительнаго расширенія. Но никогда не надо дѣлать это торопливо, въ приѣмной и безъ помощниковъ. Операция должна быть сдѣлана въ надлежащей хирургической обстановкѣ и расширители для нея должны быть заготовлены, хотя бы можно было обойтись безъ нихъ. Кюреткой необходимо обойти всю полость матки, обѣ ея поверхности, переднюю и заднюю, и оба угла, правый и лѣвый, и надо дѣлать это не спѣша.

Если ничего не наскребется, то обыкновенно ничего, кромѣ старческаго эндометрита, и не окажется послѣ облѣдованія препарата. При ракѣ удастся наскрести довольно много обрывковъ ткани, но и малѣйшими клочками не слѣдуетъ пренебрегать: микроскопическое изслѣдованіе можетъ и въ нихъ обнаружить начало заболѣванія.

Ракъ надо оперировать тотчасъ, какъ только онъ распознанъ. Переждать недѣлю или полторы уже есть нѣкоторая затяжка, а когда



откладываютъ операцию на 2—3 недѣли, то это уже непростительная проволочка.

Запущенные случаи рака лечатся симптоматически для облегченія страданій.

Боли уменьшаются мѣстнымъ тепломъ: компрессами, мѣшкомъ съ горячей водой, припарками и наркотическими средствами.

Средства эти необходимо разнообразить и замѣнять, когда они перестаютъ дѣйствовать. Никогда не надо гоняться за малыми дозами, назначать наркотическія надо въ такихъ количествахъ, чтобы они оказывали свое дѣйствіе: водный экстрактъ опія въ свѣчахъ (0,03; 0,05), экстрактъ белладонны (0,03; 0,04), морфій (0,02) подъ кожу или внутрь въ обычныхъ, близкихъ къ максимальнымъ дозахъ. Больныя эти хорошо переносятъ narcotica, и описаны случаи, когда онѣ принимали опійную настойку чайными ложками по нѣсколько разъ въ день безъ замѣтнаго вреда.

Кровотеченія останавливаются горячими вяжущими спринцованіями и оперативнымъ удаленіемъ ложкою распадающейся массы новообразованія.

Всего лучше это дѣлается зазубренной ложкой Kelly (рисунокъ см. моя Опер. Гинек.) Инструментъ этотъ построенъ на томъ же принципѣ, какъ стѣки и проволочныя петли, которыми скульпторы снимаютъ лишнюю глину. Край этихъ инструментовъ дѣлается зазубреннымъ, вслѣдствіе чего онъ не внѣдряется въ глину и снимаетъ ее ровнымъ слоемъ. Ложечка Kelly удивительно легко захватываетъ ткань новообразованія, а другія ткани не повреждаетъ вовсе. Помощью этой ложки съ полною безопасностью можно оскрести почти всю массу новообразованія, и дѣлается это много легче, чѣмъ обыкновенными ложками или кюретками, когда все время боишься сдѣлать перфорацию. Дѣйствіе этого инструмента нельзя себѣ представить: его надо видѣть и испробовать, чтобы понять его преимущества.

Во время оскребанія кровотеченіе принимаетъ нерѣдко какъ бы угрожающій характеръ; но этого бояться нечего; надо знать, что при дальнѣйшемъ выскабливаніи кровь скоро остановится сама, и пособіе это доступно компетенціи каждаго практическаго врача.

Выскабливаніе надо дѣлать настойчиво, пока будетъ удалено все, что даетъ выступы, распадается и кровоточитъ. Послѣ выскабливанія оставшаяся полость вытирается насухо, смазывается іодомъ и въ нее вставляется часа на 3 марля, смоченная спиртомъ и хорошо отжатая. Если послѣ смазыванія іодомъ кровь остановится совсѣмъ, то ничего вставлять не нужно.

Зловонныя отдѣленія лечатся антисептическими спринцованіями и прижиганіями язвенной поверхности.

Прижиганіе дѣлается каленымъ желѣзомъ, чтобы получился хорошій струпь. Пакеленомъ этого достигнуть нельзя. Еще лучше сдѣлать прижиганіе горячимъ воздухомъ (300°С.) помощью аппарата Vignat.

Прижиганіе дѣлается также и химическими средствами. Тампонъ, смоченный въ 10% растворѣ хлористаго цинка, вкладывается въ полость изъязвленія и оставляется часа на два. При этомъ здоровую слизистую оболочку влагалища необходимо защитить отъ ожога, смазавши ее по сухому вазелиномъ. Съ тою же предосторожностью пользуются ацетономъ, который наливаютъ прямо черезъ зеркало и оставляютъ минутъ на 10—15 въ соприкосновеніи съ новообразованіемъ.

Примѣняется также формалинъ на очень сухо отжатомъ тампонѣ.

Послѣ химическаго прижиганія получается сухой струпь, а когда онъ герметически укупориваетъ язвенную поверхность, то можетъ получиться всасываніе и рѣзкое повышеніе температуры, иногда даже со знобомъ.

Въ послѣднее время рекомендовали лечить зловоніе впрыскиваніями (подъ кожу и даже въ вену) эметина (0,03, одинъ разъ въ день). Средство это должно убить сапрофиты, такъ же какъ оно убиваетъ амёбы при нѣкоторыхъ тропическихъ болѣзняхъ. Я еще не имѣлъ возможности провѣрить дѣйствіе этого средства.

При леченіи всякихъ раковыхъ язвъ всего больше надо смотрѣть за тѣмъ, чтобы отдѣляемое не могло застаиваться, и принимать противъ этого всѣ доступныя мѣры.

Изъ антисептическихъ средствъ для спринцованія можно пользоваться въ сущности, чѣмъ угодно: растворомъ *kalii hypermanganicis* (розоваго цвѣта), 8% растворомъ поваренной соли, растворомъ іода,  $\frac{1}{2}$ % растворомъ *kalii chlorici* и т. п. Хорошо устраняется вонь эмульсіей изъ скипидара. Берется столовая съ верхомъ ложка магnezіи, заваривается литромъ кипящей воды, къ этому прибавляется чайная ложка французскаго скипидара и хорошо размѣшивается, чтобы получилась однородная смѣсь и не оставалось капель на поверхности. При каловыхъ свищахъ хорошее дѣйствіе оказываетъ спринцованіе 1% растворомъ мѣднаго купороса.

Кромѣ матки, первичный ракъ можетъ появляться на слизистой оболочкѣ влагалища. Это плоскоэпителиальная форма новообразованія, но она злокачественнѣе рака влагалищной части. Оно чаще встрѣчается на задней стѣнкѣ влагалища, чѣмъ на передней. Леченіе состоитъ въ оперативномъ удаленіи всего влагалища вмѣстѣ съ маткой. Это тяжелая операція, и предсказаніе, даже непосредственно послѣ нея, очень серьезное.

На стѣнкѣ влагалища могутъ быть раковые узлы вслѣдствіе самопрививанія раковаго отдѣленія маточной полости, попадающаго на случайныя царапины или поврежденія слизистой оболочки.

Первичный ракъ яичника встрѣчается очень рѣдко. Онъ даетъ довольно объемистыя опухоли внизу живота и имѣетъ очень злокачественное теченіе. При немъ рано наблюдается скопленіе асцитической жидкости и отекъ брюшной стѣнки внизу живота. Для него характернымъ считается двусторонность заболѣванія, появляющагося одновременно въ обоихъ яичникахъ.

Патологія этого заболѣванія остается неясной во многихъ отношеніяхъ. Повидимому, даже подъ нимъ разумѣютъ нѣсколько различныхъ болѣзненныхъ формъ.

Многіе случаи первичнаго рака яичниковъ, въ особенности двусторонняго, при болѣе тщательномъ изученіи оказались метастазами, а первичные узлы были находимы на кишечникѣ: около pylorus, около cardia, или на S. Romanum. Другіе случаи должны быть отнесены скорѣе къ саркомамъ, чѣмъ къ раку, по микроскопическому строенію ихъ клѣточныхъ элементовъ. Мнѣ не случалось оперировать первичнаго рака яичника, который не вызывалъ бы сомнѣній. Тѣ случаи, которые, казалось, наиболѣе подходили подъ эту категорію, имѣли аденоидное строеніе и съ такимъ же правомъ могли бы быть отнесены къ аденомамъ—новообразованію, не менѣе злокачественному.

Леченіе здѣсь состоитъ въ полномъ удаленіи придатковъ вмѣстѣ съ маткой помощью брюшнаго чревосѣченія. Простое удаленіе яичника или яичниковъ даетъ въ этихъ случаяхъ еще менѣе прочные результаты, даже непосредственно послѣ операціи. Въ послѣднее время при всѣхъ злокачественныхъ или даже подозрительныхъ въ этомъ отношеніи заболѣваніяхъ придатковъ матки я дѣлалъ удаленіе всѣхъ половыхъ органовъ (panhysterectomy abdominalis), и непосредственные результаты послѣ операціи были иногда удивительно благопріятные. Въ одномъ случаѣ въ прошломъ году больная сидѣла на крыльцѣ уже на 10-й день послѣ операціи. На 18-й день она выписалась, прославляя Создателя и хирургическое искусство, которое такъ скоро исцѣлило ее отъ ея тяжкаго недуга. Но уже черезъ полтора мѣсяца у нея можно было прощупать узлы метастазовъ въ различныхъ органахъ, а черезъ два мѣсяца она уже была въ безнадежномъ состояніи и довольно скоро скончалась. Въ другихъ случаяхъ больныя жили иногда годъ и даже два, но всѣ онѣ скончались отъ рецидивовъ.

Для діагностики и предсказанія при всякихъ злокачественныхъ новообразованіяхъ въ брюшной полости, кромѣ свободной асцитической жидкости, очень важное значеніе имѣютъ узлы новообразо-

ванія въ задней Дугласовой ямкѣ. Когда при двойномъ изслѣдованіи черезъ влагалище или черезъ кишку находятъ здѣсь отдѣльные узлы, то это признакъ очень серьезный. Онъ показываетъ, что новообразование уже начало распространяться по поверхности брюшины. Такъ бываетъ при ракахъ и саркомахъ придатковъ, такъ бываетъ при всякихъ аденомахъ и папиллярныхъ разрощеніяхъ. Когда въ Дугласѣ имѣются такіе узлы, то время для операціи обыкновенно уже упущено.

Злокачественные наросты и новообразования наблюдаются еще на наружныхъ половыхъ органахъ. Диагностика здѣсь не представляетъ затрудненій, такъ какъ все хорошо доступно и для осмотра, и для ощупыванія. Когда узлы новообразования рано подвергаются изъязвленію, а это бываетъ почти всегда, ихъ можно смѣшивать съ туберкулезной или сифилитической язвой.

Въ первомъ случаѣ вопросъ рѣшается микроскопическимъ изслѣдованіемъ, хотя отъ такой ошибки опасности большой нѣтъ, потому что леченіе въ обоихъ случаяхъ хирургическое. Отъ сифилитическихъ раковыя язвы отличаются и по анамнезу, и по мѣсту, гдѣ онѣ помѣщаются, и даже по величинѣ утолщенія и затвердѣнія. Сифилитическій первичный склерозъ помѣщается обыкновенно во входѣ во влагалище: на преддверіи, малыхъ губахъ, или на задней спайкѣ.

Ракъ клитора, точно также какъ и ракъ малой губы, довольно скоро даетъ метастазы въ паховыхъ железахъ. Ихъ при этомъ заболѣваніи всегда надо вылущать съ большою тщательностью, хотя бы затвердѣнія и увеличенія ихъ прощупать и не удавалось. Однако и это мало гарантируетъ отъ рецидива, и предсказаніе, даже при ранней операціи, всегда бываетъ сомнительное. Когда оперируютъ черезъ 2—3 мѣсяца послѣ начала заболѣванія, рецидивъ обыкновенно обезпеченъ. Въ такихъ случаяхъ лучевое леченіе даетъ иногда удивительные результаты.

Въ толщѣ большой губы изъ злокачественныхъ опухолей встрѣчаются саркомы, иногда даже меланосаркома. Онѣ отличаются большою злокачественностью и, очевидно тоже должны быть лечимы лучами радія, потому что оперативное леченіе даетъ болѣе чѣмъ скромные результаты.

## ГЛАВА XXII.

### **Опухоли и новообразования тазовыхъ органовъ женщины (продолженіе): кисты, кистомы, эхинококкѣ.**

Опухоли и новообразования, исходящія изъ придатковъ матки, въ особенности изъ яичниковъ, отличаются большимъ разнообразіемъ, иногда причудливостью формы и строенія и нерѣдко достигаютъ такихъ огромныхъ размѣровъ, что способны вызывать изумленіе,

какъ человѣкъ можетъ носить въ себѣ такую тяжесть и еще ходить при этомъ. Не менѣе удивительнымъ представляется, что такія огромныя опухоли рѣдко вызываютъ измѣненія въ кровообращеніи и при нихъ рѣдко наблюдается отекъ конечностей. Это всегда признакъ очень цѣнный; пока ноги и животъ не отекаютъ, еще есть большая надежда на полную возможность оперировать.



Рис. 86. Огромная киста яичника.

Опухоли эти имѣютъ обыкновенно кистозное строение и содержатъ въ себѣ полости, растянутыя жидкостью. Жидкость эта бываетъ тоже самая разнообразная: иногда серозная, водянистая, иногда густая, тягучая, клеевидная, желтоватаго, коричневатаго и даже шоколаднаго цвѣта.

Долгое время кисты эти считались неизлечимыми, и только въ отдѣльныхъ случаяхъ болѣе предприимчивые люди рѣшались, для облегченія страданій больныхъ, выпускать время отъ времени жидкость помощью прокола, совершенно такъ же, какъ это дѣлалось въ случаяхъ большого асцита.

Lawson Tait приводитъ въ своемъ руководствѣ рисунокъ надгробнаго камня на старомъ англійскомъ кладбищѣ. На немъ написано, сколько разъ больная подверглась проколу въ послѣдніе мѣсяцы ея жизни. Тамъ же приводится текстъ эпитафіи Mary Page.

Въ теченіе 67 мѣсяцевъ ей было сдѣлано 66 проколовъ и выпущено 240 галлоновъ жидкости. Она никогда не боялась этой операціи и всегда переносила ее хорошо. Эта надпись находится въ Burnhill Fields.

Очевидно, огромное количество жидкости, которое можетъ при этомъ быть выпускаемо, приводило тогда въ изумленіе и врачей, и публику.

Въ 1794 г. John Bell въ Эдинбургѣ демонстрировалъ на лекціи препараты такихъ опухолей и, обращая вниманіе на то, что онѣ прикрѣпляются на довольно тонкой ножкѣ, въ которой проходятъ всѣ питающіе ихъ сосуды. Съ свойственной ему убѣдительностью онъ высказалъ увѣренность, что недалеко то время, когда хирурги будутъ удалять эти опухоли, перевязавши и перерѣзавши тонкое прикрѣпленіе, на которомъ онѣ держатся. Это казалось ему настолько яснымъ и простымъ, что онъ сказалъ: „Непростительно для хирургическаго искусства, что мы до сихъ поръ оставляемъ этихъ больныхъ безъ той помощи, которая, очевидно, столь проста и возможна“. Слова эти произвели глубокое впечатлѣніе на одного изъ его слушателей, молодого шотландца Mc Dowell'я, и онъ тогда же рѣшилъ воспользоваться пророческимъ замѣчаніемъ своего великаго учителя и примѣнить на дѣлѣ то, что такъ просто и ясно вытекало изъ знаній, которыя онъ приобрѣлъ.

Только черезъ много лѣтъ, въ 1809 г. ему удалось осуществить мечту своего учителя, воспринятую имъ еще въ юношескомъ возрастѣ. Онъ былъ сельскимъ врачомъ въ глухомъ и отдаленномъ штатѣ Kentukku и здѣсь въ самой скромной и примитивной обстановкѣ, безъ всякихъ помощниковъ, съ очень малымъ числомъ инструментовъ и притомъ большею частью импровизированныхъ, безъ всякаго наркоза онъ очень быстро и удачно удалилъ черезъ брюшной разрѣзъ огромную оваріальную кисту. Для уменьшенія объема опухоли онъ опорожнилъ ее черезъ камышевую трубочку, изъ какихъ дѣлаютъ мундштуки для сигаръ. Ножку опухоли онъ перевязалъ простой пеньковой ниткой. Такой же ниткой и простой прямой иглой онъ зашилъ брюшную стѣнку узловатымъ швомъ. Больная эта скоро выздоровѣла безъ всякихъ инцидентовъ, и случай этотъ сдѣлался историческимъ, потому что онъ послужилъ толчкомъ къ созданію той абдоминальной хирургіи, къ успѣхамъ которой мы теперь успѣли присмотрѣться и привыкнуть. Но все это обстояло совершенно иначе не такъ давно. Настоящая работа въ этомъ направленіи началась только еще черезъ 50 лѣтъ, когда послѣ крымской войны Sir Spencer Wells рѣшился послѣдовать примѣру Mc Dowell'я и сталъ получать удивительные для того времени результаты.

Интересно, что больная Mc Dowell'я показала примѣръ полной безопасности ранняго вставанія съ постели послѣ операции, т. е. примѣненія метода леченія, къ которому мы пришли только въ самое послѣднее время. Mc Dowell рассказываетъ, что когда онъ посѣтилъ свою больную г-жу Crawford на 5-й день послѣ операціи, онъ нашелъ ее за уборкой квартиры, такъ какъ прислуги у нея не было. На 25-й день она уѣхала въ другой, довольно отдаленный штатъ и перенесла очень хорошо длинное путешествіе, на лошадахъ конечно.

Примѣчательно и другое историческое воспоминаніе. Престарѣлый піонеръ абдоминальной хирургіи, скончавшійся только въ прошломъ году уже во время войны, знаменитый эльзасскій хирургъ Koeberlé началъ свою работу въ Страсбургѣ и сталъ оперировать одновременно и даже немного ранѣ Spencer Wells'a. Его результаты оказались еще болѣе благоприятными, и достигалъ онъ этого примѣненіемъ достаточной хирургической чистоты и вывариваніемъ всего, что можно, т. е. дѣлалъ то же самое, что мы дѣлаемъ теперь и называемъ „асептикой“.

Въ настоящее развитіе и разработка абдоминальной хирургіи сдѣлала всѣ эти операціи достояніемъ каждаго хирурга, и намъ трудно даже себѣ представить, какъ долго наши предшественники были запуганы послѣопераціоннымъ, въ дѣйствительности просто септическимъ перитонитомъ, отъ котораго тогда такъ часто умирали послѣ всякихъ поврежденій и раненій брюшины. Теперь каждый начинающій работать молодой хирургъ знаетъ объ этомъ тяжеломъ осложненіи больше по наслышкѣ и скоро выучивается его предупреждать; но всякій, кто помнитъ объ томъ, что было въ этой области еще очень недавно, съ благоговѣніемъ задумается на этой блестящей страницѣ исторіи нашей науки и талантливыхъ дѣятелей, ее создававшихъ.

Діагнозъ опухолей брюшной полости ставится въ значительной степени на основаніи обычныхъ методовъ объективнаго изслѣдованія: ощупыванія и выстукиванія.

Многія кисты яичника отличаются при первомъ своемъ появленіи большою подвижностью и легко перемѣщаются по всему животу. Присутствіе такой опухоли нерѣдко обнаруживается самой больной, которая рассказываетъ, что когда она лежитъ, ей часто попадается опухоль въ разныхъ мѣстахъ живота и она даже иногда можетъ захватить ее руками. Признакъ этотъ типиченъ для кисты яичника, на него обращалъ вниманіе еще Spencer Wells. Ощупываніе живота и въ особенности двойное изслѣдованіе обыкновенно скоро позволяетъ отыскать такую опухоль. Но при ожирѣвшемъ и даже при очень растянутомъ животѣ иногда ничего прощупать нельзя. Въ такихъ случаяхъ можно помочь дѣлу ощупываніемъ подъ водою, въ ваннѣ, когда даже очень ожирѣвшая брюшная стѣнка мѣшаетъ много меньше, а растянутая не такъ чувствительна.

Наиболѣе цѣнныя данныя все-таки добываются перкуссіей. Въ брюшной полости вездѣ находятся кишки, въ особенности внизу живота. Газы, находящіеся въ кишкахъ, даютъ тимпаническій звукъ. Тамъ, гдѣ попадаетъ тупой звукъ, можетъ находиться только опухоль, выпоть или скопленіе жидкости. Жидкость можетъ быть свободная въ брюшной полости и тогда она должна переливаться въ ней при перемѣнѣ положенія туловища. Вслѣдствіе своей тяжести

она будет помѣщаться въ болѣе глубокихъ мѣстахъ, а кишечныя петли, какъ болѣе легкія, будутъ всплывать и помѣщаться выше.

При лежачемъ на спинѣ положеніи кишечныя петли будутъ помѣщаться въ срединѣ живота около пупка, а тупой звукъ отъ свободной жидкости расположится вокругъ нихъ. Нижняя граница тупого звука при этомъ будетъ обращена своею выпуклостью книзу (см. рис. 87.1).

Въ случаѣ опухоли, исходящей изъ полости малаго таза, или осумкованнаго здѣсь скопленія жидкости, кишечныя петли тоже смѣстятся кверху, но нижняя ихъ граница расположится по поверхности опухоли и выпуклость границы тупого звука будетъ обращена кверху (см. рис. 87.2).

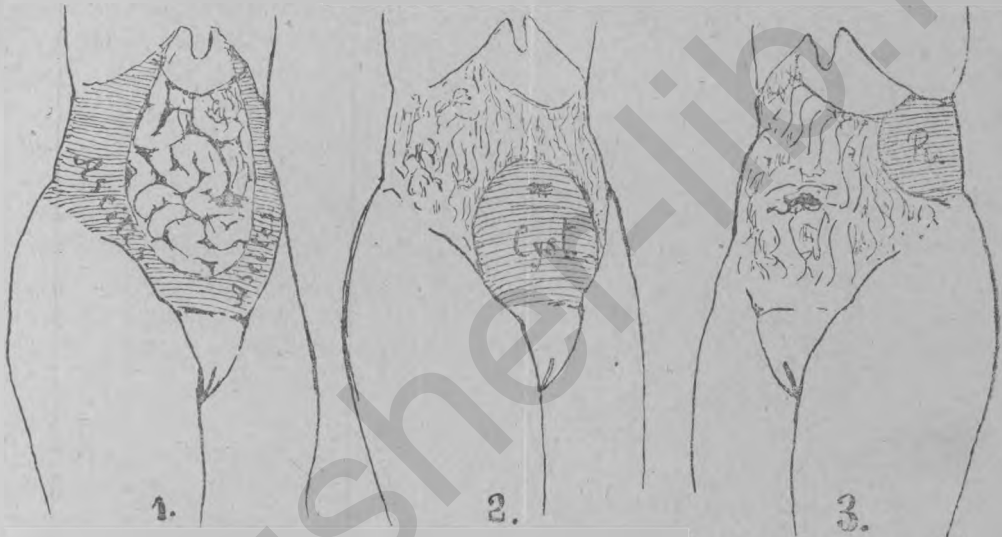


Рис. 87. Расположеніе области тупого звука при опухоляхъ живота. Подробности въ текстѣ.

Когда опухоль исходитъ изъ почки, или развилась изъ ретроперитонеальныхъ органовъ, то граница тупого звука будетъ обращена своей выпуклостью къ средней линіи, а внизу отъ полости малаго таза граница тупого звука будетъ отдѣлена полосой яснаго кишечнаго тона (см. рис. 87.3).

Опухоль ретроперитонеальная, исходящая изъ поджелудочной железы, или киста на корнѣ брыжейки можетъ дать въ срединѣ живота пространство тупого звука, ограниченное со всѣхъ сторонъ тимпаническимъ звукомъ.

Область тупого звука, ограниченная тимпаническимъ кишечнымъ тономъ, можетъ получиться при скопленіи большого количества жидкости въ толстой кишкѣ, но ошибка скоро обнаруживается, потому что можно вызвать явленіе плеска этой жидкости.



Данныя, добытыя перкуссіей, являются наиболѣ цѣнными: они могутъ иногда имѣть рѣшающее значеніе и послужить основаніемъ для операціи даже тогда, когда ничего прощупать не удастся.

Пользоваться для діагностическихъ цѣлей проколомъ не приходится, потому что никогда не извѣстно, насколько стерильнымъ окажется содержимое опухоли. Даже когда оно не содержитъ бактерій, оно часто является сильнымъ раздражителемъ для серознаго покрова брюшины. Тамъ, гдѣ содержимое это попадаетъ на брюшину, а при проколѣ это всегда неизбѣжно, столь же неизбѣжно образуются сращения, иногда даже очень обширныя.

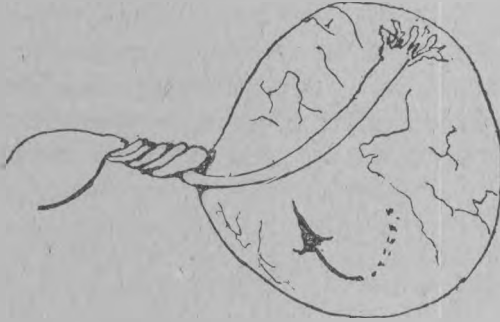


Рис. 88. Перекрутившаяся лѣвосторонняя киста яичника.

Подвижно сидяція на длинной ножкѣ опухоли могутъ подвергаться перекручиванію. Это бываетъ послѣ различныхъ усилій или рѣзкаго перемѣщенія туловища и вообще зависитъ отъ механическихъ причинъ, не всегда вполне ясныхъ. Интересно, что всѣ опухоли, исходяція изъ полости малаго таза, при перекручиваніи повертываются „по солонь“, по направленію движенія солнца, или,

что все равно, часовой стрѣлки. Почему это такъ происходитъ, остается неизвѣстнымъ. Думаютъ, что поворачиваніе беременной матки, совершающееся по тому же направленію, зависитъ отъ вліянія растяженія толстыхъ кишекъ, въ частности S-Romanum. Когда имѣются двустороннія опухоли придатковъ, то онѣ могутъ перекрутиться въ противоположномъ направленіи.

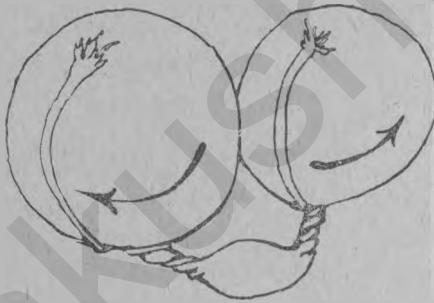


Рис. 89. Двустороннія кисты придатковъ, перекрутившіяся въ противоположномъ направленіи.

Перекручиваніе ножки ведетъ къ нарушенію питанія опухоли, вслѣдствіе сдавленія ея сосудовъ. Сдавленные перекручиваніемъ вены не могутъ опорожняться, артеріи, какъ болѣе толстостѣнные, не сдавливаются и продолжаютъ доставлять кровь. Получаются отекъ и кровезизліянія изъ капилляровъ, не выдерживающихъ переполненія. Брюшина, покрывающая опухоль, воспаляется и легко можетъ быть инфицирована отъ прирастающихъ къ ней кишечныхъ петель. Полу-

чается инфекция, которая легко может перейти въ нагноеніе, или распространиться по брюшной полости и довольно скоро закончиться смертельнымъ перитонитомъ, если не будетъ оказана своевременная, т. е. немедленная хирургическая помощь.

Иногда вслѣдствіе перекручиванія кровообращеніе въ опухоли совершенно прекращается, и тогда она подвергается общему или частичному омертвѣнію со всѣми его послѣдствіями. Опухоль при этомъ можетъ однако иногда продолжать расти и послѣ полного отдѣленія отъ своего первоначальнаго прикрѣпленія, отъ своей ножки, если новыя сращенія съ сальникомъ и кишками успѣютъ обезпечить ея питаніе достаточнымъ развитіемъ новыхъ сосудовъ. Такое состояніе

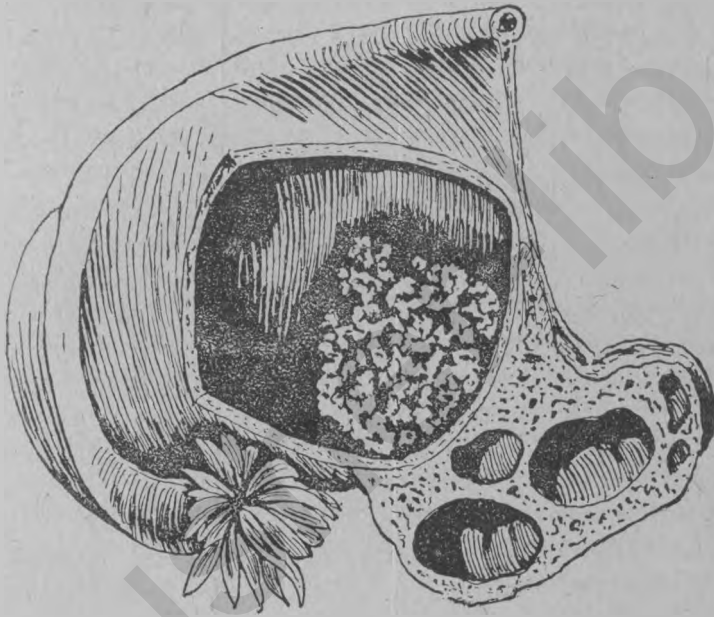


Рис. 90. Папиллярныя разрошенія въ полости кисты съ коллоиднымъ содержимымъ.

опухоли называется паразитическимъ. Новая сѣть сосудовъ въ такихъ случаяхъ образуется все-таки всегда изъ сосудовъ сальника и *appendices epiploici*.

Кисты яичника могутъ быть однокамерныя и многокамерныя. Послѣднія называются также кистомами. Содержимое кисты можетъ быть совершенно жидкое, прозрачное, содержащее растворенный бѣлокъ. Оно можетъ быть густое и содержать много клѣточного распада въ видѣ круглыхъ зернистыхъ шаровъ и остатковъ кровяныхъ тѣлецъ. Окраска жидкости бываетъ желтоватая, иногда болѣе темная буроватая и даже шоколаднаго цвѣта. Окраска эта зависитъ отъ примѣси кровяныхъ пигментовъ и при ней попа-

даются сморщенные красныя кровяныя клѣтки, слѣдствіе старыхъ кровеизліяній и ромбовидныя кристаллы холестерина.

Болѣе густое содержимое кистомъ состоитъ изъ распадающагося или перерождающагося эпителія. Оно можетъ быть очень густое студенистое и тягучее, когда стѣнка кисты покрыта слоемъ высокаго цилиндрическаго эпителія, обезпечивающаго ей эту обильную секрецію. Эпителий этотъ можетъ давать пышныя разрощенія въ полости кисты. Разростаясь въ полости кисты, они принимаютъ форму цвѣтной капусты.

Такая опухоль легко пріобрѣтаетъ свойства злокачественности, если пузыри ея почему-либо надрываются или повреждаются, и если содержимое попадаетъ въ брюшную полость, то клѣтки эпителія прививаются къ серозной поверхности и начинаютъ расти на новыхъ мѣстахъ. Это распространение, хотя и происходитъ *per continuitatem*, но имѣетъ всѣ свойства метастазовъ. Сначала эти разрощенія вызываютъ скопленіе жидкости въ брюшной полости, а затѣмъ новые узлы папиллярныхъ разрощений начинаютъ проникать въ лимфатическіе, а иногда и въ кровеносные сосуды, и тогда даютъ настоящіе метастазы въ важныхъ для жизни органахъ и способны убить организмъ.

Папиллярныя кисты съ коллоиднымъ содержимымъ могутъ подвергаться саркоматозному перерожденію и тогда злокачественность ихъ значительно увеличивается и онѣ скоро приводятъ къ роковой развязкѣ.

Изъ яичника могутъ развиваться кисты, высланныя внутри какъ бы кожей съ волосяными и сальными мѣшечками. Это такъ называемыя дермоидныя кисты. Онѣ бывають наполнены жирнымъ, вродѣ сала, веществомъ и волосами. На стѣнкѣ такихъ кистъ можно видѣть зубы, иногда до нѣсколькихъ сотъ, образованія вродѣ соска съ железистыми элементами, какъ въ грудной железнѣ, костныя образованія, напоминающія верхнюю или нижнюю челюсть и ногти, потовыя железы, а иногда подобіе недоразвитаго глаза. Когда такую кисту удаляютъ цѣликомъ и она остынетъ, то сальное содержимое ея застываетъ, и она дѣлается твердой. Чтобы хорошенько осмотрѣть содержимое на препаратѣ, приходится его промывать керосиномъ или бензиномъ, чтобы удалить сало и отмыть волосы. Волосы эти бывають иногда очень длинныя; они всегда бывають темнаго цвѣта. Съдыхъ волосъ здѣсь никогда не находили.

О происхожденіи этихъ кистъ было высказываемо много предположеній. Одни думали объяснить ихъ появленіе развитіемъ неоплодотвореннаго яйца, процессомъ партеногенетическимъ; другіе предполагали, что это остатки недоразвитаго плода при недоразвитіи одного изъ близнецовъ. При такомъ объясненіи мало понятно, почему по-

являются такіе длинные волосы, такъ много салныхъ железъ и такое огромное количество недоразвитыхъ зубовъ или челюстей. Кромѣ того опухоли эти были находимы и въ другихъ частяхъ тѣла, напр., около глазницы и притомъ даже у мужчинъ. Онѣ никогда не были находимы у новорожденного или утробнаго плода.

Дермоидныя кисты могутъ подвергаться злокачественному пере-рожденію и тогда изъ нихъ развиваются опухоли, которыя почти одинаково могутъ быть отнесены къ раковымъ, какъ и къ саркома-тознымъ.

Кисты эти рѣдко достигаютъ большихъ размѣровъ. Онѣ разви-ваются около основанія яичника и мѣста его прикрѣпленія къ широ-кой связкѣ, поэтому онѣ нерѣдко прощупываются спереди отъ матки, и это даже считается однимъ изъ діагностическихъ для нихъ при-знаковъ. По той же причинѣ онѣ нерѣдко развиваются интралига-ментарно и помѣщаются низко. При изслѣдованіи онѣ могутъ быть чувствительными и ихъ можно смѣшать съ гнойнымъ сальпингомъ.

Кисты эти, кромѣ того, легко подвергаются инфекціи, а содер-жимое ихъ очень раздражаетъ серозную поверхность, если попадаетъ на нее, и вызываетъ въ ней сильное воспаленіе. Когда онѣ инфи-цируются, то даютъ упорное и очень опасное нагноеніе.

Опухоли эти очень важно удалять цѣликомъ. При невозможно-сти это выполнить леченіе остающейся отъ нихъ полости дрена-жемъ чрезвычайно опасно и приводитъ къ тяжелымъ осложненіямъ, вплоть до септического смертельнаго перитонита.

Кромѣ кистъ яичника кистозныя опухоли развиваются изъ при-датка, *parovarium*, и изъ трубы вмѣстѣ съ брюшиною широкой связки—это такъ называемыя тубо-оваріальныя кисты.

Пароваріальныя кисты обыкновенно бываютъ однокамер-ныя и тонкостѣнныя. Содержимое ихъ совершенно прозрачное, какъ бы водянисто-серозное, и, попадая въ брюшную полость, никакого раздраженія не производитъ и скоро всасывается. Впослѣдствіи оно дѣлается болѣе густымъ и мутнымъ, но пока оно не инфицировано, опасности не представляетъ. Кисты эти бываютъ двухъ видовъ: однѣ изъ нихъ отличаются большою подвижностью и сидятъ на длинной ножкѣ, почему легко подвергаются перекручиванію; другія развиваются интралигаментарно, раздвигая листки широкой связки, и помѣщаются въ тазу. Подвижность ихъ незначительная и онѣ смѣщаютъ матку, оттѣсняя ее въ сторону и вверхъ. Подвижныя кисты могутъ быть удаляемы черезъ небольшой разрѣзъ живота или свода влагалища, потому что это едва ли не единственный случай этого заболѣванія, когда можно совершенно безнаказанно уменьшать объемъ кисты про-коломъ, не опасаясь попаданія ея содержимаго въ брюшную полость. Такъ какъ пароваріальныя кисты развиваются въ *mesosalpinx*, то

онъ всегда поднимаютъ трубу, которая и растягивается по поверхности. По этому признаку ихъ можно даже отличить отъ кистъ яичника, при которыхъ труба и ея брыжейка могутъ оставаться не растянутыми.

Кисты тубо-оваріальныя имѣютъ много общаго съ водяной трубой, *hydrosalpinx*—заболѣваніемъ несомнѣнно по большей части бленнорройнаго происхожденія. Большія скопленія жидкости въ трубѣ при крупномъ *hydrosalpinx* очень похожи на кисту, но тубо-оваріальной кистой оно можетъ сдѣлаться только тогда, когда абдо-

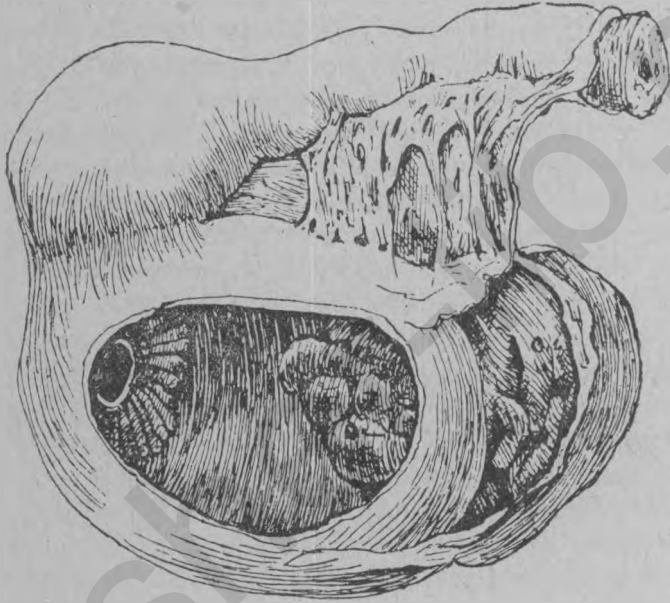


Рис. 91. Оваріальный мѣшокъ, въ который открывается абдоминальное отверстіе растянутой трубы, превратился въ тубо-оваріальную кисту. Видно отверстіе трубы съ ея фимбріями въ полости кисты; *o. o.*—*ovarium*.

минальный конецъ трубы при этомъ не зарощенъ, а будетъ открываться въ такъ называемый оваріальный мѣшокъ брюшины, края котораго будутъ приращены вокругъ отверстія трубы.

Мѣшокъ этотъ, *saccus ovaricus*, помѣщается на задней поверхности широкой связки. Онъ въ видѣ полулунной складки обхватываетъ яичникъ, который въ немъ и помѣщается. У нѣкоторыхъ животныхъ, напр., у мышей, онъ окружаетъ весь яичникъ, и даже оплодотвореніе яйца происходитъ въ немъ.

Когда оваріальный мѣшокъ заростаетъ, окруживши абдоминальный конецъ трубы, то получается общій мѣшокъ, состоящій изъ полости трубы и оваріальнаго мѣшка. Отверстіе трубы остается при этомъ

открытымъ и въ полости мѣшка тубо-оваріальной кисты можно видѣть фимбріи, радіально расположенныя вокругъ нея и приросшія къ внутренней поверхности мѣшка.

Простое скопленіе серозной жидкости въ заросшемъ оваріальномъ мѣшкѣ называется *ovarian hydrocele*. Иногда въ этомъ мѣшкѣ была наблюдаема внѣматочная беременность, и мнѣ пришлось оперировать такіе случаи.

Въ полости таза могутъ быть еще кистозныя опухоли, развивающіяся изъ самой брюшины. Кисты эти наполнены серозной, желтоватой жидкостью и образуются вслѣдствіе заросенія маленькихъ отдѣловъ брюшины окружающими ихъ сращениями. Отдѣляемая брюшиной серозная жидкость не всасывается въ этихъ замкнутыхъ полостяхъ, окруженныхъ сращениями и не сообщающихся съ общою полостью брюшины. Прозрачныя, просвѣчивающія тонкостѣнные кисты, которыя при этомъ образуются, встрѣчаются вездѣ, гдѣ было мѣстное воспаленіе брюшины и образовались сращения. Хорошій примѣръ такихъ кистъ виденъ на препаратѣ, изображенномъ на цвѣтной таблицѣ въ началѣ книги.

Кисты эти рѣдко достигаютъ значительной величины, обыкновенно это бываютъ пузырьки, величиною въ виноградину или сливу, рѣдко съ куриное яйцо. Для леченія ихъ достаточно просто проколоть ножомъ и выпустить изъ нихъ жидкость.

Вылущать ихъ невозможно, потому что стѣнки, ихъ ограничивающія, состоятъ изъ брюшины, покрывающей сосѣдніе органы, или ихъ брыжейки.

Въ толщѣ широкой связки наблюдаются кисты, развивающіяся изъ лимфатическихъ путей. Онѣ наполнены серозной жидкостью и выстланы внутри эндотелиемъ. Онѣ развиваются глубоко въ полости таза и могутъ приподнимать не только связки матки, которыя растягиваются по ихъ поверхности, но и мочеточники и даже большіе сосуды боковой стѣнки таза. Такое топографическое ихъ положеніе дѣлаетъ ихъ вылущеніе чрезвычайно труднымъ и опаснымъ въ смыслѣ возможности пораненія сосѣднихъ органовъ. Все, что нужно сдѣлать въ такихъ случаяхъ, это—выпустить жидкость проколомъ и вставить дренажъ. Точная діагностика ихъ можетъ быть сдѣлана только во время операціи, но и тогда лучше дренировать ихъ черезъ отдѣльный разрѣзъ въ сводѣ влагалища, чѣмъ черезъ брюшную рану.

Въ клѣтчаткѣ широкой связки кромѣ того могутъ развиваться пузыри эхинококка. Діагносцировать ихъ до операціи едва ли возможно, развѣ только предположительно. Твердыя бугристыя опухоли, которыя находятъ при изслѣдованіи, обыкновенно принимаютъ за узлы фибромы или саркомы. Діагностика запутывается еще и тѣмъ, что узлы эти набухаютъ и дѣлаются чувствительными во время регуль.

Единичные пузыри паразита могут быть удалены, но когда они множественные, операция мало выполнима и едва ли может помочь чему-либо, т. е. даже найти показанія. Это есть тяжелое и опасное осложненіе чревосъченія, которое может быть узнано только во время его производства; когда оно случается, лучше просто зашить брюшную рану, чѣмъ начинать вылушеніе, которое обыкновенно закончить нельзя, потому что всѣхъ пузырей удалить все равно невозможно. Удаленіе отдѣльныхъ, хотя бы и довольно крупныхъ пузырей этого паразита дѣла не мѣняетъ и помочь больной не можетъ, а сопряжено для нея съ серьезною опасностью.

Для объясненія происхожденія отдѣльныхъ видовъ оваріальныхъ кистъ и опухолей на основаніи изученія препаратовъ имѣется много очень поучительныхъ изслѣдованій и остроумныхъ сопоставленій, но клиническое примѣненіе всего этого еще довольно ограничено. Препараты приходится изучать уже послѣ операции и практическіе выводы изъ всего этого дѣлать приходится *post factum*. О злокачественныхъ новообразованіяхъ яичника было уже говорено достаточно.

Общее положеніе всего этого вопроса было уже освѣщено нами.

Истинная натура опухоли въ брюшной полости узнается только во время операции, когда уже сдѣланъ разрѣзь и когда ее можно видѣть и обслѣдовать непосредственно, да и то не всегда. Поэтому нѣтъ надобности добиваться очень точнаго опредѣленія того, чего мы опредѣлить и не можемъ, а надо довольствоваться наиболѣе простой діагностикой. Самое важное въ этомъ отношеніи это не проглядѣть разныя осложненія. Вѣдь, для больной важно не наименованіе ея болѣзни и не умозрительное ея толкованіе, а своевременная и цѣлесообразная помощь.

Прежде всего необходимо исключить разныя осложненія: перекручиваніе, воспаленіе, омертвѣніе, нагноеніе въ опухоли и вообще всякую инфекцію въ ней или около нея, а также мѣстныя ея послѣдствія: нарушеніе подвижности опухоли, срощенія съ сосѣдними органами и инфильтрацію клѣтчатки; въ послѣднемъ случаѣ не менѣе важно исключить инфильтрацію злокачественнаго происхожденія.

Срощенія съ кишками и ихъ брыжейками могутъ обусловливать значительныя затрудненія во время операции, а инфильтрація клѣтчатки можетъ сдѣлать ее и вовсе невозможной.

Иногда въ брюшной полости, или при двойномъ гинекологическомъ изслѣдованіи, въ полости таза находятъ такія опухоли, которыхъ въ дѣйствительности нѣтъ, но которыя даютъ многіе діагностическіе признаки, свойственные опухолямъ. Эти такъ назыв. кажущіяся опухоли „phantom tumor“, какъ ихъ принято называть, отличаются тѣмъ, что во время операции никакой опухоли не находятъ,

или находятъ такія измѣненія, которыя оперировать вовсе не нужно и, предпринимая операцію, оперировать не собирались.

Такъ, ожирѣніе брюшной стѣнки, ожирѣніе сальника, различныя скопленія въ кишкахъ или въ пузырьѣ, растяженія венъ и даже скопленіе газовъ у истерическихъ субъектовъ были принимаемы за такія опухоли и давали поводъ къ операціямъ, чѣмъ ставили хирурговъ въ тяжелое и отвѣтственное положеніе.

Поэтому, какъ общее правило, въ сомнительныхъ случаяхъ необходимо дѣлать повторное изслѣдованіе, иногда по нѣсколько дней кряду. Очень важно дѣлать такое изслѣдованіе послѣ при-мѣненія обильныхъ клистировъ и хорошаго слабительнаго. Опорожненіе пузыря катетеромъ тоже является предосторожностью неизбѣжной. Я знаю случаи, когда расширенный и растянутый пузырь былъ принимаемъ за кисту яичника, и, отличаясь подвижностью, легко перемѣщался во время ощупыванія. Катетеризація необходима и тогда, когда больная мочится сама, потому что бываютъ случаи хронической задержки мочи и выдѣляется только ея избытокъ, а пузырь послѣ мочеиспусканія остается растянутымъ и изъ него можно выпустить стакана два мочи. Круглые комки кала въ толстой кишкѣ были принимаемы за узлы фибромы матки или влагалища. Такіе комки могутъ оставаться и послѣ многихъ послабленій, потому что жидкія испражненія проходятъ мимо нихъ, а самые комки остаются.

Скопленіе газовъ исключается перкуссіей; но когда глубокой перкуссіи сдѣлать не удастся, а ясно прощупывается ограниченная опухоль, все-таки остается большое сомнѣніе.

Ощупываніе подъ водою въ ваннѣ иногда очень помогаетъ въ случаяхъ значительнаго ожирѣнія.

Большимъ подспорьемъ, и даже рѣшающимъ методомъ, является нерѣдко изслѣдованіе подъ наркозомъ, и оно часто находитъ показанія при такихъ сомнительныхъ опухоляхъ.

Изслѣдованіе всей рукой, вводимой до локтя въ прямую кишку по способу G. Simon'a, можетъ оказать серьезную услугу, но это мѣра тоже довольно серьезная, и не сразу можно на нее рѣшиться. Мнѣ только одинъ разъ пришлось воспользоваться этимъ приемомъ, но не могу сказать, чтобы онъ много помогъ нашей діагностикѣ, которая выяснилась все-таки только во время операціи.

При дифференціальной діагностикѣ сальпингитовъ и небольшихъ опухолей придатковъ полезно вспомнить о расширеніи венъ широкихъ связокъ—varicocele.

Растяженіе венъ яичника и широкой связки прощупывается въ видѣ обособленной, иногда очень болѣзненной опухоли, въ которой тоже иногда отличаютъ различныя подробности: растянутую и извитую трубу и смѣщенный увеличенный яичникъ. Однако достаточно уложить



больную въ постель и дня черезъ 2—3 ничего прощупать нельзя и опухоль оказывается исчезнувшей. Такіе случаи тоже служили поводомъ къ операци, и когда при ней никакихъ измѣненій не находили, то приходилось использовать чревосѣченіе для простаго пришиванія немного опущенной или смѣщенной матки къ брюшной стѣнкѣ. Таково происхожденіе операци Olshausen'a—пришиваніе матки, *ventrofixatio uteri*, помощью чревосѣченія; впоследствии для этой операци оказалось довольно много показаній, но первоначально она была выполняема по случайной необходимости и совершенно неожиданно.



Рис. 92. Расширеніе вень лѣвой широкой связки.

При расширеніи вень широкой связки онѣ обыкновенно растягиваются и переполняются въ связи съ регулами, или послѣ неудовлетвореннаго полового возбужденія. Боли скоро умѣряются покойнымъ положеніемъ и мѣстнымъ примѣненіемъ тепла.

Кистозныя, мѣшеччатыя опухоли встрѣчаются еще во влагалищѣ и на наружныхъ половыхъ органахъ.

Кисты въ стѣнкѣ влагалища развиваются изъ остатковъ отъ эмбриональной жизни, изъ Мюллеровыхъ протоковъ. Онѣ содержатъ серозную прозрачную жидкость и лечатся простымъ разрѣзомъ, послѣ чего все сморщивается и скоро не остается и слѣда.

На наружныхъ половыхъ частяхъ кисты наблюдаются на

головкѣ клитора, на малыхъ губахъ и въ толщѣ большихъ губъ. Все это заболѣванія чисто хирургическія и лечатся вылученіемъ, по возможности цѣликомъ, не повреждая цѣлости мѣшка.

Въ толщѣ большой губы бываютъ кисты, развивающіяся изъ Нуккова канала и выстланныя брюшиной. Кисты эти лечатся такъ же, какъ hydrocele у мужчины, т. е. резецируется часть брюшины, а остальная приводится въ соприкосновеніе съ обнаженной поверхностью клѣтчатки. Кисты Бортолиніевой железы изсѣкаются цѣликомъ, иногда послѣ предварительной замѣны ихъ содержимаго расплавленнымъ парафиномъ, который остываетъ и дѣлается твердымъ, что много облегчаетъ технику изсѣченія.

Атеромы слизистой оболочки влагалища или на наружныхъ органахъ, на малыхъ губахъ, лечатся по общимъ правиламъ: гдѣ можно изсѣченіемъ, а то и просто разрѣзомъ.

## ГЛАВА XXIII.

### Недостатки развитія женскихъ половыхъ органовъ и врожденныя ихъ уродства.

Неполное или неправильное развитіе половыхъ органовъ можетъ принимать такую своеобразную и причудливую форму, что при бѣгломъ осмотрѣ нельзя рѣшить, къ какому полу относится данный субъектъ: къ мужскому или къ женскому.

Въ такихъ случаяхъ тщательный осмотръ и изслѣдованіе всѣхъ тазовыхъ органовъ съ зондированіемъ различныхъ отверстій и т. п. не всегда могутъ рѣшить вопросъ, и тогда приходится обращаться къ второстепеннымъ половымъ признакамъ: общее сложеніе тѣла, форма и развитіе груди и туловища, конечностей, развитіе мышечной системы, расположеніе волосъ, голосъ и т. п.; но и все это рѣшающаго значенія имѣть не можетъ. Бываютъ случаи, когда опредѣленіе пола можетъ быть сдѣлано только микроскопическимъ изслѣдованіемъ половыхъ железъ. Такъ, въ случаѣ двусторонней грыжи яичника у женщины, при наличности другихъ половыхъ органовъ или ихъ зачатковъ, нерѣдко подъ микроскопомъ находили строеніе половыхъ железъ, свойственное яичку.

Одновременное развитіе органовъ, свойственныхъ обоимъ поламъ, истинный гермафродитизмъ, относится къ большимъ рѣдкостямъ. Долгое время считали, что его даже никогда не бываетъ, а бываетъ только ложный гермафродитизмъ, когда видъ органовъ напоминаетъ одинъ полъ и его особенности, а въ дѣйствительности удается установить, что они должны быть отнесены къ другому полу.

Такъ, значительное развитіе клитора придаетъ ему форму мужского члена, который даже имѣетъ способность напрягаться, а между тѣмъ половыя железы оказываются яичниками и имѣются признаки ежемѣсячнаго прилива крови къ тазовымъ органамъ, *molimina menstrualia*, и даже имѣется недоразвитое влагалище, и матка, изъ которой происходятъ выдѣленія, даже очень схожія съ регулами. Такой организмъ, очевидно, долженъ быть отнесенъ къ женскому полу.

Недоразвитіе мужского мочеиспускательнаго канала, открывающагося у корня члена, и отсутствіе отверстія на его головкѣ, *epispadia*, при врожденно не спустившихся яичкахъ придаетъ половымъ органамъ женскій видъ, а между тѣмъ половое влеченіе съ эрекціей

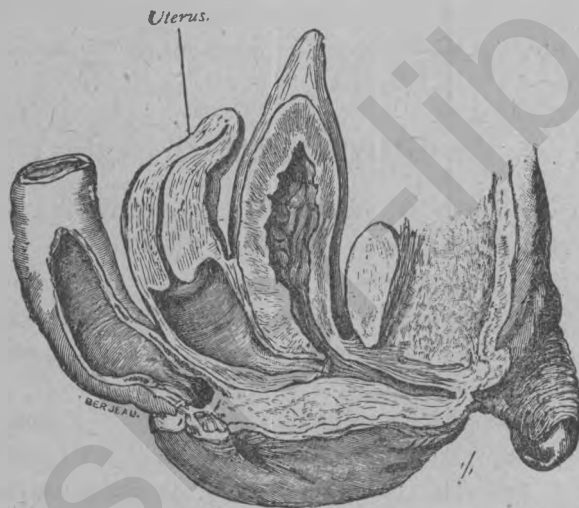


Рис. 93. Сагиттальный разрѣзъ таза новорожденного мальчика съ хорошо развитой маткой и влагалищемъ. (Препаратъ музея въ Middlesex Hospital въ Лондонѣ).

и изверженіемъ сѣменной жидкости явно указываютъ на принадлежность къ мужскому полу.

Были однако описаны препараты, на которыхъ наряду съ мужскими половыми органами и, кромѣ нихъ, имѣлись недоразвитые женскіе органы.

Въ такихъ случаяхъ половыя железы бываютъ обыкновенно только свойственныя одному полу: или это яичники, или яички. Одновременное существованіе у одного и того же субъекта железъ обоого типа было наблюдаемо только въ единичныхъ случаяхъ, остающихся подъ большимъ сомнѣніемъ.

Причудливая форма половыхъ органовъ, которая наблюдается въ случаяхъ гермафродитизма, всегда возбуждала любопытство, и по этому вопросу собрано много интересныхъ наблюденій. Знакомиться

съ этимъ можно только по спеціальнымъ монографіямъ, содержащимъ обширную казуистику случаевъ и изображенія многочисленныхъ уродствъ, напр. въ извѣстномъ сочиненіи варшавскаго профессора Нейгебауера или въ большихъ руководствахъ по гинекологіи, гдѣ этотъ вопросъ разсматривается подробно.

Когда такіе случаи встрѣчаются, то всегда есть и время, и смыслъ справиться въ литературѣ, или посовѣтоваться съ товарищами, спеціально интересовавшимися этимъ вопросомъ.

Гораздо больше приходится имѣть дѣло съ недоразвитіями и зарощеніями половыхъ органовъ у субъектовъ несомнѣнно женскаго пола. Здѣсь могутъ быть три группы измѣненій: 1) недоразвитіе органовъ, 2) ихъ зарощенія и 3) ихъ удвоенія.

Недоразвитіе можетъ быть полное или частичное.

Полное недоразвитіе можетъ выражаться въ полномъ отсутствіи всѣхъ внутреннихъ половыхъ органовъ, и тогда половая щель не имѣетъ даже отверстія и слизистая оболочка внутренней поверхности одной малой губы прямо переходитъ въ слизистую оболочку другой на мѣстѣ отсутствующаго отверстія влагалища. Такія особи являются въ сущности безполыми существами, вродѣ тѣхъ недоразвитыхъ самокъ, которыхъ мы встрѣчаемъ у насѣкомыхъ (рабочія пчелы и рабочіе муравьи).

Внутренніе половые органы въ этомъ случаѣ отсутствуютъ совершенно; на мѣстѣ ихъ можно иногда прощупать только какіе-то соединительнотканые тяжи. Кромѣ постановки діагностики въ этихъ случаяхъ дѣлать ничего не приходится, и исправить этого мы не можемъ.

Отсутствовать могутъ и отдѣльные органы, и тогда, разумѣется, выпадаютъ ихъ функціи.

Отсутствіе яичниковъ ведетъ къ отсутствію регуль, и *polimina menstrualia* обыкновенно при этомъ тоже отсутствуютъ.

Недоразвитіе яичниковъ иногда сопровождается усиленнымъ развитіемъ грудныхъ железъ. Даже больше того, извѣстно, что вырѣзываніе яичниковъ ведетъ къ усиленной дѣятельности этихъ железъ, которыя при этомъ начинаютъ выдѣлять гораздо больше молока. На это обстоятельство обратилъ вниманіе еще Adam Smith. Онъ видѣлъ одинъ изъ возможныхъ источниковъ богатства народовъ въ вырѣзываніи яичниковъ у молочныхъ коровъ. Послѣ этого онѣ даютъ гораздо больше молока, и это продолжается болѣе года, въ то же время онѣ жирѣютъ, и мясо ихъ значительно улучшается и цѣнность его увеличивается.

Недоразвитія трубъ и матки ведутъ къ сильнымъ болямъ во время регуль. Трубы при этомъ могутъ быть частично зарощены и превращаются въ отдѣльныя кистозныя образованія, располагающіяся

вродъ бусъ. Иногда изъ этихъ замкнутыхъ отрѣзковъ трубы развиваются небольшія кисты, тоже болѣзненные. Недоразвитіе иногда ограничивается извилистостью трубы: она сохраняетъ свойственные ей въ утробной жизни волнообразные изгибы. Это вызываетъ въ ней болѣзненные сокращенія, въ особенности во время регуль. Такія трубы иногда приходится удалять для устраненія болей.

Существованіе излишняго, добавочнаго абдоминальнаго отверстія трубы относится болѣе къ уродствамъ, чѣмъ къ недостаточному развитію. Добавочное отверстіе можетъ при этомъ быть окружено собственными фимбріями и даже помѣщаться на отдѣльномъ отвѣтвленіи, на особой добавочной трубѣ.

Недостатки развитія матки проявляются измѣненіями ея шейки, которая остается конической, и врожденными перегибами: *ante et retro-flexiones congenitae*, которые уже были нами рассмотрѣны.



Рис. 94. Труба съ добавочнымъ абдоминальнымъ отверстіемъ на особомъ отвѣтвленіи.

Дѣтская матка, *uterus infantilis*, сохраняетъ величину и форму, свойственныя возрасту, предшествующему половой зрѣлости. Такая маленькая матка неспособна менструировать, и, вмѣсто регуль, получаютъ нестерпимыя боли, которыя могутъ даже потребовать хирургическаго леченія.

Недоразвитіе влагалища можетъ касаться его формы и объема. Оно можетъ быть коническое, какъ въ климактерическомъ возрастѣ, вслѣдствіе недоразвитія сводовъ. Это ведетъ къ бесплодію, потому что въ такомъ влагалищѣ сѣмя не задерживается и тотчасъ вытекаетъ.

Полное и частичное отсутствіе влагалища ведетъ къ скопленію секретіи матки и менструальной крови, которымъ некуда при этомъ вытекать. Это будетъ одинъ изъ случаевъ зарощенія.

Зарощеніе и поперечныя перегородки во влагалищѣ, совершенно такъ же, какъ и частичное его отсутствіе, ведутъ къ задержанію секретій выше мѣста зарощенія.

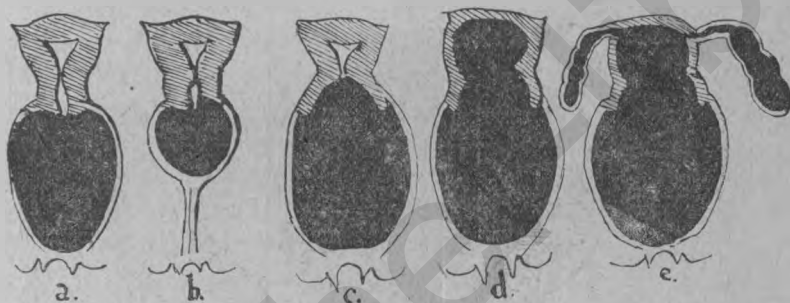
Такое состояніе вещей обнаруживается ко времени наступленія первыхъ регуль, когда ничего выдѣляться не можетъ. Съ каждымъ послѣдующимъ срокомъ скопленіе слизи и менструальной крови увеличивается и появляется опухоль, которая, по мѣрѣ своего увеличе-

нія, начинаетъ подниматься вверхъ и уходитъ въ брюшную полость, совершенно такъ же, какъ это бываетъ при увеличеніи беременной матки.

Растяженіе полости влагалища, матки или даже и трубы, гдѣ образовалось такое скопленіе задержанной секреціи, вызываетъ болѣзненные сокращенія мышечныхъ стѣнокъ этихъ органовъ, и получаютъ боли, сначала повторяющіяся при каждыхъ регулахъ, или точнѣе въ то время, когда онѣ должны были появиться, а затѣмъ боли эти дѣлаются постоянными и усиливаются отъ малѣйшихъ случайныхъ раздраженій, давленія, движенія кишекъ, дефекаціи и т. п.

Такая непроходимость половыхъ органовъ носить звучное греческое наименованіе—*gynatresia*.

Эта непроходимость полового канала можетъ помѣщаться на различной глубинѣ, начиная отъ дѣвственной плевы и кончая верх-



**Рис. 95.** Диаграмма нѣкоторыхъ видовъ гинатрезіи и мѣсто скопленія задержавшихся выдѣлений: *a* — заросшая дѣвственная плева: *hymen imperforatus*; *b* — зарощеніе нижней половины влагалища; *c* — зарощеніе дѣвственной плевы съ скопленіемъ во влагалищѣ и растянутымъ шейнымъ каналомъ; *d* — то же съ растяженіемъ полости матки; *e* — то же съ растяженіемъ трубы.

ней третью влагалища или даже однимъ изъ отверстій матки. Обыкновенно скопленіе и задержаніе менструальной крови бываетъ во влагалищѣ, но оно возможно и тоже бываетъ, хотя и рѣже, въ растянутой маткѣ и даже въ трубахъ (см. рис. 95 диаграмма).

Скопленіе крови въ трубѣ требуетъ для своего возникновенія зарощенія абдоминальнаго отверстія, а это случается только какъ слѣдствіе какого-либо заболѣванія, и притомъ, конечно, инфекціоннаго. При такихъ условіяхъ случаи, въ которыхъ растянуты трубы, даютъ болѣе серьезное предсказаніе и для своего леченія они требуютъ чревософченія, иначе послѣ опорожненія матки сокращенія трубы могутъ привести къ разрыву ея, а попаданіе ея инфицированного содержимаго въ брюшную полость можетъ повести къ тяжелымъ осложненіямъ.

Но это случай довольно рѣдкій. Обыкновенно все, что нужно дѣлать въ такихъ случаяхъ, это—проколоть зарощенное мѣсто черезъ влагалище и дать стокъ задержавшимся выдѣленіямъ.

Единственная опасность при этомъ леченіи — это возможность внести инфекцію, потому что густая буро-шоколадная жидкость, которая при этомъ вытекаетъ, представляетъ прекрасную питательную среду для всякихъ бактерій. Поэтому глубокой ошибкой является всякое промываніе полости для удаленія этой жидкости. Надо только выпустить жидкость и обезпечить ея стокъ разрѣзомъ или тупымъ

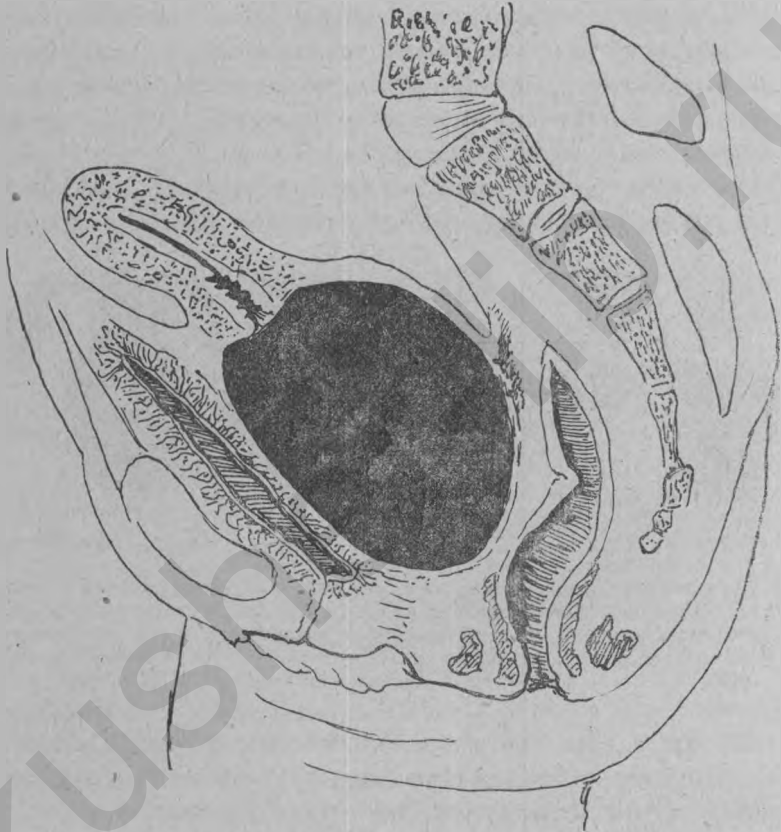


Рис 96. Скопленіе менструальныхъ выдѣленій при атрезіи. Растянутое влагалище отдѣлено отъ дѣвственной плевы рыхлой клетчаткой, а полость брюшины и ея складки приподняты кверху и стоятъ много выше.

путемъ разрывомъ какимъ-нибудь корнцангомъ; но чѣмъ меньше вводить инструментовъ, тѣмъ лучше. Изслѣдованіе пальцемъ допустимо при этомъ только въ стерилизованной резиновой перчаткѣ.

Иногда при такихъ операціяхъ кажется, что опухоль, образованная скопленіемъ, помѣщается очень высоко и далеко отъ дѣвственной плевы и что до нея снизу, пожалуй, и не дойдешь, не проникая въ полость брюшины. Но это можетъ зависѣть просто отъ величины опухоли и соответствующаго ея поднятія кверху по мѣрѣ

растяженія; а для того, чтобы дойти до нея снизу, ничего кромѣ дѣвственной плевы, которую надо разрѣзать, и рыхлой клѣтчатки, которую проходятъ тупымъ путемъ, пальцемъ, больше и не встрѣчается. Полость брюшины въ это время находится гораздо выше и пораненія ея произойти не можетъ.

Зарощенія могутъ быть неполныя, и тогда они выражаются кольцеобразной перегородкой съ отверстіемъ посрединѣ, вродѣ диафрагмы въ оптическихъ инструментахъ.

Такія перегородки были наблюдаемы въ срединѣ и въ верхней части влагалища, а также въ шейномъ каналѣ матки.

Во время родовъ такія перегородки могутъ служить препятствіемъ, замедляющимъ этотъ процессъ, и могутъ потребовать хирургической помощи — разрѣченія ножницами. Иногда онѣ могутъ служить препятствіемъ, мѣшающимъ оплодотворенію, тогда ихъ тоже приходится разрѣзать.

Органы, развивающіеся изъ Мюллеровыхъ протоковъ, могутъ давать удвоенія. Мюллеровы нити или каналы въ утробной жизни спускаются изъ почечной области въ полость таза по направленію къ половой щели. Это двѣ тонкія трубки, выстланныя эпителиемъ. Изъ верхняго ихъ отдѣла развиваются трубы, а затѣмъ онѣ срастаются и изъ нихъ образуется матка и влагалище. Поэтому на дѣвственной плевѣ встрѣчаются иногда два отверстія вмѣсто одного.

Такая же продольная перегородка можетъ раздѣлять влагалище или матку на двѣ половины: правую и лѣвую.

Иногда одна половина влагалища развивается больше другой, а матка имѣетъ видъ рога; она конусообразно истончается по направленію къ трубѣ — однорогая матка; въ другихъ случаяхъ получаются двѣ отдѣльныя матки, иногда совмѣстно съ двумя влагалищами.

Если произойдетъ беременность въ одной изъ такихъ матокъ, то можетъ получиться конфузія при діагностикѣ, когда при изслѣдованіи палецъ попадаетъ въ небеременную половину полового тракта. Такой казусъ получился въ знаменитомъ случаѣ проф. Буяльскаго (съ него имѣется гипсовый снимокъ въ музеѣ нормальной анатоміи), когда ошибка обнаружилась только во время родовъ, а всѣ подробности выяснились только при аутопсіи.

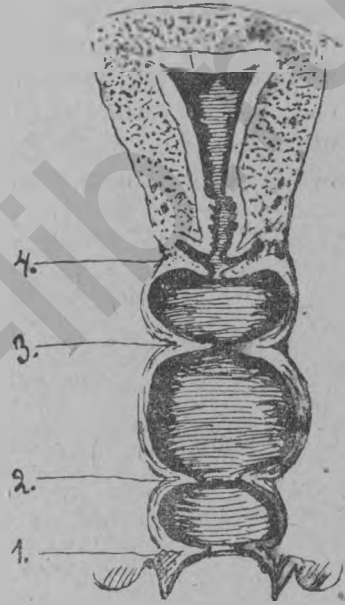


Рис. 97. Диаграмма, показывающая мѣста, гдѣ бывають поперечныя перегородки въ половомъ каналѣ: 1) дѣвственная плева; 2) и 3) перегородки во влагалищѣ; 4) то же въ шейномъ каналѣ.



Во время беременности во второй маткѣ образуется такая же *decidua*, какъ при внѣматочной беременности, и выдѣляется послѣ родовъ одновременно или немного позже, чѣмъ оболочки плода изъ беременной половины. Нерѣдко небеременная половина матки даетъ кровянистыя выдѣленія, и это можетъ указывать на угрожающее преждевременное окончаніе беременности. Выдѣленіе оболочекъ изъ небеременной половины всегда указываетъ на прекращеніе беременности и, когда это случается, выкидышъ или преждевременные роды не заставляютъ себя ждать.

Отмѣчаютъ различные виды раздвоенія половыхъ органовъ. Когда имѣется просто продольная перегородка, это называется *uterus septus*, иногда *cum vagina septa*. Когда имѣются двѣ матки съ отдѣльными шейками, то это будетъ *uterus duplex seu didelphys*, а когда развивается только одна половина матки, это будетъ однорогая матка,

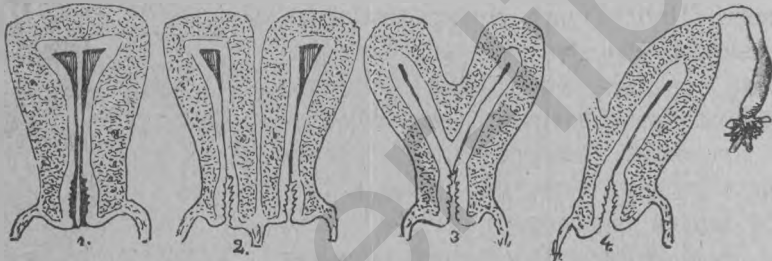


Рис 98. Диаграмма разныхъ видовъ раздвоенія половыхъ органовъ: 1—*uterus septus*; 2—*uterus duplex seu didelphys, cum vagina duplici*; 3—*uterus bicornis unicollis*; 4—*uterus unicornis*.

*uterus unicornis*. Въ этомъ случаѣ другая труба обыкновенно отсутствуетъ. Наконецъ, когда обѣ половины матки развиваются отдѣльно, но раздѣленіе образуется только вверху, то получается двуорогая матка, *uterus bicornis*. Матка можетъ при этомъ принимать подковообразную форму, а шейка имѣть совершенно нормальную форму; это будетъ *uterus bicornis unicollis*, потому что шейка здѣсь одна, но ихъ можетъ быть и двѣ и т. д.

Въ случаѣ зарощенія или недоразвитія, одновременнаго съ удвоеніями полового канала, въ немъ возможны тѣ же формы атрезіи, которыя мы уже рассмотрѣли, со всѣми ихъ послѣдствіями. Скопленіе и задержаніе секречіи при этомъ можетъ оказаться только въ одной половинѣ, — той, гдѣ имѣется зарощеніе. Другая половина можетъ оставаться совершенно проходимою, и всѣ выдѣленія изъ нея будутъ совершаться правильно. Въ такихъ случаяхъ, несмотря на задержаніе половины кровей во время регулъ, регулы могутъ продолжаться совершенно правильно, хотя и будутъ, разумѣется, сопровождаться болью.

Отдѣленная половина матки можетъ не имѣть сообщенія съ влагалищемъ, и тогда въ ней, собственно уже въ зачаточномъ ея рогѣ, беременность все-таки возможна. Оплодотвореніе въ такихъ случаяхъ происходитъ кружнымъ путемъ (*migratio seminis externa*). Сѣмя проникаетъ черезъ другую половину матки и соответствующую ей трубу, а оплодотворенное въ брюшной полости яйцо имплантируется въ другой половинѣ матки, съ влагалищемъ не сообщающейся, и беременность начинаетъ развиваться въ зачаточномъ рогѣ. Роды при этомъ, очевидно, невозможны, и такая беременность требуетъ оперативнаго леченія. Точная діагностика въ такихъ случаяхъ выясняется, конечно, только послѣ операціи.

## ГЛАВА XXIV.

### Соображенія гигиеническія.

*„Qu'on laisse donc le corset aux femmes mal conformées ou chargées de trop d'embonpoint“.*

Mattei.

Природа возложила на организмъ женщины значительную и даже большую часть работы по сохраненію и продолженію рода. Жизнь и здоровье потомства, будущность расы, рода, семейства и даже чело-вѣчества находятся въ зависимости отъ здоровья и силъ, которыя женщина отдаетъ этому отвѣтственному дѣлу.

Неудивительно, что во всѣ времена законодатели стремились оградить капитальную функцію дѣторожденія отъ того, что имъ казалось для нея опаснымъ и вреднымъ.

Однако только въ послѣднія десятилѣтія стали проводиться въ жизнь серьезныя и разумно обставленныя мѣры по научнымъ указаніямъ профессиональной гигиены. Вопросъ объ охраненіи материнства и о заботахъ государства о матери и ея потомствѣ уже во многихъ мѣстахъ начинаетъ разрѣшаться въ законодательномъ порядкѣ, а необходимыя здѣсь мѣры упорядоченія условій трудовой жизни и работы дѣлаются обязательными. Не менѣе существенное по своему значенію охраненіе дѣтскаго и юношескаго возраста отъ непосильнаго труда, мѣшающаго правильному развитію организма, тоже стало привлекать общее вниманіе. Надо думать и это дѣло тоже скоро будетъ проведено въ жизнь, и притомъ въ такой формѣ, которая будетъ въ состояніи обезпечить дѣйствительность предназначенныхъ для этого законодательныхъ мѣропріятій.

Здѣсь не мѣсто останавливаться подробно на этихъ общественныхъ вопросахъ, имѣющихъ общее соціальное значеніе. Обширныя перспективы, развертывающіяся при ихъ разработкѣ, затрагиваютъ интересы всего чело-вѣчества и требуютъ всесторонняго изученія са-

мыхъ разнообразныхъ условій и подробностей. Это дѣло отдѣльныхъ специальныхъ монографій.

Наши задачи гораздо скромнѣе и мы можемъ остановиться только на томъ, что имѣетъ прямое отношеніе къ практической дѣятельности врача и къ связаннымъ съ нею обыденнымъ вопросамъ.

Нѣтъ никакого основанія думать, что въ дѣтскомъ возрастѣ, до наступленія половой зрѣлости, было бы необходимо дѣлать какую-нибудь разницу въ воспитаніи мальчиковъ и дѣвочекъ. Совмѣстное ихъ обученіе и общія игры оказались вполне умѣстными и въ воспитательномъ отношеніи явились очень полезными для тѣхъ и другихъ.

Въ школьномъ возрастѣ вообще желательно избѣгать переутомленія. Для дѣвочекъ это особенно важно во время наступленія первыхъ регулъ, когда усиленные занятія нельзя считать умѣстными и когда они легко приводятъ къ переутомленію.

Переутомленіе можетъ быть психическое и физическое. Въ первомъ случаѣ оно можетъ быть истолковано совершенно произвольно и ошибочно, или долго оставаться незамѣченнымъ. Это главнымъ образомъ относится къ тѣмъ удивительнымъ дѣтямъ, которымъ родители приписываютъ исключительныя способности и дарованія.

Воспримчивость дѣтскаго организма и повышенная его впечатлительность нерѣдко обнаруживаются мѣткими и остроумными по своей наивности проявленіями, или особыми способностями къ искусствамъ, музыкѣ, элементарному драматическому подражанію и художественному передразниванію.

Поощряемая похвалами окружающихъ, усматривающихъ во всемъ этомъ проявленіе признаковъ гениальности, такія дѣти легко становятся игрушкою своего собственнаго самолюбія и утрачиваютъ способность регулировать затрату своихъ силъ. Это легко ведетъ къ нервному переутомленію. Когда эти дѣти подростаютъ, необычныя ихъ способности начинаютъ тускнѣть, таланты эти скоро блекнутъ. Получаются издерганные нервы, неудовлетворенное самолюбіе и недовольство самимъ собой. Слѣдствіемъ всего этого является неуравновѣшенность и утомленіе, удручающія нервную систему и мѣшающія правильному развитію организма.

Не менѣе существенно переутомленіе физическое. Оно возможно отъ усиленной гимнастики, всякаго рода спорта, въ особенности сопровождающагося усиленной работой для сердца или охлажденіемъ, плаваніе, катаніе на конькахъ, бѣганіе взапуски, гигантскіе шаги и т. п. Велосипедная ѣзда, верховая ѣзда, хотя бы на мужскомъ сѣдлѣ, какъ болѣе безопасномъ и удобномъ, не можетъ встрѣтить возраженія для здоровой дѣвушки, если все это не сопровождается сильнымъ утомленіемъ, удручающимъ ея организмъ.

Шитье на ножной машинѣ, продолжительная и упорная игра на

роялѣ, также какъ усиленныя упражненія въ танцахъ, должны быть избѣгаемы во время регуль, точно также какъ и во время беременности и въ послѣродовомъ состояніи.

Нравственная обстановка здоровой семьи служить лучшей гарантіей противъ преждевременнаго развитія половыхъ инстинктовъ и сопровождающихъ ихъ извращенныхъ привычекъ. Развращающее чтеніе фривольной литературы, долгое лежаніе въ постели, злоупотребленіе музыкой должны быть устранены. Здоровый трудъ, отсутствіе праздности, физическія упражненія и даже работа—вотъ условія, которыя могутъ быть всегда достигнуты при правильной постановкѣ семейной жизни, гдѣ каждый членъ находитъ возможность примѣнить свои силы на общую пользу, или на помощь отдѣльнымъ членамъ.

На необходимости здоровой пищи, умѣренности въ острыхъ и пряныхъ приправахъ, какъ на общеизвѣстныхъ условіяхъ здоровой жизни, я останавливаться не буду. Не вижу основанія воспрещать вовсе вино, напр., виноградное, тамъ, гдѣ оно вырабатывается и является всеобщимъ столовымъ напиткомъ. Разбавленное водой оно мало чѣмъ отличается отъ кваса, и употребленіе его, хотя бы и ежедневное, отнести къ одному изъ видовъ алкоголизма я бы никогда не рѣшилъ.

Не подлежитъ сомнѣнію, что многимъ людямъ и многимъ дѣтямъ, можетъ быть, даже большей ихъ части, нельзя никогда дозволить даже умѣренное количество алкоголя, потому что наслѣдственная ихъ тара и повышенная чувствительность ихъ нервной системы требуютъ для ихъ организма полнаго воздержанія въ этомъ отношеніи. Но столь ранимые организмы вообще требуютъ спеціальнаго ухода и попадаютъ не столь уже часто.

Для средняго здороваго человѣка, сохраняющаго умѣренность въ образѣ жизни, стаканъ добраго вина за столомъ, кромѣ улучшенія пищевого довольствія и вкусовыхъ ощущеній, едва ли можетъ что-нибудь сдѣлать или оказаться для него гибельнымъ, и я бы не взялъ на себя отказать ему въ этомъ, усвоенномъ многими поколѣніями, не лишенномъ питательности слаброваніи и украшеніи скромной трапезы.

Теперь объ одеждѣ. Это вопросъ, о которомъ много было и наговорено, и написано. Нераціональность женской одежды ни въ комъ сомнѣній не вызываетъ, а подвергнуть ее критикѣ вовсе не трудно. Это доступно каждому. Другое дѣло, чѣмъ ее можно замѣнить. Попытки придумать раціональный и удобный костюмъ были дѣлаемы съ самыми благожелательными стремленіями, иногда очень авторитетными людьми и даже при участіи извѣстныхъ художниковъ. Но все это, какъ извѣстно, ни къ чему не привело и едва ли можетъ привести.

Самое трудное въ этомъ дѣлѣ—это сохраненіе красоты и изящества. Все, что некрасиво, здѣсь неизбѣжно обречено на полную неудачу. Измѣнчивость моды и упорное стремленіе слѣдовать ея указаніямъ основывается на стремленіи къ красотѣ и улучшеніи своей внѣшности. Выбирая себѣ фасонъ для платья и даже матерію для него, всякая женщина невольно думаетъ о возможности улучшить свою наружность и то впечатлѣніе, которое она ею можетъ произ-

водить. Дѣлается это не всегда сознательно, а въ отдѣльныхъ случаяхъ выражается въ такой причудливой формѣ, которая можетъ только удивлять сторонняго наблюдателя своей неожиданностью и несоотвѣтствіемъ съ красотой человѣческаго тѣла, какъ ее понимаютъ художники и какъ это хорошо видно на произведеніяхъ античной скульптуры. Достаточно посмотреть изображенія старинныхъ, а иногда и новѣйшихъ модъ, чтобы удивиться нелѣпости и уродливости тѣхъ формъ, которыхъ можно достигнуть особенностями костюма.

Съ медицинской точки зрѣнія обыкновенно указываютъ на измѣненія формы туловища подѣ влияніемъ ношенія корсета, на смѣщенія и измѣненія формы и положенія внутреннихъ, напр. печени, на которой отъ этого дѣлается перехватъ и край которой спускается до пупка и т. п., и все это зависитъ отъ усиленнаго затягиванія и зашнуровыванія. Все это факты общеизвѣстные.

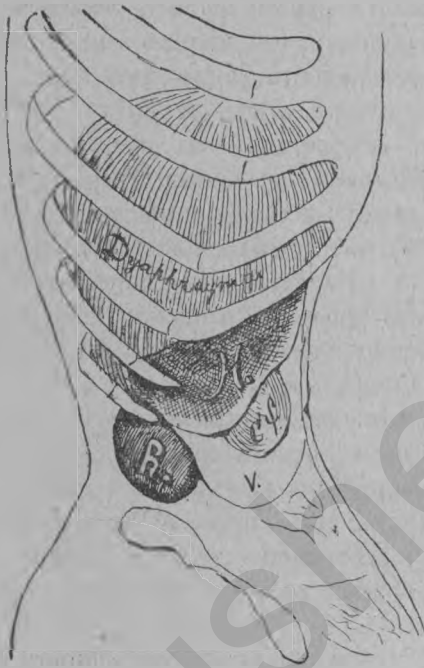


Рис. 99. Дѣйствіе продолжительнаго ношенія корсета: перехватъ въ области живота, съ измѣнившими свою форму и опустившимися брюшными органами. Отвислый животъ (болѣзнь Glépard'a, случай А. Keith'a).

Перетягиваніе туловища при завызываніи юбокъ и ношеніе всей тяжести одежды на верхнемъ краѣ костнаго таза пытались замѣнить помочами и перенести эту тяжесть на плечи. Изъ этого тоже ничего не вышло. Помочи своимъ давленіемъ причиняютъ боль, а сваливаясь съ плечъ, причиняютъ беспокойство. Кромѣ того онѣ стѣсняють движеніе верхнихъ конечностей, а иногда даже затрудняютъ дыханіе. Но главное—все это выглядитъ настолько некрасиво, что никто не хочетъ этого носить.

Когда опредѣленная форма покроя платья считалась обязательной по религіознымъ обычаямъ, такіе костюмы, которые удерживались

на помочахъ, имѣли большое распространіе. Старинные сарафаны нашихъ старовѣровъ служатъ хорошимъ тому примѣромъ. И какой это былъ красивый костюмъ, цѣломудренный и торжественно-величественный въ своемъ строго выдержанномъ стилѣ!

Платья съ помочами были не такъ давно въ модѣ и начали было распространяться, но это была мода нѣмецкая и, какъ некрасивая и неграціозная, подражанія не вызвала. Такія платья можно было видѣть по преимуществу на пожилыхъ и тучныхъ женщинахъ, не особенно заботящихся о своей внѣшности или на тѣхъ, кто упрямо добивается проведенія въ жизнь выводовъ гигиенической доктрины.

Въ сущности нѣтъ никакого основанія отказываться отъ ношенія хорошаго корсета, если его не затягивать безъ надобности и не дѣлать изъ него орудія пытки. Длинный корсетъ, съ длинной планшеткой нерѣдко является хорошимъ бандажемъ, хорошо поддерживающимъ отвисающій или уже отвислый животъ.

Хорошій корсетъ не долженъ стѣснять дыхательныхъ движеній, не долженъ мѣшать садиться и въ это время нижній его край не долженъ подниматься кверху. Онъ долженъ допускать возможность поднять что-нибудь съ пола. Достигнуть этого послѣдняго условія довольно трудно; но когда всѣ они достигнуты, отъ корсета ничего, кромѣ удобства, не получается. При спортивныхъ играхъ такъ же, какъ и при серьезныхъ танцахъ, необходимость заставляетъ замѣнять корсетъ мягкимъ лифчикомъ и простымъ подвязываніемъ грудей повязкою вродѣ полотенца.

На необходимости защищать тѣло отъ холода одеждою, не стѣсняющею движеній, конечностей, останавливаться не приходится; безъ выполненія этихъ основныхъ условій назначеніе платья дѣлается мало понятнымъ.

Распространившаяся въ послѣднее время любовь къ спортивнымъ упражненіямъ во многомъ улучшила положеніе вопроса объ одеждѣ. Теперь можно встрѣтить многіе виды женскаго костюма, не стѣсняющіе движеній и удовлетворяющіе всѣмъ требованіемъ, въ томъ числѣ и эстетикѣ.

Теперь два слова о бѣльѣ. Бѣлье, очевидно, должно отдѣлывать поверхность кожи и наружные покровы отъ соприкосновенія съ остальной одеждою, съ шерстяными и даже шелковыми частями, вообще со всѣмъ тѣмъ, что не моется, а кромѣ того защищать ихъ отъ паданія пыли.

Поэтому едва ли можно причислить къ бѣлью то сложное кружевное украшеніе, которое называютъ открытыми кальсонами: на панталоны это вовсе не похоже. То же самое относится и къ тѣмъ ажурнымъ прошивкамъ, которыя иногда замѣняютъ станъ сорочки.

Открытыя кальсоны, несмотря на многія ихъ удобства, вообще мало удовлетворяютъ своему назначенію, какъ бѣлье. Они не защи-

щаютъ половую щель отъ пыли и загрязненія. Кромѣ того края прорѣза очень легко загрязняются. Закрытыя кальсоны не должны упираться въ половую щель и при ходьбѣ не должны ее растереть или рѣзать въ шагу.

У дѣтей, страдающихъ выдѣленіями, въ особенности гнойными, содержать такія кальсоны въ достаточной чистотѣ очень трудно, и они часто являются причиной подновленія инфекціи.

Способы укрѣпленія чулокъ, основанные на охватываніи и сдавливаніи конечности, должны быть совершенно оставлены. Это всего больше относится къ подвязкамъ, отъ которыхъ такъ часто образуются расширенія венъ. Чулки должны придерживаться подвѣшиваніемъ помощью тесемокъ или резинокъ къ лифу, или къ корсету, пристегивающихся пуговицей къ петлѣ на краю чулка.

Слишкомъ тонкіе и ажурные чулки почти не защищаютъ отъ холода и должны быть воспрещены при всякомъ интенсивномъ тепловомъ леченіи.

Довольно существенное значеніе имѣетъ обувь, на многія особенности которой мало обращаютъ вниманія. Нераціональное ея устройство даетъ стойкія измѣненія, послѣдствіемъ чего бываетъ уродованіе ногъ и болѣзненные затрудненія при ходьбѣ.

Для образованія мозолей на подошвѣ и на пальцахъ необходимо два условія: 1) влажность кожи и 2) ерзаніе обуви по ея поверхности.

Полная неподвижность обуви на конечности достигается только тогда, когда обувь прочно удерживается на мѣстѣ подъема стопы, тамъ, гдѣ она сгибается при ходьбѣ. Здѣсь должно быть самое тѣсное мѣсто, и когда имѣются пуговицы, то надо съ самаго начала озаботиться, чтобы здѣсь получилось плотное прилеганіе. Когда пользуются шнуровкой, здѣсь надо затягивать всего туже. Въ случаѣ резинокъ надо слѣдить, чтобы она здѣсь не утратила своей эластичности. То же самое достигается солдатами при слишкомъ широкихъ сапогахъ, не подходящихъ къ величинѣ стопы, умѣлымъ обматываніемъ портянкою. Безъ этого при такихъ условіяхъ мозоли неизбѣжны.

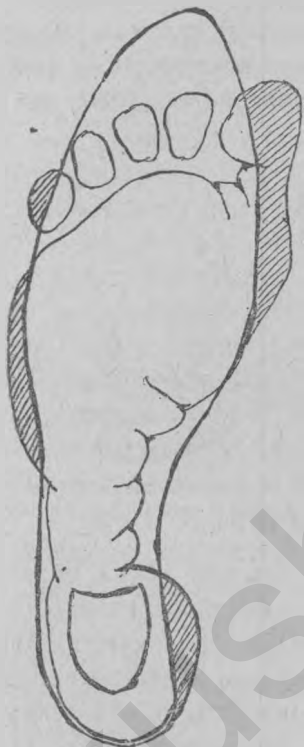
Влажность кожи зависитъ, конечно, отъ потливости; но и при совершенно сухихъ ногахъ легко могутъ появиться условія для ихъ потѣнія.

Поучительно, что при продолжительной ходьбѣ въ жаркую погоду иногда достаточно напиться холодной воды, чтобы очень скоро появились на ногахъ пузыри мозолей. Въ старину подвергали наказанію солдатъ, у которыхъ во время похода дѣлались болѣзненные мозоли, и это заставляло ихъ при переходахъ въ самую жаркую погоду избѣгать утоленія жажды, прежде чѣмъ достигнуть ночлега. Они по опыту знали, что дѣйствіе холоднаго питья при ходьбѣ проявляется очень скоро и что послѣ него пузыри на ногахъ довольно неизбѣжны.

Слѣдую указаніямъ моды, форма обуви охотно удаляется отъ формы стопы, для которой она предназначена. Однимъ изъ главнѣйшихъ недостатковъ дамской обуви является узость подошвы.

Если посмотрѣть на подошву ноги снизу и помѣстить противъ нея подошву обуви, то легко можно замѣтить, что почти весь большой палецъ и плюсно-фаланговый его суставъ будутъ помѣщаться кнутри отъ края подошвы, а за наружный край той же подошвы будетъ выступать малый палецъ и наружный край подошвы ноги.

Между тѣмъ и пальцы, и въ особенности вся полулунная поверхность подошвы предназначены служить опорой при ходьбѣ, и если они не будутъ упираться въ подошву обуви, они должны под-



**Рис. 100.** Отношенія подошвы ноги къ подошвѣ обуви. Нога не можетъ умѣститься на подошвѣ (затушеванныя части), потому что она для нея слишкомъ узка.



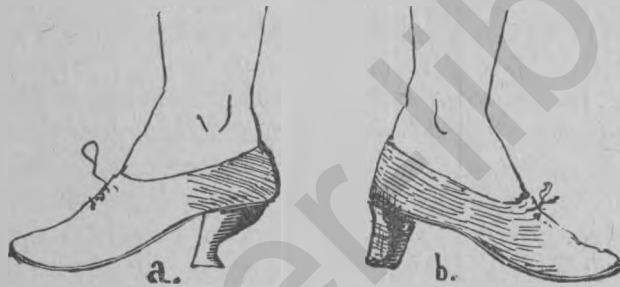
**Рис. 101.** Слѣдствія неумѣщенія подошвы ноги на подошвы обуви. Неумѣстившіяся части стопы упираются и испытываютъ сдавливаніе, обозначенное стрѣлками.

держиваться боковою частью кожи обуви, укрывающей боковыя поверхности стопы.

Вслѣдствіе этого выступающія за край подошвы части стопы, въ особенности въ области пальцевъ, неминуемо сдавливаются съ боковъ. Неумѣщающіеся, вслѣдствіе тѣсноты, въ одной плоскости пальцы лѣзутъ одинъ на другой и принимаютъ непривычное, неестественное и некрасивое положеніе. Всего больше при этомъ уродуется большой палецъ, который усиленно пригибается кнаружи, отчего получается сильное выпячиваніе его плюсно-фалангового сочлененія. Го-



ловка первой плюсневой кости упирается въ боковую стѣнку обуви и растягиваетъ ее. Отъ постоянного сдавливанія неумѣстившіяся на подошвѣ части стопы дѣлаются чувствительными. Съ теченіемъ времени получаютъ не только стойкія измѣненія въ положеніи пальцевъ, привыкающихъ къ вынужденному и неудобному положенію, но и начинаютъ отлагаться соли при подагрическомъ діатезѣ. Головка плюсневой кости и суставъ дѣлаются болѣзненными, а на костныхъ выступахъ образуются мозоли на внутреннемъ краѣ стопы на кожѣ, покрывающей головку первой плюсневой кости, а на наружномъ, гдѣ наибольшему давленію подвергается фаланговый суставъ и предпоследняя фаланга малаго пальца, а также на шиловидномъ отросткѣ пятой плюсневой кости; болѣзненность появляется тоже во всѣхъ этихъ мѣстахъ.



**Рис. 102.** *a.*—Форма каблука, суживающагося книзу и перемѣщающаго точку опоры кпереди; *b.*—другая форма каблука, отклоненнаго кзади и описаннаго въ текстѣ.

На самой поверхности подошвы отъ плохой обуви образуются, какъ извѣстно, отдѣльные точечные узлы сухой мозоли. Это такъ называемые мозольные гвозди—*clavus*. Они проникаютъ довольно глубоко своимъ утонченнымъ концомъ (корнемъ) и иногда причиняютъ боль. Срѣзываніе этихъ мозолей мало помогаетъ, и онѣ скоро вырастаютъ опять, даже когда ихъ снимаютъ, какъ говорится съ корнемъ.

Причиной этихъ мозолей бываетъ мѣстное давленіе, обыкновенно отъ гвоздей, выпячивающихъ внутреннюю стельку въ видѣ незначительныхъ выступовъ. Въ другихъ случаяхъ онѣ образуются на мѣстѣ узловъ и неудачно заштопанныхъ на подошвѣ чулокъ.

Кромѣ подошвы къ неудобствамъ дамской обуви надо отнести каблукъ. Добиваясь красоты, его обыкновенно суживаютъ книзу и точку его опоры перемѣщаютъ кпереди. Это мѣшаетъ ходьбѣ и даетъ менѣе увѣренную походку, потому что такой каблукъ легко подвергивается и подгибается, иногда вбокъ, а при мягкости подошвы даже кпереди. Въ этомъ случаѣ онъ даже иногда пошатывается и, перегибая подошву, своимъ краемъ ушибаетъ ногу, отчего получается болѣзненная наминка, мѣшающая ходьбѣ.

Прямой каблукъ, уклоняющійся даже немного кзади (см. рис. 102 в), даетъ болѣе устойчивую точку опоры, но менѣе удовлетворяетъ условіямъ красоты. До послѣдняго времени такая форма попадалась рѣдко. Для ходьбы она удобнѣе.

Въ природѣ нѣтъ каблуковъ и босая нога, не испорченная ношеніемъ обуви, можетъ быть гораздо красивѣе всякой ноги, обутой въ лучшую ботинку.

Спортивная обувь, безъ каблуковъ, хорошо обрисовывающая пятку, можетъ имѣть вполне изящный видъ, въ особенности когда не стѣсняемая обувью нога обнаруживаетъ свободныя и граціозныя движенія. Но отказаться отъ каблуковъ едва ли возможно. Прежде всего они увеличиваютъ ростъ, и это для общаго впечатлѣнія цѣнится очень высоко. Затѣмъ, привыкнувъ къ ношенію обуви на каблукахъ, разучиваются ходить безъ нихъ и отбиваютъ себѣ пятки.

Единственное, чего можно здѣсь добиться, это—чтобы каблукъ дѣлалъ болѣе широкіе и меньше суживать ихънизу.

Каблукъ имѣютъ большое отношеніе къ стаптыванію обуви. При низкомъ и широкомъ каблукѣ она стаптывается меньше.

Но однимъ измѣненіемъ формы каблука стаптываніе не устраняется. Для этого приходится подкладывать и утолщать стельку такъ, чтобы пястно-фаланговые суставы около того края подошвы, куда стаптывается обувь, получили точку опоры немного выше и давленіе могло бы распредѣлиться равномерно на головки всѣхъ плюсневыхъ костей. Ключъ къ устраненію стаптыванія находится въ точкахъ опоры плюсневыхъ костей, а не пятки.

Если исправить только каблукъ, то не трудно убѣдиться, что при привычкѣ стаптывать обувь, напр., внутрь, если опереться на исправленный каблукъ, то въ это время окажется, что внутренній край подошвы будетъ отставать отъ почвы, а когда онъ будетъ ея касаться, то каблукъ будетъ опираться только своимъ внутреннимъ краемъ. Иными словами, исправленіе каблука стаптыванія вовсе не исправляетъ и не устраняетъ, а условія для его возобновленія остаются.

Кромѣ внѣшняго, видимаго каблука, въ большемъ ходу каблукъ внутренній, снаружи не замѣтный. Онъ состоитъ изъ клиновидной, очень толстой около пятки стельки, которая вкладывается внутрь.

Дѣйствіе этого приспособленія значительно усугубляетъ отрицательныя особенности обуви.

Кромѣ бокового сдавливанія стопы, зависящаго отъ узости подошвы, которое мы уже видѣли выше, здѣсь сдавливается вся стопа. Тяжестью туловища она вталкивается вродѣ клина въ суживающуюся часть обуви по направленію къ носку. Постоянно сѣзжая по наклонной плоскости, стопа можетъ удерживаться и находить точку опоры только въ той части обуви, которая ее обхватываетъ на уровнѣ

подъема. Если кожа здѣсь растянется, то пальцы будутъ упираться въ носкъ и будетъ страшная боль.

Высокій каблукъ, кромѣ того, приводитъ къ измѣненіямъ въ колѣнномъ суставѣ, не допуская полного его разгибанія, и заставляетъ перемѣщать центръ тяжести туловища немного сзади. Отъ этого весь тазъ, вслѣдствіе разгибанія спины, подается немного впередъ. Все это дѣлаетъ походку усталой и неуверенной.

О специальномъ уходѣ за половыми органами сказать можно немного. Во время регуль, за нѣсколько дней до нихъ или послѣ нихъ рекомендуется беречься отъ охлажденія таза и конечностей, избѣгать утомленія и даже воздерживаться отъ половыхъ сношеній.

Главный уходъ сводится къ наблюденію за чистотой. Достигается это обыкновенно подмываніями.

Въ здоровомъ состояніи нѣтъ никакой надобности дѣлать эти подмыванія каждый разъ съ мыломъ. Удаленіе всѣхъ жировыхъ частей и отдѣленій сальныхъ железъ, которое при этомъ неизбѣжно, едва ли желательно. Все-таки природа для чего-нибудь нашла нужнымъ устроить здѣсь эти железы. Возможно, что отдѣляемое сальныхъ железъ какъ-нибудь защищаетъ организмъ, напр. отъ инфекции и нѣкоторыхъ ея видовъ.

Я знаю случай, когда въ одномъ родильномъ учрежденіи, гоняясь за усерднымъ примѣненіемъ антисептики, стали брить всѣхъ роженицъ и послѣ этого тщательно мыть ихъ мыломъ. Сначала

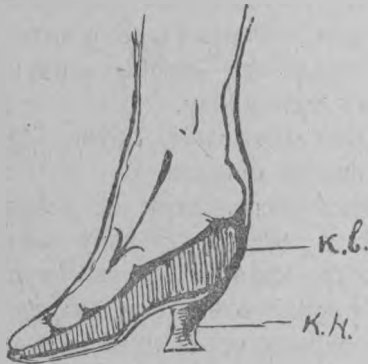


Рис. 103. Вліяніе высокаго каблука на сдавленіе стопы. Стрѣлка показываетъ направленіе, въ которомъ стопа втискивается въ обувь, слѣдуя по наклонной плоскости каблука. *к. в.*—каблукъ внутренній; *к. н.*—то же, наружный.

получился только плачь и недовольство пациентокъ, а затѣмъ оказалось, что при такомъ бритьѣ и усиленномъ мытьѣ повышенія температуры послѣ родовъ стали встрѣчаться чаще, чѣмъ это было до примѣненія этой мѣры, и отъ нея пришлось отказаться.

Подмыванія надо дѣлать тепловатыя, вродѣ той теплой воды, въ которой пріятно купаться (около  $24^{\circ}$ — $26^{\circ}$  R.). Для достиженія этого обыкновенно приходится пользоваться подогрѣтой водой, хотя и обыкновенная, комнатной температуры, вода тоже для этого пригодна.

Никогда не слѣдуетъ подмываться очень холодной водой, напр., ключевой или только что принесенной съ холода. Нѣкоторыя нервныя женщины по собственному почину примѣняютъ подмыванія съ ледяной водой и чувствуютъ себя послѣ него очень хорошо и бодро, а когда этого почему-либо не сдѣлаютъ, разбитыми на весь день.

Такое улучшение самочувствия послѣ холоднаго подмыванія обыкновенно оказывается только временнымъ. Довольно скоро общая нервозность начинаетъ увеличиваться, пропадаетъ сонъ, появляется общая слабость и въ результатѣ нервы оказываются совершенно расшатанными до послѣдней степени.

Въ такихъ случаяхъ приходится настойчиво требовать замѣны холодной воды при подмываніяхъ тепловатой. Только послѣ этого общія явленія начинаютъ понемногу улучшаться. Такое вліяніе холодныхъ подмываній обыкновенно повторяется, если ихъ возобновить.

Общее правило такое: подмыванія дѣлаются не холоднѣе лѣтней комнатной воды и не теплѣе парного молока.

Пользованіе губкою при подмываніи нельзя признать желательнымъ. Губку греческую содержать въ достаточной чистотѣ очень трудно, а губку резиновую хотя и можно кипятить, но кто станетъ съ этимъ возиться.

Подмываніе дѣлается руками, чисто вымытыми. По поводу акушерскаго изслѣдованія покойный Vidin остроумно замѣтилъ своимъ слушателямъ: „Я требую отъ Васъ самаго тщательнаго мытья Вашихъ рукъ передъ каждымъ изслѣдованіемъ, послѣ него мытье это представляю вашему усмотрѣнію“. Замѣчаніе это очень могло бы подойти къ данному случаю, въ особенности по отношенію ко всему тому, чѣмъ пользуются при подмываніяхъ.

Спеціальныя повязки для половой щели, столь усиленно рекламируемая, очень удобны, если онѣ дѣйствительно добросовѣстно простерилизованы и не успѣли загрязниться. Но онѣ не лучше, чѣмъ чистое полотенце или салфетка, хорошо вымытыя и проглаженныя горячимъ утюгомъ, которымъ, какъ извѣстно, можно достигнуть довольно вѣрной стерилизаціи (практически не хуже автоклава).

Эта, очень удобная и доступная въ домашнемъ хозяйствѣ форма стерилизаціи бѣлья находитъ большое примѣненіе при уходѣ за дѣтьми и пригодна во многихъ случаяхъ. Горячій утюгъ можетъ прогрѣвать влажное бѣлье до  $110^{\circ}$ — $115^{\circ}$  С.

Многія условія жизни женщины предрасполагаютъ къ разнымъ болѣзненнымъ симптомамъ, которые иногда трудно отнести къ отдѣльной формѣ болѣзни, но которые могутъ быть устраняемы соответствующимъ режимомъ и діететическими мѣрами.

Сюда относятся главнымъ образомъ головныя боли и привычныя запоры съ ихъ послѣдствіями.

Упорныя головныя боли могутъ зависѣть отъ припадковъ мигрени и находиться въ зависимости отъ повышенной общей нервозности. Но они, какъ и другіе виды головной боли, имѣютъ большое отношеніе къ малому пользованію свѣжимъ воздухомъ, сидячему образу жизни и вялой работѣ кишечника, сопровождающейся всасываніемъ

птомаиновъ. Когда все это удастся устранить, улучшаются и нервы, и сонъ, и голова перестаетъ болѣть.

Для этого приходится регулировать весь образъ жизни, надо добиться, чтобы больная рано ложилась и рано вставала, надо назначить ежедневныя, иногда даже два раза въ день, прогулки и пребываніе на свѣжемъ воздухѣ, не обращая вниманія ни на какую погоду и ни на какія домашнія неотложныя дѣла. Такія прогулки могутъ продолжаться отъ 40 минутъ до 1 часа, но онѣ должны быть непременно ежедневныя.

При плохомъ снѣ приходится прибѣгать къ водолеченію въ видѣ обтираній, обертываній или обливаній не холодной водой. Холодныя по вечерамъ ноги приходится растирать спиртомъ съ солью и хорошенько укрывать. Когда этого недостаточно, надо положить къ ногамъ грѣлку или бутылку съ горячей водой.

При скорой утомляемости назначаютъ отдыхъ среди дня. Надо лежать полчаса или часъ въ совершенномъ спокойствіи и воспретить въ это время всякое обращеніе, хотя бы по поводу неотложныхъ дѣлъ. Я объясняю это обыкновенно такъ: „Въ это время къ Вамъ могутъ обратиться и Васъ потревожить только въ одномъ случаѣ— въ случаѣ пожара. Все остальное должно ждать—и ключи, и всякія своевременно не сдѣланныя распоряженія, сдѣлавшіяся внезапно необходимыми“.

Краткаго, даже въ теченіе  $1/2$  часа отдыха среди дня иногда бываетъ достаточно, чтобы сразу уже черезъ нѣсколько дней исправился сонъ, исчезла головная боль и улучшилось общее состояніе.

Довольно существенное значеніе для здоровья имѣютъ правильныя и своевременныя испражненія—очищеніе первыхъ путей (*viae primariae*), какъ говорили въ старину.

У здороваго человѣка обыкновенно устанавливается привычка опорожнять кишечникъ ежедневно въ одно и то же время. Это дѣлается по большей части утромъ, когда встаютъ съ постели, или тотчасъ послѣ утренняго чая или кофе. Въ другихъ случаяхъ функція эта происходитъ вечеромъ, передъ отходомъ ко сну. Это встрѣчается рѣже. Нерѣдко все это дѣлается съ правильностью хорошаго хронометра, всегда въ одни и тѣ же часы.

Привычку эту необходимо поддерживать и не откладывать этого неотложнаго дѣла по недосугу или другимъ случайнымъ соображеніямъ. Даже больше того, проявляя нѣкоторую заботливость и настойчивость и переждавъ немного, обыкновенно удается скоро послѣ незначительныхъ усилій получить необходимый позывъ и достигнуть желаемаго.

Привычка эта появляется съ дѣтства и необходимо слѣдить, чтобы она вырабатывалась правильно.

Условія жизни женщины благопріятствуютъ нарушенію правильности этой функціи, а пренебреженіе вниманіемъ къ ней ведетъ къ разнымъ заболѣваніямъ.

Въ дѣтскомъ, а въ особенности въ школьномъ возрастѣ, когда утренніе часы проводятся внѣ дома, многія воздерживаются отъ очищенія первыхъ путей въ непривычной для нихъ обстановкѣ, въ особенности когда отхожее мѣсто неблагоустроено, переполнено, или не содержится въ достаточной чистотѣ. Все это, конечно, порождаетъ естественное желаніе откладывать необходимость имъ воспользоваться.

То же самое, но еще въ большей степени наблюдается у рабочаго населенія въ большихъ городахъ, въ большихъ домахъ, переполненныхъ жильцами и снабженныхъ недостаточнымъ числомъ отхожихъ мѣстъ. У насъ въ Москвѣ уже давно имѣются огромные дома, на дворѣ которыхъ можно изъ окна наблюдать возмутительную картину. Въ морозъ въ 8—10<sup>o</sup> образуется длинный хвостъ очереди, состоящій изъ кое-какъ кутающихся въ платки дѣвчонокъ и подростковъ, въ однихъ ситцевыхъ платьяхъ. Это ученицы изъ разныхъ швейныхъ, бѣльевыхъ, цвѣточныхъ мастерскихъ. Онѣ выстаиваютъ на морозѣ иногда минутъ 20, иногда  $\frac{1}{2}$  часа, прежде чѣмъ дойдетъ ихъ очередь воспользоваться нетопленнымъ и довольно загрязненнымъ учрежденіемъ, отстоящимъ шаговъ на 80 отъ ихъ жилища. Неудивительно, что при такой постановкѣ дѣла не только должно появляться желаніе откладывать до послѣдней возможности это непріятное путешествіе по двору на виду у всѣхъ, но и скоро вырабатывается привычка очищать первые пути не каждый день.

Въ дальнѣйшемъ въ связи съ сидячимъ образомъ жизни и условіями работы получаютъ привычные запоры со всѣми ихъ послѣдствіями.

Своевременному опорожненію пузыря женщины тоже часто не отдаютъ достаточнаго вниманія.

По случайнымъ причинамъ, нежеланію демонстративно выйти изъ комнаты изъ большого общества или собранія мало знакомыхъ людей, иногда вслѣдствіе затрудненія отыскать или спросить, гдѣ находится отхожее мѣсто и т. п., многія охотно воздерживаются отъ выполненія этой потребности. Когда это повторяется часто, получается привычное растяженіе переполненнаго пузыря.

По природѣ женщины вовсе не легче мужчинъ терпятъ переполненіе пузыря и оно для нихъ вовсе не менѣе вредно, но онѣ имѣютъ къ этому больше привычки и относятся къ этому дѣлу легкомысленнѣе. Многолѣтнее невниманіе къ правильному и своевременному мочеиспусканію приводитъ къ плохому опорожненію пузыря со всѣми его послѣдствіями. Кромѣ различнаго спеціальнаго леченія это требуетъ перевоспитанія пузыря и опорожненія его черезъ

правильные промежутки времени. Всего хуже, если для этого требуется повторное примѣненіе катетера, тогда легко получается инфекция и приходится дѣлать продолжительныя промыванія пузыря.

Для хорошаго опорожненія кишечника, кромѣ указанныхъ уже условій и привычки, важное значеніе имѣетъ положеніе туловища при актѣ дефекаціи.

Актъ этотъ, какъ извѣстно, можетъ происходить даже на подкладномъ суднѣ, но лежачее положеніе здѣсь настолько неудобно, что для многихъ это является настоящимъ мученіемъ. Полнаго опорожненія при этомъ, безъ помощи клизмы, довольно трудно даже добиться.

Для многихъ людей, не приученныхъ къ этому съ дѣтства, сидячее положеніе, на которое вынуждаютъ современные клозеты, является не менѣе значительнымъ препятствіемъ при дефекаціи. Затрудненія, которыя они при этомъ испытываютъ, бросаются въ глаза въ сравненіи съ тѣмъ, что бываетъ при естественномъ положеніи, которымъ каждый человѣкъ пользуется въ полѣ, въ природныхъ условіяхъ.

Въ этомъ положеніи очищеніе первыхъ путей совершается наиболѣе дѣйствительнымъ образомъ и требуетъ наименьшихъ усилій. Люди, привыкшіе къ нему, неохотно пользуются стульчаками, которые имъ предлагаютъ требованія нашей культуры. Вынужденные пользоваться ими они лишаются привычной для нихъ правильности этой ежедневной функціи и начинаютъ дѣлать усилія, бесплодно напрягая брюшную прессъ, что нерѣдко ведетъ къ расширенію венъ и даже къ образованію геморроидальныхъ узловъ.

Кромѣ того естественное чувство безгливости заставляетъ многихъ уклоняться отъ пользованія такимъ сидѣніемъ, на которое ежедневно садятся многіе другіе люди, не считающіе этого образа дѣйствія нечистоплотнымъ, потому что они приучены къ этому съ дѣтства и успѣли устранить безгливое отношеніе къ этой нечистоплотной мебели.

Поэтому во многихъ общественныхъ мѣстахъ, въ особенности на вокзалахъ желѣзныхъ дорогъ можно видѣть разныя приспособленія, предназначенныя служить орудіями пытки для тѣхъ, кто не пожелаетъ садиться на сѣдалище общаго пользованія. Укрытіе его краевъ газетной бумагой мало помогаетъ и не устраняетъ того отвращенія, которое испытываютъ при этомъ люди, привыкшіе къ естественной позѣ при актѣ дефекаціи, и немногіе изъ нихъ рѣшаются на этотъ компромиссъ. Въ результатѣ тамъ, гдѣ имѣются такія приспособленія, обыкновенно скоро загрязняется полъ помѣщенія, потому что стульчакомъ многіе совсѣмъ перестаютъ пользоваться. Это мнѣ случалось видѣть и у насъ, и за границей, въ Германіи,

гдѣ, помимо перекладки, не позволяющей стать ногами на стульчакъ, ему самому придаютъ форму наклонной плоскости, на которую стать ногами невозможно. Всѣ эти ухищренія остаются тщетными. Это обыкновенно приписываютъ азіатской некультурности тѣхъ людей, съ привычками которыхъ не желаютъ считаться, не вдумываясь въ настоящую причину всего этого—самую природу вещей.

Привычка пользоваться сидѣніемъ въ тѣхъ случаяхъ, когда природа этого не требуетъ, перешла къ намъ отъ цивилизаціи классической древности. Въ Луврскомъ музеѣ можно видѣть особыя мраморныя кресла со скульптурными украшеніями, а одно даже съ отполированной продыравленной порфировой доской для сидѣнія.

Однако на Востокѣ можно видѣть тоже мраморныя и не менѣ изящныя приспособленія, предназначенныя для пользованія естественной позой. Такія уборныя я видѣлъ во дворцахъ падишаха на Босфорѣ, построенныхъ французскими архитекторами. Ту же систему можно встрѣтить во многихъ старыхъ домахъ въ Парижѣ, а въ довольно новомъ зданіи медицинскаго факультета, въ *École pratique* имѣются уборныя по той же системѣ, сдѣланныя изъ чугунаго литья, покрытаго эмалью.

Сдѣлано это, очевидно, не случайно, а по тѣмъ же соображеніямъ, по какимъ такія же уборныя имѣются на пароходахъ, совершающихъ рейсы на Востокъ. Очевидно, стало быть, что перевозить людей въ этомъ отношеніи не такъ легко и этого никакими перекладинами достигнуть нельзя, а при вдумчивомъ отношеніи къ этому вопросу и вовсе не нужно: можно обходиться и безъ всякаго насилія.

Англійскіе врачи первые обратили вниманіе на преимущества естественной позы для правильнаго очищенія первыхъ путей. Они не остановились передъ тѣмъ, что англичанами же придуманы наилучшія приспособленія для сидячаго положенія, и еще лѣтъ 15 тому назадъ появились серьезныя работы, доказывающія преимущества естественной позы при дефекаціи и необходимость къ ней вернуться, если мы желаемъ достигнуть правильности этой функціи, случаи нарушенія коей стали встрѣчаться такъ часто.

Здоровыя сужденія по этому важному въ практическомъ отношеніи вопросу уже успѣли перенестись на ту сторону Океана и нашли авторитетнаго защитника въ лицѣ одного изъ самыхъ крупныхъ гинекологовъ нашего времени.

Я очень былъ радъ, увидѣвши въ книгѣ проф. Kelly прекрасные рисунки, наглядно доказывающіе необходимость вернуться къ природѣ и ея требованіямъ, если мы желаемъ устранить привычныя запоры. Они въ значительной степени зависятъ отъ того,



что мы утратили и разучились пользоваться тѣмъ, что намъ дано для этого природой.

Сравненіе рисунка 104 съ рисункомъ 105 показываетъ, почему при сидячемъ положеніи нужно значительно больше усилий со стороны брюшного пресса. Дѣйствіе его направляется не туда, куда нужно.

Проф. Н. А. Kelly придумалъ удобное приспособленіе, позволяющее пользоваться современнымъ клозетомъ въ естественной позѣ. Приспособленіе это состоитъ изъ скамейки, которая служитъ опорой для ногъ и позволяетъ сѣсть такъ, какъ показано на рисункѣ 104 (см. рис. 106).



Рис. 104. Естественное положеніе при дефекаціи. Видно положеніе бедеръ, касающихся брюшной стѣнки и помогающихъ дѣйствію брюшного пресса. (Kelly).

Нарушившееся правильное очищеніе кишечника можетъ быть регулировано діетой. Многіе съ этой цѣлью сѣдаютъ утромъ на-тощакъ какой-нибудь фруктъ, яблоко, апельсинъ, грушу и т. п. Это хорошая привычка. Хорошіи соленый огурецъ, кислая кочанная капуста, сырая морковь или рѣпа съ услѣхомъ выполняютъ то же назначеніе, если все это хорошо прожевывается.

Горячая пища и горячіе напитки препятствуютъ хорошему пищеваренію. Поэтому рекомендуется избѣгать того, что горячѣе парного молока, выжидая, чтобы успѣло остыть. Необходимо слѣдить за состояніемъ зубовъ и пережевываніемъ пищи. Зубы надо заплом-

бировать, и если нужно, удалить, а їсть слѣдуетъ медленно и пережевывать, не спѣша.

При диспептическихъ явленіяхъ со стороны желудка у нервныхъ и истерическихъ больныхъ назначеніе горькихъ средствъ передъ їдой можетъ исправить пищевареніе и устранить вялость испражнений. Стаканъ изъ дерева квасіи здѣсь очень умѣстенъ. Въ него нали-



Рис. 105. Дѣйствіе брюшного пресса при дефекаціи въ сидячемъ положеніи. Видна непроизводительность работы брюшного пресса. (Kelly).

вается вода и выпивается передъ обѣдомъ и ужиномъ. Это улучшаетъ аппетитъ и увеличиваетъ отдѣленіе желудочнаго сока. Пищевареніе улучшается и появляются регулярныя испраженія.

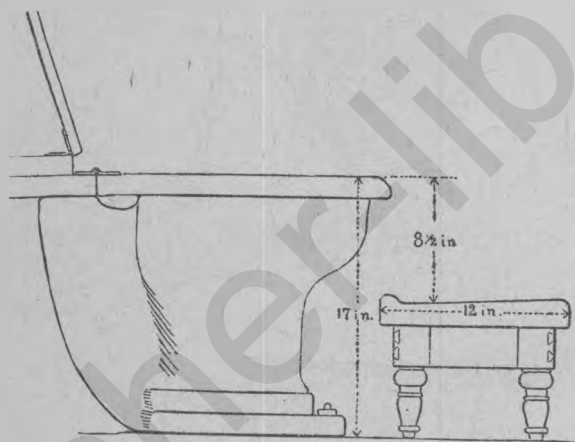
Для устраненія привычнаго запора имѣется много простыхъ средствъ. Сюда прежде всего относится стаканъ сырой ключевой воды утромъ натощакъ. Когда этого недостаточно, вмѣсто воды назначаютъ стаканъ сыворотки изъ-подъ творога, или морковный сокъ: морковь трутъ на теркѣ и отжимаютъ. Хорошій огуречный

или капустный разсолъ, иногда съ прибавленіемъ ложки меда на стаканъ, является уже слабительнымъ средствомъ, и ежедневно его назначать не приходится.

Цикорный кофе, почти безъ примѣси настоящаго кофе, съ молокомъ и сливочнымъ масломъ, выпитый утромъ, для многихъ является средствомъ, обеспечивающимъ хорошее испражненіе.

Кислое молоко, простокваша по вечерамъ тоже можетъ служить хорошимъ регуляторомъ утренняго испражненія, а для нѣкоторыхъ стаканъ сырой воды съ чайной ложкой снятого молока, выпитый вечеромъ, является уже слабительнымъ.

Всего лучше, конечно, если удастся добиться ежедневнаго испражненія такими простыми средствами. Ихъ необходимо комбинировать съ обильной растительной пищей: овощи, сырые и вареные, фрукты,



**Рис. 106.** Скамейка проф. Kelly, позволяющая пользоваться естественной позой при дефекации. На рисункѣ обозначены размѣры въ дюймахъ.

ягоды и т. п. Очень хорошо назначать черносливъ. Берется фунтъ сухого французскаго чернослива, ополаскивается холодной водой, чтобы удалить съ него пыль, но отнюдь не отмывать съ него бѣлый налетъ, кладется въ стеклянную банку или кувшинъ, наливается пятью стаканами воды съ прибавленіемъ чайной ложки меда на стаканъ (можно и сахаръ). Это оставляется на окнѣ на сутки, послѣ чего все переливается въ кастрюлю и кипятится. Жидкость сливается и по охлажденіи пьется, какъ столовый напитокъ, а сливы ѣдять, какъ десертъ. Этотъ старинный французскій рецептъ я перенялъ у покойнаго доктора Caulet (когда мы были съ проф. Снегиревымъ и съ нимъ въ Бѣлградѣ у королевы Драги). Многимъ это очень нравится и за него очень благодарятъ. Воды можно брать и меньше.

Когда всѣми этими домашними средствами не достигается надлежащая правильность отпавленій кишечника, приходится прибѣгать

къ слабительнымъ. Здѣсь едва ли не на первомъ мѣстѣ надо поставить растворы горькихъ среднихъ солей (*Natr. sulfur.*, *Magnes. sulfur.*), или, что даже удобнѣе, горькую воду. Назначается вода Гуніади-Янось, наша Баталинская или Испанская *villa Sobras*. Воду пьютъ методически ежедневно, начиная съ  $\frac{1}{2}$  стакана, болѣе или менѣе, сколько нужно, натошакъ. Берется такое количество воды, чтобы получить хорошее очищеніе первыхъ путей и не вызвать поноса. Такое питье воды продолжается ежедневно въ теченіе 3 недѣль, и у многихъ молодыхъ пациентокъ послѣ такого леченія устанавливаются совершенно регулярныя утреннія испражненія и притомъ на довольно продолжительное время, иногда на три, иногда на четыре года, когда приходится повторить такое назначеніе минеральной воды опять на 3 недѣли.

При упорныхъ запорахъ, сопровождающихся болью и всасываніемъ птомаиновъ, назначаются, по совѣту *Trousseau*, небольшія дозы белладонны (*extracti belladonnae* 0,02—0,03) по вечерамъ, а если этого мало, то вслѣдъ за белладонной, или одновременно, даютъ небольшой приемъ кастороваго масла. Когда преобладающимъ послѣдствіемъ запоровъ является всасываніе птомаиновъ, назначается параффиновое масло, по способу *Sir Arbutnot Lane*'а по столовой ложкѣ два раза въ день въ теченіе 6 недѣль, и только если это не помогаетъ, можетъ возникнуть вопросъ объ оперативномъ леченіи выключеніемъ толстыхъ кишекъ по его способу, дабы устранить всасываніе изъ толстыхъ кишекъ, отравляющее организмъ и приводящее его въ кахектическое состояніе.

Однако параффиновое масло и не въ такихъ исключительныхъ случаяхъ, и не при такомъ настойчивомъ примѣненіи оказывается хорошимъ слабительнымъ, близкимъ по своему дѣйствию къ касторовому маслу, но только его надо брать немного больше, напр. 3—4 столовыхъ ложки, чтобы получить хорошее послабленіе. Масло это имѣется въ хорошо очищенномъ видѣ и оно кромѣ того, какъ углеродородъ, не способно омыляться и не всасывается. Оно выходитъ въ совершенно неизмѣненномъ видѣ. На вкусъ оно не противнѣе кастороваго масла, а если прибавить къ нему немного мяты (каплю или двѣ мятнаго масла), то его можно выпить безъ значительнаго отвращенія. Многіе могутъ его пить и прямо и на вкусъ его не жалуются. Минеральное масло, какъ слабительное, очень умѣстно при кормленіи грудью. Оно не всасывается и въ молоко не переходитъ.

Для однократнаго очищенія первыхъ путей лучшими средствами остаются касторовое масло (двѣ столовыхъ ложки), среднія соли (*Natrium sulfuricum et Magnesia sulfurica* aa 15,0; одинъ, а если нужно, два приема такой дозы), сложный лакричный порошокъ (*pulvis liquiritiae compositus*; чайная ложка съ верхомъ, вечеромъ послѣ ѣды), наконецъ Сень-Жерменскій чай (*Species pectorales seu St. Germain*;

заваривается, какъ чай, и пьютъ чашку или двѣ съ сахаромъ или вареньемъ). Все это средства, дѣйствующія временно; для ежедневнаго употребленія они не пригодны и хроническаго привычнаго запора устранить не могутъ.

Для ежедневнаго и болѣе продолжительнаго пользованія хорошимъ слабительнымъ является порошокъ Fordyce Barker'a (*Magnesia sulfuricae*, *Magnesia carbonicae*, *Cremor tartari*, *Florum sulfuris aa*), по чайной или столовой ложкѣ натошакъ въ лафитномъ стаканѣ воды. Этимъ средствомъ я охотно пользуюсь у беременныхъ. Къ другимъ палліативнымъ, менѣе дѣйствительнымъ слабительнымъ средствамъ, которыя можно довольно долго принимать ежедневно, относятся: ревень (*radix Rhei*), экстрактъ *Cascaræ sagradae*, въ лепешкахъ по 0,3—0,5, цареградскіе стручки и т. п.

Прибѣгать къ привилегированнымъ средствамъ обыкновенно не приходится. При желаніи не трудно обойтись безъ нихъ. Кромѣ чая *Chambard* и конфектъ *Tamar Indien Grillon*, я ихъ никогда не назначалъ.

Рябиновое варенье или экстрактъ изъ рябины (*extract. sorbi Aucuparii*) едва ли менѣе пригодны, чѣмъ многія изъ нихъ.

## ГЛАВА XVIa.

### Болѣзни мочевыхъ органовъ (продолженіе).

Разстройства и болѣзненные измѣненія мочеотдѣленія могутъ, какъ уже было упомянуто, зависѣть вовсе не отъ заболѣванія мочевого пузыря или мочеиспускательнаго канала, а отъ болѣе серьезныхъ заболѣваній мочеотдѣлительныхъ органовъ, отъ почекъ, отъ мочеточниковъ. Объ этомъ необходимо всегда помнить, чтобы не впасть въ шаблонное объясненіе важныхъ для діагностики симптомовъ.

Когда спрашиваютъ больную объ ея мочеиспусканіи, обыкновенно болѣе всего имѣютъ въ виду найти какія-нибудь указанія на бленноррею, или добиться возможности исключить это столь часто встрѣчающееся заболѣваніе. При этомъ нерѣдко упускаютъ изъ вида діагностическое значеніе учащеннаго мочеиспусканія для заболѣваній мочеточниковъ и почекъ, въ особенности для туберкулеза этихъ органовъ, а также и для многихъ другихъ измѣненій, даже чисто механическаго характера.

Учащенное и даже болѣзненное мочеиспусканіе можетъ зависѣть отъ механическихъ причинъ: отъ давленія сосѣднихъ органовъ на пузырь, или отъ измѣненій въ прилегающихъ къ нему тканяхъ, опухлей, отековъ, инфильтрацій и т. п.

Такъ небольшая фиброма передней стѣнки матки, давящая на пузырь, можетъ давать мучительные симптомы, напоминающіе воспаленіе пузыря. Функціональныя разстройства со стороны мочевыхъ путей многими даже считаются однимъ изъ раннихъ признаковъ фибромы матки. Дно перегнувшейся кпереди матки, или ея шейка при запрокидываніи дна кзади могутъ вызывать тѣ же явленія. Все это, очевидно, тоже должно быть принято во вниманіе.

Учащеніе мочеиспусканія при бленнорройномъ уретритѣ сопровождается жженіемъ во время истеченія мочи и въ особенности въ концѣ этого истеченія. Жженіе это держится еще нѣкоторое время послѣ мочеиспусканія. Частые позывы при этомъ не ограничиваются ночнымъ временемъ, а держатся цѣлыя сутки, ночью они даже иногда отсутствуютъ.

Для туберкулезнаго заболѣванія почки или мочеточника характерны ночные позывы, ихъ настойчивость и повторная потребность

мочиться почти тотчас послѣ опорожненія пузыря; также какъ внезапное появленіе очень сильныхъ позывовъ, когда дѣлается трудно и даже невозможно удерживаться, такъ что часть мочи начинаетъ вытекать произвольно, если сколько нибудь промедлить.

Позывы сопровождаются болѣзненными ощущеніями въ шейкѣ пузыря, иногда отдающими вверхъ въ поясницу, или внизъ въ половыя губы. Они бываютъ не такъ часты какъ при бленнорреѣ, 4, 5 разъ за ночь, но отличаются своею настойчивостью и неотложностью.

Повышенная потребность въ опорожненіи пузыря и постоянныя усилія для ея удовлетворенія иногда приводятъ къ значительной гипертрофіи мышечной стѣнки этого органа при туберкулезномъ заболѣваніи. Тогда сократившійся порожній пузырь можно бываетъ прощупать при двойномъ изслѣдованіи какъ отдѣльную мясистую опухоль спереди отъ матки, между нею и симфизою.

При бленнорройномъ заболѣваніи частичное недержаніе мочи тоже возможно, но это относится къ большимъ рѣдкостямъ.

Діагностика бленнорройнаго характера инфекціи выясняется при распросѣ и объективнымъ изслѣдованіемъ. Бактеріоскопическое изслѣдованіе можетъ быть доказательнымъ только при положительномъ результатѣ: невозможность обнаружить присутствіе гонококка вовсе не исключаетъ инфекцію этимъ микробомъ.

Мочеиспускательный каналъ при этомъ прощупывается въ видѣ утолщенія, зависящаго отъ клѣточной инфильтраціи и отъ развитія соединительной ткани вокругъ его слизистой. Проводя пальцемъ вдоль этого канала и придавливая его къ задней поверхности симфизы, удается выдавить изъ наружнаго отверстія каплю слизистаго гноя. Самое отверстіе представляется припухшимъ, а если оно зияетъ, то черезъ него могутъ быть видны яркочерныя отверстія железъ Skene.

Однако такое выдавливаніе гноевидной слизи изъ мочеиспускательнаго канала есть дѣйствіе вовсе не полезное. При леченіи триппера у мужчины выдавливаніе слизи изъ этого канала и механическое разминаніе его инфильтрированной стѣнки является однимъ изъ главныхъ препятствій для полнаго исцѣленія отъ этого недуга: желаніе убѣдиться, что все прошло и ничего не выдавливается, какъ извѣстно, очень нерѣдко поддерживаетъ хроническую форму этого заболѣванія. Объ этомъ всегда полезно вспомнить при назначеніи леченія всякихъ проявленій и послѣдствій бленнорройной инфекціи тазовыхъ органовъ. Это одинаково относится и къ массажу, и ко всякой механотерапіи и при хроническихъ метритахъ, и при всякихъ смѣщеніяхъ матки, пока послѣдніе слѣды инфекціи еще не заглохли окончательно.

Для туберкулезной инфекции мочевых органов, происходящей почти всегда через кровеносную систему, характерна общая конституция организма и наследственность. Обнаружить локализацию, из которой она исходит, удается далеко не всегда, даже при аутопсии, хотя чаще всего ее надо искать в бронхальных железах. Ночные поты, хотя бы и единичные, или проявляющиеся с большими промежутками, могут иногда привлечь внимание и заставить подумать о туберкулезе. Очень часто в начале заболевания инфекция эта диагностируется и лечится как малярия.

„Обычная диагностика, которую неизменно ставят при первичных стадиях всякого туберкулезного заболевания,—говорит проф. Мигрфу,—есть малярия“. Пока нет добавочной инфекции, моча обыкновенно остается кислой, иногда несмотря на значительную примесь гноя. Примесь крови может и отсутствовать, но она довольно неизбежно появляется после впрыскивания туберкулина. Вместе с повышением температуры после туберкулиновой пробы гематурия здесь имеет важное диагностическое значение.

Большое количество слизи в моче свойственно инфекции слизистой пузыря, главным образом септического типа. При туберкулезном заболевании это указывает на добавочную, присоединившуюся инфекцию и является серьезным осложнением.

Собственно обильное образование слизи является следствием защитительных мероприятий организма. Слизистые оболочки вездь и всегда стремятся очиститься от инфекции механическим удалением всего, что на них попадает. Так бывает в бронхах или в гортани, где с мокротой удаляются и пыль, и многие бактерии, так бывает и в пузырь или мочеиспускательном канале, когда их слизистая подвергнется загрязнению или инфекции.

При щелочной моче количество слизи увеличивается не только потому, что при этом имеется хорошая питательная среда и бывает больше бактерий, но и потому, что слизистая должна защищаться не только от бактерий, но и от разъедающего действия щелочи и от осаждающихся в щелочной моче солей.

При начале заболевания туберкулез мочевых органов поражает только одну почку гораздо чаще, чем это считалось еще недавно. В таких случаях хирургическое лечение дает вовсе не плохое предсказание. При заболевании двустороннем, кроме общих терапевтических мероприятий и усиленного питания, возможно лечение туберкулином и оно тоже иногда дает значительное облегчение.

Диагностика выясняется туберкулиновой пробой и исследованием мочи, выделяющейся из мочеточника больной стороны. Без цистоскопии обойтись здесь, очевидно, нельзя.



Объективное изслѣдованіе, глубокое ощупываніе помощью двойного изслѣдованія, позволяющее захватить почку обѣими руками и въ особенности выстукиваніе кулакомъ по способу проф. Mignon является указаніемъ, по своей точности мало уступающимъ изслѣдованію мочи, выдѣляемой обѣими почками въ отдѣльности.

Выстукиваніе это дѣлается такъ.

Больная садится на табуретъ или на обыкновенный стулъ, поставленный бокомъ и наклоняется кпереди, упираясь локтями на свои колѣна или бедра. Врачъ помѣщается сзади больной и кладетъ свою лѣвую руку плашмя на почечную область изслѣдуемой стороны. Ладонь этой руки помѣщается какъ разъ противъ почки. Теперь кулакомъ правой руки онъ ударяетъ по тыльной поверхности своей лѣвой руки. Если почка здорова, то отъ такого удара получается умеренная боль, во всякомъ случаѣ меньше той, которую испытываетъ лѣвая рука хирурга. Въ случаѣ хирургическаго заболѣванія почки, въ особенности при камняхъ, или при ея инфекціи больная ощущаетъ почти нестерпимую боль, не находящуюся въ соотвѣтствіи съ силою удара. Боль эта однако успокаивается довольно скоро.

Это очень цѣнный признакъ. При рѣшеніи вопроса объ операціи онъ обыкновенно болѣе укрѣплялъ меня въ необходимости ея производства, чѣмъ многія тщательныя подготовительныя клиническія и лабораторныя изслѣдованія почекъ и ихъ секреціи, въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, когда отдѣльныя подробности допускали различныя толкованія и сомнѣнія. Пока при такомъ выстукиваніи не получается боли, съ возбужденіемъ вопроса о хирургическомъ пособіи нѣтъ основанія торопиться: можно повременить и заняться изученіемъ другихъ клиническихъ подробностей.

Далѣе, уже изъ подробнаго распроса можно получить нѣкоторыя точныя свѣдѣнія о грубыхъ измѣненіяхъ въ составѣ мочи. Она можетъ быть свѣтлая, прозрачная, водянистая. Она можетъ быть темная, насыщенная или мутная; можетъ дѣлаться мутною, когда постоитъ и успѣетъ остыть. Въ ней можетъ быть замѣтная примѣсь гноя или крови.

Послѣднее явленіе имѣетъ большое значеніе для діагностики хирургическаго заболѣванія почки или почекъ.

Даже однократное, бывшее много лѣтъ назадъ выдѣленіе крови изъ мочевыхъ путей можетъ служить очень цѣннымъ указаніемъ при постановкѣ діагностики, въ тѣхъ случаяхъ, по крайней мѣрѣ, когда мѣсто, откуда попала эта кровь, осталось неизвѣстнымъ и извѣстно, что выдѣлилась она несомнѣнно изъ мочевыхъ путей. Если, напр., есть указанія, что кровь эта выдѣлилась изъ почки, то это можетъ указать на время начала заболѣванія, иногда въ теченіе десятковъ лѣтъ ничѣмъ существеннымъ себя не проявлявшаго и истинная натура

котораго обнаружилась только впоследствии. Такъ это могло быть начало осажденія солей и образованія камня въ почечной лоханкѣ, а впоследствии механическое раздраженіе отъ этого камня могло привлечь изъ крови локализацию инфекции.

При нѣкоторой настойчивости можно исключить при распросѣ ту примѣсь крови, которая попадаетъ въ мочу изъ полового тракта. Кривая окраска мочи особенно рѣзко бываетъ замѣтна на снѣгу и эту подробностью можно иногда воспользоваться при распросѣ простой деревенской женщины.

Однако полагаться въ этомъ отношеніи на одни данныя распроса, хотя бы и очень обдуманнаго и обстоятельнаго, конечно, нельзя. Необходимо собрать мочу и сдѣлать ея изслѣдованіе.

Для этого выпускаютъ мочу въ два, а иногда въ три отдѣльные сосуда. Если въ первой порціи мочи имѣется кровь, а въ остальныхъ ея нѣтъ, то это значить, что кровь была вымыта изъ мочеиспускательнаго канала. Во второмъ сосудѣ (средняя порція) моча можетъ оказаться совершенно чистой и прозрачной, а въ третьемъ стаканѣ послѣдняя порція можетъ быть мутная и содержать слизь, въ ней могутъ быть соли, успѣвшія осѣсть еще въ пузырьѣ.

Естественнымъ мочеиспусканіемъ, заставивши просто мочиться послѣдовательно въ отдѣльные сосуды, собираніе мочи бываетъ затруднительно и приходится добывать ее помощью катетера. Однако для первой порціи, той, которая вымываетъ стѣнки мочеиспускательнаго канала, катетеръ, конечно, не примѣнимъ и надо попросить больную помочиться немного въ стаканъ, а остальные двѣ порціи мочи уже добывать катетеромъ.

Къ даннымъ микроскопическаго изслѣдованія мочи, полученной безъ помощи катетера, а взятой просто изъ горшка и посланной для изслѣдованія, надо относиться съ большою осторожностью. Изъ половой щели и изъ влагалища въ нее попадаютъ и клѣточные элементы тканей, и крови, разныя бактеріи, иногда скоро вызывающія броженіе мочи и измѣненія въ ея составѣ. Съ *praerutium clitoridis* можетъ пасть *bacillus praerutii*, трудно отличаемый морфологически отъ Коховской палочки.

Когда приходится собирать мочу безъ помощи катетера, принимаютъ различныя предосторожности, которыя надо растолковать больной. Для этого передъ мочеиспусканіемъ тщательно вымывается половая щель и влагалище. Дѣлается это теплой водой съ мыломъ (всего лучше марсельскимъ) въ чистомъ тазу, чистыми, хорошо вымытыми со щеткой руками. По окончаніи мытья все тщательно вытирается чистымъ полотенцемъ и въ наружное отверстіе влагалища закладывается небольшой ватный тампонъ, хорошо отжатый, но

влажный, иначе попадание ватной пыли неизбежно. Во время мочеиспускания малые губы разводятся пальцами, чтобы истекающая моча не омывала внутреннюю их поверхность.

При всяких заболваниях мочевых органов собиране мочи для изслѣдованія катетеромъ является показаніемъ столь же безусловнымъ, какъ и цистоскопія. Удовольствоваться при этомъ тѣмъ протоколомъ объ изслѣдованіи мочи, который больная иногда приноситъ сама, не представляется благоразумнымъ и ведетъ къ ошибкамъ.

Рѣзкая кровянистая окраска мочи можетъ зависѣть отъ заболванія пузыря. Это можетъ быть язвенный процессъ, даже туберкулезная язва (но она даетъ мало крови) или изъязвленіе новообразованія (тогда крови будетъ гораздо больше и будутъ попадаться сгустки) и одной окраской дѣло не ограничится, или наконецъ это можетъ быть папиллома, которая даетъ наиболѣе обильныя пузырьныя кроветеченія, съ образованіемъ большихъ сгустковъ.

Этіологія язвеннаго процесса въ пузырьѣ не всегда бываетъ ясна. Когда ее выяснитъ не удастся, говорятъ о простой язвѣ, хотя едва ли кто-нибудь можетъ сказать, что это означаетъ. На голени тоже бываютъ простыя язвы. Но тамъ въ дѣйствительности большое значеніе имѣютъ многіе моменты, и механическіе (давленіе, поврежденія), и условія кровообращенія (венозный застой, отечность тканей), и даже составъ крови (подагрической діатезъ и т. п.). Вліяніе всѣхъ этихъ подробностей и особенностей на слизистую пузыря менѣе понятно, хотя, конечно, возможно. Возможна ли язва пузыря безъ механическаго поврежденія его слизистой (камень, случайная травма, давленіе сосѣдней опухоли и т. п.) остается вопросомъ. Обнаружить и доказать бактериологическую разновидность инфекции при такой язвѣ бываетъ очень трудно, даже при туберкулезной язвѣ, случай, повидимому, наиболѣе частый.

Этіологія папиллярныхъ разрощеній, папилломы пузыря совершенно неизвѣстна. Ставить ее по аналогіи въ связь съ бленнорройной инфекціей основаній очень мало, хотя въ исторіи болѣзни такихъ случаевъ инфекція эта не можетъ быть исключена по крайней мѣрѣ столь же часто, какъ при папиллярныхъ разрощеніяхъ на наружныхъ органахъ и половой щели. Микроскопически тоже строеніе всѣхъ этихъ разрощеній очень схожее.

Въ случаѣ язвы или поверхностнаго изъязвленія кровь бываетъ венозная. Она успѣваетъ смѣшаться съ мочей прежде, чѣмъ образуются сгустки. Кровотеченіе изъ мелкихъ артерій папилломы даетъ огромныя сгустки и, пока пузырь старается ихъ выдавить, получаютъ сильныя, спазмодическія, очень болѣзненныя сокращенія этого органа. Когда такіе сгустки выдѣляются съ мочей, боль тотчасъ прекращается, то же самое бываетъ тогда, когда ихъ вымоютъ изъ пузыря.

Попаданіе воздуха въ пузырьъ при катетеризаціи тоже вызываетъ въ немъ очень болѣзненные схватки. То же самое наблюдается, когда въ пузырьъ попадаютъ газы изъ сосѣднихъ органовъ, напр., кишекъ, когда съ ними образуется сообщеніе прямое или черезъ посредство гнойной полости по сосѣдству.

Безболѣзненное выдѣленіе кровавой мочи, и притомъ спорадическое, съ большими промежутками времени всегда наводитъ мысль на заболѣваніе почекъ. Обильное выдѣленіе крови изъ мочевыхъ путей, когда выдѣляется чистая кровь, которая даже свертывается уже въ горшкѣ, наблюдается при новообразованіяхъ почки, въ особенности при гипернефроми. Иногда, конечно, въ такомъ случаѣ сгустки образуются еще въ пузырьѣ и плаваютъ въ выдѣленной мочѣ. Характерная форма кровяныхъ сгустковъ, образующихся въ мочеточникѣ и представляющихъ слѣпокъ этого протока, напоминаетъ земляныхъ червей и это замѣчаютъ иногда сами больныя.

Незначительная примѣсь крови къ мочѣ, появляющаяся послѣ припадковъ боли въ поясницѣ, указываетъ на камни въ почкѣ или въ мочеточникѣ. Когда примѣсь эта обнаруживается послѣ явленій раздраженія пузыря и усиленнаго позыва къ мочеиспусканію и когда все это повторяется послѣ всякихъ движеній, ходьбы, ѣзды и т. п., а при покойномъ положеніи въ постели не проявляется, то это указываетъ на камень въ пузырьѣ.

Какъ уже было упомянуто, къ незначительной примѣси крови, находимой при микроскопическомъ изслѣдованіи, надо относиться съ большою осторожностью. Отдѣльныя красныя или бѣлыя кровяныя клѣтки могутъ выдѣляться почками при многихъ болѣзняхъ этого органа.

Щелочная реакція мочи можетъ зависѣть и отъ почекъ, но гораздо чаще указываетъ на страданіе пузыря. Кислая моча при значительномъ количествѣ гноя указываетъ на туберкулезное заболѣваніе. Большое количество гноя, кромѣ почки можетъ зависѣть отъ сообщенія пузыря съ гнойникомъ гдѣ-нибудь по сосѣдству.

При всякихъ инфекціяхъ мочевыхъ путей самымъ существеннымъ вопросомъ является хорошее опорожненіе инфицированнаго очага. Это одинаково относится и къ пузырю, на что уже было указано, и къ почкѣ, и къ мочеточнику. Обезпеченіе хорошаго дренированія при этихъ заболѣваніяхъ является главною заботою врача при леченіи.

Дренированіе это надо понимать въ самомъ широкомъ смыслѣ. Оно можетъ быть естественное, когда роль врача сводится къ наблюденію и къ устраненію того, что для него кажется неблагоприятнымъ (механическое сдавленіе, уменьшенное количество мочи, боли и т. п.). Оно можетъ быть искусственное, хирургическое и тогда оно должно быть своевременно и широко поставлено (дѣйствительный и достаточнаго діаметра трубчатый дренажъ, въ  $1\frac{1}{2}$  два и болѣе сантиметра толщиною).

Такъ при туберкулезномъ пораженіи лоханки или мочеточника хорошее опорожненіе мочи затрудняется вслѣдствіе утолщенія стѣнокъ этихъ органовъ, зависящаго отъ клѣточной инфильтраціи и отъ образованія соединительной ткани. Процессъ этотъ является неизбѣжнымъ слѣдствіемъ самозащиты организма противъ мѣстной инфекціи, отъ которой онъ всегда и вездѣ стремится отгородиться инфильтраціей и рубцовой тканью. Неизбѣжнымъ слѣдствіемъ этого процесса является затрудненіе оттока и задержаніе выдѣленій, отсюда условія благоприятныя для добавочной септической инфекціи, непосредственной, или черезъ кровь со всѣми ея опасностями.

Напомню еще разъ, что отъ туберкулезной инфекціи почти никогда не умираютъ, а умираютъ отъ присоединяющейся къ ней септической инфекціи, которая довольно неизбѣжно приводитъ къ отравленію организма.

Пока имѣется только чистая форма туберкулезнаго заболѣванія почки или мочеточника и пока дренированіе заболѣвшихъ органовъ совершается правильно, леченіе впрыскиваніемъ туберкулина даетъ довольно хорошій результатъ. Получается значительное облегченіе и даже временное исцѣленіе, иногда на нѣсколько лѣтъ.

При инфекціи септической, самостоятельной или присоединившейся къ уже имѣющейся туберкулезной всякое затрудненіе въ дренированіи инфицированнаго очага тотчасъ начинаетъ вызывать общія явленія, довольно скоро приводящія къ отравленію организма и роковой развязкѣ.

Показанія во всѣхъ этихъ случаяхъ могутъ быть только хирургическія. Лечить эту хирургическую болѣзнь терапевтическими средствами и безцѣльно, и неумѣстно.

Пока можно удалить весь туберкулезный очагъ, надо сдѣлать это тотчасъ же. Выжиданіе здѣсь приводитъ къ заболѣванію здоровой половины и тогда операція безцѣльна и помощь уже не можетъ. Септическая инфекція почки лечится разрѣзомъ, какъ абсцессъ, и установленіемъ хорошаго дренажа. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ, когда все сморщится, а другая почка возьметъ на себя всю работу по выдѣленію мочи, удаленіе остатковъ инфицированнаго очага дѣлается безопаснымъ и результаты такого леченія, хотя и скучнаго, и продолжительнаго, нельзя сравнивать съ результатами первичнаго удаленія септически инфицированной почки. Какъ бы тщательно и искусно ни дѣлалось это пособіе, результаты послѣ него получаются обыкновенно болѣе, чѣмъ скромные.

Такимъ образомъ ключемъ ко всѣмъ заболѣваніямъ мочевыхъ органовъ, имѣющимъ отношеніе къ гинекологіи, является инфекція и на первомъ мѣстѣ, конечно, септическая. Отъ умѣнія обращаться съ нею зависитъ и успѣхъ всякихъ операцій при свищахъ, и всякая

удача при леченіи терапевтическомъ. Объ этомъ послѣднемъ много говорить не приходится, потому что кромѣ тепла въ различныхъ его модификаціяхъ и какихъ нибудь симптоматическихъ назначеній, что же можно здѣсь придумать.

Относящіяся къ группѣ общихъ медицинскихъ терапевтическихъ заболѣваній болѣзни почекъ здѣсь разсмотрѣнію, конечно, подлежатъ не могутъ. Всякіе цилиндры и гіалиновые, и зернистые могутъ вліять только на общую схему предсказанія и къ отдѣлу гинекологіи отнести ихъ довольно трудно. То же самое относится и къ діазореакціи, истинное значеніе которой еще ускользаетъ отъ объясненія при многихъ болѣзняхъ, а тѣмъ болѣе при гинекологическихъ, какъ и многія другія тонкости лабораторнаго изслѣдованія мочи, которыя пишутся въ протоколахъ объ ея изслѣдованіи.

Изъ результатовъ комбинированныхъ лабораторно-клиническихъ методовъ изслѣдованія въ этомъ дѣлѣ важнымъ представляется двѣ подробности: 1) состояніе лейкоцитоза и 2) туберкулиновая реакція. Повышеніе числа лейкоцитовъ въ крови всегда указываетъ на обостреніе септического процесса, собственно на усиленіе всасыванія его продуктовъ и, слѣдовательно, на настоятельность энергической помощи, когда возможно, конечно, хирургической. Подкожное впрыскиваніе туберкулина можетъ сразу освѣтить основанія для діагностики, а иногда можетъ даже оказать значительное терапевтическое дѣйствіе. Для діагностики впрочемъ во многихъ случаяхъ можно удовольствоваться и реакціей Pirquet.

Впрыскиваніе стараго Коховскаго туберкулина (первоначальнаго) оказываетъ услугу не только для діагностики. Проведенное систематически оно замѣтно измѣняетъ теченіе туберкулезныхъ заболѣваній мочевыхъ органовъ. Специфическое дѣйствіе этого препарата здѣсь можетъ проявляться столь же рѣзко, какъ при туберкулезѣ кишечника. Для леченія легочнаго туберкулеза, для котораго онъ былъ предложенъ, онъ давно оказался непригоднымъ и даже иногда губительнымъ, но при туберкулезѣ кишечника онъ въ теченіе многихъ лѣтъ давалъ проф. Murphy такіе результаты, что отказываться отъ него нѣтъ основанія.

Если извѣстно, что септическое заболѣваніе почки является только осложненіемъ уже имѣвшейся въ ней туберкулезной инфекціи, то примѣненіе простого разрѣза съ дренажемъ не представляется умѣстнымъ. Получится только туберкулезный мочевой свищъ, который вылечить едва ли возможно.

При одностороннемъ туберкулезномъ заболѣваніи почки, какъ уже сказано выше, дѣлается ея первичная экстирпація. Это довольно опасная операція, но все-таки не такъ, какъ при септической инфекціи.

## ГЛАВА XXV.

(Дополняющая и объединяющая). **О воспаленіяхъ тазовой брюшины. О перитонитѣ, общемъ и мѣстномъ, клиническое значеніе подробностей этихъ заболѣваній.**

Воспаленіе брюшины, выстилающей полость таза, *pelveoperitonitis*, имѣетъ большое клиническое и практическое значеніе. Каждому врачу и довольно часто приходится имѣть съ нимъ дѣло. Въ сущности это бываетъ при каждомъ гинекологическомъ заболѣваніи, въ которомъ участвуетъ инфекция.

Наиболѣе тяжелыя формы этой болѣзни относятся не только къ группѣ чисто хирургическихъ заболѣваній, но и къ неотложной ихъ разновидности, къ острому заболѣванію живота, требующаго немедленной хирургической помощи. Это налагаетъ на врача большую нравственную отвѣтственность и ему необходимо умѣть разобраться въ значеніи многихъ подробностей, дабы съ достаточнымъ основаніемъ придти къ точному и опредѣленному заключенію, отъ котораго могутъ зависѣть серьезныя и даже опасныя мѣропріятія.

Это даетъ поводъ остановиться здѣсь прежде всего на воспаленіи брюшины вообще, на понятіи и представленіи о перитонитѣ.

Подъ перитонитомъ (*peritonitis*) разумѣютъ воспаленіе серозной плевы, выстилающей брюшную полость. Практическое значеніе этой болѣзни обнаружилось только тогда, когда стали дѣлать операціи въ брюшной полости. Раньше ее относили къ болѣзнямъ соматическимъ, вродѣ воспаленія легкаго или плевры и ставили въ зависимость отъ общихъ моментовъ и вліяній: охлажденіе, простуда, погрѣшности въ діетѣ и т. п.; а когда стали много оперировать, то оказалось, что это очень тяжелое послѣоперационное осложненіе, отъ котораго стали умирать на третій, четвертый день послѣ операціи. Тогда объясненіе этого явленія причинами случайными оказалось недостаточнымъ и для дѣла не полезнымъ.

Вспомнили разныя подробности, которыя были отмѣчаемы на вскрытіяхъ при эпидеміяхъ послѣродовой горячки, когда находили воспаленныя, растянутыя кишки, омываемыя большимъ количествомъ гноя. Обратили вниманіе и на другія измѣненія при быстротечныхъ смертельныхъ перитонитахъ послѣ огнестрѣльныхъ раненій живота. Сдѣланы были многочисленныя опыты на животныхъ и выработалось стройное ученіе о заразномъ воспаленіи брюшины. Оно позволяетъ объяснять значеніе большей части тѣхъ подробностей, которыя

находятъ при патолого-анатомическихъ вскрытіяхъ и даже отразилось на клиническомъ отношеніи къ этому заболѣванію и на хирургической техникѣ при брюшныхъ операціяхъ.

Однако представленія наши о перитонитѣ отличаются нѣкоторой односторонностью и искусственностью. Мы такъ привыкли въ этомъ вопросѣ останавливать наше вниманіе на томъ, что происходитъ при этомъ въ самой полости этого серознаго мѣшка, что обыкновенно упускаемъ изъ вида то, что дѣлается на его поверхности, въ томъ слоѣ брюшины, который состоитъ изъ рыхлой клѣтчатки. Между тѣмъ всякія воспаленія этой плевы и вліянія всякой инфекции на нее одной серозной половиной брюшины никогда не ограничиваются и всегда захватываютъ оба ея слоя и серозный, и клѣтчаточный.

Практически это имѣетъ большое значеніе, потому что клиническіе симптомы при воспаленіи обоихъ этихъ слоевъ и cadaго изъ нихъ въ отдѣльности, если это вообще возможно, бываютъ тѣ же самыя.

Эту особенность надо всегда имѣть въ виду и принимать во вниманіе при толкованіи симптомовъ перитонита.

Въ грубой формѣ всего нагляднѣе это наблюдается при общемъ смертельномъ перитонитѣ. Больные, какъ извѣстно, при этомъ умираютъ отъ отравленія организма токсинами, съ которыми онъ справиться не можетъ. Всѣ симптомы, которые при этомъ наблюдаются, находятъ полное объясненіе въ этомъ отравленіи, а смерть только указываетъ, что организму оградиться отъ него и справиться съ нимъ не удалось. Всѣ эти симптомы не могутъ быть поставлены въ связь съ измѣненіями въ какихъ-либо отдѣльныхъ тканяхъ или слояхъ серозной оболочки.

Въ самой полости серознаго мѣшка брюшины при этомъ могутъ скопляться различныя жидкости и выпоты; но они могутъ и отсутствовать. Измѣненія могутъ ограничиваться только серозной оболочкой и ея поверхностью, а симптомы остаются тѣ же. Даже болѣе того, заболѣваніе можетъ ограничиваться только частью этого серознаго мѣшка, въ полости его можетъ не быть никакого скопленія, а симптомы все-таки будутъ тѣ же, потому что причина ихъ остается та же самая—отравленіе организма инфекціей.

Въ зависимости отъ степени инфекціи и отъ разновидности микробовъ, ее обусловливающихъ, многія подробности будутъ, конечно, мѣняться. Къ сожалѣнію бактериологическая сторона этого вопроса еще мало изучена. Но мы знаемъ, что при стрептококковой инфекціи большую опасность представляетъ всякая рыхлая клѣтчатка, въ томъ числѣ, разумѣется, и подбрюшинная. Инфекція эта переходитъ по лимфатическимъ пространствамъ и путямъ этой ткани совершенно такъ же, какъ вода проникаетъ черезъ сито.



Защитительныя силы организма не въ состояніи построить огражденную преграду въ клѣтчаткѣ при распространеніи этого вида инфекции. При инфекціи стафилококковой и даже при *Bacillus coli* инфильтрація приводитъ къ локализаци, въ той же клѣтчаткѣ образуется мѣстный очагъ; при стрептококкѣ это, обыкновенно, не оказывается возможнымъ. Локализациа инфекции въ основаніи широкой связки исключенія въ этомъ отношеніи не представляетъ. Чистыя формы стрептококковой инфекции даютъ тѣ виды бурно протекающаго параметрита, которые быстро заканчиваются смертью, затяжное теченіе принимаютъ только случаи смѣшанной инфекции.

При эпидеміяхъ послѣродовой горячки быстротечное скопленіе гноя въ брюшной полости тоже безъ стрептококка не обходится. А при такъ назыв. сухомъ перитонитѣ (*peritonitis sicca*), когда въ брюшной полости ничего вовсе не находятъ и когда даже серозная поверхность остается блестящей и выгладитъ довольно здоровой, все дѣло ограничивается разлитой инфекціей подбрюшинной клѣтчатки, типа флегмонознаго. Это бываетъ при очень злокачественномъ видѣ эпидемической послѣродовой инфекции и всегда зависитъ отъ стрептококка. Какое отношеніе имѣетъ этотъ микробъ къ рѣдкому и тоже очень злокачественному заболѣванію, къ флегмонозному воспаленію желудка, мнѣ не извѣстно, но значительное утолщеніе стѣнки этого органа и пропитываніе ея гнойной инфильтраціей заставляеть думать, что безъ стрептококка въ этомъ случаѣ дѣло не обходится.

Поступленіе инфекціонныхъ токсиновъ черезъ клѣтчатку при перитонитахъ имѣетъ существенное значеніе. Едва ли даже есть основаніе думать, что другіе пути изъ брюшной полости должны занимать въ этомъ отношеніи первое мѣсто, хотя подъ впечатлѣніемъ экспериментальныхъ изслѣдованій о перитонитѣ мы привыкли отводить имъ наибольшую роль въ этомъ дѣлѣ. Однако не надо забывать, что при всѣхъ этихъ опытахъ надъ серозной полостью брюшины, разумѣется, не было никакого основанія вводить инфекцію не въ брюшную полость, а въ окружающій ея серозный листокъ клѣтчатку.

Различные виды инфекціонныхъ заболѣваній полости брюшины и какъ изъ нея всасываются микробы и продукты ихъ дѣятельности рассмотрѣны довольно подробно въ XX главѣ моей Оперативной Гинекологіи <sup>1)</sup>. Вопросъ этотъ въ настоящее время разработанъ хорошо. Это даетъ возможность объяснять многія клиническія явленія и симптомы. Но, повторяю еще разъ, мы всегда должны помнить о значеніи глубокаго слоя брюшины, ея клѣтчаткѣ, иначе мы рискуемъ встрѣтить многіе сюрпризы при аутопсіи, которая даже можетъ ока-

<sup>1)</sup> Изд. II. М. 1915. Т. II, стр. 826.

заться для насъ тоже неожиданной. Это случалось мнѣ видѣть не одинъ разъ, какъ, очевидно, должно встрѣчаться и каждому, кому приходилось много оперировать.

Симптомы, зависящіе отъ воспаления брюшины, немногочисленны. Это будетъ: 1) боль и защитительное сопротивленіе мышцъ, 2) измѣненія въ пульсѣ и температурѣ, 3) вздутіе кишечника, тошнота, отрыжка, рвота, остановка всякой перистальтики, 4) уменьшеніе мочи, 5) общее вліяніе на весь организмъ, *facies peritonealis*.

Боль здѣсь зависитъ, конечно, отъ воспаления, а воспринимается она главнымъ образомъ спинномозговыми нервами, поэтому локализуется она тамъ, гдѣ они есть, т. е. въ паріетальномъ листкѣ брюшины. Это одинаково бываетъ и при общемъ перитонитѣ, и при мѣстномъ его проявленіи. Очень существеннымъ и важнымъ послѣдствіемъ боли является защитительное сокращеніе мышцъ, входящихъ въ составъ брюшныхъ стѣнокъ. Своимъ довольно постояннымъ сокращеніемъ мышцы эти стремятся иммобилизовать больное мѣсто и тѣмъ защитить его отъ механическихъ вліяній, чтобы боль могла успокоиться. На брюшной стѣнкѣ это сокращеніе мышцъ замѣтнѣе всего. При всякой попыткѣ сдѣлать прощупываніе больного мѣста пальцы встрѣчаютъ непреодолимое сопротивленіе, брюшная стѣнка не подается и имѣетъ какъ бы деревянистую консистенцію. Это то, что французы называютъ *défence musculaire*, или *résistance péritoneale*.

Когда воспаленіе бываетъ мѣстное. напр., при аппендицитѣ, это выражается тѣмъ, что въ правой подвздошной ямкѣ прощупывается совершенно неподатливая и довольно большая опухоль съ ясно замѣтными границами. При постукиваніи однако опухоль эта даетъ вездѣ ясно выраженный кишечный тонъ.

При общемъ разлитомъ перитонитѣ эта защитительная сопротивляемость мышцъ захватываетъ всю поверхность брюшныхъ стѣнокъ.

Когда защитительное мышечное сокращеніе захватываетъ диафрагму, то всякое брюшное дыханіе исчезаетъ, а дыхательныя движенія замѣтны только на движеніяхъ грудной клѣтки, которая усиленно поднимается при каждомъ вздохѣ, тогда какъ брюшная стѣнка въ этихъ движеніяхъ не участвуетъ и остается неподвижною.

Отсутствіе брюшного дыханія является очень цѣннымъ признакомъ общаго перитонита. Оно показываетъ, что поверхность диафрагмы тоже сдѣлалась болѣзненной.

Когда защитительная сопротивляемость брюшной стѣнки допускаетъ глубокое ощупываніе, можно обнаружить особенность всякой мѣстной перитонеальной чувствительности и болѣзненности: когда при глубокомъ ощупываніи сразу прекращаютъ давленіе и снимаютъ руку, боль эта дѣлается наиболѣе замѣтной.

Измѣненія пульса, его учащеніе и ослабленіе вплоть до полного почти исчезновенія вліяніемъ только боли объяснить нельзя. Сильная боль, конечно, можетъ вызвать явленія шока со свойственнымъ ему упадкомъ сердечной дѣятельности; но главною причиною ослабленія сердечной дѣятельности является всасываніе инфекціонныхъ началъ и отравляющее ихъ дѣйствіе на организмъ. Усиленную работою сердца организмъ стремится увеличить дѣятельность всѣхъ органовъ, способныхъ освободить его отъ отравленія; но сердечная мышца утомляется и ея работа слабѣетъ, потому что ткани ея тоже отравляются и она оказывается непроизводительной.

На почкахъ это отражается уменьшеніемъ количества мочи, а на кишкахъ и брюшныхъ органахъ отечностью и ослабленіемъ всасыванія жидкостей слизистыми.

Появленіе обильнаго липкаго пота, бывающаго передъ самымъ концомъ, но встрѣчающагося иногда и за сутки и болѣе до него, тоже находится въ связи съ ослабленіемъ дѣятельности сердца, кровеносной системы и почекъ. Это является какъ бы послѣднимъ усиленіемъ, къ которому прибѣгаетъ организмъ, чтобы какъ-нибудь освободиться отъ убивающей его отравы.

Отрыжка при перитонитѣ зависитъ отъ остановки перистальтики и развивающагося вздутія. Увеличеніе количества газовъ въ кишечникѣ зависитъ отъ уменьшенія здоровой пищеварительной дѣятельности и необходимыхъ для нея соковъ, вслѣдствіе чего, можетъ быть, получается засиліе тѣхъ бактерій, которыя вырабатываютъ кишечные газы. Кромѣ того несомнѣнно въ желудокъ попадаетъ и воздухъ, который проглатывается больнымъ при попыткахъ усилить дыханіе, которому мѣшаетъ боль въ животѣ.

Тошнота и рвота зависятъ главнымъ образомъ тоже отъ послѣдствій отравленія, хотя этому содѣйствуетъ тоже и вздутіе.

Упорная и частая рвота, типичная для воспаленія брюшины, одинаково наблюдается и при вздутіи, и даже при втянутомъ животѣ. Это бываетъ въ очень тяжелыхъ быстротечныхъ случаяхъ. Въ этихъ случаяхъ рвота можетъ иногда отсутствовать, потому что больной не доживаетъ до ея развитія.

Перитонеальная рвота относится къ рефлекторнымъ явленіямъ. Ея особенность состоитъ въ томъ, что она появляется совершенно внезапно и происходитъ безъ видимыхъ усилій. Рвотная масса (выпитая жидкость, слюна, сокъ желудка) какъ бы срыгивается и выплескивается. Это однако нисколько не уменьшаетъ мучительности этого симптома.

Для рвоты этой характерно: 1) частота рвотныхъ движеній, 2) обиліе выдѣляемой массы, 3) невозможность удержать все, что пробуютъ выпить, 4) сильная жажда, мучающая больного.

Рвота рѣдко появляется съ самаго начала заболѣванія. Обыкновенно сначала наблюдается только упорная отрыжка, сопровождающая болѣе или менѣе рѣзкое вздутіе живота. Вздутіе начинается съ растяженія толстыхъ кишекъ и когда растягивается colon transversum, то это обнаруживается прежде всего въ подложечной области, которая тотчасъ изглаживается. Втянутая ямка подъ мечевиднымъ отросткомъ считается признакомъ, указывающимъ на отсутствіе раздраженія брюшины послѣ операціи. Пока здѣсь мягко и имѣется ямка, мы считаемъ, что со стороны брюшины все обстоитъ благополучно; когда область эта начинаетъ выпячиваться, или утрачиваетъ мягкость при ошупываніи, хирургъ всегда останавливается на этомъ свое вниманіе и нерѣдко назначаетъ клизму или даже слабительное.

Вздутіе кишечника ведетъ къ высокому стоянію діафрагмы, которая механически оттѣсняется кверху. Но діафрагма можетъ стоять высоко, на 4 и даже на 3 ребрѣ при совершенно мягкомъ животѣ и въ этомъ не трудно убѣдиться выстукиваніемъ, напр., на лѣвой мамиллярной линіи. Это бываетъ при всякомъ раздраженіи брюшины и является предупреждающею угрозою при началѣ развитія перитонита. Это указываетъ на то, что движенія діафрагмы уже нарушены и отъ этого до полного исчезновенія брюшного дыханія не такъ далеко.

Отсутствіе перистальтики ведетъ къ прекращенію выдѣленія газовъ и это зависитъ отъ параличнаго состоянія мышцъ кишечныхъ стѣнокъ. Явленіе это такъ же, какъ и прекращеніе выдѣленія мочи, есть прямое слѣдствіе отравленія септическими токсинами.

Отравленіе это, ведетъ кромѣ того къ септическимъ кровеизліаніямъ изъ капилляровъ. Появляются точечныя кровеизліанія на всѣхъ серозныхъ поверхностяхъ. Въ серозныхъ полостяхъ вслѣдствіе этого скопляется серозно кровянистая жидкость и это наблюдается не только въ брюшной полости, но одновременно и въ плеврахъ, и въ полости предсердія. На слизистыхъ оболочкахъ кишечника тоже наблюдаются точечныя кровеизліанія и даже мелкіе кровеподтеки. Кровь примѣшивается къ содержимому желудка и подъ влияніемъ кислаго желудочнаго сока превращается въ темную, бурую массу, извергаемую рвотою. Рвота эта имѣетъ видъ кофейной гущи, смѣшанной съ слизью. Такая рвота наблюдается обыкновенно при смертельномъ перитонитѣ и такіе больные почти никогда не выздоравливаютъ. Передъ концомъ рвота дѣлается все чернѣе и напоминаетъ угольный порошокъ, или налетъ сажи, плавающей въ ѣдкой слизи, разѣдающей края губъ и кожу ниже ихъ угла тамъ, гдѣ рвота эта стекаетъ и гдѣ ее постоянно приходится вытирать. Прохожденіе этой рвоты по пищеводу вызываетъ въ его слизистой сильное жженіе и даетъ мучительную изжогу.

Сдѣлать съ этой рвотой мы ничего не можемъ. Глотаніе кусочковъ льда несомнѣнно усиливаетъ ее; даваемая чайными ложками горячая вода (кипятокъ) тоже почти не помогаетъ, хотя утоляетъ жажду лучше, чѣмъ ледь. Иногда промываніе желудка слабымъ растворомъ соды даетъ довольно кратковременное облегченіе. Когда къ рвотѣ присоединяется упорная икота, это очень увеличиваетъ страданія больного. Противъ этого симптома мы кромѣ наркотическихъ средствъ ничего противопоставить не можемъ. Когда діагностика сомнѣній не возбуждаетъ, даже морфій не будетъ противопоказанъ. Врачу здѣсь собственно остается только наблюдать за всѣми этими мучительными симптомами и озаботиться о хорошемъ уходѣ, который хотя чѣмъ-нибудь могъ бы облегчить страданія этихъ больныхъ, до самаго конца сохраняющихъ полное сознаніе и оставляющихъ удручающее впечатлѣніе.

Хрупкость сосудистой системы, сопровождающаяся кровянистыми выпотами въ серозныхъ полостяхъ и точечными кровоизліяніями на серозныхъ и слизистыхъ поверхностяхъ, есть только одно изъ проявленій, свойственныхъ септической инфекціи вообще. Нарушеніе цѣлости кровеносной системы для нея довольно характерно.

Такъ при инфицированной ранѣ наблюдается послѣдующее кровотеченіе. Кровь при этомъ вытекаетъ, какъ извѣстно, не только изъ капилляровъ, но иногда прямо изъ артерій или венъ и ее приходится останавливать перевязкою сосудовъ. Кровотеченіе, случающееся черезъ нѣсколько недѣль послѣ огнестрѣльной раны, всецѣло зависитъ отъ инфекціи, главнымъ образомъ, и даже исключительно, септической. Нарушеніе цѣлости стѣнокъ сосудовъ, отъ котораго зависитъ такое кровотеченіе, объясняютъ иногда ушибомъ ихъ во время раненія. Это, конечно, бываетъ, какъ бываетъ и послѣ операций, когда обращаются грубо съ крупными сосудами, но когда сосудъ ушибленъ не былъ, приходится говорить объ изъязвленіи его стѣнки, какъ послѣдствіи продолжительнаго нагноенія. Вполнѣ возможно, что въ такихъ случаяхъ стѣнка сосуда изъязвляется вслѣдствіе измѣненій въ капиллярахъ, ее питающихъ. Въ *vasa vasorum* вслѣдствіе инфекціи появляются тромбозы и около нихъ кровоизліянія, а, какъ послѣдствіе всего этого, получается разрушеніе стѣнки сосуда и довольно неожиданное кровотеченіе, иногда даже смертельное.

Этимъ примѣромъ, взятымъ изъ медицинскихъ переживаній послѣдняго времени въ связи съ этой великой войной, мнѣ бы хотѣлось подчеркнуть всю глубину и значеніе измѣненій въ тканяхъ и органахъ вслѣдствіе вліянія септической инфекціи, а также и того, какъ все-таки мы еще далеки отъ обладанія средствами для устраненія многихъ изъ этихъ послѣдствій и какъ много нужно еще работать, чтобы этого достигнуть.

Какъ бы то ни было, и это имѣетъ существенное значеніе, всѣ характерные для перитонита симптомы являются прямымъ слѣдствіемъ болѣе или менѣе сильной септической инфекции. Неудивительно, что общее состояніе подавляется этой инфекціей, производя сильное удручающее дѣйствіе на весь организмъ. Поэтому-то и появляется то подавленное, тревожное и безпокойное состояніе, которое сразу измѣняетъ общій видъ больного. Въ немъ дѣлается какая-то перемѣна, которая сразу бросается въ глаза, но которую разложить на отдѣльныя подробности невозможно. Эта рѣзкая перемѣна, совершающаяся уже черезъ нѣсколько часовъ, называется *facies peritonealis*. Это не просто удрученное состояніе организма, а какое-то соединеніе удрученія и нѣкоторымъ возбужденіемъ и безпокойствомъ, отражающимся на чертахъ его лица и даже преобладающимъ надъ проявленіями страданій вслѣдствіе мучительной по своей упорности рвотѣ и большаго утомленія отъ непрерывности тягостныхъ симптомовъ.

При мѣстномъ воспаленіи брюшины, частнымъ случаемъ котораго являются многія гинекологическія заболѣванія, въ томъ числѣ и пельвеоперитонитъ, общія явленія раздраженія брюшины неизбѣжны. Отъ умѣнія отличить степень ихъ проявленія зависитъ успѣхъ діагностики и предсказанія также, какъ и удачное назначеніе леченія и весь ходъ его.

Подробности развитія мѣстнаго процесса воспаленія брюшины и постепенное распространеніе его въ брюшной полости всего проще разсмотрѣть на примѣрѣ воспаленія червеобразнаго отростка. Это можетъ дать довольно наглядное представленіе о патологической сторонѣ вопроса и поможетъ намъ разобраться въ показаніяхъ, изъ него вытекающихъ.

Въ здоровомъ состояніи червеобразный отростокъ представляется совершенно подвижнымъ и конецъ его довольно свободно болтается въ серозной полости брюшины. Условій для инфекции этого отростка имѣется много, самое строеніе его этому очень благоприятствуетъ.

Проф Reclus довольно картинно резюмируетъ эти условія. „Здѣсь,—говоритъ онъ,— все какъ будто сговорилось, чтобы усиливать вирулентность всякихъ патогенныхъ микробовъ, застаиваніе ихъ въ этомъ соесит изъ соесит'овъ, въ этомъ дивертикулѣ изъ дивертикуловъ, въ этой въ своемъ родѣ однобокой фистулѣ (*fistule borgne interne*), которая къ довершенію всякихъ бѣдъ находится въ тѣсномъ сосѣдствѣ съ серозною полостью, малѣйшая инфекция которой называется перитонитъ“.

Но кромѣ такого застаиванія инфекціонныхъ началъ въ полости этого отростка самыя ткани его стѣнокъ, подготовленныя такимъ постояннымъ раздраженіемъ, являются почвою, очень благоприятною для инфекции черезъ кровь (туберкулезной и даже стрептококковой).

Инфекція отростка тотчасъ вызываетъ мѣстное раздраженіе брюшины по сосѣдству съ нимъ. Брюшина отвѣчаетъ на это раздраженіе различными мѣропріятіями, назначенными для защиты отъ проникновенія инфекции. Прежде всего дѣлается мѣстная гиперемія и начинается образованіе жидкаго выпота съ большимъ количествомъ лейкоцитовъ и полинуклеарныхъ клѣтокъ. Выпотъ этотъ имѣетъ всѣ внѣшніе признаки жидкаго гноя, но микробовъ въ немъ обнаружить не удается. Надо думать, что лейкоциты успѣваютъ въ это время ихъ обезвреживать.

Начало болѣзни проявляется болью, а повышеніе температуры, обыкновенно безъ зноба, наблюдается только черезъ нѣсколько часовъ. Здѣсь характерно, что сперва появляется боль, затѣмъ увеличеніе лейкоцитоза въ крови и только послѣ этого температура. Лейкоцитозъ начинаетъ наростать довольно быстро. Разница въ 1000 и болѣе отмѣчается въ теченіе нѣсколькихъ часовъ, два, три часа уже даютъ рѣзкую разницу. Это показываетъ, что происходитъ процессъ всасыванія инфекции и что организмъ съ нею борется. Количество лейкоцитовъ при этомъ бываетъ и 8, и 9, и 10, и болѣе тысячъ. Повышеніе температуры зависитъ тоже отъ всасыванія и показываетъ, что оно увеличивается, но гноевидный выпотъ въ брюшной полости все еще остается стерильнымъ, и если въ это время сдѣлаютъ операцію, то достаточно просто вытереть этотъ гной и можно все зашивать наглухо, безъ всякаго дренажа.

Такой стерильный гной въ началѣ заболѣванія американскіе хирурги называютъ *defensive and protective* — защищающій и ограждающій. Черезъ 48 часовъ, а иногда и раньше защитительное вліяніе этого выпота ослабѣваетъ и даже исчезаетъ, гной дѣлается уже „нападающимъ и обижающимъ“ — *investive and offensive*.

Поэтому предсказаніе при операціи послѣ конца вторыхъ сутокъ сразу значительно ухудшается, къ концу третьихъ и четвертыхъ сутокъ оно дѣлается еще хуже, а на пятые сутки обыкновенно почти всегда послѣ нея дѣло заканчивается смертью.

Это хорошо подчеркиваетъ необходимость оперировать острый аппендицитъ въ самомъ началѣ, тотчасъ какъ только онъ діагностированъ, т. е. еще въ теченіе первыхъ двухъ сутокъ. Въ это время болѣзнь находится еще въ зеленомъ стадіи своего развитія; устраненіе ея должно быть сдѣлано прежде, чѣмъ плодъ этотъ успѣетъ созрѣть, потому что въ спѣломъ видѣ онъ много опаснѣе, ведетъ къ тяжелымъ осложненіямъ, а часто и къ смерти.

На 4-й, 5-й день опасность отъ операціи уже столь велика, что число выздоровленій надо обозначать однозначными цифрами, а такія операціи, которыя даютъ 96 и болѣе процентовъ смертности, едва ли можно отнести къ области научно обставленной хирургіи, едва ли даже и нужно ихъ дѣлать вообще.

Непростительному въ этихъ случаяхъ промедленію (прокрастинаціи) очень благопріятствуетъ недостаточно обоснованное назначеніе морфія. Это даетъ рѣзкое улучшение и усыпляетъ бдительность окружающихъ и врача, мѣшая ему поставить своевременную діагностику, а когда естественное теченіе вещей начинаетъ ее обнаруживать, жизнь больного оказывается уже въ такой опасности, что сдѣлать почти ничего уже нельзя.

Появленіе гноевиднаго и даже гнойнаго эксудата еще не всегда является осложненіемъ, съ которымъ организмъ самъ справиться не можетъ и которое неизбѣжно должно привести къ смертельному исходу.

Помощью хорошаго отгораживанія инфицированнаго очага защитительными срощеніями здѣсь возможно и самоисцѣленіе больного. Срощеніи эти образуются тотчасъ, какъ только начинается эксудатъ. Вокругъ него сосѣднія кишки, сальникъ и *appendices epiploici* тотчасъ слипаются, герметически отгораживая эксудатъ со всѣхъ сторонъ. Слипаніе и отгораживаніе происходитъ путемъ образованія ложныхъ оболочекъ, плотно прилипающихъ къ серозной поверхности.

Оболочки эти имѣютъ видъ густого створожившагося гноя и состоятъ изъ фибрина и многочисленныхъ лейкоцитовъ и полинуклеарныхъ клѣтокъ.

Онѣ отличаются хрупкостью и ломаются какъ сыр. Назначеніе этихъ оболочекъ оградить здоровую часть полости брюшины отъ разлитія по ней инфекціонныхъ началъ, точно также какъ и огражденіе серозныхъ поверхностей, которыя онѣ укрываютъ отъ всасыванія этихъ началъ. Этимъ достигается герметическая укупорка инфицированнаго очага и это надо беречь всѣми силами.

Глубокою ошибкою является стираніе и удаленіе этихъ фибриновыхъ ложныхъ оболочекъ, несмотря на гноевидную ихъ видимость.

Когда это дѣлали и операція казалась наиболѣе удачною и выполняющей свое назначеніе, нерѣдко приходилось переживать разочарованіе. Больного переносили въ постель и успокаивались, думая, что теперь все пойдетъ хорошо; но уже черезъ нѣсколько часовъ получалось значительное повышеніе температуры, иногда со знобомъ, и обнаруживались явные признаки новаго и усиленнаго всасыванія септическихъ началъ.

Очевидно, что при операціи срощенія эти надо всегда щадить и оберегать. Очевидно также, что и безъ операціи надо озаботиться, чтобы все это не могло повредиться. Глубокое и усердное ощупываніе здѣсь несомнѣнно строго противопоказано. Столь же противопоказано и назначеніе серьезныхъ слабительныхъ.

Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни довольно часто получается омертвѣніе и перфорація червеобразнаго отростка. Происходитъ это



довольно рано, нерѣдко въ первый уже день. Омертвѣніе инфицированной стѣнки отростка сопровождается прекращеніемъ боли и прекращеніемъ всасыванія. Мертвыя ткани не болятъ и не могутъ ничего всасывать. Сразу получается значительное улучшение симптомовъ, которое объясняется здѣсь совершенно такъ же, какъ въ случаѣ омертвѣнія кишки при ущемленіи грыжи. Улучшеніе это имѣетъ то же значеніе и оно столь же обманчиво.

Если не произойдетъ омертвѣнія, то все можетъ постепенно затихнуть. Тогда экссудатъ постепенно рассасывается, инфицированный очагъ замираетъ, въ немъ происходитъ самопроизвольное обезпложиваніе, а жидкость постепенно всасывается. Въ концѣ-концовъ отъ всего процесса остаются болѣе или менѣе обширныя сращения около слѣпой кишки.

Въ случаѣ перфорации или вирулентнаго гноя весь очагъ превращается въ абсцессъ, который можетъ вскрыться самъ черезъ брюшную стѣнку или въ кишку. И въ этомъ случаѣ тоже возможно самопроизвольное исцѣленіе; возможно и образованіе свищей, въ томъ числѣ и каловыхъ. Впрочемъ все это бываетъ, конечно, довольно рѣдко.

Если абсцесса не образуется и получится самопроизвольное выздоровленіе, то отъ всего остаются только болѣе или менѣе обширныя сращения. Такія сращения находятъ нерѣдко совершенно случайно при вскрытіяхъ въ различныхъ мѣстахъ въ брюшной полости. Измѣненія эти зависятъ отъ перенесенной организмомъ когда-нибудь раньше значительной катастрофы въ брюшной полости и являются остатками благополучно закончившагося опаснаго заболѣванія. Иногда столь же случайно можно бываетъ узнать, что больной лѣтъ двадцать тому назадъ перенесъ тяжелое заболѣваніе живота, локализовавшагося въ той области, гдѣ находятъ при аутопсіи обширныя сращения, напр., въ правомъ подреберьи около желчнаго пузыря.

При остромъ аппендицитѣ самопроизвольное выздоровленіе тоже встрѣчается, а при нѣкоторыхъ его формахъ, которыя мы однако заранѣе угадывать не умѣемъ, встрѣчается, можетъ быть, даже довольно часто; но при омертвѣнніи отростка и при его перфорации, которую мы тоже предугадать не можемъ, это встрѣчается очень рѣдко.

Если больной выздоравливаетъ отъ остраго припадка аппендицита, то говорятъ, что болѣзнь перешла въ холодное состояніе. Не очень давно многіе находили, что благоразумнѣе выжидать такое состояніе вещей и въ остромъ періодѣ не оперировать вовсе, а оперировать, какъ тогда выражались, всегда *à froid*, когда операція много безопаснѣе. Это и дѣйствительно вполнѣ вѣрно относительно тѣхъ случаевъ, которые не были прооперированы своевременно и когда время для операціи было пропущено.

Когда руководствовались такими соображеніями, результаты послѣ операций въ тѣхъ случаяхъ, которые доживали до такого холоднаго состоянія болѣзни, были несомнѣнно лучше. Но многіе изъ нихъ и притомъ также и всѣ тѣ случаи, въ которыхъ операція была наиболѣе необходима, какъ случаи омертвѣнія, или перфораціи отростка, конечно, до этого холоднаго состоянія не доживали. Такимъ образомъ случаи эти сами собою элиминировались изъ статистики операций à froid и мы теряли многіе случаи, которые теперь съ большимъ постоянствомъ бывають спасаемы своевременной операціей при началѣ припадковъ остраго заболѣванія.

Когда оперируютъ à froid, практически приходится имѣть дѣло съ остатками воспалительнаго процесса въ отросткѣ и когда при этомъ встрѣчаютъ много сращеній, или когда онъ оказывается притянутымъ куда-нибудь въ глубину, подъ слѣпую кишку, или къ корню брыжейки, то говорятъ, что операція была очень трудная. Это впрочемъ такъ и бываетъ въ дѣйствительности, потому что приходится много шить и затрачивается много времени. Измѣненія въ удаляемыхъ при этомъ отросткахъ не отличаются рѣзкостью и нерѣдко приходится обращаться къ микроскопу, чтобы ихъ обнаружить.

Кромѣ перфораціи со всѣми ея послѣдствіями, острый припадокъ аппендицита угрожаетъ больному большими опасностями со стороны клѣтчатки.

Какіе именно микробы обусловливають инфекцію, узнается только позднѣе, обыкновенно уже послѣ операціи, а когда ее не дѣлають, это остается даже неизвѣстнымъ. Если произойдетъ выздоровленіе, вопросъ этотъ утрачиваетъ значеніе, а когда исходъ бываетъ смертельный, рѣдко добиваются узнать, какіе именно микробы привели къ этому, и еще рѣже, можетъ быть, бывають условія для точнаго ихъ опредѣленія.

Очевидно, на первомъ мѣстѣ здѣсь стоятъ микробы кишечные, а изъ нихъ многіе бывають довольно вирулентные. Мы знаемъ, что въ числѣ ихъ, кромѣ разныхъ видовъ *coli bacillus*, бываетъ и *aërogenes capsulatus*, вызывающій даже особую форму упорнаго поноса.

Но кромѣ кишечныхъ микробовъ здѣсь бываетъ и стрептококкъ. Отъ этой инфекціи серозная полость брюшины можетъ отгораживаться все-таки много лучше, чѣмъ клѣтчатка. Слипчивое воспаленіе и образованіе ложныхъ оболочекъ съ большимъ числомъ полинуклеарныхъ элементовъ, вырабатывающихъ, какъ извѣстно, трепсинъ, способный даже уничтожать микробовъ; является хорошей защитой отъ распространенія инфекціи по всей брюшной полости и получается ея локализациія.

Главною опасностью и слабым мѣстомъ при стрептококковомъ аппендицитѣ является подбрюшинная клѣтчатка. Инфекція, конечно, можетъ проникнуть въ эту клѣтчатку, въ особенности пока она упорна и свободный стокъ ея изъ серозной полости не обезпеченъ. Она проникаетъ, конечно, черезъ лимфатическіе сосуды, которыхъ здѣсь имѣется большая сѣть.

Заболѣваніе подбрюшинной клѣтчатки при стрептококковомъ аппендицитѣ является очень опаснымъ осложненіемъ. Только своевременная и очень ранняя операція, т. е. пока инфекция находится еще только въ полости серознаго мѣшка, можетъ здѣсь спасти больного. Когда подбрюшинная клѣтчатка уже начала заражаться стрептококковой инфекціей, остановить ее нечѣмъ. Она распространяется и вверхъ къ почечной области, и внизъ по стѣнкамъ таза. Это очень тяжелая форма инфекции, почти всегда заканчивающаяся смертю.

Всякая дѣйствительная помощь при аппендицитѣ можетъ быть только хирургическая. Это обусловливается прежде всего быстрымъ нарастаніемъ инфекции и связанной съ нею опасностью. Поэтому всякое промедленіе съ разрѣшеніемъ вопроса объ этой помощи въ острыхъ случаяхъ совершенно недопустимо и можетъ оказаться гибельнымъ. Помощью этою можетъ быть достигнуто удаленіе всего заболѣваго органа и пресѣченіе развитія тѣхъ опасностей, которыя будутъ нарастать съ образованіемъ и распространеніемъ инфицированнаго очага. Цѣль эта можетъ быть достигнута только при очень ранней операціи. Когда условія для своевременнаго пособія уже отсутствуютъ, все, что можно сдѣлать, это обезпечить хорошее опорожненіе очага инфекции и тѣмъ устранить его распространеніе и остановить отравляющее всасываніе. Это возможно не при всѣхъ видахъ инфекции и предсказаніе здѣсь будетъ совсѣмъ другое.

Мѣстное воспаленіе брюшины при гинекологическихъ заболѣваніяхъ развивается обыкновенно только въ полости малаго таза и рѣдко распространяется на всю брюшную полость. Это бываетъ только при очень острыхъ и быстротечныхъ септическихъ процессахъ въ связи съ послѣродовымъ состояніемъ, съ выкидышемъ, или при перфорации гнойнаго скопленія. Въ послѣднемъ случаѣ происходятъ такія же измѣненія, какія бывають при всякой перфорации въ брюшной полости и послѣдствія бывають тѣ же. Если брюшная полость не успѣетъ отгородиться сращениями, получается общій смертельный перитонитъ. То же самое наблюдается и при инфекціи позади маточнаго кровеизліянія вслѣдствіе трубной беременности, когда изливающаяся кровь при тѣхъ же условіяхъ подвергается инфекціи.

Условія для инфекции въ полости малаго таза отличаются нѣкоторыми особенностями.

Во-первыхъ, здѣсь имѣются только толстыя кишки, въ которыхъ всегда находится большой запасъ вирулентныхъ септическихъ микробовъ. При всякомъ воспаленіи брюшины, покрывающей такую кишку, образуются условія для прохожденія микробовъ черезъ ея стѣнку, а слѣдовательно, для присоединенія добавочной инфекціи къ той, которая первоначально вызвала воспаленіе. Вслѣдствіе этого, напр., чистая бленнорройная или туберкулезная инфекція, передаваясь съ придатковъ матки и попадая на серозную поверхность брюшины, вызываетъ въ ней раздраженіе, ведущее къ слипчивому воспаленію, а воспаленіе это тотчасъ порождаетъ условія для присоединенія новой добавочной инфекціи изъ кишки, которая только что приросла.

Во-вторыхъ, все здѣсь очень благопріятствуетъ отгораживанію таза отъ общей брюшной полости. Существенную помощь въ этомъ отношеніи оказываетъ сальникъ и подвижная петля толстой кишки—*Sigma Romanum* съ ея *appendices epiploici*—этими маленькими сальниками, которыми усѣянъ свободный ея край.

При всякомъ мѣстномъ раздраженіи брюшины и при всякой мѣстной ея инфекціи сальникъ тотчасъ укрываетъ опасное для этой серозной полости мѣсто и тотчасъ приростаетъ къ сосѣднимъ органамъ вокругъ него.

Почему сальникъ такъ часто оказывается приросшимъ къ тѣмъ мѣстамъ, гдѣ было или имѣется воспаленіе, остается неизвѣстнымъ. Вѣдь самостоятельными движеніями онъ не обладаетъ и почему онъ такъ часто оказывается тамъ, гдѣ онъ нуженъ, представляется настолько удивительнымъ, что многіе пытались видѣть въ этихъ защитительныхъ сросшеніяхъ объясненіе назначенія этого органа.

Вопросъ объ его назначеніи давно возбуждалъ любопытство изслѣдователей. О сальникѣ извѣстно, что онъ встрѣчается не только у млекопитающихъ, но и у низшихъ позвоночныхъ животныхъ, слѣдовательно, онъ довольно необходимъ для жизни. Кромѣ того мы знаемъ, что когда у животныхъ перевязываютъ или резецируютъ сальникъ, они утрачиваютъ сопротивляемость къ инфекціи и погибаютъ отъ перитонита отъ такого ничтожнаго количества микробовъ, съ которымъ до этого ихъ брюшина справлялась очень легко.

Сальникъ растетъ скорѣе другихъ брюшныхъ органовъ и скоро обгоняетъ ихъ въ своемъ ростѣ, который кромѣ того продолжается всю жизнь. Едва достигая края таза къ 45 годамъ, край его спускается гораздо ниже послѣ этого возраста и при этомъ даже лѣвый край спускается ниже праваго. Въ сальникѣ имѣется очень богатая сѣтъ лимфатическихъ сосудовъ и путей, направляющихся прямо въ *cysterna chyli magna*, позади аорты. Въ немъ кромѣ того имѣется много очень живучей ткани, близкой къ эмбриональной и обладающей значительною способностью образовать

новые сосуды. Эта особенность очень способствует быстротѣ и интенсивности образования слипчивыхъ сросненій, въ которыхъ могутъ развиваться новые сосуды, настолько крупные, что они иногда обеспечиваютъ питаніе довольно большой перекрутившейся опухоли, которой угрожаетъ омертвѣніе вслѣдствіе прекращенія собственнаго кровообращенія. Перекрученная киста вслѣдствіе этого можетъ перейти въ такъ назыв. паразитическое состояніе, потому что будетъ питаться только черезъ вновь образованные сосуды въ сросненіяхъ, тогда какъ первоначальные сосуды въ ножкѣ совершенно запус- тываютъ и даже это прикрѣпленіе опухоли исчезаетъ. Она сохраняетъ связь съ организмомъ только черезъ новыя сросненія съ сальникомъ и здѣсь могутъ быть новые сосуды діаметромъ вродѣ *arteria axillaris*.

Въ случаѣ доношенной вѣматочной беременности значеніе сальника и сходныхъ съ нимъ *appendices epiploici* для обезпечиванія кровообращенія въ плацентѣ занимаетъ значительное мѣсто. Вновь образованные сосуды развиваются изъ этого источника и знаніе этого факта позволяетъ съ полною увѣренностью отыскивать источникъ очень опаснаго кроветеченія при такого рода операціяхъ.

При быстро растущихъ саркомахъ въ брюшной полости главные новообразованные сосуды, питающіе опухоль и отдѣльные ея узлы, развиваются тоже изъ сальника и тожественныхъ съ нимъ *appendices epiploici*. Только при опухоляхъ, развивающихся въ подбрюшинной клѣтчаткѣ и не имѣющихъ сросненій съ сальникомъ, питающіе сосуды опухоли происходятъ изъ вѣтвей аорты и изъ сосудовъ, идущихъ къ кишкамъ. Однако, всѣ эти вновь образованные сосуды никогда не достигаютъ такого діаметра, какъ тѣ, которые развиваются изъ сальника.

Этой исключительной сосудообразовательной способностью сальника съ успѣхомъ пользуются при такъ называемой свободной его пересадкѣ, когда закрываютъ дефекты въ тканяхъ и отверстія совершенно отдѣленными кусками его ткани. Куски эти обыкновенно очень скоро и прочно прирастаютъ.

Все-таки чаще и больше всего приходится считаться съ защитительною, отгораживающею дѣятельностью сальника при инфекціяхъ въ брюшной полости. Это очень серьезный союзникъ врача и когда помощь его почему-либо отсутствуетъ, это рѣзко отражается на теченіи болѣзни и даже на ея исходѣ. И сальникъ, и *Sigma Romanum* своими сросненіями очень хорошо и довольно быстро отгораживаютъ всякіе инфицированные очаги въ полости малаго таза.

Нижній край сальника при этомъ нерѣдко подгибается кзади и тѣмъ хорошо укрываетъ тонкія кишки. Подвижная петля толстой кишки, *S. Romanum* и ея брыжейка даютъ другую перегородку,

располагающуюся тоже поперечно, но помѣщающуюся нѣсколько ниже. Край этой кишки и ея *appendices epiploici* прирастаютъ при этомъ къ дну матки, къ широкимъ или круглымъ связкамъ и къ поверхности пузыря.

Инфекціи, обуславливающія воспалительныя явленія въ полости малаго таза при гинекологическихъ заболѣваніяхъ, бываютъ: 1) септическая, 2) бленнорройная, 3) туберкулезная и 4) актиномикозная.

Всего болѣе приходится имѣть дѣло съ бленнорройной инфекціей. Она встрѣчается едва ли не чаще всѣхъ остальныхъ и держится здѣсь очень упорно. Инфекція септическая очень часто является только добавочной, присоединившейся къ уже имѣвшейся бленнорройной. Отличать такіе случаи отъ туберкулезной инфекции, которая тоже часто осложняется септической инфекціей, очень трудно, потому что самый діагнозъ въ этихъ случаяхъ туберкулеза внутреннихъ половыхъ органовъ устанавливается обыкновенно только при операциі или послѣ нея. Объ актиномикозѣ сказать что-нибудь затрудняюсь. Знакомиться съ нимъ приходится больше по литературнымъ даннымъ, чѣмъ по личнымъ наблюденіямъ и воспоминаніямъ.

Какимъ путемъ и когда передается инфекция съ внутреннихъ тазовыхъ органовъ женщины на серозный покровъ брюшины, можно судить на основаніи отдѣльныхъ наблюденій и фактовъ, клиническихъ и патолого-анатомическихъ. Все это еще далеко отъ законченности и не лишено условности.

Есть указанія, что инфекция бленнорройная можетъ проходить черезъ всю толщу маточной стѣнки, съ слизистой оболочки на брюшинный покровъ этого органа. Такое толкованіе представляется очень удобнымъ и понятнымъ при объясненіи той частоты, съ которой встрѣчается воспаленіе брюшины, покрывающей заднюю поверхность маточной стѣнки, такъ называемый *perimetritis posterior*. Это объясненіе кажется тѣмъ болѣе вѣроятнымъ, что при этой болѣзненной формѣ нерѣдко находятъ придатки довольно здоровыми. Это подтверждается и тѣмъ, что функція дѣторожденія при этомъ не нарушается. Однако нельзя пренебрегать и тѣмъ фактомъ, что при *perimetritis posterior* воспалительныя измѣненія никогда не ограничиваются только тою брюшиной, которая покрываетъ матку; всегда при этомъ заинтересована бываетъ и брюшина на задней поверхности широкой связки. Точно также почти всегда послѣдствіемъ этого заболѣванія бываетъ сморщиваніе не только всей этой брюшины, но также и болѣе глубоко находящихся связокъ матки. Связки эти утрачиваютъ свою эластичность и это имѣетъ большое значеніе для образованія различныхъ смѣщеній матки, безъ которыхъ всѣ эти воспаленія никогда не обходятся.

Въ дѣйствительности почти всегда бленнорройная инфекція попадаетъ въ брюшную полость просто изъ абдоминальнаго отверстія трубы. Пока отверстіе это еще не успѣло зарости и пока вліяніе инфекціи на слизистую трубы выражается только незначительнымъ катарральнымъ ея состояніемъ, это даже представляется неизбѣжнымъ и очевидно такъ и бываетъ. Проникнувъ въ полость брюшины, отдѣляемое трубы должно попадать на заднюю поверхность широкой связки и по ней спускается внизъ и распространяетъ инфекцію по всей Дугласовой ямкѣ. Такое происхожденіе задняго периметрита представляется наиболѣе вѣроятнымъ, но число микробовъ при этомъ, надо думать, должно быть ничтожное. Въ тѣхъ случаяхъ, когда изъ трубы попадаетъ болѣе вирулентное, хотя бы и чисто бленнорройное отдѣляемое картина получается совсѣмъ иная. Гонококковая инфекція обладаетъ способностью вызывать очень рѣзкое мѣстное раздраженіе брюшины, которая тотчасъ отвѣчаетъ на это очень энергическимъ слипчивымъ воспаленіемъ около абдоминальнаго отверстія трубы. Отверстіе это тотчасъ закрывается ложными оболочками. Оно какъ бы припечатывается сургучемъ и распространеніе инфекціи прекращается. Этимъ объясняется, почему острое разлитое бленнорройное воспаленіе всей брюшины встрѣчается чрезвычайно рѣдко.

О немъ извѣстно, что оно появляется и протекаетъ очень бурно, но затѣмъ черезъ нѣкоторое время можетъ получиться довольно медленное выздоровленіе. Такіе случаи описаны въ литературѣ, но насколько достовѣрной можно считать діагностику чистой формы гонококковаго перитонита, остается вопросомъ. Вѣдь, опредѣлить съ точностью даже степень распространенія инфекціи въ полости брюшины можно только при аутопсии. Даже чревосѣченіе не устраняетъ возможныхъ здѣсь сомнѣній, ибо осматривать при немъ всю полость брюшины въ этихъ случаяхъ все таки очень опасно и, очевидно, противопоказано. Когда никакой операціи сдѣлано не было и получилось самопроизвольное выздоровленіе, бактериологическая сторона дѣла должна всегда оставлять значительныя сомнѣнія и, конечно, исключить возможность добавочной инфекціи не позволяетъ.

Довольно излюбленнымъ мѣстомъ для локализаціи бленнорройной инфекціи, попавшей черезъ абдоминальное отверстіе трубы, является лопнувшій фолликулъ яичника. Условія для жизни гонококка здѣсь очень благоприятныя и онъ можетъ довольно долго сохраняться въ абсцессѣ, образовавшемся изъ желтаго тѣла, и служить источникомъ постояннаго самопрививанія по сосѣдству съ такимъ очагомъ. Впрочемъ къ чистой формѣ гонококковой инфекціи явленіе это стнесено быть не можетъ и повторныя обостренія здѣсь зависятъ обыкновенно отъ септической инфекціи, присоединившейся какъ добавочная къ гонококковой.

Присоединяющаяся къ бленнорройной инфекціи добавочная септическая попадаетъ не только изъ сосѣднихъ кишекъ черезъ воспалившуюся ихъ стѣнку, но и черезъ кровь, локализуясь на мѣстѣ наименьшаго сопротивленія, *locus minoris resistentiae*. Это наблюдается при разнаго рода ангинахъ и другихъ инфекціонныхъ первичныхъ очагахъ, способныхъ давать метастатическія явленія. Присоединеніе новой инфекціи происходитъ здѣсь совершенно такъ же, какъ это бываетъ при возникновеніи метастатическаго воспаленія сустава, уже затронутаго гонококковой инфекціей.

Если это будетъ стрептококкъ, то, разумѣется, возникаютъ разныя опасности отъ тяжелыхъ осложнений, но обыкновенно это бываютъ другія разновидности, больше всего, можетъ быть, *bacillus coli* и разные стафилококки.

Нахожденіе вонючаго гноя въ скопленіи, образовавшемся въ трубѣ или въ ткани яичника, можетъ зависѣть не только отъ присутствія кишечныхъ микробовъ. Оно можетъ зависѣть и отъ попаданія сапрофитовъ. Не исключается возможность ихъ попаданія въ трубу черезъ маточное ея отверстіе. Такъ мы знаемъ, что изъ полости матки иногда выдѣляются довольно зловонныя бѣли. Если это наблюдается у молодой и довольно здоровой женщины, то всегда надо подумать о бленнорреѣ. Покойный профессоръ Снегиревъ давно обращалъ наше вниманіе на эту подробность и возможное ея значеніе для діагностики. Явленіе это можетъ быть объяснено такъ. Вслѣдствіе увеличенія отдѣляемаго изъ гнойнаго канала, зависящаго отъ триппернаго заболѣванія, получается хорошая питательная среда, а случайно попавшіе сапрофиты поселяются здѣсь довольно прочно и обуславливаютъ вонючее отдѣленіе. Возможно, что эти микробы иногда проникаютъ вмѣстѣ съ гонококками изъ полости матки въ уже заболѣвшую трубу и тамъ обнаруживаютъ свое присутствіе зловоннымъ гноемъ.

Самостоятельная септическая инфекція брюшины таза проникаетъ туда или 1) просто механически черезъ поврежденіе тканей и органовъ, когда ее проталкиваютъ чѣмъ-нибудь во время производства преступнаго выкидыша, или 2) когда сюда изливается содержимое гнойнаго скопленія, или, наконецъ, 3) она переходитъ сюда изъ полости влагалища и матки черезъ посредство лимфатическихъ сосудовъ и клѣтчатки. При этомъ входными воротами для инфекціи являются поврежденія слизистыхъ оболочекъ.

Все это наблюдается главнымъ образомъ въ связи съ родами и послѣродовой инфекціей. Проникновеніе этой инфекціи изъ полости матки прямо черезъ отверстія трубъ мало вѣроятно и едва ли когда-нибудь бываетъ. Это доказывается уже тѣмъ, что всегда при этомъ поражается только одна сторона.



Септические сальпингиты и сальпингоофориты развиваются вследствие перехода инфекции съ кльтчатки на брюшину, а съ нея на прилегающую къ ней и тотчасъ приростающую стѣнку трубы. Скопление гноя въ полости трубы при этомъ является уже дальнѣйшимъ послѣдствіемъ заболѣванія, точно также какъ и образование тубооваріальнаго абсцесса, которое здѣсь наблюдается. Все это сопровождается воспалительными заболѣваніями въ тазовой брюшинѣ, но измѣненія эти остаются мѣстными и ограничиваются полостью таза и серозной оболочкой по сосѣдству съ очагомъ инфекции.

Въ задней Дугласовой ямкѣ при этомъ скопляется небольшое количество серозной жидкости, а болѣзнь проявляется болью внизу живота, иногда очень сильною, и гектическими движеніями температуры. Здѣсь на первомъ планѣ выступаютъ явленія, зависящія отъ нагноенія въ придаткахъ, а раздраженіе брюшины по сосѣдству съ заболѣваніемъ ничѣмъ существеннымъ не проявляется. Измѣненія на серозной поверхности, находимыя въ это время при операціяхъ, ограничиваются гипереміей и образованіемъ поверхностныхъ срощеній и ложныхъ оболочекъ и скопленіемъ небольшого количества серозной жидкости.

Въ общемъ, когда имѣется какой-нибудь инфицированный очагъ въ полости таза по сосѣдству съ брюшиной, условія получаются тѣ же, что мы видимъ въ случаѣ аппендицита. Послѣдствія этого и даже симптомы, которые при этомъ наблюдаются, тоже имѣютъ много общаго съ тѣмъ, что мы видѣли при аппендицитѣ. Нерѣдко даже это мѣшаетъ постановкѣ дифференціальной діагностики.

Возьмемъ случай инфекции въ придаткахъ матки, хроническое ихъ воспаленіе и попытаемся прослѣдить, что при этомъ происходитъ въ брюшной полости.

Довольно безразлично будетъ ли это заболѣваніе одностороннее или двустороннее. Послѣднее встрѣчается однако много чаще, потому что въ основѣ его лежитъ бленноррея, а септическая инфекция является уже только добавочной—это самый частый случай.

Ежедневно во время регулъ происходитъ приливъ крови и частичныя вслѣдствіе этого кровеизліянія въ области срощеній, въ особенности около яичника и въ особенности, когда въ немъ въ это время лопаются зрѣлый фолликулъ. Кровь при этомъ можетъ излиться прямо въ полость брюшины, гдѣ она скоро всасывается, если не подвергнется инфекціи; но она можетъ остаться на поверхности яичника между нимъ и окружающими его срощеніями. Болѣе свѣжія срощенія при этомъ надрываются, а болѣе старыя и организованныя просто растягиваются. Все это сопровождается болью вслѣдствіе давленія излившейся крови на сосѣднія ткани и ихъ нервы. Но, кромѣ того, кровь эта легко можетъ инфицироваться изъ того очага, иногда

даже гнойного, который здѣсь имѣется. Слѣдствиемъ всего этого является обостреніе мѣстнаго воспаления серознаго листка брюшины. Серозная полость на все это отвѣчаетъ тѣми же самыми измѣненіями, которыя мы видѣли при развитіи остраго аппендицита, но все это совершается здѣсь въ очень маленькомъ масштабѣ и обыкновенно быстро локализуется новыми защитительными сращениями.

Пока все это происходитъ, больная испытываетъ разные болѣзненные симптомы: боль, иногда тошнота, познাবливаніе, потъ и общее недомоганіе, но все это скоро проходитъ, чтобы повториться при слѣдующихъ регулахъ.

Такъ дѣло можетъ продолжаться довольно долго, нѣсколько мѣсяцевъ и даже нѣсколько лѣтъ. Съ помощью различныхъ терапевтическихъ мѣропріятій болѣзненные симптомы переносятся довольно хорошо, но больная постоянно находится подъ угрозою новаго обостренія, которое можетъ уложить ее въ постель на недѣлю и болѣе.

Всякое утомленіе, ходьба, танцы, усиленные занятія музыкой, работа на швейной машинѣ, ѣзда въ экипажѣ, случайные травматическіе моменты и даже половое совокупленіе можетъ послужить толчкомъ для болѣе или менѣе серьезнаго обостренія, сопровождающагося явленіями раздраженія брюшины.

При изслѣдованіи такихъ больныхъ объективныя измѣненія, зависящія отъ мѣстнаго воспаления брюшины, будутъ совершенно ничтожныя. Отмѣчается чувствительность паріетальнаго листка брюшины на задней стѣнкѣ брюшной полости, когда на нее надавливаютъ пальцами при глубокомъ ощупываніи на уровнѣ пупка около *promontorium*. Такое ощупываніе возможно, конечно, только при довольно податливой брюшной стѣнкѣ и признакъ этотъ очень цѣнный, потому что сразу показываетъ, что въ брюшинѣ таза надо ожидать геспалительнаго раздраженія. При всякихъ хроническихъ периметритахъ, также какъ и при длительныхъ хроническихъ воспаленияхъ придатковъ признакъ этотъ обнаруживается легко, но къ толкованію его значенія надо относиться съ большою осмотрительностью. Онъ можетъ зависѣть и просто отъ гипереміи при брюшной плеторѣ и тогда онъ легко устраняется мѣстными кровеизвлечениями (нѣсколько пиявокъ къ копчику).

Чувствительность въ области воспаленныхъ придатковъ при двойномъ изслѣдованіи здѣсь, конечно, въ значительной степени зависитъ отъ воспаления покрывающей ихъ и сосѣдней съ ними брюшины. Здѣсь я долженъ еще разъ остановить вниманіе на клѣтчаткѣ по сосѣдству съ воспаленными придатками и на практическое значеніе инфильтратовъ въ ней, хотя бы и незначительныхъ по размѣрамъ. Отношеніе этихъ инфильтратовъ къ чувствительности при изслѣдованіи имѣетъ существенное практическое значеніе.

Когда при двойномъ изслѣдованіи придатковъ въ этихъ случаяхъ находятъ ихъ чувствительными, то обыкновенно обнаруживаютъ и нарушеніе ихъ подвижности. Это охотно объясняютъ сращениями и другими послѣдствіями воспаленія. Въ дѣйствительности это, конечно, такъ и бываетъ, но въ этомъ значительную роль могутъ играть инфильтраты въ клѣтчаткѣ, хотя бы и очень незначительные.

Значеніе такихъ инфильтратовъ или ихъ остатковъ не всегда оцѣнивается такъ, какъ они того заслуживаютъ. Когда они нарушаютъ подвижность и когда они чувствительны, это всегда указываетъ, что очагъ инфекціи еще не заглохъ окончательно и что организмъ еще не рѣшается убрать тѣ защитительныя, отгораживающія приспособленія, которыя онъ противъ него выставилъ, слѣдовательно, что опасность отъ еще имѣющейся въ немъ инфекціи еще не исчезла.

Все это практически можетъ быть сформулировано такъ: пока около воспаленныхъ придатковъ имѣются инфильтраты въ клѣтчаткѣ и пока они еще чувствительны, всякіе механическіе моменты и случайные, и прилагаемые съ лечебною цѣлью представляютъ опасность, угрожающую обостреніемъ, коего силу и значеніе мы предугадать не можемъ. Это одинаково относится и къ двойному изслѣдованію, и къ массажу, и ко всякаго рода леченію тяжестью (*Belastungstherapie*), и къ введенію всякихъ инородныхъ тѣлъ, колець, тампоновъ и т. п.

Острое воспаленіе тазовой брюшины, *pelveoperitonitis*, можно сравнить съ обостреніемъ или повторнымъ припадкомъ аппендицита. Явленія опасности и предсказаніе здѣсь очень сходны.

Предшествовавшіе припадки и повторныя самопрививки инфекціи въ обоихъ случаяхъ подготавливаютъ сопротивляемость организма къ данному виду инфекціи и сообщаютъ ему нѣкоторую степень иммунитета противъ нея. Въ то же время остатки уже имѣющихся сращеній облегчаютъ организму постройку новыхъ отгораживающихъ приспособленій при послѣдующемъ обостреніи. Но особенно рассчитывать на все это не приходится: опасности отъ каждаго обостренія остаются значительныя.

Это будетъ: 1) общій перитонитъ съ смертельнымъ отравленіемъ инфекціей и 2) затягивающееся теченіе болѣзни и постепенное нарастаніе засилія со стороны инфекціи, въ концѣ концовъ тоже способное убить организмъ.

Всего быстрѣе общій перитонитъ развивается при непосредственномъ попаданіи инфекціи въ серозный мѣшокъ брюшины. Это бываетъ прежде всего при всякихъ перфорацияхъ съ излитіемъ въ брюшину. Кромѣ значительной внезапной боли при этомъ всегда наблюдаются явленія шока: дурнота, потеря сознанія, ослабленіе пульса, паденіе температуры, общій упадокъ силъ, потливость, иногда рвота.

Но всего этого еще недостаточно для того, чтобы поставить діагностику общаго перитонита. Признаки его мы уже разсматривали выше. Они всѣ сводятся къ признакамъ отравленія организма, по крайней мѣрѣ тѣ изъ нихъ, которые исключаютъ всякія сомнѣнія. Но, конечно, мы не имѣемъ никакого права дожидаться до того времени, когда появится кофейная рвота, чтобы укрѣпиться въ нашей діагностикѣ. Такою діагностикою мы даже не можемъ воспользоваться, если думаемъ помочь больному.

Какими же признаками можемъ мы руководиться при нашихъ мѣропріятіяхъ и что мы должны дѣлать въ такихъ случаяхъ?

Безспорными признаками перитонита считаются боль и мышечное защитительное сопротивленіе. Пока оно проявляется еще только мѣстно, возможна локалізація болѣзни самопроизвольная или помощью операціи. Всѣ другіе признаки безусловными признать невозможно. Грозныя явленія шока еще не исключаютъ возможности локалізаціи процесса.

Изглаживаніе и вздутіе подложечной области, продолжающееся плохое состояніе пульса, безпокойное состояніе, прекращеніе брюшного дыханія, какъ и высокое стояніе діафрагмы при умѣренномъ вздутіи являются признаками, которые мы считаемъ указаніемъ на заболѣваніе всей брюшины.

При началѣ болѣзни очень легко можно лишиться всякой точки опоры для діагностики, если назначить хорошія дозы морфія или иного наркотика, кромѣ, можетъ быть, белладонны. Подъ вліяніемъ морфія можно въ это время получить рѣзкое улучшеніе и, основываясь на этомъ, промедлить съ дѣйствительною помощью, которая здѣсь можетъ быть только хирургическая и можетъ имѣть смыслъ только тогда, когда она примѣняется своевременно.

Это будетъ случай остраго заболѣванія живота, при которомъ немедленная операція чревосѣченія можетъ спасти дѣло.

Операція здѣсь необходима прежде всего для точнаго выясненія что нужно сдѣлать и для того, чтобы возможно было сдѣлать это такъ, какъ нужно. Что при этомъ можетъ быть достигнуто—вопросъ другой; но что сдѣлать что-нибудь нужно—очевидно каждому. Изъ оперативныхъ пособій здѣсь всего понятнѣе и представляется умѣстнѣе чревосѣченіе, хотя достигнуть помощью его можно и очень немногаго.

Такъ, въ случаѣ уже успѣвшаго отгородиться инфицированнаго скопленія въ полости малаго таза брюшное чревосѣченіе сразу обнаруживаетъ, что нужно выпустить это скопленіе черезъ разрѣзъ въ заднемъ сводѣ влагалища, и когда это дѣлается подъ контролемъ изслѣдованія черезъ разрѣзъ брюшной стѣнки, можно сразу рѣшить, что кромѣ этого больше ничего дѣлать и не понадобится.

Когда дѣлается прямо разрѣзь черезъ задній сводъ для опорожненія имѣющагося здѣсь скопленія, всегда остается сомнѣніе, что въ брюшной полости, можетъ быть, надо было сдѣлать еще что-нибудь, но что именно, при этомъ не угадаешь. Черезъ брюшную рану можно увидѣть не только что нужно сдѣлать, но и выполнить то, чего разрѣзомъ черезъ задній сводъ достигнуто быть не можетъ.

Но ранняя операція можетъ оказаться прямо благодѣтельной и сразу измѣнить все положеніе.

Это бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, когда можно сразу удалить все инфицированное, совершенно такъ же, какъ это бываетъ при остромъ аппендицитѣ, когда дѣлаютъ операцію при самомъ началѣ заболѣванія. Однако, при пельвеоперитонитѣ гинекологическаго происхожденія условія для этого относятся къ рѣдкостямъ. Все-таки здѣсь, какъ и при аппендицитѣ, очевидно, надо прежде всего считаться съ заградительными сросшеніями и постараться сохранить воспалительныя ложныя оболочки, потому что удаленіемъ ихъ можно только помѣшать защитительнымъ усиліямъ организма и открыть новыя ворота для распространенія уже остановившейся или локализованной инфекціи.

Въ случаѣ гинекологическаго заболѣванія, служащаго исходной точкой отправленія болѣзни, сохранить такія сросшенія много труднѣе, чѣмъ въ случаѣ аппендицита, а если принять во вниманіе, что удалять надо все инфицированное, т. е. придатки обѣихъ сторонъ вмѣстѣ съ инфицированной маткой, то станетъ ясно, что такое пособіе доступно только очень привычному хирургу и въ надлежащей хирургической обстановкѣ, да и то не каждая больная въ состояніи его перенести.

Возможенъ и такой случай, когда разрѣзь брюшной стѣнки окажется излишнимъ, потому что сдѣлать черезъ него ничего не придется. Когда все сдѣлано достаточно чисто, то для больного это представляетъ все-таки меньше опасности, чѣмъ выжидательное леченіе, въ особенности когда оно сопровождается назначеніемъ морфія и другихъ наркотическихъ, способныхъ затемнить діагностику и ведущихъ къ потерѣ времени.

Въ этихъ случаяхъ съ самаго начала каждый врачъ долженъ знать, что безотлагательная помощь здѣсь необходима и онъ долженъ что-нибудь сдѣлать. Это трудная задача и на ней приходится всегда очень задуматься.

Вотъ общій планъ дѣйствій, который обыкновенно удовлетворялъ меня и помогаль выйти изъ этого затруднительнаго положенія.

Въ случаяхъ остраго заболѣванія, когда припадки начинаются у здороваго до того человѣка сразу и чрезвычайно остро, отношеніе должно быть такое же, какъ къ начинающемуся оstromу аппендициту, т. е. надо дѣлать немедленное, неотложное чревосѣченіе.

Для этого надо имѣть строго опредѣленный и обдуманый планъ того, что собираются сдѣлать, и не надо задаваться широкими задачами. Конечно, всего лучше, когда можно удалить червеобразный отростокъ, или вообще весь инфицированный очагъ и зашить все наглухо безъ дренажа. Но когда сдѣлать этого нельзя, или не удастся, то хорошо уже, если въ концѣ-концовъ удастся выяснитъ хорошенько въ чемъ дѣло и установить хороший и дѣйствительный дренажъ, все равно, будетъ ли это черезъ брюшную стѣнку, или сквозной съ нея черезъ сводъ влагалища, или даже просто черезъ отдѣльный разрѣзъ въ заднемъ сводѣ. Если черезъ брюшной разрѣзъ при этомъ ничего сдѣлать не приходится и онъ послужитъ только для діагностики, то и для врача, и для больного ничего плохого не будетъ, потому что все можетъ быть сдѣлано *lege artis* и вполне отчетливо. Предсказаніе послѣ этого можетъ только улучшиться.

Если во время операциі окажется, что это инфицированное кровоизліяніе вслѣдствіе вѣмагочной беременности, то это какъ разъ будетъ именно то, что и нужно было дѣлать въ такомъ случаѣ.

Если это окажется разлитой перитонитъ, даже съ фекальной экстрავазаціей, и если восстановление цѣлости кишки окажется выше компетенціи хирурга, то и тогда установленіе хорошаго дренажа и обезпеченіе хорошаго стока инфицированныхъ выдѣленій можетъ иногда спасти положеніе и сохранить жизнь. Правда, послѣ этого можетъ образоваться обширное и продолжительное нагноеніе и даже остаться каловый свищъ, но все это можетъ быть исправлено послѣдующей операцией. А если удовольствоваться выжиданіемъ и наркотическими, то кромѣ смерти ничего дожидаться нельзя.

Когда случай пельвеоперитонита будетъ повторный и является обостреніемъ уже давно существующаго процесса, не безъ участія многолѣтней бленнорройной инфекціи, показанія къ немедленной операциі дѣлаются менѣе настоятельными.

Если ясно замѣтна локализациа, а признаки общаго перитонита намѣчены слабо, то можно ждать и лечить терапевтически, льдомъ на животъ, согрѣвающимъ компрессомъ съ горячимъ мѣшкомъ поверхъ него и хорошими дозами белладонны. Это можетъ вызвать отхожденіе газовъ и дать значительное облегченіе.

Если не давать опіатовъ и въ особенности морфія, то можно выжидать облегченія и обыкновенно улучшеніе не замедлитъ обнаружиться.

Съ явленіями отравленія организма отъ всасыванія токсиновъ надо съ самаго начала настойчиво бороться впрыскиваніями соленой воды подъ кожу или въ кишку, назначая проктоклизисъ по способу проф. Murphy <sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> См. мою Опер. Гинек. Изд II, стр. 843.

Но всегда и больше всего во время этого лечения, пока оно выжидательное и когда оно сдѣлается активнымъ, необходимо беречь всѣми силами отгораживающія сращения; а имъ угрожаетъ даже простое перекладываніе больной, когда его дѣлаютъ, не обративши особаго вниманія на эту сторону дѣла и недостаточно обдумавши его.

Назначеніе послабляющей клизмы, а тѣмъ болѣе слабительнаго въ этихъ случаяхъ тоже требуетъ особой осмотрительности.

Когда общія явленія раздраженія всей брюшины начинаютъ затихать, а инфекціонный очагъ будетъ уже хорошо изолированъ и отношенія его къ сосѣднимъ тканямъ и органамъ начнутъ выясняться точнѣе, поступаютъ согласно показаніямъ. Если преобладаютъ и держатся симптомы, указывающіе на всасываніе, гектическая температура, потъ, познабливанія, то, очевидно, надо лечить такой очагъ, какъ всякій абсцессъ, и вскрыть его черезъ сводъ влагалища, когда это возможно, или подойти къ нему черезъ экстраперитонеальный разрѣзъ надъ Пупартовой связкой, какъ для перевязки *art. iliaca communis*.

Во всѣхъ случаяхъ надо строго отличать понятіе о дренажѣ и о марлевомъ тампонѣ. Настоящій и дѣйствительный дренажъ, черезъ который можетъ вытекать, что нужно, можетъ быть только трубчатый; марлевый тампонъ допускается только для остановки кровотечения, или для иммобилизаціи поврежденной кишки и закупориванія отверстія въ ней. Держать его можно только нѣсколько часовъ и чѣмъ раньше его вынуть, тѣмъ лучше. Разсчитывать, чтобы онъ могъ замѣнить толстую резиновую трубку, нѣтъ никакого основанія.

## Нѣкоторыя рецентурныя формулы.

### Спринцованія и промыванія.

Для спринцованія влагалища:

Rp. Sol. Kali hypermanganici 2%, приливать по каплямъ въ кружку воды до малиново-розоваго цвѣта. — Rp. Natri chlorati— $\frac{1}{2}$  стакана насыщеннаго раствора (1 : 3) на кружку воды (6 стакановъ). — Rp. T-rae Jodi 30,0. S. Растворъ по цвѣту, какъ жидкій чай. — Rp. Aceti pyrolignosi crudi 200,0, 2—3 столовыхъ ложки на стаканъ воды. — Rp. Plumbi acetici 20,0. Aquae destil. 100,0, 2—3 чайныя ложки на кружку воды. — Rp. Cupri sulfurici 20,0. Aquae destill. 100,0, 1 — 2 чайныя ложки на кружку воды. — Rp. Cupri sulfurici, Acidi borici aa 50,0, 1 чайную ложку на кружку воды. — Rp. Zinci sulfurici 200,0, 1 чайную ложку на кружку воды. — Rp. Zinci chlorati, Aquae destill. aa 75,0, 1 чайную ложку на кружку воды. — Rp. Acidi Tannici 200,0, 1—2 чайныя ложки на кружку воды. — Rp. Liq. Aluminis acetici 200,0, 1 столовую ложку на стаканъ воды.

Для промыванія пузыря:

Rp. Argenti nitrici 0,25, Aquae destill. 500,0, для промыванія пузыря. — Rp. Ichtyoli 10,0, растворить по цвѣту, какъ жидкій чай.

### Emmenagoga.

Rp. Kali hypermanganici 1,0—1,5. Argillae albae q. s. ut f. pil. № 20, по 1 пилюль 2—3 раза въ день. — Rp. Aloes 0,5, ferri reducti 2,0, Rad. Rhei pulv. 0,5, Pulvis et Succ. Liquiritiae q. s. ut f. pill. № 30, по 1 пилюль 3 раза въ день. — Rp. Apyoli 0,3, d. t. d. № 24, по 1 облаткѣ 3 раза въ день. — Rp. Flores Chamomillae 50,0, заварить, какъ чай, три чайныя чашки въ день.

### Haemostatica.

Rp. Inf. Secalis cornut. 8,0—180,0, Sir. cort. Aurant. ad 200,0, черезъ каждые 3 часа по столовой ложкѣ. — Rp. Pulvis Secalis cornut. 0,5, d. t. d. № XII, по 1 порошокъ 3 раза въ день. — Rp. Ergotini Bonjeani 0,2, Pulvis et Succ. Liquiritiae q. s. ut f. pil. № 20, по 1 пилюль 3 раза въ день. — Rp. Ergotini Bonjeani 1,0, Glycerini 2,0, Aquae destill. 7,0, три раза въ день по 10 капель. — Rp. Ergotini dialysati 2,0, Aquae destil. 8,0, для инъекцій. — Rp. Extr. fluidi Hydrastis canadensis, T-rae Hamamelis virg. aa 15,0, по 30 капель 3—4 раза въ день. — Rp. Extr. fluidi Gossypii herbacei, extr. fluidi Viburnii prunif. aa 30,0, по чайной ложкѣ 3 раза въ день. — Rp. Inf. Fol. Urticae 80—180,0, черезъ каждые 2 часа по столовой ложкѣ. — Rp. Inf. cort. Populi tremuli 8,0—180,0, черезъ каждые 2—3 часа по столовой ложкѣ. — Rp. Calcii chlorati (s. lactici) 0,5—1,0, d. t. d. № 24, по 1 порошокъ 3 раза въ день. — Rp. Liquoris ferri sesquichlorati 15,0, по 2—3 капли 3 раза въ день. — Rp. Elex. acidi Halleri 25,0, по 5—10 капель въ сахарной водѣ нѣсколько разъ въ день. — Rp. Gelatinae albae 4,0, T-rae opii V gtt, Aquae destill. 500,0, для клистира.

### Narcotica.

Rp. Extr. Belladonnae 0,03, Butyri Cacao 1,25. M. f. sup. d. t. d. № VI, при боляхъ. — Rp. Morphii muriatici 0,015, Butyri Cacao 1,25. M. f. sup. d. t. d. № VI, при боляхъ. — Rp. Morphii muriatici 0,015, T-rae Opii aquosae; Extr. Hyosциami 0,03, Butyri Cacao 1,25. M. f. sup. d. t. d. № VI, при боляхъ. — Rp. Antipyridini 0,3, Butyri Cacao 1,25. M. f. sup. d. t. d. № VI, при боляхъ. — Rp. T-rae Opii simpl. 30,0, по 25 капель на кружку отвара ромашки для влагалищныхъ спринцованій. — Rp. T-rae Cannabis Indicae (exextr. parat. 1 : 19) 20,0, по 5—10 капель 2—3 раза въ день. — Rp. Pantoponi 0,02, Butyri Cacao 1,25. M. f. sup. d. t. d. № VI, при боляхъ. — Rp. Emuls. amygd. dulc. 150,0, Amygdalini 0,3, по столовой ложкѣ черезъ каждыя 2 часа.



### Nervina.

Rp. Camphorae monobromat. 0,1. D. t. d. № 30 in oblat, 2 раза въ день по облаткѣ. — Rp. Kalii bromati 4,0, Aquae destill. 180,0, 2—3 раза въ день по столовой ложкѣ. — Rp. T-rae nucis vomicae 4,0, Elex. viscer. Hoffmani 16,0, по 12—15 капель 2 раза передъ ѣдой. — Rp. Zinci valerianici 1,2, Extr. nucis vomicae 0,3, Pulv. et Suc. Liquir. q. s. ut f. pill. № 30, abducet gelatinae, по 1—2 пилюль 2 раза въ день. — Rp. T-rae Asae foetidae, T-rae valerianae aether. <sup>aa</sup> 15,0, по 10—12 капель 2 раза въ день. — Rp. Extr. fluid. Castorei candensis, t-rae valerinae aeth <sup>aa</sup> 15,0, 15—25 капель 2 раза въ день. Kalii chlorati 0,3. D. t. d. № 12, по порошку 3 раза въ день при дисменоррейныхъ боляхъ.

### Unguenta.

Rp. Mentholi 0,3, Cocaini hydrochl. 0,5, Saloli Olei Olivarum <sup>aa</sup> 2,0, Lanolini 40,0, мазь при зудѣ наружныхъ половыхъ органовъ. — Rp. Ungt. Hydrargyri grisei seu Neapolitani 30,0. S. При pediculi pubis.

### Тампоны.

Rp. Ammonii sulfo-ichthyolici 8,0, Glycerini 60,0, для тампоновъ. — Rp. Thyoli 6,0, Glycerini 60,0, для тампоновъ. — Rp. T-rae Jodi, Glycerini <sup>aa</sup> 15,0, для тампоновъ. — Rp. Tannini 15,0, Glycerini 60,0, для тампоновъ.

### Присыпки.

Rp. Resorcini 30,0, присыпка при кондиломахъ. — Rp. Camphorae trit. 0,5, Zinc. oxyd. 2,5, Talci 50,0, присыпка при зудѣ наружныхъ половыхъ органовъ. — Rp. Tannini, Natrii benzoici <sup>aa</sup> 100,0, присыпка раковой язвы. — Rp. Jodoformi, Carbonis vegetalis <sup>aa</sup> 50,0, присыпка при раковой язвѣ. — Rp. Acidi Arsenicosi pulv. 30,0. S. Для присыпки раковой язвы.

### Примочки.

Rp. Natrii chlorati 2,5, Olei Menthae angl. gtt. VIII, Aquae destill. 500,0, обмывать наружные половые органы при зудѣ. Взбалтывать передъ употреблениемъ. — Rp. Aquae Plumbi acetici 100,0, примочка при вульвитѣ. — Rp. Liquoris Aluminis acetici 100,0, примочка при вульвитѣ. — Rp. Aquae Goulardi 100,0, примочка при вульвитѣ.

### Carminativa (въ трогонныя).

Rp. Carbo Ligni pulv. 2,0, Magist. Bismuthi 4,0, Magnesiae 40,0, чайную ложку на ночь. Мята английская—заварить столовую ложку, пить какъ чай. — Rp. Aquae Foeniculi—100,0. Нѣсколько столовыхъ ложекъ въ день.

### Слабительныя средства.

Rp. Species pectorales s. laxans. s. St. Germain 50,0, 1 чайную ложку заварить на чайную чашку. — Rp. Liquiritiae comp. 50,0, 1 чайную ложку на ночь. — Rp. P. Magnesiae cum Rheo 30,0, чайную ложку на ночь. — Rp. Pulvis Botkini 30,0, чайную ложку на ночь. — Баталинская горькая вода, чайный стаканъ на ночь. — Rp. Ext. Cascarae Sagradae fluid. 30,0, по 25—30 капель на приемъ. — Rp. Magnesiae sulf., Magnesiae carbon., Cremor Tartari, Flor. sulfur. <sup>aa</sup> 15,0, принимать одну чайную ложку на тощакѣ.

### Antiseptica для мочевыхъ путей.

Rp. Foliae Uvae ursi 60,0, заварить столовую ложку на чайную чашку; выпивать 2—3 раза въ день по чашкѣ. — Rp. Extr. fluidi Kawa-Kawa 15,0, по 5 капель 3 раза въ день. — Rp. Saloli 0,5, d. t. d. № 12, 2—3 раза въ день по порошку. — Rp. Urotropini 0,5, d. t. d. № 12, 2 раза въ день по порошку.

## Предметный указатель.

### Русскій алфавитъ.

#### А.

- Абсцессъ желтаго тѣла 298.  
Азотная кислота 80.  
Актинотерапія 255.  
Алкоголь 255.  
Аменоррея 100.  
Ампутація шейки матки 118,—при ракъ 225,—надвлагалищная при фибромѣ матки 204.  
Анафилаксія 92,—при злокачественномъ новообразованіи 219.  
Ангина, метастатическое воспаленіе яичниковъ 289.  
Антефлексія матки 181, 183.  
Антисептическое спринцованіе 229.  
Антитоксины 90.  
Аппендицитъ см. Червеобразный отростокъ.  
Арбузь при болѣзняхъ почки 159.  
Атрофія матки 32.  
Аутогенная-аутосенситивная вакцина 94.

#### Б.

- Бактеріи, вирулентность ихъ въ гноѣ 74, 102.  
Бактеріолизины 90.  
Бартолиніева железа 29,—гоноррея 56,—кисты 245.  
Безплодіе 47, 52.  
Белладонна 271, 303.  
Беременность, внѣматочная см. внѣматочная беременность,—двурогой матки 251,—прерываніе ея 114,—предупрежденіе ея 108,—признаки ея 121,—фиброміомы матки 195, 199,—яичниковая 129,—и туберкулезъ 108.  
Бленноррейная инфекція см. Гоноррея.  
Боли, въ мочевомъ пузырьѣ 278.—извилистость трубъ 248,—механизмъ происхожденія 42.—наркотическія средства 173.—отраженныя 45.—при воспаленіи брюшины 285,—при внѣматочной беременности 133.—при женскихъ болѣзняхъ 42,—при менструаціи 35, 40.—при ракъ матки 226, 228,—при фибромѣ матки 198,—употребленіе льда 105.  
Большія губы 27.  
Болѣзненные точки 45.  
Брюшина, иннервація ея 44,—воспаленіе ея 282,—кистозидныя опухоли, развивающіяся изъ нея 241,—оваріальный мѣшокъ 240.

- Брюшное дыханіе, отсутствіе его 285.  
Брюшная плетора 301.  
Брюшная полость, мѣста прикрѣпленія въ ней плоднаго яйца 128,—новообразованные сосуды 237,—условіе, благоприятное для проникновенія инфекціи 10.  
Брюшная стѣнка, ожирѣніе 243.  
Бѣли 46, 51,—волюція 299,—при ракъ матки 226,—при фибромѣ матки 200.  
Бѣлье 257.  
Брыжейка матки 25.

#### В.

- Введеніе 3.  
Вагинитъ въ дѣтскомъ возрастѣ 78, 170.  
Вагинизмъ 85.  
Вакцины 91.  
Ванны лечебныя 177,—солнечныя 106.  
Венерическія язвы 84.  
Вены, расширеніе ихъ 45.  
Вздутіе кишекъ при перитонитѣ 287.  
Виды рака матки 220.  
Вирулентность бактерій въ гноѣ 74, 102.  
Висцеральные листки тазовой фасціи 25.  
Влагалище, анатомія 23,—бѣли 46,—воспаленіе его 170,—гоноррея въ дѣтскомъ возрастѣ 56,—недоразвитіе 248,—кисты 213, 244,—ракъ 229,—опущеніе стѣнокъ 145,—отсутствіе 248,—перегородки 248, 251.—разрывы 141,—тампонация 115,—слизистая оболочка 23.—спринцованіе 171, 177, 207.—устраненіе инфекціи слизистой 97,—фиброма 209.  
Влагалищная часть 22.  
Влагалищныя выдѣленія 46, 77.  
Внѣматочная беременность, гоноррея 132,—decidua въ полости матки 127,—значеніе сальника 296,—инфекція позади-маточная 294.—кровеизліаніе въ брюшную полость 125,—кровеизліаніе подбрюшинное 125,—ложные роды 126.—мясистый заносъ 133,—показанія при леченіи 136,—прикрѣпленіе яйца при внѣматочной беременности 124, 128.—причины 130,—симптомы 133,—схема проф. Kelly 129.  
Внутриматочное вприскиваніе 98, 107.  
Воздухъ, въ мочевомъ пузырьѣ 165, 279,—горячій 229.  
Волюцій гной въ скопленіяхъ 299.  
Ворсинки chorion, ихъ свойства 123.

Воспаленіе брюшины 282,—влагалища 78,—  
вульвы 80,—лечение физическими мето-  
дами 104,—матки 66,—наружных поло-  
выхъ частей 170.—придатковъ 71,—моче-  
вого пузыря 157,—подбрюшинной клѣт-  
чатки при аппендицитѣ 294,—рожистое  
половыхъ органовъ 80,—тазовой брю-  
шины 302,—трубъ 71,—шейнаго канала  
189,—хроническое придатковъ матки 300.  
Воспитаніе дѣтей 257,—нравственная об-  
становка семьи 255.—переемление 254,—  
пища 255,—совмѣстное обученіе 255.  
Впрыскиваніе въ полость матки антисеп-  
тическихъ растворовъ 98, 107.  
Выворотъ матки 153,—фиброзный полипъ  
154.  
Выкидышъ 110,—дряблость матки 118,—  
значеніе травмы 114,—инструментальное  
очищеніе полости матки 116,—инфекція  
112,—кюретка тупая 119,—кровотеченіе  
122,—«ложный ходъ» при расширеніи  
шейки 17,—лечение 113,—перфорация матки  
117,—пользованіе корнцангомъ 120,—сеп-  
тическая инфекция послѣ него 299,—пре-  
ступный 113,—удаленіе плоднаго яйца 115.  
Выскабливаніе полости матки 108,—проб-  
ное при ракъ матки 227.  
Выпаденіе матки 147,—лечение хирургиче-  
ское 152.—пессарии 149.  
Вульвитъ 80.

### Г.

Гермафродитизмъ, истинный 245,—ложный  
245.  
Гигиеническія свѣдѣнія 253.  
Гинекологія медицинская, ея задачи 3.  
Гиперемія застойная и боли 45,—въ ма-  
ломъ тазу 102.  
Гипертоническій растворъ соли 96, 107.  
Гипертрофія шейки матки—схема проф.  
Schroeder 187.  
Глисты 80, 83.  
Гной, вонючій 299,—вирулентность бакте-  
рій 74, 102.—въ мочѣ 158,—въ трубѣ 73,—  
defensive and protective 290,—ijective and  
offensive 290,—сапрофиты въ немъ 299,—  
скопленія въ брюшной полости 172,—сте-  
рильность его 74, 290.  
Гнойныя скопленія въ клѣтчаткѣ 64.  
Гонококкъ, его распространеніе 49, 56.  
Гонококковая инфекция, инфекция добавоч-  
ная 54, 57,—железы преддверья 55,—же-  
лезы Skene 54,—зараженіе неполовымъ  
путемъ 56,—локализация 51,—метастазы  
57.  
Гонококковый перитонитъ 298.  
Гоноррея, абсцессъ желтаго тѣла 298.—  
аменоррея при заболѣваніи придатковъ  
38.—бесплодіе 52,—воспаленіе влагалища  
170,—внѣматочная беременность 132,—  
кровянистыя отдѣленія послѣ родовъ  
139,—лечение сывороткой и вакциной 93,  
95.—мочевыхъ органовъ 50, 274,—путь рас-

пространенія въ брюшную полость 298,—  
прерывистая менструація 39,—скрытая 50.  
Горчичники при кровотеченіи 208.  
Горячій воздухъ для прижиганія 229.  
Головная боль 263.  
Горячая клизма 102, 178.  
Грѣлка металлическая 175.  
Грязевыя лепешки 176.  
Грыжа передней стѣнки прямой кишки 145.  
Губки при подмываніяхъ 263.

### Д.

Двуорогая матка 251.  
Дермоидныя кисты 238.  
Дефекація 264,—положеніе естественное  
при этомъ 266,—при выпаденіяхъ прямой  
кишки 148.—приспособленіе для сохране-  
нія естественной позы при этомъ 267.  
Дисменоррея 52.  
Діаграмма видовъ дѣвственной плевры 30.  
Діафрагма—высокое стояніе ея 287.  
Діазореакція 281.  
Діатермія 106.  
Діагностика выворота матки 156,—выки-  
дыша и беременности внѣматочной 122,—  
при заболѣваніи почекъ (способъ  
Migrny) 276,—злокачественныхъ за-  
болѣваній 212,—опухолей живота 234,  
242.—при внѣматочной беременности  
134,—при остромъ заболѣваніи живота  
192,—фибромы матки 201,—при эхино-  
коккѣ 241.  
Древесный уксусъ 209,—при эрозіяхъ 141.  
Дренированіе полости мочевого пузыря 165.  
Дренажъ 306,—канала шейки 104.  
Дрожжи пивныя 98.  
Діета для регулированія кишечника 268.  
Добавочная инфекция 57, 64, 75,—при ту-  
беркулезѣ почки 159.  
Добавочный яичникъ 38.  
Добавочныя абдоминальныя отверстія трубъ  
248.  
Дублинскій компрессъ 176.  
Дугласовы впадины 25.  
Дугласъ задній, кровезліяніе 134.  
Дѣтская матка 248.  
Дѣвственная плева 29,—изслѣдованіе при  
цѣлости ея 30.

### Ж.

Железа Бартолиниева 29,—гоноррея 56.  
Железы преддверья 55,—Skene 54,—  
осмотръ ихъ 55.  
Желтое тѣло 33.  
Женскіе половые органы 10.  
Женіе при мочеиспусканіи 273.  
Животъ, острое заболѣваніе его 172, 191.

### З.

Задержка оболочекъ въ полости матки 137.  
Заносъ мясистый 112,—пузырный 214.  
Запоръ привычный, лечение 269.  
Застойная гиперемія и боли 45.

Защитительное сопротивление мышц при перитонитѣ 285.  
Защитительныя сращения 291.  
Злокачественныя новообразования наружныхъ половыхъ органовъ 231.  
Злокачественность кистъ яичника 238, 239, — фибромъ 210.  
Зловоніе при ракъ матки, лечение 229.  
Зондированіе матки 53.  
Зрѣлость половая 31.  
Зудъ наружныхъ половыхъ органовъ 81.

## И.

Иголка съ ляписомъ для прижиганія железъ преддверья 55.  
Исслѣдованіе клиническое, задачи его 4, — методъ *Zadig* 5, — схема распроса больныхъ 7, — подѣ наркосомъ 243, — въ ваннѣ 234, — по способу *G. Simon* 243, — почечкѣ по способу *Murphy* 276, — при цѣлости дѣвственной плевы 30.  
Изъязвленіе кожи при употребленіи льда 105.  
Инволюція матки, излишняя 100, 187, — недостаточная 187.  
Инвертирующая форма рака 220.  
Инкапсуляція гноя 73.  
Иннервація брюшины и внутреннихъ органовъ 44.  
Интерстиціальныя фибромы 196.  
Иммунитетъ 83.  
Инфекція, аменоррея при ней 38, — бѣли 46, — бленнорейная см. гонококковая инфекция, — вліяніе холода 105, — добавочная 75, — вліяніе тепла 105, — ея роль при беременности внѣматочной 131, — ея роль при выкидышѣ 112, — значеніе при кроветеченіи изъ матки 40, — излившейся въ брюшную полость крови 136, — лечение электричествомъ 106, — клѣтчатка 11, 74, — матки 68, — полости малаго таза 297, — послѣродовая 51, — признаки послѣродовой инфекции 139, — при гинатрезіяхъ 249, — при *dysmenorrhoea membranacea* 41, — при выкидышѣ 112, — при злокачественныхъ новообразованіяхъ 219, — при катетеризаціи мочевого пузыря 58, — при мочевыхъ свищахъ 167, 169, — при фибромѣ матки 199, 201, — септическая см. септическая инфекция, роль сальника 295, — условія для ея возникновенія въ полости таза 294.

## К.

Каблукъ обуви 260.  
Калибраторъ проф. *Kelly* 160.  
Кальсоны 238.  
Каналь *Gärtner's* 18.  
Каналь шейки, припухлость слизистой 52, — при беременности 23, — расширение его 53.  
Касторовое масло 271.  
Катетеризація, какъ источникъ инфекции 157, — мочевого пузыря 59, 243.  
Катетеръ, пинцетъ для держанія его 158.  
Какексія при злокачественномъ новообразованіи 219.

Кислая реакція влагалищныхъ выдѣленій 24.  
Кистовидныя образованія трубъ 248.  
Кистомы 237.

Кисты, влагалища 213, 244, — Бартолиневой железы 245, — дермоидныя 238, — наружныхъ половыхъ органовъ 244, — Нуккова канала 245, — яичника, виды ихъ 237, — злокачественность ихъ 238, 239, — значеніе сальника при ея перекручиваніи 296, — перекручиваніе 236, — содержимое 207, 238, пароваріальныя 239, — тубо-оваріальныя 240, — широкой связки 241.

Кишечникъ, вздутіе его при перитонитѣ 287.  
Клизма, горячая 102, 178, — непрерывная 178.  
Климактерическій періодъ, кроветеченіе 41.  
Клиническое исслѣдованіе, задачи его 4, — методъ *Zadig* 5, — схема распроса больныхъ 7.

Клиторъ 27, — гипертрофія его 246, — ракъ 231.

Клозеть, ватеръ 266.

Клѣтчатка подбрюшинная, ея значеніе при перитонитѣ 283.

Клѣтчатка, воспаление ея 62, 294, — гнойныя скопленія въ ней 64, — таза 10, 11, — инфекция 74.

Клѣтчатка таза, инфильтраты въ ней 301, — отекъ ея 11, 62.

Кольцо *Mayer* 149.

Колѣнно-локтевое положеніе 185.

Кондиломы вульвы 80.

Компрессъ, дублинскій 176, — согрѣвающей 174, — спиртовой 176.

Коническая шейка матки 248.

Корсетъ 256.

Крестцово-маточная связка 25.

Кривая температуры при флегмонѣ 63.

Кроветеченіе, изъ половыхъ органовъ новорожденной дѣвочки 33, — внутреннее, признаки 134, — विकарирующее 35, 37, — изъ мочевого пузыря 166, — изъ половыхъ органовъ 47, — въ климактерическомъ періодѣ 41, — горчичники 208, — значеніе инфекции 40, — изъ матки 39, — *mattin* 205, 207, — наложеніе *Museux* на шейку матки 209, — при внѣматочной беременности 133, 136, — при выворотѣ матки 155, — при выкидышѣ 122, — при пузырномъ заносѣ 214, — при ракъ матки 227, — при фибромѣ матки 201, — при хоріонэпителиомѣ 214, — рентгенизація яичниковъ 206, — сгустки 39, — спринцованіе 209, — тампонація влагалища 208, — электризація 206.

Кровеизліянія при внѣматочной беременности 125, — при септической инфекции 287.

Кровянистыя отдѣленія послѣ родовъ 139.

Кровь въ мочѣ 275, 277.

Круглая связка 25, — заднія 26.

Кюретка тупая при выкидышѣ 119.

## Л.

Ладьеобразная ямка 30.

Лакричный порошокъ 271.

Ледъ при воспаленіи 105, 173.

Лейкоцитозъ, при воспаленіи червеобразнаго отростка 290,—при заболѣваніи почекъ 281.

Лепешки грязевыя 176,—Tamar Indien Grillon 272.

Лечение, атрезій половыхъ органовъ 249,—вагинизма 86, 97,—внутриматочными впрыскиваніями 98,—воспаленія влагалища 171,—воспаленія железъ преддверья 55,—воспаленій тазовыхъ органовъ 173,—воспаленія физическими методами 104,—выворота матки 156,—выкидыша 114,—выпаденій и опущеній матки 152, 182,—при вытекании сѣмени изъ влагалища 48,—dysmenorrhea tembrapasea 41,—зловонія при ракъ матки 228,—злокачественныхъ новообразованій 217,—зуда vulvae 82,—недостаточной инволюціи 139,—инфекціи 95,—инфекціи матки 98, 104,—kraugosis vulvae 81,—механическое при загибахъ матки кзади 185,—мочевыхъ свищей 168,—опущеній и выпаденій внутреннихъ половыхъ органовъ 148, 152,—острыхъ кондиломъ вульвы 80,—пельвеоперитонитовъ 304,—перегибовъ матки 184,—привычнаго запора 269,—радіемъ и Рентгеномъ злокачественныхъ новообразованій 217,—рака матки 217,—ранъ 95,—ранъ гипертоническими растворами соли 107,—разрывовъ промежности 142,—рака яичника 238,—туберкулеза почекъ 275, 280,—трещинъ задняго прохода 86,—фибромъ матки 201,—цистита 165,—эрозій 107, 140.

Лимфатическія железы при ракъ матки 216.

Лимфатическіе сосуды матки 222.

Лихорадка гектическая 64.

Ложка зазубренная Kelly 120, 128.

Луковичныя тѣла 220.

Лучи радія 205,—Рентгена 205.

Ляписъ для прижиганія железъ преддверья 55.

## M.

Малыя губы 27.

Маларія 275.

Мамминъ 205, 207.

Марганцевокислый кали при эрозіяхъ 140.

Марлевый тампонъ 306.

Масло, касторовое 271,—мятное 83,—миндальное 271,—минеральное 96,—парафинное 271.

Массажъ, при неправильныхъ положеніяхъ матки 185,—при выпаденіяхъ внутреннихъ половыхъ органовъ 148.

Матка, анатомія 11, 21,—боли спазмодическія 42,—брыжейка ея 25,—бѣли 46,—вліяніе сроженій на ея положеніе 179,—врожденный перегибъ кзади 184,—виды раздвоеній 252,—влагалищная часть 22,—воспалительные процессы въ ней 61,—врожденный перегибъ впереди 183,—впрыскиваніе въ полость ея растворовъ 98, 107,—выскабливаніе полости ея 108,—выворотъ ея 153,—выпаденіе 147,—вѣсь

11,—гипертрофія шейки матки 186,—гистология 14,—гоноррея 58,—двурогая 251,—дряблость ткани 118,—дѣтская 248,—dysmenorrhea при новообразованіяхъ ея 41,—загибы ея кзади 70, 146, 151,—зондированіе ея 53,—запрокидываніе ея кзади 181,—измѣненія при беременности 12,—измѣненія при менструаціи 35,—инфекція ея 68,—задержка оболочекъ 137,—недоразвитіе ея 248,—недостаточная инволюція 138,—однорогая 251,—опущеніе ея 146,—очищеніе полости ея при выкидышѣ 116,—перфорация ея 117,—полипъ 197,—признаки послѣродовой инфекціи 139,—пришиваніе къ брюшной стѣнкѣ 186,—пришиваніе ея къ влагалищу 186,—промываніе полости матки 119,—развитіе ея 31,—размѣры 11,—ракъ 220,—ретроверсія ея 52,—саркома 216,—симптомы при ракъ ея 225,—слизистая оболочка 14,—superinvolutio 100,—увяданіе ея 32,—удерживаніе въ правильномъ положеніи 25, 27,—укороченіе круглыхъ связокъ 186,—фибромъ 194,—хоріонэпителиома 212.

Маточныя бѣли 46.

Медицинская гинекологія, ея задачи 3.

Менструація 34,—боли при ней 35, 40, 52,—бѣлыя регулы 38,—гигіена при ней 262,—измѣненія въ маткѣ 36,—клизмы горячія 102,—количество теряемой крови 35,—отраженныя явленія 35,—отсутствіе ея 37,—периодичность ея 36,—переутомленіе при ней 254,—повязка 263,—прерывистая 39,—прекращеніе ея послѣ маточныхъ впрыскиваній 200,—при фибромѣ матки 198,—сроки 34,—теорія «гнѣзженія» 34,—уменьшеніе ея 40,—усиленіе ея 39.

Метастазы, при инфекціи организма 93,—при ракъ матки 216, 219.

Метритъ 70.

Методъ Грамматикати 98.

Механическая дисменоррея 40.

Механическое леченіе при загибахъ матки кзади 185.

Мигрень 263.

Миндальное масло 271.

Мозоли на подошвахъ 258.

Минеральное масло 96.

Молочная кислота во влагалищныхъ выдѣленіяхъ 77,—ея присутствіе во влагалищѣ 24.

Морфій при остромъ заболѣваніи живота 193, 303.

Моча, гонококкъ 50,—ислѣдованіе ея 277,—при мочевыхъ свищахъ 168,—примѣсъ крови 275,—слизь въ ней 275.

Мочевой пузырь см. Пузырь мочевой.

Мочевой свищъ 166.

Мочиспусканіе, жженіе при этомъ 273,—позывы ночные 273,—учащенное 51, 157, 273.

Мочеточники, поврежденіе ихъ при влагалищныхъ операціяхъ 167.

Мѣшокъ овариальный брюшины 240.

Мытье, при мочевоомъ свищѣ 166,—половыхъ органовъ 83.  
Мятное масло 83.  
Мясистый заносъ, при выкидышѣ 112,—при вѣматочной беремности 133.

**Н.**

Наркотическія средства при боляхъ 173.  
Наружное отверстие матки, его форма 22.  
Наружные половые органы, зудъ 81.—мытье ихъ 83,—herpes 84,—язвы венерической 84.  
Недоразвитіе, влагалища 248.—матки 248,—половыхъ органовъ 247,—яичниковъ 247.  
Недостаточная инволюція матки 138.  
Неотложная операція 172.  
Непрерывная клизма 178.  
Непроходимость половыхъ органовъ 249.  
Новообразование злокачественное, вліяніе селезенки и яичника на него 218,—инфекція 219,—кахеція 219,—метастазы 219,—этиологія 211,—пересадка клѣтокъ 211.  
Нравственная обстановка семьи при воспитаніи дѣтей 255.

**О.**

Обостреніе хронически воспаленныхъ придатковъ матки 300.  
Обувь 258.  
Оваріальный мѣшокъ брюшины 240.  
Овариотомія. исторія возникновенія 233.  
Овуляція 32.  
Одежда женщины 255.  
Однорогая матка 251.  
Обученіе совмѣстное дѣтей 254.  
Ожирѣніе брюшной стѣнки и сальника 243.  
Окаменѣніе фибромъ 196.  
Омертвѣніе, фибромы 196,—червеобразнаго отростка 291.  
Операція. абдоминальный методъ 225,—Alexander 186,—Александрова 153,—влагалищная 167,—неотложная 172, 192,—Nourse 184,—Olshausen 244.—при ракъ матки 225,—фибромъ матки 202,—при остромъ заболѣваніи живота 193,—Оплодотвореніе кружнымъ путемъ 253.  
Опухоли живота. діагностика 234, 242,—кажушіяся (phantom tumor) 212,—осложненія 242,—перкуссія 234,—проколъ 236,—кистовидныя, развивающіяся изъ брюшины 241,—яичника 231.  
Опсонинный показатель 91.  
Опсонины 90.  
Опущеніе матки 146.  
Орошеніе постоянное 177.  
Острое выпаденіе матки 147.  
Острое заболѣваніе живота 303.  
Отдыхъ при утомляемости 264.  
Отекъ клѣтчатки 62.  
Отсутствіе брюшнаго дыханія 285.  
Отсутствіе влагалища 248.

**П.**

Пальцы ногъ, искривленіе ихъ 260.  
Папиллярныя кисты яичника 238.  
Папиллома мочевого пузыря 278.  
Параметритъ 62,—послѣ впрыскиванія хинина 181,—температура 63.  
Парауретральныя железы Skene 54,—осмотръ ихъ 55.  
Параффиновое масло 271.  
Паріетальная брюшина, иннервація ея 44.  
Пароваріальныя кисты 239.  
Пинцетъ для держанія катетера 158.  
Пища 255,—при запорѣ 270.  
Пельвеоперитонитъ 302.  
Первые пути (viae primariae) 264.  
Перегородки влагалища 248, 251.  
Перекручиваніе, кисты 236,—фибромы 210.  
Перерожденіе злокачественное фибромъ 210.  
Переутомленіе психическое и физическое у дѣтей 254.  
Перитонитъ 282,—боль 285,—высокое стояніе діафрагмы 287,—гонококковый 298,—защитительное сопротивленіе мышць 285,—значеніе подбрюшинной клѣтчатки 283,—измѣненіе пульса 284,—морфій 303,—общій видъ больнаго 289,—признаки 303,—промываніе желудка при рвотѣ 288.—рвота 286,—симптомы 285,—явленія со стороны пищеварительныхъ органовъ 286.  
Периметритъ задній 297.  
Перистальтика, вліяніе холода 105.  
Періодъ половой жизни женщины 31.  
Періодичность менструаціи 36.  
Перкуссія при опухоляхъ живота 234.  
Перфорация, матки 117, 118,—съ излитіемъ въ брюшину 302,—червеобразнаго отростка 291.  
Пессарій. внутриматочный 110,—при выпаденіи матки 148,—импровизированныя 150,—Hodge 151.  
Піевки 301.  
Пізімія 76.  
Плацентарныя полипы 138.  
Плева дѣвственная 29,—исслѣдованіе при цѣлости ея 30,—различныя виды ея 30.  
Плетора брюшная 301.  
Плодное яйцо, удаленіе его изъ матки 115.  
Поваренная соль при эрозіяхъ 107.  
Подбрюшинная клѣтчатка при перитонитѣ 283.  
Подвязки 258.  
Подмыванія 262.  
Подсерозныя фибромы 197.  
Подслизистыя фибромы 197.  
Показанія, для пользованія пессарія 150,—къ хирургическому леченію фибромъ 202.  
Положеніе колѣнно-локтевое 185.  
Положеніе матки 179.  
Порошокъ Fordyce Barker 272.  
Послѣдъ, приращеніе его 109.  
Послѣродовыя инфекціи 51.  
Почки, туберкулезъ 159, 275, 280,—кровотеченіе 279,—септическая инфекция 280.

Полипозный эндометритъ 190.  
 Полипрагмазія 173.  
 Полипъ, матки 197,—плацентарный 138,—  
 раковый 222, 224,—шейнаго канала 190.  
 Полифармація 173.  
 Половая жизнь женщины, періоды 31.  
 Половая зрѣлость 31.  
 Половые органы наружные. воспаленіе ихъ  
 170,—новообразования злокачественныя  
 231,—язвы сифилитическія 231.  
 Половые органы. недоразвитіе ихъ 247,—  
 непроходимость ихъ 249,—раздраженіе  
 ихъ 53,—свѣдѣнія анатомическія 10,—  
 туберкулезъ 65.  
 Предисловіе 1.  
 Предупрежденіе беременности 108.  
 Прерываніе беременности 114.  
 Преступный выкидышъ 113.  
 Придатки матки, аменоррея при заболѣ-  
 ваніи ихъ 88,—*dysmenorrhoea* при заболѣ-  
 ваніи ихъ 41.—инфекція 71,—инфильтраты  
 клѣтчатки при нарушеніи подвижности  
 ихъ 302,—септические 300,—хроническое  
 воспаленіе ихъ 300.  
 Признаки, остраго заболѣванія живота  
 192,—послѣродовой инфекціи 139,—смерти  
 плода во внутриутробной жизни 111.  
 Прижиганіе, железъ преддверья 55.—при  
 ракъ матки 229.  
 Примочки 308.  
 Припарки 175.  
 Прирожденіе послѣда 109.  
 Присыпки 308.  
 Прогулки 264.  
 Проколь, при опухляхъ живота 236,—черезъ  
 задній сводъ при беременности внѣма-  
 точной 135.  
 Проктоклизисъ 305.  
 Промежность. возстановленіе ея 143,—раз-  
 рывы ея 142.  
 Промываніе, желудка при рвотѣ 288.—орган-  
 низма отъ скопившихся токсиновъ въ  
 немъ 179,—полости матки 119,—пузыря  
 мочевого 165.  
 Прокрастинація 193.  
 Противотѣла 90.  
 Профилактика 92.  
 Прямая кишка, дефекація при выпаденіи  
 148, изслѣдованіе по способу G. Simon  
 243.  
 Пузырь мочевоы, воздухъ въ немъ 165,  
 279,—дренированіе его полости 165,—из-  
 слѣдованіе пальцемъ его полости 166,—  
 кроветеченіе 165, 278,—папиллома 278,—  
 промываніе его 165,—раздраженіе его при  
*retroversio-flexio uteri* 183,—своевремен-  
 ное опорожненіе его 265,—трансперито-  
 неальное зашиваніе его 169,—язвенный  
 процессъ въ немъ 278  
 Пузырный заносъ 214.

**Р.**

Радій при леченіи злокачественныхъ ново-  
 образаній 205, 217.  
 Развитіе матки 31.

Раздвоеніе половыхъ органовъ 252.  
 Разрывы промежности 142.  
 Разрѣзъ черезъ задній сводъ при беремен-  
 ности внѣматочной 135.  
 Разслабленіе тазового дна 144.  
 Разсолъ капустный или огуречный 270.  
 Раковый полипъ 222, 224.  
 Ракъ, защитительная реакція организма при  
 немъ 218,—случаи самоисцѣленія 218.  
 Ракъ, влагалища 229.—влагалищной части  
 матки 220, 224,—клитопа 231,—матки  
 220,—боли 276, 228,—выскабливаніе проб-  
 ное 227,—кроветеченіе 227.—наркотиче-  
 скія средства при боляхъ 228,—откусы-  
 ваніе куска 227.—оскребаніе распадаю-  
 щагося новообразования 228,—прижиганіе  
 229.—свищи мочевоы и каловыы 224,—  
 симптомы 225,—спринцованіе 229,—там-  
 понація 227,—удаленіе матки 224,—уремія  
 219.—слизистой оболочки окодо дна 224,—  
 шейки матки 223,—яичника 230.  
 Раны, леченіе ихъ 95, 96.—леченіе гипер-  
 тоническими растворами соли 107.  
 Раннее вставаніе 233.  
 Распространеніе гонококка 49.  
 Растворы соли гипертоническіе 107.  
 Расширеніе, вень 45,—канала шейки 115,—  
 ложные ходы 117.  
 Рвота при перитонитѣ 286.  
 Реакція Pirquet 281.  
 Рентгенъ при леченіи злокачественныхъ  
 новообразаній 217.  
 Рентгенизація яичниковъ 206.  
 Ревень 272.  
 Регулы см. Менструація.  
 Ретроверсія матки 2.  
 Ретрофлексія 70,—матки. пессарій Hodge  
 151.  
 Рецептурныя формулы 307.  
 Роды посмертныя 147.  
 Ртутная мазь 83.  
 Рубцы, вліяніе ихъ на положеніе матки 179.  
 Ручное удаленіе плоднаго яйца 115.  
 Рыхлая клѣтчатка, ея значеніе при инфек-  
 ціи 11.

**С.**

Сальникъ, его роль при инфекціи 295,—  
 ожирѣніе его 243.—пересадка его 296.  
 Сальпингиты септическіе 300.  
 Сапрофиты въ гноѣ 299.  
 Саркома матки 216.  
 Сахаръ въ мочѣ 82.  
 Свищи мочевоы и каловыы при ракъ маткѣ  
 224.  
 Свищъ каловый 38.—мочевоы 38, 166.  
 Своды влагалища, пульсація сосудовъ 134.  
 Свѣдѣнія гигиеническія 253.  
 Связки матки, сморщиваніе ихъ 297,—круг-  
 лья 25,—круглыя заднія 25.  
 Связка широкая 24.  
 Сгустки крови въ мочевоомъ пузырьѣ 278,—  
 при кроветеченіи изъ матки 39.

Септическая инфекция 58,—брюшины 299,—сальпингиты 300,—точечныя кровеизліянія 287.  
Селезенка, вліяніе ея на злокачественныя новообразования 218.  
Симптомы, женскихъ болѣзней 42,—перитониты 285,—при ракъ матки 225.—при фибромѣ матки 198.  
Симпатическіе нервы 41.  
Сифилитическія язвы 231.  
Скамейка Kelly при дефекаціи 268.  
Слабительныя средства 270.  
Слизистая оболочка, влагалища 23,—матки 14,—трубы 18.  
Слизистые полипы 190.  
Слизь въ мочѣ 275.  
Слоновость наружныхъ половыхъ органовъ 81.  
Случай, импровизированнаго пессарія 150,—лечения кисты частыми проколами 232,—метастаза рака 212,—образования «ложнаго хода» при расширеніи канала шейки 117, 118,—перфорации матки 117, 118, 121,—Zadig's,—проф. Буяльскаго 251,—хорионэпителиомы у дѣвственницы 215,—хорионэпителиомы testiculi 215.—Volkman 218,—яичниковой беременности (Baglow) 129.  
Содержимое кисты яичника 237.  
Сообраніе мочи 277.  
Соли среднія 271.  
Сосуды, новообразованные въ брюшной полости 237.  
Согрѣвающей компрессъ 174.  
Сонъ плохой 264.  
Солнечныя ванны 106.  
Соль, гипертоническій растворъ ея 96.  
Спротивляемость организма въ борьбѣ съ инфекціей 92.  
Спазмодическія боли 42.  
Спиртовой компрессъ 176.  
Спринцованіе, влагалища 97, 107, 171, 177, 207,—при ракъ матки 229,—при кроветеченіяхъ 209.  
Срощенія, вліяніе на положеніе матки 179,—защитительныя 291,—обращеніе съ ними во время операціи 291, 306,—роль сальника 296.  
Стаканъ изъ дегева квасіи 269.  
Степени разрыва промежности 142.  
Стерильность гноя въ трубѣ 74, 102, 290.  
Стулъчаки 266.  
Сулема при pediculus pubis 83.  
Схема, мѣстъ для внѣматочной беременности 129,—прикрѣпленія яйца при трубной беременности 124,—распроса больныхъ,—разрывовъ промежности 143.  
Сѣмя, вытеканіе его послѣ полового сношенія 47.  
Сыворотка гонококковая 93.

**Т.**

Тамариндовая лепешка 272.  
Тампонація, влагалища при кроветеченіи 115, 218,—при ракъ матки 227.

Тампонъ марлевый 306.  
Тазовая брюшина, воспаленіе ея 302.  
Тазовое дно, ослабленіе его 144.  
Тазовые органы, тепло при воспаленіи ихъ 173.  
Тазовая фасція, 25.  
Температура при параметритѣ 62.  
Теорія «гнѣзженія» 31.  
Тепло, лечение инфекціи 105,—при воспаленіи тазовыхъ органовъ 173, 175,—при воспаленіи 105.  
Терапевтическое лечение фибромы матки 205.  
Токсины, промываніе организма 179.  
Точки болѣзненныя 45.  
Травма, отношеніе къ выкидышу 114.  
Трещина задняго прохода 85.  
Трипсинъ изъ полинуклеаровъ 293.  
Трубка Coolidge 206.  
Трубы Фаллопиевы 10.  
Трубы, болѣзненныя сокращенія 44,—добавочныя отверстія 248.—гнои въ нихъ 73, 102,—значеніе ихъ заболѣваній при dysmenorrhoea 40, инфекціи ихъ 19,—извилистость ихъ 248,—прерывистыя регулы при заболѣваніи ихъ 39,—скопленіе жидкости въ нихъ 72,—слизистая оболочка 18.  
Туберкулезъ, мочевыхъ органовъ 275, 280,—половыхъ органовъ 65,—придатковъ 38.—почки 6, 159,—при беременности 108.  
Туберкулинь 275, 281.  
Тубо-овариальныя кисты 240.  
Тѣло желтое 33.

**У.**

Удаленіе плоднаго яйца изъ матки, инструментальное 116,—ручное 115.  
Узловая форма рака шейки матки 217, 223.  
Укороченіе круглыхъ связокъ 186.  
Утомляемость скорая 264.  
Уремія при ракъ матки 219.  
Учащенное мочеиспусканіе 273.

**Ф.**

Фаллопиевы трубы см. Трубы Фаллопиевы.  
Фасція тазовая 25  
Фарадизація при болѣзненномъ мочеиспусканіи 165.  
Фиброзные полипы 190,—выворотъ матки 154.  
Фиброма, влагалища 209,—круглой связки 209,—матки 194,—ампутація и двлагалищная 204.—беременность 195, 199,—боли 209,—бѣли 200,—злокачественное перерожденіе 198,—злокачественность ихъ 211,—интерстиціальныя 196.—инфекція 199, 201,—лучи Рентгена 205.—лечение 201,—окаменѣніе 196,—омертвѣніе 196,—перекручиваніе ея 210,—перерожденіе злокачественное 210,—подсерозныя 197,—симптомы 198.—подслизистыя 197,—электризація при кроветеченіи 206,—эрготинъ 207,—наружныхъ половыхъ органовъ 209.  
Физическое переутомленіе у дѣтей 254.



Фолликулы яичника 20.  
 Формулы рецептурныя 307.  
 Функціональныя боли 42.

**Х**

Хининъ при беременности 114.  
 Хирургическое заболѣваніе живота 172, 191.  
 Хлористый цинкъ для прижиганія 229.  
 Холмъ Венеры 27.  
 Хоріонэпителиома 212.  
 Хроническое воспаление придатковъ матки 300.

**Ц.**

Центральный разрывъ промежности 142.  
 Циститъ 157,—лечение 165.  
 Цистоскопія 160, 162.  
 Цистоскопъ 159, — *Luys* 163, — проф. *Kelly* 160,—свойства его 164.

**Ч.**

Чай Сенъ-Жерменскій 271,—*Chambard* 272.  
 Черносливъ при запорѣ 270.  
 Чувствительность внутреннихъ органовъ 44.  
 Червеобразный отростокъ 289,—воспаление его 290,—воспаление клѣтчатки подбрюшинной 294,—выздоровленіе самостоятельное 292,—омертвѣніе и перфорация его 291,—острое воспаление 304,—показаніе къ операціи 290,—условія для инфекціи 289.

**Ш.**

Шейка матки, гипертрофія ея 186,—гоноррея 51,—коническая 53, 248,—лечение гипертрофіи 188,—припухлость слизистой 52,—разрывы 139,—эрозіи 189,—расширеніе ея канала 53, 115.

Шейный каналъ, расширеніе его 115.  
 Широкая связка 24,—кисты 241,—*varicosae* 243.  
 Шокъ при перфорациі съ излитіемъ въ брюшину 302.

**Э.**

Эвертирующая форма рака 220.  
 Экзема наружныхъ половыхъ органовъ 80.  
 Электризація при фибромѣ матки 205,—яичниковъ 206.  
 Электричество, лечение инфекціи 106.  
 Эметинъ 229.  
 Эндометритъ 66,—полипозный 190.  
 Эндоцервицитъ 189.  
 Эрготинъ при фибромѣ матки 207.  
 Эрозіи влагалищной части 140,—лечение ихъ 107.  
 Этиологія: вѣтматочной беременности 130,—злокачественныхъ новообразований 211.  
 Эхинококкъ 241.

**Я.**

Язвы венерическія 84,—сифилитическія 231.  
 Яичникъ, абсцессъ желтаго тѣла 298,—анатомія 19,—воспаление его при ангиѣ 299,—беременность въ немъ 129,—виды кистъ 237, 238,—вліяніе его на злокачественное новообразование 218,—добавочный 38,—инфекція его 21.—кисты см. кисты яичника.—нарушеніе иннерваціи 39,—недоразвитіе ихъ 247,—отсутствіе ихъ 247,—опухоли 231.—ракъ 230,—рентгенизація яичниковъ 205.  
 Язвенный процессъ въ мочевомъ пузырьѣ 278.  
 Ямка ладьеобразная 30.

Иностраннй алфавитъ.

**А.**

*Abortus* 110.  
*Acute abdomen* 172, 191.  
*Amenorrhea* 37.  
*Ampulla* трубы 17.  
*Anteflexio uteri* 181,—*uteri congenita* 183.

**В.**

*Bacillus coli communis* 54,—*praeputii* 277.  
*Belastungstherapie* 302.  
*Bulbi vaginae* 27.

**С.**

*Carminativa* 308.  
*Carunculae myrtiformes* 29,—*urethrales* 81.  
*Chorionepithelioma* 123, 212.  
*Clavus* 260.  
*Coccygodynia* 87.  
*Columnae rugarum* 23.  
*Condylomata lata* 84.  
*Corpus luteum* 20.  
*Cystocele* 145.  
*Cystofibroma* 194.

**Д.**

*Dysmenorrhoea* 40,—*membranacea* 41.

**Е.**

*Elephantiasis* 81.  
*Emmenagoga* 307.  
*Endometritis* 66.  
*Epispadia* 246.

**Ф.**

*Facies peritonealis* 289  
*Fimbria ovarica* 17.  
*Fluor albus* 46.  
*Fossa navicularis* 30.  
*Frenulum clitoridis* 27.

**Г.**

*Glandula Bartholini* 29.  
*Gynatresia* 249.

**Н.**

*Haemostatica* 307.  
*Herpes* наружныхъ половыхъ органовъ 85.  
*Hymen, annulare* 29,—*semilunare* 29.

**I.**  
Impf infection 211.  
Infiltration précancéreuse 217.  
Introitus vaginae 29.

**K.**  
Kraurosis vulvae 81.

**L.**  
Labia majora 27,—minora 27.  
Ligamentum latum 24.  
Lig. infundibulo-pelvicum 17.  
Ligamentum pubo vesico-uterinum 25.  
Lig. tubo-ovaricum 17.  
Lithopaedion 127.

**M.**  
Menorrhagia 39.  
Menstruatio alba 37.  
Mesosalpinx 17.  
Metrorrhagia 39.  
Migratio seminis externa 253.  
Mola carnosum 112.  
Molimina menstrualia 35, 37, 38.  
Mons Veneris 27.

**N.**  
Narcotica 307.  
Neisserian infection 49.  
Nervina 308.  
Nidation 34.

**O.**  
Opsonic index Wright 91.  
Os uterinum 22,—tinctae 22.  
Oxyuris vermicularis 83.  
Ovarian hydrocele 241.  
Ovarium. анатомія 19.  
Ovula Nabothi 190.

**P.**  
Parametritis 62.  
Parametrium 25.

Parovarium 17.  
Pediculus pubis 82.  
Pelveoperitonitis 282, 302.  
Peritonitis 282,—sicca 64.  
Plicae Douglasii 25.  
Plica recto uterina 25,—vesico-uterina 25.  
Pollakiuria 157.  
Portio vaginalis 21.  
Praeputium clitoridis 27.  
Pruritis vulvae 81.

**R.**  
Rectocele 145.  
Retroflexio uteri congenita 184.

**S.**  
Salpingitis nodosa 71,—profluens 46.  
Superinvolutio 100,—uteri 40.  
Surgical abdomen 172, 191.  
Stranguria 157.

**T.**  
Tapiroïd 184.  
Tunica albuginea 20.

**U.**  
Ulcus molle 84.  
Unguenta 308.  
Uterus infantilis 248.

**V.**  
Vagina, ея анатомія 23,—bacillus 24.  
Vaginitis 78.  
Vaginofixatio 186.  
Varicocele широкой связки 243.  
Ventrofixatio uteri 186, 244.  
Vestibulum 27.  
Viae primariae 264.  
Vulvitis 80.

Указатель именъ.

**A.**  
Albarran 159, 164.  
Alexander 186.  
Apostoji 205.  
Aran 30.  
Arbuthnot, Lane 271.  
Aveling 34.

**В. Б\***  
Barlow 129.  
Bell John 233.  
Boivin m-me 22.  
Boyer 86.  
Budin 263.  
Буяльскій, проф. 251.  
Brand 148.

**C.**  
Carey 215.  
Caulet 270.  
Cooke 215.  
Coolidge 205.  
Cullen 195.

**D.**  
Denmann 142.  
Depaul 23.  
Doederlin 24.  
Mc. Dowell 233.  
Dührssen 131.  
Duncan 151.

**E.**  
Emmet 141.

- Г.**  
Грамматицати 98.
- З.**  
Захарѣнъ, проф. 7.
- Ф.**  
Farnier 137.  
Flon 105.  
Fodor 89.
- Н.**  
Heape 35.  
Hunter 88.
- И.**  
Илькевичъ 89.  
Иноземцевъ 174.
- К.**  
Kelly 55, 129, 160, 228, 267.  
Koeberlé 234.
- Л.**  
Lermoyez 227.  
Lister 95.
- М.**  
Malgaigne 76.  
Мыкертчанъ 205.  
Murphy 6, 59, 94, 179, 193, 275, 276, 281, 305.
- Н. Н\*.**  
Нейгебауеръ 247.  
Noeggerath 51.
- О.**  
Olshausen 244.  
Отгъ 127.
- Р.**  
Parsons, Inglis 181.  
Pirquet 281.  
Priessnitz 174.  
Price, Joseph 103.  
Pouchet 41.
- Р. Р\*.**  
Récamier 86.  
Reclus 289.  
Рентгенъ 205.  
Rouget 26.
- С. С\*.**  
Sappey 17.  
Schroöder 188.  
Simpson 88.  
Sims, Marion 47.  
Smith, Adam 247.  
Spencer Wells 233.  
Sutton 35, 130, 196.  
Снегиревъ, В. О. 129, 179.
- Т.**  
Tait 81, 143, 232.  
Testut 26.  
Trousseaux 271.
- В. В\*.**  
Varnier 82.  
Высоковичъ 49.