

Проф. А. А. РЕДЛИХ.

ОБЩАЯ и ЧАСТНАЯ
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ
ДИАГНОСТИКА.

ДЛЯ ВРАЧЕЙ И СТУДЕНТОВ.

С 67 рисунками в тексте.

Qui bene diagnostit,
bene medetur.

БЕРЛИН.
МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО „ВРАЧ“.

Georgio Rein

Dr. med., Prof. emerito ordinario, Academico

pio gratoque animo

d. d.

autor.

Оглавление.

	Стр.
ГЛАВА I.	
Введение	1
ГЛАВА II.	
Методы исследования в гинекологии	4
Анамнез.	4
ГЛАВА III.	
Субъективные явления, жалобы больной	10
ГЛАВА IV.	
Продолжение	16
Схема расспроса.	18
ГЛАВА V.	
Объективные данные	20
Наружное исследование	20
ГЛАВА VI.	
Внутреннее исследование	26
Простое и комбинированное	26
ГЛАВА VII.	
Исследование через прямую кишку и мочевого пузыря	36
ГЛАВА VIII.	
Инструментальное исследование.	38
Исследование зеркалами	38
ГЛАВА IX.	
Распознавание	41
ГЛАВА X.	
Зондирование матки	46
ГЛАВА XI.	
Расширение матки	51
ГЛАВА XII.	
Выскабливание матки	57
ГЛАВА XIII.	
Пробная эксцизия	62
ГЛАВА XIV.	
Пробный прокол и разрез	63
ГЛАВА XV.	
Измерения.	66
ГЛАВА XVI.	
Гистологическое, бактериоскопическое и бактериологическое исследование	67
ГЛАВА XVII.	
Исследование крови	71
ГЛАВА XVIII.	
Исследование мочевой системы	74
ГЛАВА XIX.	
Утероскопия и ректоскопия	81

	Стр.
ГЛАВА XX.	
Рентгеновские лучи в гинекологии	82
ГЛАВА XXI.	
Кабинет врача	84
ГЛАВА XXII.	
Распознавание беременности	88
ГЛАВА XXIII.	
Распознавание внематочной беременности	103
ГЛАВА XXIV.	
Распознавание выкидыша	108
ГЛАВА XXV.	
Распознавание миомы матки	112
ГЛАВА XXVI.	
Распознавание опухолей яичника	117
ГЛАВА XXVII.	
Распознавание рака матки, саркомы, chorion-epithelioma	123
ГЛАВА XXVIII.	
Распознавание воспаления матки, яичников и труб	127
ГЛАВА XXIX.	
Распознавание воспаления околоматочной клетчатки и брюшины	131
ГЛАВА XXX.	
Распознавание неправильных положений матки и влагалища	135
ГЛАВА XXXI.	
Распознавание пороков развития матки	138
ГЛАВА XXXII.	
Распознавание заболеваний наружных половых органов	139
ГЛАВА XXXIII.	
Распознавание болезней влагалища	141
ГЛАВА XXXIV.	
Распознавание мочевых и каловых свищей влагалища и матки	144
ГЛАВА XXXV.	
Распознавание гонорройных заболеваний	145
ГЛАВА XXXVI.	
Распознавание сифилиса женской половой сферы	148
ГЛАВА XXXVII.	
Распознавание туберкулеза женской половой сферы	149
ГЛАВА XXXVIII.	
Распознавание заболеваний женских мочевых органов	151
ГЛАВА XXXIX.	
Распознавание расстройств внутренней секреции эндокринных желез в связи с заболеваниями женских половых органов	156

Общая диагностика.

akusher-lib.ru

ГЛАВА I.

Введение.

Среди медицинских специальностей за последние 20—30 лет гинекология заняла выдающееся положение, благодаря трудам как отечественных, так в особенности немецких гинекологов, и в настоящее время представляет законченную главу медицины. Необходимость знакомства с этой отраслью практической медицины для всякого врача очевидна, если он ставит своей задачей изучение больного человека и проводит стремление помочь ему. Для того, чтобы лечить больную женщину, нужно знать состояние всех ее органов, в том числе и половой ее сферы. Тот врач, который не будет проводить этого положения в жизнь, очень часто будет делать грубые ошибки как в диагностике, так и в терапии, и не будет иметь успеха в терапевтических мероприятиях, несмотря на все свои добросовестные стремления сделать все возможное. Для практического врача, однако, невозможно быть одновременно и гинекологом, и ларингологом, и офтальмологом, да это и не требуется, и практически неосуществимо, но знакомство с методами исследования в каждой специальности является настоятельно необходимым, чтобы уметь разобраться, где находится очаг болезни, а не ходить вокруг да около. Трудно перечислить все те категории заболеваний внутренних органов, которые так или иначе связаны с гинекологией, т. е. с женской половой сферой. Связь эта — в одном случае будет чисто анатомическая, как напр. в органах малого таза, соприкасающихся с половыми органами женщины (мочевой пузырь, мочеточники, прямая кишка, appendix [lig. Clado] и пр.), а при посредстве нервной системы и с отдаленными органами (сердце, легкия), равно как внутрисекреторная, при помощи так называемой корреляции эндокринных желез. Исследования последнего времени пролили свет на эту темную область наших знаний и установили связь яичника, матки, (мож. быть) последа, молочных желез с щитовидной и околотщитовидными железами, надпочечниками (хромаффиновая система), гипофизом мозга, поджелудочной железой и др.

Это учение найдется еще в зачатке, но уже и то, что нам известно проливает свет на изучение таких вопросов, которые до последнего времени совершенно не поддавались объяснению с точки зрения общей патологии, как напр. Базедова болезнь, акромегалия, Аддисонова болезнь, некоторые виды кретинизма, аномалии роста костей (остеомалация) и др.

Таким образом, изучение гинекологии с этой стороны вносит в кругозор врача новую группу представлений и расширяет его понимание многих болезненных явлений.

Мне бы пришлось затронуть почти всю патологию, если бы я пожелал установить связь заболеваний внутренних органов с половой сферой.

Для примера могу выбрать наиболее типичные из моей клинической деятельности как *asthma nervosum* женщин в связи с *retroflexio uteri*, по

устранении которой путем вставления кольца, можно было получить иногда стойкое выздоровление и от астмы, между тем как больные до гинекологического лечения, несмотря на целый ряд терапевтических мероприятий, проводили целые недели в кровати, не поддаваясь лечению.

В другом случае, наблюдавшемся много, астматические припадки нервной астмы были у больной с миомой матки; эти припадки исчезли после того, как больная была оперирована путем чревосечения с энуклеацией миомы величиной в крупный кулак. Правда, симптомы астмы спустя

2 года вернулись, но тогда объективное исследование убедило нас в наличии рецидива опухоли. К этой же категории относится так наз. *tussis uterina*, излечиваемая гинекологической терапией. Из той же сферы органов дыхания заслуживает внимание набухание слизистой оболочки носа во время менструации и исчезновение дисменореи после смазывания 10% раствором солянокислого кокаина слизистой оболочки носовой раковины (Flie ss).

Связь органов кровообращения с заболеваниями половой сферы еще более интересна. — Взять хотя бы старый вопрос: изменение сердца при беременности, влияние беременности на течение пороков сердца, всякого рода расстройств сердечной деятельности в климактерическом возрасте; специфические изменения сердечной мышцы при миомах матки (*Muomherz*), нарушение деятельности сердца при неправильностях половых сношений, неправильных положениях матки и пр. Сюда же относятся изменения самих кровеносных сосудов и нарушения их функции при заболеваниях женских половых органов, при беременности и в климактерическом возрасте.

Говоря об органах кровообращения мы не можем не коснуться также изменений крови, как то малокровия вследствие частых кровопотерь, при которых % содержания гемоглобина может очень низко падать, изменения количественного состава форменных элементов — как напр. лейкоцитоза при нагноениях, инфекциях, а также качественного изменения состава крови, появления так наз. защитных ферментов при беременности, при сифилисе, эхинококках, гоноррее и пр.

Органы пищеварения затрагиваются в неменьшей степени; мы имеем рвоту беременных, разного рода диспепсии (отрыжки), извращение вкуса, всякого рода атонии кишечника, *colitis membranacea*, запоры на почве чисто механической, как вследствие *retroflexio*, так и как вследствие сдавления кишечника всякого рода заматочными опухолями: кровоизлияниями в задний Дуглас, экссудатами и новообразованиями матки и яичников. Кишечные свищи могут образовываться вследствие перехода злокачественного новообразования матки или влагалища на кишечник или как последствие какого либо вскрывшагося абсцесса околоматочной клетчатки в кишку. Кроме того, мы можем наблюдать целый ряд других расстройств, имеющих связь с брюшиной, покрывающей как органы брюшной полости, так и матку с ее клетчаткой, трубы, заднюю стенку влагалища в верхней трети и яичники почти на половину, носящие название раздражение брюшины.

Еще более подвергаются влиянию заболеваний половой сферы соседние с маткой органы — мочевой пузырь, мочеточники и отдаленные почки (беременность), а также прямая кишка, отчасти *flexura sigmoidea* и *appendix*, — как при процессах воспаления, так и новообразований, развивающихся в матке и яичниках, при так наз. межъяичничном развитии. Всякого рода мочевые свищи (мочевого пузыря и мочеточников), как последствие родового акта, или гинекологических операций, переход злокачест-

венных новообразований (рак матки и влагалища) на мочевой пузырь, вскрытие всякого рода гнойников (pyosalpinx, parametritis) в мочевой пузырь, гонорройное поражение как половой сферы, так и мочевой одновременно делают мочевую сферу пограничной областью с гинекологией. Специфические процессы, как почка беременных и pyelitis во время беременности, заставляют гинеколога, а также терапевта и уролога быть в курсе этих явлений и требуют от них знакомства с соответствующими методами исследования.

Кроме того, целый ряд нервных заболеваний — как то невралгии, мигрени, неврастении и истерии нередко, имеющие в основе подкладку гинекологического заболевания, могут быть успешно лечимы, если будет обращено внимание на основное заболевание, и оно будет устранено. Совокупность приведенных данных с ясной очевидностью указывает на необходимость и для терапевта, и для хирурга, и уролога, и невропатолога знакомства с гинекологией и соответствующими методами исследования.

Для того, чтобы оценить значение гинекологии, нужно вспомнить, что половину человеческого рода составляют женщины, из них 25% находятся в расцвете половых функций, т. е. восьмая часть человечества находится в том состоянии, когда женщина несет в себе функции поддержания вида, помимо поддержания функций индивидуума. Эти функции поддержания вида связаны с целым рядом опасностей не только для здоровья, но и для жизни. Мы имеем целый ряд таких состояний, в которых резко выступает борьба за жизнь, и мы ни в одной области медицины не встречаем такой страшной кровопотери, как в акушерстве: разрыв матки, предлежание последа, преждевременное отделение его, послеродовая атония матки и пр., где смерть есть нередкий исход; и в такой культурной стране, как Германия, ежедневно одна женщина умирает от кровотечения, благодаря несвоевременной или неумелой помощи. Менее типичные кровопотери наблюдаются при выкидышах, раках матки, фибромиомах, кистах и пр., но эти потери могут довести организм женщины до глубочайшей степени малокровия, при котором никакая терапия, кроме чисто гинекологической, не в силах сделать что-либо.

Здесь же уместно будет вспомнить те таинственные явления интоксикации, сходные с явлениями анафилаксии, которые наблюдаются во время беременности — рвота беременных, дерматозы, психическое расстройство и во главе их самый страшный недуг — эклампсия.

В человеческом организме нет такого другого органа, который был бы так легко подвержен инфекции, как матка, и где бы инфекция протекала так жестоко, угрожая гибелью организма или создавая его инвалидность.

Я здесь говорю о септических инфекциях, как после родов, так и выкидыша; первые в настоящее время в клиниках являются сравнительно редкими заболеваниями, вторые же уносят и в настоящее время тысячи жертв. Так наз. родильная горячка и теперь еще не является анахронизмом, и меры борьбы с ней зиждутся лишь на профилактике; когда же заболевание наступило, мы часто вынуждены сознавать лишь свое бессилие. Не менее ужасный бич женщины — гоноррея, оставляющая след на всю жизнь, разрушающая и семью, семейное счастье и здоровье женщины.

Точно так же, как половая сфера подвержена опасности инфекции, она очень легко дает новообразования, составляющие один из наиболее частых видов заболеваний в самых разнообразных формах, иногда локализующихся в других органах, как напр. chorionepithelioma, или представляющих чрезвычайную редкость — как тератома.

Все это вместе взятое имеет свою симптоматику, свою клинику, патологическую анатомию, своеобразные методы исследования и в результате целый ряд методов терапии, начиная от фармацевтического и кончая хирургией и радиотерапией.

Заболевания половой системы в их сложных патолого-анатомических и клинических картинах отражаются прямо или косвенно на заболеваниях и других внутренних органов и еще более запутывают всю сложную картину болезни.

ГЛАВА II.

Методы исследования в гинекологии.

Как в общей медицине, так и в гинекологии методы исследования одинаковы — анамнез, субъективные данные и данные объективного исследования. Одни предпочитают раньше расспросить больную, а затем уже исследовать, другие сразу приступают к исследованию и затем уже к расспросу; первый способ имеет несравненные преимущества перед вторым, так как расспросы уже значительно облегчают изучение больной, врач ставит свой диагноз на основании целой совокупности данных и из анамнеза часто определяет заранее, на что необходимо ему обратить соответствующее внимание. Нередко бывает, что жалоб много, а объективных данных очень мало, или наоборот. Кроме того, установка диагноза на основании одних объективных данных требует значительной опытности исследующего, и нередко после исследования он, ознакомившись с жалобами больной, должен будет прибегнуть к повторному исследованию, так как недостаточно обратил внимания на какую-либо деталь, заслуживающую внимания. Поэтому всегда лучше изучение больной начинать с анамнеза, который следует вести по известной схеме. При собирании анамнеза можно дать больной выговориться и терпеливо выслушивать все относящееся и не относящееся к делу, а затем перейти к исследованию. Можно также собирать анамнез по вопросам; последнее гораздо практичнее, так как участвующее в них логическое мышление подготавливает исследующего к выreshению диагноза, ставит для его решения различного рода гипотезы, отвергает их, ищет подтверждений в объективных данных или жалобах больной и пр. Целым рядом целесообразно поставленных вопросов врач приобретает доверие больной, и она становится более откровенной и считает возможным сообщить то, в чем именно заключается ее главное беспокойство, как напр. бесплодие, неудовлетворенность половым актом, всякого рода половое извращение, половое бессилие мужа и проч.

Для правильного наблюдения над больными следует вести их записи, при посредстве которых можно отмечать улучшение или ухудшение в течение болезни и проверять жалобы, так напр., в начале больная жаловалась на боли в животе и пояснице, после лечения эти боли исчезли, между тем как больная не отмечает улучшения. Или до лечения менструации длились до 12 дней, а после стали проходить в 3—4 дня; больная тем не менее утверждает, что состояние ее здоровья в прежнем положении и пр. После обычных вопросов об имени, фамилии, месте жительства, национальности, роде занятий, важным вопросом является возраст, так как в зависимости от него группируются и гинекологические заболевания.

Можно определить по возрастам пять периодов в жизни женщины:

- I. до наступления половой зрелости, подготовительный;
- II. с 17—25 лет — период половой зрелости;
- III. с 25—37 лет — период расцвета;
- IV. с 37—45 лет — период увядания;
- V. с 45 лет и дальше — период старости.

До наступления половой зрелости мы имеем пациенток очень редко, или в виде исключения, так как даже аномалии развития — зарощение влагалища, девственной плевы, отсутствие влагалища или матки не дают себя ничем знать. У девочек в этом возрасте нередко появляются бели, иногда как выражение хлороза, сравнительно реже — трипперного заражения внеполовым путем, или как последствие мастурбаций. Как редкое исключение, наблюдаются кисты яичников и саркома их.

Второй период, т. е. период половой зрелости, уже более связан с гинекологией. Всякого рода аномалии развития, начиная от незначительных отклонений от нормы (*anteflexio uteri congenita*, *collum conicum*) и кончая гинатрезиями дают себя занять или дисменорреей или другими аномалиями менструаций (*molimina menstrualia*), викарными менструациями, скоплением менструальной крови при гинатрезиях и пр.

В этом периоде обычно девушка выходит замуж, и группы заболеваний расширяются. Здесь сторожит женщину ее исконный враг, враг неумолимо жестокий — гоноррея, которая с первых же шагов замужества до конца всей жизни будет давать себя знать и так или иначе подрывать здоровье женщины, вызывая, как поражение ее половой сферы, так и нередко захватывая мочевые органы.

К сожалению, нет статистических данных относительно влияния гонорреи на среднюю продолжительность жизни женщины, но оно чувствуется каждым мыслящим гинекологом.

Контингент гонорройных больных очень значителен и в данное время представляет большое социальное бедствие, наравне с широко практикуемыми мерами против зачатия (искусственными выкидышами и всякого рода мерами предохранения).

Как последствия гонорреи, мы имеем ряд выкидышей, бесплодие, вследствие поражения фаллопиевых труб или со стороны мужа *azoospermia*, *nesgospermia*. Гоноррея также является этиологическим моментом в целом ряде случаев внематочной беременности, как это установлено рядом компетентных клинических наблюдений и патолого-анатомических исследований. В этом же возрасте нам приходится считаться с последствиями родового акта в виде всякого рода травматических повреждений (разрывы, свищи, неправильные положения матки), а также воспалительных процессов, как следствие инфекций после родов, а еще чаще после выкидышей.

Третий период женщины, период расцвета ее половых функций, несет за собой, помимо целого ряда перечисленных уже заболеваний, еще новообразования половой сферы, кисты яичников и миомы матки, чаще всего появляющиеся в этом возрасте.

В этом же возрасте находит широкое применение ряд противозачаточных мер, подрывающих здоровье женщины и нарушающих здоровье ее нервной системы. А искусственные выкидыши уносят за собой тысячи жертв на почве сепсиса или создают инвалидность женщины вследствие всякого рода воспалительных заболеваний на почве септической инфекции. Наконец, четвертый и пятый периоды характеризуются всякого рода вну-

трисекреторными расстройствами на почве атрофических процессов в яичниках, отражающимися по преимуществу в сосудодвигательной системе и органах кровообращения.

В этом периоде женщина подвержена заболеванию раком матки — этим ужасным несчастьем женщины, рациональная борьба с которым возможна лишь путем раннего распознавания болезни и своевременной хирургической помощи или радиотерапии. Этому же возрасту присущи всякие выпадения и опущения матки и влагалища, наблюдающиеся иногда и в более раннем возрасте.

Второй вопрос касается заболеваний перенесенных в течение всей жизни, кроме заболеваний половой сферы, относительно которых ведется специально исследование в дальнейшем; для акушера и гинеколога имеет значение рахит, перенесенный в детстве больной. Приходится подходить окольным путем к выяснению этого вопроса: мы спрашиваем больную, на котором году она начала ходить, как она об этом знает со слов окружающих, до двух лет или позже. Из детских болезней имеют значение острые инфекционные заболевания, последствием которых могут быть поражение яичников с последующим бесплодием, а в особенности скарлатина с поражением почек, что особенно важно при наступлении беременности, при которой поражение почек особенно часто наблюдается как в виде почки беременных, так и в виде простой альбуминурии, а существовавшие раньше почечные процессы неминуемо ухудшаются. С акушерской точки зрения рахит, перенесенный в раннем детстве, ставит на очередь вопрос о препятствиях для родового акта вследствие узкого таза, развившегося на почве рахита, а перенесенная в детстве скарлатина возбуждает подозрение о возможности эклампсии при наступающей беременности.

Попутно необходимо выяснить целый ряд вопросов о наследственности, состоянии здоровья родителей, братьев и сестер, их заболеваемости, причине смерти, хотя все это имеет второстепенное значение, так как наследственности рака и др. опухолей мы еще не установили, и лишь вопросы о гемофилии и душевных заболеваниях в отношении наследственности считаются общепринятыми.

После этих предварительных сведений о больной приходится перейти к изучению ее половой жизни, что уже имеет основное значение. Мы должны выяснить время появления первых менструаций и их тип, который у каждой женщины имеет свои особенности, и нарушение этого типа всегда служит указанием на возможность какого либо патологического процесса.

Время появления первой менструации в России по статистике Груздева определяется около 15—16 лет, при чем менструации не сразу устанавливаются; появившись в первый раз, они затем отсутствуют 2—3 месяца, иногда год и более, и затем уже устанавливаются окончательно по 3—4—5 дней с промежутками в 3—4 недели. Обыкновенно менструации приходят или число в число, или еще чаще на 1—2—3 дня раньше; принято считать менструации от дня начала до дня следующего наступления и этим определять трех- или четырехнедельный тип. Женщина менструирует, за исключением времени беременности и кормления, в течение периода с 16 до 45 (в среднем) лет, когда у нее наступает климактерий. У кормящих в 50% менструации отсутствуют.

Количество теряемой во время менструального периода крови равно около 300 грамм.

Менструации обыкновенно начинаются появлением слизистых выделений, которые затем приобретают характер слизистокровянистых и затем при окончании снова делаются слизистыми. Менструации предшествуют незначительные боли внизу живота, в пояснице, головные боли, расстройства пищеварения и пр.; все эти явления носят название *molimina menstrualualia*. Если боли при менструациях достигают значительной силы, то они носят название дисменорреи.

Боли дисменорройного характера, наблюдаемые при наступлении менструации, за несколько часов до нее, обыкновенно указывают на какое-нибудь сужение в области наружного или внутреннего маточного зева, что наблюдается при конической шейке, при *anteflexio uteri congenita*.

Кроме того, дисменоррея может быть яичникового характера, при воспалительных изменениях в яичниках, а также при воспалениях матки и новообразованиях ее (подслизистые миомы), и — чисто маточного характера при воспалениях матки, а также при воспалениях в трубах.

Эти боли обыкновенно бывают в разгаре менструации, при чем при воспалениях матки интенсивность болей зависит от количества теряемой крови: при обильных менструациях они менее сильны, при скудных они сильнее.

Если количество теряемой во время менструации крови делается значительным, то это уже носит название меноррагий. Обыкновенно мы судим о количестве теряемой крови по присутствию сгустков крови; последние свидетельствуют о том, что кислый секрет влагалища недостаточен, чтобы предупредить свертывание крови, так как последняя выделяется в слишком обильном количестве. Поэтому, если больная заявляет, что при менструации выделяются большие сгустки, то это указывает на обильное выделение крови.

Если менструация идет с перерывом в 1—2 дня, т. е. после двух — трехдневного выделения крови является некоторый промежуток, то это указывает чаще всего на эндометрит.

Расспрашивая о характере менструации, мы можем иногда получить данные, с какого времени определяется начало заболевания, т. е. со времени ли выхода замуж (гоноррея), после выкидыша, или после родов. Если тип менструации изменился благодаря присутствию опухоли матки, или яичников, мы можем определить, с какого времени опухоль существует, так как миомы матки чаще всего сопровождаются менометроррагиями. Точно также нарушение менструального типа будет наблюдаться в качестве одного из первых симптомов рака матки. Одним словом, признаки воспаления и новообразования в женской половой сфере будут тесно связаны с изменениями в менструациях. Если менструации не пришли с наступлением половой зрелости, то это может зависеть также от каких либо истощающих заболеваний (бугорчатка) в детстве, от какого либо дефекта в развитии полового аппарата; при отсутствии матки, при недоразвитии ее (*uterus foetalis, infantilis*) менструации отсутствуют, а при всякого рода гинатрезиях (*atresia hymenalis, vaginalis, orificii uteri interni* или *externi*), хотя и выделяется менструальная кровь слизистой оболочкой матки, но менструация не наступает, и менструальная кровь скопляется, образуя опухоль — *haematocolpos, haematometra* в сопровождении болей, ежемесячно повторяющихся при прогрессивном увеличении опухоли.

Необходимо всегда помнить, что приостановка менструации чаще всего является одним из симптомов беременности, как маточной так и внематочной, и поэтому в вопросе о менструации необходимо не забыть спро-

силь, когда были последние менструации, чтобы при исследовании в первую очередь исключить или установить беременность.

Случаи, когда при наступлении беременности женщина продолжает менструировать, наблюдаются очень редко и то лишь в первый месяц, когда менструации приходят в сравнительно ничтожном количестве; на 2, 3 и 4 месяце это уже является не менструациями, а кровотечениями на почве начинающегося выкидыша, или же новообразований беременной матки (рак, миома), а также аномалий развития яйца (*mola hydatidosa*), а во второй половине беременности вследствие предлежания последа, *graviditas extrauterina*.

Кроме беременности менструации прекращаются в 50% вследствие кормления, а вне климактерии от истощающих болезней (лейкемии, тяжелой анемии, бугорчатки, диабета), нагноения, после инфекционных заболеваний — *typhus abdominalis* и пр., — от разного рода расстройств внутренней секреции яичников (акромегалия — гипопиз, надпочечники — хромаффинная система надпочечников — *morb. Addisonii*, *m. Basedowii* — щитовидная железа, надпочечники — *hypertrichosis*) и пр. При психозах — меланхолии — аменоррея есть обычное явление.

Кроме того, само собою разумеется, менструация отсутствует при оперативном удалении матки, а также при кастрации, произведенной хирургическим путем, или применением X-лучей.

Самого серьезного внимания заслуживают случаи, когда после наступившего климактерия менструации возобновляются вновь, что в публике носит название второй молодости; эта атипическая кровопотеря чаще всего является первым симптомом рака матки и других злокачественных опухолей половой сферы. Расспросы о состоянии менструальных функций имеют чрезвычайно важное значение и в постановке диагноза играют весьма важную роль, а потому к этой функции необходимо относиться особенно внимательно.

Второй кардинальный вопрос — это число беременностей, родов, выкидышей, а также расспросы относительно времени выхода замуж, возраста и состояния здоровья мужа. Более тактично вести вопросы раньше о беременности и родах, чем о замужестве, так как при современном распространении внебрачных половых сношений можно поставить большую в неловкое положение и этим повредить делу расспросов.

Всякая здоровая женщина, находящаяся в чадородном возрасте и имеющая здорового мужа, должна по Снегиреву иметь не менее 5—6 беременностей и ни одного выкидыша. Если спустя один год по выходе замуж беременность не наступила, то это указывает, что та или другая сторона в этом виновата.

Бесплодие может зависеть от женщины вследствие чисто анатомических причин; сюда относятся упомянутые случаи дисменорреи на почве конической шейки матки и *anteflexio uteri congenita*. Бесплодие также абсолютно при *uterus foetalis* и *infantilis*, при отсутствии матки или рудиментарной матке, при гинатрезиях, при оперативном удалении матки или яичников и пр.

Если по выходе замуж спустя 1—1½ года у женщины в чадородном возрасте не наступило беременности, то нужно узнать причину этого, или со стороны мужа, или жены; из заболеваний, вызывающих бесплодие со стороны мужа, чаще всего встречается гоноррея с поражением придатка яичка с обеих сторон с последующей азооспермией. У женщины гоноррея может напр. явиться причиной бесплодия при поражении слизистой шейки

и матки (endometritis), а также при заболеваниях яичников, труб и брюшины (salpingitis, oophoritis, perimetritis).

Здоровая женщина должна не только беременеть, но и правильно донашивать до конца и рожать, не имея ни одного выкидыша. Выкидыши всегда указывает на заболевание половой сферы; поэтому, если женщина имеет выкидыши, то необходимо выяснить их причину, отчего они происходят, не были ли они производимы искусственно, каким способом и как они протекали, с повышением t^0 или без него. Самопроизвольные выкидыши наблюдаются как следствие гонорреи, а также и сифилиса, в отношении которого необходимо добыть все данные, включая реакцию Wassermann'a.

Привычные выкидыши и мертворождения всегда должны выдвигать вопрос о сифилисе, и даже при отсутствии данных со стороны анамнеза и исследования крови все же сифилис не может быть исключен.

После искусственных выкидышей нередко наблюдаются самопроизвольные, как следствие на почве всякого рода воспалительных изменений в матке или придатках.

В отношении бесплодия имеет интерес, не является ли последнее искусственным вследствие предпринимаемых разного рода мер, и какие меры принимаются (кондомы, шарики, песарии, coitus reservatus и пр.). Эта часть расспроса представляется особенно важной, так как при отсутствии особенных объективных данных со стороны половой сферы, большая пред'являет целый ряд жалоб, разобраться в которых представляет очень много затруднений и которые могут быть устранены лишь путем прекращения применения предохранительных мер. Женщина болеет потому, что не беременеет.

В отношении беременности, родов и послеродового периода необходимо ознакомиться, как протекали последние, сопровождалась ли беременность тошнотой, рвотой, кровотечениями, нарушением сердечной и почечной деятельности, головными болями, отеками ног и пр.

Точно также в отношении родов необходимо выяснить продолжительность их, течение родов, положение плода, самопроизвольность родового акта, или применение какого-либо оперативного пособия и пр. Выясняя течение родового акта, мы получаем точку опоры для суждения о том, как будет протекать последующая беременность и роды со стороны таза и общего состояния здоровья.

Все осложнения, как беременности, так и родов должны быть отмечены, как имеющие особенно важное значение, ибо это может служить основанием для предсказания при последующих родах.

В отношении послеродового периода мы должны прежде всего выяснить, как он протекал: лихорадочно или без лихорадки. Многие больные этого не помнят, если не было тяжелого септического заболевания, но сплошь и рядом указывают, на какой день они встали, отмечают, что у них наблюдалась т. н. молочная лихорадка и пр.

Все эти сведения чрезвычайно важны для суждения о том, были ли инфекции во время родов, так как всякие, так называемые молочные лихорадки суть выражения пуэрперальной инфекции.

Родовой акт и послеродовой период являются нередко причиной травматических повреждений матки (влагалища, мочевого пузыря, прямой кишки), выпадений и опущений матки и влагалища, а также воспалительных изменений в половой сфере и неправильных положений матки.

Попутно нами затрагивается вопрос, как производилось вскармливание новорожденного, так как мы знаем, что кормление грудью матери

является моментом, способствующим наилучшей инволюции послеродовой матки, а также дающим наилучшие результаты, чтобы новорожденный правильно развивался и обладал жизнеспособностью. Если дети умирают, необходимо выяснить, по какой причине, а также поставить вопрос, сколько имеется детей в живых, и когда были последние роды и последний выкидыш. Известная продолжительность отсутствия беременности служит указанием на то, что ко времени последнего зачатия в половой сфере произошло заболевание, которое и явилось причиной последующего бесплодия. Вопрос о времени выхода замуж, о возрасте мужа и его здоровье представляет интерес с точки зрения уже упомянутой гонорреи и сифилиса, а несоответствие возрастов супругов может служить причиной неудовлетворенности половыми отношениями.

Последующей задачей является выяснение вопроса, когда болезнь началась, как протекала и чем выразилась. Предыдущие вопросы облегчают эту задачу и могут подтвердить уже сложившееся представление, что болезнь началась тотчас по выходе замуж, тотчас после родов или выкидыша, или с того времени, когда изменился тип менструации, когда они сделались более обильными, болезненными и пр.

При обсуждении этого вопроса следует обратить внимание, сопровождалось ли это заболевание лихорадкой, нарушением общего состояния, раздражением брюшины, исхуданием и пр.

ГЛАВА III.

Суб'ективные явления, жалобы больной.

Данные предварительного расспроса уже дали возможность нам составить представление о возможных изменениях в половой сфере у исследуемой больной, но чтобы остановиться на чем-либо определенном, мы должны найти точку опоры в жалобах больной, а главное в данных объективного исследования. Жалобы больной с точки зрения терапии имеют существенное значение, так как устранение заболеваний должно устранить и симптом, а когда мы не можем вылечить заболевание, мы должны нашу терапию вести в направлении устранения наиболее беспокоящих больную симптомов.

Симптоматология женских заболеваний чрезвычайно разнообразна, но главными, основными симптомами являются: боли, бели и кровотечения.

Боли составляют один из главных симптомов. Локализация их, характер, время появления, усиление и пр. заслуживают самого серьезного внимания и заставляют больную искать себе избавления, переходя от одного врача к другому, посещать разные курорты и прибегать к оперативной помощи.

По характеру боли могут быть тупые и острые, ноющие, режущие, колющие, стреляющие, сверлящие, отдающие от места возникновения кверху или книзу, усиливающиеся или возникающие во время менструации, схваткообразные, как во время родов или выкидыша и пр.

Боли эти локализуются внизу живота, в пояснице, в половой области, в крестце, распространяются в ноги по наружной или внутренней поверхности бедра и пр.

Боли внизу живота или чувство напирания внизу живота служат указанием на воспалительные процессы в матке, боли в паховых областях присущи воспалениям яичников или труб; они чаще всего иррадируют по внутренней поверхности бедра; боли в крестце или пояснице чаще всего наблюдаются при загибе матки, или при воспалении брюшины, покрывающей матку (при заднем периметрите, при *retroflexio fixata*).

Боли схваткообразного характера, как во время менструации, так и перед нею, указывают на препятствие для выделения менструальной крови и на стремление матки изгнать из своей полости содержимое. Эти боли чаще всего бывают на почве уже отмеченных *anteflexio* и *collum coëcisum*, а также при подслизистых миомах матки, а наиболее ясно во время выкидыша и родов, когда они имеют типично выраженный характер.

Очень тяжелый и упорный характер боли приобретают при раке матки, когда процесс переходит в клетчатку и брюшину и раковый инфильтрат сдавливает крестцовые нервы.

Точно также характерна боль; появляющаяся как раз по середине между двумя менструациями, так наз. *Mittelschmerzen* немецких авторов; она чаще всего зависит от воспаления фаллопиевых труб. *Colica scrotorum* (эту боль сравнивают с ощущениями при сдавлении *testiculi*), нередко наблюдается у проституток. Эта боль также наблюдается и при эндометригах.

Локализация болей при гинекологических заболеваниях бывает часто столь необычна, что трудно установить анатомическую связь между местом нахождения болей и гинекологическим заболеванием; для примера могу привести случай, когда больная совершенно не могла лежать на спине вследствие болезненности остистых отростков поясничных и крестцовых позвонков, и приближение врача для исследования уже вызывало с ее стороны резкий протест, сопровождавшийся истерическими припадками. Невропатологи склонялись к диагнозу органического поражения оболочек спинного мозга, а сущность заболевания заключалась в поражении матки, в виде Эмметовского разрыва. После произведенной Эмметовской операции, боли совершенно исчезли.

В одном случае миомы матки боль характерно локализовалась в пупке, в другом случае миомы матки — в пятке ноги. После удаления миомы матки боли эти совершенно прошли.

Вторым симптомом при гинекологических заболеваниях являются бели, гиперсекреция влагалища и слизистой оболочки матки.

Бели молочного характера суть секрет слизистой оболочки влагалища, бели на подобие яичного белка — секрет канала шейки матки, и серозно-гнойные или кровянистые — суть выделения полости матки, так что по характеру выделений мы можем судить о локализации болезненного процесса.

При этом не всякую секрецию мы можем признать патологической. Интеллигентная женщина самое незначительное выделение отметит как бели, простая же крестьянка и патологические выделения будет считать нормальным явлением.

В одних случаях появление белей относят к раннему детству, другие в смысле срока указывают на девичество, а чаще всего на выход замуж или выкидыш, или нормальные роды.

Бели зеленого цвета чаще всего указывают на гонорройное заболевание и связываются со временем наступления инфекции, чаще всего со временем выхода замуж; одновременно с появлением белей обнаруживаются и другие симптомы, как со стороны мочевого так и половой системы.

Эти выделения иногда достигают значительной степени, оставляют на белье пятна, и только тогда обращают на себя внимание больных. Нередко больная указывает, что раньше у нее белей не было, и они появились всего два — три дня тому назад, а на самом деле они существуют уже много месяцев и даже лет; что указывает лишь на то, как мало внимания уделяется женщиной состоянию ее половой сферы.

В некоторых случаях больная отмечает, что у нее иногда с появлением болей внизу живота излагается из влагалища значительное количество светлой, прозрачной жидкости, по цвету соответствующей жидкому чаю, а затем очень долгое время опять нет никаких выделений — это указывает на водянку фаллопиевых труб (*hydrops tubae Fallopieae profluens* [при *sactosalpinx serosa*]).

Появление запаха в выделениях всегда указывает на процесс гниения во влагалище или в матке; такое явление могут дать забытый во влагалище тампон, губка вложенная во влагалище с целью предохранения от беременности, влагалищные pessaries при недостаточном чистом содержании влагалища путем спринцевания, а наиболее частой причиной является какая нибудь распадающаяся опухоль (миома или рак матки) или же *ruometra*. К этой же категории относится загнивание выкидыша и послеродовой эндометрит.

При раках матки бели представляют кровянисто-серозную жидкость неприятного запаха. Эти выделения появляются очень рано и иногда являются одним из первых симптомов рака матки.

К разряду выделений — белей принадлежат случаи, когда к влагалищному секрету примешаны моча (мочевые свищи), кал (кишечные свищи) или гной (вскрывшиеся во влагалище гноиники).

Третий кардинальный симптом представляет кровотечение. Это симптом чрезвычайно важный, Снегирев посвятил этому вопросу целую монографию в несколько сот страниц и старался всю гинекологию свести к изучению этого вопроса.

Мы различаем два вида кровотечения: первый вид — это кровотечение во время менструации-меноррагии, второй вид — вне их — метроррагии. Нередко эти два вида комбинируются и дают менометроррагии.

Что касается возраста женщины, то кровотечения могут наблюдаться в любое время ее жизни; страдают ими и девушки, и замужние женщины, и старухи. В настоящем изложении я могу указать лишь на случаи наиболее типичные, так как в остальных кровотечения встречается не постоянно, или сравнительно редко, и упоминание о них может дать лишь путаницу в представлениях.

Сравнительно редко кровотечение встречается у девушек во время достижения ими половой зрелости; эти потери крови, иногда без резких патологических изменений в матке и придатках, по всей вероятности, зависят от нарушения внутренней секреции яичников. Но иногда эти кровотечения бывают настолько упорны, что доводят девушек до глубокой степени малокровия и требуют оперативного лечения в виде выскабливания, или лечения х-лучами. Сравнительно редко в этом возрасте бывают новообразования матки (миома или саркома), дающие потери крови, которые могут быть названы кровотечениями.

По выходе замуж — в периоде половой зрелости и детородном возрасте — кровотечение есть симптом, как воспаления, так и новообразования в половой сфере. Воспаление яичников в стадиях острых и хронических

(в периоде обострения) очень часто сопровождаются более или менее обильными кровопотерями. Точно также наблюдаются кровотечения при воспалениях мышечной стенки матки и оболочки ея.

Так как все эти воспалительные процессы в своей этиологии неминуемо имеют инфекцию, а последняя имеет своим источником или гоноррею, или послеродовое, или послевыкидышное заболевание, вызванное какими либо микробами, то тем самым мы уже имеем целую категорию больных с такой этиологией.

Характерным для этих процессов является то, что с течением времени воспалительный процесс заканчивается развитием соединительной ткани в органах; обильные кровопотери прекращаются и в хронической стадии метрит уже характеризуется скудными менструациями.

К категории воспалительных кровотечений относятся и таковые при неправильных положениях матки.

Вторую группу кровотечений составляют новообразования матки, и чаще всего миомы матки. Последние в зависимости от локализации в матке (подбрюшинная, межзачаточная и подслизистая миома) дают разные типы кровопотери: меньше всего оказывают влияние в этом отношении подбрюшинные миомы матки, иногда протекающие совершенно незаметно, а самые значительные кровотечения дают подслизистые миомы, доводящие женщин до самой глубокой степени малокровия. Среднее положение занимают межзачаточные миомы матки, а так как чаще всего миомы бывают множественного характера и представляют комбинации всех этих трех видов, то они и сопровождаются почти всегда кровотечениями, либо в виде незначительных меноррагий, либо сильных метрооррагий, доводящих содержание гемоглобина в крови до 30—40%. Даже новообразование яичников менее выражается потерей крови, кисты яичников не оказывают почти никакого влияния на течение менструации, и большие, имеющие громадной величины опухоли, очень редко страдают от кровопотерь. Только в случаях межзачаточного развития опухоли, когда матка в силу чисто механических условий начинает увеличиваться в длину, наблюдаются нередко боли или мало значительные кровопотери.

Из других видов новообразований матки и яичников, дающих кровотечения, особое внимание должно быть отведено злокачественным опухолям (раку и саркоме матки), при которых кровотечения всех видов (метро-метrorrhagie), а также совершенно атипические кровопотери составляют постоянное явление. Это больные или вступающие или уже вступившие в климактерический возраст. Менструации в этом возрасте принимают нередко неправильный характер: или запаздывают, или приходят раньше положенного срока. И так как больные знают, что в этом периоде их жизни это составляет обыкновенное явление, то они не придают ему особенного значения, пока кровопотери не становятся постоянными и не обратят на себя внимание. Обыкновенно к этому времени появляются сукровичные выделения с пронзительным вонючим запахом, явления похудания, боли и пр.; т. е. ясная картина рака матки.

Нередко наблюдаются также случаи рака матки, когда первые выделения крови появятся после половых сношений или падения, под'ема тяжести и пр. Особую категорию составляют больные, у которых климактерический период уже наступил, и где после полугодного, одногодичного отсутствия крови, вновь появляются кровянистые выделения. В громадном большинстве случаев причину составляют рак матки или злокачественные опухоли яичников.

Случаи всех этих категорий требуют тщательного исследования, так как неправильное или запоздалое распознавание равносильно обречению больной на верную гибель.

Для полноты рассмотрения этой главы нам остается обратить внимание на некоторые случаи кровотечений, наблюдаемых во время беременности, или так или иначе связанных с нею; напр. больная детородного возраста заявляет, что у нея всегда правильно приходили менструации, затем была задержка крови на 1—2—3 нед., затем у нея пошла кровь более обильно, чем обыкновенно, и идет уже несколько недель, то прекращаясь на несколько дней, то появляясь вновь, при чем с кровотечением выходят сгустки крови, сопровождаемые болью в животе или пояснице. Все это составляет характерную картину или хронически протекающего выкидыша, или кровоточивого эндометрита на почве бывшего выкидыша вследствие недостаточной инволюции матки или задержки какого либо кусочка оболочки (*chorion'a, deciduae*). Некоторые случаи этой категории впоследствии приходят к норме и спустя известное время повторяются опять.

Подобного же рода кровотечения наблюдаются и при внематочной беременности, сопровождаясь симптомами внутреннего кровотечения: обмороками, болями, явлениями острого малокровия и пр.

Существенное значение имеет вопрос о половых сношениях, к рассмотрению которого мы переходим. Получить данные по этому вопросу нужно уметь, нужно внушить к себе доверие предвзвешенным расспросом, и только тогда можно надеяться на некоторую откровенность относительно интимной жизни женщины, по поводу которой она собственно и обращается к врачу, стесняясь однако высказать свои жалобы и боясь встретить ироническую улыбку и нарушить свое чувство стыдливости.

Женщина не может иметь половых сношений вследствие отсутствия или зарощения девственной плевы или влагалища, а также вследствие невозможности введения полового члена благодаря спазму мышц (*constrictor cunni-transversus perinei, levator ani*), т. е. благодаря особому состоянию, которое носит название вагинизма.

В другом ряде случаев сношение отличается болезненностью, что наблюдается при всякого рода воспалительных заболеваниях матки и яичников, а также покрывающей матку брюшины; больная отмечает, что боль, ощущаемая ею, локализуется где то в глубине и делает этот акт болезненным (*dyspareunia*). К половому сношению индифферентна, не испытывая никаких ощущений. Тут нужно заметить, что половые ощущения не всегда являются врожденным чувством, а в 50% женщины, выходящие замуж, не получают тех ощущений, которые носят название оргазма. В дальнейшем это чувство приходит в $\frac{1}{2}$ остальных случаев, а $\frac{1}{4}$ часть не испытывает их никогда.

Точно также половое влечение у одних бывает резко выражено, у других отсутствует в зависимости от испытываемых ощущений.

Иногда женщины становятся индифферентны к половому сношению после перенесенных заболеваний, и они доискиваются причины этой ненормальности.

Несомненно, что в этом отношении играет немаловажную роль возраст брачующихся. Точно также основы брака, заключенного по взаимной склонности или по расчету, играют значительную роль, как и половая способность супруга.

Половая жизнь со слабосильным мужем, естественно, не сможет вызвать оргазма, как это бывает также при явлениях так называемой раз-

дражительной слабости, когда извержение семени происходит очень быстро, и ощущения у женщины не успевают еще достигнуть высоты и вызвать оргазм. Врожденный половой индифферентизм чаще всего наблюдается у лиц флегматичных, с низким интеллектом (тупоумие) и на почве анатомических изменений, напр. при высоком стоянии шейки матки.

Приобретенный индифферентизм получается при больших разрывах промежности, а также после перенесенных тяжелых заболеваний в половой сфере.

В отношении полового акта нужно выяснить, принимаются ли меры против зачатия, так как *coitus condomatus*, особенно *reservatus*, применение всякого рода презервативов (*pessarium occlusivum*) и других неэстетических мер губительно влияют на половые ощущения и нередко являются причиной неврастении обоих супругов.

Подобно половому чувству, и половое влечение подлежит значительным изменениям.

Особы, не испытывающие чувства оргазма, могут иметь нормальное половое влечение, и тогда женщина будет добиваться причины почему она не испытывает тех ощущений, которые ей принадлежат по праву, и искать способа их удовлетворения (онанизм и внебрачная любовь), так как иногда с мужем она не испытывает никаких половых ощущений, а другой мужчина дает ей всю их полноту. О многих деталях этих отношений приходится иногда врачу лишь догадываться, так как вести расспросы в этом направлении не всегда удобно; как напр. насколько физиологически этот акт происходит, не производятся ли какие либо противоестественные мероприятия и пр. Половое влечение у женщины чаще всего бывает выражено наиболее резко незадолго до менструации и в первые дни по их окончании, и конечно находится в связи с возрастом и эпохой расцвета половой жизни женщины. В виде исключения наблюдается повышение полового влечения с наступлением критического периода, а когда оба супруга стареются не одновременно, то это дает повод к ревности и объясняет те случаи, когда старуха выходит замуж за молодого человека.

Если половой акт связан с оргазмом, то он дает женщине известное удовлетворение; в противном случае он сопровождается чувством разбитости, слабости, нервной раздражительности, головными болями и др. явлениями.

Из казуистики случаев особого вида полового сношения я могу сообщить о сношении через задний проход у супругов, не желающих иметь детей или по каким либо другим соображениям.

Из американской литературы есть наблюдения, когда во время сношения женщина впадала в глубокий сон, и исследование показало, что у больной имелся глубокий разрыв шейки, т. н. Эмметовский, прикосновение к которому зондом сопровождалось тем же явлением.

В случаях глубокой истерии сношение может оканчиваться смехом или плачем от совершенно необъяснимых причин.

Снегирев описывает случай, где половой акт заканчивался приступом ненависти женщины к мужу, доходившей до чувства, переходившего всякую меру. По всей вероятности, это также был случай половой неудовлетворенности с последующим развитием истерии.

Суб'ективные явления, жалобы больной.

(Продолжение.)

Расспросивши о главных основных симптомах — болях, белых и кровяных, — мы должны перейти к рассмотрению остальных явлений, имеющих то или другое отношение к половой сфере. Это отравления мочевого пузыря, желудка и кишечника, сон, сердцебиение, одышка, кашель, состояние t^0 , отек ног, похудание, общее состояние, нервная система и пр.

Далее идут вопросы о примененных методах лечения, а также о злоупотреблении алкоголем, морфием, никотином, кокаином и пр.

В виду уже указанной мною связи половой системы почти со всеми органами человеческого тела, изучение симптоматологии внутренних органов представляет интерес в том отношении, чтобы выяснить эту зависимость и установить, поскольку данный симптом служит указанием на самостоятельное заболевание этих органов или же находится в связи с половой сферой. Особенный интерес представляет мочевая система, так как со стороны мочевого пузыря мы можем иметь целый ряд функциональных расстройств, связанных с половыми органами, как напр. частое и болезненное мочеиспускание, выделение мочи по каплям, невозможность мочеиспускания и пр. Все это может наблюдаться при разных физиологических и патологических состояниях половой сферы.

Чтобы выяснить, имеем ли мы органическое поражение мочевого пузыря (resp. мочеточников или почек), мы должны сделать исследование мочи, которое может указать, имеется ли катарр мочевого пузыря или изменения в почках, или же эти симптомы вторичные. У некоторых женщин во время менструации наблюдаются частые позывы к мочеиспусканию, нередко эти расстройства при беременности, часто наблюдаются при загибе матки кзади, при опухолях, лежащих впереди матки (миомы или кисты), при воспалениях матки и придатков.

При выпадениях матки или передней стенки влагалища иногда мочеиспускание становится невозможным, пока матка не вправлена, а при *retroflexio uteri gravidi* или ущемлении кисты яичника в заднем Дугласе задержка мочи может принять грозные размеры и угрожать жизни больных, если вовремя не будет оказано соответствующее пособие.

Если анализ мочи покажет присутствие в ней гноя, мы должны установить источник его (слизистая оболочка мочевого пузыря, почечная лоханка или другая причина, так как вскрывшийся гнойник из околоматочной клетчатки или нагноившейся кисты яичника может симулировать катарр мочевого пузыря).

Для выяснения всех этих явлений нередко приходится прибегать к цистоскопии и к зондированию мочеточников.

Со стороны кишечника мы можем наблюдать часто обычную жалобу — запоры при механических сдавлениях прямой кишки при *retroflexio uteri*, при заматочной опухоли, при экссудатах в заднем Дугласе, при кровоизлияниях на почве внематочной беременности и пр.

Приходится также наблюдать недержание кала, особенно жидких испражнений при полных разрывах промежности и каловых свищах, образовавшихся вследствие разных причин.

Вздутие живота также представляет для гинеколога интерес, как симптом общего или местного воспаления брюшины. Очень интересное явление представляет собою так наз. phantom-tumour английских авторов, симулирующий опухоли брюшной полости или беременность; далее, явления colitis membranacea при заболеваниях придатков матки, связь appendix'a и flexura sigmoidea с заболеваниями придатков матки и пр.

Со стороны желудка, кроме известной рвоты беременных, мы можем отметить целый ряд расстройств: отрыжку, изжогу, отсутствие аппетита или аномалии аппетита. Все эти явления, рассматриваемые, как dyspepsia nervosa, могут иметь связь с половой сферой.

Попутно необходимо осведомиться о состоянии органов дыхания и кровообращения, чтобы знать, с какой больной нам приходится иметь дело, так как обращая исключительное внимание на половую сферу, мы будем плохими терапевтами, если пропустим бугорчатку легких, порок сердца, Базедову болезнь и пр., в особенности, если явится необходимость в применении какого-либо хирургического пособия под наркозом, и мы не будем осведомлены о противопоказаниях к нему. —

Важно также общее состояние температуры у больной, а также отчего зависит это повышение температуры — от заболеваний ли половых органов, или других.

Если мы встретим в анамнезе лихорадочный послеродовой или послевыкидышный период с известной продолжительностью, то это дает нам основание предполагать воспалительные процессы в клетчатке или околоматочной брюшине, а при тяжелых и длительных лихорадочных послеродовых процессах и нагноение в трубах (pyosalpinx).

Точно также представляет для нас интерес лихорадочное течение воспалительных процессов при других инфекциях, как напр. гонококковой, обыкновенно вызывающей perimetritis с целым рядом обострений.

Упоминание об этих процессах в анамнезе заставит нас отказаться от местной, очень активной терапии — прижиганий, выскабливаний, массажа и пр. При существовании опухоли лихорадочные процессы могут указывать на распад, в особенности при злокачественных опухолях, нагноениях и воспалительных изменениях (сращения, спайки и пр.). Из других явлений общего характера заслуживает внимания исхудание, отек ног, особенно односторонний и пр., иногда на них обращает внимание сама больная, в других случаях врач должен сам спросить о них.

Обыкновенно при злокачественных опухолях, раках матки и яичников, исхудание и отек ног наблюдаются как правило; в особенности отек одной ноги всегда имеет более важное значение, указывая на местный процесс в тазу, вызывающий или сдавление вен, или воспаление.

Следует также обратить внимание на то, лечилась ли больная, и чем, чтобы вести лечение более планомерно и не применять тех методов, которые уже были испробованы безуспешно.

Собравши таким образом данные анамнеза, мы уже можем иметь представление об исследуемой женщине, как о больной, и вести дальнейшее исследование более планомерно.

Т. о. наш расспрос в этом направлении касается органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочеотделения и нервной системы. В итоге наш чисто специальный гинекологический анамнез обнимает все жалобы, с которыми обращается к нам больная женщина, а затем уже следует разобраться, какие из них должны быть всецело отнесены к половой сфере,

какие находятся в причинной зависимости от нея, и какие не имеют к ней никакого отношения. Из вышеизложенного можно уже усмотреть, что в этом отношении не так уже трудно разобраться и дифференцировать симптомы больной в указанном направлении.

Все данные анамнезы можно уложить в нижеследующую вопросную схему, взятую мною из «Гинекологии» Lejars'a.

Выделения.

1. Бели.

Есть ли у вас бели?

Появились ли они после вашей возмужалости, после вашего замужества, после ваших родов или выкидышей?

Ваши бели бесцветны (как яичный белок), не пачкают белья?

Или же они мутны, желтоваты (слизисто-гнийные), крахмалистые и пачкают бельё зеленоватыми пятнами или грязно-желтыми?

Без запаха ли они или с запахом?

Обильны ли они?

Постоянны ли они в смысле количества?

Или более обильны в известные периоды (во время менструации, при угаслости)?

2. Кровотечения.

Есть ли у вас кровотечения?

Соответствуют ли эти кровотечения вашим менструациям?

Или же они происходят через известный промежуток времени?

В таком случае, как они повторяются?

Сколько дней они продолжаются?

Обильны ли они?

Сколько повязок вы меняете?

Принуждены ли вы лежать?

Жидкая ли кровь, или с примесью сгустков?

Предшествуют ли кровотечениям или следуют за ним слизистые выделения, бесцветные, внезапно изливающиеся (кровотечения при фиброме матки)?

Сопровождается ли половое сношение кровотечениями (рак шейки)?

Боли.

1. Имеете ли вы боли и с каких пор?

2. Где местонахождение этих болей (глубокие или поверхностные, общие или локализованные, посредине или по бокам, односторонние или обоюдосторонние)? Исследуйте очаги болей: тазовые, поясничные, бедренные или паховые, крестцовые, иррадиирующие к бедрам, межреберные.

3. Самопроизвольные ли они или чем-либо вызываются? Происходят ли они независимо от всякого внешнего давления, движения или сотрясения?

Или же они появляются, или увеличиваются при ходьбе, сотрясениях при езде, от усилия, от сношений, от дотрагивания и ощупывания исследующим (определите точно точки наибольшей боли путем давления: пределы по бокам и сзади; движения матки), или они связаны с менструальными периодами? Исчезают ли они при постельном покое?

4. Какова их длительность? Бесперывны ли они или перемежающиеся, или периодические? И какие условия в связи с их наступлением?

5. Какова их форма проявления? Острые, схваткообразные, внезапно появляющиеся с обширным распространением? Или же они подострые, скорее в виде ощущения тяжести (чувство болезненного давления)?

Принимают ли они вид маточных схваток и потуг?

Сопровождаются ли они позывами к мочеиспусканию или к испражнению?

Общие симптомы.

1. **Нервные:** нервны ли вы, волнуетесь ли часто? Чувствуете ли вы глубокую усталость, грусть? (Исследуйте разнообразные нервные проявления, входящие у некоторых больных до истерии и настоящего безумия).

2. **Пищеварительные:** хорошее ли у вас пищеварение? Страдаете ли вы расстройством пищеварения (скоплением газов, тошнотой, рвотой, приливами к лицу и розовой сыпью (у артритиков)?

Страдаете ли вы запором? Выделяете ли вы слизь, кожицы или пленки?

3. **Кровообращение:** страдаете ли вы сердцебиениями, одышкой, перебоями, отеком ног?

(Исследуйте состояние сердца, ритм его сокращений, сосудистое напряжение, все это — важнейшие условия с точки зрения предсказания при некоторых гистеректомиях у полных, с вяло работающим сердцем.)

Страдаете ли вы расширением вен?

4. **Легочные:** Кашляете ли вы? (сухой и припадочный кашель у страдающих метритом, маточный кашель; относитесь осторожно к страдающим эмфиземой, легких, полным, страдающим повторным бронхитом [субъекты, непригодные для наркоза]).

5. **Мочевые:** Часто ли вы выпускаете мочу? С трудом ли вы мочитесь? Каково количество вашей мочи? Болезненно ли мочеиспускание?

Нормальна ли моча? (сделать точный качественный анализ).

6. **Общие:** Похудели ли вы?

Лихорадите ли вы?

Менструации.

Сколько вам было лет при появлении первых менструаций?

Были ли болезненны первые менструации?

Перед болезнью.

Были ли у вас правильные менструации?

Слишком частые или с опозданием?

Обильны ли были ваши менструации?

С сгустками или без них?

Сколько дней они продолжались?

Были ли кровотечения в промежутках?

Были ли они болезненны?

С тех пор как вы больны.

Правильны ли ваши менструации?

Более ли они обильны или менее?

С сгустками или без них?

Какова их продолжительность?

Принуждены ли вы лежать в постели?

Есть ли у вас кровотечения в промежутках?

Служат ли менструации причиной болей или усиливают только обычные боли?

Когда была последняя менструация?

(Подозрение о беременности должно быть всегда у врача; это — средство избежать важных диагностических ошибок и ответственности за них.)

Роды и выкидыши.

1. Роды.

Сколько было беременностей и в какие сроки?

Были ли они нормальны или с осложнениями (кровотечениями, эклампсией)? В каких условиях происходили каждые роды? Вызывали ли они необходимость помощи или вмешательства? Сопровождались ли они кровотечениями или разрывом промежности?

Было ли родоразрешение самопроизвольное и без осложнений?

Каковы были последствия родов (лихорадка, боли, вздутие живота, рвота)?

Сопровождались ли роды выделениями?
 Сколько времени лежали вы в постели?
 Какой характер имела менструация по ее возвращении?

2. Выкидыши.

Были ли у вас выкидыши?
 Сколько?
 Сколько месяцев?
 Были ли они определены и лечимы врачом, в достаточно ли антисептических условиях?
 Сопровождался ли выкидыш кровотечением или выделениями?
 Болями, лихорадкой?
 Рвотой и вздутием живота?
 Исследуйте условия некоторого запоздания менструаций, которые могли соответствовать не распознанному выкидышу.
 Вследствие чего произошли выкидыши, и были ли они искусственны; если искусственны, то каким способом были вызваны?

Прошлое: наследственное и личное.

Опросите быстро больную о ее предках (прямых и дальних родственниках) с точки зрения наследственности в отношении рака или туберкулеза.
 Каково здоровье с детства (сыпные заболевания, золотушность, туберкулез, бледная немочь, нервное расстройство)?
 Вопросы, касающиеся гонорреи, трактовать с большой осторожностью; бели желтоватые или зеленоватые?
 С какого времени?
 С первых ли сношений?
 Сопровождались ли эти бели болями при мочеиспускании?
 Суставными болями?
 Как их лечили?
 Какие делались спринцевания?
 Часто ли происходят половые сношения?
 Не принимались ли меры против зачатия, и, если принимались, то какие: со стороны мужа или самой больной?
 Испытывает ли больная половые ощущения (оргазм)?

ГЛАВА V.

Объективные данные. — Наружное исследование.

Осмотр, ощупывание, выстукивание и выслушивание.

Для того, чтобы данные объективного исследования были убедительны, необходимо исследование вести по известному плану и знать, на что следует обратить внимание, чтобы не теряться в деталях и не просмотреть чего либо существенного.

При исследовании женщины следует по возможности щадить чувство стыдливости и вообще относиться бережно к больной. Врач, грубо исследующий больных, никогда не внушит им доверия к себе и в терапевтических мероприятиях не достигнет успеха, так как в терапии больного, кроме рациональной помощи, играет роль еще и сила внушения, и потому очень нередко одно и то же назначение в руках начинающего врача и уже признанного авторитета дает неодинаковые результаты.

Когда больная входит к врачу, то уже то обстоятельство, как она разговаривает с вами, создает представление о том, с кем вы имеете дело.

Общий вид больной, спокойный или возбужденный, упитанный или истощенный, страдальческий от болей, с сильным малокровием или хорошей, нормальной окраской кожи и слизистых оболочек — пополняет данные анамнеза уже объективными данными вашего осмотра.

Мы должны обратить внимание на телосложение и рост, развитие костной и мышечной систем. Вялая, дряблая мускулатура свидетельствует о том, что у больной также вялое и дряблое сердце, а развитие скелета имеет большое значение для акушера с точки зрения течения будущих родов. В особенности имеют значение всякие деформации скелета на почве или перенесенного в раннем детстве рахита, или в дальнейшей жизни — туберкулеза костей или суставов позвоночника, или нижних конечностей. Низкий рост, квадратный череп, маленькие руки, рахитические утолщения — четки на ребрах, куриная грудь, искривление ног в виде сабель или буквы X — все это составляет последствие рахита и служит основанием для распознавания узкого таза.

Состояние ромба Михаэлиса, образуемого — *spina posterior superior*, краями мышц *glutei* и углублением у задней точки Боделоковского размера (место соединения 5-го поясничного и 1 крестцового позвонка) дает нам указание на форму таза, а потому необходимо обращать внимание, насколько эта фигура выражена, и имеет ли она форму правильного ромба.

Состояние позвоночника — сколиоз, кифосколиоз, лордоз, относящиеся к нижней части позвоночника, поясничной области, равно как анкилоз в тазобедренном суставе, или врожденный вывих сочлае — служат указанием на возможность наличия сужения в тазу.

В стоячем положении все эти аномалии должны выступать более резко, в лежачем положении может обратить на себя внимание укорочение одной из нижних конечностей, а походка проявит прихрамывание. Состояние слизистых оболочек и кожи, помимо указания на малокровие, обращает внимание исследующего на присутствие всякого рода сыпей, ненормального отложения пигмента (*chloasma uterinum*) на лице, пигментации сосков во время беременности, *pityriasis versicolor* при истощении, рубцов на коже после операции, или как последствия нарывов (иногда сифилитического характера), рубцы беременности, пигментации *lineae albae*.

Есть даже специальные термины, характеризующие определенное выражение лица при том или ином состоянии болезни. Некоторые общеизвестны: *facies hippocratica*, *facies septica*, *facies ovarica*, *facies uterina* и проч.

Все эти термины в смысле сути очень трудно поддаются описанию, но при врачебном опыте нетрудно узнать, что действительно есть что-то специфическое в выражении лица у септической больной, у умирающей, у больной с явлениями шока (*shock*) и у гинекологической больной. Нужно уметь наблюдать и подмечать характерные признаки, чтобы помнить их в каждом данном случае.

Немаловажное значение имеет состояние языка: язык может быть обложенный, влажный, покрытый налетом, красный и сухой. Все это имеет существенно важное значение для распознавания общего сепсиса, септического воспаления брюшины и пр.

Прежде чем перейти к исследованию живота, нужно предварительно произвести исследование органов дыхания и кровообращения по общепризнанным правилам и затем перейти к исследованию органов брюшной и тазовой полости. Для осмотра живота больную лучше всего положить

на кровать, кушетку, или на горизонтальный стол и обратить внимание прежде всего на ее наружный вид, состояние кожных покровов, окраску их, присутствие рубцов и пр. Во время беременности и еще долгое время спустя после родов мы можем отмечать бурую пигментацию белой линии. Правда, эта пигментация в нерезкой степени наблюдается и при опухолях, но она тогда тянется от пупка книзу; при беременности же она простирается и выше пупка. У женщин, рожавших, мы можем наблюдать еще так наз. рубцы беременности белого цвета; во время беременности у первобеременных эти рубцы бывают красного цвета, а у повторнобеременных белого цвета.

Чтобы их лучше видеть, нужно кожу живота растянуть между пальцами, тогда они выступают яснее.

При осмотре живота мы можем видеть подкожные вены, которые при циррозе печени резко выступают в виде сплетения, носящего название *caput Medusae*. Самое важное, на что мы должны обратить внимание, — это форма живота и его увеличение. Мы можем отметить, что живот не увеличен или увеличен; если увеличения нет, то этим наш осмотр и заканчивается; если же таковое существует, то следует определить, равномерно ли оно или неравномерно, в верхней, нижней или в боковых частях. Далее, какова форма его: шаровидная, яйцевидная, бочковидная или уплощенная. При увеличении живота нужно обратить внимание, как передвигается брюшная стенка при дыхании и не отстают ли она в каком либо месте. В случае наличия опухоли в передней брюшной стенке, опухоль при дыхании передвигается вместе с брюшной стенкой. При внутрибрюшинных опухолях дыхательные экскурсии брюшной стенки независимы от брюшной опухоли.

После осмотра переходят к ощупыванию живота, которое нужно производить очень осторожно теплыми руками, чтобы определить, нет ли какого либо аномального образования в брюшной полости. Следуя известному плану, мы ощупываем область над лонным соединением *regio pubica* и обе подвздошные области, затем *mesogastrium* и *epigastrium*. Простым ощупыванием мы можем убедиться, находятся ли все органы в состоянии нормы, прощупывается ли край печени, прощупывается ли селезенка, почки и проч. Но, кроме этого, нам важно еще убедиться, нет ли в каком-либо определенном месте болезненности. Болезненность над лонным сращением может указывать на воспаление матки, в паховых областях — на заболелание яичников и труб, а также покрывающей их брюшины; болезненность может быть в области придатка слепой кишки (точка *Mac Burney*), в подложечной области, в области желчного пузыря, под краями ребер на линии, соединяющей сосок с пупком, по тракту толстой кишки — в области *flexura sigmoidea*, а также *flexura colica* и *hepatica*. Болезненность может быть разлитая при воспалительных состояниях брюшины, характеризующихся так наз. *defense musculaire*, т. е. сопротивлением сокращающихся мышц. Иногда болезненность усиливается при давлении, в других же случаях она проявляется в большей степени, когда рука перестает производить надавливание и отнимается от брюшной стенки, что определенно указывает на воспалительное состояние брюшины.

В заключение ощупывается область правой и левой почек путем комбинированного приема, т. е. одна рука ощупывает со стороны поясницы, другая со стороны брюшных стенок спереди (см. рис. 1).

Ощупывание нужно вести обеими руками, соприкасаясь с брюшной стенкой всей ладонной поверхностью пальцев, а не концами их; тогда результат ощупывания вернее (см. рис. 2).

Кроме чувствительности в кишечных петлях, мы можем иногда получить *gargouillement* в области слепой кишки и шум плеска в желудке.



Рис. 1. Пальпация живота.
Прием для ощупывания глубоколежащих опухолей.

Когда нами будет определено что-либо ненормальное в брюшной полости, какое либо образование, первое, что мы должны сделать, это определить его границы, что очень легко сделать, если это тело плотное,



Рис. 2. Пальпация живота.
Обе руки кладутся на вполне симметричные части.

и более сложно, если это свободная жидкость или эластическая, мягкая опухоль.

Если мы определим присутствие плотного тела в брюшной полости, мы должны отметить его отношение к стенкам таза и реберным краям, отношение к пупку и белой линии т. е. представить ясную его топографию. Так, напр. мы говорим, что в брюшной полости прощупывается опухоль,

верхняя граница которой на уровне пупка, справа и слева на 1 поперечи. палец она не доходит до *spina anterior superior* — занимая *mesogastrium* и *hypogastrium*, опухоль идет вглубь малого таза, но не связана с костными стенками таза, так как над лонным соединением концы пальцев вдавливаются довольно глубоко; или мы говорим, что в правой подвздошной области, *regio hypogastrica dextra*, находится опухоль, верхняя граница которой на палец ниже *spina anterior* и на 2 пальца не доходит до нея, справа опухоль на 2 пальца переходит среднюю линию, над лонным соединением опухоль определяется, но концы пальцев между опухолью и стенками таза вдавливаются глубоко, или опухоль занимает всю брюшную полость, т. е. и *epi-*, *meso-* и *hypogastrium*, не доходя или подходя к краю ребер, не доходя до *spina anterior* справа на 1 поперечный палец и слева на 2 поперечных пальца, опухоль доходит до лонного соединения и спускается в полость малого таза. Таким образом, в случае присутствия плотной опухоли в брюшной полости, определение ее границ не представляет особенных затруднений, и не трудно ее зарисовать. Если мы определим, что в брюшной полости имеется ненормальное скопление жидкого содержимого, т. е. что увеличение живота зависит от присутствия жидкости, то, конечно, резкие границы путем ощупывания определены быть не могут, если жидкость свободна; поэтому для нас чрезвычайно важно определить, во первых, есть ли жидкое содержимое в брюшной полости, и во вторых, заключено ли оно в особом мешке, или находится свободно в брюшной полости.

Если при увеличении живота мы наблюдаем явления флюктуации, то это говорит за жидкое содержимое, наличие же эластической опухоли — за то, что последняя представляет собою мешок, наполненный жидкостью, но все же данные ощупывания здесь не так убедительны, как данные выступывания, к которому мы затем перейдем.

Какие еще данные мы можем получить при ощупывании?

Мы должны, определив границы опухоли, установить ее форму и отношение к окружающим частям. Особое внимание мы уделяем определению консистенции опухоли, она может быть: твердая, плотная, эластическая, флюктуирующая и пр.; все эти данные нам чрезвычайно важны, так как на них базируются дальнейшие наши предположения.

Затем мы обращаем все наше внимание, равномерная ли консистенция всюду, или в одном месте она более плотная, в другом более эластичная, а если опухоль флюктуирующая, то какая флюктуация — поверхностная ли, или глубокая, распространяется ли волна жидкости при флюктуации одинаково во всех направлениях, или различно.

Ощупывая опухоль, мы определяем состояние ее наружной поверхности: гладкая или бугристая, крупно- или мелкобугристая, состоит ли опухоль из одной общей массы, или из нескольких отделов.

Следующим кардинальным вопросом будет определение подвижности опухоли, свободно ли опухоль передвигается в брюшной полости, или подвижность ограничена — снизу вверх, справа налево и наоборот и пр. Этим способом мы устанавливаем не только отношение опухоли к органу, из которого она исходит, но и присутствие или отсутствие сращений. Таким образом путем ощупывания мы получаем целую сумму очень надежных данных, на основании которых мы можем себе составить определенную картину данного заболевания.

При определении характера опухоли очень важные данные дает выстукивание. Если при большом животе мы всюду в горизонтальном положении больной получим тупой звук, а в поясничных

областях тимпанический, то ясно, что это не брюшная водянка, а киста яичника, если опухоль эластической консистенции с явлением флюктуации. И наоборот, если в поясничной области при большом животе мы получим при перкуссии тупой звук, а в области пупка тимпанический, при постукивании живота получаются явления флюктуации, а при поворачивании больной на бок тупой звук в поясничной области на противоположной стороне проявляется и делается тимпаническим, то это служит указанием, что в брюшной полости имеется свободное скопление жидкости (см. рис. 3).

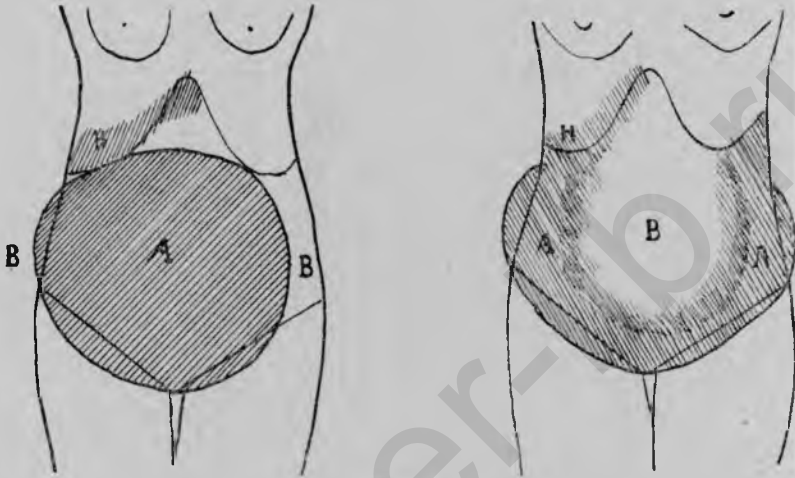


Рис. 3.

Киста яичника при положении больной на спине. А — площадь притупления кисти; В — тимпанический тон кишек; Н — печень.

Ascites (положение больной на спине). А — притупления аспитической жидкости; В — тимпанит кишечных петель; Н — печень.

Если такую большую привести в вертикальное положение, то при выстукивании мы отметим, что тимпанит в области пупка сменился тупым звуком, а явления флюктуации сделались резко выраженными в нижней части живота.

Таким образом ощупыванием и выстукиванием (глубокой и поверхностной перкуссией) мы можем определить границы опухоли, при чем главное значение мы придаем ощупыванию.

При выстукивании плотной опухоли, а также опухоли эластически напряженной, мы обыкновенно должны получать тупой звук, а вокруг нее тимпанический, т. е. опухоль должна быть отграничена полосой тимпанического звука от печени, если она не исходит из печени, от селезенки, от желудка и пр.

Если над опухолью звук получается тимпанический, то это говорит за то, что опухоль находится либо в забрюшинном пространстве и покрыта кишками, либо исходит из кишек, или сильно спаяна с кишками и проч., а в исключительных случаях в самой опухоли может наблюдаться развитие газов, и тогда тимпанит определяется и без наличия связи опухоли с кишечником. Развитие газов может наблюдаться в матке (physometra) при скоплении гнойного содержимого, оно может наблюдаться в кистах при нагноениях после прокола, а также при сообщении кишечной полости с полостью кисты.

Данные выслушивания чрезвычайно важны для дифференциальной диагностики между беременностью и новообразованием в брюшной полости. Мы можем выслушивать сердечные тоны плода, которые, как известно, составляют во второй половине беременности около 130—140 ударов в минуту и являются ценным признаком беременности. Кроме того, имеются еще шум пупочного канатика, маточный шум, кишечные шумы, тоны аорты, шум трения листков брюшины при дыхательных движениях брюшной стенки при свежих воспалительных состояниях, шум гидатид при эхинококке и пр.

Самый важный диагностический признак, определяемый путем аускультации, это, конечно, сердечные тоны плода. Лучше всего выслушивать их специальным стетоскопом. Если же ухом, то, плотно прижимая последнее к брюшной стенке и выслушивая весь живот в известной последовательности, слева внизу, справа внизу, слева и справа вверх. Нужно помнить лишь одно, что, если слышны сердечные тоны плода, то это значит, что женщина беременна и плод жив, при чем беременность может быть либо маточная, либо внематочная. Если же сердечные тоны не слышны, то это не значит, что беременности нет; беременность может быть, но плод может быть мертв, или же беременность существует, но еще в той стадии развития, когда тоны не прослушиваются, или это зависит от неумелого выслушивания, или их трудно выслушать вследствие толщины брюшных стенок, обильного присутствия околоплодной жидкости и пр. Поэтому этот признак имеет значение лишь в тех случаях, когда он установлен опытным исследователем и при повторных наблюдениях.

Конечно, беременность можно исключить и на основании целого ряда других данных, о которых будет сказано в дальнейшем.

Относительно маточного шума изохроничного с пульсом исследуемой, нужно сказать, что его возникновение в больших венах матки не является специфическим свойством беременной матки, а может наблюдаться и при новообразованиях матки (при фибромиомах значительной величины с сильно расширенными венами, так наз. *fibromyoma angiomatodes, telangiectodes*).

ГЛАВА VI.

Внутреннее исследование.

Осмотр, внутреннее исследование: одной рукой и комбинированное.

Внутреннее исследование для гинеколога — все; исследующий палец его руки это его глаз, это его мозг, это его главный метод.

Научиться внутреннему исследованию можно только путем упражнения, проверяя свои впечатления исследованиями более опытного исследователя, производя их повторно и сравнивая полученные результаты. Помимо этого, работая в клинике или больнице, следует пользоваться данными, получаемыми при операциях-тревосечениях (биопсия), или при посмертном вскрытии (некропсия). Гинекологам, как и хирургам, т. о. гораздо чаще, чем терапевтам, удается проверять свои диагнозы, и это дало им возможность усовершенствовать свои методы исследования.

В виду важности умения применять этот метод и в виду его специфичности для гинеколога, я считаю необходимым остановиться на деталях этого способа.

Положение больной для исследования должно быть удобно, как для исследуемой, так и для врача; оно не должно резко оскорблять ее чувство стыдливости; оно должно дать возможность хорошо осмотреть ее наружные половые органы и не должно быть утомительным и неудобным для врача.

В домашней обстановке для исследования пользуются кроватью, кушеткой и вообще всякого рода ложем; больная лежит горизонтально на спине, ноги согнуты в бедрах и в коленях, ступни опираются на матрац,



Рис. 4. Положение на спине с поднятыми бедрами на кресле для исследования.

бедра разведены, юбка, конечно, развязана, кальсоны сняты, если они закрыты. Если кровать стоит удобно по отношению к источнику света, то не трудно хорошо осмотреть наружные половые части. К этому положению чаще всего приходится прибегать при исследовании больной на дому у нея; реже приходится прибегать в домашней обстановке к устройству поперечной кровати, или стола для исследования. Т. о. мы импровизируем крестцово-ягодичное положение и пользуемся им.

При исследовании у врача на дому в его приемном кабинете необходимо иметь стол для исследования, с какой целью конструированы модели по типу кресла Schröder-Veit. Последнее имеет неоспоримые удобства: оно дает возможность хорошего осмотра, при разведенных бедрах; благодаря положению согнутых в достаточной степени и в тазобедренном и коленном суставах нижних конечностей — ощупывание живота облегчается вследствие расслабления брюшных стенок (см. рис. 4).

В то время, как при исследовании в кровати врачу приходится стать на одно или оба колена и придать согнутое положение туловищу, при исследовании на столе врач занимает менее утомляющее его вертикальное положение.

Если нет такого стола, можно исследовать на обыкновенном деревянном столе достаточной крепости, вышины обыкновенного ломберного стола, покрытого одеялом, сложенным вдвое, и поверх него еще простыней. Под голову кладется подушка, ноги же могут быть фиксированы ногодержателями — Fritsch'a, или прямо положены на стол, согнутыми в тазобедренном и коленном суставах. Это положение, хотя и менее удобно, чем на столе Schröder'a-Veita, но больные его предпочитают, так как обыкновенно стол их менее пугает, чем специальное кресло, сделанное из кожи и железа, выкрашенного в белый цвет.

Еще несколько слов относительно деталей внутреннего исследования: так как это есть то же самое ощупывание, то приходится разобрать, как его производить — одним пальцем или двумя, правой или левой рукой и пр.

Многие думают, что гинекологу необходимо иметь особенно тонко развитое чувство осязания, особенно длинные пальцы и пр. Это не совсем так, исследование циркулем Weber'a показывает, что у гинеколога точно такое же чувство осязания, как и у других врачей; чувствительность у всех одинакова, но способ восприятий впечатлений различен.

В то время как прощупываемый в стенке матки бугорок гинекологу ясно дает представление об субсерозной миоме, а увеличенная и размягченная матка — представление о беременности, у неопытного исследователя эти данные пальпации не дают ясного представления в его мозгу о характере процесса и проходят незамеченными. Исследование лучше всего производить указательным пальцем правой руки; исследование двумя пальцами большинству больных неприятно, а для многих даже болезненно. Большинство немецких гинекологов исследуют двумя (указательным и средним) пальцами, я же лично предпочитаю исследование одним указательным пальцем. В общем следует отметить, что в гинекологии оправдывается французская пословица: «Qui fait mal, touche mal». Кто причиняет боль, тот скверно исследует.

Для лиц, одинаково владеющих и правой, и левой рукой, можно посоветовать — случаи чисто акушерские исследовать правой рукой, а в гинекологии левой рукой, или правую половину таза нужно исследовать правой рукой, левую — левой; все эти советы очень практичны, но они очень теоретичны. Лучше научиться хорошо исследовать хотя бы одной правой рукой и этим можно обходиться во всех случаях.

Кто привык исследовать правой рукой, для того исследование левой рукой будет очень затруднительно, и он будет путаться в полученных результатах. Лучше всего, если при исследовании присутствует какая-либо женщина — акушерка или сиделка, так как возможны случаи, когда окажется необходимой помощница, а кроме того, никто не застрахован от возможности шантажа со стороны исследуемой больной, в особенности при исследовании истеричной больной. Известны случаи, когда больная возбуждала дело о покушении на изнасилование, во время исследования, со стороны гинеколога.

Перед исследованием руки должны быть вымыты мылом со щеткой и вытерты спиртом, этой дезинфекции вполне достаточно для обихода. Если же по собранным из анамнеза данным видно, что у больной имеются

гнойники или вонючие выделения, то исследование лучше всего производить в резиновой перчатке, каковая у гинеколога всегда должна быть в запасе. Точно также исследование через прямую кишку следует производить в резиновых перчатках; я в последнее время исследую всех больных только в резиновой перчатке из тонкой резины и для каждой больной одеваю свежую, и не могу сказать, чтобы от этого проигрывала точность диагноза (см. рис. 5).

Случаи, когда больная отказывается от исследования, в настоящее время очень редки, и теперь не приходится уговаривать больную подвергнуться исследованию. Иногда больная просит исследовать ее не на столе, а на кушетке, и этому приходится уступить, если пациентка еще девушка, или очень молодая женщина.

Внутреннее исследование начинается с осмотра наружных половых органов, и для того, чтобы судить о патологических изменениях в них, нужно хорошо знать нормальное их строение.

Первый вопрос, на который должно ответить, правильно ли развиты наружные половые органы, и не представляют ли они каких-либо отклонений от нормы. Попутно обращается внимание на растительность на лобке и больших губах и на состояние подкожной жировой клетчатки. Сходясь квадри, большие губы образуют заднюю спайку, и только в исключительных случаях ее образуют малые губы. Затем осматривают малые губы и уздечку похотника, самую похотник и состояние отверстия мочеиспускательного канала в смысле наличия выделений, покраснения, разрывов.

Затем определяют состояние промежности, целы ли задняя спайка или разорвана, а также сама промежность; измеряют ее длину (нормально $3\frac{1}{2}$ —3 см). Если она разорвана, то определяют как идет разрыв и как глубоко захватывает он ткани, полный ли он, или неполный, т. е. доходит ли до *sphincter ani*, или захватывает его, а также, как переходит разрыв на влагалище, идет ли он справа или слева от *columna rugarum posterior*.

Затем осматривают *hymen* и определяют его форму и целость, что имеет иногда судебно-медицинское значение (при изнасиловании). Целость девственной плевы в целом ряде случаев служит препятствием к внутреннему влагалищному исследованию. Если девственная плева разорвана, то следует определить, как идут разрывы, т. е. доходят ли они или не доходят до основания. Если девственной плевы в целости нет, то следует выяснить существуют ли остатки ее в виде *caruncula myrtiformia*.

Особенное внимание должно быть обращено на состояние слизистой оболочки входа во влагалище, а также на отверстие выводных протоков Бартолиновых желез.

Следует помнить, что гоноррея чаще всего поражает слизистые оболочки, покрытые цилиндрическим эпителием, и воспалительный процесс, выражающийся покраснением, локализуется в области отверстий вывод-



Рис. 5.

ных протоков Бартолиниевых желез, в отверстии уретры и на слизистой оболочке входа во влагалище.

Окраска входа во влагалище может быть бледно-розовая (нормальная), цианотичная (цвет винных дрожжей) — во время беременности, очень бледная — белесоватая при раке матки и вообще при кровопотерях. При осмотре наружных половых органов мы можем констатировать наличие выделений и определить их характер: молочный, водянистый, слизистый или слизисто-гнойный.

Необходимо также определить состояние Бартолиниевых желез, путем ощупывания большой губы большим и указательным пальцем в месте их нахождения. Нормально они не прощупываются.

В случае присутствия какой-либо опухоли или язвы наружных половых органов, необходимо путем осмотра и ощупывания определить ее топографию, величину и характер. Затем вводится указательный палец правой руки во влагалище, по задней стенке его. Предварительное смазывание пальца чем-либо скользким (сулемовым глицерином, или вазелином) для влагалищного исследования излишне, и к нему следует прибегать лишь у очень чувствительных женщин. Большой палец находится в состоянии отведения, а остальные сжаты в кулак.

Производится о щ у п ы в а н и е стенок влагалища, и определяется состояние стенок.

Наощупь определяется состояние влагалища: узко ли оно или об'емисто, чувствительно ли, скользки ли стенки влагалища, или сухи; определяется состояние передней стенки влагалища, ее опущение или выпадение, также состояние задней, присутствие всякого рода рубцов, опухолей и пр.

Проникая вглубь, исследующий палец ощупывает маточную шейку и определяет ее положение, т. е. приподнята ли она, или опущена. Нормально шейка матки находится на высоте 7—8 см. от отверстия мочеиспускательного канала.

Шейка матки может находиться по проводной линии таза, может быть смещена кпереди или кзади, вправо или влево; могут быть и комбинации всех этих смещений и опущений. Определив положение шейки матки, следует определить ее форму, величину и консистенцию, а также состояние наружного маточного зева.

Маточная шейка может иметь форму конуса или цилиндра; если конуса, то с усеченной верхушкой или неправильно цилиндрическую, или неправильную вообще. Консистенция шейки может быть плотная, эластическая, мягкая, твердая.

Необходимо отметить величину шейки: нормальная ли она, увеличена или уменьшена, затем остановить свое внимание на форме маточного зева: круглый, точечный, форма поперечной щели, приоткрыт, пропускает палец и пр.

На шейке матки или на зеве могут быть неровности, бугристости, возвышения и пр., которые могут кровоточить при дотрагивании.

По состоянию маточной шейки мы можем судить и о состоянии тела матки. Если шейка матки плотна, то это симптом метрита или миомы матки; если она мягка, то это служит признаком беременности, как маточной, так и внематочной.

Если зев пропускает палец, то или на шейке матки имеется разрыв, или в полости матки находится содержимое, подлежащее удалению — полип, аборт и пр.

Если на маточной шейке констатируются неровности и бугристости, кровоточащие при дотрагивании, то это является симптомом рака и пр.

Т. о. уже простое влагалищное исследование дает нам целый ряд очень ценных данных, после чего оно продолжается уже в виде комбинированного исследования.

Пальцами левой руки, наложенными на брюшную стенку, мы стараемся ощупать все то, что попадает в полости таза между левой рукой и указательным пальцем правой руки, введенным во влагалище, и прежде всего матку. Большая оказывает некоторое противодействие, напрягая брюшные стенки. С целью отвлечь ее внимание, предлагают ей разные вопросы или заставляют ее глубоко дышать, и во время выдоха стараются проникнуть глубже в полость малого таза (см. рис. 6).

Мы стараемся наружной рукой ощупать палец, находящийся во влагалище. Это двуручное исследование есть основа нашей диагностики, и мы ему уделяем особое внимание. Если матка смещена вперед, то мы ее ощущаем обеими руками, надавливая пальцами левой руки над лонным соединением; если она смещена вправо или влево, то левая рука ощущивает тело матки, перемещаясь влево или вправо, а если матка отклонена назад и загнута назад, то исследующая левая рука проникает вглубь, все более и более отходя от лонного соединения. Иногда очень полезно для исследования поставить палец, введенный во влагалище, или впереди или позади маточной шейки; тогда ощупывание удается легче.

Очень трудно исследовать при наполненном мочевом пузыре или кишечнике, и потому лучше производить исследование при пустом мочевом пузыре и опорожненном кишечнике.

Таким образом мы прежде всего определим положение матки: *anteflexio*, *anteversio*, *retroflexio*, *retroversio*, *lateropositio dextra* или *sinistra*, *retropositio* и пр.

Следует помнить, что определение положения матки лишь тогда имеет значение, когда матка стойко находится в каком-либо положении, а не занимает его вследствие того или иного состояния наполнения мочевого пузыря или кишечника, ибо матка есть орган подвижный и, хотя нормальным положением считается *anteflexio-versio*, но и всякое другое положение нельзя назвать ненормальным, если матка при изменившихся прочих условиях (после опорожнения пузыря или кишки) перейдет в *anteflexio-versio*. Определив положение матки, мы переходим к детальному ощупыванию



Рис. 6.

Положение рук при внутреннем исследовании.

ванию состояния матки, ее формы, величины, консистенции и чувствительности.

Зная нормальную величину матки, длину ее полости (у нерожавшей — $7\frac{1}{2}$ см, у рожавшей — $8\frac{1}{2}$ см), ее грушевидную форму и гладкую поверхность, мы должны определить, увеличена ли или уменьшена ли матка сравнительно с нормой, для чего необходим уже опыт в исследовании.

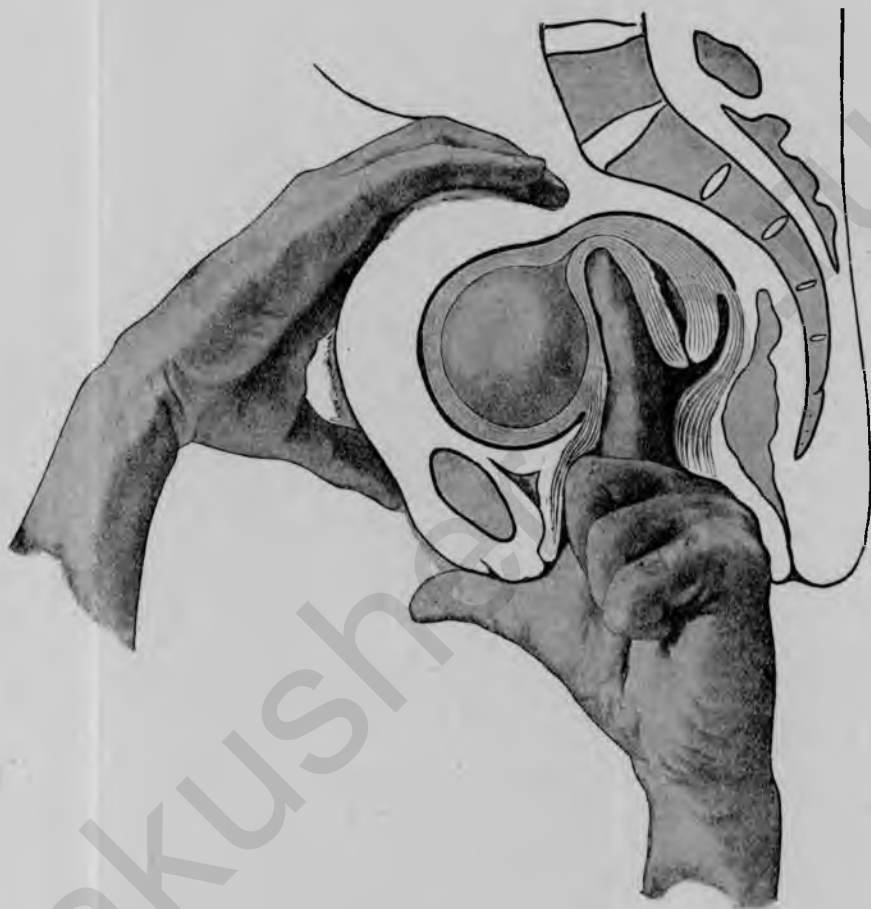


Рис. 7.

Признак беременности Негар'a.

Для начинающего это представляет значительные трудности, так как осязание всегда дает неверное представление о величине предмета, и пужило выработать на основании опыта ту поправку на ошибку в ощущении, которая получается при исследовании.

Обычно, если тело матки смещено кпереди, шейка матки смотрит кзади, и наоборот, если шейка матки смещена вправо, то тело матки отклонено влево и пр.; так что исследующая рука уже на основании ощупывания шейки ищет тело матки в заранее определенном направлении,

и если она там его находит, то это указывает на то, что и тело, и шейка матки сместились в одном и том же направлении, т. е., что имеется *antepositio*, *retropositio*, *lateropositio* и пр. Положение матки обыкновенно определить не трудно; при известном опыте это почти всегда удается; определив положение матки, ее форму и величину, следует обратить внимание на то, нет ли на матке каких либо бугров, неровностей, исследовать степень чувствительности органа, а также подвижность матки.

При опухолях брюшной полости чрезвычайно важно установить отношение опухоли к матке; здесь могут быть три возможности: либо опухоль исходит из матки, либо она прилегает к матке, либо она не имеет никакого отношения к матке.

Если опухоль исходит из матки, то продолжением шейки является сама опухоль, и при двуручном исследовании это должно обнаруживаться, но иногда встречаются затруднения, и тогда приходится прибегать еще к другим вспомогательным приемам, напр. приложить палец к шейке, затем двигать опухоль (еще лучше поручить это сделать помощнику) и следить, передается ли движение опухоли пальцу, приложенному к шейке. Еще лучше прибегнуть к зондированию матки, о чем будет сказано впоследствии.

Если опухоль прилегает к матке, то ее обыкновенно удастся прощупать отдельно, руководясь различной консистенцией матки и опухоли, или же приходится прибегнуть к другим приемам. Наконец, в третьем случае, матка прощупывается отдельно, движение опухоли не передается совершенно маточной шейке. Относительно консистенции матки следует заметить, что плотная матка характеризует метрит; плотная и бугристая указывает на поражение матки миомой, тестовато-мягкая матка присуща беременности, а характерное размягчение в области внутреннего маточного зева есть признак *Neegar'a*, указывающий с значительной долей вероятия на беременность. Этот признак иногда выступает с поразительной ясностью, и тело матки прощупывается отдельно от шейки, будучи связано с ней мягким перешейком, благодаря чему оно при *lateroflexio* может даже симулировать опухоль, а шейка матки принимается за нормальную матку, в особенности если первая гипертрофирована (см. рис. 7).

Определив состояние матки, мы должны еще обследовать яичники, трубы, клетчатку и брюшину, чтобы дать заключение о состоянии внутренних половых органов, и прежде всего обращаем внимание на яичники.

Яичники в нормальном состоянии можно прощупать лишь в случае так называемого прозрачного таза, т. е. у субъектов с вялыми брюшными стенками, с незначительно развитой подкожной клетчаткой; внутренний палец вводится в боковой свод, а наружная рука ощупывает все, что попадает между ней и пальцем, введенным во влагалище. Яичник — тело, ускользящее между исследующими пальцами, величиной в миндалину, опознается по своеобразному ощущению, которое испытывает исследуемая женщина; его сравнивают с тем ощущением, которое получается, если у мужчин осторожно сдавливать двумя пальцами яичко. Если яичники увеличены, то их всегда можно прощупать, в таких случаях они обычно уже не ускользают, так как бывают где либо фиксированы, а иногда и смещены, чаще всего в задний Дуглас. При обследовании яичников мы обращаем внимание на их увеличение, местоположение, подвижность и чувствительность.

Точно так же, как яичники, обследуются и трубы, которые в нормальном состоянии определяются в виде жгутиков, толщиной в карандаш, идущих от матки к стенке таза (см. рис. 8).

В отношении труб мы определяем их форму, местоположение и чувствительность и, на основании изменений и данных анамнеза, диагностируем либо гонорройный сальпингит, либо гидро — или пиосальпинкс. Не-



Рис. 8.

Исследование труб и яичников.

Необходимо еще определить состояние околоматочной клетчатки, установить присутствие или отсутствие в ней инфильтрата. Последний может быть вызван бактериями или переходом ракового процесса с маточной шейки на клетчатку. Присутствие этого инфильтрата мы констатируем путем ощупывания клетчатки методом двуручного исследования; при этом левая наружная рука старается прощупать палец, введенный во влагалище и приставленный к боковому своду. Этим путем мы определяем, что в клетчатке находится инфильтрат толщиной в 2—3 или менее поперечных пальцев, или констатируем, что своды совершенно свободны или напряжены. Этот термин — напряжение в сводах — очень часто употребляется, и на нем нужно остановиться более подробно. Что такое напряжение? Напряжение — это сопротивление, оказываемое брюшными стенками при сведении следующей руки (наружной) и пальца, введенного во влагалище. Это напряжение часто комбинируется с повышенной чувствительностью или даже с болезненностью и указывает на начало воспалительного процесса в клетчатке боковых сводов.

Такие же инфильтраты могут быть определяемы в переднем своде и заднем, при чем инфильтрат в переднем своде определяется путем также двуручного исследования, а инфильтрат в заднем своде, помимо двуручного исследования, может быть установлен и простым влагалищным исследованием. Инфильтраты в боковых сводах соответствуют форме широкой связки, т. е. бывают уплощены, а в заднем своде имеют форму заднего Дугласова пространства, т. е. форму клина. Начинаящий очень легко может ошибиться, если натолкнется на скопление каловых масс в прямой кишке или flexura sigmoidea. Установить такое скопление не особенно трудно, особенно в прямой кишке, ибо каловые скопления разминаются исследующим пальцем и исчезают после опорожнения кишечника путем приема слабительных или введения клизмы.

Кроме того, в заднем Дугласе могут иметься другие скопления, как напр. крови при внематочной беременности — haematocoele retrouterinum, гноя при — perimetritis exsudativa. Далее, в заднем Дугласе могут прощупываться диссеминации злокачественных опухолей, как матки, так и яичников — сосочковые массы, узлы карциномы или саркомы. Их рас-

познать очень нетрудно, и к ним следует относиться всегда очень внимательно, так как они служат указанием, что процесс зашел уже далеко, и случай либо представляет значительные технические трудности для операции, либо вообще не поддается операции. Выпячивать задний свод может также асцитическая жидкость, а также отделы опухолей, как кист яичника так и миом матки при развитии их между связками. Эти опухоли в своем развитии резко изменяют всю топографию; развиваясь в левой широкой связке, они раздвигают листки последней и переходят в брыжжейку flexurae sigmoideae; в правой же широкой связке они подходят очень близко к слепой кишке, под брюшиной переднего Дугласа смещают пузырь кверху, иногда даже выше пупка, и под брюшиной заднего Дугласа сдавливают прямую кишку. В заднем Дугласе не редко можно найти смещенный воспаленный яичник, который узнается по своей характерной форме и отношению к трубе.

В переднем своде нередко локализуются опухоли — кисты, особенно дермоиды, что всегда нужно иметь в виду.

Определяя экссудат в сводах, мы нередко должны давать заключение относительно его характера, т. е. плотный ли он или гнойный, для чего пользуемся установлением флоры на каком либо определенном месте, резко выраженной болезненности и прочих признаков — отечности влагалищного свода, его выпячивания, а также характером t^0 , наличием лейкоцитоза и пр.

Из второстепенных данных заслуживают внимания явления наблюдаемые при ощупывании, как напр. пульсация в сводах, особенно часто при внематочной беременности. Эта пульсация обыкновенно определяется в боковых сводах и чаще в том своде, где находится беременная труба. Такая же пульсация наблюдается при острых воспалительных процессах и при нормальной беременности.

Путем влагалищного исследования мы можем также судить о состоянии стенки мочевого пузыря или даже мочеоточника.

Противопоказано влагалищное исследование у девственниц. Иногда оно тут невозможно в силу анатомических условий, иногда же очень болезненно, и без риска нарушения девственной плевы затруднительно. При отсутствии влагалища или при вагинизме оно невозможно. В последнем случае оно может быть произведено под наркозом без особых затруднений.

Следует всегда помнить, что исследование через влагалище имеет целью распознавание, как в акушерстве так и в гинекологии, и что оно не может считаться совершенно индифферентным, вследствие возможности занесения инфекции, и некоторой травмы при двуручном методе. Поэтому во время беременности, родов и послеродового периода без крайней надобности и без соблюдения строгой асептики исследование не должно применяться.

При острых же воспалительных процессах оно может ухудшить течение и потому без крайней необходимости не должно применяться; точно также при подозрении на внематочную беременность оно должно быть производимо с большой осторожностью, так как описаны случаи разрыва беременной трубы при исследовании.

Исследование через прямую кишку и мочевого пузыря.

В тех случаях, где исследование через влагалище оказывается невозможным, как напр. у девственниц, при отсутствии влагалища, при вагинизме, для обследования внутренних половых органов остается лишь один возможный путь — это исследование через прямую кишку, которым

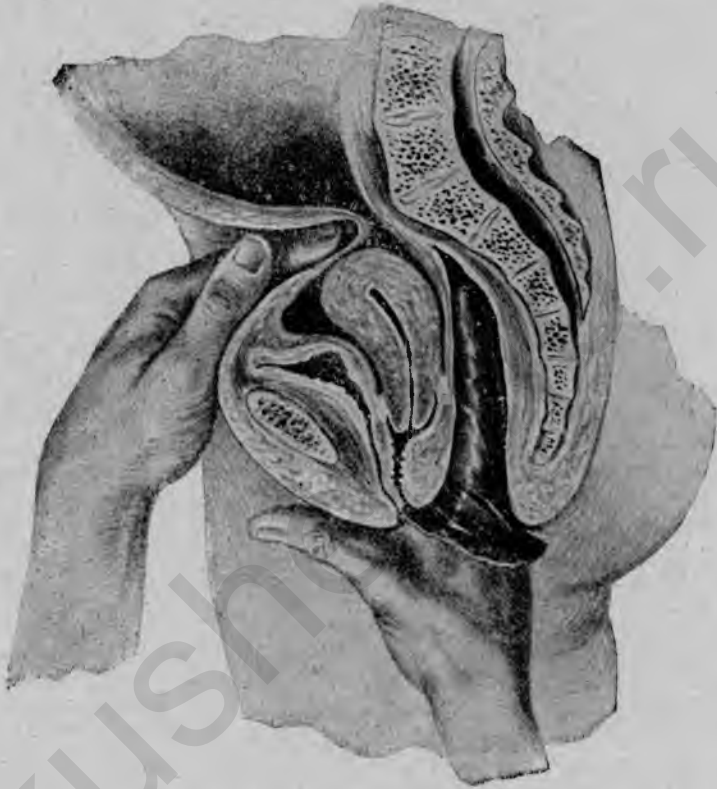


Рис. 9. Техника ректального бимануального исследования.

и приходится пользоваться с этой целью. Все то, что было сказано в отношении к влагалищному исследованию, относится и к этому способу. Мы точно также ощупываем шейку матки, тело, яичники и трубы, определяем состояние клетчатки и пр. Этот метод исследования введен Simon'ом. Исследование через прямую кишку производится в таком же положении, как и исследование через влагалище, указательным пальцем правой руки, на который лучше всего одеть резиновый напальчник из тонкой кондомной резины или даже целую перчатку, предварительно обильно смазав вазелином. Это исследование несколько неприятно для больной, но в общем всегда удается без особенных затруднений. Преодолев сопротивление наружного сфинктера, палец проникает в ampulla recti и обследует septum rectovaginale и через эту перегородку влагалищную часть матки, а затем путем комбинированного исследования и тело матки и пр. (см. рис. 9).

Лучше предварительно опорожнить кишку клизмой, ибо это облегчает исследование.

Исследование через прямую кишку иногда является дополнением к влагалищному исследованию, когда нужно определить состояние заднего Дугласа, задней стенки матки, крестцово-маточных связок, а также отношение опухоли в полости малого таза к крестцу.

Иногда трудно решить, исходит ли опухоль из крестца или из матки, и чтобы это определить, нужно произвести исследование через прямую кишку.

Если прямая кишка расположена впереди опухоли, то это служит указанием, что опухоль исходит из крестца, и, наоборот, если прямая кишка лежит кзади, то опухоль исходит или из матки, или из придатков. Kelly разработал метод ректального исследования и ввел некоторые усовершенствования, т. е. сделал его более достигающим цели. А именно, сначала прямая кишка опорожняется при помощи клизмы, затем больная становится в положение *à la vache*, т. е. в коленно-локтевое, а в прямую кишку вводится зеркало, тогда *ampulla recti* сильно растягивается входящим воздухом. Затем зеркало вынимается, больная переводится вновь в положение на спине, и производится исследование.

При раках матки особенно важно ощупать через прямую кишку состояние крестцово-маточных связок, которые очень часто инфильтрируются раковыми клетками и тогда свидетельствуют о том, что процесс зашел уже далеко, и радикальная операция уже невозможна. Даже если она выполнима технически, все же рецидив можно считать за правило.

Можно комбинировать исследование через прямую кишку с исследованием через влагалище — введя указательный палец во влагалище, а средний в кишку, а левой рукой пальпировать через брюшную стенку, но это не даст существенных выгод (Отт).

В последнее время вызвал оживленные споры вопрос об замене влагалищного исследования исследованием через прямую кишку во время родов. Этот вопрос заслуживает самого серьезного внимания, ибо ректальный метод имеет громадное преимущество перед влагалищным исследованием, так как этим самым исключаются возможности занесения инфекции извне. Между тем сколько женщин погибает от пuerперальной инфекции, в особенности при патологических случаях, когда при выборе оперативного пособия первый вопрос это, была ли исследуема данная роженица, и кем. Если разделить случаи родов на физиологические и патологические, то при первых, строго говоря, нет надобности во внутренинем исследовании. Что же касается патологических случаев, то вряд ли исследование через прямую кишку будет вполне достаточно, хотя бы для определения *conjugatae diagonalis*, для определений способа предлежания последа и других разных состояний.

Поэтому, формулируя свои заключения, я бы остановился на следующих выводах: исследование через прямую кишку может быть применимо при нормальных родах; при родах же патологических это исследование должно быть применимо акушерками; влагалищное же исследование может быть производимо лишь врачом, знакомым с правилами асептики, и лучше всего в стерилизованной резиновой перчатке.

Если через прямую кишку можно хорошо прощупать заднюю стенку матки и задний Дуглас, то через мочевого пузырь было бы очень просто прощупать переднюю стенку матки, передний Дуглас и пр., но так как проникнуть через нерасширенную уретру в пузырь невозможно, то и

способ этот не нашел себе применения для исследования матки, а имеет лишь историческое значение.

Уретра может быть расширена уретральными зеркалами Simon'a, к которым еще следует присоединить боковой разрез наружного отверстия уретры до возможности введения в пузырь исследующего пальца. Исследование производится или простое, или комбинированное.

После исследования мочевого пузыря промывается, на разрез кладутся швы и 1—2 дня больная остается в кровати.

Вышеупомянутое расширение гораздо чаще применяется для всякого рода внутрипузырных манипуляций — удаление камней, опухоли и пр., а раньше до изобретения цистоскопа оно было необходимо для зондирования мочеточников.

ГЛАВА VIII.

Инструментальное исследование.

Исследование зеркалами.

Исследование зеркалами является дополнением к внутреннему исследованию. При последнем мы руководимся только чувством осязания, а так как это крайне несовершенно, то желание проверить данные, добытые путем осязания, вполне естественно. Действительно, проверяя данные ощупывания зрением, мы убеждаемся, что ощупываемый предмет имеет большую величину, чем это нам казалось при ощупывании, и представляет некоторые особенности, которые мы не могли определить при осязании, как напр. окраску, бугристость, неровности и пр.

Исследование зеркалами было известно уже в древности: в раскопках Помпеи были найдены модели зеркал. В настоящее время различают три типа: цилиндрические, створчатые и ложковидные зеркала.

Ко всем зеркалам с современной точки зрения предъявляется одно общее требование — это удобство их дезинфекции; а так как единственным наиболее пригодным способом дезинфекции является кипячение, то, следовательно, только те зеркала могут считаться пригодными, которые мы можем прокипятить, т. е. металлические, а также не отличающиеся большой сложностью, избытком винтов, мертвых пространств и пр.

Цилиндрические зеркала изготовлялись из обыкновенного стекла, твердого каучука, молочного стекла, металлические, с рукояткою или без таковой; лучшей моделью, поскольку они еще не вышли из употребления, является зеркало Фергуссона из твердого каучука с посеребренной внутренней поверхностью и скошенной верхушкой. Это зеркало, смазанное вазелином, вводится по разведению больших и малых губ, причем промежуток отгесняется самим зеркалом, или, вернее говоря, его верхушкой. Введение зеркала дает возможность осмотреть стенки влагалища, которые, нависая одна над другой, видны в просвете зеркала, а при дальнейшем продвижении вглубь обнаруживается и маточная шейка, которая вставляется в просвет зеркала. Если шейка матки смещена в какую-либо сторону, что должно быть определено при внутреннем исследовании заранее, то в эту сторону смещается и верхушка зеркала; иногда шейку матки бывает очень трудно обнаружить и приходится манипулировать, смещая верхушку зеркала в разные стороны, а иногда это и совсем не удается.

Обнаружив маточную шейку — ее обтирают смоченным в растворе сулемы 1:4000 кусочком ваты на корнцанге, а затем осматривают шейку, обращая внимание на окраску слизистой, состояние наружного маточного зева и т. п. (см. рис. 10).

Помимо осмотра, цилиндрическое зеркало дает возможность произвести и некоторые манипуляции на маточной шейке, как то прижигание путем вливания древесного уксуса (при язвах, эрозиях на маточной шейке), насечки на маточной шейке, введение тампона и проч.

В общем же современные гинекологи относятся к этой модели зеркал отрицательно, не потому, что она бесполезна, а потому, что есть лучшие модели. Гораздо проще удовлетворяющие тем требованиям, которые мы предъявляем к зеркалам, т. е. асептичности и удобству манипуляций над маточной шейкой. Первому требованию они могут вполне удовлетворять; что же касается второго, то ограниченность поля движения (цилиндрическая труба сильно затрудняет производство каких либо манипуляций над маточной шейкой) исключает возможность производства каких либо операций.

В значительной степени эти неудобства существуют в створчатых зеркалах (двух-, трех- и четырехстворчатых), которые неудовлетворительны в смысле асептики; но последние модели этого рода представляют инструменты, близкие к совершенству—это старое зеркало Куско, усовершенствованное Ландау. Оно состоит из двух ложек, связанных между собою при помощи боковых сочленений и винта, раздвигающего эти ложки. Эта модель устроена соответственно анатомическому строению влагалища: более короткая передняя и более длинная задняя ложка вводятся в замкнутом состоянии во влагалище, а затем обе ложки раздвигаются на желаемую ширину винтом, зеркало удерживается само собою стенками влагалища, которое сильно расширяется раздвигающимися ложками в глубине влагалищных сводов и сравнительно незначительно во входе (см. рис. 11).

Боковое сочленение дает возможность более широкого поля для манипуляций, и с этим зеркалом нетрудно не только осмотреть маточную шейку, но и сделать тампонацию влагалища, насечки на маточной шейке, прижигание канала шейки, зондирование и пр., особенно при захватывании шейки пинцетом и изведении ее.

С зеркалами цилиндрическими и створчатыми можно манипулировать, без помощников.

Третья модель зеркал есть зеркала ложковидные, или американское зеркало Sims'a, — идеальный инструмент, лучше которого нельзя ничего придумать. — Единственный недостаток этого зеркала — необходимость помощника или помощницы — столь несуществен сравнительно с его удобствами, что с этим не приходится серьезно считаться.

И для целей исследования, и для всякого рода манипуляций над маточной шейкой, а главное для производства всяких операций этот инструмент является единственным в своем роде. Весь прогресс совре-



Рис. 10. Цилиндрическое зеркало.



Рис. 11. Створчатое зеркало самоудержив. в раскр. виде.

менной гинекологии, особенно оперативной, имеет в своем основании изобретение этого инструмента. — Он состоит из ложкообразного нижнего зеркала и под'емника к нему. В крестцовоспинном положении зеркало вводится под руководством зрения и по разведении половой щели, сначала ставится в косом размере влагалища, а затем переводится в поперечный, вводится сильно вглубь, рукоятка передается помощнику, который оттягивает заднюю стенку влагалища, особенно надавливая на промежность.

Под'емник имеет целью приподнять переднюю стенку влагалища, что достигается легче, без употребления силы.

Этим способом обнажается маточная шейка, а также представляется удобным осмотреть как боковые, так и переднюю, и заднюю стенки влагалища.

Шейка матки делается вполне доступной для осмотра и, будучи захвачена пулевыми щипцами и изведена, вполне приспособлена для всякого рода манипуляций над ней и для производства операций не только на маточной шейке, но и на самой матке.

Ложковидные зеркала Sims'a делаются разной величины, при чем к одной ложке приспособляются два зеркала, одно большего, другое меньшего размера и иногда делают еще третье — самое маленькое зеркало.

Очень удобна модель зеркал с одной рукояткой, к которой прилаживаются ложки.

Эти зеркала перед употреблением должны быть дезинфицированы кипячением, и в кабинете практического гинеколога всегда нужно иметь некоторый запас уже прокипяченных зеркал, так как всякий раз заготовить их затруднительно (см. рис. 12).

Из видоизменений зеркал Sims'a заслуживают внимания зеркала Douen'a и зеркала Отта с освещением. Эти две модели специально предназначены для целей оперативной гинекологии, при всякого рода влагалищных и других операциях, производящихся через влагалище.

Рис. 12. Желобоватые зеркала;
а — верхн., б — нижн.

Для целей врача-практика достаточно иметь две модели зеркал — зеркало Куско в модели Landau и зеркало Sims'a с под'емником; первое может хорошо служить для целей осмотра и для небольших манипуляций над маточной шейкой, смазывания, скарификаций; второе же удовлетворяет всем потребностям практического гинеколога, но для своего применения требует помощника, что в бедной практике представляет некоторое затруднение.

Лучше всего иметь целую коллекцию зеркал при приеме. У меня лично их всегда имеется около 10 штук, все прокипачены и готовы для применения, и таким образом всякая больная пользуется еще не бывшим в применении на данном приеме зеркалом; этим путем легче всего возможно устранить возможность переноса инфекции от одной больной на другую.

Исследование зеркалами обычно заканчивается гинекологическое исследование; применение их обычно не практикуется у девственниц, а

также у тех тяжело больных, которых перевести из горизонтального положения в необходимое для исследования положение представляется весьма затруднительным и связано бывает с ухудшением их общего состояния, как напр. при всех острых воспалительных процессах матки и брюшины, внематочной беременности и пр.

ГЛАВА IX.

Распознавание.

Исследование закончено, анамнез собран, жалобы все выслушаны, теперь следует дать заключение и установить диагноз на основании целого ряда полученных данных. Начинающий часто теряет, отмечая все несущественное и пропуская целый ряд существенных, важных данных.

Анамнез дает лишь некоторые указания на возможность того или другого патологического процесса, исследование же должно дать категорический ответ относительно характера процесса.

На основании анамнеза мы можем только предположить то или другое заболевание, или установить этиологию заболевания, установить же диагноз можно только путем оценки данных объективного исследования. И вот, чтобы уметь делать эту оценку, необходим известный опыт и навык; необходимо в этой области поработать под руководством более опытного врача, который бы проверял ваши заключения и научил бы вас правильно мыслить в направлении гинекологического диагноза.

Детальное исследование произведено по известной схеме, и описание данных должно быть отмечаемо записью в соответствующем листке, посняемом рисунком, который иногда будет красноречивее всяких описаний, но может дать представление о характере патологического процесса, если будет соответствовать действительности. Никогда не следует увлекаться тонкостями исследования и строить свой диагноз на данных, сопровождаемых словами «как будто», «несколько», «относительно» и пр. Ответ должен быть определенный — увеличен или нормален исследуемый орган, болезнен или нечувствителен и пр., иначе — наша диагностика дальше «как будто» не уйдет. Иногда нам придется прибегнуть к повторному исследованию, придется в затруднительных случаях проделать целый ряд вспомогательных методов исследования, чтобы установить точный диагноз и сообразно с ним показания для терапии.

Гинекологическая диагностика, с одной стороны, как будто бы проста, и действительно это так для целого ряда обычных случаев. Но она может быть и чрезвычайно трудна и сложна, соприкасаясь с целым рядом пограничных областей, значение заболевания которых для гинеколога может быть очень затруднительно выяснить. Кроме знакомства с элементарными способами исследования в гинекологии, для распознавания абсолютно необходимо знакомство с нормальной и топографической анатомией женской половой сферы, а также с патологической анатомией половых органов, хотя бы в грубой макроскопической форме. Только тогда мы не сделаем грубых ошибок, когда будем иметь представление о том, как выглядит рак маточной шейки, миома матки, киста яичника, внематочная беременность, сальпингит и пр.

Со всеми этими патологическими формами очень нетрудно ознакомиться в любой клинике, где имеется хотя бы небольшой музей, — где эти препараты были бы наглядно представлены. —

В дальнейших главах частной диагностики можно убедиться в том, что, помимо простой диагностики, в гинекологии, как и в других областях медицины, немаловажное значение приобретает и дифференциальная диагностика, так что распознавание для многих случаев не имеет чисто механического рефлекторного характера, а является результатом очень глубокого анализа, затрагивающего всю гинекологию и акушерство, с пограничными областями.

Если мы обратимся к частной патологии женской половой сферы, то по отношению к каждому органу мы, как и в других областях медицины, можем определить 3 группы заболевания — пороки развития, воспаления и новообразования; кроме того, мы имеем еще часто специфические группы заболевания, которые не могут быть отнесены к перечисленным как то: травматические повреждения — всякого рода разрывы и другие последствия родового акта и неправильное положение стенок влагалища, опущения, выпадения матки, загиб матки, отклонение и смещение ее в ту или другую сторону и пр., и затем особую группу составит распознавание беременности, как физиологической, так и разных патологических форм ее.

Таким образом для распознавания необходимо знакомство с анатомией нормальной, топографической и патологической, а также с физиологией и патологией акушерства, а также и вообще с общей медициной. Только при этих условиях мы сможем избежать существенных ошибок и ставить свой диагноз уверенно. При этом все же главное необходимое условие для распознавания — это знание анатомии, на основании которого мы сразу можем определить грубые отклонения от нормы и установить диагноз, что особенно применимо к наружным половым органам и влагалищу, путем осмотра и ощупывания. Таким образом мы можем установить разные сравнительно редко встречающиеся пороки развития, как напр. ложный гермафродитизм, гипоспадию, отсутствие влагалища, зарощение девственной плевы и пр.

Путем осмотра мы можем определить состояние окраски слизистой, т. е. нормальная ли она — бледно-розовая или цианотичная (при беременности), или беловатая (при потерях крови); чаще всего еще можно установить покраснение местами в области отверстия уретры, задней спайки, выводных протоков Бартолиниевых желез и пр., — разрывы промежности, опущение стенки влагалища, выпадение матки, всякие изъязвления на наружных половых органах, а также новообразования как на наружных половых органах, так и на стенках влагалища, мочевые и каловые свищи.

Путем ощупывания мы определяем высоту стояния маточной шейки, ее форму, величину, консистенцию, состояние наружного маточного зева и другие разного рода патологические изменения. Таким образом уже на основании одного ощупывания мы можем распознать опущение матки, коническую шейку, метрит шейки, разрыв маточной шейки, полипы, эрозии, рак шейки и пр.

При осмотре же зеркалами мы можем определить, есть ли выделения, какой они имеют характер и откуда они выделяются, а также можем подтвердить наше распознавание конической шейки, метрита, эрозии, полипа или рака.

При ощупывании матки мы распознаем ее положение и определяем таковое как патологическое лишь в тех случаях, когда оно не представ-

ляет собою *anteflexio-versio*, а также, когда другое положение, занятое маткой, есть постоянное и не находится в зависимости от переполнения мочевого пузыря или прямой кишки, и не образовалось при нашем исследовании вследствие перемещения матки под влиянием ощупывания. Таким образом ощупыванием матки мы определяем или физиологическую *anteflexio-versio*, или патологическую *anteflexio*, или *retroflexio-versio*, или всякие боковые смещения, или отклонения.

Переходя к рассмотрению вопроса о величине матки, мы должны путем упражнения составить себе представление о том, какую величину должна иметь нормальная матка.

Длина полости матки рожавшей = $8\frac{1}{2}$ см, нерожавшей = $7\frac{1}{2}$ см. Самое трудное — это определение величины матки. При ощупывании шейки и осмотре ее зеркалами мы очень часто убеждаемся в обманчивости наших впечатлений; обыкновенно при ощупывании маточная шейка кажется меньшей величины, чем при осмотре зеркалами.

Если матка имеет нормальную величину, то мы этим удовлетворяемся; если же матка увеличена, то мы должны определить причину увеличения ее: оно может зависеть либо от метрита или беременности, или новообразования матки (миома или саркома).

При метритах матка бывает сравнительно незначительно увеличена, плотна и болезненна.

При беременности увеличение матки характеризуется соответствием между величиной матки и сроком беременности, размягчением шейки, размягчением в области внутреннего маточного зева (признак Hegar'a) и общей тестоватой консистенцией матки.

Особый, в высшей степени верный симптом представляет контрактильность матки. Этот симптом присущ исключительно беременной матке и наблюдается во все время беременности. Подметить его чрезвычайно не трудно: мы ощупываем беременную матку и отмечаем ее тестоватую консистенцию, под влиянием нашего ощупывания матка изменяет свою консистенцию, твердеет вследствие сокращений, и спустя некоторое время опять становится мягкой. Этот признак известен всякому опытному гинекологу и описан впервые Braxton Hicks'ом.

Кроме того, беременная матка отличается прогрессированием роста матки в связи с прогрессированием беременности, а также появлением во второй половине беременности целого ряда дополнительных объективных признаков беременности (сердечные тоны плода, движения плода, прощупывание крупных частей плода и пр.). Увеличение матки вследствие миомы характеризуется плотностью шейки ее, плотностью (твердостью) самой матки и присутствием бугров и узлов на ней, при чем последние встречаются не всегда, а лишь при субсерозном развитии миомы.

Путем ощупывания мы определяем воспалительное заболевание придатков матки (яичников и труб) на основании их увеличения, болезненности, скопления жидкости в трубах — *sactosalpinx serosa, purulenta* и проч.

Путем ощупывания полости живота мы определяем присутствие или отсутствие в ней аномального содержимого, и если таковое имеется, то для нас важно выяснить, имеет ли оно какое-либо отношение к матке или яичникам, т. е. исходит ли из них, или нет. Если аномальное содержимое — жидкое, что мы устанавливаем на основании присутствия флюктуации, то необходимо определить, свободно ли переливается эта жидкость

в брюшной полости или она заключена в мешке, т. е. имеем ли мы асцит или кисту.

Данные ощупывания и выстукивания выясняют этот вопрос с определенной положительностью. Таким образом если аномальное содержимое представляет собою мешок, наполненный жидкостью или плотную опухоль, то решение вопроса о происхождении опухоли может быть достигнуто лишь внутренним исследованием.

При внутреннем исследовании мы стараемся определить отношение матки к опухоли, прощупываемой через брюшную стенку; здесь могут быть три возможности.

Случай I. Опухоль исходит из матки.

При влагалищном исследовании (простом и комбинированном) мы определяем, что маточная шейка переходит явственно в прощупываемую через брюшные стенки опухоль; тела матки мы отдельно ощупать не можем. Если же поручим помощнику двигать опухоль через брюшные стенки, то убедимся, что движения опухоли передается очень отчетливо пальцу, приложенному к маточной шейке. Этим способом нам удается легко установить происхождение опухоли из матки, и тогда дифференциальная диагностика уже будет не трудна; мы будем говорить либо о беременности, либо о миоме матки, или о сравнительно редко встречающихся формах заболеваний, как напр. *hydrometra*, *haematometra*, *pyometra*. Для определения точного характера опухоли, как напр. миомы или саркомы, миомы или *hydrometra*, или *pyometra*, или *haematometra*, а также в тех случаях, где на основании передвижения опухоли очень трудно судить, насколько движения передаются маточной шейке, необходимо прибегать к другим вспомогательным способам исследования: к зондированию, выскабливанию и пр. Конечно, это не относится к беременности, при которой зондирование противопоказано.

Случай II. Опухоль исходит из яичников.

При влагалищном исследовании (простом или комбинированном) опухоль чаще всего достигается через своды, матку обыкновенно удается прощупать отдельно от опухоли, лежащей либо сбоку от нее, либо спереди или сзади.

Движения опухоли передаются неясно пальцу, приложенному к шейке, или же лишь некоторые движения, как напр. боковые — справа налево, или слева направо, или же только снизу вверх.

Обследовать матку обыкновенно не представляет затруднений, так как чаще всего опухоли, исходящие из яичников, кисты или кистомы, резко отличающиеся своей эластичностью от плотной консистенции матки.

В тех случаях, когда почему-либо матку трудно ощупать, а также трудно определить передачу движения вследствие большого объема опухоли или вследствие ограниченной подвижности, мы должны прибегнуть к зондированию.

Случай III. Опухоль не имеет отношения к половой сфере.

В громадном большинстве случаев такие опухоли не прощупываются ни через влагалище, ни через прямую кишку, кроме тех случаев, когда они исходят из стенок таза, или прямой кишки.

Матка прощупывается отдельно, прощупываются яичники и трубы, и движения опухоли не передаются матке. Для случаев этой категории иногда также необходимо бывает прибегнуть к зондированию матки.

Случаи этой категории иногда бывают очень трудны для распознавания, и для точной установки диагноза необходимо заняться дифференциаль-

ным разбором всех возможных опухолей брюшной полости, как напр. новообразования печени, селезенки, кишек, сальника, забрюшинных желез и пр. Опухоль яичника на длинной ножке может сместиться в под-реберье, открутиться от матки и прирости где либо в отдалении, как бы не имея никакой связи с маткой.

По поводу всех этих трех категорий следует заметить, что могут быть различные сочетания, затрудняющие распознавания, как напр. киста может осложняться асцитом, миома матки комбинироваться с кистой яичника, киста яичника с беременностью, беременность может развиваться в матке, пораженной миомой и пр.

Распознавание воспалительного заболевания яичников и труб не представляет особых затруднений: локализация сбоку от матки, чувствительность при ощупывании, односторонность поражения — все это легко констатируемые данные, не представляющие существенных затруднений для определения. При этом следует помнить, что иногда достаточно установить болезненность при ощупывании в области яичников, чтобы предположить воспаление яичника, так как нормальные яичники не всегда прощупываются.

Характерная форма скоплений жидкости в фаллопиевых трубах (шаровидная или колбасовидная) при односторонности поражения их всегда говорит в пользу *hydrosalpinx* или *pyosalpinx*'а, но окончательное определение характера содержимого может быть сделано лишь путем тщательного изучения анамнеза (гонорея, выкидыш, послеродовое заболевание), а также на основании периодических обострений, сопровождаемых высокой t^0 , и путем применения разного рода других вспомогательных способов исследования (исследование крови на лейкоцитоз).

Если мы при исследовании определяем в боковых сводах или сзади, или спереди матки опухоль с неясным очертанием, уплощенную, доходящую до стенки таза, иногда выпячивающую как боковые своды, так и передний и задний, то мы определяем на основании этих данных воспаление тазовой клетчатки, характерным признаком которой является плотная, твердая консистенция, сравнительно ничтожная чувствительность и отношение к стенке таза и к матке; последняя вплотную прилегает к экссудату и делается совершенно неподвижной. Форма экссудата в широкой связке в начале всегда сплюснутая, соответственно форме широкой связки. Само течение процесса, сопровождаемого лихорадкой и постепенным захватыванием все новых и новых участков, а также наличие причины — инфекции делают распознавание нетрудным. Отличие чистых параметритов инфекционного характера от инфильтратов при раке матки состоит в том, что при последних сравнительно редко наблюдается повышение t^0 , кроме того, они протекают значительно медленнее и никогда не достигают значительной величины.

Переход экссудата в нагноение распознается по присутствию флюктуации, а также по данным исследования крови (лейкоцитоз).

Присутствие опухоли, выпячивающей задний свод, указывает либо на заматочное кровоизлияние, либо на экссудат. Первое наблюдается, по преимуществу, при внематочной беременности, распознавание которой основано в одинаковой степени как на данных анамнеза, так и объективного исследования. Второе наблюдается при воспалении на почве инфекции. Определение же характера заматочной опухоли, по своей консистенции, соответствующей кровоизлиянию или экссудату, и выпячивающей задний свод, смещая матку впереди и вверх, иногда может быть сделано

путем применения вспомогательного способа исследования — пробного прокола заднего свода. Форма опухоли всегда имеет вид клина.

При ощупывании заднего влагалищного свода при злокачественных опухолях яичников и матки нередко нам удается определить сосочковые разращения, которые разминаются исследуемым пальцем, или отдельные узлы, располагающиеся в заднем своде соответственно форме заднего Дугласа, т. е. в виде клина. Эти бугры или узлы не должны быть смешиваемы с каловыми массами, находящимися в прямой кишке, которые при надавливании разминаются пальцами и исчезают после клизмы и опорожнения кишечника.

Присутствие сосочковых масс в заднем своде или в боковых сводах на ощупываемой опухоли, а также узлов в заднем своде должно всегда обращать на себя внимание врача и оцениваться соответствующим образом.

ГЛАВА X.

Исследование зондом.

Зонд есть инструмент, представляющий из себя палочку, длиной в 15—20 см, толщиной в 3 мм, изготовленную из металла, способного к сгибанию (лучше всего из латуни), никелированную, с утолщением на одном конце и с рукояткой на другом. Таким образом, зонд в разрезе представляет круг разных диаметров 1, 2, 3, 4, 5 и 6 мм. Нормальный зонд имеет 3 мм в диаметре и входит в нормальную матку без особенного препятствия. Зонд в гинекологии есть инструмент, заменяющий собой исследующий палец, который не может проникнуть без предварительного расширения в матку и потому заменяется специальным инструментом. Относительно зонда нужно помнить, что он должен пройти в матку по уже существующему каналу, а не создавать нового, и что введение зонда не всегда безопасно, так как связано с возможностью занесения инфекции из канала шейки в полость матки и при ранении слизистой ее оболочки может послужить источником серьезного заболевания. Бактериологические исследования установили, что полость здоровой матки свободна от бактерий, в то время как наружные половые органы и влагалище обильно ими населены. Границей между частями, свободными от бактерий и населенными ими, является, по одним авторам, наружный маточный зев, а по другим — внутренний маточный зев. Поэтому зондирование всегда включает в себе возможность занесения бактерий и должно быть производимо лишь под руководством зрения и с соблюдением мер асептики.

Полость матки защищена от попадания бактерий сфинктерами в области наружного и внутреннего маточного зева, током мерцательного эпителия, направленным из полости матки, и слизистым секретом канала шейки, обладающим бактерицидными свойствами. На зондирование, следовательно, мы можем смотреть, как на мероприятие, нарушающее эти элементы самозащиты организма. Находящиеся во влагалище виды бактерий пребывают в состоянии пониженной вирулентности, благодаря кислой реакции секрета влагалища, образующейся под влиянием биологических свойств палочки Döderlein'a.

Техника зондирования не отличается сложностью, но в амбулатории к зондированию не следует прибегать, а оно может иметь применение лишь

к стационарным больным, которых можно подготавливать к зондированию, как к малой гинекологической операции (см. рис. 13).

Влагалище следует перед зондированием хорошо вымыть мылом или мыльным спиртом, но предварительном обмывании паружных половых органов; затем следует хорошо промыть влагалище раствором сулемы 1:4000 и ввести большой, находящейся в крестцово-спинном положении, зеркало Sims'a.

Прежде чем приступить к зондированию, нужно путем двуручного исследования постараться определить положение матки, чтобы вводить зонд в уже заранее известном направлении.

Обнаженная маточная шейка обтирается кусочком марли, смоченной спиртом, и передняя ее губа захватывается пинцетом, зонд берется в правую руку, приставляется к паружному маточному зеву и вводится в канал маточной шейки.

Зонд должен быть, как и все другие инструменты, прокипячен в $\frac{1}{2}\%$ растворе соды.

Никогда не следует производить зондирование тонкими номерами, так как они легко ранят слизистую оболочку и запутываются в складках канала шейки (*plicae palmatae*); лучше всего производить зондирование зондом № 3, т. е. имеющим в диаметре 3 mm.

Второе препятствие находится в области внутреннего маточного зева, момент преодоления этого препятствия дает некоторое ощущение боли, как во время менструации.

Теперь является вопрос, как направить зонд: вперед, назад, вправо или влево.

Предварительное двуручное исследование должно это выяснить; если же не удалось определить матку, то зонд вводится осторожно в прямом направлении.

Если же положение матки было предварительно определено, то мы зонду придаем соответствующее искривление и сообразно этому вводим его.

В полость матки зонд проникает совершенно свободно и, дойдя до дна матки, наталкивается на это последнее препятствие, которое также обычно дает ощущение слабой боли. Затем указательный палец по зонду приставляется к паружному маточному зеву и зонд выводится с приставленным пальцем; затем зонд измеряется от своей верхушки до верхушки указательного пальца, и таким путем определяется длина полости матки.

У перожавшей женщины длина полости матки равна $7\frac{1}{2}$ cm, у рожавшей $8\frac{1}{2}$ cm; эти цифры следует хорошо запомнить, так как колебание в $1-1\frac{1}{2}$ cm уже указывает на патологический процесс. Если зондирование произведено осторожно, то оно безболезненно, не сопровождается выделением крови и если произведено асептично, то оно вполне безопасно. Вместо обыкновенного зонда иногда лучше брать зонд Playfair'a, который обматывается тонким слоем ваты и перед введением погружается в антисептическую жидкость (10% раствор карболовой кислоты в глицерине, или сулема в глицерине 1:1000). Такой зонд еще меньше травмирует слизистую оболочку матки, но он менее асептичен, чем обыкновенный зонд, прокипяченный в $\frac{1}{2}\%$ соды. Впрочем, если зонд Playfair'a приготовлен вполне асептично, то применение его совершенно безопасно. За-



Рис. 13.
Маточный зонд.

труднение при введении зонда чаще всего наблюдается в области наружного или внутреннего маточного зева, когда выбираются не особенно тонкие номера, а также, когда зонд вводится в неадекватном направлении (матка изогнута кпереди, а зонд вводится кривизной кзади или наоборот). Если зонд № 3 не входит, следует ввести № 2 или № 1, или попробовать ввести зонд Лазаревича, или же зонд Playfair'a, и тогда почти всегда удается прозондировать матку. Иногда наружное отверстие матки имеет точечный характер, так что его можно отличить лишь с трудом по капельке слизи, выделяющейся из канала шейки (см. рис. 14).

Из осложнений, наблюдаемых при зондировании матки, следует отметить: 1) прободение матки, 2) кровотечение и 3) попадание зонда в фаллопиеву трубу.

Прободение матки может случиться, когда стремятся зондом проникнуть в матку во чтобы то ни стало, несмотря на возникающие при введении зонда препятствия, особенно же когда маточная шейка разрыхлена или истончена, как напр. во время беременности, послеродового периода, или вследствие развития в полости матки ракового процесса. Прободение нормальной матки наблюдается сравнительно редко. Иногда прободение матки происходит поразительно легко, зонд проходит через маточную стенку как через тесто и уходит на значительную глубину так, что пуговка зонда может легко прощупываться через переднюю брюш-



Рис. 14. Зонд Playfair'a.

ную стенку; иногда это сопровождается чувством боли, а из наружного зева показывается кровь.

Что в таких случаях надлежит делать?

Зонд осторожно извлекается наружу. Если есть кровотечение, то во влагалище кладется полоска стерильной иодоформной или ксероформной марли, большая укладывается в кровать со льдом на животе и ставится под наблюдение.

Если зондирование было произведено с соблюдением всех мер асептики, то обычно прободение проходит без осложнений; если же правила асептики были нарушены, то существует возможность возникновения осложнений, до sepsis'a включительно.

Каждому практическому гинекологу приходилось иметь дело с прободением матки и переживать неприятные минуты, а потому к зондированию матки не следует прибегать в амбулатории, где не всегда могут быть соблюдены все меры асептики.

Если же произошло прободение раковой, септической матки или обнаружилось значительное кровотечение (наружное или внутреннее маточное кровотечение), то тогда следует подумать или о влагалищной экстирпации матки (обязательной при раке или септической матке), или о чревосечении для производства надвлагалищной ампутации матки, или же о наложении шва на прободное отверстие. Последнее показано лишь в исключительных случаях, когда вы уверены в стерильном характере содержимого полости матки.

Второе осложнение — это проникновение зонда в фаллопиеву трубу. Оно наблюдается сравнительно редко, и лишь при условии если отверстие трубы расширено и матка находится в такой латерофлексии, при которой

продолжением полости матки была бы Фаллопиева труба. Хотя это наблюдается редко, но все же и это осложнение нужно иметь в виду. Третье осложнение это *sepsis*; это может явиться или результатом зондирования, без применения мер асептики, или как последствие прободения матки при уже инфицированной полости, матки, или как последствие излияния гнойного содержимого из Фаллопиевой трубы в брюшную полость.

Из изложенного видно, что противопоказанием к зондированию являются все острые и подострые воспалительные процессы, как в матке, так и в придатках, сопровождающиеся даже незначительным повышением температуры.

Противопоказано также зондирование послевыкидышной или послеродовой матки (атрофия матки у кормящей женщины), а также матки пораженной раком (при раке тела матки уже далеко зашедшем).

При хронических инфекциях, как напр. при гонорее, зондирование может повлечь за собой обострение процесса, если слизистая оболочка матки будет поранена.

При нагноениях в придатках зондирование также противопоказано, так как зондирование матки может вызвать перистальтику труб и опорожнение гнойного содержимого в брюшную полость путем либо прямого излияния, либо через разрыв.

Таким образом, прежде чем зондировать матку, необходимо тщательно собрать анамнез и исключить возможность *pyosalpinx'a*. Особенно зондирование противопоказано во время беременности, как маточной, так и внематочной. Зондирование при внутриматочной беременности является преступлением против науки и против уголовного уложения о наказаниях. Конечно, однократное осторожное зондирование не прервет беременности в каждом случае, но все же это возможно, а потому, прежде чем производить зондирование, необходимо осведомиться о времени последних менструаций, а также путем обычного исследования исключить беременность.

При внематочной беременности зондирование также опасно, потому что может вызвать сокращение трубы с последующим трубным выкидышем или разрывом трубы со всеми последствиями внутреннего кровотечения.

Я особенно подробно останавливаюсь на противопоказаниях к зондированию матки потому, что они также являются противопоказаниями и для других внутриматочных вмешательств, как напр. для расширения матки, выскабливания, всякого рода прижиганий, впрыскиваний лекарственных веществ и пр.

Показания к зондированию могут быть двоякого рода: с целью распознавания и лечения.

С целью распознавания зондирование применяется при определении положения матки и величины ее. Как я уже упоминал, комбинированное исследование в этом отношении дает достаточные данные и избавляет от необходимости прибегать к зондированию матки. Могут быть, конечно, исключительные случаи, когда зондирование необходимо, но обыкновенно можно обойтись без него.

При определении величины матки мы можем также обойтись без зондирования, а когда матка резко увеличена, мы лишь для большей уверенности можем матку прозондировать, чтобы определить степень увеличения ее и провести дифференциальный диагноз между метритом и миомой матки; если длина полости нерожавшей матки равна 10 см, то, по всей вероятности, матка поражена миомой.

Увеличение длины полости матки наблюдается особенно при беременности, при миомах матки; увеличение в этом случае наиболее значительно (12—15—20 см).

Увеличение длины полости матки (до 10—12 см) наблюдается также при межсвязочных кистах яичников и должно учитываться, как симптом межсвязочного развития опухолей.

Таким образом, увеличение длины полости матки имеет большое диагностическое значение.

Гораздо меньше значения имеет уменьшение длины полости матки, оно наблюдается при врожденном недоразвитии матки — *uterus foetalis, infantilis*, а также при всякого рода атрофиях матки, напр. старческой атрофии матки у кормящих женщин, после кастрации и надвлагалищной ампутации матки.

При определении размеров длины полости матки мы, по встречаемому в области внутреннего маточного зева сопротивлению, можем определить не только длину полости матки, но и длину шейки, а также и тела матки, и таким образом при увеличении длины полости матки решить, — какая часть матки — шейка или тело принимает участие в увеличении размеров, ибо мы знаем, что при нормальных условиях длина шейки равна длине тела, а при увеличении длины шейки мы можем говорить не только о ее увеличении, но и, зная место прикрепления переднего и заднего влагалищного свода, судить о том, какая часть шейки принимает участие в увеличении, т. е. влагалищная часть, средняя или надвлагалищная.

При процессах, сопровождающихся уменьшением длины полости матки, мы по длине шейки и тела судим о том, есть ли это врожденный порок развития или какой-либо благоприобретенный атрофический процесс. При введении зонда в полость матки, казалось бы, не трудно должно быть обследовать и полость матки зондом и определить, находится ли в полости полип или вообще что либо аномальное.

К сожалению, это далеко не так, и зондом очень трудно прощупать внутриматочную опухоль, но заподозрить присутствие внутриматочной опухоли очень легко, если напр. зонд, вводимый более впереди, даст, положим, 9 см, а при изменении направления 4—5 см. Отсюда может быть сделан вывод, что зонд встречает какое то препятствие, которое может представлять собою внутриматочную опухоль. Если осторожное введение зонда вызывает кровотечение, то это служит указанием на то, что слизистая оболочка изменена патологическим, и чаще всего это будет или рак, или аденома. Точно также, если введенный зонд Playfair'a вызовет кровотечение, то это также укажет на наличие процесса, вызывающего кровотечение из слизистой оболочки матки. Зондирование имеет чрезвычайно важное значение в распознавании опухолей брюшной полости, так как чрезвычайно важно определить, исходит ли опухоль из половых органов — из матки или яичников, или же не имеет отношения к половой сфере. Здесь могут быть две возможности: матка резко увеличена или матка большая, длина полости ее 15—20 см, пуговка зонда прощупывается через переднюю брюшную стенку в области пупка, или не определяется. Эти данные свидетельствуют о наличии опухоли, исходящей из матки и чаще всего миомы.

Увеличение матки, менее значительное (10—12 см), в связи с прилегающей к матке эластической опухолью, свидетельствует о межсвязочном развитии кисты яичника. Если же матка не увеличена, или незначительно увеличена, или если мы не убеждены в том, что зонд проник в полость матки до дна, то для определения источника происхождения опухоли мы пользуемся признаком передачи движения опухоли зонду, введенному в полость матки.

Мы вводим в матку зонд, вынимаем зеркало, кладем совершенно свободно на ладонь зонд с пулевыми щипцами и начинаем двигать опухоль в

стороны — справа налево и наоборот, или снизу вверх — и наблюдаем, как передаются эти движения, резко или нерезко, все или лишь некоторые, или же движения не передаются вовсе. Если движения опухоли не передаются зонду, мы говорим, что опухоль не имеет отношения к половой сфере; если передаются лишь некоторые движения, то опухоль исходит из придатков. Если же движения резко передаются во всех направлениях, то опухоль исходит из матки.

Что касается до терапевтического применения зонда, то мы им пользуемся для расширения матки, применяя то более тонкие номера, то более толстые. Однако, мы пользуемся для этого зондами сравнительно редко и предпочитаем расширители Негарга.

Далее, мы применяем зонды в виде палочки Playfair'a или Menge для введения в полость матки всякого рода лекарственных веществ, чаще всего дезинфицирующих и прижигающих слизистую оболочку матки; затем мы применяем зонд для выпрямления матки при загибе ее кзади, мы вводим зонд как при retroflexio, затем рукояткой делаем поворот на 180° и, по удалении зеркал, медленно наклоняем его кзади, пока не прощупаем дна матки. Этим приемом можно пользоваться лишь при подвижной retroflexio.

Когда ручное вправление не удается, этот способ заслуживает внимания, и им часто пользуются в практике. Кроме того, зондированием мы всегда пользуемся как предварительным актом при расширении матки, при выскабливании и всякого рода внутриматочных манипуляциях. Таким образом зондирование имеет ограниченный круг применения для целей диагностики, и чем опытнее гинеколог, тем реже он к нему прибегает; сама предпосылка метода зондирования, будто зонд является как бы продолжением исследующего пальца, далеко неверна — и именно внутриматочная диагностика путем зондирования представляется наименее совершенной, так как очень часто можно просмотреть даже крупную внутриматочную опухоль путем зондирования.

ГЛАВА XI.

Расширение матки.

Для исследования полости матки зондирование оказывается недостаточным, и хотя и существует изречение, что зонд это есть продолжение исследующего пальца, но это далеко не так, и зонд для определения внутриматочного процесса не достигает цели, а потому возникает стремление проникнуть в полость матки исследующим пальцем и ее обследовать. Так как ширина канала шейки имеет в диаметре 3—4 mm, а исследующий палец 16—17 mm, то для достижения этой цели необходимо расширить матку.

Способы расширения матки двойкие: расширение может быть медленное и быстрое, а последнее — кровавое и некровавое. Рассмотрим сначала в отдельности те и другие способы, с точки зрения их практической пригодности.

А. Способы медленные.

К ним относится введение прессованной губки, палочки *tupelo*, *laminaria Digitata*, метрейринтеров и пр.

Вообще практическое применение могут иметь лишь те средства, которые могут путем стерилизации быть приведены в асептическое состояние, при чем некоторые имеют применение исключительно для расширения беременной матки, как напр. бужи, метрейринтеры, другие же как напр. палочки *laminaria* и *tupelo* и для беременной, и для небеременной матки.

Из медленных способов наилучшим представляется применение палочек *laminaria*, стерилизованных сухим жаром или кипячением в 10% спиртовом растворе салициловой кислоты, или в сулеме 1:500 (в течение 5 минут). Стерилизованные сухим жаром при $t^{\circ} 140^{\circ}$ палочки сохраняются в запаянных стеклянных цилиндрах; приготовленные же в 10% спиртовом растворе салициловой кислоты сохраняются в нем же в стеклянных банках с притертой пробкой, или же изготавливаются *ex tempore* (см. рис. 15).

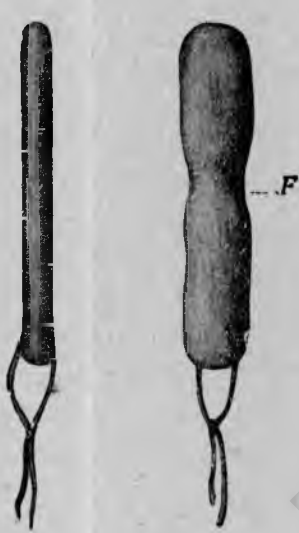


Рис. 15. Палочки ламинарии. F—перетяжка соответственно внутр. зеву.



Рис. 16. Техника введения ламинария.

Техника введения палочек ламинарии очень проста, она аналогична зондированию; меры асептики проводятся еще строже, и большие к расширению матки подготавливаются точно так же, как ко великой гинекологической операции, т. е. предварительно несколько дней делают спрыскивание сулемой 1:4000; накануне операции — ванна, прием слабительного, ol. ricini (1—2 столовых ложки), волосы на лобке сбриваются, и сама операция производится по тщательном обмывании наружных частей и влагалища мылом (с раствором сулемы 1:4000), и протирании стенок последнего спиртом.

Обычно наркоз излишен и требуется лишь у исключительно первых особ. Больная укладывается в крестцово-сидящее (ягодичное) положение, моча выпускается катетером, шейка матки обнажается ложкообразными зеркалами Sims'a, и передняя губа захватывается щипцами. В матку вводится зонд, и затем, определив направление канала матки, мы вводим еще зонд Playfair'a, смоченный 10% раствором карболовой кислоты в глицерине. Затем палочка *laminaria*, соответствующая по толщине введенному предварительно в матку зонду, захватывается корнцангом и вводится в канал шейки, откуда она продвигается во внутренний зев (см. рис. 16).

Таким образом техника введения палочки ламинарии очень мало отличается от обычного зондирования, т. е. палочка вводится по уже существующему каналу, по предварительном определении его направления зондом, и в соответствии с диаметром канала маточной шейки.

Иногда канал шейки матки бывает чрезвычайно узок, и наружное отверстие зева маточной шейки очень узко; в таких случаях предварительно приходится делать небольшие боковые разрезы шейки матки глубиной в 2—3 mm и длиной до $\frac{1}{2}$ cm; приходится вводить зонд один — другой раз, чтобы введение палочки произошло более легко. Иногда приходится взять палочку меньшей толщины, или вводить несколько зондов разной толщины; если матка находится в состоянии резкого перегиба, то этот перегиб следует уменьшить зондированием.

В конце концов почти всегда удается ввести палочку *laminaria* в полость матки. Я лично горячий сторонник применения палочки *laminaria*, и если она приготовлена асептично, то это наилучший способ для медленного расширения матки. По введении палочки, пулевые щипцы снимаются, уколы от них смазываются иодистой настойкой, к маточной шейке прикладывается полоска иодоформной, ксероформной или стерильной марли, и большая снимается со стола, укладывается в кровать, на живот кладется резиновый мешок со льдом. Обыкновенно спустя 1—2 часа появляются боли внизу живота, которые успокаиваются очень скоро, или сами собой, или под влиянием наркотических средств в виде суппозиториев с *extr. opii aquosi* по 0,01, которые выписываются по формуле: Rp. — *extr. opii aqu.* 0,01, — *butyr. cacao q. s. ut. fiat supposit.* D. t. d. № 3. Кое-когда требуется подкожное впрыскивание пантопона — 0,02, или 0,01 морфия.

На другой день с соблюдением тех же правил асептики зеркалами обнажается маточная шейка, захватывается пулевыми щипцами, а конец палочки *laminaria*, торчащий из наружного маточного зева захватывается за нитку, проведенную через нижний полюс палочки, и последняя извлекается потягиванием за нитку, или еще лучше корнцангом, который захватывает самый конец палочки *laminaria*. Последний способ многими предпочитается, так как нитка очень легко обрывается, и это является очень неприятным осложнением.

При выборе *laminaria* всегда предпочтительнее останавливаться на *laminaria* с продетой ниткой, ибо в продаже имеются *laminaria* и без нитки. Это особенно важно при манипуляциях в начале операции. Когда шейка расширена, во время введения палочки может случиться, что она проскользнет за положенные для нее границы (канал шейки) вследствие соскакивания пинцета, когда ламинария уже введена (от незначительного толчка палочка проталкивается вперед), или же вследствие неловкого открытия кромальера зажима Пеана или Кохера. Если палочка *laminaria* снабжена ниткой, то легкое потягивание за нее устраняет упомянутое смещение; если же она без нитки, то подчас ни зажимами Пеана или Кохера, ни анатомическим и хирургическим пинцетами нельзя подтянуть палочку, и тогда приходится увеличить боковые разрезы шейки матки, чтобы вытянуть *laminaria*.

После извлечения палочки *laminaria* из матки выделяется слизь (сама *laminaria* представляется разбухшей с перехватом соответственно области внутреннего маточного зева); канал шейки этим способом расширяется до 12—13 mm в диаметре, но это конечно еще недостаточно, чтобы проникнуть в полость матки исследующим пальцем, и потому нужно ввести еще на сутки палочку большей толщины, или прибегнуть к применению расширителей Негарга.

В. Методы быстрого расширения.

а) Некротовое расширение.

Сюда относятся расширители Негар'а, метрейриштеры и расширитель Bossi. Последние находят применение лишь на беременной матке; расширитель Bossi опасен, так как часто дает разрывы, а расширители Негар'а являются наилучшим инструментом. Расширители Негар'а суть цилиндры, снабженные утолщенной рукояткой, слегка дугообразно изогнуты, с круглой конической верхушкой, диаметром от 3 до 16—17 мм. Номера расширителей обозначены на рукоятке, и в хороших наборах имеются не только целые миллиметры, но и промежуточные размеры: №№ 3, 3¹/₂, 4, 4¹/₂, 5, 5¹/₂, 6, 6¹/₂ и т. д. (см. рис. 17).

Расширители Негар'а изготовлены из металла; длина их: 10—12 см. Техника введения расширителей Негар'а аналогична технике зондирования или введения палочки laminaria, т. е. требуется та же самая подготовка, та же самая асептика. Вводятся расширители Негар'а сначала с № 3, а затем после проведения через внутренний зев, вводится следующий номер и т. д. Приходится всякий расширитель проводить несколько раз, как бы вынимая и вновь вставляя его. Если какой либо номер входит с трудом, или совсем не входит, то не следует применять насилия,



Рис. 17. Маточные расширители.

а лучше вынуть этот расширитель и ввести предыдущий меньшего калибра, которым производят несколько движений вперед и назад. Если мы предварительно накануне ввели laminaria, то расширение удастся легко до 16—17 №, т. е. до калибра указательного пальца, и тогда за расширителем Негар'а вводится указательный палец правой руки, на который одевается матка, как перчатка на палец. Таким образом можно дойти до дна матки и обследовать всю ее внутреннюю поверхность.

Если же предварительно не была введена палочка laminaria, то расширение идет не так гладко, и лучше его не форсировать и не вводить номера толще, чем №№ 13—14.

Из осложнений, которые могут наблюдаться при введении палочки laminaria и расширителей Негар'а следует отметить прободение и разрывы матки, происходящие при тех же условиях, как и при зондировании матки, т. е. когда введение инструмента происходит без предварительного ознакомления с положением матки: напр. при положении матки в anteflexio расширители вводятся назад, или наоборот. В особенности это случается тогда, когда расширение делается грубо и форсированно.

Прободение матки палочкой laminaria наблюдается сравнительно редко, так как при введении последней нельзя применять значительную силу.

При введении же расширителей Негар'а может быть применяема значительная сила, достаточная для того, чтобы вызвать прободение.

Распознать такое прободение очень легко, если предварительно произвести зондирование матки и измерить потом длину матки; тогда вхождение расширителя Негар'а на большую длину может сразу дать указание на прободение матки. В таких случаях те же самые меры, которые предпринимаются при прободении матки при зондировании, применяют и при прободении матки ламинарией и Негар'ом.

Обыкновенно прободение и разрыв матки при применении расширителей Негар'а сопровождаются кровотечением, которое уже само по себе обращает на себя внимание и, достигая значительной степени, может принять даже угрожающий характер.

При разрывах и прободениях матки вследствие применения расширителя Негар'а может произойти ранение мочевого пузыря, выпадение салника или кишки в матку со всеми последствиями случаев такого рода.

б) Кровавые способы расширения.

а) Боковые разрезы шейки матки.

Боковые разрезы маточной шейки применяются лишь при сужениях наружного маточного зева, чтобы облегчить введение палочки *laminaria* или расширителей Негар'а; при сужениях же внутреннего маточного зева приходилось бы делать очень глубокие разрезы, что сопровождается ранением веточки маточной артерии и может дать сильное кровотечение, а потому этот метод не нашел применения и был вытеснен так назыв. *hysterotomia anterior*.

б) Срединный разрез по передней стенке матки.

Срединный разрез передней стенки матки может быть произведен весьма высоко, вплоть до дна матки. Если произвести предварительную отслойку мочевого пузыря и не вскрыть *plica vesico-uterina*, он может быть произведен без вскрытия брюшины, не дает кровотечения и является идеальным способом.

Для целей диагностики этот разрез не применяется, так как представляет довольно сложное хирургическое пособие и обыкновенно его связывают с операцией удаления внутриматочной опухоли или же с экстирпацией матки.

Срединный разрез нашел широкое применение в акушерстве при операции влагалитического кесарского сечения (при срочных и преждевременных родах и даже при выкидышах) (см. рис. 18).

Показания. Расширение матки применяется по двум показаниям: с целью терапевтической и с целью диагностической.

С терапевтической целью применяется зондирование для расширения суженного маточного зева, как для лечения механической дисменорреи, и при бесплодии. Сюда, следовательно, подходят случаи *collum conicum*, патологической *anteflexio* и пр. При показаниях этого рода мы обыкновенно пользуемся введением разбухающих палочек *laminaria* или *tupelo* или расширителей Негар'а.

Помимо этого, расширение применяется как предварительный акт для последующих внутриматочных операций (удаление плодного яйца, выскабливание полости матки, удаление внутриматочных опухолей, введение в полость матки лекарственных веществ и пр.).

Диагностическое расширение применяется обыкновенно одновременно с целями лечебными, т. е. расширение является первым актом удаления

какого либо аномального внутриматочного содержимого путем выскабливания или при помощи ножа или ножниц.

В практической гинекологии обыкновенно пользуются комбинацией способов быстрого и медленного расширения матки, и это является наиболее бережным способом, чтобы предупредить возможность разрыва матки.

В моей клинике излюбленным способом расширения было предвари-

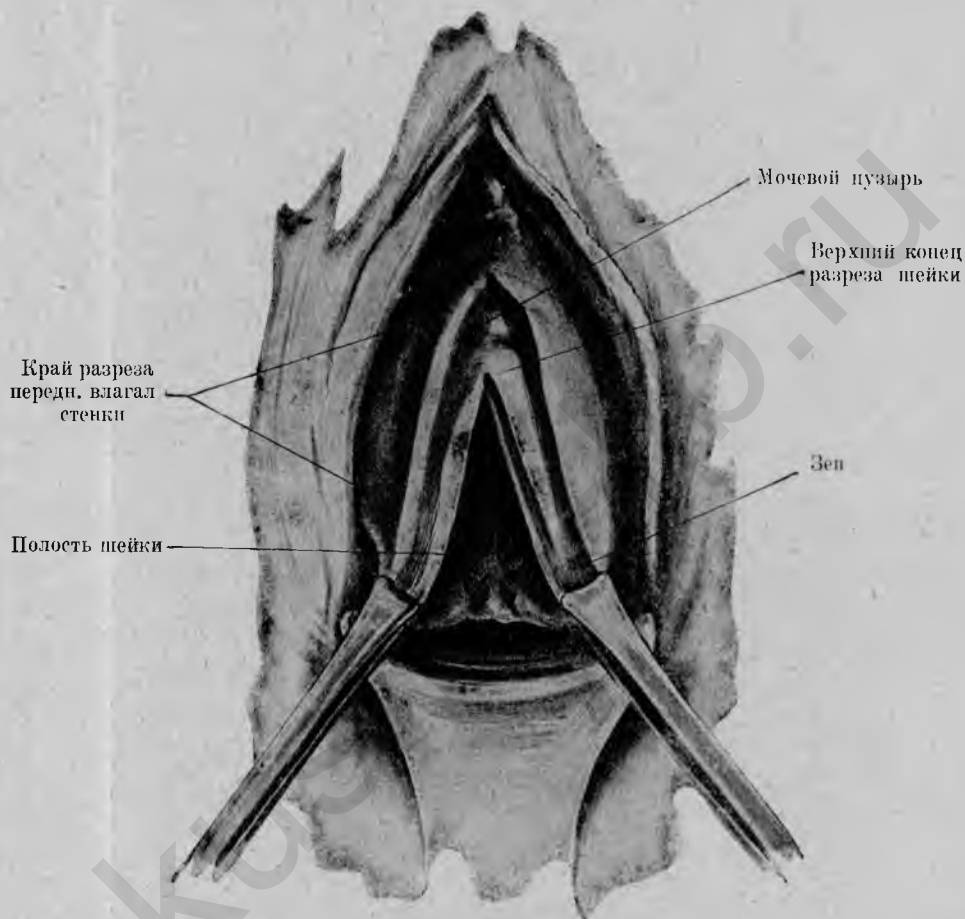


Рис. 18. *Hysterotomia vaginalis anterior* («Влагалищное кесарское сечение»).

Влагалищная часть захвачена 2 щипцами и приведена в вульву, пер. влагалищ. стенка разрезана, пузырь отодвинут, и шейка рассечена по срединной линии до внутреннего зева.

После вставления палочки *laminaria* накануне, а на другой день расширение *Негар*'ами.

Палочку *laminaria* можно вставить без наркоза, расширение же *Негар*'ами обычно лучше произвести под наркозом и затем исследовать полость матки пальцем, при подозрении на внутриматочную опухоль (на основании увеличения длины полости матки и данных анамнеза и общей симптоматики).

Противопоказания для расширения те же, что и для зондирования, т. е. все острые и подострые заболевания маточных придатков и брюшины, другими словами все процессы, сопровождающиеся повышенной температурой

С другой стороны, лихорадочные колебания температуры в зависимости от внутриматочного процесса — распад опухоли, задержание остатков плодного яйца — не только не служат противопоказанием, а наоборот показывают раскрытие матки и удаление разлагающегося внутриматочного содержимого. Даже в случаях септического выкидыша вопрос об открытии матки и удалении плодного яйца или его остатков должен быть решен в положительном смысле, и спор может быть лишь о способе расширения матки и удаления, т. е. одни предпочитают тампонаду и удаление пальцем, другие же считают необходимым сделать расширение Негар'ами и выскабливать кюреткой.

При хронических инфекциях, как напр. при гоноррее, вопрос о всякого рода внутриматочных манипуляциях должен быть решен в отрицательном смысле. Правда, сплошь и рядом можно видеть, что осторожное зондирование, осторожное расширение, осторожное прижигание не приносят вреда, но так как осторожность или ее степени не поддаются дозировке, то в таких случаях применение этих методов не может быть рекомендуемо с надеждой на успех и с гарантией полной безвредности.

ГЛАВА XII.

Выскабливание матки.

В современной гинекологии выскабливание принадлежит к числу столь обыденных операций, что знакомство с ним необходимо всякому практическому врачу, так как при отсутствии специалиста необходимо уметь применить этот метод в случаях не терпящих отлагательства, когда показания к операции представляются даже жизненными (в случаях какого-либо угрожающего кровотечения при выкидыше).

Как всякий врач должен уметь произвести трахеотомию и грыжесечение, точно также он должен уметь сделать и выскабливание матки.

Среди специалистов несомненно замечается тенденция злоупотреблять в смысле расширения показаний к выскабливанию, каковое производится, особенно в больших городах, иногда даже на амбулаторных больных очень широко и не всегда без вреда для больных.

Техника операции далеко несложна, но должна быть изучена детально, так как она сопровождается теми же осложнениями, как и зондирование и расширение матки (т. е. прободение матки, разрыв ее, кровотечения, ранение соседних органов и опасность септической инфекции). Не считая нужным распространяться о разных способах производства выскабливания, я приведу описание этой операции, как она производилась в моей клинике. Предварительно больной несколько дней делается спринцевание раствором сулемы 1:4000, накануне операции прием слабительного, чаще всего *ol. ricini* (2 столовых ложки); после опорожнения кишечника, клизма и ванна (сбривание волос перед ванной), вечером накануне операции в матку вводится палочка *laminae*, согласно описанной технике. На другой день утром под хлороформным или эфирным, или смешанным наркозом, а иногда и вовсе без наркоза, делается выскабливание.

Больная приводится в крестцово-спинное положение на столе. Наружные половые органы обмываются мылом и раствором сулемы 1:4000 и затем вытираются марлей, смоченной в спирте; вынимаются влагалищные

тампоны, и влагалище тщательно вымывается мылом и сулемой 1:4000, а затем протирается марлей, смоченной спиртом. Моча выпускается катетером, маточная шейка обнажается зеркалами, и передняя ее губа захватывается крепкими пулевыми щипцами или еще лучше двузубцем. Конец торчащей из наружного зева палочки *laminaria* захватывается крепким корщангом, и палочка извлекается. Шейка матки протирается спиртом, и в полость матки вводится зонд Playfair'a, смоченный спиртом. Затем один за другим вводится различной толщины расширители Hegar'a, при чем строго следят за глубиной, на которую входит расширитель, чтобы вовремя распознать осложнения в виде прободения или разрыва. Если *laminaria* разбухла хорошо, то можно начать вводить расширители He-



Рис. 19. *a* — пулевые щипцы; *b* — двузубцы; *c* — кюретка.

gar'a с № 6—7 и даже 8. Для выскабливания матки достаточно сделать расширение до 13—14 №№ Hegar'a. Затем в полость матки вводят кюретку и начинают соскабливать слизистую оболочки матки, сначала с передней стенки, затем переходят на правую боковую, заднюю стенку и левую боковую (см. рис. 19).

При выскабливании раньше нужно ввести ложку большего калибра и затем при повторном введении брать ложку меньшего калибра. Выскабливание производится до тех пор, пока не будет слышен хруст, очень характерный звуковой феномен, указывающий, что слизистая матки уже выскоблена и, что ложка царапает уже мышечную стенку.

Затем полость матки промывается 2% раствором карболовой кислоты или 0,7% раствором поваренной соли при помощи наконечника Fritsch'a-Voza mann'a, и в полость матки вырывается 1—2 грамма 5% т. iodii шприцем Braun'a. Промывание полости матки нужно делать с осторожностью, следя за струей вытекающей жидкости; точно также и при вырывании подной пастойки все время двигать наконечник вперед и назад.

После впрыскивания *t. iodi* в полость матки до дна вводится полоска иодоформной марли тонким пинцетом без нарезок. Вся операция длится 15—20 минут. Из осложнений, происходящих при выскабливании, нужно отметить прободение матки, кровотечение и впоследствии *sepsis*.

Прободение чаще всего случается при расширении матки Негар'ами в тех случаях, когда оно предпринимается без предварительного введения *laminaria*, и при введении острой ложки или кюретки обнаруживается очевидность прободения, так как кюретка входит на глубину более значительную чем введенный до расширения зонд.

Обычно прободение матки сопровождается явлением *shock'a*. — побледнением лица, учащением пульса и пр., а также кровотечением.

Даже при самом осторожном производстве выскабливания матки нельзя быть застрахованным от прободения, не представляющего при своевременном распознавании опасности, если будут приняты соответствующие меры.

Итак первый признак прободения матки будет вхождение или расширения Негар'а или ложки на значительную глубину, т. е. зондирование матки, сделанное предварительно, дало напр. 9 см, а ложка входит до самой рукоятки, т. е. на 15—20 см. При желании верхушку ложки можно будет ощупать даже через переднюю брюшную стенку, непосредственно под брюшными покровами, но конечно этого не следует делать.

Следует иметь в виду, что при выскабливании матки иногда наблюдаются явления носящие название паралича стенок матки, т. е. такого расслабления маточной мускулатуры, при котором длина полости матки увеличивается на 1—2 см.

Вторым симптомом прободения матки служат явления *shock'a*, не всегда ясно выраженные и легко ускользающие от внимания. Наконец третий симптом, тоже непостоянный, иногда очень незначительный, а иногда наблюдаемый в сильной степени, это — кровотечение.

Одним из важных симптомов прободения является также выпадение сальника или кишечной петли в матку или из матки во влагалище. Этот симптом с очевидностью конечно говорит о прободении матки, и не представляет трудностей для определения. Т. о. распознавание прободения не трудно, но все же в случаях этого рода повреждений матки, описаны наблюдения, когда в высокoblенных массах были найдены кусочки сальника, когда извлекали из матки петли кишки, когда выпавшая во влагалище петля была отрезана ножницами, когда при выскабливании матки был ранен мочевой пузырь и кишки и пр.

Чаще всего это встречается в случаях выскабливания при операции искусственного выкидыша, а также при выскабливании для удаления остатков плодного яйца и пр., в особенности в случаях последнего рода, когда выкидыш заранее был произведен неопытной рукой и, при этом может быть, уже произошло прободение матки. К случаям этой категории нужно относиться с сугубой осторожностью.

Если прободение произошло, матка не инфицирована, выпадения внутренних органов ни во влагалище, ни в матку нет, кровотечение незначительно, или его нет, то операция прекращается, в матку осторожно вводится полоска иодоформной марли, и больная кладется в постель, а на живот кладут мешок со льдом.

Если прободение произошло при выскабливании инфицированной матки без повреждения соседних органов, или при прободении инфицированной матки обнаружилось сильное кровотечение, не уступающее ни тампонаде, ни эрготину, то показана влагалищная экстирпация матки. Наконец в случаях, когда произошло выпадение кишечной петли, или ранение ее,

единственным способом является чревосечение с последующим удалением матки и лечением повреждения кишек (резекция участка кишки и пр.).

В литературе описан целый ряд случаев, когда вовремя произведенная операция чревосечения, связанная с резекцией кишечной петли, оканчивалась выздоровлением.

Если при выскабливании произошло кровотечение, не связанное с прободением, что может быть наблюдаемо при выскабливании раковой матки и удалении остатков плодного яйца, то не надо этим смущаться, а продолжают выскабливание, пока не будет удалено все патологическое из полости матки. Опыт показывает, что матка тогда сокращается и кровотечение само собой останавливается; в затруднительных случаях может явиться необходимость прибегнуть к промыванию полости матки горячим (40° R) 2% карболовым раствором, впрыскиванию эрготина под кожу, впрыскиванию Tr. iodii в матку и последующей тампонаде полости матки и пр.

Что же касается опасности септической инфекции, то она сравнительно не велика, если операция производится с соблюдением правил асептики и нет инфекции ни в матке, ни в придатках, о чем будет сказано при обсуждении показаний и противопоказаний.

Нужно принять за правило, чтобы выскобленные кусочки слизистой оболочки матки или каких бы то ни было разражений были собраны, тщательно обмыты от приставших сгустков крови физиологическим раствором поваренной соли и положены в спирт 60%. Эти кусочки должны быть подвергнуты микроскопическому исследованию для установки микроскопического диагноза, что для некоторых случаев имеет очень важное значение и составляет основную цель операции выскабливания т. е. диагностики.

После операции больная около недели проводит в постели и в конце ее встает; на 3, 6 и 9 день матка промывается 2% раствором карболовой кислоты и впрыскивается Tr. iodii.

Показания для операции выскабливания.

Выскабливание производится по двум показаниям 1) с целью диагностики, 2) с целью лечебной. К первой категории относится всякий внутриматочный процесс, сопровождающийся кровотечениями, особенно часто у женщин, приближающихся к климактерическому возрасту или уже вступивших в последний.

Внутриматочный процесс мы не можем определить с достоверностью во многих случаях. Анамнез, влагалищное — простое комбинированное исследование, исследование зеркалами и зондами, расширение матки, ощупывание полости ее могут дать целый ряд точек опоры для диагноза, но достоверность начинающегося рака может быть установлена лишь путем микроскопа.

Отсутствие микроскопического диагноза лишает нас средства в борьбе с злокачественными новообразованиями матки — раком матки. В настоящее время оперативное лечение может дать благоприятные результаты лишь в том случае, если распознавание сделано в самой ранней стадии развития болезни, а это возможно лишь при помощи микроскопа.

Поэтому при малейшем подозрении на раковый процесс мы должны прибегнуть к диагностическому выскабливанию и микроскопическому исследованию, т. к. лучше 10 раз сделать напрасно выскабливание и убедиться в отсутствии рака, чем один раз не сделать его там, где есть начальная стадия ракового процесса, и пропустить время для радикальной операции.

Некоторые авторы предпочитают такое диагностическое выскабливание производить без предварительного расширения матки острой ложечкой очень маленького диаметра 3—4 mm, которая может войти в полость матки без расширения, но я лично не сочувствую такому предложению, так как диагностическое достоинство такого выскабливания может подлежать оспариванию и только положительный результат может быть принимаем в расчет. отрицательный же может быть чисто случайным явлением; если процесс разлитой, то конечно такая маленькая острая ложка может выскабливать кусочек слизистой матки, пораженный раковым новообразованием, если же он ограниченный, то острая ложка маленького калибра легко может пройти мимо него, а потому диагностическое выскабливание следует всегда производить с надлежащим расширением матки.

Для целей диагностики внематочной беременности в свое время было сделано предложение Д. О. Оттом производить выскабливание слизистой оболочки матки и по нахождении децидуальной ткани ставить диагноз внематочной беременности. В свое время это предложение вызвало оживленные прения, а в настоящее время нужно думать, что и сам автор не является горячим сторонником этого предложения, так как с того времени (1890 г.) наши диагностические средства улучшились. Для определения внематочной беременности, явились новые предложения: реакция Abderhalden'a, прокол заднего свода и др.

Предложение Отта уже потому не выдерживает серьезной критики, что только нахождение децидуальной ткани может говорить в пользу внематочной беременности, нахождение же остатков децидуальных клеток может встречаться при *endometritis exfoliativa*, при гоноррее и пр., кроме того, это вмешательство может повлечь за собой разрыв трубы или трубный выкидыш со всеми последствиями как то: внутреннее кровотечение, *shock* и пр. с опасностью смертельного исхода, если не будет сделано тотчас чревосечение для удаления беременной трубы или яичника с остановкой внутреннего кровотечения. Т. о. диагностическое выскабливание является показанием лишь при подозрении на злокачественное новообразование в полости матки (рак, саркома, *chorionepitelioma* и пр.).

Выскабливание с терапевтической целью применяется при всякого рода кровоточивых *endometritax*, чаще всего наблюдаемых при *endometritis interstitialis, glandularis, post abortum*, и пр. При чем следует всегда обращать внимание на состояние придатков матки; если они увеличены и чувствительны, то выскабливание противопоказано.

В некоторых случаях при миомах матки выскабливание является хорошим паллиативным средством, если почему либо нельзя применить рентгенотерапию или ту, или другую радикальную операцию матки. Точно также в случаях климактерических кровотечений выскабливание служит методом точной диагностики и хорошим терапевтическим способом.

Гораздо чаще выскабливание применяется с целью лечения выкидыша, при чем основы научной терапии выкидыша сводятся к двум положениям — в начальной стадии, когда еще матка закрыта, кровотечение незначительно, температура нормальна, плод не вышел, общее состояние хорошее, следует попытаться остановить выкидыш применением постельного режима и наркотических средств. Если плод вышел или существует сильное кровотечение, или температура повышена, то показано расширить матку и удалить яйцо или остатки плодного яйца. До 3 месяцев с этой целью очень легко воспользоваться кюреткой, которой можно удалить все остатки оболочек. С 3-го месяца следует рекомендовать ручное удаление последа, так как кюретка не всегда может удалить так чисто как удаление посредством

пальца, связанное с исследованием полости матки. Очень удобно пользоваться также с этой целью выкидышными щипцами, так наз. Abortzange. Этот инструмент очень практично конструирован и имеет широкое применение в практике. Кроме того, выскабливание имеет также применение при катарральных эндометритах для лечения белей маточного характера, т. е. при endometritis.

Не могу сказать, чтобы этот метод давал лучшие результаты, чем промывание полости матки и прижигание слизистой оболочки разными лекарственными веществами — 10% раствором карболовой кислоты, 1% раствором сулемы, 5—10% раствором хлористого цинка, протарголом (5—10%), формалином и пр., и потому обычно после выскабливания нередко приходится прибегать еще к продолжительному, последовательному лечению.

ГЛАВА XIII.

Вырезывание пробного кусочка для микроскопического исследования.

Этот способ тесно примыкает к выскабливанию с диагностической целью, и потому уместно здесь же остановиться на нем. При подозрительной эрозии на маточной шейке врач нередко становится в тупик при определении ее характера, некоторые принимают за эрозию — разрыв шейки с выворотом губ и упорно и безуспешно лечат его прижигающими средствами, другие лечат рак в начале развития также всякого рода смазываниями и прижиганиями и также безуспешно и с прогрессирующим ухудшением процесса, между тем как чистая эрозия в форме erosio follicularis или papillaris хорошо поддается лечению. Поэтому для лечения необходим точный диагноз.

Разрыв шейки с выворотом губ определяется очень легко. По обнажении маточной шейки следует захватить переднюю и заднюю губу маточной шейки и попробовать свести их вместе. Если путем сведения образуется приблизительно нормальная шейка, то этим устанавливается распознавание, другое дело отличить папиллярную эрозию от начинающегося рака; и та и другая язвы могут кровоточить; характерной ломкости и кровоточивости может еще и не быть, а потому для дифференциальной диагностики пользовались раньше другими признаками: применяли вливание древесного уксуса в течение известного времени и наблюдали, происходит ли заживление эрозии или нет, производили скарификацию, чтобы убедиться как идет нож в ткани эрозии и считали, что если нож идет в шейку как в сало, то это признак карциномы. Проф. Рейн на этот признак всегда обращал особое внимание.

Но все эти вспомогательные способы определения есть лишь хождение вокруг да около, и современный гинеколог не станет терять время на применение этих способов, а предпочтет вырезать кусочек эрозии, захватывая и здоровую ткань и подвергнет ее микроскопическому исследованию.

Эту маленькую операцию всегда можно произвести без наркоза, но нужно ее обставить вполне асептически; по обнажении зеркала маточной шейки с соблюдением всех правил асептики, маточная шейка захватывается пулезыми щипцами и низводится. Осматривается эрозия, и скальпелем делаются 2 разреза — один в здоровой ткани, другой посредине

эрозии, глубиной до $1/2$ см. Затем кусочек ткани захватывается крючковатым пинцетом и вырезается скальпелем или ножницами, на полученный дефект накладывают 2—3 шва. Кусочки же ткани подвергают микроскопическому исследованию. Выскабливание с диагностической целью и вырезывание пробного кусочка опухоли в настоящее время есть единственный радикальный способ борьбы с раковыми заболеваниями матки и на них основан весь успех лечения оперативными методами и радиациями.

В последнее время я предпочитаю при подозрительной эрозии ампутировать шейку матки и микроскопировать *in toto* препарат, так как технически эта операция проста, а выгоды ее и для диагностики и для лечения несомненны.

ГЛАВА XIV.

Пробный прокол и разрез, исследование под наркозом.

Несмотря на точно разработанную методику исследования как внутриматочных процессов, так и новообразований шейки, опухолей матки и яичников существует целый ряд случаев, где наша диагностика сводится к определению опухоли в полости живота или злокачественной опухоли без определения степени распространения и оперативности. Между тем состояние больной часто настойчиво требует вмешательства, так как прогрессирует истощение, отек ног увеличивается, увеличивается асцит, силы падают, больная подлихораживается и пр.

Т. о. точного диагноза нет, есть лишь предположение, что случай тяжелый, неоперативный, время упущено и есть лишь два выхода: либо попытаться чтонибудь сделать, либо предоставить все естественному неизбежному исходу.

Затруднение в диагнозе представляют случаи комбинации брюшной опухоли и брюшной водянки, воспалительные явления, отложение жира и пр., когда ощупывать брюшную полость представляет значительные затруднения.

Для случаев этой категории есть несколько возможностей подойти к разрешению вопроса.

Повторить исследование при более благоприятных условиях, по предварительном опорожнении кишечника помощью слабительных, по опорожнении мочевого пузыря перед самым исследованием, после лежания в постели в течение нескольких дней с согревающим компрессом и пр.

Такие случаи должны быть особенно тщательно исследуемы в соответствующем положении на спине, на столе и пр.

Повторные исследования чрезвычайно важны и ими никогда не следует пренебрегать, полагаясь на свою опытность и авторитетность; следует проверять самого себя и отдавать себе отчет в каждом новом подмеченном явлении. Это дает много пищи для мыслительного процесса исследующего и ставит диагностику на путь чистого анализа, вместо автоматизма или данных воспоминаний о каком-либо подходящем или совершенно неподходящем случае, произведшем впечатление на исследующего в его практической деятельности.

Рекомендовано для случаев этой категории также исследование под наркозом. Однако я отношусь к этому отрицательно, так как считаю, что

давать общий наркоз ради одного исследования не следует. Наркоз всегда оставляет последствия, и к нему нельзя очень легко относиться, но нельзя ничего возразить, если перед началом производства операции, когда больная уже занаркотизирована, будет произведено исследование, чтобы окончательно себя проверить и установить план операции.

Точно также я отношусь отрицательно и к пробному проколу брюшных опухолей и даже к выпусканию водяночной жидкости при этих опухолях с целью облегчения диагноза, т. е. с целью лучше ощупать брюшную полость.

Это средство настолько же неверно, насколько и небезопасно. Мы работаем при этом так сказать, в темную. Иногда возможно проколоть кишечную петлю припаявшуюся нередко к опухоли или ранить кровеносный сосуд развившийся случайно на месте прокола и получить кровотечение.

Я горячо стою за пробный разрез — чревосечение и считаю его чрезвычайно важным методом.

Даже установив диагноз злокачественной опухоли, перешедшей границу операбельности, при малейшем сомнении, — а последнее никогда не может отсутствовать, — я считаю себя обязанным предложить большой как последнюю меру в борьбе за жизнь пробное чревосечение. В старых статистиках авторов есть отдел пробных чревосечений, дающих значительный % смертности, между тем теоретически рассуждая, оно должно давать 0% смертности. Высокая смертность обуславливалась тем, что в рубрику пробных чревосечений входили так наз. неоконченные операции, т. е. оператор, вскрыв брюшную полость, пытался удалить неудалимую опухоль, получая или ранение соседних органов, или такое кровотечение, с которым он не мог быстро справиться, или опухоль была удалена лишь частично и пр.

Если чревосечение пробное, то оно и должно быть в первой своей стадии только пробным, т. е. по вскрытии брюшной полости оператор входит рукой в брюшную полость и ощупывает отношение опухоли к матке, сальнику, кишкам, мочевому пузырю и пр., а также обращает внимание на диссеминацию опухоли — т. е. на существование узлов на брюшине, кишках, печени, желудке и пр.

Если имеется диссеминация злокачественной опухоли, то, конечно, случай потерян, и тогда надлежит зашить брюшную полость; если же операция технически возможна, то ее следует произвести.

В сущности всякое чревосечение начинается с проверки нашего распознавания и определения, насколько оперативное удаление опухоли возможно, только в одних случаях мы идем с полной уверенностью, а в других с сильными колебаниями.

Можно, конечно, возразить: к чему в таких случаях вся наша диагностика опухолей брюшной полости, раз все равно всякую опухоль следует оперировать, а сделаем чревосечение, там увидим.

С этим никак нельзя согласиться, так как есть целый ряд диагностических ошибок, где и пробное чревосечение не показано, как напр. так наз. phantom tumour английских авторов, или истерическое вздутие живота, нормальная беременность, переполненный мочевой пузырь, принятый за опухоль, скопление каловых масс и пр.

Кроме того в дифференциальной диагностике кисты яичника и миомы матки мы должны быть особенно осторожны, так как миому матки мы можем лечить x-лучами, при кисте же яичника подобное лечение ничего кроме вреда нам не сможет принести.

Точно также при воспалительных заболеваниях придатков матки мы можем воспользоваться физическим способом лечения и вылечить больную, не прибегая к операции и не калеча больную.

Точная диагностика нам важна еще и потому, что кроме опухолей матки, яичников и труб в брюшной полости есть еще опухоли других органов, и если гинеколог не умсет оперировать на этих органах, то он будет поставлен в затруднение, как ему обойтись с опухолью почки, или печени, если они ему представятся при операции чревосечения.

Несколько иначе я смотрю на прокол влагалитчного свода при необходимости выяснения диагноза, считая его весьма целесообразным, главным образом для выяснения характера содержимого опухоли, когда у нас есть основание подозревать присутствие гноя.

Поэтому пробный прокол через влагалитчный свод применим по преимуществу у лихорадящих больных с инфильтратами в клетчатке, параметритами или нагноениями в придатках.

Мы знаем, что при острых случаях нагноения, чревосечение представляет серьезную опасность, так как излияние гнойного содержимого в



Рис. 20. Шприц для пробного прокола.

свободную брюшную полость связано с инфекцией брюшины и возможностью воспаления ее, представляющего в зависимости от вирулентности попавших бактерий смертельную опасность. Поэтому в таких случаях по возможности избегают оперировать надлобковым чревосечением. Тем не менее однако само течение болезни иногда требует хирургического вмешательства, т. к. больная продолжительной лихорадкой доводится до состояния, угрожающего ее жизни. Если опухоль и инфильтрат доступны со стороны бокового или заднего сводов, то можно высосать содержимое



Рис. 21. Троякар для пункций.

шприцом с достаточно длинной иглой и исследовать его макроскопически и микроскопически, бактериоскопически и бактериологически и на основании этого исследования ставить показания для дальнейшего лечения.

Техника такой пробной пункции проста. Под наркозом с соблюдением всех правил асептики маточная шейка обнажается зеркалами, задняя губа подтягивается крепкими пулевыми щипцами и сильно приподымается вперед. Довольно толстая и длинная игла вкалывается в то место свода, где прощупывается опухоль, на глубину 5—10 см и шприцом высасывается содержимое опухоли (см. рис. 20).

Опыт показывает, что если при параметрите сделать такое высасывание и даже если не получится гной, то температура нередко падает и течение процесса улучшается.

Можно, конечно, сделать предварительно разрез заднего свода, тупым путем подойти к опухоли и тогда сделать прокол, но обыкновенно в этом нет необходимости.

Получивши гной пробным 5-ти граммовым шприцом с длинной толстой иглой, производят прокол троакаром более толстым, или расширяют отверстие корриалгом и дренируют гнойную полость (см. рис. 21).

Гнойный экссудат этим способом хорошо излечивается, при гнойных сальпингитах результат бывает хуже.

Т. о. прокол заднего свода при нагноениях с моей точки зрения является методом весьма полезным и оказывающим большие услуги в практической деятельности гинеколога.

Кроме того, прокол заднего свода очень рекомендуется при распознавании внематочной беременности, когда важно бывает определить характер содержимого, изливавшегося в задний Дуглас, — если получается кровь, то ставится утвердительный диагноз кровоизлияния вследствие внематочной беременности, если же крови нет, то диагноз этот отвергается.

В каждом случае внематочной беременности, где данные анамнеза и объективного исследования неопределенны, прежде чем решиться на чревосечение следует сделать пробный прокол заднего Дугласа шприцом. Для этой маленькой операции нет необходимости в наркозе. Обнаживши зеркалами влагалищную часть матки и предварительно смазавши как шейку, так и влагалище настойкой йода, захватывают пулевыми щипцами заднюю губу шейки и оттягивают ее впереди так чтоб обнажить задний влагалищный свод; вблизи самой шейки, позади ее прокол производится по средней линии в задний Дуглас, игла вводится возможно глубоко и аспирирует содержимое заднего Дугласа. Высасывание производят медленно, постепенно вытягивая иглу; при неудаче можно произвести пункцию 2—3 раза, выбирая наиболее подозрительное по ощущению место.

Мне приходилось наблюдать случаи, где все данные анамнеза и объективного исследования говорили за внематочную беременность, а пробная пункция давала гнойное содержимое, этим исключая необходимость чревосечения.

Несомненно, что лучше произвести лишний раз прокол Дугласа, чем сделать чревосечение, чтобы убедиться в диагностической ошибке.

ГЛАВА XV.

Измерения.

При определении величины опухоли, живота, матки и вообще анатомических данных и патологических изменений, а также нормальных отношений мы пользуемся в практической гинекологии теми понятиями, общепринятыми в повседневной жизни, как напр. определяя длину и ширину, толщину, поверхность, объем, мы говорим: влагалищная часть матки находится на высоте длины указательного пальца, на передней стенке влагалища имеется язвенная поверхность величиной в серебряный рубль, или свищевое отверстие пропускает конец указательного пальца, маточный зев представляет точечное отверстие, зев пропускает ногтевую фалангу указательного пальца, или два пальца, матка величиной в 6 нед. или двух-трехмесячную беременность, яичник величиной в сливу, или образует опухоль, величиной в куриное яйцо, кулак, голову новорожденного, годового ребенка, живот увеличен как в конце беременности. — В практической гинекологии эти определения в виде мандаринов, куриных яиц, слив, груш, орехов лесных и грецких, голов, встречаются очень часто и, конечно, дают лишь приблизительные представления об описываемом предмете; от них, несмотря на их полную неудовлетворительность, отказаться нельзя, но где возможно, следует заменять их измерениями в сантиметрах.

Так, по отношению к животу мы имеем следующие измерительные величины, выраженные в сантиметрах: расстояние от лобка до пупка, от пупка до мечевидного отростка, высота дна опухоли или матки, если последняя вышла из полости малого таза, опухлость живота на уровне пупка наибольшая.

При определении площади мы можем определить в сантиметрах длину и ширину, и этим дать понятие о площади, и лишь определение объема встречает затруднения.

Если мы теперь возьмем схему строения таза и живота, то, пользуясь лишь одним масштабом, и без всякого таланта рисования, мы сможем дать изображение того, что нами определяется при исследовании; при некотором навыке это удается сравнительно легко. Изображая найденное в плоскости, пользуясь еще изображениями и в сагитальном размере и в других, мы можем дать представление о данных исследования.

Помимо точности в определении как анатомических, так и патолого-анатомических данных, измерение может дать нам объективный признак роста опухоли, или увеличения живота при повторных исследованиях; быстрое накопление водяночной жидкости, увеличение высоты опухоли, появление новых узлов создает признак злокачественной опухоли и обыкновенно может быть определено при измерениях в течение 1—2 недель. К группе измерений относится и измерение таза, о котором будет сказано в соответствующей главе.

ГЛАВА XVI.

Микроскопическое исследование соскобов, вырезанного кусочка ткани и разного рода выделений.

(Бактериоскопическое и бактериологическое исследование.)

Микроскопия как вспомогательный метод в гинекологии имеет чрезвычайно важное значение. Отчасти это значение ее уже указано при распознавании рака и саркомы матки при так наз. пробном выскабливании или вырезании кусочка ткани при эрозии шейки матки. Здесь еще раз следует об этом вспомнить, чтобы обратить внимание на важность и необходимость этого метода. Кроме того мы, конечно, должны использовать этот способ, если из матки выделен какой либо кусочек ткани, будет ли то сгусток крови, или кусочек опухоли, или остаток оболочек при выкидыше, или decidua при внематочной беременности.

Следует всегда помнить, что чем больше мы будем иметь объективных данных, тем наш диагноз будет точнее и совершеннее.

Особенно важное значение имеет бактериоскопическое и бактериологическое исследование выделений из полости матки или влагалища.

В современной гинекологии, как и в общей медицине, лабораторные методы исследования приобретают существенное значение, и врачу гинекологу необходимо уметь взять объект для исследования, чтобы послать его в лабораторию, а также уметь разобраться в лабораторном анализе.

В бактериологическом отношении женская половая сфера представляется достаточно изученной благодаря классическим исследованиям Menge, Krönig'a, Döderlein'a и др. Можно считать установленным, что наиболее глубоко лежащие части женских половых органов (матка и трубы) совершенно стерильны в здоровом, нормальном состоянии и бактерии находятся лишь в наружных половых частях и влагалище. Это обуславливается тем, что наружные половые части — кожные образования, соприкасающиеся с наружным воздухом и находящиеся в соседстве заднего прохода, дающего свою бактериальную флору кишечника, к которой при патологических условиях, при влагалищных выделениях, присоединяется флора влагалища.

Влагалище вследствие кислой реакции секрета и незначительного содержания кислорода имеет свою специфическую флору, приспособившуюся



Рис. 22. Мазки из входа влагалища здоровой беременной.

к условиям жизни. Если во влагалище попадают посторонние бактерии, то они очень быстро погибают; в результате происходит самоочищение, оберегающее эти органы от размножения в них посторонних бактерий. Следует отметить, что влагалище поворожденных свободно от бактерий. опыты Menge показали, что если во влагалище поворожденного ввести культуры *bac. coli*, *staphylococcus*, *ruocyanus*, то они погибают через 24—50 ч. путем лейкоцитоза и фагоцитоза. Такие же результаты получались у взрослых с культурами стрептококков.

Причинами самоочищения влагалища является неблагоприятная кислая среда и облигатные бактерии влагалища являющиеся антагонистами для других, а также фагоцитоз. Среди этих облигатных форм первенствующую роль играют палочки Döderlein'a, вырабатывающие молочную кислоту и целая группа других. Кислая реакция влагалища наблюдается в 55—85 % случаев. Что же касается полости матки, то в здоровом состоянии она не содержит бактерий и границей между частями, содержащими бактерии и не содержащими, является наружный маточный зев, все что выше его

стерильно, что ниже полно бактерий. Препятствуют проникновению бактерий в матку щелочная реакция, слизистая пробка запирающая шейку, обладающая бактерицидными свойствами (см. рис. 22 и 23).



Рис. 23. Мазок от той-же беременной, но из глубины влагалища: изменение характера микробов и уменьшение числа их.

Во влагалище чаще всего встречаются из аэробов: *bacillus vaginalis vulgaris*, *b. bifissus perfringens*, *fusiformis*; затем целый ряд стрептококков, не имеющих патогенных свойств, а также анаэробные стрептококки, выделенные Menge.

Клиническое значение имеет нахождение во влагалище и в полости матки гемолитического стрептококка при пuerперальной инфекции, во время или после родов и выкидыша. Winter на этом основывает терапию и предсказание лихорадочного выкидыша.

Для взятия секрета можно пользоваться платиновой петлей, стерильной стеклянной трубкой, стерилизованным ватным тампоном, маленькой ложечкой и пр., конечно, при соблюдении всех условий асептики.

Громадное значение имеет исследование на гонококки: гонококк имеет форму диплококка, кокки лежат парно и уплощены на взаимно прилегающих сторонах, так что отдельные пары имеют форму кофейного боба, или булочки; гонококк располагается кучками внутри гнойных клеток, или внеклеточно. Эти характерные особенности можно констатировать в свежих случаях; если же процесс существует давно, и гонококков мало, то их может не быть внутри клеток (см. рис. 24).

Для дифференциальной диагностики необходимо бывает прибегнуть к окраске по Gram'у: именно гонококки обезцвечиваются при окраске по



Рис. 24. Гонококки.

Gram'u, и при последовательной окраске карболовым фуксином, сафранином или Бисмаркбрауном принимают эту последнюю окраску, таким образом фиолетовую окраску должны иметь на препарате все микробы красящиеся по Граму, а гонококки розовый или темнокоричневый цвет, в зависимости от того, чем будет произведена дополнительная окраска — фуксином, сафранином или Бисмаркбрауном.

Для исследования на гонококки, мы пользуемся платиновой петлей, которой берут секрет из уретры, и шейки матки.

Гонококк чаще всего имеет там свою локализацию и вообще селится там, где есть цилиндрический эпителий.

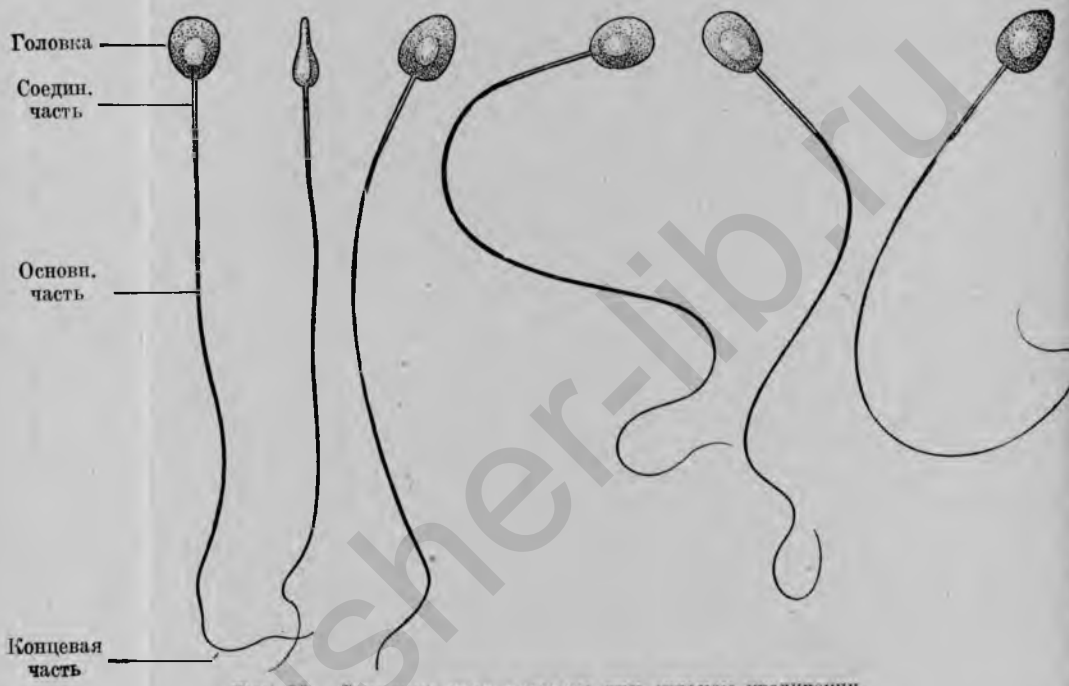


Рис. 25. Семянные нити человека при сильном увеличении.

В затруднительных случаях, благодаря микроскопическому исследованию, мы можем распознать гоноррею, а также иметь контроль над лечением, что представляется чрезвычайно важным. Следует помнить лишь одно, что отрицательные данные менее убедительны чем положительные, которые достоверны. Точно также ненахождение туберкулезных палочек в выделениях матки при клинической картине туберкулеза матки не убедительно, тогда как наличие их достоверно для диагноза.

При микроскопическом исследовании выделений могут быть находимы не только бактерии, но и дрожжевые клетки, а также и паразиты — как напр. *trichomonas vaginalis*, яйца *oxyuris*.

Нахождение же мужского семени имеет и клиническое, и судебно-медицинское значение.

Исследование семени заслуживает некоторого внимания в тех случаях, когда больная обращается с жалобой на бесплодие. Тогда прежде чем предпринять какое либо лечение, нужно исследовать мужа и определить, есть ли у него способные к оплодотворению сперматозонды. Без этого

исследования никакое оперативное лечение бесплодия не должно быть предпринято.

Для того чтобы получить этот объект, нужно после сношения обнажить влагалищную часть матки зеркалами и взять секрет из заднего влагалищного свода, а так как это в большинстве случаев затруднительно, то можно порекомендовать мужу иметь сношение в кондоме, затем осторожно снять последний, перевязать ниточкой, чтобы не вылилось содержимое и сохранять его в теплоте, что сделать не трудно если кондом с содержимым завернуть в чистую марлю и сохранить в подмышечной впадине, до момента, когда он будет доставлен в лабораторию.

При исследовании семени в неразведенном виде обращают внимание на количество сперматозоидов, их морфологию и состояние их подвижности. Лучше всего исследовать разбавивши секрет физиологическим раствором поваренной соли (см. рис. 25).

В отношении бесплодия важно определение *azoospermiae*, когда ясно определяется причина бесплодия, лежащая в заболевании половых желез мужа.

ГЛАВА XVII.

Исследование крови.

Современная гематология нашла широкое применение и в области гинекологии. Методы исследования крови — физический, химический, морфологический, бактериологический и серологический имеют свои применения, как при изучении физиологических, так еще чаще патологических состояний женской половой сферы.

Из наиболее часто применяемых способов исследования крови мы пользуемся для определения степени малокровия при различного рода хронических кровопотерях определением гемоглобина, лейкоцитоза при нагноениях, бактериологическим исследованием крови при всякого рода инфекциях и пр., и серологическими реакциями при туберкулезе, сифилисе, беременности, опухолях и пр.

Определение количества гемоглобина при хронических потерях крови, чаще всего при фибромиомах матки, имеет значение для определения операбельности миомы, так как понижение гемоглобина ниже 40% уже внушает опасения в смысле прогноза при операции. В таких случаях рекомендуется некоторое время выждать и отказаться от операции пока не улучшится от антианемической терапии % содержания гемоглобина в крови.

Точно также при рентгенотерапии миомы матки после 1-ой серии X лучей нередко может наступить столь обильная потеря крови, что явится смертельная опасность у очень анемичной больной, а потому в таких случаях лечение нужно вести возможно энергичнее, давая *maximum* дозы, чтобы сразу вызвать аменоррею.

Особый интерес представляет определение количества лейкоцитов в 1 *смм* крови, так как на основании степени лейкоцитоза мы определяем острые нагноения в клетчатке или трубах, и можем ставить предсказание при септической инфекции.

Хотя явления лейкоцитоза представляют непостоянное явление, в особенности в случаях хронического нагноения, но все же мы можем придавать значение этому положительному признаку, если он будет резко выражен, т. е., если количество лейкоцитов превышает 20 000 в 1 к. мм. крови.

Всякое воспаление маточных придатков сопровождается лейкоцитозом с преобладанием полинуклеаров; когда аднекситы переходят в хроническую стадию, преобладают уже мононуклеары. Если число лейкоцитов равно или превышает 12 000 в 1 куб. миллиметре крови, с 80—85% полинуклеаров, то присутствие гноя весьма вероятно, и последний содержит гноеродные бактерии. Если количество лейкоцитов менее 12 000 в куб. миллиметре крови, то или гноя нет; или гной стерилен.

Из физиологии известно, что на 500 красных кровяных телец приходится 1 белый, или на 5 миллионов красных около 8 000 белых телец. При окраске триадиом Эрлиха они дифференцируются на:

- a) лимфоциты,
- b) большие лимфоциты,
- c) нейтрофильные полинуклеары.
- d) эозинофилы или эозинофилы,
- e) базофилы или Mastzellen,
- моноциты { f) переходные формы,
- g) большие одноядерные клетки Эрлиха.

В нормальной крови:

- 1) лимфоцитов 20—22%
- 2) моноцитов 2—6%
- 3) нейтрофилов 70—75%
- 4) эозинофилов 2—4%
- 5) базофилов 0—1%

При легких формах инфекции наблюдается гиперлейкоцитоз до 15 000 при 85% полинуклеаров и 1% эозинофилов.

При средних формах количество лейкоцитов в 1 куб. миллиметре достигает до 25—30 тысяч при 90% полинуклеаров и 0% эозинофилов, довольно много базофилов.

При тяжелых формах лейкоцитов свыше 25 000, при 95% полинуклеаров и отсутствии базофилов, эозинофилов, тучных и плазматических клеток.

Одновременно конечно следует знать, что существует так наз. пищеварительный лейкоцитоз, лейкоцитоз при pneumonia septica, и лейкопения при брюшном тифе, инфлюэнце, туберкулезе легких.

Имеет также значение и морфология лейкоцитов так наз. Arnet'овская формула, но учитывать ее значение можно лишь при исследовании в специальной лаборатории и хорошем знакомстве с гематологией.

На лейкоцитоз следует смотреть вообще как на благоприятное явление, указывающее на сопротивляемость организма.

При инфекции стрептококками и стафилококками лейкоцитоз значительно выше, чем при инфекции гонококками.

В начале инфекции возрастание абсолютного количества нейтрофилов параллельно возрастанию общего количества лейкоцитов, равно как наклонность лимфоцитов к относительному и эозинофилов к абсолютному уменьшению.

Среди нейтрофильных лейкоцитов на высоте гиперлейкоцитоза берут перевес одноядерные лейкоциты с круглым и лапчатым, но все же одиноким ядром, в то же время нейтрофильные лейкоциты с несколькими разделными ядрами участия в повышении общего количества не принимают.

В дальнейшем, при переходе к выздоровлению, количество лейкоцитов падает до нормы, сравнительно быстро падает абсолютное количество нейтрофилов и повышается количество лимфоцитов и эозинофилов, т. е. происходит приближение к норме.

При прогрессировании инфекции общее количество лейкоцитов растет при постоянном увеличении нейтрофилов и уменьшении лимфоцитов и эозинофилов.

При септической инфекции я лично придаю громадное значение исследованию крови, при чем исключение *f. recurrens* и *malaria* достигается бактериоскопическим исследованием, а выяснение характера инфекции путем исследования посевами (гемокультур).

Чаще всего имеет значение нахождение в крови гемолитических стрептококков и стафилококков; если последнее своевременно сделано, то применение специфической сыворотки может дать успех в некоторых случаях.

В исследовании крови мы имеем способ отличия бактериемии от токсемии, а также данные, чтобы установить предсказание, так как нахождение гемолитического стрептококка в крови почти всегда дает дурное предсказание.

Особенный интерес представляют для гинеколога серологические реакции, как напр. реакция *Wassermann'a* при сифилисе, *Abderhalden'a* при беременности, *Вейнберга* при эхинококке, *Bordet-Gengou* при гонорее и пр., а также анафилактическая реакция на туберкулез (кожная реакция) по *Pirquet* и *Calmette*.

Реакция *Wassermann'a* имеет большое общемедицинское значение, как метод распознавания сифилиса, в гинекологии (resp. акушерстве) при привычных выкидышах, при кровотечениях (сифилит. метрит), в некоторых случаях язвенных процессов на наружных половых органах, характер которых трудно установить и пр.

Реакция *Wassermann'a* является обязательной также при выборе кормилицы.

Специфический интерес в гинекологии (акушерстве) имеет также реакция *Abderhalden'a*, применение которой нашло место почти в каждой акушерско-гинекологической клинике. Метод этот имеет несомненно огромное будущее, помимо чисто биологического интереса и огромное практическое значение. Для подтверждения привожу выдержку из известного руководства по акушерству *Bumm'a*:

Для затруднительных случаев распознавания беременности *Abderhalden* дал важное диагностическое пособие своим методом серологического доказательства беременности. Он исходит из того взгляда, что при внедрении фетальных ворсин в материнскую ткань клеточные элементы плода, а при живом плацентарном обмене также чуждые крови белковые вещества попадают в кровеносные пути матери. Материнский организм старается избавиться от этих, хотя сродных ему, но чуждых крови (*Blutfremde*) веществ, при чем он с помощью специально вырабатываемых ферментов вызывает их расщепление. Нахождение этих ферментов, которые способны расщеплять плацентарный белок, составляет основу *Abderhalden'sкого* серологического диагноза беременности.

Есть два способа констатировать упомянутые ферменты: способ диализа и оптический метод. При первом плацентарная ткань вываривается до

тех пор, пока жидкость, в которой она вываривается, не перестанет давать на холоде фиолетовую окраску от прибавления натриевой щелочи и слабого раствора купороса (Биуретовая реакция) или сине-фиолетовую окраску от кипячения с раствором нингидрина (Ninhydrin'овая проба); затем она помещается в диализационную трубку вместе с 1¹/₂ куб. сант. абсолютно свободной от гемоглобина сыворотки, и смесь диализируется в дистиллированную воду. Если наружная жидкость обнаруживает биуретовую или нингидриновую реакцию, значит произошло расщепление плацентарной ткани, и сыворотка происходит от беременной; если реакция отрицательна, то соответствующая особа не беременна.

При оптическом методе расщепление определяется поляризационным аппаратом. Смешивают 1 куб. с. сыворотки с 1 куб. с. пептона, добытого из плацентарного белка и определяют вращательную способность смеси. Если происходит расщепление, то первоначальное вращение изменяется; сыворотка небеременных не вызывает никакого изменения вращения. Специфические ли это реакции, доказывает ли положительный результат их с уверенностью беременность, а отрицательный столь же уверенно отсутствие беременности, это должны еще выяснить обширные наблюдения. Пока только установлено, что во избежание многих источников ошибок требуется очень точная работа. Поэтому исследование это, как и другие серологические реакции, лучше всего производить в специальных институтах.

Таким образом в затруднительных случаях распознавание как маточной беременности, так и внематочной, особенно последней, имеет огромное практическое значение при наличии всех прочих клинических симптомов.

Реакция *Abderhalden*'а должна также дать указания при дифференциальной диагностике новообразований матки и беременности, а также воспалительного заболевания придатков от внематочной беременности. Серологическая диагностика новообразований в настоящее время находится в стадии изучения и в практической гинекологии применения еще не получила.

Практика доказала целесообразность реакции *Weinberg*'а при подозрении на эхинококк, а также реакции *Bordet-Gengou* при гонорее. Реакция *Riquet* на туберкулез имеет значение помимо распознавания бугорчатки легких и костей также и для тbc женской половой сферы, в особенности при заболеваниях придатков она имеет широкое применение, особенно в германских клиниках.

ГЛАВА XVIII.

Исследование мочевой системы.

Одной из пограничных областей с гинекологией является урология, знакомство с которой для гинеколога-специалиста является крайне важным и чрезвычайно необходимым, как для диагностики, так и для терапии.

Связь мочевых органов с половыми эмбриологическая и анатомическая; с особенной резкостью она обнаруживается в патологии этих систем; само собой разумеется, что каждая из этих систем может заболеть самостоятельно, хотя бы этиология была общая, как напр.

гоноррея, или совершенно независимо друг от друга. Могут быть также случаи, когда заболевание поражает половую сферу и затем переходит на мочевые органы, напр. рак матки может перейти на мочевой пузырь или нагноившийся параметрит вскрыться в пузырь и дать жестокий катарр последнего и пр.

Кроме того, в целом ряде случаев, поражение мочевой системы так или иначе находится в связи с физиологией и патологией женских половых органов — напр. почка беременных, пиелит беременных, катарр мочевого пузыря.

Кроме того, как последствие родового акта возможны случаи повреждения мочевого пузыря и мочеточников, что не исключается также и при производстве всякого рода гинекологических операций, а поэтому гинекологу поневоле необходимо знакомство с урологией, и необходимо знакомство с ее специальными способами исследования.

В диагностике опухолей брюшной полости возможны также случаи, когда необходима дифференциация новообразований яичника от опухолей почки, а это возможно лишь при условии знакомства с урологическими методами исследования.

Эти методы суть анамнез, симптоматология, в состав которой входят расстройства мочеиспускания — болезненное мочеиспускание, частые позывы, выделение мочи по каплям, невозможность мочеиспускания, кровавая моча, гнойная моча, вонючая моча и пр.

Данные исследования — осмотр, ощупывание почек, исследование мочи, исследование катетером, расширение мочеиспускательного канала для целей ощупывания и зондирования мочеточников, а в последнее время цистоскопия и зондирование мочеточников.

Особый отдел составляет физическое, химическое, микроскопическое, бактериоскопическое и бактериологическое исследование мочи.

Как видно из вышеизложенного, урология представляет вполне разработанный отдел медицины и является такой же специальностью как и гинекология, ушные, горловые и др. болезни, может быть, лишь меньшего юб'ема и содержания.

При расспросах о функции мочевой системы лучше всего пользоваться схемой Thompson'a, вопросы которой касаются всех ее отделов.

Схема Thompson'a:

Часто ли вы мочитесь?

Если да, то сколько раз в день?

Мочитесь ли чаще днем или ночью?

Усиливается ли частота от движения или других каких либо обстоятельств?

Не чувствуете ли вы боли, когда мочитесь?

До или во время прохождения струи?

Острая боль или тупая, проходящая или продолжительная, связанная с актом мочеиспускания и не является ли она от резких движений?

Не изменился ли вид мочи, светлая ли она или мутная?

Нет ли притом крови?

Темная, алая или коричневая?

Есть ли боли в спине или пояснице?

При осмотре мочевой системы мы обращаем внимание на местоположение наружного отверстия мочеиспускательного канала, его форму, окраску слизистой и пр.

Мы можем здесь встретить некоторые пороки развития *huro-epispadia*, расширение уретры, ее разрывы, иногда полипы, покраснение слизистой наружного отверстия мочеиспускательного канала, гнойвидные выделения из последнего, новообразования и пр.

Покраснение наружного отверстия мочеиспускательного канала и гнойвидные выделения из него служат обыкновенно признаками уретрита, чаще всего гонорройного происхождения.



Рис. 26. *a* — женский катетер; *b* — мужской.



Рис. 27. Техника катетеризации

Ощупывая при исследовании через влагалище переднюю стенку его, мы легко можем выдавить из уретры гнойное ее содержимое, а также определить утолщение стенок мочеиспускательного канала.

С боковых сторон вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала находятся углубления в виде слепых каналов, так наз. парауретральные железы или Скиповские железы, которые также могут быть поражаемы гонорреей. При внутреннем исследовании — простом и ком-

бинированном — мы определяем состояние стенок мочевого пузыря, их утолщение, чувствительность.

Чувствительность определить не трудно, но утолщение стенок не всегда удается констатировать.

Следует помнить, что переполнение мочевого пузыря может симулировать опухоль — кисту яичника — и потому всегда перед исследованием нужно выпустить мочу катетером, или предложить больной помочиться (см. рис. 26 и 27).

При комбинированном исследовании, зная топографию (ход) мочеточников гадательно, мы можем предполагать, что ощупываем вблизи *synchondrosis sacroiliaca* мочеточник, а при пальпации почечной области в положении на спине или на боку, или в стоячем положении мы можем определить смещение почки, ее увеличение и чувствительность.

Следует иметь в виду, что при пальпации смещенной почки временно появляется белок в моче. Если альбуминурии раньше не было, то этим не трудно установить дифференциальный диагноз между опухолями других органов и заболеванием почек.

Громадное значение в гинекологии имеет исследование мочи у каждой беременной и у каждой больной, подлежащей операции. У каждой больной, имеющей симптом со стороны мочевых органов, моча должна быть исследуема, и, само собой разумеется, у каждой больной, находящейся в клинике.

У каждой беременной следует исследовать мочу в самом начале беременности для того, чтобы определить, нет ли у нее нефрита, так как последний является показанием для прерывания беременности.

Во второй половине беременности исследование мочи необходимо для выяснения, нет ли развития почки беременных, которая в 50% случаев дает эклампсию во время беременности, или во время родов и послеродового периода.

При исследовании мочи необходимо обратить внимание не только на присутствие белка, но и на форменные элементы в осадке — цилиндры, лейкоциты, красные кровяные тельца и пр., т. е. все те элементы, которые наблюдаются при нефрите.

Кроме почки беременных и нефритов появление белка в моче является серьезным симптомом при рвоте беременных, при так наз. *vomitus perniciosis* в смысле показания к прерыванию беременности, так как появление белка может служить указанием на серьезную опасность, угрожающую жизни больной.

При таких условиях появление ацетона или ацетоуксусной кислоты указывает, что больная достигла высокой степени истощения и голодание достигло крайнего предела.

При острой желтой атрофии печени в моче появляется лейцин и тирозин.

Из осложнений беременности со стороны мочевой системы имеет значение катарр мочевого пузыря и почечных лоханок, распознавание которых может быть сделано лишь путем анализа и другими способами.

Нахождение сахара в моче беременных и кормящих женщин, в особенности в конце беременности не имеет особенного прогностического значения, но развитие диабета у беременных является серьезным осложнением, требующим прерывания беременности.

Второе положение, что анализ мочи должен быть произведен у всякой больной, подлежащей операции, основывается на том, что нахождение

белка или сахара в моче является противопоказанием к применению наркоза, в особенности хлороформа и может служить препятствием для операции.

Точно также понижение $\%$ мочевины в моче ниже известной нормы до 40 $\%$ является указанием на глубокое малокровие, составляющее препятствие для хирургического пособия.

Существуют в литературе указания, что нахождение ацетона в моче служит указанием на распад в опухоли, нахождение пептонов или индикана на гниение, но все эти данные не получили подтверждения и потому практического значения не имеют.

При симптомах со стороны мочевых органов исследование мочи является чрезвычайно верным способом, так как этим путем мы можем определить, какой орган поражен: моченоспускательный канал, мочевого пузыря, почечная лоханка или почка.

Особенно труден дифференциальный диагноз между пиелитом и циститом на основании одного лишь анализа мочи, затруднителен он также, если приходится различать между этими заболеваниями и вскрывшимся абсцессом в пузырь из нагноившагося параметрита.



Рис. 28. Цистоскоп для мочеточников.

Таким образом физикохимическое и микроскопическое исследование мочи и ее осадка в целом ряде случаев могут дать указания на функциональное расстройство или органическое поражение мочевой системы, причем особенно важным является определение удельного веса, реакции, обнаружение белка, лейкоцитов и красных кровяных телец в осадке, клеток эпителия мочевого пузыря, хвостатых клеток почечных лоханок, клеток почечного эпителия, гиалиновых и зернистых цилиндров и присутствие солей.

Следует помнить лишь одно, что анализ мочи тогда лишь заслуживает веры, когда моча взята катетером и собрана в (чистом) сосуде.

Соблюдение всех правил асептики особенно необходимо при бактериоскопическом и бактериологическом исследовании осадка мочи.

Следует отметить, что обнаружить гонококки и туберкулезные палочки в моче бывает иногда очень затруднительно. Чтобы решить вопрос о бугорчатке, следует вырыснуть осадок в брюшную полость морской свинки и, спустя 1—1½ месяца, выяснить развился ли у последней туберкулез.

При выпуске мочи катетером мы можем даже простым глазом видеть какая моча вытекает — чистая ли или с примесью гноя или крови.

При катетеризации мочевого пузыря, путем ощупывания — простого или комбинированного — мы определяем чувствительность стенок, а также можем ощупать внутри мочевого пузыря камень или инородное тело.

При исследовании катетером требуется соблюдение строгой асептики, т. е. катетер должен быть свежее прокипячен, а наружное отверстие уретры промыто сулемой 1:1000.

Если данные анализа мочи и катетеризации недостаточны, то приходится прибегнуть к цистоскопии и к зондированию мочеточников (см. рис. 28).

Напомним, что последний метод имеет громадное значение для гинеколога, и современному гинекологу крайне необходимо уметь владеть этим способом исследования.

Лучший инструмент вырабатывает фирма Wolf'a с оптической частью фирмы Zeiss'a в Берлине.

Техника цистоскопии проста, нужно иметь инструмент, реостат, электрический свет и приспособления для промывания мочевого пузыря; электрическое освещение можно устроить, взяв 3 элемента от карманного электрического фонарика.

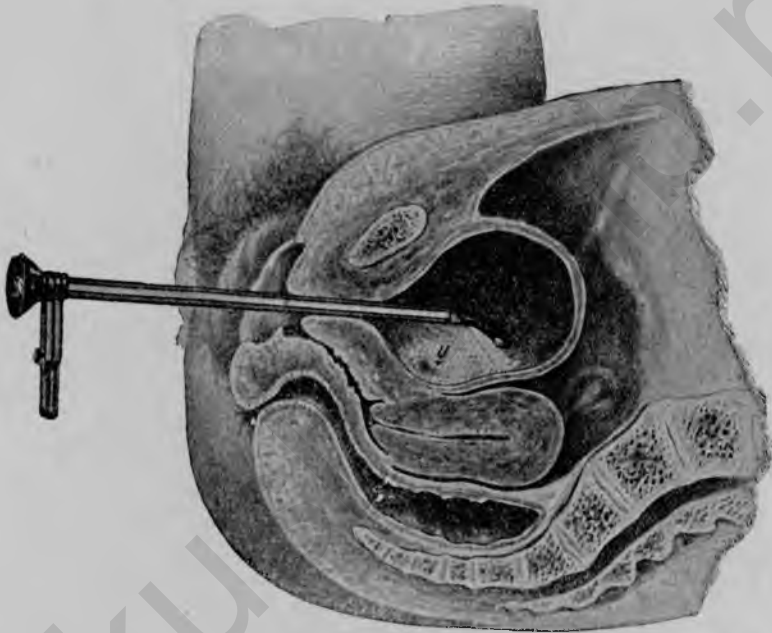


Рис. 29. Цистоскопия. Осмотр правого устья уретры.

Для того, чтобы научиться цистоскопии нужно поупражняться на фантоме и затем проделать неоднократно эту манипуляцию на живой женщине под руководством опытного исследователя.

При цистоскопии необходимо иметь прозрачную среду, для чего пузырь тщательно промывается при катарре 2% раствором борной кислоты. Эту процедуру приходится проделывать несколько раз, пока вытекающая из пузыря жидкость не будет совершенно чистой, затем пузырь наполняют тем же раствором борной кислоты в количестве 100—150 см³ и вводят цистоскоп с незажженной лампочкой, как вводят катетер, затем включают источник электрического света и осматривают стенки мочевого пузыря, отверстия мочеточников, *trigonum Lieutaudii* и пр. (см. рис. 29).

Цистоскопия дает определенный ответ вместе с анализом мочи, имеем ли мы самостоятельное поражение мочевого пузыря, или же процесс в пузыре последовательного характера вследствие перехода заболевания с половых органов на пузырь.

При рассматривании цистоскопических картин, взятых из практики гинекологов, мы встретим целый ряд интересных случаев, которые без применения цистоскопии можно бы принять за упорные катарры мочевого пузыря, как напр. цистит вследствие попадания в пузырь инородных тел — лигатур, наложенных на ампутированную матку при надвлагалищной ампутации и давших инфильтрацию культи, перешедшую в нагноение, в свою очередь вскрывшееся в мочевой пузырь; забытый тампон в брюшной полости, давший также нагноение, забытый при операции пинцет, головка спиальки, введенная в мочевой пузырь с целью онанизма и пр.¹⁾

Кроме того, цистоскопия может обнаружить так наз. *oedema bullosum* слизистой оболочки мочевого пузыря при раке шейки матки или при параметрите, а также переход ракового процесса с матки на пузырь в виде отдельного узла и пр.

Наблюдение при цистоскопическом исследовании функций мочеточников убеждает нас в том, насколько правильно функционируют обе почки, т. е. что они обе существуют и выделяют мочу, что важно при присутствии мочеточникового свища, во время операции при случайной перевязке мочеточника, у однопочечных субъектов и пр.

В случае присутствия гноя или крови в моче мы путем цистоскопии и зондирования мочеточников определяем, выделяется ли гной в пузырь, т. е. образуется ли он в нем или попадает в пузырь из почки, или окружающих органов. Получив мочу из каждой почки в отдельности, мы можем определить, какая почка больна и каким процессом, если полученную мочу подвергнем исследованию физическому, химическому и бактериологическому.

Выпрыскивая под кожу флоридзин или метиленовую синьку, мы определяем функциональную способность каждой почки в отдельности, т. е. количество здоровой в ней паренхимы путем определения ‰ сахара или метиленовой синьки в моче, и этим путем ставим разные показания для лечения — связанного с исключением деятельности почки путем ее удаления.

Таким образом в целом ряде случаев цистоскопия и зондирование мочеточников помогают гинекологу поставить диагноз, причем показания к этому методу исследования устанавливаются данными истории болезни и урология является ближайшей пограничной областью гинекологии.

Что касается бактериологии мочевой системы, то нормальная уретра в передней части всегда содержит бактерии, более глубокие части содержат незначительное количество бактерий и нередко бывают стерильны.

Морфологически различают — стафилококки, стрептококки и диплококки.

Обычный обитатель длинный стрептококк окрашивается по Граму, не мутит бульона, optimum роста 37°, дает нежные маленькие колонии на агаре, не патогенен.

Диплококк по форме напоминающий гонококка, но отличающийся тем, что окрашивается по Граму, безвредный сапрофит, по величине больше гонококка, не разжижает желатина.

Встречаются пигментные виды: оранжевые, желтые и др. кокки и стафилококки, палочки псевдодифтерии и кислотоупорные *bac. smegmae*, а также анаэробы *perfringens*, *racemosus*. Патогенные микробы встречаются в 3 ‰: *bac. coli*, *strepto-* и *staphylococcus*.

¹⁾ Ср. атлас Stöckel'я, в котором наглядно иллюстрированы все цистоскопические картины, имеющие значения для гинеколога.

ДОБАВЛЕНИЕ.

ГЛАВА XIX.

Утероскопия и ректоскопия.

Сравнительно с цистоскопией, эти два метода имеют гораздо меньше практического значения в гинекологии. — Гинеколог смотрит на первый из этих способов, как на излишний, и утероскопия не нашла широкого применения, так как полость нормальной матки, ее емкость чрезвычайно



Рис. 30. Ректоскоп in situ.

малы, около 1 см, манипулировать в ней инструментом очень затруднительно, наполнить матку прозрачной средой и ввести инструмент на подобие цистоскопа невозможно, и потому осмотр полости матки представляет значительное техническое затруднение и изобретенные для этой цели инструменты не оправдывают своего назначения. Лучшим из них является утероскоп Давида. Это цилиндрическая металлическая трубка, длиной около 12 см, в диаметре около 1 см, которая вводится в матку после предварительного ее расширения. В конце этой трубки находится электрическая лампочка накаливания, освещающая площадь, соприкасающуюся с отверстием введенной в матку части трубки.

Этот метод не мог войти в клиническую практику, и пригодность его в данное время крайне проблематична, может быть, если бы при его посредстве удалось достигнуть не только осмотра полости матки, но

и зондирования Фаллопиевых труб, то он бы мог приобрести и практическое значение.

Гораздо более значения имеет ректоскопия в хирургии и в гинекологии благодаря более тщательно разработанной методике и усовершенствованным Цитрауссом инструментам. Между кишечником и женской половой сферой существует тесная связь, всякие разрывы промежности с повреждением наружного сфинктера или передней стенки прямой кишки, расхождение краев мускула levator ani, геморрой, переход злокачественных новообразований матки и влагалища на кишку, интралигаментарные опухоли, вросшие в брыжейку flexurae sigmoideae, вскрытие гнойников в кишку и пр. заставляют прибегать нас к ректоскопии для выяснения разных частностей поражения кишечника.

Этот метод исследования отличается простотой. Кишечник предварительно опорожняется слабительным и клизмами, затем в колено-локтевом положении вводится цилиндр с obturatorом на глубину 14—15 сант., obturator затем вынимается и ампула прямой кишки растягивается входящим воздухом; тогда большая переводится в крестцовоспинное положение и в ректоскоп вводится электрическая лампочка; при освещении ректоскопом обнаруживаются части слизистой оболочки кишки и дается возможность осмотра почти всей прямой кишки, и распознавание рака прямой кишки, свища, геморроидального расширения вен, полипов и пр. производится не только путем ощупывания, или по симптомам, но и путем осмотра (см. рис. 30).

В некоторых затруднительных для диагностики случаях гинекологу приходится прибегать и к этому способу.

ГЛАВА XX.

Рентгеновские лучи в гинекологии.

X-лучи, несмотря на всю свою недавность изобретения, заняли в гинекологии одно из самых видных мест, как в диагностике, так и терапии; в X-лучах несомненно имеем крупное завоевание для медицины, и каждому практическому гинекологу крайне важно знать, что этот метод может ему дать и с какой целью его следует применять.

Диагностическое значение X-лучей сравнительно с их терапевтическим применением в гинекологии невелико, и для целей диагностики мы можем обойтись более простыми способами исследования, уже указанными выше.

Но все же есть целый ряд случаев, когда приходится прибегать к Рентгеновским лучам, чтобы подтвердить или опровергнуть наши предположения.

Предложение Contremoulin'a применять X-лучи для определения формы узкого таза, а также его размеров, не имеет практического значения в виду того, что этот способ мало разработан. Для целей диагностики не требуется точность до 1 mm, а благодаря своей сложности этот способ не может конкурировать с обыкновенными ручными или инструментальными тазоизмерениями.

В определении же характера сужения, всяких новообразований тазовых стенок он является весьма пригодным. Точно также диагностика бере-

менности помощью X-лучей не могла получить долго широкого применения — благодаря дыхательным движениям матери, движениям плода, присутствию околоплодных жидкостей и пр. Лишь во второй половине беременности можно определить головку плода. В последнее время были получены снимки и в первой половине беременности.

Во всяком случае в затруднительных случаях диагностики беременности, как маточной, так и внематочной, X-лучи могут дать некоторые заслуживающие внимания данные, но в общем к ним приходится прибегать сравнительно редко, так как в начальной стадии беременности X-лучи не дают никаких определенных данных, а во второй половине беременности мы имеем целый ряд таких достоверных данных, которые могут быть определены даже малоопытным исследователем.

Точно также в гинекологии для диагностики опухолей брюшной полости нам сравнительно редко придется прибегать к помощи X-лучей. Мы имеем целый ряд в настоящее время простых способов исследования, при помощи которых распознавание опухоли не представляет особенного затруднения, Рентгеновские лучи применимы в тех случаях, когда затруднительна дифференциальная диагностика между опухолью кишечника, почки и яичника, или когда является вопрос об отношении опухоли к кишечнику и пр.

Наполнив кишечник смесями, непроницаемыми для X-лучей и вводя в мочеточник непроницаемый для X-лучей катетер, мы можем легко ориентироваться и ставить дифференциальный диагноз с большой точностью.

Точно также X-лучи могут оказать несомненные услуги при определении инородных тел в брюшной полости — бузей, катетеров и др. инструментов, вводимых в полость матки с целью вызвать выкидыш и проникающих в брюшную полость.

Подобного рода случаи особенно затруднительны в диагностическом отношении, так как больные умышленно умалчивают причину болезни и клиническая картина представляется в высшей степени запутанной. Так в одном случае из клиники Виллие больная заявила, что она делала спринцевание при помощи металлического мужского катетера с целью вызвать выкидыш и ввела этот катетер в матку, в это время кто то вошел в соседнюю комнату и она так испугалась, что быстро встала, причем, катетер исчез. Самое тщательное исследование не могло определить ничего ненормального, присутствие катетера в брюшной полости не давало никаких симптомов, снимок же показал его присутствие в заднем Дугласе, и на основании этого была произведена задняя колпотомия с целью его удаления, что и удалось без затруднения.

В последнее время с целью распознавания опухолей брюшной полости разрабатывается метод так наз. Pneumo-peritoneum.

Сущность способа состоит в наполнении брюшной полости индифферентным газом, что удается сделать сравнительно легко: под местной анестезией, производится небольшой разрез до брюшины, а последняя пунктируется тупой иглой, соединенной при посредстве трубки с газометром. После впускания в брюшную полость известного объема газа производится рентгеновский снимок, дающий очень ясное анатомическое отношение органов. Этот метод обещает обогатить нашу диагностику возможностью определения всякого рода срощений, вращений и пр.

Таким образом X-лучи, как в акушерстве, так и в гинекологии, для целей диагностики не получили широкого распространения, но в терапии заняли очень видную и настолько значительную роль, что в Германии нет гинекологической клиники, в которой не было бы рентгеновского кабинета.

Как только было установлено, что X-лучи обладают селективными свойствами по отношению к эпителиальным клеткам и вызывают атрофию яичников, поражая по преимуществу железистые элементы, X-лучи нашли широкое применение во всех тех случаях, когда являлась необходимость исключить функцию яичников, т. е. в первую очередь при лечении всякого рода кровотечений, в особенности климактерических, а затем при фибромиомах матки.

В настоящее время вопрос о применении X-лучей при лечении фибромиом матки широко разработан трудами как отечественных, так в особенности германских гинекологов, и выработаны точные показания в каких случаях применять операцию и в каких X-лучи.

Не имея своей задачей вдаваться в детали этого вопроса, считаю однако необходимым сказать, что X-лучи противопоказаны при подслизистых миомах, а также в случаях подозрения на злокачественное перерождение опухоли.

У молодых субъектов до 40 лет предпочтительна операция, так как при операции яичники сохраняются, а иногда есть возможность оперировать даже с сохранением и матки, между тем как X-лучи в первую очередь вызывают атрофию яичников.

Противопоказано также применение X-лучей в тех случаях, когда диагноз недостаточно выяснен, и существует сомнение, имеем ли мы дело с кистой яичника или фибромиомой матки. При раке матки X-лучи также нашли применение, в особенности в случаях неоперативного рака матки, совместно с применением радия и мезотория, — а также и без последних, и еще вопрос, что предпочтительнее — жесткие ли лучи X, или радий и мезоторий.

Эта область применения рентгеновских лучей еще находится в стадии изучения, но и те данные, которые уже получились, настолько ободряющи, что заставляют настойчиво вести исследования в этом направлении.

Последние статистики убеждают нас в том, что в деле лечения злокачественных опухолей еще не сказано последнее слово и снова выдвигается вопрос: нож или X-лучи при раке матки. Клиника Döderlein'a получила при лечении разных стадий рака матки настолько благоприятные результаты, применяя X-лучи и другие радиации, что отказалась от оперирования и пользуется исключительно этим методом.

ГЛАВА XXI.

Кабинет врача.

Для приема гинекологических больных необходимо иметь специальную комнату, оборудованную согласно современным научным и практическим требованиям и удовлетворяющую главным образом асептике, и так как для этой цели не может служить обычный приемный кабинет, то на устройстве его следует остановиться особо.

Приемный кабинет должен представлять небольшую комнату, вполне чистую, с полом, покрытым линолеумом, и стенами хорошо оштукатуренными, имеющими окно, дающее хорошее освещение.

Против этого окна ставится стол для исследования, лучше всего модель Veit-Schröder'a, или обыкновенный деревянный стол с ногодержателем.

телями, справа от него находится стол с инструментами, применяемыми для исследования, и лекарственными и перевязочными средствами.

Кроме этой мебели в комнате еще находится умывальник с свежeproкипяченными щетками, хранящимися в банке с дезинфекционной жидкостью (сулемой 1:1000) и кушетка. При умывальнике имеется приспособление для умывания рук спиртом и раствором сулемы 1:1000. Необходимо также вешалка, на которой больная может повесить свое платье, на ней же находится и халат для врача, в котором лучше всего исследовать больную.

Так как при инструментальном исследовании мы должны пользоваться стерильными инструментами, то для последней цели нужно иметь кипячительник для инструментов.

Инструментарий для амбулатории не особенно сложен. Зеркала Симса трех калибров с под'емниками, зеркала Cusco, видоизмененные Landau, 2 пулевых щипцов, зонд № 1, 2 и 3, зонд Лазаревича, 2 зонда Playfair'a, скарификатор, ножницы, корнцанг, длинный анатомический пинцет, наконечники Fritsch-Bozeman, шприц Braun'a.

Из перевязочных средств вата, марля, ксероформная марля, ватки или марлевые тампоны.

Из лекарств: T. Iodi, 10% раствор карболовой кислоты, 1% раствор сулемы (водный и глицериновый), 10% ichtyol-glycerin, неочищенный древесный уксус, ксероформ в инсуфляторе, ol. Camphorae, Ergotin и шприц для подкожных впрыскиваний. При известном материальном благополучии у себя в амбулатории можно иметь аппараты для вибрационного массажа, диатермии и друг.

Асептика рук.

Говоря об устройстве гинекологического кабинета, асептике, необходимо для исследования инструментари и перевязочных средствах, считаю необходимым указать еще и на необходимую асептику рук исследующего. Несомненно грязным в бактериологическом смысле инструментарием можно причинить исследуемой больной разные болезни включительно до sepsis'a, со смертельным исходом. Такой же вред может быть причинен исследующим пальцем гинеколога, если не будут приняты все меры асептики при исследовании, в особенности беременной женщины особенно восприимчивой к инфекции, а так как приступая к исследованию мы часто не знаем, имеем ли мы дело с беременной или небеременной женщиной, то меры асептики рук должны быть соблюдаемы с одинаковой тщательностью при каждом исследовании.

В клинике, больнице и в частной практической деятельности при исследовании беременной, роженицы и родильницы применение мер асептики настолько общепринято, что Витт в своем известном руководстве совершенно справедливо замечает, что тот, кто этих мер не принимает, не только дурной врач, но и дурной человек.

Да и в самом деле, очень странно, если сам врач, который, исследуя роженицу в родильном покое, принимает целый ряд мер как по отношению к себе, так и по отношению к исследуемой женщине, чтобы предупредить инфекцию, на амбулаторном приеме считает достаточным слегка обмыть руки теплой водой с мылом и, в лучшем случае, ополоснуть их в растворе сулемы. С целью асептики сбиваются волосы на vulva, тщательно обмываются наружные половые органы мыльной щеткой, раствором сулемы.

Другие же применяют еще и тщательное влагалищное спринцевание сулемой, после предварительного вымывания влагалища мочалкой и мылом, смазывают наружные половые части иодом и пр. Руки исследующего тщательно обмываются мылом, горячей водой, спиртом и сулемой и после этого производится исследование чистой рукой, или одетой в тонкую резиновую перчатку.

Лично я придерживаюсь принципа тщательно собирать анамнез и если имеются грязные, вонючие, гнойные выделения, то обязательно произвожу исследование в перчатке.

Беременных я принципиально у себя в амбулатории не исследую внутренне, в особенности во второй половине беременности, считая это совершенно излишним, кроме исключительных случаев.

В первой половине беременности внутреннее исследование может быть необходимо для установки диагноза беременности, и тогда необходимо произвести тщательную дезинфекцию рук по Fürbringer'у, т. е. мыть руки мылом, щеткой и горячей водой в течение 5—10 м., затем спиртом 1—2 м., и сулемой 1:1000 1—2 м., кроме того ногтевую фалангу указательного пальца не лишне смазать настойкой иода. Можно также и это исследование производить в резиновой перчатке или резиновом стерилизованном напальчнике. Всякое исследование через прямую кишку должно быть произведено в резиновой перчатке или напальчнике.

Некоторые авторы предпочитают всякое гинекологическое исследование производить в перчатке или резиновом напальчнике, но это представляет особенно в настоящее время большие затруднения вследствие дороговизны резины.

Были еще и другие предложения: акушерский случай исследовать левой рукой, гинекологический правой, но это не вошло во всеобщее употребление, так как оказалось мало практичным, ибо руки загрязняются не только при гинекологическом исследовании, но и при повседневной медицинской практике. В каждом случае, приступая к внутреннему исследованию нужно помнить: 1) что может быть приходится исследовать беременную женщину и что последняя особенно чувствительна к инфекции, 2) что источником послеродовой инфекции являются бактерии, занесенные извне, чаще всего руками исследующего и 3) что влагалище женщины обладает способностью к самоочищению, но лишь до известного предела. Отсюда вывод, что и для врача и для больной было бы лучше всего производить исследование в перчатке, и при известном навыке и незначительном материальном расходе было бы лучше всего, если бы гинекологи при своих внутренних исследованиях пользовались резиновыми перчатками.

Частная диагностика.

akusherlib.ru

Распознавание беременности.

Частная диагностика начинается главой о распознавании беременности, как маточной, так и внематочной. Нет такого состояния, в котором ошибки не выступали бы с такой очевидностью, как при беременности; врач может распознать беременность, когда ее нет, или утверждать, что беременности нет, когда женщина беременна и беременность заканчивается родами; и в первом и во втором случае наносится сильный ущерб репутации врача и дискредитируется его положение, поэтому требуется особенная щепетильность в оценке явлений и осторожность в выводах. Такая ошибка в диагнозе может повлечь и ошибку в терапии и принести существенный вред здоровью.

Кроме того, установление одного факта беременности еще не достаточно для диагноза, есть еще целый ряд частных признаков, вытекающих из диагноза, как то правильная или неправильная беременность, срок беременности, один плод или два, положение плода, срок наступления родов, состояние плода и пр.

В акушерстве признаки беременности разделяются на 3 категории — достоверные, исходящие из плода, вероятные, зависящие от состояния половых органов и сомнительные, обнимающие сопутствующие симптомы и изменения в других органах.

Признаки достоверные — сердцебиение плода, движение плода, констатируемое при ощупывании или выслушивании, шум пупочного канатика, и ощупывание крупной части плода — головки.

Постараемся разобрать все эти достоверные симптомы: сердцебиение, движение плода, шум пупочного канатика; они относятся к так наз. объективным данным, получаемым путем ощупывания и выслушивания живота во второй половине беременности. Таким образом достоверное распознавание беременности может быть сделано лишь во второй половине беременности, т. е. начиная с 5-го месяца, или вполне отчетливо начиная с 6-го месяца беременности, с какого времени можно бывает ощупать и головку плода в виде круглого шарообразного предмета твердой костной консистенции, — отсюда получается вывод, что мы достоверно распознаем беременность в то время, когда она уже легко определяется самой беременною, как по увеличению живота, так и по движению плода и когда она заметна для окружающих.

Вторая категория признаков беременности — вероятных, исходящих из половых органов женщины, является чрезвычайно важной для распознавания беременности в первую ее половину.

Мы отмечаем чрезвычайно характерную окраску слизистой оболочки как входа во влагалище, так и самых влагалищных стенок. Эта окраска, зависящая от застойной гиперемии — цианоза бывает разной интенсивности от слабосиневатого оттенка до темносинего — черносинего. Эта своеобразная окраска почти никогда не отсутствует, нужно лишь к ней повнимательнее относиться; правда, она появляется также незадолго до наступления менструации и держится еще известное время по ее окончании, но затем исчезает и не достигает такой сильной степени.

Следует также отметить своеобразную консистенцию стенок влагалища, а также легкую отечность наружных половых органов, а также маточной

шейки, чтобы сразу заподозрить беременность при одном влагалищном исследовании.

Вероятным признаком беременности служат соответствующие изменения в матке. Главнейшие из них следующие: общее размягчение шейки, размягчение шейки в области внутреннего маточного зева, увеличение матки, тестоватая консистенция тела матки. Самый главный симптом — это увеличение матки и в известных определенных местах размягчение ее, а также общая ее тестоватая консистенция. Таким образом в первую половину беременности распознавание зиждется на целом ряде вероятных признаков, которые нужно уметь добыть и оценить в совокупности с так называемыми сомнительными признаками, исходящими из других органов, как напр. пигментация белой линии, увеличение груди, пигментация сосков, рубцы беременности, тошнота и рвота, всякие извращения вкуса, целый ряд нервных явлений, прекращение менструаций и проч. Каждый из этих признаков в отдельности имеет лишь относительное значение, а в целой совокупности явлений может дать твердое основание для распознавания беременности.

Из анамнеза мы узнаем, что у женщины, находящейся в чадородном возрасте, всегда правильно менструировавшей, менструации прекратились 1—2 мес., одно из самых частых явлений, другое более редкое явление — женщина отметила, что у нее последние менструации были очень скудные, вместо 3—4—5 дней, продолжались 1—2 часа в количестве нескольких пятен, а следующие уже не пришли и что это ее очень беспокоит, не беременна ли она?

Этот первый и ранний симптом нужно подвергнуть тщательному анализу — т. е. узнать, не было ли каких либо других причин, которые могли вызвать аменоррею, как напр. тяжелое заболевание общего характера — тиф, инфлюенца. Не было ли каких либо серьезных нравственных потрясений, которые могли оказать влияние на течение менструаций; в последнее время описаны формы так наз. *Kriegsamenorrhoe*, основанные на недостаточном питании и на сумме переживаний, которые также нужно иметь ввиду при оценке симптома прекращения менструаций.

Из хронических заболеваний, которые могут вызвать прекращение менструации, нужно отметить диабет и туберкулез, и всякого рода хронические нагноения.

Менструации прекращаются, если удалить яичники оперативным путем, или выключить их деятельность путем Рентгеновских лучей, а также когда деятельность яичника заглушена гиперфункцией или дисфункцией щитовидной железы или надпочечников (*morbis Basedowii*, *hypernephroma*, *hypertrichosis*).

В 50% менструации отсутствуют физиологически у кормящих женщин, во всех же остальных случаях у женщин должно правильно происходить менструации, если нет каких либо грубых анатомических несправильностей (*defectus uteri*, *atrophia uteri*, *uterus foetalis*).

Таким образом прекращение менструации у вполне здоровой, находящейся в расцвете половой жизни женщины, мы всегда можем учитывать как симптом, имеющий известное значение. Мы придаем также значение тошнотам, рвоте и извращению вкуса, появляющимся сравнительно рано и обращающим на себя также внимание женщины. Конечно, этот второй симптом имеет гораздо меньше значения, так как иногда является необходимой принадлежностью язвы, рака и даже катарра желудка, а извращение вкуса нередко является обычным спутником истерии.

Переходя к рассмотрению других данных объективного исследования, мы находим среди них и маловажные и заслуживающие серьезного вни-

мания, напр. увеличение груди и пигментация сосков; в начале беременности это явление бывает слабо выражено, возможность выдавливания молока из соска может быть наблюдаема при кистах и миомах, а также вообще у невропатических особ, в особенности у рожавших когда-либо.

Особое внимание следует обращать на состояние груди как то отвислость их, состояние долек молочных желез, пигментацию околососкового кружка, наличие или отсутствие Монгомеровых телец, а также на то, выдавливается ли из сосков молоко или молозиво. У многорожавших груди



Рис. 31. Признак беременности Негар'а.

обыкновенно отвисают, кожа становится морщинистой, дряблою, у первобеременных они представляют тургесцирующее образование с эластичной кожей, через которую просвечивают вены. Пигментация околососкового кружка и выступление Монгомеровых телец является обыкновенным симптомом беременности. Выделение молозива из груди женщины перорожавшей является признаком беременности, хотя и не исключительно характерным, но имеющим некоторое значение в совокупности с другими. Обыкновенно этот признак выступает на сцену во второй половине беременности, но при внематочной беременности его можно наблюдать и в первые месяцы. Иногда выделение молозива можно наблюдать при опухолях яичников и матки — а также у лиц невропатической конституции.

Увеличение живота, рубцы беременности и пигментация белой линии бывают выражены лишь во второй половине беременности и имеют лишь второстепенное значение, так как могут быть наблюдаемы при всякого

рода опухолях, исходящих как из половой сферы, так и из других органов брюшной полости, всякое увеличение живота может сопровождаться отложением пигмента на белой линии, а всякое быстрое увеличение живота сопровождается образованием рубцов, которые и при беременности не всегда наблюдаются.

Гораздо большее значение имеют изменения в половых органах — окраска слизистой оболочки, размягчение стенок влагалища, влагалищной части матки, тестоватая консистенция самой матки и размягчение в области внутреннего маточного зева (признак Hegar'a) (см. рис. 31).

Особенно важно определить увеличение матки, размягчение ее шейки, тестоватую неравномерную консистенцию, и особенно один очень важный

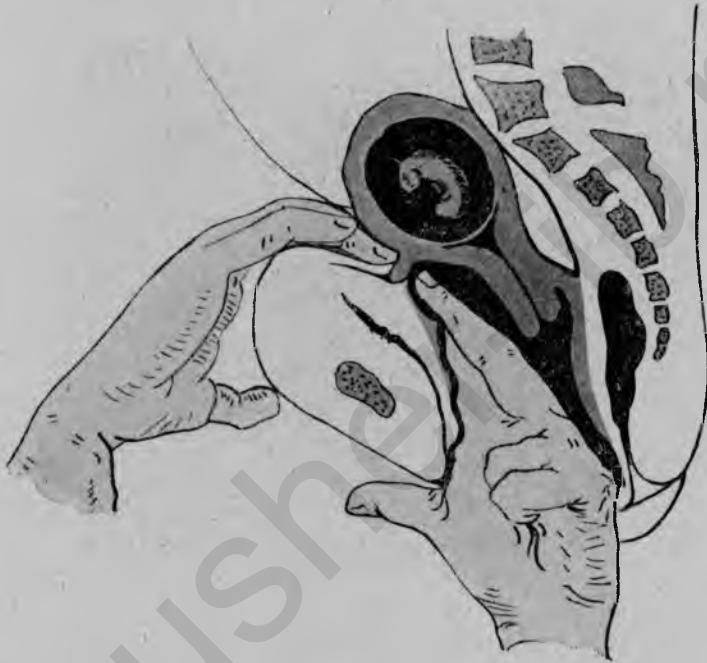


Рис. 32. Образование складки из передней стенки матки.

признак, на который однако мало обращают внимания, это сокращаемость матки.

При ощупывании матка реагирует сокращениями и уплотняется, объем ее кажется меньше, и этот признак уловить труднее в особенности для начинающего, чем определить увеличение матки.

Мы говорим: матка незначительно увеличена, в гусиное яйцо, в кулак, голову новорожденного, дно матки на 2 пальца над лонным соединением, посредине между пупком и лобком, на 2 пальца ниже пупка, на уровне пупка и т. д.

Особенно трудно определение незначительных степеней увеличения матки на 5—6 неделе беременности. Ввиду того, что матка может быть увеличена при воспалении и миоме, то нужно уметь дифференцировать эти состояния. При миоме и метрите шейка и тело матки плотнее, кроме того, при миоме нередко мы можем ощупать и отдельные узлы на ее поверхности, что в значительной степени облегчает дифференциальный диагноз. Очень характерным представляется признак Hegar'a: в некоторых случаях шейка

и тело матки представляются связанными настолько мягким перенейком, что можно ошибочно приписать шейку матки от наружного до внутреннего зева за небольшую матку, а самое тело матки за мягкую эластичную опухоль, напоминающую кисту яичника, что особенно резко выражено при *lateroflexio uteri*, когда положение тела матки в боковом своде очень легко может симулировать кисту яичника. Последнее явление впрочем встречается сравнительно редко.

Кроме первичного признака Негар'а, размягчения в области внутреннего маточного зева, есть еще второй признак, это возможность образования искусственной складки при комбинированном исследовании из пе-

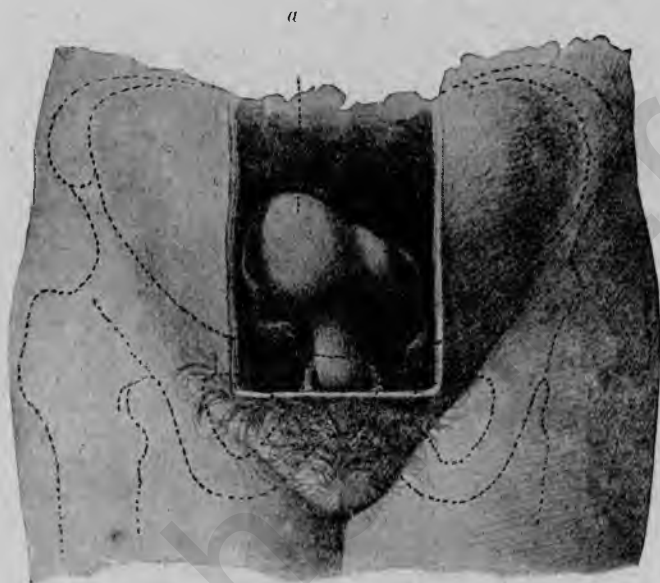


Рис. 33. Признак беременности Рисасек'а,
а — выпячивание правого края матки при беременности III mens.

редней стенки матки, а также признак Рисасек'а, когда асимметричность матки легко выступает при развитии яйца в той или другой половине матки. Последний признак Рисасек'а не всегда наблюдается (см. рис. 32 и 33).

При оценке явления увеличения матки необходимо принять во внимание, что нормальная матка сплюснута в передне-заднем направлении, и что увеличенная матка при воспалении также сохраняет свою форму, при беременности или при *haematometra* форма матки или шарообразна, или приближается к ней.

Но все же этих данных недостаточно, чтобы по одному увеличению матки и изменению ее консистенции определить беременность. Для этого есть еще один верный признак — это прогрессирующий рост беременной матки — с течением беременности. Поэтому при задержке менструации, при симптомах беременности и при увеличении матки необходимо еще констатировать рост беременной матки, чтобы дать заключение о наличии беременности в первые ее месяцы, и поэтому практический гинеколог при первом исследовании высказывает лишь вероятное предположение

о беременности, не склоняясь ни в ту, ни в другую сторону, несмотря на повторные вопросы больной, и рекомендует ей прийти для повторного исследования спустя 2—3 недели и, если за это время обнаружится рост матки, то вероятное предположение переходит в уверенность, в сомнительных же случаях рекомендуется произвести реакцию крови по Abderhalden'у, в особенности, когда выяснение вопроса необходимо сделать спешно.

Поэтому повторяю, что никогда не следует делать поспешных заключений на основании одного признака беременности, так как последствия могут быть очень тяжелы. Так напр. один английский гинеколог на основании признака Hegar'a дал заключение о беременности у девушки, вступившей в нелегальную связь, девушка покончила с собой самоубийством, а по вскрытии была определена не беременность, а подслизистая миома матки.

Гораздо труднее определить беременность или высказать вероятное предположение о ней; если женщина неправильно менструирует (тогда задержка крови не может иметь значения решающего симптома); если забеременеет кормящая женщина, у которой нет менструации, или беременность наступает у женщины очень молодой, или не начавшей менструировать, или у женщины вступающей в климактерий и пр., иначе говоря, есть целый ряд атипичных случаев, где распознавание беременности бывает затруднительно.

Таким образом в первую половину беременности распознавание ставится не на основании одного какого либо симптома, а на основании целого ряда признаков, как субъективных, так и данных объективного исследования и почти всегда на основании повторных исследований, а в затруднительных случаях при помощи реакции Abderhalden'a.

Со второй половины беременности, при внимательном отношении, распознавание беременности не представляет никакого затруднения.

Установивши беременность, мы должны еще определить срок беременности, что опять таки делается на основании анамнеза и объективных данных.

В практическом акушерстве принято считать днем зачатия первый день последней менструации, поэтому вычисление по этим данным не затруднительно, если помнить, что беременность имеет продолжительность в среднем 280 дней т. е. 10 лунных месяцев по 28 дней каждый.

Можно также определить время наступления родов по последней менструации, отсчитав 3 месяца назад и 7 дней вперед и затем из 280 дней продолжительности беременности вычесть время, недостающее до родов, напр. последняя менструация была с 1 по 5 июня, значит роды будут 8 марта. Если мы исследуем больную 1-го сентября, то до родов не хватает сент. 30, окт. 31, ноябр. 30, дек. 31, янв. 31, февр. 28, и 8 марта — итого 189 дней, если вычесть из 280—189 получается 91 д. или 13 недель, или 3 месяца 1 неделя.

Это вычисление однако приблизительное, так как мы не знаем времени импрегнации и ошибки в 2—3 нед. неизбежны.

Мы можем определить срок беременности и по времени шевеления плода, так как последнее соответствует середине беременности, но это вычисление еще менее точно, так как определение времени движения плода, ощущаемого самой беременной, относится к субъективным явлениям и потому до некоторой степени индивидуально. Поэтому взяв для примера первое движение плода 1-е июня, мы определяем роды 16 октября.

Все же определение срока беременности на основании этих данных анамнеза представляется довольно шатким, да и женщины сами нередко путают эти числа или указывают лишь приблизительноное время.

Можно также определить беременность по величине матки: первый месяц незначительное увеличение, второй в гусиное яйцо, третий в кулак, четвертый на 2 пальца выше лобка, пятый на 2 пальца ниже пупка, шестой на пупке, седьмой на 2 пальца выше пупка, восьмой посредине между пупком и мечом, девятый у меча и десятый на середине между пупком и мечом (пупок выпячен) (см. рис. 34).

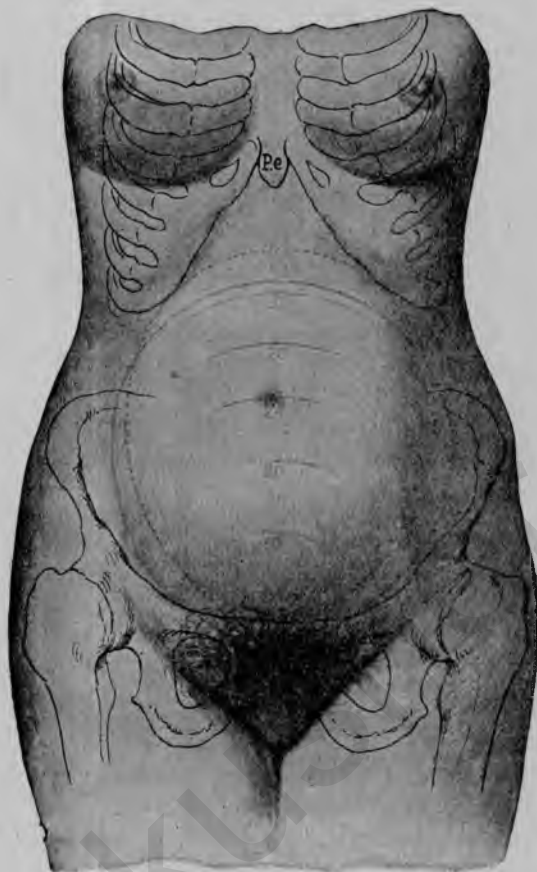


Рис. 34. Уровень стояния дна матки в разные месяцы беременности. Цифры соответствуют числу недель беременности.

ловине беременности состоянием изглаживания маточной шейки, начиная с 9-го месяца, у первобеременной вследствие вступления головки в полость малого таза и отсутствием этих явлений у повторобеременных и также различными способами открытия маточной шейки в первый период родов у перво- и повторобеременных (см. рис. 35 и рис. 36).

В первую половину беременности приходится дифференцировать беременность от 1) хронического метрита, 2) фибромиомы матки, 3) haematometra, 4) кисты яичника, 5) переполнения мочевого пузыря, 6) истерического вздутия живота.

Хронический метрит и фибромиомы матки могут быть смешаны с беременностью лишь при поверхностном исследовании больной, без предва-

Эти данные объективного исследования ценны лишь у первобеременной, когда увеличение матки идет правильно, хотя и здесь могут быть отклонения, так напр. матка может быть большей величины чем соответствует сроку беременности вследствие более обильного накопления жидкости, двоенъ, развития беременности в матке, пораженной миомой, и пр.

Третий вопрос — которая беременность — первая или повторная, является проверкой больной.

Мы руководствуемся формой груди, состоянием рубцов передней брюшной стенки — красные у первобеременной, белые у повторобеременной, а также состоянием девственной плевы — у первых она цела у основания, у вторых она существует только в виде *caruncula mytriformia*, — разрывом задней складки и промежности у повторобеременных, а во второй по-

рительно собранного анамнеза, так как и при том и другом состоянии не наблюдается задержка менструаций, а в первой стадии хронического метрита и при фибромиомах матки всегда бывают обильные потери крови; кроме того, при том и другом состоянии матка и шейка ее плотны, при хроническом метрите матка сплюснута спереди назад, при беременности же матка приближается к шаровидной форме.

При фибромиоме мы можем определить в матке вторичные узлы, а консистенция матки плотна и иногда тверда.

Сравнительно редко встречающуюся haematometra можно легко смешать с беременностью. При ней отсутствует менструация, и матка увеличена и отличить ее от беременности бывает иногда очень затруднительно.

Следует однако заметить, что атрезии почти всегда бывают врожденными и имеют довольно типичную картину, как в анамнезе, так и при исследовании.

Есть их несколько видов, которые необходимо помнить, как то *atresia hymenalis, vaginalis, orificii ext. et interni*, последние две чаще бывают приобретенными.

При первых двух женщина заявляет, что никогда не имела менструации, а с известного возраста у нее появились периодические боли (*colicula menstrualia*), которые все более и более усиливаются. Исследование

через влагалище невозможно, влагалище или все закрыто (*atresia hymenalis*) или на известной высоте слепо заканчивается, т. е. на высоте атрезии.

Через прямую кишку определяется колбасовидная опухоль на месте влагалища (*haematocolpos*), при дальнейшем увеличении эта опухоль выходит из полости таза и прорывается через переднюю брюшную стенку, имея на себе придаток (матку), которая в дальнейшем растягивается накопляющейся жидкостью, образуя опухоль.

Атрезии матки часто приобретаются после прижиганий растворами хлористого цинка, вапоризацией, и даже после очень энергичного выскабливания, или язвенных воспалительных процессов (дифтерит матки).



Рис. 35. Наружные половые органы в конце первой беременности. *h* — девственная плева.

При исследовании оказывается: влагалище нормально, шейка матки изглажена, матка шарообразной формы, *molimina menstrualia* выражены резко; при осмотре зеркалами наружный маточный зев обнаружить не удается. Данные при атрезии внутреннего маточного зева: шейка матки изменений не представляет, но тело матки шарообразно увеличено, *molimina menstrualia* резко выражены. Отличить это состояние от беременности можно лишь при повторном исследовании и при знании анамнеза больной.

Отсутствие признака Hegar'a, плотная консистенция матки и ее шейки, несоответствие размеров матки сроку беременности, *molimina menstrualia*,

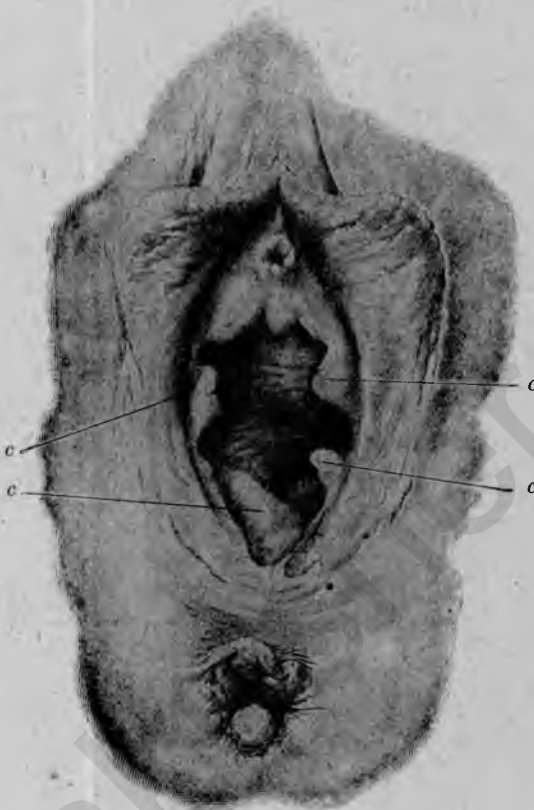


Рис. 36. Наружные половые органы женщины при третьей беременности. *c* — *caruncula myrtiformis*.

служат указанием на эту форму заболевания матки, а не на беременность; в особенности, если мы узнаем, что женщина раньше перенесла какое то тяжелое заболевание, или подвергалась прижиганиям матки указанными средствами.

Некоторое затруднение представляет так наз. *missed abortion*, задержавшийся выкидыш, когда величина матки не соответствует сроку беременности, но общий анамнез, течение беременности до смерти плода, а также данные объективного исследования резко отличаются от *haematometra* при зарощении внутреннего маточного зева.

В этих затруднительных для диагностики случаях существенную помощь оказывают повторные исследования, а также исследование крови по *Abderhalden*'у.

При поверхностном исследовании можно смешать переполненный мочевой пузырь с беременной маткой в особенности если у этой женщины вследствие каких либо причин прекратилась менструация и матка атрофична. Такие случаи могут быть наблюдаемы у психически больных, когда отсутствие анамнеза, субъективных симптомов и общее состояние могут сбить даже опытного исследователя.

Достаточно выпустить мочу катетером и картина сразу выясняется с полной достоверностью.

Можно также смешать кисту яичника с беременностью или вернее говоря наоборот, это легче всего сделать при *lateroflexio* матки и резко выраженном признаке Hegar'a, но лишь при поверхностном исследовании,

так как анамнез и другие признаки беременности не будут соответствовать кисте яичника, а будут говорить за беременность.

Кисту можно принять за беременность также при невнимательном исследовании, если при опухоли яичника матка не легко определяется, но мы имеем способы, чтобы ее отдельно ощупать и тогда сомнения наши будут выяснены. о чем см. главу о кистах яичника.

Насколько трудно иногда бывает распознать беременности, могу привести случай, наблюдавшийся в Lyon в хирургической клинике, когда по

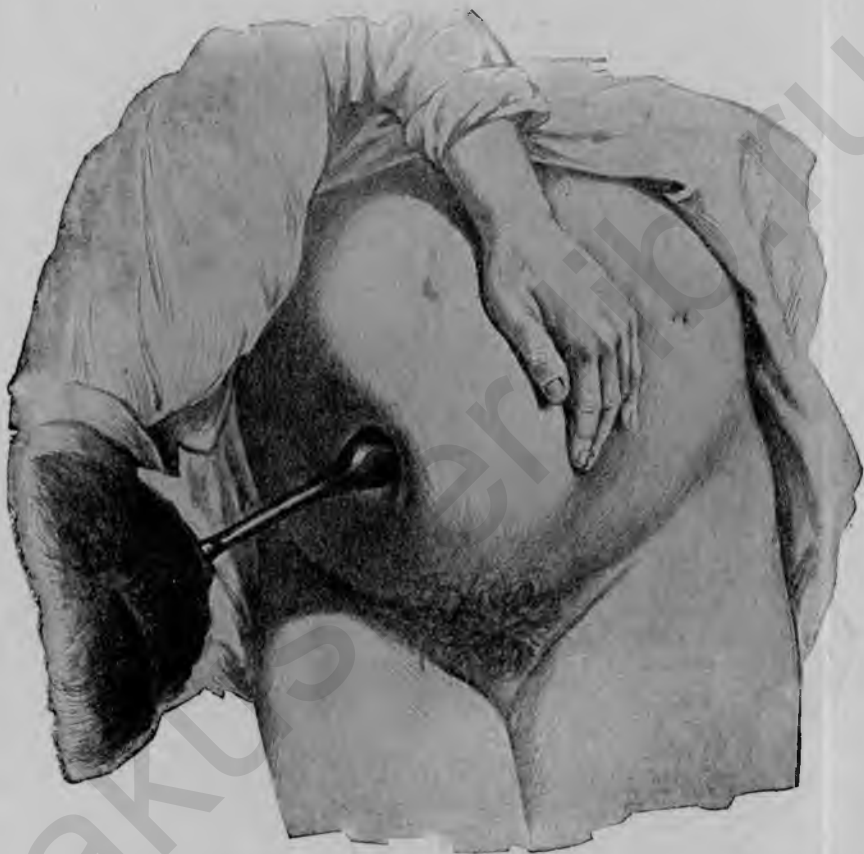


Рис. 37. Аускультация сердечных тонов плода при 2-ом черепном положении (сиппка плода справа).

поводу опухоли матки была произведена операция чревосечения и удаленная миома оказалось беременной маткой.

Интересен также в этом отношении случай, наблюдавшийся мною в Белграде: молодая женщина 26 лет, правильно менструировавшая, имевшая выделение молозива, была принята с диагнозом кисты яичника, последняя как бы отошла к правому яичнику, матка же определялась отдельно. При чревосечении, оказалось, что мягкая эластичная опухоль исходила из матки. Было естественно предположить *uterus gravidus*, тем более, что на правом яичнике находилось *corpus luteum verum* — совершенно типичное. Матка при пальпации не сокращалась, части плода не ощущывались, мы исключили

беременность и ампутировали матку. При вскрытии оказалась подслизистая миома.

Таким образом были признаки беременности — увеличение матки с ясным Hegar'ом, corpus luteum verum, colostrum, а против нее говорило лишь присутствие необильных менструаций. Против сумбукозной миомы говорило отсутствие болей, кровотечений и мягкой консистенции. Случай был совершенно атипичный.

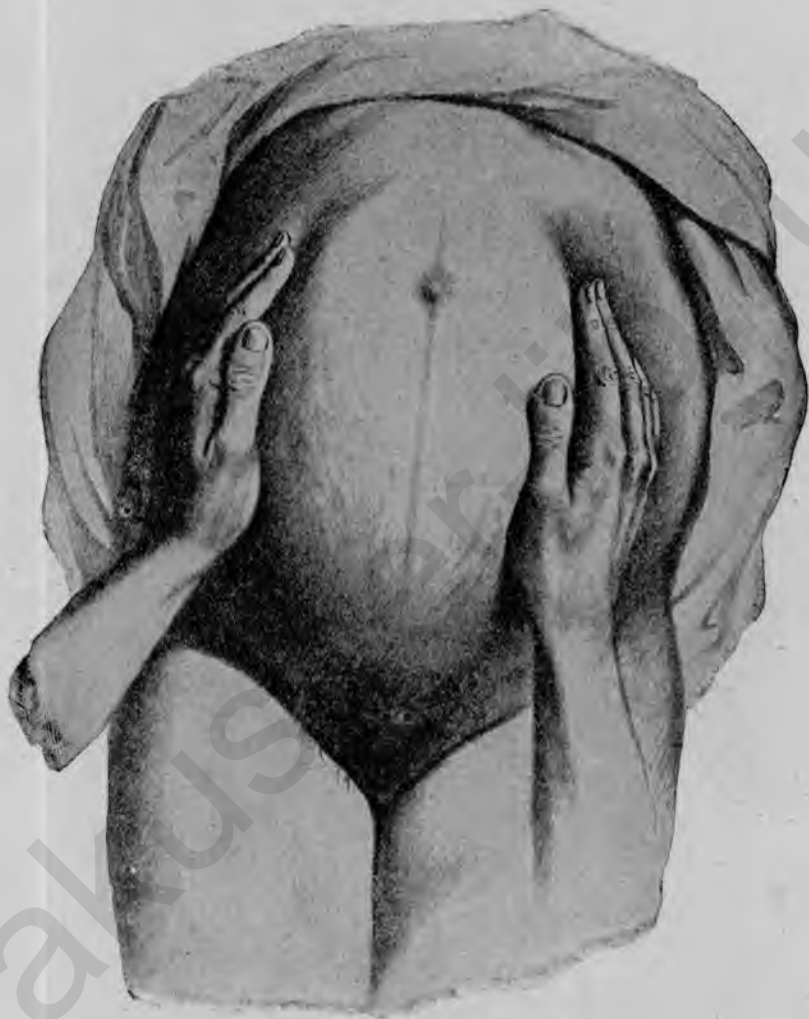


Рис. 38. Прием для определения положения плода.

Истерическое вздутие живота или воображаемую беременность при внимательном исследовании не трудно распознать, если врач основывает диагноз не на симптомах беременности, а на данных объективного исследования, а во второй половине беременности, когда появляются достоверные признаки ее, истерическое вздутие живота распознавательных трудностей не представляет.

Во второй половине беременности, когда появляются достоверные признаки беременности, дифференциальная диагностика становится сравнительно легкой и опухоли матки и яичников и всякого рода другие опухоли брюшной полости и увеличение живота вследствие скопления жидкости (ascites) очень легко исключаются, если мы выслушиваем сердцебиение



Рис. 39. Определение уровня стояния дна матки.

плода, или ощупываем головку (ту крупную часть, которую легче всего определить).

Смешать кисту яичника с беременностью можно лишь с патологической, как напр. с hydramnios, но во всех этих случаях вырывает точное исследование, определение матки отдельно от опухоли, а также клинические наблюдения быстрого роста матки при hydramnios и медленного при кисте, а главное сердцебиение плода и прощупывание его частей дает

возможность отличить беременность от hydramnios. Гораздо труднее диагноз осложненной миомы матки беременностью или кисты яичника ею же, а потому нужно уметь распознавать то и другое состояние в отдельности, чтобы уметь определить совокупность их — патологии с физиологией.

Следующий вопрос, касающийся распознавания беременности — это вопрос, жив или мертв плод.

В первой половине беременности это распознавание устанавливается на основании целого ряда признаков. Если матка прогрессивно увеличи-



Рис. 40. Определение предлежащей части.

вается сообразно сроку беременности и нет никаких отклонений от нормы, то нет никаких оснований думать, что плод мертв. Если же матка останавливается в своем росте, появляются кровянистые выделения, женщина испытывает некоторое недомогание, некоторые субъективные явления прекратились, как напр. тошнота, то предположение о смерти плода является вероятным.

Во второй половине беременности женщина ощущает движение плода, и врач выслушивает его сердцебиение и определяет движение, потому наличие этих признаков с полной убедительностью говорит в пользу жизни плода, а отсутствие их должно быть констатировано опытным исследова-

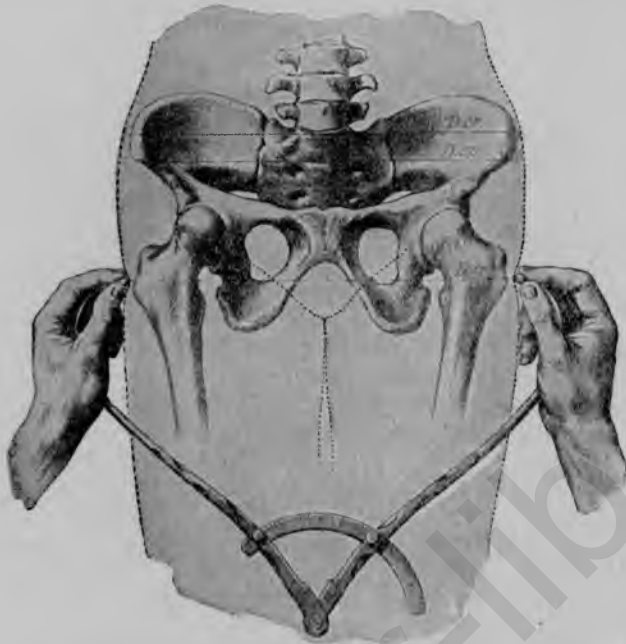


Рис. 41. Техника паружного измерения таза циркулем Martin'a.

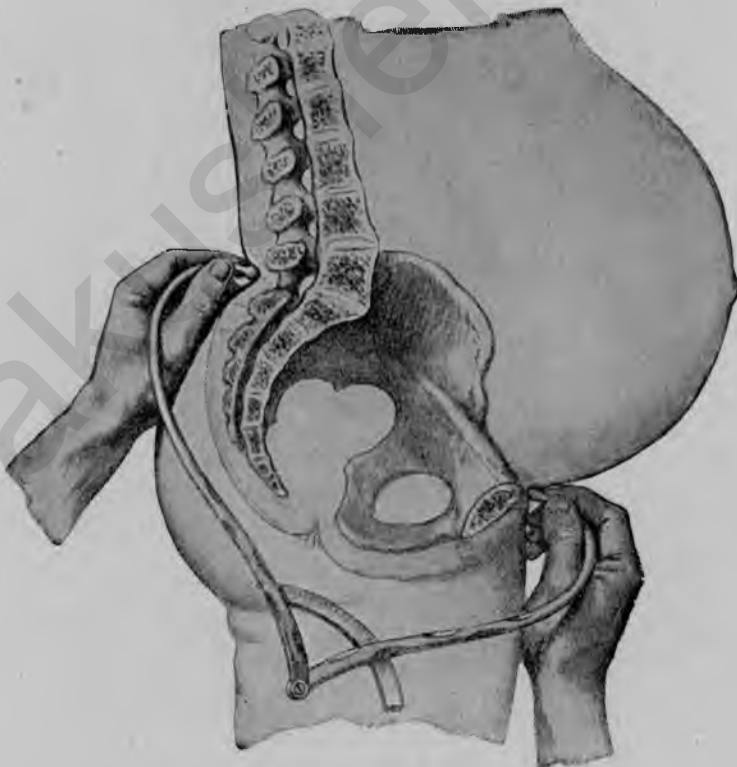


Рис. 42. Измерение conjugata externa.

телем и при повторном исследовании, чтобы ему можно было придать существенное значение (см. рис. 37).

Если женщина заявляет сама, что у нее прекратились движения плода, которые она раньше хорошо наблюдала, если мы раньше выслушивали сердцебиение плода и в известный момент оно не выслушивается, несмотря на повторное и тщательное исследование, если матка перестала увеличиваться, если женщина указывает, что у нее груди отвисли, что температура повышена (37,2—37,3), что у нее в животе как бы болтается постороннее тело, если в анамнезе у супругов есть *lues*, то распознавание смерти плода можно поставить с уверенностью. Среди других вопросов, связанных с беременностью, есть еще некоторые детальные, имеющие исключительно акушерское значение, это — какое положение занимает плод, какой таз и какая беременность — физиологическая или патологическая, а также какие роды нужно ожидать.

Распознавание положений и предлежания плода производится путем наружного и внутреннего исследования — посредством известных приемов



Рис. 43. Измерение *conj. diagonalis*.

Leopold'a, т. е. путем определения границы матки, положения спинки и предлежащей части. Внутреннее исследование имеет целью проверить эти данные и для громадного большинства случаев излишне. Физиологическим считается лишь продольное положение с предлежащим затылком, к физиологическим можно отнести также теменное, лицевое и ягодичное (см. рис. 38, 39 и 40).

Измерение таза производится или наружным путем — тазомерами — или внутренними приемами — измерением *conjugata diagonalis*, или инструментальным измерением *conjugata vera*.

Нормальный размер таза *D. sp.* 25, *D. cr.* 27, *D. tr.* 31 и самый важный *conjugata externa* 20, если последняя 19, то таз может быть нормальный, точно также и при 18, при 17 сужение весьма вероятно и ниже 17 наверное можно предполагать узкий таз. Нормальная *conjugata vera* = 10,8—12 см, *conjugata diagonalis* = 13, если *s. vera* 9, или ниже, то это означает, что таз узкий, из *s. diag.* = 13 нужно вычесть $1\frac{1}{2}$ —2, чтобы получить размер истиной *conjugata*. При *conjugata vera* от 9 до 7 см, еще возможны естественные роды; при *conj.* 5,0 см абсолютно показано кесарское сече-

ние, при *conj. vera* от 7—5 см, роды возможны лишь при перфорации головки плода — относительно показано кесарское сечение (живой плод, отсутствие инфекции) (см. рис. 41, 42 и 43).

Определение положений и предлежаний, а также тазоизмерение требует упражнения и известного навыка, который приобретается в родильном покое и научиться которому по описаниям нельзя.

При установлении предсказания должны быть принимаемы во внимание все данные, полученные при исследовании.

Наилучшее предсказание дают вторые роды, если первые роды прошли благополучно; для первых родов установить предсказание можно, руководствуясь возрастом — (молодая или старая первородящая — после 30 лет считается старая первородящая), общим состоянием, присутствием или отсутствием белей, состоянием таза, положением плода и пр., пр.

Особое внимание следует обратить часто ли подвергалась беременная внутреннему исследованию, особенно в конце беременности, а также как производилось оно с соблюдением ли правил асептики и кем.

Вообще лучше всего таких внутренних исследований беременности без особенной надобности во второй половине не производить.

Если все эти данные благоприятны, то нет основания предполагать, что роды будут неблагоприятны, но предсказание всегда нужно ставить с большой осторожностью, и роды всего лучше вести в лечебном учреждении.

При повторных родах предсказание легче уже установить, так как благоприятное течение предыдущих родов может служить указанием, что таз не представляет сужения и сократительная сила матки и брюшного пресса вполне достаточны, чтобы роды закончились благополучно.

При повторных родах нужно иметь в виду главным образом общее состояние и положение плода; если общее состояние не ухудшилось и положение плода правильное, то естественно ожидать нормальных родов.

У многородящих, когда уже возраст является более старшим и вследствие перенесенных заболеваний организм изнашивается и одновременно с этим и половая сфера подвергается изнашиванию, можно чаще ожидать неправильных положений и осложнений беременности, а потому предсказание при родах должно быть поставлено не менее осторожно, чем у первородящих. У многородящих чаще наблюдается поперечное положение, предлежание последа, преждевременное его отделение, послеродовые кровотечения вследствие атоний и пр.

У первородящих чаще наблюдается эклампсия.

ГЛАВА XXIII.

Распознавание внематочной беременности.

• Распознавание внематочной беременности представляет не мало затруднений, особенно для начинающего гинеколога. Это заболевание очень коварное и с ним нужно очень считаться, так как смертельный исход при этом состоянии при неправильной или несвоевременной помощи случается очень часто. Мы различаем лишь две формы внематочной беременности — трубную и яичниковую, как первичные формы внематочной беременности, при чем наиболее часто встречающейся формой внематоч-

ной беременности считается трубная беременность и редким исключением личниковая. Наиболее частый исход трубной беременности — трубный выкидыш, менее частый разрыв трубы; и в первом и во втором случае наступает кровоизлияние в брюшную полость и образуется заматочная кровяная опухоль — *haematocele retrouterina* (см. рис. 44, 45 и 46).

Если разрыв трубы происходит не в свободную брюшную полость, а в широкую связку (*haematoma lig. lati*), то кровь изливается в широкую связку с дальнейшим развитием плода в широкой связке (межсвязочная трубная беременность, которая может дойти до конца), и наконец вторичная брюшная беременность при *abortus tubarius*, с изгнанием яйца и дальнейшим его развитием в брюшной полости с прикреплением к саленику, брызжейке кишки и пр.

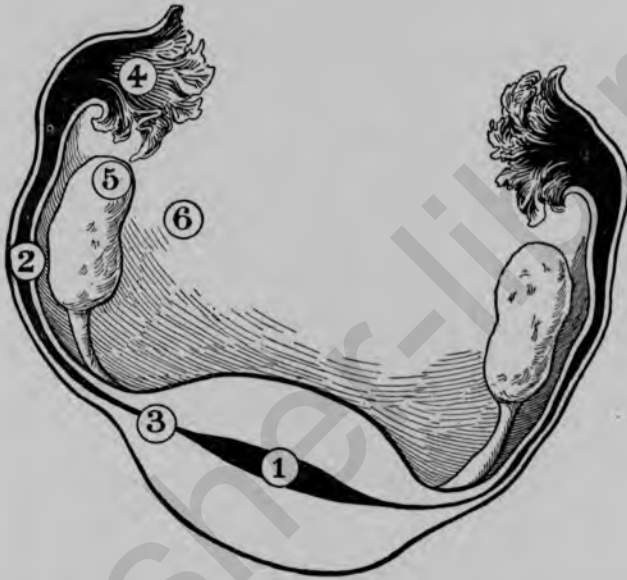


Рис. 44. Горизонтальный разрез внутр. половых органов для наглядного изображ. различн. возможностей прикрепления яйца. 1. Нормальн. прикрепл. на задней или передн. стенке матки. 2. *Graviditas tubaria isthmica*. 3. *Grav. interstitialis*. 4. *Grav. ampullaris*. 5. *Grav. ovarica*. 6. *Grav. abdominalis*.

Исход такой беременности, если она не сразу повлечет за собой смерти матери, или не будет оперирована, — развитие каменного плода (*lithopaedion*) с последующим нагноением, или без такового.

Наблюдения последнего времени указывают на возможность первичной брюшной беременности; первые наблюдения этого рода, относящиеся еще к 90 годам, проф. Рейном были подвергнуты сомнению и оспариваемы. В настоящее время большинство компетентных исследователей допускает эту возможность.

Многообразная картина внематочной беременности создает чрезвычайные трудности для распознавания и ни при какой другой форме заболевания анамнез не играет такой роли, как при внематочной беременности.

Наиболее типичные случаи внематочной беременности следующие: больную привозят в клинику или больницу с очень сбивчивым анамнезом, чаще всего это больная, перенесшая какое либо гинекологическое заболевание, имевшая или роды или выкидыш несколько лет тому назад, мен-

струировавшая правильно. Последняя менструация задержалась на некоторое время, затем появились резкие боли справа или слева внизу живота, сопровождавшиеся частыми позывами к мочеиспусканию, а затем последовало обморочное состояние, больная очень побледнела и потеряла сознание, из влагалища появились кровянистые выделения. При осмотре такой больной можно отметить значительную бледность лица и явления shock'a, больная апатична, очень вяло отвечает на вопросы, температура чаще



Рис. 45. Наружное прободение плодоемestимлища — разрыв трубы

понижена, пульс маленький и частый, живот несколько вздут, при давлении болезнен в подвздошной области, наружные половые органы цианотичны, слегка набухли, маточная шейка размягчена незначительно, зев закрыт, матка незначительно увеличена, признака Hegar'a не бывает, в сводах напряжение и болезненность. Прощупать что либо не удается, а между тем состояние больной бывает настолько тяжелое, что требуется немедленная хирургическая помощь, хотя данные внутреннего кровотечения выступают не всегда ясно.

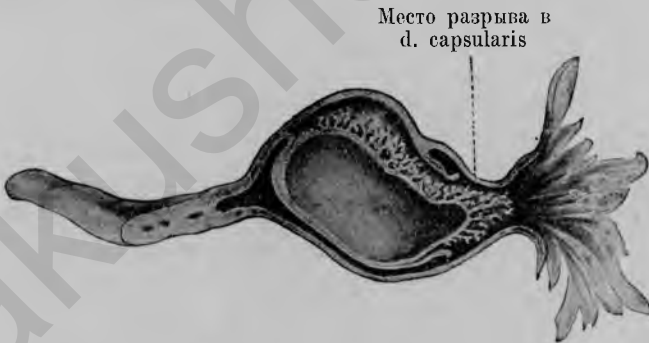


Рис. 46. Внутреннее прободение плодоемestимлища ведет к трубному выкидышу.

Мое внимание всегда было обращено на явления shock'a. Это были в большинстве случаев большие, производившие тяжелое впечатление, с которыми повидимому случилась какая то катастрофа. При поверхностном исследовании можно предположить припадок appendicitis, прохождение камня через мочеточник, припадок желчнокаменной колики и пр., но данные гинекологического исследования, данные анамнеза всегда должны указать истинную причину заболевания и подтвердить действительно трудный диагноз внематочной беременности.

Случай 2-й категории аналогичны описанному лишь с той разницей, что больная заявляет, что у нее это уже второй припадок, после первого она

оправилась и некоторое время была здорова, лишь все время шли из влагалища кровянистые выделения и иногда выходили какие то пленки, серого цвета (*decidua*). Второй припадок наступил также внезапно как и первый, опять появились боли, и больная потеряла сознание. Этот припадок произошел как раз в то время, когда больная ожидала менструации. При наружном осмотре те же данные, что описаны были выше: бледность, малый и частый пульс, из сосков выдавливается молозиво, что особенно характерно для внематочной беременности, при которой молозиво появляется гораздо раньше, чем при маточной беременности. При внутреннем исследовании цианоз слизистой входа во влагалище, разрыхление наружных половых органов, стенки влагалища мягки, маточная шейка мягка, матка увеличена, но не соответственно времени беременности, а значительно меньше, положение матки чаще всего *anteflexio*, *antepositio*, иногда *lateropositio* и редко *retroflexio*, задний свод выпячен в виде клина, при чем эта опухоль переходит в один из боковых сводов. Если сделать в это время прокол заднего свода, то получается чистая кровь, что и дает возможность отличить заматочное кровоизлияние от воспалительного экссудата. Случаи этой 2-ой категории могут вариировать в ту или другую сторону в отношении общего состояния, т. е. может случиться, что больная будет доставлена без сознания с еле ощутимым пульсом, или припадок случится во время исследования на приеме у врача, или наконец больная придет к врачу, расскажет все как у нее было и даст данные об'ективного исследования, указанные выше.

Дифференциальный диагноз здесь может колебаться между опухолью придатков (киста, сальпингит) и небеременной маткой, нормальной беременностью, осложненной опухолью придатков, и внематочной беременностью.

Самое важное — это установить беременность, что не всегда легко. Следует принять во внимание данные анамнеза и об'ективного исследования: задержку менструаций, тошноту, изменение сосков и об'ективные изменения половой системы: цианоз, размягчение шейки матки, увеличение последней и пр. Если матка увеличена соответственно сроку беременности, естественно предположить маточную беременность, если несоответственно последнему, то более вероятно предположить внематочную беременность при совокупности данных анамнеза, говорящих за разрыв трубы или трубной выкидыш.

В затруднительных случаях вообще рекомендуется для установки диагноза беременности повторное исследование, клиническое наблюдение, или сделать реакцию *Abderhalden'a*. Все вместе может помочь установить беременность, а раз последняя установлена, то решение вопроса, маточная или внематочная беременность, делается путем дальнейшего анализа об'ективных данных, причем особое внимание нужно обратить на то, соответствует ли величина матки предполагаемому сроку беременности. Если матка меньше матки этого срока и признак *Negar'a* отсутствует, то это говорит в пользу того, что опухоль, ощупываемая сбоку от матки или находящаяся в заднем Дугласе, внематочная беременность, что и удается иногда доказать при помощи пробного прокола.

Следует впрочем отметить, что пробный прокол, дающий кровь как при *haematocoele*, в редких исключительных случаях наблюдается при *aroplexia ovarii*, лопнувшем Графовом фолликуле, также при перекручивании ножки кисты с последующим кровоизлиянием в ее полость и разрывом стенки. —

Отрицательные результаты пункции не убедительны.

Картина внематочной беременности может быть симулирована перекручиванием ножки кисты во время беременности, когда также выступает довольно резко явление болей и shock'a, и потому тщательно собранный анамнез для этих случаев имеет еще большее значение.

Третья категория случаев — это большие с таким-же анамнезом как и предыдущие, т. е. у них имеются все явления разрыва или трубного выкидыша с последующим внутренним кровотечением в прошлом, которое быстро забывается, в настоящем же больная является с симптомами обычной беременности, т. е. движениями плода, увеличением живота и грудей и пр.

При наружном исследовании определяется увеличение живота и грудей, пигментация сосков, из которых при давлении выделяется молозиво, пигментация белой линии. Рубцы беременности, могут быть или не быть, в зависимости от срока беременности. Сердцебиение плода выслушивается очень легко. При ощупывании в брюшной полости определяется опухоль с ясными границами, доходящая до пупка и выше; консистенция ее умеренно плотная, неравномерно эластичная в разных местах. В зависимости от срока беременности могут быть прощупаны разные крупные и мелкие части, на опухоли обыкновенно определяется где либо отдельный бугор, опухоль где либо справа или слева подходит к стенке таза и идет вглубь полости малого таза. При внутреннем исследовании — цианоз входа, размягчение стенок влагалища, мягкая шейка, матка увеличена, плотно и тесно прилегает к опухоли, но определяется отдельно, в чем можно убедиться как путем ощупывания, так и осторожного зондирования.

Сердцебиение плода будет ясно говорить в пользу беременности, а матка, определяемая отдельно от плодместилища, в пользу внематочной беременности, или за беременность в зачаточном роге матки.

Наконец случаи 4-ой категории, заключающие в себе признаки всех предыдущих с тою особенностью, что больная ожидала родов, которые в срок не наступили, а затем движения плода прекратились и осталась опухоль. Данные ощупывания здесь еще резче подтвердили присутствие частей плода, а рентгеновский снимок представил очень ясную картину положения и членорасположение плода.

Матка в этих случаях также определяется отдельно и диагноз внематочной беременности основывается на данных анамнеза, рентгеновского снимка и объективного исследования. Мы имеем дело с *litopaedion* на почве внематочной беременности.

В приведенных описаниях приведены наиболее типичные случаи внематочной беременности, в частности же формы ее более разнообразны и варианты могут быть в разных направлениях, т. е. случаи могут проходить при отсутствии задержки менструации, при нормальном пульсе, при отсутствии болей или при крайне незначительных болях, при нормальной, повышенной или пониженной температуре, при комбинации маточной и внематочной беременности и пр.

В сомнительных случаях, где данные анамнеза сбивчивы, а объективные исследования неопределенны может помочь, как уже было упомянуто, пробный прокол заднего влагалищного свода, реакции *Abdeghalden'a*, повторные исследования и, наконец, пробная лапаротомия.

Прибегать к ней следует, однако, лучше немного раньше чем позже, когда больная находится уже в агонии.

Из казуистики внематочной беременности могу привести следующий случай. Больная 35 лет, родила 5 детей, последние роды 5 месяцев

тому назад; после родов подлихораживала все время и постоянно кровоточила, обратилась по поводу болей, кровотечений и повышений t^0 , кормит ребенка. Об'ективно увеличенная до 3-х месяцев беременности матка, справа от нее инфильтрат в 3 поперечн. пальца. — Диагноз: parametritis, subinvolutio uteri. В дальнейшем наблюдалось лихорадочное состояние, выхождения decidua, формирование опухоли в Дугласе. Пробная пункция дала старую haematocele. Опухоль опорожнена через влагалище и дренирована. Случай оказался внематочной беременностью.

ГЛАВА XXIV.

Распознавание выкидыша.

Под выкидышем подразумевается прерывание беременности до 28-ой недели, т. е. до времени когда плод считается жизнеспособным при внеутробном существовании. С практической точки зрения правильнее различать выкидыш в первые три месяца беременности от выкидышей с 3-х до 5-го месяца и далее до 7 месяцев. Для распознавания выкидыша прежде всего следует установить наличность беременности (ср. Глава о распознавании беременности). Следует также знать, как вообще протекает выкидыш, т. е. знать его симптоматиологию и течение. Обыкновенно до 3 месяцев беременности выкидыш начинается кровотечением, сопровождается схваткообразными болями, последствием которых является изгнание плодного яйца. В дальнейшем с 4-го, 5-го и далее месяцев выкидыш протекает на подобие родов, т. е. начинается схваткообразными болями, последствием которых происходит открытие матки, разрыв оболочек и выхождение плода и затем детского места, которое с 3-го месяца является вполне сформированным. Таким образом в первые 3 месяца беременности начальным симптомом выкидыша служат кровотечения, а с 4-го месяца схваткообразные родовые боли. Если у больной, на основании данных анамнеза и об'ективного исследования можно определить беременность и если у нее появляются симптомы наступающего выкидыша, то при внутреннем исследовании мы в первые 3 месяца беременности в начале выкидыша найдем, что маточная шейка может быть слегка укороченной и маточный зев слегка приоткрытым. У первобеременной этих данных совершенно достаточно, чтобы поставить распознавание начинающегося выкидыша, раз нами установлена наличность беременности на основании данных анамнеза и об'ективного исследования. При открытии матки на палец и еще большем укорочении маточной шейки мы сможем проникнуть в полость матки и ощупать нижнюю периферию плодного яйца, что еще больше подтверждает диагноз. В тех же случаях где плодное яйцо уже подвергается изгнанию, мы можем его ощупать находящимся в маточной шейке (*abortus cervicalis*) (см. рис. 47, 48 и 49).

В некоторых случаях больная может явиться к врачу и заявить о том, что она чувствовала себя беременной и у нее вышел плод соответственно сроку беременности. Исследование такой больной представляет интерес в отношении определения, все ли у нее вышло или же остались у нее элементы плодного яйца в полости матки (*retentio velamentorum p. abortum*).

При внутреннем исследовании мы можем иметь три состояния матки: 1) зев проходим, элементы плодного яйца ощупываются в полости матки; 2) зев проходим, элементы плодного яйца ощупываются в маточной шейке и 3) маточный зев закрыт.

1-ое и 2-ое состояние не представляют особых затруднений при распознавании, при закрытой же матке не так легко тотчас определить, все ли вышло из полости матки. Судить об этом мы можем лишь на основании продолжающегося кровотечения, иногда схваткообразных болей или же повышения температуры, когда присоединяется попадание бактерий в полость матки, развивающихся на мертво-гнилом материале — *sarptemia*

Decidua serotina и зачаток плаценты

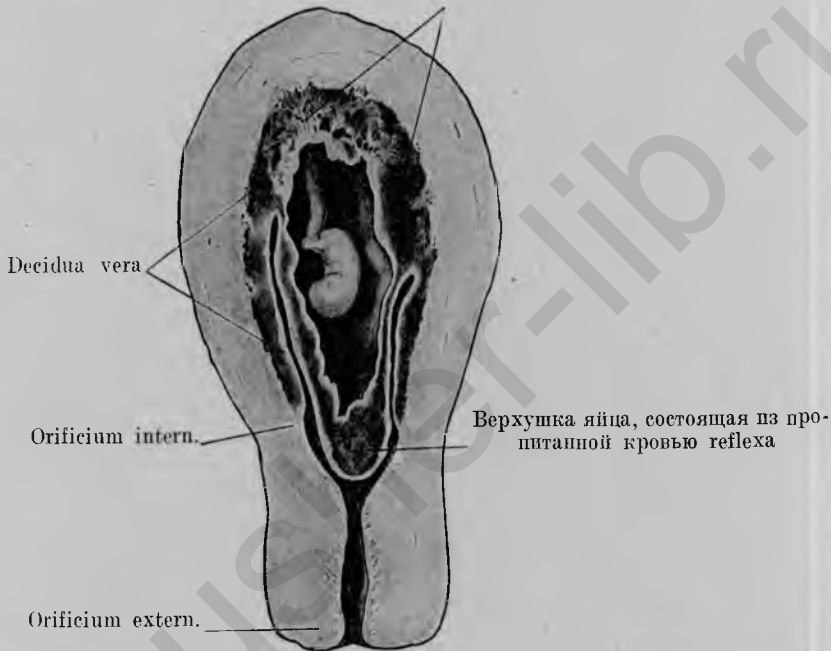


Рис. 47. Выкидыши на 2-ом месяце. Отслоение decidua serotina и vera, начинающееся развертывание шейки.

или же при попадании патогенных микробов в кровь — бактериемия. При отсутствии всех этих явлений мы можем основывать наше предположение лишь на размерах матки, которая при происшедшем выкидыше проделывает стадию послеродового обратного развития — инволюция матки — и затем приходит к норме. В тех случаях, когда кровотечение продолжается или температура лихорадочно повышена, для окончательной установки диагноза и для проведения соответствующей терапии, состоящей в удалении остатков плодного яйца, показано расширение матки обычными способами (ср. глава XII) и исследование полости матки пальцем. Начиная с 4-го месяца выкидыши обыкновенно протекают уже по типу родового акта. При исследовании мы можем определить постепенное укорочение маточной шейки и открытие маточного зева, как это наблюдается у перворожениц и многорожениц. Во время схватки мы можем определить также напрягающийся плодный пузырь и через последний ощупать также предлежащую часть. Также как и при срочных родах течение выкидыша

идет с постепенным открытием маточной шейки, разрывом оболочек, выхождением плода и затем детского места. Распознавание этого состояния не представляет затруднений даже и для малоопытного исследователя во всех стадиях процесса, раз только точно установлена наличие беременности. Из особенностей, имеющих значение для распознавания, следует отметить установление в каждом отдельном случае этиологии выкидыша, т. е. что явилось его причиной — общее ли заболевание отца — или матери — (lues), или общая инфекция у матери или же заболевание ее половых органов — матки, яичников, труб, или же выкидыш вызван искусственно. Определение всех этих состояний производится по общим

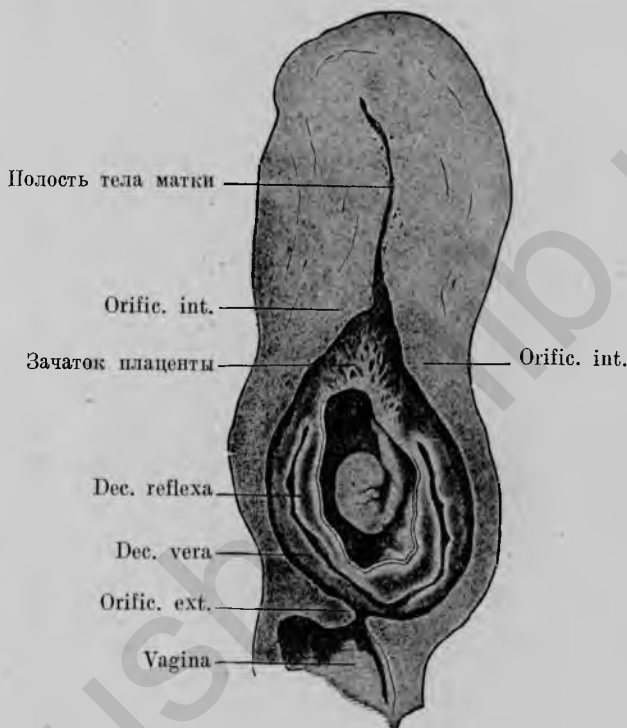


Рис. 48. Выкидыш на 2-ом месяце. Яйцо вполне отделилось и опустилось в расширенную шейку, «цервикальный аборт».

принципам, что же касается определения искусственного выкидыша, то всякий выкидыш, сопровождающийся высокой температурой, внушает очень серьезные подозрения, если высокая температура не может быть объяснена другой внеполовой инфекцией. Точно также выхождение в первые три месяца одного плода и задержка оболочек в некоторых случаях указывают, что выкидыш был сделан искусственно путем прокола оболочек, а в более поздние месяцы, если выкидыш начинается преждевременным излиянием вод при еще закрытом маточном зеве. Случаи септической инфекции у женщины чадородного возраста, чаще всего в своей этиологии имеют — искусственный аборт, и диагностика этих состояний представляет значительные затруднения, когда уже произошло изгнание плодного яйца и матка проделала стадию послеродовой инволюции, особенно при формах чистой бактериэмии. Диагностические ошибки при распознавании аборта могут произойти лишь в том случае, если не получился определенный

ответ на первый вопрос, т. е. если не установлена наличие беременности. Эти ошибки в особенности часто могут быть наблюдаемы в тех случаях, когда на основании данных анамнеза, исследования половой сферы и извергнутых частей яйца, приходится дать ответ, был ли у данной женщины выкидыш. Следует отметить, что только элементы, исходящие от плода, могут иметь диагностическую цену (ворсинки хориона) и эти элементы могут быть установлены только путем микроскопического исследова-

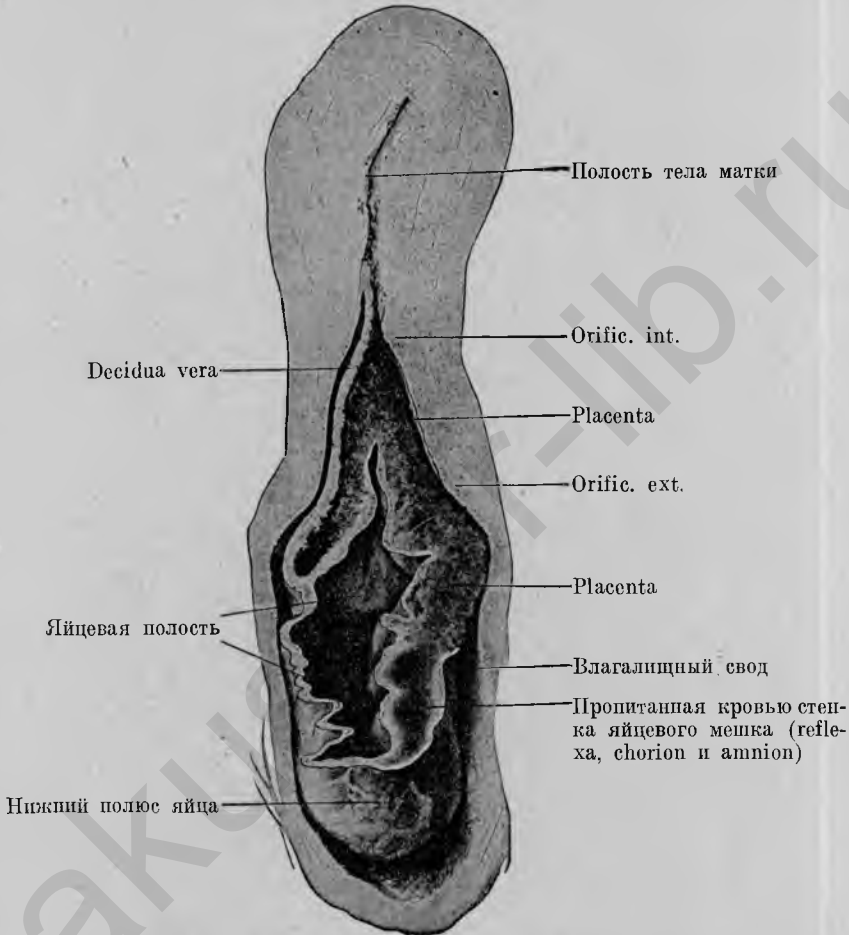


Рис. 49. Выкидыш на 3-м месяце. Отделившееся и извергнутое из матки яйцо лежит в шейке и влагалищном своде и тянет за собою d. vera.

дования. Выхождеие decidua при внематочной беременности может быть смешано с плодными оболочками лишь при поверхностном исследовании, точно также вышедшая слизистая оболочка матки при так называемой dysmenorrhoea membranacea может дать основание для смешения с выкидышем при поверхностном собирании анамнеза, из которого, однако, можно узнать, что подобную оболочку большая извергает при каждой менструации. В каждом сомнительном случае для распознавания аборта может оказать большие услуги микроскопическое исследование.

Так напр. в одном случае, где данные анамнеза симптоматиологии и внутреннего исследования говорили за чистую внематочную беременность,

мне удалось установить одновременную маточную беременность вследствие того, что вышедший из матки кусок оболочек содержал в себе элементы decidua и хориона. Произведенное через некоторое время чревосечение вследствие симптомов внутреннего кровотечения подтвердило диагноз лопнувшей трубной беременности. В тех случаях, где наличие беременности не установлена точно, мы можем смешать выкидыш с внутриматочным полипом, рождающимся из полости матки во влагалище, который также сопровождается схваткообразными болями, дает открытие и сглаживание маточной шейки и может быть ощупан в полости матки пальцем.

Особые затруднения может представить распознавание missed abortion — задержавшегося выкидыша и mola hydatidosa. Определение этих состояний требует повторных исследований — при первом состоянии — missed abortion — матка не соответствует сроку беременности, не растет прогрессивно соответственно прогрессированию беременности, а при втором — mola hydatidosa — наоборот, матка оказывается большей величины, чем бы ей следовало быть по сроку беременности и постоянно кровоточит. Missed abortion может быть смешан с хроническим метритом и с миомой матки, а диагностика mola hydatidosa может быть установлена на основании выхождения миксоматозно измененных ворсинок хориона. В сомнительных случаях распознаванию беременности может оказать существенную пользу повторное исследование больной и исследование крови по Abderhalden'y.

ГЛАВА XXV.

Распознавание миомы матки.

Наиболее близким к распознаванию беременности является распознавание фибромиомы матки, при которой также наблюдается общее увеличение матки, достигающей величины матки конца беременности и характеризующейся новообразованием соединительнотканых и мышечных элементов, в отличие от беременности, при которой наблюдаются процессы гипертрофии и гиперплазии, но новообразование этих элементов не происходит.

Фибромиомы матки по способу своего развития бывают подбрюшинные (subserosum), подслизистые (submucosum) и межучточные, или интерстициальные, т. е. либо вся матка может быть увеличена либо узел может развиться на наружной поверхности ее, или же узел развивается внутри матки. Кроме того, миомы могут комбинироваться, давая так наз. множественную миому, т. е. в матке могут быть сосредоточены все три формы миомы и иметь межсвязочное развитие как в широких связках, так и под брюшину переднего и заднего Дугласа (см. рис. 50).

Симптомы характеризующие фибромиому матки следующие:

1) Нарушение менструации во всех разнообразных проявлениях ее, как напр. menorrhagiae, metrorrhagiae и meno-metrorrhagiae доводящие женщину до глубокой степени малокровия. Такие нарушения чаще всего наблюдаются при подслизистых миомах, а также межучточных и сравнительно слабо при подбрюшинных.

2) Боли при фибриомах матки представляют далеко не постоянное явление, чаще всего они бывают при подслизистых миомах, от-

личаясь схваткообразным характером, чаще всего во время менструации. Эта боль иногда достигает значительной степени, заставляя больную нередко прибегать к наркотикам. Кроме того, боли могут быть и чисто воспалительного характера, так как при фибромиомах матки заболевание яичников и труб составляет очень частое явление. Боли могут зависеть и от давления опухоли на крестцовые и другие нервы, давая самые разнообразные проявления — чаще всего внизу живота, в крестце, ногах, но иногда и совсем необычные — в пупке, пятке ноги и проч.

3) Симптомы сдавливания соседних органов — расстройства мочеиспускания и испражнения, находятся в зависимости от места развития опухоли. Так, если опухоль развивается из передней стенки матки и расположена между маткой и мочевым пузырем, бывают частые позывы, боль при мочеиспускании, а иногда даже затруднительное мочеиспускание. Локализация опухоли в заднем Дугласе может сдавливать прямую кишку и вызывать затруднение в испражнении, а в острых случаях даже явления

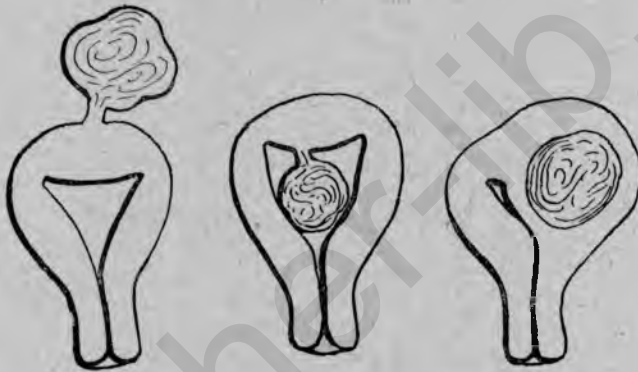


Рис. 50.

Субсерозная
миома.

Субмукозная
миома.

Интерстициальная
миома.

непроходимости, если такая опухоль ущемится в заднем Дугласе и сдавит просвет кишки до полного закрытия его, как это может наблюдаться при ущемлении. При медленном же развитии опухоли явления непроходимости не наблюдаются, а бывают лишь затруднения дефекации.

Кроме того, в зависимости от развития опухоли между листками широких связок, при так наз. межсвязочном развитии, возможно сдавливание мочеточников с последующим образованием гидронефроза; сращения опухоли с сальником, кишечными петлями, мочевым пузырем и т. д. наблюдаются также не редко, но гораздо реже, чем при кистах яичников, равно как и осложнения в виде местных воспалений брюшины, в отличие от кисты яичника.

Одной из наиболее характерных особенностей фибромиом матки является их сравнительно медленный рост. Опухоль может существовать много лет, очень мало обращая на себя внимание больной и не давая почти никаких симптомов, кроме незначительного изменения менструального типа, очень часто, но не всегда бесплодного супружества, и незначительного нарушения общего состояния. Сравнительно нередко при фибромиомах наблюдается увеличение щитовидной железы, иногда легкие формы базедовизма, функциональные расстройства сердечной деятельности и проч.

Иногда эти опухоли достигают значительной величины, ничем не беспокоя больных, очень мало за собой следящих, и случайно обнаруживаются при гинекологическом исследовании. Медленное развитие опухоли и незначительность симптомов мало беспокоят больную и она считает свои ненормальности явлением столь обыденным, что мало с ним считается, хотя при тщательном расспросе и исследовании, обнаруживаются такие явления, которые показывают, что мы имеем дело с большим человеком, как напр. вторичное изменение в сердце, целый ряд нервных явлений, — невралгии, головные боли, расстройство пищеварения, малокровие и пр. По указаниям авторов первым симптомом миомы является нарушение деятельности сердца, выступающее в виде сердечных приступов, ложной *angina pectoris* и пр.

Иногда первыми симптомами миомы являются схваткообразные боли в матке, когда узел развившийся в толще маточной стенки, выталкивается или наружу матки, или в ее полость. Данные объективного исследования чрезвычайно разнообразны в зависимости от места развития опухоли и ее величины. Главные свойства этих опухолей — их плотная, эластичная консистенция, и их отношение к матке; следует помнить, что эта опухоль исходит из матки и тесно связано с нею, отличается медленным ростом и разнообразием формы.

Наиболее простыми формами являются межучочные формы фибриомы матки, характеризующиеся равномерным увеличением матки; такое же увеличение наблюдается при беременности с незначительными отклонениями в ту или другую сторону в отношении правильности формы. Матка представляется увеличенной как в 5—6 и более поздние месяцы беременности. Шейка матки, обычно твердая, непосредственно переходит в опухоль.

Движение опухоли, если она ощупывается через переднюю брюшную стенку, легко передается маточной шейке, а также зонду, введенному в полость матки. Длина полости матки представляется резко увеличенной — 12—15 и более см. Распознавание подобных случаев не представляет затруднения, если внимательно и тщательно собран анамнез, отмечено течение менструаций, медленный рост опухоли и пр., а данные ощупывания выясняют консистенцию опухоли, а при больших опухолях наличие вторичных бугров.

Всякую такую большую опухоль нужно очень тщательно исследовать, так как ее чаще всего можно смешать с беременностью. Необходимо помнить характерные признаки беременности, как то сердцебиение плода, его движения и присутствие крупных частей (*resp.* головки). При больших опухолях с значительным развитием сосудов можно при аускультации выслушать маточный шум.

При увеличении матки на 5—6 неделе беременности могут быть разные сомнения в смысле дифференциального распознавания между беременностью и хроническим воспалением матки, которое очень трудно, а иногда даже невозможно решить, если нет каких либо вторичных узлов на матке в виде подбрюшинной миомы. Следует помнить, что при хроническом воспалении матка представляется увеличенной, имеет форму сплюснутую в передне-заднем направлении, при миомах же матка имеет чаще всего форму шаровидную.

Точно также отличить миому от беременности не очень затруднительно, так как при миомах чаще всего менструация либо нормальная, либо нарушена в смысле усиления (*meno-metrorrhagiae*), при беременности

же месячные отсутствуют, консистенция беременной матки, а также шейки матки резко отличается от хронического воспаления или миомы матки.

Что касается признака беременности Hegar'a, то он в виде исключения может наблюдаться при миомах матки, в особенности при подслизистых; точно также и размягчение маточной шейки может наблюдаться при быстро растущих миомах матки.

При более значительном увеличении матки чем на 3—4 месяце беременности, смешать беременность с хроническим метритом уже невозможно, так как при метритах матка не достигает такой значительной величины, как это наблюдается при фибромиомах матки.

Из других состояний матки, при которых наблюдается увеличение матки, и которые могут быть смешаны с миомой матки следует упомянуть о haematometra, при которой также наблюдается увеличение матки вследствие растяжения ее полости скоплением менструальной крови. Это происходит благодаря зарощению наружного или внутреннего маточного зева и является чаще всего врожденным состоянием и редко приобретенным.

Распознавание этого состояния не представляет больших затруднений, так как при врожденном зарощении отсутствует менструация при наличии *molimina menstrualia*, а внутреннее исследование обнаруживает отсутствие наружного маточного зева или его полную непроходимость для зондирования полости матки.

Распознавание подбрюшинной миомы матки не представляет серьезных затруднений, если она находится на широком основании и тесно прилегает к матке. Она определяется в виде узлов от горошины до кулака и более, связана с маткой плотной твердой консистенции с гладкой или бугристой поверхностью, расположена в передней или задней маточной стенке или на ее боковых стенках.

Так как обычно подбрюшинные фибриомы могут развиваться из межуточных миом, то при них и матка должна оказаться увеличенной.

Смешать субсерозный узел можно с яичником, приращенным к матке воспалительными сращениями, но обычно яичник бывает болезнен при ощупывании, имеет характерную форму, лежит сбоку от матки и не достигает значительных размеров; при воспалении объем его увеличивается в 2—3 раза.

Можно смешать субсерозную миому с *pyosalpinx*, так как последний имеет настолько толстые стенки, что может симулировать плотный узел, но подобное смешение возможно лишь при поверхностном исследовании. Из анamnеза выясняется послеродовая или послевыкидышная инфекция, само течение процесса характеризуется периодическими обострениями, а опухоль чаще всего бывает обоюдосторонняя.

Подбрюшинные миомы на ножках отличаются своею подвижностью и достигают сравнительно значительных размеров.

Особую группу миом составляют так называемые шеечные миомы матки. Шейка матки, как известно, еще по классификации Schröder'a, разделяется на 3 части: *portio vaginalis*, *media* и *supravaginalis*, из каждой из этих частей может развиваться опухоль и дать своеобразные топографические отношения. Так опухоль, развившаяся из *portio vaginalis* дает так называемую полипозную форму шейки матки; эта опухоль растет во влагалище, достигая известной величины со всеми особенностями фибромиом. Развитие же шеечной миомы из других частей шейки матки характеризуется анатомическими особенностями. Обыкновенно шейка матки состоит

очень высоко, под симфизом, зев приоткрыт и изглажен, в нем прощупывается полипозная опухоль, исходящая из передней или задней стенки шейки матки, шейка матки переходит в круглую шарообразную опухоль, достигающую до пупка или выше, на верхушке которой находится бугор, соответствующий матке. Опухоль, развившаяся из шейки матки, в своем росте может идти под брюшиной или переднего Дугласа, приподнимая *plica vesicouterina* до пупка или даже выше, или под брюшиной заднего Дугласа, врастая в брыжейку *flexurae sigmoideae*. При оперативном удалении этих опухолей могут встретиться значительные затруднения в самый же первый момент операции, при вскрытии брюшной полости, так как пристеночная брюшина может быть очень высоко приподнята, почти до пупка, и если этих анатомических данных не знать, то чрезвычайно легко в первый же момент операции вскрыть вместо брюшины мочевого пузыря. В дальнейшем же операция не представляет затруднения, если усвоены анатомические отношения, и она будет произведена по типу вылущения с осторожным отделением мочевого пузыря и мочеточников.

При установке диагноза фибромиомы матки помимо ее анатомическо-топографического характера, т. е. межпупочной, подслизистой или подбрюшинной может возникнуть еще вопрос о злокачественном перерождении миомы, так как известно, что в 30% миома может переродиться в саркому, и это перерождение наиболее наблюдается при субсерозных и подслизистых миомах матки.

Распознавание злокачественного перерождения фибромиомы основывается на общих признаках кахексии, быстрого роста опухоли, с образованием брюшной водянки, отека ног, флебита нижних конечностей, со стойким повышением температуры и пр.

Таким образом для постановки диагноза необходимо клиническое наблюдение и анализ всех данных.

Кроме саркоматозного единственно возможного злокачественного перерождения фибромиомы матки еще возможно одновременное развитие в матке фибромиомы и карциномы, возможно также в одной и той же опухоли найти элементы миомы и карциноматозный узел. Для примера могу привести из собственной казуистики случай, когда удаленный маточный полип, сидевший на ножке, обнаружил при микроскопическом исследовании ткань фибромиомы, а язва, находившаяся на его поверхности, величиною в серебряный пятак, дала картину плоскоэпителиального рака.

В другом случае у больной с типичной миомой характера *myoma uteri multiplex*, величиною в 6-ти месячную беременную матку, с анамнезом долгого существования опухоли при исследовании обратили мое внимание 2 небольших — в горошину — твердых узелка, локализовавшиеся в *saguncula myrtiformia*. При гистологическом исследовании была определена *carcinoma medullare*; очевидно, мы имели дело с метастазом во влагалище карциномы тела матки, существовавшей одновременно с множественной миомой матки.

Распознавание опухолей яичника.

Патологоанатомическая картина опухоли яичника настолько разнообразна, что нет такой опухоли в человеческом организме, которая не встречалась бы в яичнике или не была бы похожа на таковую. Наичаще встречаются в яичнике *cystoma pseudomucinosum*, по старой терминологии *cystoma proliferans glandulare*, *cystoma serosum* или *papillare*, и *cystis dermoides* или эмбриома, затем занимают особый отдел ретенционные кисты яичника *cystoma ovarii*, кисты желтых тел, так наз. плотные эмбриомы яичника.

Разнообразие форм дает и разнообразную клиническую картину, требующую подробного изучения каждой больной, у которой предполагается опухоль яичника.

В диагностическом отношении опухоли яичника можно разделить на опухоли малой, средней и большой величины.

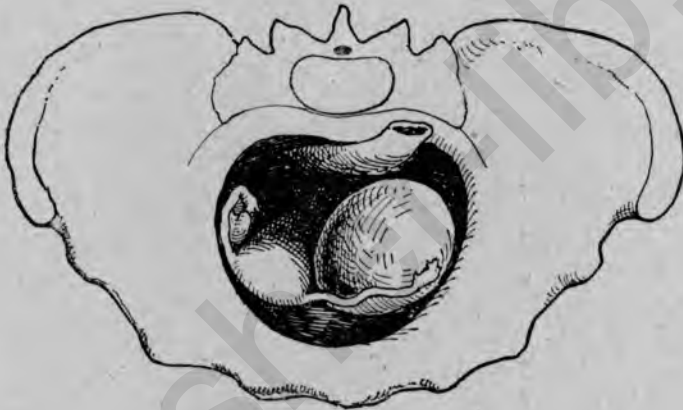


Рис. 51. Левосторонняя маленькая опухоль яичника.

Опухоли малой величины, сидящие в полости малого таза, средней — вышедшие из пня и доходящие до пупка или немного выше и опухоли большей величины, занимающие всю брюшную полость (см. рис. 51).

Для распознавания кист яичника необходимо вести исследование по определенному плану и прежде всего установить аномальное содержимое в брюшной полости. Переполненный мочевой пузырь, истерическое вздутие живота, скопление каловых масс могут симулировать опухоль. В сомнительных случаях следует опорожнить кишечник и катетеризировать мочевой пузырь, а при истеричном вздутии живота исследовать под наркозом.

Второй вопрос, твердое или жидкое аномальное содержимое определяется путем ощупывания.

Если опухоль плотная, мы можем отметить ее границы, отношения к костным стенкам таза, к реберному краю и пр.

Если опухоль жидкая, то она флюктуирует, причем флюктуация может быть поверхностная, или глубокая, идущая в известном направлении.

В некоторых случаях флюктуацию могут давать и миомы — так наз. *cystomyomata*.

В дальнейшем необходимо выяснить в свободном ли состоянии находится жидкое содержимое в брюшной полости или оно заключено в

мешке. Это вырешается характером флюктуации, а главное выстукиванием в разных положениях (см. общая часть гл. VI).

Если данные исследования говорят за то, что имеется аномальное содержимое в брюшной полости, что это аномальное содержимое жидкости, заключенное в мешке, то чтобы установить распознавание кисты яичника, нужно доказать связь опухоли с маткой и определить матку отдельно от опухоли, путем простого и комбинированного исследования, зондирования матки, определения передачи движений опухоли пулевыми щипцами, наложенными на шейку матки.

При определении отношения опухоли к матке нужно установить, связана ли она с маткой при посредстве ножки, или опухоль частично вросла в широкую связку, или представляет межсвязочное развитие (см. рис. 52).

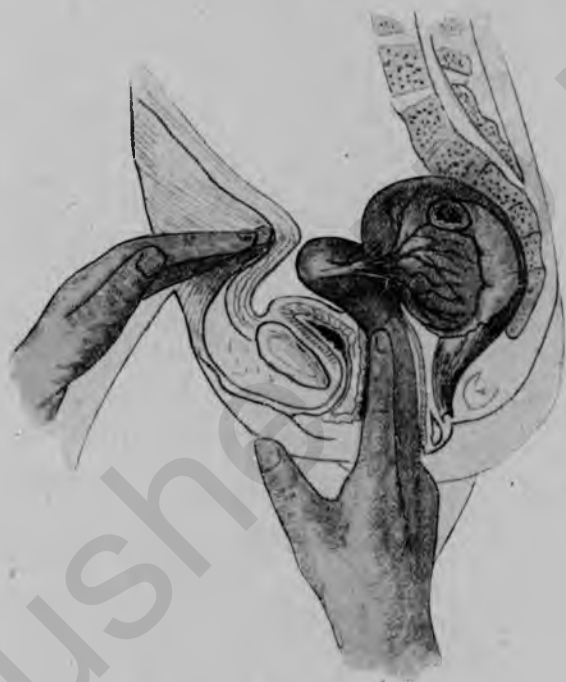


Рис. 52. Cystoma ovarii in cavo Douglasii.

Связь опухоли с маткой при посредстве ножки характеризуется более или менее значительной подвижностью опухоли и ножка может быть оцупана, если матка будет низведена пулевыми щипцами и применено комбинированное исследование. Межсвязочное развитие опухоли характеризуется малой подвижностью опухоли, тесным прилеганием к боковой стороне матки и удлинением последней; длина матки при межсвязочном развитии нередко достигает 10—12 см (см. рис. 53).

Дифференциальная диагностика кистовидной опухоли яичника должна иметь в виду чрезвычайно разнообразные явления: переполненный мочевой пузырь, скопление каловых масс, беременность маточную и внематочную, скопление жидкости в Фаллопиевых трубах и затем целый ряд опухолей брюшной полости — опухоль кишечника, сальника, брыжеечных желез, печени, почки, селезенки, желудка и пр.

Таким образом для точной установки диагноза необходимо исключение всех этих явлений, что при добросовестном отношении к делу удается не особенно трудно.

Из осложнений, наблюдаемых при кисте яичника, заслуживают диагностического внимания перекручивание ножки, сращение, нагноение и злокачественные перерождения.

Решение вопроса о перекручивании ножки и сращениях не всегда легко, и лишь данные анамнеза могут решить его. Поэтому у всякой больной с кистой яичника необходимо поставить вопрос, было ли у нее явление



Рис. 53. Распознавание опухоли яичника.

воспаления брюшины в прошлом, характеризующееся болями в животе, повышением температуры, вздутием живота, тошнотой, рвотой, запорами, неотхождением газов и пр.

Если больная сообщает, что у нее были подобного рода явления и неоднократно, то предположение о перекручивании ножки приобретает особую вероятность, причем по числу этих обострений мы иногда можем определить число перекручиваний ножки.

Последствием перекручивания ножки и воспалений брюшины является сращение опухоли с салынком, пристеночной брюшиной, кишками и даже с отделенными органами — печенью и желудком.

Нагноение в кистах связано с инфекцией, которая может иметь своим источником пуэрперальную инфекцию, или бактерии кишечника, переходя-

щие через кишечную стенку в полость кисты, при сращениях, путем лимфатической системы. Распознавание пагноения в кисте устанавливается на основании течения температуры, иногда же может быть доказано путем исследования крови на лейкоцитоз, а при локализации опухоли в заднем Дугласе пробным проколом. Гораздо труднее в начальной стадии установить злокачественное перерождение опухоли, особенно в самом начале ее развития; злокачественное перерождение кисты наблюдается приблизительно в 16%. Быстрый рост, исхудание, брюшная водянка, лихорадочное повышение температуры, отек ног являются кардинальными признаками злокачественного перерождения опухоли; все эти симптомы в совокупности наблюдаются сравнительно редко в свежих случаях, а лишь выступают в запущенных, но каждый из этих симптомов необходимо учитывать и анализировать.

Из объективных признаков при исследовании необходимо обратить внимание на подвижность опухоли, иногда обоюдосторонность — наблюдаемую при саркомах, присутствие быстро растущих бугров на опухоли, а главное на состояние Дугласа, который является излюбленным местом при диссеминации злокачественных опухолей.

Быстрый рост опухоли — признак заслуживающий особого внимания, так как кисты растут сравнительно медленно, особенно же медленно растут дермоиды, по отношению к которым еще Küstner установил особый признак для распознавания — это местонахождение опухоли в переднем своде.

В общем следует отметить, что насколько иногда легок бывает диагноз новообразований яичника, настолько затруднителен он бывает в других случаях и диагностические ошибки бываюи нередко.

Вспоминая свою деятельность, я могу отметить один случай, когда у девочки 11 лет была определена киста яичника, а при операции оказалась бугорчатка слепой кишки, в другом случае диагнозом была установлена опухоль яичника, при операции оказалась дистопия подковообразной (единственной у больной) почки. Случай окончился пробной лапаротомией.

Из своей практической деятельности могу привести случаи смещения в полость малого таза селезенки и даже печени, которые при небрежном исследовании были приняты за опухоль яичника.

Ниже привожу заимствованное из руководства проф. К. Ф. Славянского изложение дифференциальной диагностики между кистой яичника и брюшной водянкой, а также и гидронефрозом.

Кисты яичника.

1) Общее состояние здоровья удовлетворительно в то время, когда обнаружено присутствие опухоли, и затем уже только начинает мало по малу расстраиваться.

2) Опухоль обнаруживается часто с одной (которойнибудь) стороны живота и только впоследствии занимает его центральную часть.

3) Отеки конечностей встречаются относительно редко и то только в более поздние периоды развития болезни, отеки рук и лица — почти никогда.

4) Увеличение живота резко выдается вперед, — часто неравномерно, на одной стороне более, чем на другой, форма его почти не изменяется вовсе при переменах положения больной.

- 5) Пупок без изменений.
- 6) При глубоких дыхательных движениях резко видно смещение верхнего края кисты вверх и вниз.
- 7) Наибольший размер окружности живота находится часто на несколько сантиметров ниже пупка.
- 8) Форма грудной клетки изменена вследствие выворачивания наружу ложных ребер.
- 9) Ощупывание живота определяет границы опухоли.
- 10) Флюктуация получается яснее всего в центральной части живота и не изменяется с изменением положения больной, всегда ограничивается площадью притупления.
- 11) Движения пульсации аорты передаются брюшным стенкам и могут быть видимы.
- 12) Площадь тупого звука при перкуссии занимает центральную часть живота, линия притупления верхней границы представляется выпуклой, выпуклостью обращенной вверх; в обоих боках или только с одной стороны тимпанический звук.
- 13) Как площадь притупления, так и распространение тимпанического звука остаются без изменений при переменах положения, если киста большого размера; при небольшой же величине киста может слегка перемещаться из стороны в сторону.
- 14) При выслушивании слышны иногда тоны аорты и весьма редко шумы больших сосудов опухоли.
- 15) При внутреннем гинекологическом исследовании прощупывается часто нижний отрезок кисты через тот или другой свод влагалища, тогда только передается волна флюктуации.
- 16) Матка часто приподнята или лежит кзади в *excavatio sacralis*, подвижность ее ограничена.
- 17) Выпущенная жидкость более или менее густа, различной окраски, удельный вес 1015—1024, содержит весьма часто параальбумин, только в исключительно редких случаях свертывается произвольно (при бывших обильных кровоизлияниях в полость кисты).
- 18) Под микроскопом в жидкости: цилиндрический эпителий, иногда эндотелиальные клетки, часто кристаллы холестерина, весьма редко белые кровяные тельца.

Водянка живота (*ascites*).

- 1) Весьма часто уже значительно расстроенное здоровье и до обнаружения опухоли живота. Часто наличие болезней сердца, печени или почек.
- 2) Увеличение объема живота обнаруживается сначала в форме припухания нижней его части, и то только в стоячем положении.
- 3) Отеки наблюдаются и в начале заболевания, отек же нижних конечностей весьма часто, почти во всех случаях.
- 4) Равномерное увеличение живота, несколько уплощенного спереди назад, боковые части его также резко увеличены. Форма живота изменяется смотря по положению больной, вследствие того, что свободная жидкость его полости занимает всегда самую нижнюю часть этой последней.
- 5) Пупок часто выпячен, пупочное кольцо растянуто, нередко имеется пупочная грыжа, выполненная водяночною жидкостью.

6) Растянутая и плавающая в жидкости ободочная кишка симулирует иногда движения верхнего края кисты при движении, но перкуссия тотчас же выясняет ошибку.

7) Наибольший размер окружности живота обыкновенно на уровне пупка.

8) Ложные ребра не меняют своего положения.

9) Консистенция живота равномерна.

10) Флюктуация резче всего выражена в самых отлогих частях, по бокам при лежачем положении, изменяется при перемене положения больной, ощущается и вне площади притупления, по всему животу.

11) Пульсация аорты не прощупывается через брюшные стенки.

12) Притупление в обоих боках при положении больной на спине и тимпанический звук в центральной части живота, в месте, лежащем выше всего. Линия границы притупления вогнутая, как в стоячем, так и в лежачем положениях.

13) Площадь притупления изменяется сообразно положениям больной: при положении на боку верхний бок дает тимпанический звук; в сидячем — жидкость занимает нижнюю часть живота и дает притупление внизу, верхняя же часть тимпанична.

14) Кишечные шумы при выслушивании.

15) В сводах ничего не прощупывается, волна флюктуации часто легко передается исследующему пальцу снаружи.

16) Матка весьма подвижна и очень часто опущена или в состоянии выпадения.

17) При пункции серозная, прозрачная, желтоватая или зеленоватая жидкость, иногда кровянистая, удельный вес 1010—1015, содержит белок, самопроизвольно свертывается через 12—18 часов.

18) Под микроскопом в жидкости: белые кровяные тельца и иногда эндотелиальные клетки.

Водянка почки (hydronephrosis).

Анамнез указывает на бывшие болезни почек; в моче были находимы: гной, кровь, белок; бывали приступы почечных колик и т. п.

Менструальные кровотечения не представляют отклонения от нормы.

Рано появляющиеся отеки ног.

Появление опухоли замечено уже давно, часто еще в детстве, в верхней боковой части живота. Увеличиваясь в объеме, она опускалась вниз и вперед.

Опухоль мало подвижна вначале.

Расположение опухоли в животе никогда не симметрично.

Опухоль отодвигает перед собою кишечные петли, так что между нею и переднею брюшною стенкою помещается часть толстых кишек. Опухоль, если и опускается в полость таза, то представляется вполне независимой от половых органов; весьма часто даже не прощупывается исследующим пальцем.

Матка обладает значительною подвижностью.

Жидкость, полученная при пункции, содержит мочевины, мочекислые соли и хлориды.

Исследование мочи нередко указывает на присутствие гноя, крови или белка.

Распознавание рака матки, сарком, chorion-epithelioma.

Диагностика рака матки и других злокачественных опухолей ее не представляет затруднений в случаях, когда процесс уже зашел далеко, и больная уже не подлежит операции. Ненормальные менструации, мено-*metrorrhagiae*, правда не сильные, но постоянные серозно-кровянистые, вонючие выделения, носящие название сукровичных, исхудание, легкие лихорадочные колебания температуры, кахексия, а в случаях уже далеко зашедших боли в различных областях живота чаще всего в крестце, ногах, по тракту седалищного нерва и т. д. весьма характерные, и представляют предположить рак матки.

Заболевание это встречается нередко даже у молодых женщин в возрасте 25—30 л., но гораздо чаще у лиц, приближающихся к климактерическому возрасту или вступивших в него. Более молодые обращают внимание как на первый симптом, на появление крови *post coitum*, более пожилые отмечают неправильную менструацию и уже упомянутые бели, считающиеся характерными. Появление крови *post coitum* не есть патогномонистический симптом рака матки, но очень частый и при том первый. К нему всегда нужно отнестись с большой осторожностью и вниманием. Такие появления крови могут быть наблюдаемы и при обыкновенных эрозиях. Женщины же, уже вступившие в климактерический возраст, отмечая появление кровей некоторое время спустя после прекращения менструации, считают их за проявление второй молодости.

К сожалению, мы редко наблюдаем раковый процесс в самом начале, а чаще имеем дело с запущенными случаями. При объективном исследовании таких случаев мы можем отметить, что слизистая оболочка входа во влагалище белесоватая, что объясняется общей анемией всех слизистых оболочек; здесь же тотчас обращают на себя внимание характерные выделения. При исследовании через влагалище вместо влагалищной части матки мы находим опухоль неправильной формы в виде цветной капусты или кратерообразную язву с твердыми, неровными, чрезвычайно ломкими краями, очень легко кровоточащими при дотрагивании. Для рака характерна бугристая неровная поверхность, очень легко, но не сильно кровоточащая. Матка представляется или слегка увеличенной или даже нормальной, но параметрии инфильтрированы и также инфильтрированы крестцово-маточные связки. При значительных инфильтрациях матка может быть совершенно неподвижной. В дальнейшей стадии инфильтрация переходит на мочевой пузырь, прямую кишку и может образовать мочевой или каловый свищ.

Злокачественность рака матки заключается в том, что он очень рано поражает лимфатический аппарат (*glandulae parametrales, hypogastricae, iliacae inf. и sup., sacrales, lumbales* и доходит до *gl. renales*), и это поражение желез происходит чрезвычайно быстро.

Гораздо важнее распознать раковый процесс в самом начале, когда возможно еще оказать оперативную радикальную помощь и необходимо знать признаки, по которым можно распознать начальные формы рака.

Мы имеем две формы рака: рак тела матки и рак шейки матки; эти две формы отличаются между собой и клиническим течением: первая форма более доброкачественная, чем вторая.

Рак шейки может быть 1) раком передней или задней губы, или слизистой канала шейки, или паренхимы шейки. Он по виду напоминает цветную капусту, начинаясь на поверхности шейки, покрытой плоским эпителием, 2) может дать кратерообразную язву на месте канала шейки, развиваясь из эпителия, покрывающего слизистую оболочку канала шейки матки и 3) рак может развиваться в виде узла в толще передней или задней губы маточной шейки, образуя опухоль на месте последней.

Первая форма характеризуется образованием опухоли в виде цветной капусты, которая начинает развиваться на передней или задней губе маточной шейки, в конце концов занимая всю шейку. Эта форма рака имеет тенденцию очень быстро переходить на влагалищную часть (см. рис. 54).

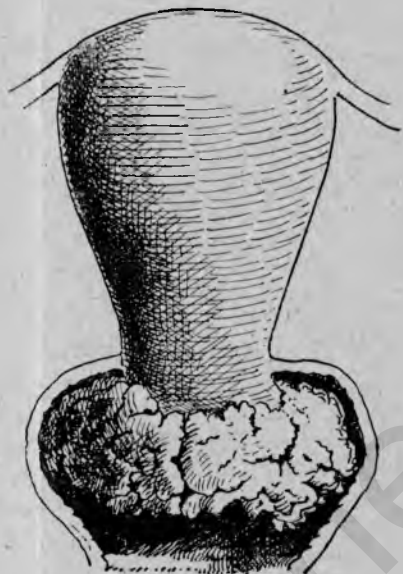


Рис. 54. Раковые разращения на влагалищной части в виде цветной капусты.



Рис. 55. Рак шеечного канала (кратеробр. язва).

Вторая форма образует очень рано изъязвления в канале шейки и постепенно разрушает ее, образуя из канала маточной шейки кратерообразное отверстие (см. рис. 55).

Эта форма очень рано поражает лимфатический аппарат матки.

Третья форма представляет в начальной стадии утолщение или узел в толще передней или задней губ маточной шейки, в которой скоро наступает распад и изъязвление (см. рис. 56).

По Снегиреву эта форма самая злокачественная, он ее называет формой *poli me tangere*.

Она очень быстро инфильтрует параметрии и дает метастазы (см. рис. 57). Для распознавания ранних форм рака матки мы имеем лишь один метод — это пробное выскабливание, или вырезывание кусочка для микроскопического исследования.

Всякое маточное кровотечение у женщины, вступившей в климактерий, есть показание для такого выскабливания.

Всякая эрозия маточной шейки, легко кровоточащая, с подозрительной поверхностью, служит показанием для пробной эксцизии.

Для дифференциальной диагностики необходимо знать формы эрозии маточной шейки обыкновенной катаральной и *erosio papillaris*, кроме того, может быть туберкулезная и сифилитическая язвы шейки (*ulcus durum*). Последние две формы встречаются очень редко.

Erosio simplex и *catarrhalis* обыкновенно не кровоточивы, характеризуются присутствием *ovula Nabotii*; они легко поддаются лечению заливанием древесным уксусом, поверхность их мягкая, как бы бархатистая и они начинаются обыкновенно вокруг маточного зева, имея своим происхождением катарр маточной шейки. Рак матки можно смешать с выворотом (*ectropion*) шейки при поверхностном исследовании; но если захватить переднюю и заднюю губу пулевыми щипцами и, сблизив их, получить нормальную шейку, то этим сразу можно решить весь вопрос.

Вышеизложенное по отношению к распознаванию рака матки в значительной мере относится и к более редким формам *chorion-epithelioma*.



Рис. 56. Раковая язва влагалищной части.



Рис. 57. Инфильтрирующий рак влагалищной части.

Chorion-epithelioma матки сравнительно редкая опухоль. Развиваясь чаще всего после пузырчатого заноса или после выкидыша, она поражает по преимуществу тело матки и по симптомам напоминает рак тела матки. Распознавание ее может быть установлено лишь путем гистологического исследования, на основании присутствия клеточного слоя Лангханса и синцития.

Эта опухоль отличается особенной злокачественностью и очень быстро дает метастазы, чаще всего в легких.

Точно также и саркома матки чаще поражает тело матки чем шейку, в теле матки мы различаем диффузную саркому слизистой; гистологически последняя может быть или круглоклеточной или веретенообразной, напоминая собой иногда элементы *decidua*. По форме она может быть или диффузной, или полипозной, в виде клубков, проникающих вглубь, в мускулатуру и выполняющих полость матки; при распаде их может произойти прободение матки в брюшную полость.

Кроме того, мы можем наблюдать саркоматозное перерождение миомы матки, при чем чаще всего перерождаются подслизистые или субсерозные миомы.

Из форм полипозных следует упомянуть о так наз. *recurrent fibroid*, отличающихся способностью к рецидиву после удаления и при гистологическом исследовании дающих картину саркомы.

Саркома шейки матки очень редка и чаще всего относится к смешанным опухолям, как описанная Рейном *sarcoma enchondromatodes arborescens colli uteri* (см. рис. 58).

Кроме диагноза рака матки имеет также очень важное значение степень распространения процесса, т. е. так называемая операбельность рака, т. е. возможно ли еще у данной больной произвести радикальную операцию или нет.

Обыкновенно процесс, просуществовавший по анамнезу от первых



Рис. 58. Саркома цервикальной слизистой.

симптомов 4—5 месяцев, уже создает неоперабельность рака. Инфильтрации параметральной клетчатки, крестцовоматочных связок, переходы процесса на влагалище или мочевого пузыря исключают возможность радикального оперирования. При определении операбельности рака матки необходимо кроме комбинированного влагалищного исследования также произвести исследование через прямую кишку, цистоскопическое исследование мочевого пузыря и проч.

Ощупывание желез возможно в редких случаях (*gl. hypogastricae*) при тонких брюшных стенках.

Следует помнить, что паховые железы не поражаются при раке шейки матки, и лишь при раке тела матки они могут быть инфильтрированы, причем инфильтрация идет по *lig. rotundum*.

Поэтому, если при исследовании мы получаем указания на далеко зашедший процесс, то отказываемся от радикальной операции и предпочитаем лечение радием, мезоторием, лучами X.

Некоторые представители немецкой школы подвергают лечению радиацией, независимо от оперативности или неоперативности рака, но этот взгляд еще не является общепринятым.

ГЛАВА XXVIII.

Воспаление матки, яичников и труб.

Случаи острого воспаления матки, яичников и труб чаще всего наблюдаются при всякого рода инфекциях — послеродовой и послевыкидышной и гонококковой, путем распространения последней *per continuitatem* и лимфатической системой, при чем, — так как в процесс очень рано вовлекается клетчатка или брюшина, а иногда и то и другое вместе, — симптомы

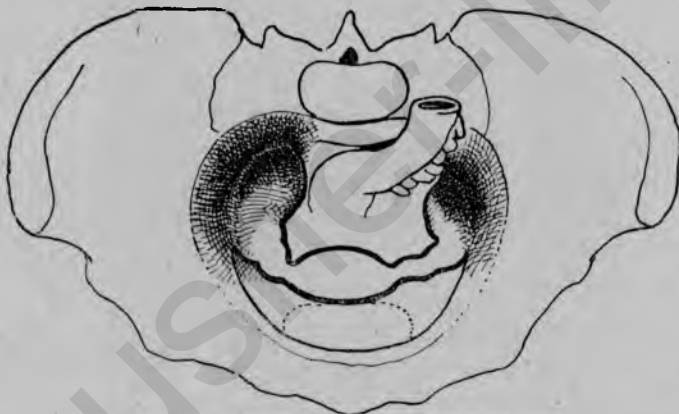


Рис. 59. Перисальпингит и перифоорит.

последних двух воспалительных процессов обыкновенно заглушают остальные явления. В хронических стадиях уже легче дифференцировать воспаление матки, воспаление яичников и труб (см. рис. 59).

Послеродовая инфекция, вызвав острый воспалительный процесс сначала матки и затем окружающих частей, после продолжительного лихорадочного периода, затем стихает и переходит в хроническую стадию, если силы организма справятся с ней, или она сразу не перейдет в кровь (бактериемия).

Гонококковая инфекция протекает обыкновенно подостро путем распространения на эндометрий, трубы, яичники и очень быстро переходит на брюшину, давая чаще всего процесс слипчивого воспаления.

Диагноз воспаления яичников и труб на основании данных объективного исследования определяется по увеличению органа и его чувствительности, при чем чаще всего поражение этих органов бывает обоюдосторонним. Симптомы, которыми выражаются заболевания яичников и труб, обыкновенно сводятся к болям, имеющим характерную локализацию

в паховых областях и обладающим способностью иррадиировать в разные стороны по внутренней поверхности бедра и вверх до подложечной области. Для труб являются характерными боли между менструациями, так наз. *colica scrotorum*, боли по характеру напоминающие боли от сдавливания яичка.

Для воспалений труб также характерна их форма, обоюдосторонность поражения.

Из других симптомов, заслуживающих особенного внимания, следует отметить наклонность воспаленных органов увеличиваться незадолго до наступления менструации. Этот симптом является весьма характерным.

Следует также отметить, что полное бесплодие, частые выкидыши или так наз. *Einkindersterilität* есть частое явление при заболеваниях яичников и труб, в особенности на почве гонорреи; причина бесплодия ясна, воспалительный процесс губит Графовы фолликулы, окружает яичник воспалительными перепонками, изменяет его положение и облитерирует маточный конец трубы.

Причина выкидышей проста: она зависит от воспалительных изменений матки и ее слизистой или всякого рода периметрических сращений и неправильных положений матки, нарушающих правильное развитие яйца, или от изменений слизистой оболочки матки, создающих разные отклонения в развитии оболочки яйца.

Einkindersterilität, т. е. отсутствие беременности после первых и единственных родов объясняется обострением гонорройного процесса, бывшего до родов, в послеродовом периоде, обострение настолько сильное, что уже последующее зачатие становится невозможным.

При определении воспалительных процессов в яичниках и трубах следует иметь в виду, что в нормальном состоянии яичники прощупываются сравнительно редко, лишь при тонких брюшных стенках, и притом вялых, хорошем тазе и вообще благоприятных условиях для исследования.

Точно также и трубы в здоровом состоянии не всегда могут быть опущаны.

Особый интерес представляют скопления жидкости в Фаллопиевых трубах, так наз. *sactosalpinx* — *ruosalpinx*, эти скопления образуют опухоли двух видов: 1) колбасовидные, 2) шаровидные, в зависимости от формы Фаллопиевой трубы до заболевания, как это указал в свое время *Freund*.

При *sactosalpinx serosa* иногда наблюдается особый характерный феномен *hydrops tubae profluens*, состоящий в периодическом опорожнении его через матку и излиянии наружу светлой прозрачной жидкости. При исследовании обыкновенно отмечается, что ранее существовавшая опухоль исчезла.

Дифференцировать эти скопления от новообразования яичников чрезвычайно трудно, но если вспомнить течение этих процессов, большую частью обоюдостороннее расположение, наклонность к увеличению перед менструацией, уменьшение при противовоспалительном лечении, а главное возможность опухать одновременно яичник при опухоли, то все это помогает решать вопрос радикально.

Кроме того, связь опухоли трубы с маткой гораздо интимнее чем опухоли яичника, опухоли труб тесно связаны с маткой; связь эта происходит вследствие межвязочного расположения труб, а главное вследствие всякого рода спаек и воспалительных сращений, постоянно сопутствующих воспалительным процессам в трубе.

Значительное затруднение представляет распознавание туберкулеза Фаллопиевых труб, которое встречается не особенно редко, и может быть определено часто лишь посредством гистологического исследования. Но еще большие затруднения встретит дифференциальная диагностика между хроническим аппендицитом и воспалением правой трубы, в особенности в тех случаях, где эти процессы тесно и интимно связаны друг с другом; при наружном исследовании чувствительность определяется в точке Mac Burney, а при внутреннем нередко мы находим увеличение яичника. Дифференцировать оба эти состояния бывает очень трудно. При операции может оказаться одновременное заболевание придатков с правой стороны и хронический аппендицит.

При операциях на маточных придатках всегда нужно обращать внимание на состояние appendix'a и наоборот.

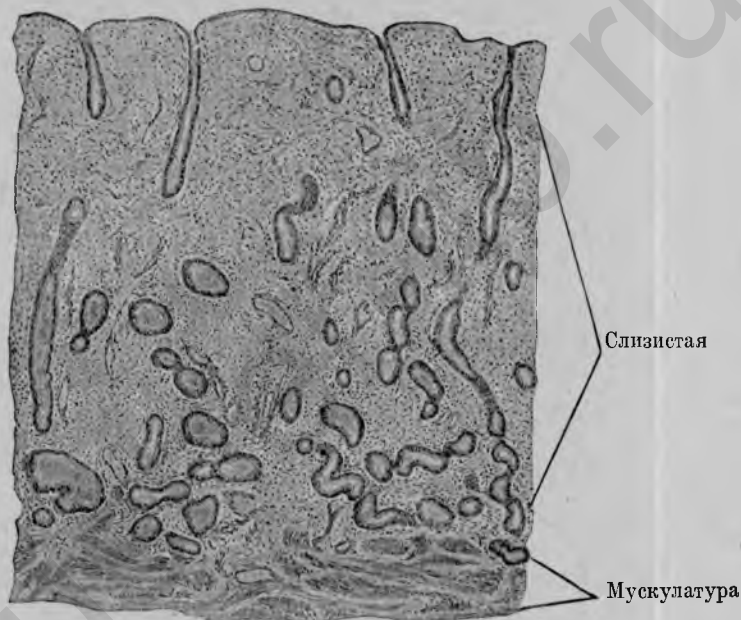


Рис. 60. Слизистая матки в промежуточной стадии. Железы умеренно извилисты. Эпителиальная секреция отсутствует.

Гораздо сложнее стоит вопрос об определении нагноений в трубе. Гнойники Фаллопиевых труб имеют очень толстые стенки, окутанные сращениями с соседними органами, чаще всего с кишками, тесно связаны с маткой, плотной консистенции и при поверхностном исследовании легко могут быть смешаны с опухолями матки — субсерозными миомами.

Решение этого вопроса возможно на основании анамнеза, выясняющего происхождение процесса после выкидыша или родов, частые обострения, повышения температуры перед менструациями.

При доступности этих опухолей со стороны Дугласа в случае сомнения в диагнозе показана пробная пункция. Данные исследования крови также служат выяснению диагноза.

Распознавание воспаления самой матки не встречает больших затруднений; об увеличении органа и его чувствительности, уже было сказано в общей части. Очень редко мы имеем поражение одного mesometrium'a, обыкновенно ему сопутствуют поражения endometrium и perimetrium.

Симптомы в первой стадии: кровотечения в виде *menometrorrhagiae*, выделения из полости матки и боли, локализирующиеся внизу живота, в пояснице, в ногах, в крестце, расстройства пищеварения, как со стороны желудка, так и кишечника, запоры, отрыжка, изжога и пр.

Наиболее частый диагноз бывает *metro-endometritis*, последний раньше, до исследований *Hitschmann'a* и *Adler'a* описывали в разных формах *glandularis*, *interstitialis*. В настоящее время эта классификация эндометритов представляется в значительной мере устаревшей, так как мы



Рис. 61. Предменструальная стадия слизистой оболочки матки. Железы гиперплазрованы. Разрастающийся эпителий отделяет секрет.

знаем, что эндометрий прodelьвает разные стадии превращения в зависимости от приближения или удаления времени менструаций (см. рис. 60 и 61).

С другой стороны *metritis* и *endometritis* иногда не совпадают друг с другом и представляются независимыми друг от друга. В особенности всякого рода катарры маточной шейки, с эрозиями, закупоркой желез шейки с образованием *ovula Nabothi*, выворотом губ создают особую картину заболевания, при которой обязательно вовлекаются в воспалительный процесс и придатки.

Состояния, с которыми хронический метрит может быть смешан, следующие: 1) беременность и 2) миома матки.

Дифференцировать хронический метрит от беременности чрезвычайно легко на основании данных анамнеза и объективного исследования. Данные анамнеза при метрите — усиленные менструации — *meno-metrorrhagia* —, при беременности задержка ее — *amenorrhoea*.

При метрите матка плотна, при беременности размягчена; тело матки при метрите и при беременности увеличено, но при хроническом воспалении матки форма матки остается такой же как и при нормальной матке, т. е. грушевидной, сплющенной спереди назад и сохраняет плотную консистенцию, при беременности тело матки очень рано размягчается, выступает признак *Heega's*, и обнаруживается цианоз в влагалищном входе, чего не наблюдается при *metritis chronica*. Могут, конечно, встретиться сомнительные для диагноза случаи, при которых необходимо повторное исследование через промежуток в 2—3 недели, когда беременность более резко выступает вследствие увеличения матки за время наблюдения.

Можно также смешать хронический метрит с миомой матки в начальной стадии развития последней, но необходимо обратить внимание на то, что миома дает очень часто вторичные узлы, которые могут быть прощупаны на поверхности матки, а форма матки при миоме обыкновенно шаровидная, а не сплющенная как при хроническом метрите. Особую форму хронического метрита составляют так называемые хронические метропатии или *myomatosis uteri*, характеризующиеся с патологоанатомической точки зрения исчезновением мышечной ткани и заменой ее соединительной тканью. Если это сопровождается кровотечениями и наблюдается в возрасте, приближающемся к климактерическому, то оно носит название хронической *metropathia*. Эти формы заболеваний могут быть смешиваемы с раком тела матки. Диагноз может быть поставлен лишь путем пробного выскабливания и микроскопического исследования.

Что же касается до заболеваний шейки матки, то эрозии уже были упомянуты в дифференциальной диагностике рака шейки матки.

Ovula Nabothii распознаются очень легко при проколе скарификатором, при чем из них выделяется стекловидная слизь.

Полипы шейки матки обыкновенно имеют железистый характер, полипы тела матки чаще всего фибромиомы.

Разрывы шейки матки имеют разнообразную форму — двусторонний боковой Эмметовский разрыв, односторонний боковой, разрыв в сагитальном направлении и разные комбинации того и другого.

ГЛАВА XXIX.

Распознавание воспаления околоматочной клетчатки и брюшины.

Воспаление клетчатки и брюшины наблюдается в острой и хронической форме, на почве разных инфекций — послеродовой, послевыкидышной, послеоперационной и гонококковой. Бактерии, вызывающие эти процессы, чаще всего стрептококки, стафилококки, диплококки.

В острой стадии эти процессы сопровождаются высокой температурой, частым пульсом, болями внизу живота и общими явлениями со стороны брюшины, носящими общее название раздражения брюшины, т. е. вздутые

живота, неотхождение газов, тошнота, рвота, сухой обложенный язык, общее угнетенное состояние.

В зависимости от степени поражения брюшины явления эти выступают более или менее резко, а в зависимости от степени инфекции находится и поражение общего состояния. При септической послеродовой инфекции, когда сразу поражается брюшина, процесс может идти молниеносно быстро, характеризуясь повышением температуры, малым частым пульсом, вздутием живота, частым дыханием, рвотой, неотхождением газов, сухим красным языком и пр.

Тяжесть процесса определяется частотой пульса и лейкоцитозом.

Не требуется особенно большого опыта и наблюдательности, чтобы распознать перитонит, который обыкновенно дает тяжелое предсказание, и лишь при гонококковой инфекции дает шансы на выздоровление.

Гораздо благоприятнее протекают формы поражения клетчатки, также протекающие с высокой температурой, но с менее учащенным пульсом, мало подрывающие общее состояние здоровья и не вызывающие явлений со стороны брюшины.

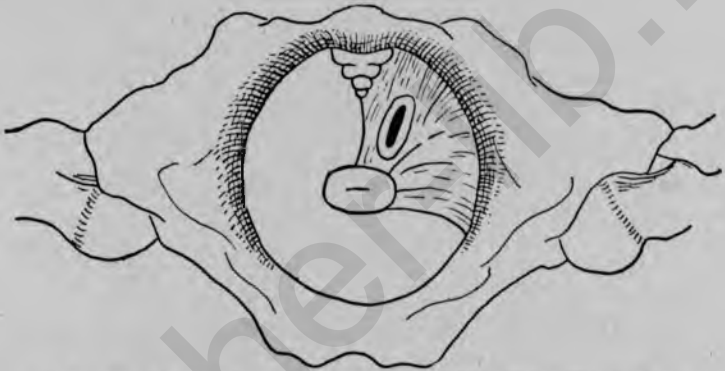


Рис. 62. Экссудат в клетчатке лево-заднего квадранта таза.

Объективные данные исследования при перитоните — вздутый живот, чувствительность при прикосновении и надавливании живота, сухой и обложенный язык, рвота или тошнота, икота, отсутствие стула, неотхождение газов. Последний симптом особенно мучителен для больных, так как вздутие стесняет дыхательные движения и больные страдают от одышки. Рвота может быть с примесью желчи, а при тяжелых формах рвота черными массами, напоминающими кофейную гущу. Предсказание в этих случаях дурное.

Особенно важное значение имеет пульс, который очень рано делается малым и затем при температуре ниже 38 достигает 120 и выше, в особенности при послеоперационном септическом перитоните.

При параметрите явления поражения брюшины значительно меньше выражены, а иногда могут даже и отсутствовать, и повышение температуры идет в одном уровне с учащением пульса. Наиболее типичной формой является послеродовой параметрит, чаще всего наблюдаемый. При внутреннем исследовании в сводах определяется чувствительность, напряжение, наичаще в боковых, а при более значительной выраженности процесса мы можем определить уже и инфильтрат в том же самом месте, где мы ощущивали лишь напряжение; инфильтрат этот определяется тем, что мы не можем соединить пальцы наружной и внутренней руки, а меж-

ду ними ощущаем что то твердое, толщиной в начале процесса в один — два поперечных пальца, затем постепенно выполняющее весь боковой правый или левый свод, а впоследствии оба, и в заключении весь таз оказывается выполненным инфильтратом, в котором как бы замурована матка с придатками, контуры которой не определяются. Такой инфильтрат обыкновенно тверд как доска (см. рис. 62 и 63).

Эта чувствительность особенно резко выступает в то время, когда рука отнимается от брюшной стенки. При наружном исследовании при значительных экссудатах мы через переднюю брюшную стенку можем ощупать плотную опухоль в regio hypogastrica dextr. и sin., идущую на 2—3 пальца ниже пупка, доходящую до костных стенок таза и спускающуюся вглубь в полость малого таза. При внутреннем исследовании при параметрите мы ощущаем с боков матки плотные массы, доходящие до стенок таза, это экссудат в широких связках, который в дальнейшем

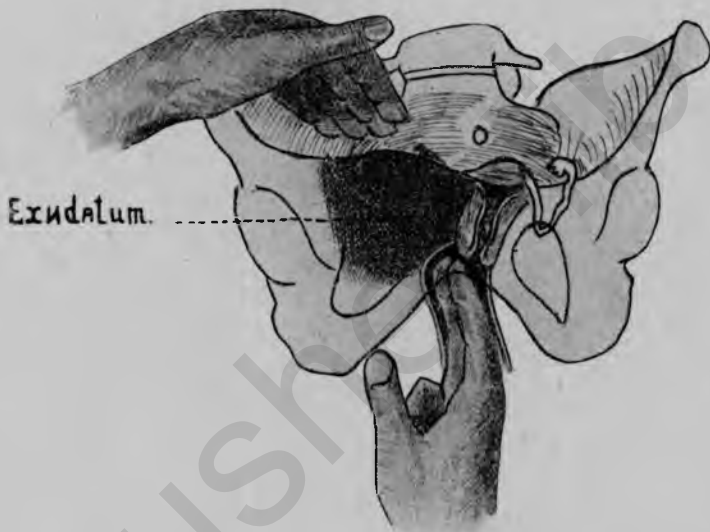


Рис. 63. Parametritis dextra exsudativa.

может распространиться кпереди, образуя parametritis anterior, располагаясь в cavum Retzii или по направлению кзади и избирая своей локализацией задний Дуглас. Мы можем получить таким образом parametritis universalis, когда вся клетчатка таза инфильтрирована.

Характерны для параметрита всегда плотная консистенция инфильтрата, неопределенные контуры и локализация — от края матки до костной стенки таза.

Нагноение в клетчатке распознается по температуре, которая принимает ясно выраженный ремиттирующий тип; по лейкоцитозу, достигающему 25—30 лейкоцитов в 1 см³ крови, и по флюктуации в инфильтрате. Образовавшийся абсцесс может вскрыться во влагалище, прямую кишку, мочевой пузырь и через переднюю брюшную стенку.

В хронических стадиях мы можем определить экссудат в виде плотной опухоли, лежащей у края матки и доходящей до стенок таза. Контуры экссудата не ясны, и при комбинированном исследовании мы можем лишь

отметить, что толщина его в 1—2 поперечных пальца. Иногда можно определить остаток бывшего экссудата в заднем Дугласе величиной в куриное яйцо или больше. Такие остатки экссудатов носят общее название *residua*.

Смешать параметрит в острой стадии очень не трудно с разного рода воспалительными опухолями придатков, как напр. с гнойными сальпингитами, но отличием служит форма опухоли — круглая или колбасовидная, чувствительность, обоюдосторонность. При нередко наблюдаемой комбинации параметрита с сальпингитом не возможно установить, который орган поражен сильнее. В острой стадии правосторонний параметрит может быть смешан с припадком аппендицита, при котором также имеется ин-

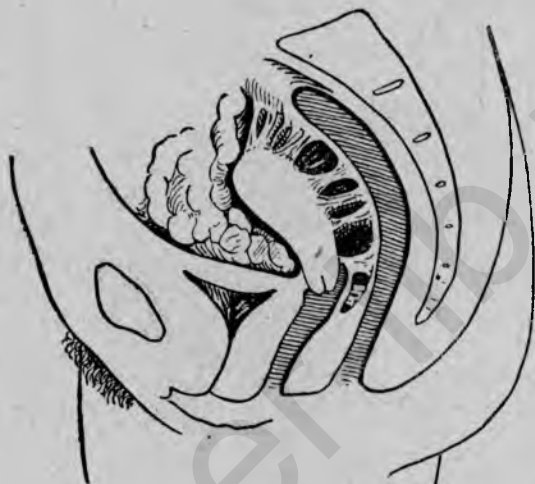


Рис. 64. Pelveoperitonitis (ср. с инфильтратом при параметрите).

фильтрат, но последний расположен значительно выше, с трудом достигается при внутреннем исследовании и редко доходит до края матки (см. рис. 64).

В хронических случаях благодаря твердой консистенции параметрит можно смешать с фибромиомой матки, что правда возможно лишь при поверхностном исследовании, а также с опухолью яичника, но эти ошибки очень легко раз'ясняются при более внимательном исследовании, так как фибромиома матки всегда имеет правильную круглую форму, тесно связана с маткой, отличается множественностью узлов, между тем экссудат повторяет лишь форму маточных связок, он всегда уплощен и почти всегда идет от края матки до костной стенки таза или лежит в *cavum Retzii*, или под брюшиной заднего Дугласа.

Неправильные положения матки и влагалища.

Уже в общей части было указано, как определяется положение матки путем комбинированного исследования и какое положение матки следует считать нормальным. Вместе с тем я обратил внимание на то, что положение матки находится в зависимости от степени наполнения мочевого пузыря и прямой кишки и может изменяться, переходя от *retropositio* при наполнении мочевого пузыря в *antepositio* и наоборот при наполнении прямой кишки. Положение матки только в том случае считается патологическим, когда матка стойко его занимает и в нем фиксирована.

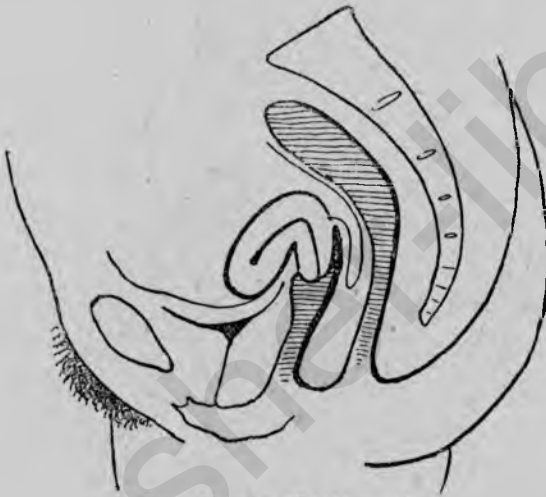


Рис. 65. *Anteflexio uteri.*

Мы знаем, что тело и шейка матки имеют определенное взаимоотношение и тело образует с шейкой матки тупой угол, открытый кпереди, т. е. нормальное отношение *anteflexio* — *anteversio*; изменение этого угла в сторону уменьшений создает так наз. патологическую антефлексию (*anteflexio pathologica*) (см. рис. 65).

Точно также образование угла тела и шейки матки, открытого кзади, образует *retroflexio* разных степеней в зависимости от величины угла и последняя может быть подвижная или фиксированная (см. рис. 66).

Anteflexio и *retroflexio* суть два главных положения матки, так сказать основные, определяющие взаимоотношение тела и шейки матки.

Распознавание их производится простым комбинированным исследованием, причем до исследования следует опорожнить мочевой пузырь и прямую кишку.

Диагностические ошибки часто наблюдаются при *retroflexio uteri*, когда фиксированный в заднем Дугласе яичник или экссудат принимается за дно матки, но при внимательном исследовании всегда удается избежать эту ошибку. Могут быть также смешаны каловые массы в заднем Дугласе с опухолью, или с дном матки, но при ощупывании на этих массах

всегда получается вдавливание от исследующего пальца, да и после опорожнения кишечника такая опухоль исчезает.

При загибах матки кзади главный вопрос заключается в том, фиксирована ли или подвижна *retroflexio*. Решить этот вопрос не всегда легко, так как попытки ручного вправления не всегда удаются неопытному наблюдателю, а, прежде чем поставить показания для оперативного лечения, следует произвести вправление матки по *Schultze*: захватить шейку матки пулевыми щипцами и низведя ее книзу левой рукой, и введя два пальца правой руки в задний свод, пытаются вправить дно матки кпереди, или же ввести в полость матки зонд *Schultz'a* или *Playfair'a* как при *retroflexio*, затем повернуть его кпереди и осторожно приподнять тело матки кпереди, наклоняя рукоятку зонда книзу.

Всякий другой загиб и отклонение — *lateroflexio*, *lateropositio* — обыкновенно являются последствием воспалительных процессов в клет-



Рис. 66. Retroflexio uteri.

чатке или в самой матке, и не представляют трудности для распознавания.

Резкое изменение в положении матки вызывает развитие опухоли в яичниках, трубах и в самой матке, но тогда изменение положения не играет никакой роли, а выступают симптомы со стороны главного заболевания.

К отделу изменений положения матки относится также выворот матки, который может быть послеродовым или на почве рождающегося фиброзного полипа матки, который, развившись в дне матки, родовыми схватками изгоняется из полости матки во влагалище и тянет за собой дно матки. Симптомы — постоянное кровотечение.

При объективном исследовании во влагалище определяется круглое шаровидное тело, которое по направлению кверху суживается, образуя как бы колбу. Это тело на месте переходов влагалищных сводов в шейку окружено кольцевидным валиком, представляющим остаток шейки матки, растянутый родившимся во влагалище телом матки. При осмотре зеркалами шарообразное тело красного цвета, с гладкой поверхностью, кровоточащее, на нем можно найти также симметричные отверстия Фаллопиевых труб. Этот признак является патогномичным.

К этому же отделу относятся опущения и выпадения матки. Мы различаем опущение матки, неполное выпадение и полное выпадение. В процессе выпадения принимает обыкновенно непосредственное участие влагалище, а при полных выпадениях также соседние органы — мочевого пузыря и прямая кишка (*cystocele* и *rectocele*) (см. рис. 67).

Опущение матки определяется расстоянием шейки матки от входа во влагалище. Нормальная шейка матки отстоит от входа во влагалище на расстоянии 7 см. Если это расстояние уменьшено, то это указывает на опущение матки.

Возможны случаи, когда этот признак оказывается неверным. При гипертрофии влагалищной части матки может случиться, что шейка матки выступает из наружных половых частей, а выпадения матки как такового нет, но в таких случаях легко убедиться в ошибке, если обратить внимание на глубину переднего и заднего влагалищных сводов.



Рис. 67. Выпадение.

При так называемой гипертрофии шейки матки (*elongatio colli, col. tapiroide*) высота переднего и заднего сводов остается без изменений, при гипертрофии средней части шейки матки передний свод исчезает, так как эта гипертрофия сопровождается выпадением передней стенки влагалища, а при гипертрофии надвлагалищной части шейки матки выпадает задняя влагалищная стенка и изглаживается задний влагалищный свод.

При определении удлинения шейки матки мы можем воспользоваться также зондом, который при введении обыкновенно застревает в области внутреннего маточного зева: поэтому мы можем определить длину шейки матки, а пройдя это место и дойдя до дна матки, мы определяем и длину полости матки.

Зная, что у нерожавших нормально длина матки — $7\frac{1}{2}$ см, а у рожавших $8\frac{1}{2}$ см, и что длина шейки нормально составляет половину общей длины полости матки, мы можем на этом основании определить удлинение шейки матки, а на основании места прикрепления влагалищных

сводов и высоты стояния шейки матки точно сказать, какая часть шейки матки представляется удлиненной.

Из изменений положения влагалища наиболее часто мы встречаем опущение передней, а затем и задней влагалищной стенок.

Чтобы их определить в начальной стадии, следует при осмотре предложить исследуемой понатужиться, тогда передняя resp. задняя стенка влагалища обнаруживается в половой щели в виде опухоли, величиной в орех или куриное яйцо. Можно также ввести зеркало, оттеснить заднюю влагалищную стенку книзу, и тогда передняя влагалищная стенка опустится и картина выступит очень ясно.

При резких степенях выпадения, при натуживании, покашливании выпадает и передняя влагалищная стенка вместе с маткой, образуя опухоль между большими губами, на верхушке которой находится отверстие — наружный маточный зев. При введении катетера в мочевоую пузырь мы отмечаем, что он идет не вглубь, как нормально, а спускается в выпавшую переднюю влагалищную стенку, т. е. в выпадении принимает также участие и мочевоую пузырь, образуя так наз. *cystocele*. Точно также в выпадении задней влагалищной стенки может участвовать прямая кишка, образуя *rectocele*, в этом также не трудно убедиться, введя палец в прямую кишку.

На выпавших половых частях вследствие трения могут образовываться всякого рода язвы, типа пролежня, скоро заживающие при антисептическом уходе и покойном положении в кровати.

При полном выпадении для исследования необходимо предварительно вправить выпавшие части, чтобы иметь возможность определить состояние яичников, труб, клетчатки и пр.

Необходимо всегда иметь в виду, что при выпадении матки могут быть еще и всякие другие патологические состояния, которые могут быть определены лишь при детальном изучении каждого отдельного случая.

Симптоматология всяких выпадений и опущений чрезвычайно разнообразна: чувство напирания внизу живота, ощущение болей, выделения — бели, затрудненные мочеиспускания и испражнения — невозможность мочеиспускания, а иногда недержание мочи при кашле, смехе, неспособность к труду и пр.

ГЛАВА XXXI.

Аномалии развития матки.

Различают нижеследующие группы пороков развития матки:

- I) Полный дефект матки и рудиментарная матка (*defectus uteri et uterus rudimentarius*).
- II) Дефект шейки матки или рудимент ее (*defectus cervicis uteri et cervix uteri rudimentaria*).
- III) Однорогая матка — полный дефект одного Мюллерового хода (*uterus unicornis*).
- IV) Зачаточный рог при однорогой матке (*uterus unicornis cum cornu rudimentario*).

- V) Двойная и двурога́я матка
(uterus duplex didelphys et uterus bicornis).
- VI) Двуполостная матка
(uterus biocularis).
- VII) Недостаточно развитая матка
(hypoplasia uteri — uterus foetalis и infantilis).
- VIII) Стенозы и атрезии наружного и внутреннего маточного зева,
как врожденного, так и приобретенного характера.
(stenosis et atresia orificii uteri interni et externi).

Из перечисленных пороков развития матки немногие представляют практический интерес, но почти все создают значительные диагностические трудности, а некоторые могут быть точно установлены лишь на анатомическом препарате. В значительном числе случаев они комбинируются с пороками развития влагалища, как напр. defectus vaginae с uterus rudimentarius, vagina septa с uterus duplex и пр. Поэтому при исследовании прежде всего нужно обращать внимание на состояние влагалища и наружных половых органов влагалища, при отсутствии последнего производить исследование через прямую кишку. При uterus rudimentarius матка ощупывается в виде поперечного тяжа толщиной в карандаш. При удвоенных матки, в зависимости от степени развития каждой половины, функция происходит в них совершенно нормально.

Диагноз устанавливается комбинированным исследованием, но также зондированием матки.

В трудных случаях следует прибегать к наркозу.

Недоразвитая матка — uterus foetalis и infantilis имеют свои особенности в том отношении, что такая матка сохраняет форму и величину детской матки, общая длина всей матки 4—5 см, шейка же в три — четыре раза больше тела матки. Этими характерными особенностями отличается uterus infantilis от hypoplasia uteri, встречающейся при общем недоразвитии организма, хлорозе, анемии, врожденной узости аорты, малой величине сердца. При hypoplasia uteri и шейка и тело матки равномерно уменьшены, такие женщины имеют менструации и в редких случаях беременеют, чем существенно отличаются от uterus infantilis, при котором не наступает ни менструации, ни зачатия.

Особый интерес представляет беременность в зачаточном роге матки, которую очень легко смешать на основании данных исследования с вне-маточной, трубной беременностью.

ГЛАВА XXXII.

Заболевания наружных половых органов.

Распознавание заболеваний наружных половых органов не представляет значительных затруднений; основой диагностики является осмотр и знание нормальных анатомических отношений, нередко необходимо ощупывание, а также всякие другие вспомогательные методы исследования, как напр. бактериоскопическое, гистологическое и пр.

Заболевания наружных половых органов могут быть разделены на группы:

1. Пороки развития.
2. Воспаления.
3. Новообразования.
4. Травматические повреждения.

В эти группы можно приблизительно включить все встречающиеся заболевания.

К наружным половым органам мы относим лобок, большие и малые губы, промежность, вход во влагалище, отверстие уретры, похотник.

При осмотре наружных половых органов мы определяем состояние их развития и правильно или неправильно их развитие. Мы можем наблюдать их недостаточное развитие, так наз. инфантилизм, естественную атрофию вследствие старости, или как последствие кастрации, или после лечения рентгеновскими лучами миомы матки, а также при разного рода истощающих болезнях, бугорчатке, диабете, нагноениях, когда исчезает подкожная жировая клетчатка.

Из пороков развития наружных половых органов следует отметить ложный гермафродитизм, гипоспадию, эписпадию, эктопию мочевого пузыря.

Сюда же относится расщепленный таз, гипертрофия похотника, производящая впечатление penis'a, что, в связи с разного рода другими отклонениями, создает картину так наз. ложного гермафродитизма.

Воспалительные заболевания наружных половых органов встречаются в молодом возрасте в виде vulvovaginitis, чаще всего гонорройного происхождения, а в более взрослом возрасте сравнительно редко, при послеродовых заболеваниях. Vulvitis есть обычно местный воспалительный процесс на почве травмы и инфекции.

Точно такую же форму представляет так наз. kraurosis vulvae, развивающийся или на почве диабета, или какой либо другой неизвестной этиологии.

К этой же группе воспалительных заболеваний наружных половых органов относится vulvitis pruriginosa, язвы — мягкая и твердая (шанкры, ulcus molle et durum), а также всякого рода кожные заболевания наружных половых органов — фурункулы, экзема на почве постоянно раз'едающих выделений, как напр. при мочевых свищах и пр.

Все эти состояния распознаются на основании общего вида заболеваний, что в громадном большинстве случаев не представляет затруднений. Только определение характера язвы — туберкулезной, сифилитической или канкротной не всегда может быть установлено с первого взгляда и может потребовать разных вспомогательных методов исследования, так напр., пробной эксцизии, бактериоскопического или бактериологического исследования или даже исследования крови по Wassermann'y.

Особенного рассмотрения заслуживают воспаления и кисты Бартолиновых желез. В этиологии этих процессов чаще мы имеем гонококковую инфекцию в чистом виде, или в симбиозе с другими бактериями, стрептостафилококками.

Так называемая триада Sanger'a, краснота наружного отверстия уретры, слизистой задней спайки, покраснение отверстий выводных протоков Бартолиновых желез является для громадного числа случаев патогномичным признаком гонорреи. Если выводной проток Бартолиновой железы облитерирован вследствие воспаления, то в железе задерживается секрет и благодаря этому образуется киста, которая может перейти в нагноение.

Смешать такую кисту можно лишь в исключительных случаях с паховой грыжей или с так наз. *hydrocele lig. rotundi*.

Дифференциальная диагностика однако не представляет затруднений, как по данным ощупывания, так в особенности по отношению опухоли к паховому каналу.

Новообразования на наружных половых частях встречаются в самых разнообразных формах — особенного интереса заслуживают карциномы и саркомы, которые однако мало чем отличаются от таких же, встречающихся на коже, которые распознаются на основании общих признаков.

Что касается травматических повреждений наружных половых органов, то наиболее часто встречаются разрывы после родов, так напр. разрыв промежности. Различают три степени: разрыв спайки, разрыв спайки и влагалища и части *corpus perinei* и третьей степени — разрыв всех предыдущих частей и наружного сфинктера.

Эта классификация с моей точки зрения представляется искусственной, или, вернее говоря, очень поверхностной, так как при разрыве первой степени мы можем иметь значительное расхождение краев мышцы *levatoris ani* и значительную деформацию тазового дна, а при так наз. разрыве 2-й степени вполне сохранившееся тазовое дно, и правильнее было бы классифицировать разрыв 1-й и 2-й степени, т. е. с разрывом наружного сфинктера *ani* или без него; в первой же степени разрывов различать таковые с расхождением краев мышц *levatoris ani*, или без расхождения.

Определение степени разрыва промежности и самого разрыва не встречает затруднений, простой осмотр с разведенными бедрами указывает на зияние половой щели, отсутствие задней спайки и рубцовые изменения как в стенке влагалища, так и в коже промежности.

Полный разрыв промежности характеризуется разрывом наружного сфинктера и всех частей промежности, тогда между влагалищем и прямой кишкой существует лишь тонкая перегородка, а отсутствие наружного сфинктера создает выпадение слизистой оболочки прямой кишки.

Расхождение краев мышцы *levatoris ani* определяется ощупыванием влагалища пальцем.

Губарев описывает во влагалище *fossa maternitatis*, которая представляет ничто другое как расхождение краев мышц *levatoris ani*.

Кроме этих часто встречающихся форм мы можем наблюдать еще отдельные случаи разрыва сфинктера, чаще всего наблюдаемого при неудачно произведенной пластике при полном разрыве промежности, когда все части промежности зажили и лишь не зажил один сфинктер, а также свищи прямой кишки на почве всякого рода абсцессов, чаще всего туберкулезного характера и свищи, происшедшие *sub coitu*, травматические, представляющие редкое явление.

ГЛАВА XXXIII.

Распознавание болезней влагалища.

В этой группе различают:

- 1) пороки развития,
- 2) воспаления,
- 3) новообразования,
- 4) травматические повреждения.

К порокам развития влагалища и девственной плевы относятся всякого рода атрезии, *atresia hymenalis vaginalis*, а также всякого рода стенозы влагалища, отчасти врожденного характера, отчасти приобретенного.

Атрезии не дают себя знать до наступления половой зрелости, стенозы же до наступления родов; первые почти всегда бывают врожденными, вторые могут быть и приобретенными и чаще всего имеют кольцевидную форму.

При атрезиях мы наблюдаем скопление менструальной крови и образование кровяной опухоли или, вернее говоря, кровяных опухолей — *haematocolpos*, *haematocolpos* + *haematometra* и *haematosalpinx* с сопровождающими болями.

Если мы видим женщину с врожденным отсутствием менструаций и с опухолью на месте влагалища и матки, то диагноз скопления менструальной крови и образования поэтому опухоли не представляет затруднений и вопросом может быть лишь определение места атрезии, а также пространство, занимаемое последней, при атрезии влагалища.

Для определения местонахождения опухоли мы пользуемся исследованием через прямую кишку — простым или комбинированным, — и одновременно осмотром наружных половых органов, которым определим существующее отклонение от нормального строения, и в особенности состояние девственной плевы, и проходимость ее, или отсутствие в ней всякого отверстия.

При зарощении *hymen'a* последний представляется перепонкой синеватого цвета, закрывающей вход во влагалище и обыкновенно выпячиваемой скоплением менструальной крови. При зарощении во влагалище девственная плева не представляет обыкновенно изменений и имеет свою обычную форму, девственная плева проходима для зонда, или после дефлорации для исследующего пальца, но влагалище оканчивается на известной глубине в виде слепого мешка, шейка же матки не определяется, выше места атрезии идет обыкновенно развитие опухоли вследствие скопления менструальной крови.

При образовании *haematocolpos*, достигающего по величине матки 4—5 месяцев беременности, и определяемого ощупыванием через переднюю брюшную стенку, мы на такой опухоли находим бугор, сидящий на верхушке ее, который является маткой. Даже при более сильном развитии *haematocolpos* этот бугор бывает более или менее ясно выражен, когда к *haematocolpos* присоединяется *haematometra* и *haematosalpinx*.

Дифференцировать атрезии влагалища и *hymen'a* с образованием кровяной опухоли от других заболеваний не представляется трудным, так как эти явления нельзя смешать ни с чем, если лишь внимательно к ним отнестись, и отметить врожденное отсутствие менструаций, *molimina menstrualia* с образованием опухоли и увеличением этой опухоли с течением времени, вследствие накопления менструальной крови.

При сужениях влагалища ошибки в распознавании могут быть сделаны лишь при высоких стриктурах, с почти точечным отверстием, через которое выделяется менструальная кровь; подобное отверстие может быть принято за отверстие маточного зева, но отсутствие шейки матки как таковой, отсутствие влагалищных сводов, невозможность проникнуть через такое отверстие в полость матки решает вопрос в ту или другую сторону.

Стриктуры влагалища могут представить большие трудности для распознавания во время родов и могут быть смешаны с ригидной маточной шейкой, не поддающейся открытию, в особенности у первородящей, которая до родов не была осмотрена, и в первый раз обращается за врачебной

помощью в полном разгаре родового акта с полным открытием зева и с отошедшими водами.

Из других пороков развития влагалища заслуживают внимания *vagina septa* или *subsepta*, которые определяются путем обыкновенного простого влагалищного исследования и комбинируются с пороками развития матки.

В некоторых случаях раздвоения влагалища могут наблюдаться в одном из влагалищ атрезии самого влагалища или *hymen'a*, которые сопровождаются накоплением менструальной крови с так наз. *haematocolpos*, *haematometra*. Это случаи так назыв. *haematocolpos unilateralis*.

Само собой разумеется, что подобное состояние возможно лишь в том случае, если *vagina septa* комбинирована с двойной маткой.

Еще остается упомянуть при рассмотрении пороков развития влагалища о так назыв. отсутствии последнего. Если этот порок наблюдается у замужних женщин, то на месте влагалища определяется слепой мешок, образовавшийся под влиянием *coitus'a*, глубиной в 3—4 см.

Этот порок развития чаще всего комбинируется с отсутствием матки или с рудиментарным ее развитием, а потому не сопровождается образованием кровяной опухоли. В сравнительно редких случаях наблюдается развитие новообразований — фибромиом из рудиментарной матки, которые могут представить затруднения в отношении распознавания. Могут быть также наблюдаемы и новообразования яичников, которые распознаются по общим правилам. Воспалительные состояния влагалища характеризуются набуханием сосочков и обильным выделением молочного цвета. Причина чаще всего инфекция разными патогенными бактериями, до дифтерийной палочки включительно. Гонококк сравнительно редко поражает стенку влагалища и только у маленьких девочек наблюдаются гонококковые воспаления.

Из новообразований во влагалище встречаются рак, саркома, фиброма. — Эти новообразования бывают чаще всего вторичные вследствие перехода новообразования с маточной шейки или из матки и даже яичников на влагалище, но бывают и первичные. Первичные злокачественные опухоли влагалища наблюдаются сравнительно редко. Из числа новообразований влагалища следует отметить так назыв. кисты влагалища, развивающиеся из остатков Гартнеровых каналов. Они характеризуются очень медленным ростом, жидким содержимым, круглой формой, эластической консистенцией. Распознавание новообразований влагалища не имеет ничего специфического и зиждется на гистологическом исследовании путем биопсии.

Распознавание травматических повреждений, к числу которых относятся всякие разрывы, как при родах, так и при повреждениях, как инструментальных (выкидыш, зонд, щипцы), так и в редких случаях *sub coitu*, — или вследствие падения на острый предмет, не представляет особых трудностей.

Распознавание мочевых и каловых свищей влагалища и матки.

Мочевые свищи.

Мочевые свищи встречаются в двух формах: 1) в виде свищей мочевого пузыря и 2) в виде свищей мочеточников. Свищи мочевого пузыря открываются во влагалище и наблюдаются в нижеследующей форме — *fistula urethro-vaginalis*, *fistula vesico-vaginalis*, *vesico-uterina* (*vesico-cervicalis* и *vesico-uterina*).

Свищи мочеточников встречаются в форме — 1) *fistula uretero-vaginalis* и 2) *fistula uretero-uterina*. Мочевые свищи характеризуются произвольным истечением мочи. При распознавании необходимо определить местонахождение свища и его характер, т. е. из мочеиспускательного канала, мочевого пузыря, или мочеточника. Наибольшие затруднения в этом направлении представляют мочеточниковые свищи при необходимости дифференцировать их от свищей мочевого пузыря. Следует однако отметить, что при современных способах цистоскопического исследования эти затруднения не так велики. Даже при элементарном исследовании можно заподозрить мочеточниковый свищ, если женщина заявляет, что она может самопроизвольно мочиться и часть мочи теряет произвольно, а если при исследовании мы отмечаем точечные отверстия, через которые выбрасывается периодически моча, то из этого можем заключить, что имеется свищ мочеточника. Точно также, если мы постараемся ввести металлический катетер в мочевой пузырь, а в свищевое отверстие тонкий металлический зонд и не сможем ощупать катетром зонд, то этим мы приобретем еще большую уверенность, что имеем дело со свищом мочеточника. При наполнении же мочевого пузыря раствором метиленовой синьки мы можем заметить, что эта жидкость не вытекает, а тампон, вложенный во влагалище, смачивается мочей не окрашенной в синий цвет. Свищи мочевого пузыря определяются ощупыванием и осмотром зеркалами, лучше всего в коленно-локтевом положении.

В этом положении они лучше всего видны и в них легко ввести палец или зонд, который может быть ощупан посредством катетера, введенного через уретру в пузырь. При свищах, пропускающих тонкий анатомический зонд, бывает очень трудно определить их местонахождение, особенно при свищах высоколежащих, имеющих сообщение с маточной шейкой.

В таких случаях невольно возникает подозрение, не имеем ли мы дело с недержанием мочи, и окончательное распознавание может быть установлено лишь вливанием в пузырь раствора метиленовой синьки и определением места, откуда эта жидкость вытекает, или же путем введения тампона во влагалище и определение места, где последний будет смочен красящей жидкостью.

В затруднительных случаях этот вопрос может решить цистоскопия. Более подробно этот вопрос рассматривается в главе: Болезни мочевых органов.

Каловые свищи.

Каловые свищи представляют случаи ненормального сообщения кишечника с половыми органами, а в некоторых исключительных случаях и с мочевым пузырем, Они характеризуются выделением жидких ис-

пражнений из влагалища. Самой простой формой этих свищей являются полные разрывы промежности с разрывом задней стенки влагалища и наружного сфинктера, кроме того, могут быть прямо-кишечные свищи, представляющие из себя сообщение прямой кишки с влагалищем, при недостаточно хорошо зашитых и потому не заживших полных разрывах промежности.

Такие свищи чаще всего наблюдаются при разрывах, происшедших во время родов. Кроме того, особую группу свищей могут образовать гнойные процессы и гнойники, расположенные между влагалищем и прямой кишкой при вскрытии в тот или другой орган; таж напр. параметрит может вскрыться одновременно во влагалище и в кишку и может образовать влагалищно-кишечный свищ.

Точно также поражение матки, влагалища или прямой кишки раком в дальнейшем может образовать каловый свищ. При распознавании мы пользуемся симптоматологией: недержанием жидких испражнений и газов, а также исследованием влагалища и прямой кишки, пальцем и зеркалами или ректоскопией.

Возможны также образования свищей прямой кишки и выше лежащих отделов при всякого рода ранениях, при экстирпации матки через влагалище, а также при брюшных операциях с ранением кишечника и последующим дренированием брюшной полости через вскрытый задний свод во влагалище.

Сравнительно редко наблюдаются свищи после гистеректомии с образованием послеоперационных инфильтратов, и с последовательным нагноением. Подобные инфильтраты могут вскрыться в кишку и в культю матки и дать свищ. Они могут также вскрыться в кишку и мочевой пузырь и дать очень упорный цистит. Так мною был описан случай упорного цистита, в котором при исследовании мочи были найдены яйца *bothriocercus* *latus*, а при цистоскопическом исследовании в мочевом пузыре были обнаружены шелковые лигатуры, которые при нагноении культы вышли в мочевой пузырь.

В сомнительных случаях свищей показано микроскопическое исследование выделения (непереваренные мышечные волокна), ректоскопия, исследование X-лучами (при наполнении кишечника кашицей с висмутом) и проч.

ГЛАВА XXXV.

Распознавание гонорройных заболеваний.

Распознавание гонорреи может быть бактериологическое или клиническое. Относительно бактериологического распознавания следует отметить, что оно имеет значение лишь при положительных результатах. Оно сравнительно легко лишь в острых случаях. Если женщина заболевает гонорреей при первых половых сношениях, то чаще всего поражается уретра и выводные протоки Бартолиновых желез; если же гонорреей заболевает женщина уже имевшая половые сношения, или рожавшая, то поражается чаще всего маточная шейка. В острых случаях гонококки могут легко быть найдены, если секрет взят из уретры, или

из выводных протоков Бартолиниевых желез или из шейки. В главе о бактериологическом исследовании подробно описаны способы этого исследования. Из шейки лучше всего брать секрет для исследования незадолго до менструации, или в скором времени после ее окончания. Можно также взять очень нежный соскоб маленькой ложечкой или же прибегнуть к так наз. провокационному методу, впрыскиванию в уретру или в канал шейки раздражающих химических веществ, чаще всего растворов 5% arg. nitrici. Впрочем в гинекологии, к сожалению, этот метод не нашел применения. Гнойный бартолитит, офтальмобленноррея новорожденного, развитие pyosalpinx в послеродовом периоде чаще всего говорят за их гонококковое происхождение. В хронических случаях даже при отсутствии гонококков всегда должны внушать подозрение обильные гнойные истечения из полости матки. Эти гнойные истечения обыкновенно зеленого цвета, без запаха, оставляют пятна на белье и чаще всего заставляют женщину обращаться за врачебной помощью. Иногда это выделение бывает настолько значительно, что вызывает раздражение и на наружных половых частях, давая картину vulvitis и vulvo-vaginitis. Такие vulvo-vaginitis гонококкового происхождения мы чаще всего наблюдаем у маленьких девочек заболевших гонореей. У взрослых же наружные половые органы и влагалище поражаются сравнительно редко, вследствие того, что они покрыты многослойным плоским эпителием, через который гонококк не может проникнуть внутрь, и у них процесс переходит с слизистой матки на трубы, яичники и брюшину, причем чаще всего наблюдаются поражения придатков, фиксированные загибы кзади и явления как бокового, так и заднего периметрита. Для определения хронической гонорреи немаловажную роль играет анамнез. Если мы имеем хронически воспалительный процесс и нам удастся установить, что женщина заболела вскоре по выходе замуж, и этот процесс периодически обострялся, если женщина вследствие этого бесплодна или сделала несколько выкидышей, то мы с громадной вероятностью можем предположить гонококковое заболевание даже при отсутствии гонококков в выделениях и установить распознавание восходящей гонорреи. Уже Зенгер указал, что краснота в области отверстий выводных протоков Бартолиниевых желез, в области уретры, и слизистой оболочки задней спайки является указанием на гонококковую инфекцию. Кроме того, Зенгер еще обратил внимание на один чрезвычайно важный признак, имеющий большое значение, на так называемую Einkindersterilität, т. е. большая гонорреей женщина беременеет, рождает, но больше уже беременности у нее не наступает. Бесплодие у женщины может зависеть в таких случаях от азооспермии мужа, а также от всякого рода воспалительных заболеваний яичников и труб, которые могут быть облитерированы, т. е. зарощено абдоминальное отверстие. Если же зачатие возможно, то беременность чаще всего прерывается выкидышем, как вследствие заболевания эндометрия, так и вследствие воспалительных изменений брюшины, яичников и труб. Признак Зенгера Einkindersterilität объясняется тем, что женщина, имевшая гонококковую инфекцию, беременеет, и в послеродовом периоде, переносит такое послеродовое заболевание, которое ее лишает возможности в будущем быть матерью. Во всех таких случаях бесплодия необходимо сделать исследование спермы, а при привычных выкидышах исследование крови по Wassermann'у, для того, чтобы исключить сифилис. В общем эти признаки до настоящего времени не утратили своего значения, и на них следует обратить внимание, хотя они не могут считаться патогномоничными.

Гонококк очень охотно вступает в симбиоз с другими бактериями: с стрептококком, с стафилококком, с *Bact. coli* и даже с туберкулезными палочками. Такую смешанную инфекцию мы можем часто наблюдать при гнойниках Бартолиниевой железы и воспалениях мочевого пузыря. Чисто гонорройный цистит наблюдается сравнительно очень редко. В некоторых случаях гонококковая инфекция принимает бурный характер, давая картину грозного перитонита, вследствие опорожнения гнойного скопления вместе с гонококками из Фаллопиевой трубы в брюшную полость. Такие перитониты чаще всего имеют бурное начало, и картина их мало чем отличается от других форм перитонита. При распознавании подобного рода состояний следует всегда иметь ввиду возможность смешения такого процесса с острым аппендицитом, который также может дать картину острого заболевания придатка. При исследовании крови надо отметить, что при гонококковых заболеваниях лейкоцитоз выше 15 тысяч почти никогда не наблюдается и гонококковый перитонит отличается сравнительно благоприятным течением, почти всегда оканчиваясь выздоровлением, между тем, как перитонит, зависящий от аппендицита, дает значительный лейкоцитоз и гораздо худшее предсказание. При хронической гоноррее мы можем наблюдать также нередко так называемое последовательное заболевание отдаленных органов в виде поражения суставов (голеностопного, локтевого, коленного и луче-запястного). Эти поражения суставов относятся к монартритам, т. е. обыкновенно заболевает только один из этих суставов.

Из редких осложнений я могу упомянуть наблюдение рецидивирующего ирита у больной с гоноррейным поражением придатков, излеченного впрыскиванием гонококковой вакцины. Явления гонококковой интоксикации у женщин наступают сравнительно рано: анемичность, выпадение волос, сухость кожи, вялость кишечника, функциональное расстройство сердца, вместе с общими явлениями расстройства нервной системы в виде неврастении, истерии, а в редких случаях психастении создают тот тип женщин, которые являются постоянными посетительницами гинекологических амбулаторий.

Если такую женщину подвергнуть гинекологическому исследованию, то мы найдем очень мало данных, чтобы объяснить всю картину заболевания. Незначительное увеличение матки, чувствительность заднего свода, незначительное увеличение яичников, и вместе с тем перед нами находится несомненно больной человек, жалующийся на постоянные боли, инвалид, служащий бременем в семье, заражая других своей истерией, бесполезный член общества.

Диагноз таких состояний может быть поставлен только путем изучения больной, ее анамнеза, а также применением серологических методов исследования (реакция Bordet-Gengou) до настоящего времени еще недостаточно разработанных. Диагноз может быть также выяснен путем впрыскивания гонококковой вакцины при наступающей затем реакции.

Распознавание сифилиса женской половой сферы.

К заболеваниям, встречающимся в повседневной гинекологической практике, нужно также отнести и всевозможные формы сифилиса, который хотя подлежит компетенции специалистов-сифилидологов, но тем не менее и для гинеколога чрезвычайно важно знание проявления различных форм сифилитической инфекции, чтобы во время поставить верное распознавание и направить таких больных к специалисту для лечения. Благодаря исследованию секрета на *spirochaeta pallida* и реакции крови по Wassermann'у, диагноз может быть в значительной степени облегчен, и те диагностические трудности, которые возникали раньше при всякого рода подозрительных язвах (туберкулезных, раковых) на наружных половых частях, теперь, благодаря этим способам исследования, устранены в значительной степени.

Следует помнить лишь одно, что отрицательный результат исследования не всегда говорит с достоверностью за отсутствие сифилитической инфекции, а положительный, в громадном большинстве случаев, с полной достоверностью подтверждает этот диагноз. В сомнительных случаях приходится прибегать еще и к другим реакциям, Sachs-Georgi, Meinicke и другим методам, как напр. провокационному. Исследования последнего времени показали, что и положительная Wassermann'овская реакция не всегда надежна, она получается при некоторых формах малярии, и у беременных, рожениц и родильниц до 7-го дня в известном % случаев при отсутствии сифилиса. В дальнейшем у этих лиц эта реакция исчезает.

Первичные язвы чаще всего располагаются на наружных половых частях, в громадном большинстве случаев они поверхностны, не велики, безболезненны и дают мало симптомов.

Наичаще они локализируются на внутренней поверхности больших губ, в области малых, задней спайки, в области похотника и уретры. Первичные язвы в некоторых случаях встречаются как смешанные (*ulcera mixta*). В таких случаях они имеют в своей окружности инфильтрацию и отечность, и проникают значительно глубже. Во влагалище первичная язва встречается значительно реже, преимущественная локализация — в задней трети влагалища.

При поражении наружных половых органов и передней трети влагалища опухают паховые железы, в других случаях подвздошные железы. Матка еще реже поражается первичной язвой, локализирующейся чаще всего на передней губе; эти язвы имеют обыкновенно ровные острые края и оставляют после себя рубцы, характер которых возбуждает известное подозрение. Отличаются эти язвы от туберкулезных и раковых тем, что они значительно меньше кровоточивы при исследовании и не имеют той характерной ломкости как раковая язва.

Для дифференциальной диагностики этих язв необходимо пользование пробной эксцизией и реакцией Wassermann'a, при отрицательных данных пробной эксцизии.

В полости матки, в яичниках и трубах, первичные язвы не встречаются.

Вторичные явления сифилиса чаще всего наблюдаются на наружных половых органах и обыкновенно на внутренней поверхности больших

губ, а также во влагалище. На наружных половых частях они могут быть смешиваемы с *condylomata acuminata*, в особенности если остроконечные *condylomata* находятся в комбинации с плоскими папулами.

Что же касается третичных форм, то они встречаются на наружных половых частях очень редко в виде единичных или множественных гумм или в виде гумозной инфильтрации. Дифференцировать их приходится по общим принципам от рака и туберкулеза.

В такой же форме они могут наблюдаться и во влагалище, в особенности нужно иметь в виду сифилитическое поражение влагалища при стриктурах неизвестного происхождения.

О сифилитических поражениях третичного периода внутренних половых органов — матки, яичников и труб мы знаем очень мало, но несомненно, что они существуют, так мы знаем сифилитическое поражение плаценты, которое несомненно должно инфицировать и матку, знаем маточные кровотечения, подающиеся противосифилитическому лечению, аменоррею у сифилитических женщин, по всей вероятности вследствие сифилитического поражения яичников и пр.

На этом основании можно желать лишь широкого применения Вассермановской реакции у больных при всякого рода темных картинах гинекологических заболеваний.

ГЛАВА XXXVII.

Распознавание туберкулеза женской половой сферы.

Туберкулез женских половых органов принадлежит, как известно, к числу сравнительно редких заболеваний и встречается в двух формах — в виде восходящего и нисходящего туберкулеза, последний является наиболее частой формой. Частота поражения отдельных частей полового аппарата обратна в сравнении с сифилисом, т. е. чаще всего поражаются маточные придатки, затем матка, влагалище и наружные половые части; если взять среднюю цифру наличия туберкулеза на женских трупах равной 2%, то 1/2% должны быть отнесены к поражению придатков. Туберкулезная инфекция в женских половых органах обыкновенно является вторичной и в 75% первичным источником служат легкиа, при чем к моменту возникновения процесса в женской половой сфере в легких процесс может совершенно затихнуть и даже быть в неопределимом состоянии.

Пути распространения туберкулеза чаще всего являются кровь и лимфа, но туберкулезный материал может быть также занесен испражнениями при туберкулезе кишек, при мастурбации, coitus'e. Путем лимфатической системы туберкулез переходит с близлежащих органов — брюшины, лимфатических желез и пр. на трубы и яичники.

На наружных частях туберкулез встречается только в ulcerозной форме, при чем такие язвы не имеют обыкновенно тенденции к заживлению. Микроскопическое исследование вырезанного кусочка для установки диагноза туберкулеза тогда имеет значение, если удастся найти отдельные бугорки с эпителиоидными и гигантскими клетками и туберкулезные палочки Коха.

Следует отметить, что туберкулез vulva встречается в комбинации с карциномой и сифилисом, что еще более затрудняет диагноз.

Туберкулез влагалища встречается обыкновенно в виде язв с папиллярными разращениями, которые особенно легко смешать с карциномой, а также в виде множественных бугорков на слизистой оболочке влагалища. При поражении влагалища возможен переход процесса на пузырь и прямую кишку.

Все, что относится к диагностике туберкулеза наружных частей, также имеет силу по отношению туберкулеза влагалища.

Туберкулез матки встречается в виде туберкулеза шейки и тела матки. На маточной шейке он встречается в виде множественных бугорков, сливающихся и образующих язвы с сосочковыми разращениями. Смешать подобный процесс с carcinoma portionis чрезвычайно легко, и лишь присутствие отдельных бугорков вблизи главной язвы может решить сомнения. Туберкулез матки может поражать также и слизистую ее оболочку в форме бациллярного катарра; по роду происхождения он чаще бывает нисходящим, чем восходящим. Тип менструации при этом бациллярном катарре очень неопределенный, она может быть нормальной и усиленной, но чаще наблюдается запаздывание менструации, чем ее учащение и обильное кровотечение. Все это зависит от степени одновременного поражения яичников.

Диагноз может быть установлен на основании микроскопического исследования выделений и пробного выскабливания.

Следует иметь в виду, что подобное пробное выскабливание должно быть произведено с возможной осторожностью из за опасения прободения матки и развития милиарного туберкулеза.

В сомнительных случаях рекомендуется соскоб матки, взятый по возможности стерильно, впрыснуть в брюшную полость морской свинки, очень восприимчивой к туберкулезу и если последний имеется, то через месяц у такой свинки вся брюшина будет покрыта бугорками.

Туберкулез яичников чаще всего локализуется в трубах, причем, чаще всего сначала поражаются трубы, а затем уже яичники, на которые процесс переходит с труб. В яичнике были находимы милиарные бугорки в паренхиме и на поверхности с образованием абсцессов с казеозным содержимым в межтубочной ткани или фолликулах и желтом теле. Эти формы сочетаются с туберкулезом труб, представляя опухоли довольно значительной величины, до кулака и больше, чаще всего с межсвязочным развитием, спаянные с кишками, сальником, и дают значительные диагностические трудности. При туберкулезе труб чаще всего поражаются обе, степень поражения бывает различна, процесс начинается почти всегда с ostium abdominale tubae Fallopii и в дальнейшем в связи с инфекцией стрептококками или гонококками образуется pyosalpinx.

Так наз. salpingitis isthmica nodosa не характерна для туберкулеза труб.

Распознавание бугорчатки яичников и труб в высшей степени трудно; имеют значение туберкулезная наследственность, специальный habitus, наличие туберкулезного процесса в легких, постоянное повышение температуры.

При объективном исследовании определяется присутствие опухоли придатков, а в заднем Дугласе и на задней стенке матки определяются узелки, обнаруживающиеся лучше всего при исследовании через прямую кишку. Смешать эти узелки очень легко с диссеминацией папиллярной кисты.

При пробной пункции такой опухоли диагноз становится несомненным, если в гное окажутся туберкулезные бактерии.

При исследовании крови при чистом туберкулезе наблюдается лейкопения, при других инфекциях — лейкоцитоз, а так как чаще всего наблюдается смешанная инфекция, то этот признак утрачивает свое значение.

Для распознавания туберкулеза женских половых органов можно также пользоваться разными серологическими реакциями: кожной Pirquet'a, туберкулиновой Безредка, но ввиду того, что бугорчатка половых органов чаще всего бывает вторичная, то все эти реакции имеют лишь относительное значение.

Следует еще отметить, что туберкулез, перенесенный в раннем детстве, может создать врожденное отсутствие менструации, а при присутствии опухоли придатков, при болях симулировать атрезию матки с образованием haematometra. Конечно, простое зондирование матки может сразу решить все сомнения.

Таким образом при распознавании наиболее частой формы туберкулеза приходится различать это заболевание от гонококковой и стрептококковой инфекции и чаще всего устанавливать характер процесса путем исключения.

Что же касается до туберкулезного воспаления брюшины, то при асцитической его форме следует исключить заболевания сердца, почек, печени и злокачественные новообразования органов брюшной полости.

При второй форме слипчивого перитонита мы нередко видим так называемые опухоли, представляющие конгломерат спаянных кишек.

И первая, и вторая форма сопровождаются повышением температуры, болями в животе, исхуданием, иногда меноррагиями, аменореей, бесплодием.

И в первой и во второй форме диагноз чаще всего определяется путем пробного чревосечения.

ГЛАВА XXXVIII.

Распознавание заболеваний женских мочевых органов.

Изучение мочевых органов с точки зрения патологии и клиники относится к области урологии, выделившейся в отдельную специальность из хирургии и внутренней медицины; для гинеколога же урология женщины представляет непосредственно прилегающую к его специальности пограничную область, с которой volens-nolens приходится сталкиваться и знакомство с которой является необходимым. В особенности важно знать изменения в нижнем отделе мочевых органов — в мочеиспускательном канале, мочевом пузыре и отчасти мочеточниках. Почечные же лоханки и почки относятся уже к ведению чистой урологии, особенно в отношении специальной терапии.

Классификация заболеваний мочевых органов та же как и в других органах — пороки развития, воспаления, новообразования и травматические повреждения.

Из пороков развития мы встречаем разные формы: hypospadias, epispadias, ectopia vesicae и в очень редких случаях удвоение уретры.

Распознавание этих состояний не представляет затруднений при знакомстве с нормальной анатомией.

Воспалительное состояние мочеиспускательного канала чаще всего наблюдается при гоноррейной инфекции, оно сопровождается частым и болезненным мочеиспусканием, а при исследовании наблюдается краснота в области отверстия мочеиспускательного канала, гнойвидные выделения из последнего, которые можно обнаружить при надавливании на уретральный валик со стороны передней стенки влагалища. В хронических случаях вся уретра представляется утолщенной.

В связи с воспалениями мочеиспускательного канала на почве гоноррейной инфекции наблюдается также воспаление парауретральных ходов, так наз. желез Skene, которые могут быть также наполнены гноем.

Воспаление уретры может быть смешано с гнойною urethrocele.

При посредстве катетера или тонкого зонда urethrocele может быть легко обнаружена.

Стриктуры мочеиспускательного канала у женщин не наблюдаются.

Из новообразований уретры известны: рак, саркома и фиброма; наблюдаются также полипы представляющие выпавшую слизистую оболочку.

Гораздо сложнее бывает картина при заболеваниях мочевого пузыря, и для их распознавания необходимо знакомство с симптоматологией и с специальными методами исследования.

При распознавании болезней мочевого пузыря мы пользуемся: 1) симптоматологией — расстройствами функций мочеотделения и мочеиспускания, 2) данными анализа мочи, 3) данными исследования мочевого пузыря путем опущивания, цистоскопии и зондирования мочеточников, а иногда лучами X.

Всю симптоматику можно вложить в очень простую схему:

1) Расстройства функции мочеотделения:

A) Количественные	{	a) anuria,	B) Качественные	{	a) albuminuria,
		b) oliguria,			b) pyuria,
		c) polyuria.			c) haematuria,
					d) bacteriuria и др.

2) Расстройства функции мочеиспускания:

a) dysuria,
b) incontinentia urinae,
c) pollakisuria,
d) ischuria paradoxa.

При изучении всех этих расстройств гинекологу приходится очень часто иметь дело либо с заболеваниями, относящимися к отделу внутренней медицины, либо с чисто урологическими формами.

Тем не менее гинекологу приходится разбираться и в этой симптоматологии, так как к нему нередко обращаются больные страдающие одновременно заболеваниями мочевых органов.

Анурия наблюдается при почечной колике, при травмах поясничной области, при операциях на почках и вообще при некоторых операциях в брюшной полости, сопровождаемых шок'ом, как напр. иногда после операции Wertheim'a, после удаления миом и пр. Анурия зависит от перевязки одного или обоих мочеточников при операции, а также от ранения

мочеточника, его закупорки. Она наблюдается также в некоторых исключительно тяжелых случаях истерии. Такая анурия обыкновенно бывает временной, кроме случаев особенно тяжелых — при перевязке обоих мочеточников.

Длительная анурия бывает при почечнокаменной болезни, скарлатине, холере, отравлении сулемой и при эклампсии, а также при хроническом воспалении почек, пороках сердца, сдавливании мочеточников инфильтратом или опухолью (рак), при перевязке мочеточников, а также при остром sepsis. В большинстве случаев такая анурия ведет к смерти.

Для распознавания анурии достаточно ввести катетр в пузырь, чтобы убедиться в том, что он пуст и диагноз будет установлен, но этого мало, нужно еще определить причину анурии, т. е. саму болезнь, для чего необходимо перебрать все состояния, указанные выше.

Гораздо меньше интереса представляет увеличение количества мочи, наблюдаемое при *diabetes mellitus, insipidus*, хроническом интерстициальном нефрите и пиелите.

Качественные изменения состава мочи, как напр. альбуминурия наблюдаются иногда при беременности, при почке беременных, пороках сердца, при воспалении почек, острых инфекционных заболеваниях, а также при тяжелой форме цистита и пиелита — при обильном гнойном осадке мочи, при отравлениях и пр.

Таким образом источником происхождения белка может быть пузырь, лоханки или почки, и для определения источника происхождения нужно иметь целый ряд других данных исследования мочи, т. е. присутствия или отсутствия форменных элементов — лейкоцитов, красных кровяных телец, цилиндров и пр.

Все это относится также и к содержащимся в моче гною, крови, бактериям и пр., т. е. источником их происхождения будет или мочевого пузыря, или лоханки, или почки, а в некоторых случаях и уретра, или какой либо соседний с мочевого системой орган, как напр. вскрывшийся в пузырь гнойный параметрит, *pyosalpinx* или нагноившаяся киста.

Расстройство функций мочеиспускания, недержание мочи (*incontinentia urinae*) является обыкновенным симптомом мочевых свищей, когда женщина постоянно теряет мочу, но также при слабости сфинктера мочевого пузыря или его параличе; в незначительных степенях этот симптом наблюдается при всякого рода выпадениях и опущениях влагалища, когда женщина непроизвольно теряет мочу при плаче, смехе, а также при заболеваниях спинного мозга.

Симптом недержания мочи в каждом отдельном случае требует дифференциальной диагностики между мочевым свищем (мочеиспускательного канала, мочевого пузыря, мочеточника) и простым недержанием мочи вследствие слабости или паралича сфинктера. Наличие свища определяется простым влагалищным исследованием: ручным, зеркалами, катетризацией, зондированием, иногда вливанием в пузырь раствора метиленовой синьки, или цистоскопией, и только когда можно исключить свищ, можно предполагать, что причиной недержания мочи является паралич сфинктера мочевого пузыря. При определении свища нужно установить его топографию, источник происхождения (травма во время родов, рак матки и пр.), а также отношение мочевого свища к уретре, к мочеточникам, что очень важно при оперативном лечении.

Dysuria — симптом болей при мочеиспускании — спутник уретрита, цистита и пиелита, а также воспалительных процессов брюшины: периме-

трита, перицистита. *Dysuria* очень частый и в высшей степени тягостный симптом, он имеет свои характерные особенности, иногда эта болезненность бывает в начале мочеиспускания, иногда в конце и боли имеют склонность к иррадиации в ногу по внутренней поверхности бедра вдоль *n. genitocruralis*, или по задней его поверхности вдоль седалищного нерва при ишиалите.

Частое мочеиспускание (*pollakiuria*) обычный симптом, присущий и уретриту, циститу, пиелиту. *Pollakiuria* может также наблюдаться без анатомических изменений мочевого пузыря у нервных особ при так наз. *irritable bladder* (раздражительном мочевом пузыре), такое частое мочеиспускание наблюдается лишь днем, ночью же оно отсутствует.

Наконец *ischuria paradoxa* — выделение мочи по каплям в сопровождении болей наблюдается при механических затруднениях для опорожнения мочевого пузыря, как напр. при *retroflexio uteri gravidi incarcerata*, быстро развившийся *haematocele retrouterinum*, а также при ущемлении опухолей в заднем Дугласе (кисты, миомы).

Переходя теперь к частной диагностике заболеваний мочевого пузыря, мы должны заметить, что чаще всего встречается воспаление мочевого пузыря, в острых периодах сопровождающееся частыми позывами, болями при мочеиспускании и мутной мочой.

В хронических стадиях цистит может выражаться лишь выделением мутной, содержащей гной мочи.

Определяя изменение состава мочи, мы вместе с тем должны также определять и причину его, как напр. камни, новообразования, инородные тела, а также наличие бактерий, как гонококков, *bact. coli*, *streptococcus* etc.

В одних случаях бактерии попадают в пузырь путем нисходящим, это бывает при туберкулезе и септической пурперальной инфекции; в других случаях путем восходящей гонорреи, или же при воспалении соседних частей — *parametritis*, *adnexitis*, путем лимфатической системы.

Окончательный диагноз устанавливается цистоскопическим исследованием выясняющим, имеем ли мы дело с циститом, пиелитом, или вскрывшимся в пузырь гнойником.

К числу заболеваний, с которыми очень легко смешать катарр мочевого пузыря следует отнести туберкулез мочевого пузыря, который всегда бывает вторичным, происходя от почки.

При распознавании бугорчатки мочевого пузыря необходимо прибегнуть не только к цистоскопии, но и к зондированию мочеточников с целью определения какая почка поражена, так как туберкулез мочевого пузыря чаще всего бывает вторичным. При исследовании мочи на туберкулезные бактерии мы часто должны пользоваться прививкою мочевого осадка животным, чтобы окончательно установить диагноз.

Особую главу в гинекологии составляют мочевые свищи, подлежащие уже давно компетенции гинекологов, имея своим источником происхождения травму при операциях, как акушерских, так и гинекологических, или происходя вследствие давления предлежащей части на стенку влагалища и мочевого пузыря, в особенности при узком тазе. Это давление вызывает некроз стенки мочевого пузыря, уретры или мочеточников и в результате образуется свищ.

Кроме того, мочевые свищи могут произойти вследствие воспаления стенки мочевого пузыря и некроза ее в зависимости от камней мочевого пузыря или злокачественных новообразований и проч.

Разрывы мочевого пузыря при здоровом состоянии стенок случаются очень редко, разве только последует какая либо травма при чрезмерном переполнении мочевого пузыря.

При хроническом воспалении стенок мочевого пузыря самопроизвольный разрыв наблюдается у душевно больных, а также при механических условиях, препятствующих опорожнению мочевого пузыря, как напр. при retroflexio uteri gravidi incarcerated и др. Обыкновенно развивается дифтеритическое воспаление стенок мочевого пузыря, доходящее до некроза последних.

При полном разрыве мочевого пузыря, при катетеризации пузыря он оказывается пустым, так как вся моча изливается в брюшную полость и очень скоро вызывает воспаление брюшины. При неполных разрывах мочевого пузыря, когда нарушена лишь одна слизистая оболочка, моча бывает с примесью крови.

Эта кровь в моче наблюдается также при ранениях мочевого пузыря при операции т. ч. если в конце операции удаления матки влагалитным или абдоминальным путем при катетеризации обнаружится кровь, то ранение мочевого пузыря весьма вероятно.

Из опухолей мочевого пузыря встречаются карциномы, саркомы, папилломы. Постоянным симптомом служит появление крови в моче и расстройство мочеиспускания. Диагноз может быть поставлен лишь цистоскопическим исследованием.

Встречаются также в мочевом пузыре инородные тела, попадающие туда при онанизме (карандаши, вязальные спицы), а также случайно из смежных частей (лигатура, положенная на культю при ампутации матки, забытые тампоны, обломки катетера при катетеризации и пр.), а также целая группа всяких мочевых камней.

Все эти инородные тела обыкновенно сопровождаются упорными циститами и могут быть распознаны лишь путем цистоскопического исследования, кроме того, камни могут быть ощупаны путем введения в пузырь катетера, при больших камнях путем двуручного исследования, а также Рентгеновскими лучами.

Заболевания мочеточников представляют для гинеколога меньший интерес, кроме свищей мочеточников, о которых уже было упомянуто. Пиэлиты наблюдаются во время беременности, а также при всякого рода инфекциях, имеющих связь с заболеваниями женской половой сферы, напр. гонококковой, bacillus coli и др.

Все эти заболевания воспалительного характера требуют исследования мочеточника путем зондирования, исследования мочи, взятой из каждой почки в отдельности, исследования функциональной способности почки путем впрыскивания метиленовой синьки и флоридина, криоскопии и пр.

В некоторых случаях гидронефроза, пиэлита, пионефроза и почечных камней показано применение Рентгеновских лучей для целей диагностики, путем вростого снимка, или просвечивания по наполнению мочевого тракта раствором collargol'a.

Распознавание расстройств внутренней секреции эндокринных желез в связи с заболеваниями женских половых органов.

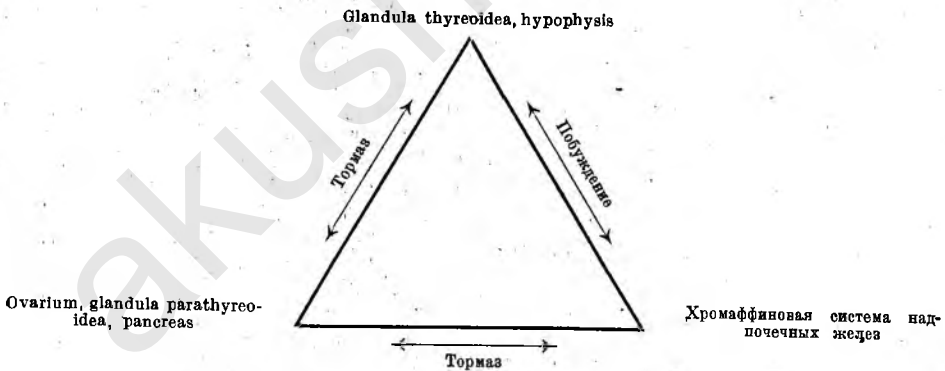
Вопрос о нарушении внутренней секреции эндокринных желез, а также о их взаимоотношении и влиянии на железы внутренней секреции половой системы женщины является одним из самых важных в современной гинекологии.

В системе половых органов женщины такой железой с внутренней секрецией является яичник *in toto* с своим фолликулярным аппаратом, желтым телом и интерстициальной железой. В связи с функцией яичника как железы с внутренней секрецией находится весь менструационный процесс с его физиологическими особенностями и патологическими отклонениями.

Кроме того, помимо нарушения функций яичника, как эндокринной железы, на менструальную функцию могут оказывать влияние воспалительные изменения самой матки, чаще всего, на почве инфекции, (гонорройной и др.), а также новообразования в последней (рак, миома, саркома и пр.). В каждом отдельном случае необходимо установить, отчего зависят нарушения менструации, от анатомических изменений в самой матке или от нарушения функции яичников; функция же яичников может быть нарушена или первично, или в зависимости от нарушения функции других эндокринных желез.

Таким образом распознавание подобных расстройств представляет значительные затруднения и требует от гинеколога широкого знакомства с методами исследования общей медицины и клиникою внутренних болезней.

Взаимоотношение этих желез может быть представлено по ниже прилагаемой простой схеме:



Из этой схемы особенно явствует значение в организме женщины щитовидной железы, хромаффинной системы надпочечников и передней доли *gl. hypophysis* и их взаимоотношения с функцией яичника. Яичник тормозит функцию щитовидной железы, *hypophysis* и хромаффинную систему. Кроме того, яичник побуждает к деятельности *gl. parathyroidea*, а последняя вместе с поджелудочной железой и *thymus* влияет тормозящим образом на щитовидную железу и хромаффинную систему.

По всей вероятности матка (?) также тормозит щитовидную железу и побуждает хромаффинную систему, а *gl. thymus* побуждает *hypophysis* и *gl. thyreoidea*. Яичник же побуждает матку (?), а грудные железы (*mammae*) тормозят яичник.

Все эти предположения находят подтверждение в клинических наблюдениях расстройств внутренней секреции при зобе, Базедовой болезни, Адиссоновой болезни, акромегалии, ожирении, остеомалации, хлорозе, гетерогенном гипертрихозе, а также в экспериментальных данных и органотерапии.

На основании данных наиболее изученной железы с внутренней секрецией *gl. thyreoidea* мы можем различить *hyperfunctio*, *hypofunctio* и *dysfunctio* яичника, как железы с внутренней секрецией.

К гиперфункции яичника мы должны отнести кровотечения во время половой зрелости, яичниковые кровотечения у взрослых, климактерические кровотечения, кровотечения при воспалениях придатков и при новообразованиях яичников, и вообще всякого рода *meno-metrorrhagiae* при отсутствии анатомических изменений в слизистой оболочке матки и *ее myometrium'e*.

К рубрике *hyperfunctio ovarii* мы можем отнести также *pubertas praesox*, которая нередко связана с *dysfunctio ovarii*, остеомалацию и образование миомы матки, а также хлороз.

К гипофункции железы мы должны будем отнести целый ряд *oligomenorrhoea* и *amenorrhoea* у молодых девушек с нормальной маткой и яичниками, как напр. случаи эссенциальной аменорреи, т. е. при отсутствии истощающих моментов, как диабет, туберкулез, хронические отравления (мышьяк, фосфор, морфий, алкоголь), аменорреи у кормящих женщин, аменорреи у женщин, вступающих в климактерический возраст, а также у кастрированных или после вызванной Рентгеновскими лучами атрофии яичников.

Последние случаи должны быть отнесены к отсутствию функции яичников, к случаям же чистой *hypofunctio* мы отнесем недостаточное развитие половых органов, запоздалое появление менструации, а также скудость ее, так наз. евнухоидизм, ложный гермафродитизм и различные типы инфантилизма, *status hypoplasticus*, *status thymicus*, *thymico-lymphaticus* и пр.

Если некоторые из перечисленных состояний повышения и ослабления функции яичников могут быть приняты с громадной вероятностью, то другие, как напр. миома матки, остеомалация, хлороз, не так просто объясняются, так как связаны с очень сложной картиной заболевания и если в их происхождении играет роль нарушенная функция яичника, то несомненно принимают участие и другие железы.

Симптоматология гиперфункции яичников видна из перечисленных состояний: ранняя половая зрелость, повышенное половое влечение, усиление менструации, запоздалый климактерий, сильно выраженный женский тип, наклонность к развитию миомы, при которой мы должны предположить рядом с повышенной функцией яичников еще и ее качественное нарушение — *dysfunctio*.

Симптоматология *hypofunctio*, как напр. случаи, так наз. эссенциальной аменорреи у сравнительно молодых субъектов, или *oligomenorrhoea* сравнительно резко отличается от случаев кастрации, когда функция яичников выпадает вполне в отношении нарушения обмена веществ и расстройств как в сфере симпатической (автономной) нервной системы, а

также и парасимпатической (явления сердцедиения, бросание в жар, потливость, головные боли, расстройства пищеварительных органов и пр.).

Однако, все это расстройства имеют свои особенности и в количественном и качественном отношении. При гипофункции яичников мы можем наблюдать ожирение, развитие вторичных половых признаков — гетерогенный гипертрихоз, одновременные расстройства со стороны функции щитовидной железы в смысле ее повышения: hyperthyreoidismus — Basedowismus.

Явления hypofunctio яичника мы также наблюдаем при hyperfunctio адреналиновой — хромаффиновой системы надпочечников, morbus Addisonii, передней доли hypophysis — акромегалии.

Таким образом понижение функции яичников имеет связь с повышением функции указанных желез.

При гипофункции яичников мы можем также наблюдать появление молока из груди при corpus luteum persistens при отсутствии беременности.

Наоборот, при понижении функции щитовидной железы мы можем иметь повышение функции яичников в виде усиления менструации при слизистом отеке (mucxoedema).

Из других желез, имеющих связь с яичником, следует отметить gl. thymus, имеющую чрезвычайно важное влияние на рост костей, так как при ее удалении мы наблюдаем в костях изменения, свойственные рахиту, а status thymico-lymphaticus заслуживает особого внимания, как противопоказание для общего наркоза.

Заболевание задней доли hypophysis вызывает расстройство, называемое dystrophia adiposo-genitalis, страдание состоящее в отложении жира в области таза и нижних конечностях и нередко в атрофии полового аппарата.

Кроме таких особенных нарушений внутренней секреции одной какой либо железы, нередко встречаются комбинации нарушения функции нескольких желез, как напр. при остеомалации, когда принимают участие все железы, но главную роль играет нарушение функции яичника. Это видно из того, что кастрацией достигается излечение этой болезни.

Сущность изложенного указывает, что громадное большинство означенных патологических процессов должно быть отнесено к так называемым конституционным аномалиям и на этом должна быть основана соответствующая терапия.

В основе этих патологических состояний стоят с одной стороны нарушения внутренней секреции эндокринных желез и обмена веществ, а с другой расстройства нервной системы — в виде симпатикотонии (sympaticotonia) или ваготонии (vagotonia).

ВРАЧЕБНОЕ ОБОЗРЕНИЕ

(IV-ый год издания)

под редакцией проф. Л. С. РОЗЕНТАЛЯ и при ближайшем участии целого ряда русских и немецких профессоров.

Подписка принимается во всех книжн. магазинах, а также в контора журнала: Berlin SW 48, Wilhelmstraße 28.

Подписная цена на 3 мес. с пересылкой за границу простой бандер. 2,35 зол. герм. мар., а заказной бандер. 3,40 зол. герм. мар.; на 6 мес. с пересылк. простой бандер. 4,65 зол. герм. мар., заказной бандер. 6,75 зол. герм. мар.

Журнал „Врачебное Обозрение“, выходящий ежемесячно книжками объемом около четырех печ. листов (формата in quarto), ставит себе целью служить органом для усовершенствования врачей по всем отраслям медицины. Соответственно этому, основную часть каждой книжки составляют систематические обзоры из разных областей медицины, составляемые известными специалистами по данному вопросу. Для этих обзоров используются силы не только отечественных работников, но и наиболее авторитетных представителей западно-европейской медицины. Второй наиболее крупный отдел журнала — это отдел рефератов из текущей западно-европейской (германской, французской и английской) медицинской литературы, причем и в этом отделе учитываются главным образом запросы практического врача.

Характер журнала лучше всего явствует из приводимого ниже частичного перечня статей, помещенных во „Врачебном Обозрении“ за истекшие месяцы 1924-го года:

Dr. E. Wohlauer. Новые данные в области функциональной диагностики почек.
Д-р Б. И. Бурдэ. Краткий обзор современных лабораторных методов диагностики ранних сроков беременности. **Dr. A. Fertig.** О протеиновой терапии при глазных болезнях.
Д-р В. Н. Новиков. Русский способ пластики носа. **Dr. M. Schreuer.** Протеиновая терапия язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. **Dr. C. Kayser.** Астма и вегетативная нервная система. **Д-р С. Д. Балаховский.** Несколько технических усовершенствований капального способа определения скорости осаждения эритроцитов. **Dr. A. Freund.** Успехи в области диагностики и протектики легочного туберкулеза. **Прив.-доц. Н. В. Крапневский.** Кукольная болезнь (encephalitis lethargica chronica). **Dr. M. Wirth.** Офтальмологические показания для преждевременного прерывания беременности. **Проф. С. В. Констанков.** Современное состояние вопроса о стерилизации оспенной лимфы. **Dr. W. Karo.** Хирургическое лечение нефрита. **Prof. Dr. H. Strauss.** К дифференциальной диагностике отдельных форм хронического колита. **Prof. Dr. F. Heimann.** Рентгенотерапия в гинекологии. **Dozent Dr. A. Perutz.** Современная терапия мужской гонорреи. **Prof. Dr. Max Joseph.** Современная терапия сифилиса. **Д-р М. Магат.** Основы неврологии обмена веществ (роль нервной системы в физиологии и патофизиологии обмена веществ). **Prof. Fürbringer.** К терапии патологической сперматорреи. **Prof. Dr. Rud. Ehrmann.** Лечение диабета практическим врачом с помощью диеты и инсулина. **С. И. Флейшман.** Система внепарадигмальных путей и ее заболевания. **Dr. Carl Hamburger.** Новый метод лечения глаукомы. **Прив.-доц. Самарского Университета А. Софотеров.** К вопросу о спинномозговой анестезии в гинекологии. **Doz. Dr. O. Albrecht.** Диагноз начинающегося прогрессирующего паралича. **Проф. А. Безредка.** К учению о местном иммунитете. **Проф. д-р А. А. Редях.** К вопросу о воображаемой беременности. **Dr. med. Hans Karl von Winterfeld.** Новейшие воззрения по поводу терапии злокачественной анемии. **Прив.-доц. Dr. Paul Schenk.** Вегетативная нервная система, ее патология и терапия. **Prof. Dr. H. Schirokauer.** Гематурия, как патологический симптом. **Prof. Dr. H. Guggenheimer.** Лекарственная терапия сердечных болезней. **Д-р И. С. Хазанский.** Об остаточном азоте крови, азоте мочевины и азоте аминокислот крови при недостаточности печени. **Priv.-Doz. Dr. F. Kobrak.** Руководящие принципы лечения острого воспаления среднего уха. **Д-р В. А. Гусев.** К этиологии и терапии хронической эмпиэмы плевры. **Проф. А. И. Бердников.** Новые перспективы в области противодифтерийной профилактики. **Проф. А. И. Игнатовский.** Клинические формы первичного и вторичного туберкулеза. **Prof. Dr. E. Freudenberg.** Преимущество материнского молока при вскармливании новорожденных. **Д-р А. В. Хохлов.** Функция почек во время беременности. **Д-р В. Н. Новиков.** О восстановлении сердечной деятельности при острой остановке ее (syncope) во время операций. **Priv.-Doz. Dr. R. Stahl.** Субокципитальная пункция. **Prof. J. Blumenthal.** Этнологическая проблема рака и многие др.

Библиотека врача-практика:

Проф. БРУГШ и проф. ШИТЕНГЕЛЬМ.

Руководство по клиническим методам исследования для студентов и врачей. Совершенно заочно перераб. перевод с посл. нем. изд. под редакц. д-ра В. Н. Лызлова. 820 стр. больш. форм. с 418 частью цветн. рис. в тексте и 14 частью цветн. прилож. **Цена 27,50 мар.**

МЕРИНГ-КРЕЛЬ. Руководство по внутренним болезням. 6 выпусков. Вып. I. Инфекционные болезни. 63 рис. в тексте. Перевод с посл. немецк. изд. под ред. д-ра В. Н. Лызлова. **Цена 6 пер. 5,— мар.** Вып. II. Болезни органов дыхания и кровообращения. Перевод под ред. д-ра В. Н. Лызлова. **Цена 6 пер. 5,— мар.** Вып. III. Болезни органов пищеварения. С 47 рис. в тексте. Перевод под редакц. д-ра В. Н. Лызлова. **Цена без пер. 9,— мар.**

Проф. МАТТЕС. Дифференциальная диагностика внутренних болезней. Перевод с послед. нем. издания д-ра В. Н. Лызлова. **Цена без пер. 12,60 мар., в пер. 15,20 мар.**

Проф. А. И. ИГНАТОВСКИЙ. «Семiotика и симtотоматическая терапия.» Основн. **цена без пер. 6,80 мар., в пер. 8,90 мар.**

Проф. Г. ДЕЙКЕ. Практическое руководство по туберкулезу. Перев. со 2-го нем. изд. Г. Альтшуглера и женщ.-врача Ю. Кальманович под ред. д-ра И. Альтшуглера. С 2 рис. в тексте. **Цена брош. экз. 3,50 мар.**

НАУЕК. Проблема туберкулеза. Перев. с послед. нем. издания д-ра В. Н. Лызлова. С 48 рис. в тексте. **Цена 10,— мар.**

Проф. Г. КЛЕМПЕРЕР. Основы клинической терапии внутренних болезней. Перевод д-ра В. Н. Лызлова. **Цена в пер. 4,20 мар., 6 пер. 3,— мар.**

Д-р КРОНЕР. Терапия в Берлинских университетских клиниках. Перев. с последн. немецкого издания. **Цена в пер. 5,— мар.**

ЭЛИАС, ЯГИЧ и ЛЮГЕР. Краткое руководство и клинич. исследованию. Перевод д-ра Ю. Кальманович и Р. Зеликман. **Цена без пер. 2,20 мар.**

Справочник (календарь) и сборник рецептов для врачей и студентов. **Цена в пер. 1,20 мар.**

Проф. Е. БУММ. Руководство по акушерству. Перевод с последн. немецк. издания д-ра С. И. Розенфельда. **Цена в пер. 22,— мар., без пер. 17,— мар.**

Проф. О. ПОЛАНО. Акушерско-гинекологическая пропедевтика. Перевод с последнего немецк. издания д-ра С. И. Розенфельда. **Цена без пер. 3,— мар., в пер. 4,— мар.**

Проф. ДЕДЕРЛЕЙН. Оперативное акушерство. Перевод с последнего немецкого издания д-ра Коган-Бернштейн. **Цена без пер. 3,50 мар., в пер. 4,50 мар.**

Проф. КОШИАНК. Краткое руководство по женским болезням. Перевод с последнего немецкого издания д-ра Коган-Бернштейн. **Цена без пер. 4,— мар., в пер. 5,— мар.**

Проф. МАРВЕДЕЛЬ. Общая хирургия. С 32 многокрасочн. таблицами и 180 рис. в тексте. **Цена в перепл. 14,— мар.**

Проф. ШЕФФЕР † (Бреславль). Терапия кожных и венерических болезней. Перевод с посл. немецк. издания д-ра Маргулисеса. **Цена без пер. 5,— мар., в пер. 6,50 мар.**

Проф. КАРЛ ЦИЛЕР. Венерические болезни. Перевод проф. Л. С. Розенталя. **Цена без перепл. 3,— мар., в перепл. 4,— мар.**

Современная терапия сифилиса (проф. М. Иозеф) и мужской гонорреи (доц. А. Шеруц). **Цена 1,— мар.**

Проф. КАРЛ БРУК. Рецептная книжка для дерматологов и венерологов. **Цена в перепл. 3,50 мар.**

Д-р Г. Е. ШМИДТ. Краткое руководство по светолечению. Перевод с последн. вновь переработ. д-ром О. Штрауссом издания д-ра А. С. Розенталя. **Цена без пер. 2,— мар., в пер. 3,50 мар.**

Проф. Ф. МЮЛЛЕР. Фармакология (теоретическая и клиническая). Перевод д-ра Орлянского под редакц. д-ра В. Девриева. **Цена без перепл. 2,— мар., в перепл. 3,— мар.**

прив.-доц. АРТУР ВЕЙЛЬ. Внутренняя секреция. Перевод со 2-го издания д-ра В. Н. Лызлова. **Цена без пер. 3,— мар., в пер. 4,50 мар.**

Dr. ERNST JOEL. Клиническая коллоидная химия. С предисл. Prof. Dr. K. Spiro (Базель). Перевод с нем. изд. д-ра А. Орлянского, под редакц. д-ра В. Н. Лызлова. **Цена 2,60 мар.**

Проф. С. С. АБРАМОВ. Эпидемиология и профилактика заразных болезней с основами бактериологии. Краткое пособие для помощников врачей. С 75 рис. в тексте. Основн. **цена 2,50 мар.**

Д-р ОТТО КЕЛЕР. Грудной младенец. Перевод с последнего издания д-ра Шутяковой. **Цена без пер. 2,— мар., в пер. 3,— мар.**

Д-р В. С. ФЛАТАУ. Гигиена женщины. Перевод д-ра Шутяковой. **Цена без перепл. 2,50 мар., в перепл. 3,50 мар.**

Проф. Б. ХАЙЕС (преподаватель Шарлоттенбургской Технической Высшей Школы). Краткое руководство по социальной гигиене. С многочислен. статистич. таблиц. и кривыми. Перевод с послед. немецк. издания д-ра Левина. **Цена 2,— мар.**

Цены в золотых германских марках.

Пересылка составляет 10—15% цен каталога.