

Дм. О Т Т Ъ

---

ОПЕРАТИВНАЯ  
ГИНЕКОЛОГИЯ



## На добрую память

Милой племяннице докторше Наталье  
Николаевне Березиной от дяди доктора  
профес. А. П. Борщова. в Малояков-обл. 19<sup>8</sup>/<sub>III</sub> 54г.

Да будет служить тебе этот редкостный, выдаю-  
щийся, замечательней, великий медицинский труд  
твоим постоянным спутником и руководителем  
в твоей хирургической работе — на благо и здоровье  
отрадающей женщине —  
Твоей дядя-Саша.

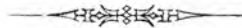
Дм. ОТТЪ.

# ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГІЯ.

Съ 340 рисунками въ текстѣ (изъ которыхъ часть крашеные) и 9 таблицами въ краскахъ.

СОСТАВЛЕНА ПРИ УЧАСТИИ:

Р. В. КИПАРСКАГО, В. В. ПРЕОБРАЖЕНСКАГО,  
А. А. СИЦИНСКАГО и В. Л. ЯКОБСОНА.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.  
Государственная Типографія.  
1914.

## ОГЛАВЛЕНИЕ.

	Стран.
ПРЕДИСЛОВІЕ . . . . .	I—IV
ВВЕДЕНІЕ . . . . .	I—III

### Общая часть

(Д. О. Оттъ).

Опросъ, осмотръ и изслѣдованіе больной . . . . .	3
Опросъ больной . . . . .	—
Осмотръ и наружное изслѣдованіе больной . . . . .	6
Внутреннее изслѣдованіе . . . . .	12
Инструментальное изслѣдованіе . . . . .	18
Особые методы инструментальнаго изслѣдованія . . . . .	24
Способы открытія матки (тупымъ и кровавымъ путемъ). . . . .	—
Діагностическій соскобъ слизистой матки и пробная вырѣзка частицъ тканей . . . . .	34
Пункция и аспирація . . . . .	35
Асептика и антисептика . . . . .	40
Общія понятія объ асептической и антисептической обстановкѣ . . . . .	—
Приготовленіе персонала, принимающаго участіе при операціяхъ . . . . .	43
Приготовленіе больной . . . . .	52
Общія подготовительныя мѣропріятія, необходимыя при операціяхъ . . . . .	57
Выборъ времени операціи . . . . .	—
Общія соображенія относительно выбора времени . . . . .	—
Значеніе менструальнаго періода и беременности при выборѣ времени для операціи . . . . .	58
Подготовленіе пищеварительнаго тракта . . . . .	61
Операціонная обстановка . . . . .	63
Помѣщеніе для производства операцій . . . . .	—
Освѣщеніе операціоннаго поля . . . . .	69
Аппараты и мебель операціонной . . . . .	85
Инструментарій . . . . .	99
Распредѣленіе ассистентовъ и расположеніе необходимыхъ пред- метовъ при операціяхъ . . . . .	114
Перевязка и уходъ за раной . . . . .	119
Перевязочный матеріалъ и матеріалъ для швовъ . . . . .	—
Руководящія начала при выборѣ рода повязки и способы пере- вязки (дренажъ, методы тампонаціи по Mikulicz'у и Отту) . . . . .	125



	СТРАН.
<b>Общій наркозъ и мѣстная анестезія . . . . .</b>	133
Общій наркозъ . . . . .	—
Мѣстная анестезія . . . . .	141
Спинно-мозговая анестезія . . . . .	143
Внутривенный наркозъ . . . . .	144
<b>Общія правила, соблюдаемыя при всѣхъ операціяхъ . . . . .</b>	146
Веденіе разрѣза . . . . .	—
Остановка кровотечения . . . . .	148
Мѣры, направленныя противъ остраго малокровія . . . . .	155
Различные способы наложенія швовъ . . . . .	159
<b>Чревосѣченіе и различные методы его производства . . . . .</b>	169
Брюшностѣлочное чревосѣченіе . . . . .	—
Техника брюшностѣлочнаго чревосѣченія. <i>Laparotomia extraperitonealis.</i>	
Повторныя чревосѣченія . . . . .	—
Уходъ послѣ чревосѣченій . . . . .	185
Осложненія послѣ чревосѣченій . . . . .	187
Влагалищныя чревосѣченія . . . . .	192
Сравнительная оцѣнка влагалищнаго и брюшностѣлочнаго вскрытія брюшной полости . . . . .	193
Оперативная техника . . . . .	197
Уходъ за больной и теченіе послѣоперационнаго періода. Осложненія . . . . .	215
Рѣдко примѣняемые способы вскрытія брюшной полости (сакральный, парасакральный и промежностный методы) . . . . .	218

### Спеціальная часть.

<b>Операціи на наружныхъ половыхъ органахъ и влагалищѣ (Д. О. Оттъ) . . . . .</b>	223
Заболѣванія Бартолиновыхъ железъ . . . . .	—
Воспалительныя заболѣванія . . . . .	—
Новообразования . . . . .	226
Новообразования наружныхъ половыхъ органовъ . . . . .	228
Операціи при порокахъ развитія и зарощенія полового канала . . . . .	230
Операціи, производимыя при новообразованіяхъ во влагалищѣ . . . . .	237
<b>Фистулы (Д. О. Оттъ) . . . . .</b>	239
Мочеполовыя фистулы . . . . .	—
Оперативная техника . . . . .	240
Операціи при осложненныхъ фистулахъ . . . . .	246
<i>Colpocleisis</i> и <i>obliteratio vulvae rectalis</i> . . . . .	253
Кишечно-влагалищныя и промежностно-влагалищныя фистулы . . . . .	257
<b>Операціи при смѣщеніяхъ и неправильныхъ положеніяхъ половыхъ органовъ . . . . .</b>	261
Хирургическое леченіе выпаденій влагалища и матки (А. А. Цицинскій и В. В. Преображенскій) . . . . .	—
Теоретическія основанія для выбора рациональнаго метода оперативнаго вмѣшательства при выпаденіяхъ женскихъ половыхъ органовъ . . . . .	—
Профилактика выпаденій внутреннихъ половыхъ органовъ . . . . .	264
Операція возстановленія тазоваго дна при выпаденіяхъ . . . . .	269

Вспомогательныя операціи при выпаденіяхъ женскихъ половыхъ органовъ . . . . .	281
Послѣоперационный уходъ . . . . .	286
Поздніе результаты и прогнозъ . . . . .	287
Критическій обзоръ другихъ оперативныхъ способовъ леченія выпаденія женскихъ половыхъ органовъ . . . . .	289
Операціи на промежности и тазовомъ днѣ . . . . .	—
Операціи на выпадающихъ органахъ и связочномъ аппаратѣ . . . . .	290
Удаленіе выпадающихъ органовъ . . . . .	293
Операціи, предназначенныя для исправленія неправильныхъ положеній матки (Д. О. Оттъ) . . . . .	294
Операціи при смѣщеніи матки взадъ . . . . .	295
Показанія, теченіе и предсказаніе . . . . .	300
Операціи при выворотѣ матки (Д. О. Оттъ) . . . . .	302
<b>Выскабливаніе матки (Д. О. Оттъ) . . . . .</b>	<b>305</b>
Техника выскабливанія . . . . .	306
Осложненія . . . . .	308
Показанія и предсказаніе . . . . .	310
Выскабливаніе при выкидышѣ . . . . .	311
<b>Операціи на маточной шейкѣ (Д. О. Оттъ) . . . . .</b>	<b>314</b>
<b>Операціи при фиброміомахъ (Д. О. Оттъ) . . . . .</b>	<b>322</b>
Коренные способы . . . . .	323
Удаленіе новообразованій черезъ влагалище . . . . .	324
Фиброміомы шейки матки . . . . .	—
Фиброиды, развившіеся изъ надвлагалищнаго отдѣла матки . . . . .	325
Фиброміомы, развившіеся въ тѣлѣ матки . . . . .	330
а) подслизистыя . . . . .	—
б) межуточныя . . . . .	334
в) подсывороточныя . . . . .	336
Полное влагалищное удаленіе матки . . . . .	337
Техника операціи . . . . .	—
Показанія и противопоказанія для полнаго удаленія матки . . . . .	345
Предсказаніе . . . . .	348
Удаленіе новообразованія путемъ брюшностѣночнаго чревосѣченія . . . . .	349
Подслизистые фиброиды . . . . .	350
Межуточные фиброиды . . . . .	353
Подсывороточные фиброиды . . . . .	354
Удаленіе матки путемъ чревосѣченія . . . . .	357
Надвлагалищное удаленіе матки . . . . .	—
Полное удаленіе матки путемъ чревосѣченія . . . . .	363
Палліативные способы . . . . .	369
Удаленіе яичниковъ (castratio) . . . . .	—
Перевязка сосудовъ . . . . .	371
Выскабливаніе полости матки . . . . .	—
Показанія къ оперативному вмѣшательству . . . . .	372
Предсказаніе . . . . .	376

	Стран.
<b>Операція при раку матки (Д. О. Оттъ).</b> . . . . .	380
Влагалищный способ . . . . .	384
Оперативная техника . . . . .	—
Послѣоперационный уходъ . . . . .	392
Показанія . . . . .	—
Предсказаніе . . . . .	393
Брюшноствѣночный способ . . . . .	397
Оперативная техника . . . . .	400
Послѣоперационный уходъ . . . . .	408
Показанія . . . . .	—
Предсказаніе . . . . .	411
Операція при раку матки, осложненномъ беременностью . . . . .	412
Общія замѣчанія и сравнительная оцѣнка отдѣльныхъ оперативныхъ методовъ. . . . .	413
Операція рака заведомо палліативная. . . . .	419
<b>Овариотомія (В. Л. Якобсонъ).</b> . . . . .	421
Показанія . . . . .	—
Противопоказанія . . . . .	425
Техника операціи . . . . .	427
Ovariotomy abdominalis . . . . .	—
Осложненія . . . . .	432
Операція при интерлигаментарномъ развитіи новообразованія яичника . . . . .	440
Ovariotomy vaginalis . . . . .	442
Показанія . . . . .	—
Техника операціи . . . . .	445
Задняя кольпотомія . . . . .	446
Передняя кольпотомія . . . . .	449
Прогнозъ при овариотоміи . . . . .	452
Осложненія опухолей яичника беременностью, родами и послѣродовымъ періодомъ . . . . .	457
<b>Оперативныя вмѣшательства при воспалительныхъ заболѣваніяхъ придатковъ (В. Л. Якобсонъ).</b> . . . . .	462
Оперативныя вмѣшательства при гнойныхъ пораженіяхъ трубъ . . . . .	462
Техника операціи . . . . .	465
Туберкулезныя пораженія полового аппарата . . . . .	474
Консервативныя операціи на яичникахъ и трубахъ . . . . .	480
<b>Операція, производимая на брюшинѣ и околоматочной клѣтчаткѣ (Д. О. Оттъ и В. Л. Якобсонъ).</b> . . . . .	483
Операція на брюшинѣ (сохраняющія операціи). . . . .	—
Операція при нагноеніяхъ въ околоматочной клѣтчаткѣ . . . . .	486
Операція при хроническихъ пораженіяхъ связокъ и клѣтчатки . . . . .	—
<b>Операція при несвоемѣстныхъ (эктопическихъ) формахъ беременности (В. В. Преображенскій)</b> . . . . .	492
Общая характеристика направленія хирургической дѣятельности и показанія . . . . .	494
Добавочные диагностическіе приемы при распознаваніи внематочной беременности . . . . .	497

	Стран.
Оперативное лечение отдельных форм внематочной беременности . . . . .	501
Прогрессирующія формы ранних стадій . . . . .	—
Прогрессирующія формы поздних сроков . . . . .	506
Лечение въ острой стадіи прерыванія . . . . .	512
1) Haematosalpinx . . . . .	513
2) Haematocoele . . . . .	—
3) Свободное кровотечение въ брюшную полость . . . . .	516
4) Разрывъ плодoвмѣстилица и ложные роды . . . . .	519
Лечение регрессирующихъ формъ раннихъ сроковъ беременности . . . . .	—
Регрессирующія формы позднихъ сроковъ внематочной беременности . . . . .	526
Предсказаніе . . . . .	528
Непосредственные результаты . . . . .	—
Поздніе результаты . . . . .	529
Предсказаніе при отдельныхъ формахъ внематочной беременности . . . . .	530
<b>Кесарское сѣченіе (Р. В. Купарскій) . . . . .</b>	<b>533</b>
Классическое кесарское сѣченіе . . . . .	534
Техника классическаго кесарскаго сѣченія . . . . .	—
Прогнозь . . . . .	539
Осложненія . . . . .	—
Интраперитонеальные цервикальные методы . . . . .	—
Транс- и экстраперитонеальные методы кесарскаго сѣченія . . . . .	540
Трансперитонеальные методы . . . . .	—
Экстраперитонеальные методы . . . . .	541
Влагалищное кесарское сѣченіе . . . . .	548
Кесарское сѣченіе съ удаленіемъ матки . . . . .	555
<b>Указатели:</b>	
Указатель предметный . . . . .	559
Указатель именъ . . . . .	583
Перечень таблицъ . . . . .	587



## ПРЕДИСЛОВІЕ.

Недостатокъ руководствъ по оперативной гинекологіи давно чувствуется въ отечественной медицинской литературѣ, имѣющіяся же переводныя руководства представляются устарѣвшими и вслѣдствіе этого не отвѣчаютъ требованіямъ, которыя предъявляетъ практическая жизнь. Хотя указанное обстоятельство находитъ себѣ полное объясненіе въ быстромъ развитіи нашей спеціальности, и всякое руководство по оперативной гинекологіи можетъ поэтому претендовать на удовлетвореніе предъявляемымъ требованіямъ въ теченіе лишь болѣе или менѣе короткаго срока, тѣмъ не менѣе я рѣшился взяться за составленіе руководства по оперативной гинекологіи, считая это своимъ долгомъ, какъ преподаватель обширной русской школы. Я руководствовался при этомъ, кромѣ вышеуказаннаго отсутствія современнаго и оригинальнаго русскаго сочиненія <sup>1)</sup>, еще и тѣмъ, что русская наука имѣетъ много самостоятельнаго и цѣннаго, что несомнѣнно заслуживаетъ быть отмѣченнымъ и, если объ этомъ не позаботиться своевременно, то многое не получитъ заслуженнаго распространенія и, спустя нѣкоторое время, въ иностранной литературѣ будетъ описано, какъ нѣчто новое или какъ самостоятельное открытіе: примѣровъ тому не мало.

Потребность въ руководствѣ по оперативной гинекологіи является крайне настоятельной при широко распространившейся оперативной гинекологической дѣятельности въ Россіи, особенно за послѣднія 10—15 лѣтъ. Къ тому же отъ моихъ слушателей-врачей, особенно земцевъ, мнѣ часто приходилось слышать выраженія настойчиваго пожеланія, чтобы именно мною было написано руководство по оперативной гинекологіи, дабы запечатлѣть то, что имъ приходилось наблюдать и видѣть во время своихъ клиническихъ занятій въ руководимыхъ мною клиникахъ.

---

<sup>1)</sup> За время составленія предлагаемаго руководства появилась въ печати «Оперативная гинекологія» А. П. Губарева.

Съ своей стороны я считаю себя нравственно обязаннымъ закрѣпить печатнымъ словомъ всѣ отличительныя особенности и руководящія основы нашей дѣятельности, а также все, что приобрѣтено многолѣтнимъ опытомъ при руководствѣ въ теченіе слишкомъ 25 лѣтъ занятіями съ многочисленной аудиторіей врачей, изъ которыхъ многіе успѣли уже заявить себя, какъ самостоятельные дѣятели, насаждая приобрѣтенныя основы школы въ различныхъ мѣстахъ нашего отечества.

Въ предлагаемомъ трудѣ я стремился, чтобы онъ имѣлъ, главнымъ образомъ, практическое значеніе,—касясь того, что встрѣчается въ повседневной практикѣ,—былъ по возможности сжатъ и передавалъ лишь то, что выработано и многократно провѣрено нами на дѣлѣ.

Указанныя требованія заставляютъ меня избѣгать приведенія излишнихъ литературныхъ данныхъ, историческихъ справокъ и т. п., поскольку это возможно сдѣлать безъ ущерба для систематическаго и яснаго изложенія отдѣльныхъ главъ. Съ другой стороны, считаю необходимымъ каждый разъ по возможности полно и реально отмѣчать, почему отдается предпочтеніе выбору именно даннаго метода, а не какого либо другого; при этомъ мотивировка, главнымъ образомъ, основывается на анатомическихъ и фізіологическихъ данныхъ, а также тѣсно съ этимъ связанныхъ принципахъ сохраняющей хирургіи. *Строгая мотивировка всего, что дѣлается, не исключая мельчайшихъ подробностей, является отличительной особенностью школы, и всегда служила основой какъ клиническаго разбора больныхъ, такъ и применявшихся оперативныхъ и вообще—всѣхъ лечебныхъ пріемовъ въ руководимыхъ мною клиникахъ.*

Поэтому я счелъ нужнымъ, излагая оперативную гинекологию, коснуться также и клиническаго разбора больныхъ, какъ отмѣчающаго тѣ-же особенности школы и дающаго реальныя основанія, изъ которыхъ иногда вытекаютъ какъ показанія къ вмѣшательству, такъ и выборъ метода операціи. Введеніе изложенія методовъ изслѣдованія мотивируется кромѣ того еще и тѣмъ, что среди нихъ встрѣчаются такіе, которые имѣютъ характеръ оперативныхъ пріемовъ. Въ число гинекологическихъ операцій мною введено также и кесарское сѣченіе, что вызвано чисто практическими соображеніями, такъ какъ заболѣванія женской половой сферы зачастую ставятъ оператора лицомъ къ лицу съ вопросомъ, какъ поступить съ осложняющей данное заболѣваніе беременностью, присутствіе которой не можетъ оставаться безъ вліянія на выборъ метода и оперативную технику.

Работая въ Клиническомъ Институтѣ Великой Княгини Елены Павловны, а равно и въ Клиническомъ Повивально-Гинекологическомъ болѣе 25 лѣтъ, я имѣлъ

возможность подготовить цѣлый рядъ лицъ, которыя въ качествѣ моихъ учениковъ, а затѣмъ ближайшихъ помощниковъ, дѣлили со мной отвѣтственный трудъ преподаванія, читая самостоятельные отдѣлы нашей обширной спеціальности и ведя съ врачами-слушателями тѣ или иныя практическія занятія, число которыхъ за послѣднее время достигло до 16-ти отдѣльныхъ дисциплинъ <sup>1)</sup>. Заботясь о томъ, чтобы эти отдѣльныя занятія согласовались и другъ друга пополняли, мы стремились создать по возможности нѣчто цѣльное и законченное, съ цѣлью полного ознакомленія нашихъ слушателей со всѣми сторонами гинекологіи въ широкомъ смыслѣ этого слова. При такой постановкѣ дѣла врачъ, пріѣзжающій для научнаго усовершенствованія, не тратилъ понапрасно время и могъ въ теченіе цѣлаго дня принимать участіе въ тѣхъ или иныхъ занятіяхъ по отдѣламъ нашей спеціальности.

Поскольку наши труды были цѣлесообразны и плодотворны, приходится судить не намъ, а нашей аудиторіи; съ своей же стороны, подводя, такъ сказать, итоги истекшей дѣятельности и принявъ рѣшеніе напечатать настоящее руководство, долженствующее явиться отраженіемъ строя нашей клиники, я долженъ горячо поблагодарить всѣхъ своихъ сотрудниковъ за ихъ дружную и самоотверженную работу, такъ какъ безъ ихъ помощи не удалось бы столь широко поставить дѣло преподаванія въ «нашей школѣ». И въ настоящее время, задумавъ составить руководство по оперативной гинекологіи, я встрѣтилъ то же обычное сочувственное отношеніе, какое привыкъ видѣть за все время нашей совмѣстной работы, помочь мнѣ въ этомъ дѣлѣ и запечатлѣть печатно то, надъ чѣмъ мы вмѣстѣ трудились.

Составленіе отдѣльныхъ главъ этой книги мною было предложено докторамъ: Н. С. Каннегиссеру <sup>2)</sup>, Р. В. Кипарскому, В. В. Преображенскому, А. А. Сидинскому и В. Л. Якобсону. Такъ какъ всѣ перечисленные лица давно совмѣстно

<sup>1)</sup> Названія курсовъ: 1) Гинекологическая клиника; 2) Избранные отдѣлы гинекологіи; 3) Гинекологическая поликлиника; 4) Акушерская клиника и поликлиника; 5) Избранные отдѣлы акушерства; 6) Практическія занятія въ акушерскомъ отдѣленіи; 7) Упражненія въ гинекологическомъ изслѣдованіи и діагностикѣ; 8) Упражненія въ гинекологическомъ массажѣ; 9) Акушерская поликлиника (выѣздная); 10) Гинекологическая поликлиника (выѣздная); 11) Курсъ оперативной гинекологіи; 12) Курсъ оперативнаго акушерства; 13) Патологическая анатомія заболѣваній женской половой сферы; 14) Микроскопическая діагностика въ гинекологіи; 15) Послѣродовыя заболѣванія, и 16) Болѣзни новорожденныхъ.

<sup>2)</sup> Дорогого нашего товарища—сотрудника и богато одареннаго доктора Н. С. Каннегиссера преждевременно унесло въ могилу роковое заболѣваніе, поразившее его во время исполненія имъ своего долга: докторъ Каннегиссеръ заразился при операціи у септической больной.

со мной работают и не раз имѣли возможность засвидѣтельствовать свое полное знакомство съ веденіемъ дѣла, то я а priori былъ увѣренъ, что обработанные ими отдѣлы будутъ настолько обстоятельно изложены, что съ моей стороны, какъ лица отвѣтственнаго за содержаніе всей книги, потребуется относительно лишь мало труда на необходимыя измѣненія или дополненія, и новое руководство оперативной гинекологіи будетъ точнымъ отраженіемъ многолѣтней нашей дѣятельности и созданной нами «школы».

*Дм. Оттъ.*



акusher-lib.ru



## ВВЕДЕНИЕ.

До изложенія спеціальнаго ученія о гинекологическихъ операціяхъ, я считаю необходимымъ привести нѣсколько положеній, которыя всякій, желающій достигнуть извѣстнаго совершенства въ хирургической технику вообще и въ частности гинекологической, долженъ постоянно имѣть въ виду и придерживаться во время работы. Хотя эти нижеслѣдующія положенія имѣютъ характеръ «общихъ» совѣтовъ и подчасъ отличаются элементарностью, но тамъ, гдѣ идетъ рѣчь о «школѣ», ихъ нельзя обойти молчаніемъ. Къ тому же повседневный опытъ показываетъ, что недостаточно строгое соблюденіе ихъ, или отступленіе существенно затрудняетъ оперативную работу; послѣдняя теряетъ въ отчетливости, непроизводительно тратится время, и въ сложности это неблагопріятно отзывается на успѣхѣ операціи, а слѣдовательно и на здоровьѣ больной.

Всякій врачъ, прежде чѣмъ браться за ножъ, долженъ стремиться выработать въ себѣ вполне объективное отношеніе къ слѣданнымъ наблюденіямъ и прежде всего выводы основывать на томъ, что онъ съ *полной увѣренностью* опредѣлилъ— видѣлъ, нащупалъ. Догадки и предположенія всегда должны быть на заднемъ планѣ; *реализмъ и педантическій объективизмъ въ хирургіи должны быть всегда на первомъ мѣстѣ!* Всякій пріемъ, какъ бы онъ ни казался малозначущимъ, долженъ всегда быть мотивированнымъ и не только имѣть въ основѣ своей данныя строгаго научнаго опыта, но и всегда согласоваться съ законами физиологіи и общей патологіи. Такое отношеніе къ дѣлу даетъ возможность избѣгнуть ряда неудачъ и разочарованій и сознательно, а ргіогі, отказаться отъ «пробы» многихъ оперативныхъ методовъ и предложеній, завѣдомо основанныхъ на соображеніяхъ, не выдерживающихъ безпристрастной научной оцѣнки. Сказанное легко подтвердить многими примѣрами: укажу хотя бы только на появленіе чуть ли не ежедневно всевозможныхъ новыхъ и «вѣрныхъ» способовъ исправленія положенія смѣщенной матки, на различные способы восстановленія промежности, брюшной стѣнки и т. д. и т. д. Судьба всѣхъ подобныхъ предложеній, не имѣющихъ подъ собой строгихъ научныхъ основъ, неизмѣнная: существованіе ихъ не долговѣчное. Какъ прямое слѣдствіе, изъ приведеннаго вытекаетъ необходимость отдавать предпочтеніе всему наиболѣе простому и менѣе сложному, какъ съ точки зрѣнія научной оцѣнки и пониманія,

такъ и практическаго примѣненія. Въ виду этого всѣ приемы и вся наша оперативная обстановка упрощены до крайней степени, и устранены всѣ лишніе ингредиенты (въ томъ числѣ сокращено и количество ассистентовъ),—что въ свою очередь значительно облегчаетъ контроль за всѣми моментами операціи и за всѣмъ, соприкасающимся съ больной. Начиная оперировать, необходимо слѣдить не только за каждымъ оперативнымъ приемомъ, но буквально за всякимъ движеніемъ руки, чтобы не было безцѣльнаго и лишняго,—этимъ сберегается много времени, и вся техника становится увѣреннѣе и совершеннѣе. Торопливость—антагонистъ быстроты; быстрота же составляетъ немаловажное достоинство оперативной техники, и пренебрегать усовершенствованіемъ въ этомъ отношеніи было бы непозволительно. Чтобы успѣшно, увѣренно и красиво оперировать, необходимо не только умѣть хорошо обнажить и освѣтить операціонное поле, имѣть всѣ инструменты подъ руками, но кромѣ того еще необходимо, чтобы каждый предметъ лежалъ на своемъ опредѣленномъ мѣстѣ. Необходимо самому расположиться такъ, чтобы движенія были наименѣе стѣснены и имѣлся полный устой, доступъ къ больной былъ бы удобенъ, чтобы во время операціи возможно меньше утомляться, не дѣлая напрасныхъ напряженій,—все это имѣетъ значеніе и при обыкновенномъ изслѣдованіи, а тѣмъ болѣе при операціи. Всѣ предметы, необходимые при операціи, какъ указано, должны всегда располагаться въ извѣстномъ порядкѣ и на опредѣленномъ мѣстѣ, заранѣе выработанномъ и признанномъ наиболѣе цѣлесообразнымъ для того или иного вида оперативныхъ приемовъ: это существенно облегчаетъ пользованіе инструментами и вноситъ порядокъ въ ходъ операціи; въ этомъ отношеніи необходимъ извѣстный педантизмъ. Кромѣ того этимъ устраняются и лишніе помощники. Всѣ употребляемые инструменты должны быть возможно просты, надо умѣть обходиться возможно меньшимъ числомъ ихъ, а выборъ типа каждаго отдѣльнаго инструмента, его форма и особенности должны быть обоснованы.

Приступая къ операціи, врачъ предварительно долженъ имѣть въ своей головѣ всѣ моменты, изъ которыхъ слагается данный оперативный приемъ, и долженъ взвѣсить всѣ тѣ трудности и даже мало вѣроятныя осложненія, которыя могли бы встрѣтиться во время хода операціи. Имѣя передъ собою ясную картину взаимныхъ анатомо-топографическихъ отношеній, постепенное развитіе и ходъ отдѣльныхъ фазъ оперативнаго вмѣшательства и знакомство съ тѣми техническими приемами, которые должны быть примѣняемы,—врачъ идетъ систематично впередъ, шагъ за шагомъ, по вѣрной дорогѣ, прямо къ цѣли, и всѣ дѣйствія его получаютъ характеръ послѣдовательности и увѣренности. Если придерживаться вышеприведенныхъ указаній, то само собой является спокойствіе духа, столь необходимое для всякаго хирурга, полное самообладаніе, правильная работа мысли, сообразительность и умѣнье воспользоваться всякой случайной мелочью на пользу оперируемой. Вмѣстѣ съ тѣмъ самый сложный оперативный случай, распадаясь на отдѣльные оперативные моменты, при педантичномъ и отчетливомъ ихъ проведеніи, какъ бы расчленяется на свои составныя части, изъ которыхъ съ каждой въ отдѣльности уже представляется

меньше трудностей справиться, благодаря чему и вся операція упрощается и доводится, иногда даже безъ особыхъ затрудненій, до благополучнаго окончанія. Остается еще упомянуть о самой оперативной техникѣ, иначе говоря о большей или меньшей ловкости, съ которой каждый отдѣльный операторъ владѣть инструментомъ и вообще берется за дѣло. Въ этомъ отношеніи слѣдуетъ замѣтить, что въ оперативной техникѣ, какъ и во всякомъ другомъ искусствѣ, вся суть сводится къ упражненію. Правда, одному это легче дается, чѣмъ другому, но при настойчивости, особенно при упражненіи на трупахъ и на фантомѣ, всегда можно выработать вполнѣ удовлетворительную технику. Крайне желательно привыкнуть работать обѣими руками: не только умѣть изслѣдовать, но держать ножъ, а также владѣть иглодержателемъ какъ правой, такъ и лѣвой рукой. При настойчивости этого достигнуть не столь трудно, выгоды же представляются подчасъ неоцѣнимыя. Вообще всѣ дѣйствія хирурга должны носить мотивированный и опредѣленный характеръ, начиная съ опроса больной и кончая самой операціей.

ОБЩАЯ ЧАСТЬ.

akusherlib.ru

## ОПРОСЪ, ОСМОТРЪ И ИЗСЛѢДОВАНИЕ БОЛЬНОЙ.

### ОПРОСЪ БОЛЬНОЙ.

При опросѣ, равно какъ и при изслѣдованіи гинекологическихъ больныхъ, чрезвычайно важно выработать извѣстную систему, которая дала бы возможность при наименьшей затратѣ времени получить по возможности всѣ необходимыя данныя анамнеза и объективнаго осмотра больной, не пропуская никакихъ мелочей. Для этой цѣли я совѣтую всегда придерживаться нижеслѣдующаго плана.

Собирание анамнеза начинается съ вопроса:

1-ый:—на что жалуется больная и какая причина заставила ее обратиться за совѣтомъ? При отвѣтѣ на поставленный вопросъ требуется, чтобы больная *перечислила* по возможности *всѣ болѣзненные явленія* и симптомы, которые побудили ее обратиться къ врачу.

Перечень  
симпто-  
мовъ.

2-ой: получивъ перечень болѣзненныхъ явленій, больной предлагаютъ необходимые вопросы, чтобы получить *характеристику* и описание каждаго изъ приведенныхъ ею болѣзненныхъ *симптомовъ въ отдѣльности* въ порядкѣ хронологическаго ихъ появленія, обращая особое вниманіе на ихъ отношеніе къ отправлениямъ половой сферы, какъ то: беременности, менструаціи, coitus'у и пр.

Характеристика  
симпто-  
мовъ.

Послѣ этой части опроса больной обыкновенно получается вполне опредѣленная и полная картина ея жалобъ, которая хорошо запечатлѣвается въ памяти (что особенно важно, если больная разбирается въ присутствіи слушателей). Эта картина служитъ исходной точкой для дальнѣйшаго разспроса, необходимаго для полученія полнаго анамнеза, предшествующаго объективному изслѣдованію больной.

Этотъ дальнѣйшій опросъ касается характера обычныхъ отравленій половыхъ органовъ, какъ до заболѣванія, такъ равно тѣхъ измѣненій этихъ отравленій, которыя могли произойти подъ вліяніемъ болѣзни. Въ виду этого слѣдуетъ

3-ій вопросъ о томъ, *была ли* больная *беременна*, сколько разъ и какъ протекала каждая беременность, достигла ли нормальнаго срока, или преждевременно прекратилась? Причина неправильнаго теченія беременности (искусственное пре-

Родовая  
дѣятель-  
ность.

кращеніе)? Какъ больная поправлялась послѣ каждой изъ бывшихъ беременностей? Не было ли послѣродового заболѣванія и какъ протекалъ молочный процессъ? Такъ какъ большинство больныхъ не имѣетъ представленія о томъ, что слѣдуетъ считать за нормальный и патологическій *puerperium*, то всегда полезно соответственный отвѣтъ больной провѣрить добавочными вопросами, а именно: была ли послѣ родовъ лихорадка и сколько времени? Какой характеръ имѣли послѣродовыя очищенія (продолжительность ихъ, долго ли они носили кровянистый характеръ, были ли зловонны и т. д.)? На который день встала больная съ постели и какъ себя чувствовала въ ближайшее время послѣ родового акта, исхудала ли и пр.?

Для выясненія причины заболѣванія представляется цѣлесообразнымъ остановиться на *послѣднихъ* родахъ, такъ какъ съ одной стороны они нерѣдко служатъ этиологическимъ моментомъ болѣзни, а съ другой—возможность забеременѣть и доносить до нормальнаго срока всегда указываетъ на относительное благосостояніе родового аппарата женщины.

Менструальная функция.

4-ый опросный пунктъ касается особенностей *мѣсячныхъ очищеній*: частота появленія и продолжительность ихъ, обиліе выдѣляемой крови, болѣзненность ихъ до, во время или между періодами кровоотдѣленія и пр., а также происшедшія перемѣны. Такъ какъ представленіе о скудности или обиліи мѣсячныхъ кровопотерь у больныхъ крайне субъективное, то приблизиться къ правильному опредѣленію можно лишь добавочными вопросами, при чемъ указаніе на то, что кровь выдѣляется сгустками, всегда можетъ быть признано за неправильное отправленіе, такъ какъ при нормально протекающихъ мѣсячныхъ кровеотдѣленіе совершается *per diapedesin*, и лишь разрывы сосудовъ обусловливаютъ появленіе сгустковъ. Правильнѣе всего можно составить себѣ представленіе о количествѣ теряемой больною крови, заставляя больную сохранить все запачканное во время мѣсячныхъ бѣлье. Никогда не слѣдуетъ забывать поставить больной вопросъ о томъ, *когда была послѣдняя менструація?* Это насъ можетъ нерѣдко избавить отъ досадныхъ ошибокъ; при чемъ никогда не надо забывать, что наиболѣе частой причиной остановки мѣсячныхъ у женщинъ, находящихся въ дѣтородномъ періодѣ, является беременное состояніе (внутри или внѣматочное), и, лишь исключивъ это послѣднее, мы имѣемъ право думать о другихъ причинахъ.

Половая жизнь.

5-ый:—при опросѣ не слѣдуетъ игнорировать *половой жизни* (какъ это неправильно обыкновенно принято дѣлать), тѣмъ болѣе, что изъ чувства стыдливости объ этомъ физиологическомъ актѣ больныя обыкновенно умалчиваютъ, тогда какъ именно онъ нерѣдко представляетъ ненормальности, ради которыхъ больныя и ищутъ помощи: болѣзненный *coitus*, отсутствіе *libido coeundi*—явленія очень частыя, ведущія подчасъ къ полному угнетенію психики больныхъ и обыкновенно не столько на почвѣ физическихъ страданій, сколько моральныхъ.

Поэтому тактично веденный опросъ больной и въ этомъ отношеніи представляется часто далеко не лишнимъ для выясненія истинной природы ея страданій

и ради успѣшнаго устраненія этихъ послѣднихъ. Какъ самостоятельная причина подчасъ очень глубокихъ функціональныхъ страданій является такъ наз. coitus reservatus, а также въ большей или меньшей степени всѣ тѣ мѣры, которыя направлены къ предотвращенію возможности зачатія. Въ этомъ отношеніи стоитъ только указать на примѣненіе спринцеваній, особенно холодной водой, часто практикуемыхъ непосредственно послѣ совершеннаго coitus'a, чтобы подтвердить сказанное и понять, насколько вызванное подобнымъ актомъ воздѣйствіе на вазомоторный аппаратъ должно пагубно вліять на женскій организмъ, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда это примѣняется въ теченіе продолжительнаго времени. Помимо мѣстныхъ измѣненій, указанныя мѣры сплошь да рядомъ ведутъ къ тяжкимъ формамъ нейрастеніи; что же касается до функціональныхъ разстройствъ, то они нерѣдко имѣютъ столь опредѣленные проявленія (періодическія увеличенія матки, болѣзненность, гиперемія, тяжесть и т. п.), что въ отдѣльныхъ случаяхъ представляется возможность установить правильное распознаваніе на основаніи одного лишь (повторнаго) объективнаго изслѣдованія больной. Такія измѣненія можно выдѣлить въ самостоятельныя болѣзненные формы и, въ отличіе отъ сходныхъ съ ними, обозначить спеціальнымъ названіемъ—metritis «facultativa»; при этомъ слѣдуетъ отмѣтить, что измѣненія эти переходятъ нерѣдко въ стойкія формы съ органическимъ измѣненіемъ въ тканяхъ. Кромѣ сказаннаго, считаю необходимымъ отмѣтить, что нѣкоторыя самостоятельныя страданія полового аппарата женщины проявляютъ свои симптомы исключительно только sub coitu, и поэтому понятно, что во всѣхъ подобныхъ случаяхъ, равно *когда идетъ дѣло объ устраненіи безплодія*, обстоятельное знакомство съ отправленіемъ полового акта, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, представляется необходимымъ. Покончивъ съ выясненіемъ состоянія половыхъ органовъ, переходятъ къ вопросамъ, выясняющимъ состояніе и отправленія другихъ смежныхъ съ ними органовъ малаго таза, могущихъ оказать вліяніе на половой аппаратъ и въ свою очередь находящихся отъ него въ извѣстной зависимости, а именно предлагается вопросъ

6-ой:—о состояніи мочевого аппарата и кишечника и, наконецъ, въ

7-хъ—всегда выгодно освѣдомиться объ отправленіяхъ *другихъ* важнѣйшихъ *органовъ*, какъ брюшной, такъ равно и грудной полости, такъ какъ нерѣдко заболѣваніе ихъ можетъ симулировать самостоятельный процессъ полового аппарата и часто находится въ прямой съ нимъ зависимости. Если принять за правило, при опросѣ больной, придерживаться приведенной схемы, то несомнѣнно благодаря этому получается извѣстная гарантія, что не будетъ сдѣлано существенныхъ пропусковъ въ анамнезѣ, что къ тому же достигается при сравнительно наименьшей затратѣ времени. Навыкъ придерживаться указаннаго распредѣленія вопросныхъ пунктовъ пріобрѣтается очень легко, и благодаря этому все дѣло крайне упрощается. Что же касается способа постановки вопросовъ, предлагаемыхъ больнымъ, то онъ всегда долженъ быть вполне опредѣленъ, дабы и отъ больныхъ получать такой же опредѣленный отвѣтъ: «да» или «нѣтъ».

Отправленія пузыря, кишечника и другихъ органовъ.

### Схема предлагаемыхъ вопросовъ:

- 1) *На что жалуется больная?* Перечень *всѣхъ* болѣзненныхъ симптомовъ.
- 2) *Характеристика* (описание) *указанныхъ болѣзненныхъ явленій.*
- 3) *О родовой дѣятельности* (число родовъ, выкидышей, послѣродовой періодъ).
- 4) *Менструація* (сроки появленія, продолжительность, особенности).
- 5) *Половая жизнь.* Ненормальности, бесплодіе и проч.
- 6) *Отправленія мочевого пузыря и кишечнаго тракта.*
- 7) *Отправленія другихъ органовъ.*

### ОСМОТРЪ И НАРУЖНОЕ ИЗСЛѢДОВАНИЕ БОЛЬНОЙ.

При объективномъ изслѣдованіи больной еще въ большей степени, чѣмъ при собираніи анамнеза, требуется порядокъ и система для того, чтобы избѣгнуть какихъ либо пропусковъ въ ущербъ его полнотѣ. Начинаютъ съ производства наружнаго изслѣдованія, которое заслуживаетъ значительно большаго вниманія, чѣмъ это, къ сожалѣнію, до сихъ поръ имѣетъ мѣсто, тѣмъ болѣе, что оно представляетъ отнюдь не меньшее значеніе, чѣмъ общепризнанное наружное изслѣдованіе въ акушерствѣ. Нерѣдко достаточно только одного внимательнаго наружнаго изслѣдованія, чтобы установить вѣрное распознаваніе, такъ что даже возможно обойтись безъ внутренняго осмотра, который въ такихъ случаяхъ служитъ только подтвержденіемъ установленнаго діагноза. Нужно настоятельно совѣтовать возможно больше упражняться въ наружномъ изслѣдованіи, такъ какъ въ практикѣ бываютъ случаи, гдѣ приходится дѣлать заключенія и рѣшаться на серьезное оперативное вмѣшательство лишь на основаніи *одного только* наружнаго изслѣдованія, какъ, напр., во *всѣхъ тѣхъ* случаяхъ, гдѣ внутренній осмотръ противопоказанъ, или же въ силу какихъ либо анатомическихъ, или иныхъ причинъ вовсе не выполнимъ.

Осмотръ  
больной.

Наружное изслѣдованіе начинается съ *осмотра* больной, для чего больная помѣщается на горизонтальной плоскости (лучше всего на специальномъ столѣ) такой высоты, чтобы изслѣдующій не долженъ былъ очень сгибаться; одинаковымъ образомъ слишкомъ высокое положеніе больной дѣлаетъ изслѣдованіе неудобнымъ. У себя въ клиникѣ я произвожу обыкновенно изслѣдованіе на простомъ столѣ высотой въ 80 см. Лежитъ больная съ вытянутыми ногами, или же, въ виду обыкновенно слѣдующаго послѣ наружнаго осмотра внутренняго изслѣдованія, она располагается на столѣ такъ, что тазъ ея приходится на краю стола или нѣсколько даже выступаетъ, а ногами она упирается на приставленные къ столу табуретки или подножки такой высоты (50 см.), что согнутыя колѣни приходятся *нѣсколько выше* поверхности живота.

При покойномъ положеніи больной, обыкновенно не трудно опредѣлить соответственныя отклоненія отъ нормы, если таковыя отклоненія имѣются: осматривая больную, зайдя съ головнаго, а затѣмъ ножнаго конца, обыкновенно легко отмѣчаютъ существующую ассиметрію отдѣловъ живота и отдѣльные выступы и неров-





Рис. 1. Положеніе больной съ притянутыми къ животу бедрами.

ности его. Наблюдая за движеніями дыхательныхъ экскурсій брюшной стѣнки, не трудно бываетъ замѣтить, правильно ли онѣ совершаются, или же движеніе брюшной стѣнки мѣстами ограничено, какъ это наблюдается при нѣкоторыхъ опухоляхъ брюшной полости, границы коихъ иногда обрисовываются чрезвычайно отчетливо при каждомъ расслабленіи брюшной стѣнки, сопровождающемъ выдохъ. Вообще умѣнье точно опредѣлить форму живота имѣетъ большое значеніе, и вѣрная оцѣнка ея особенностей иногда представляется рѣшающимъ обстоятельствомъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ необходимо достигнуть возможно полнаго расслабленія брюшныхъ стѣнокъ, а также *musculus ileopsoas*, слѣдуетъ поручить двумъ помощникамъ поднять ноги больной, развести бедра и приблизить ихъ къ животу. Удобнѣе всего это выполнить, ставъ сбоку отъ больной, повернувшись къ лицу ея спиной, поставить ея стопу къ себѣ на ладонь (если стоять справа отъ больной, то въ правую, если слѣва, то въ лѣвую), а другой рукой обнять согнутое и поднятое колѣно больной (рис. 1). Для того, чтобы получилось полное расслабленіе указанныхъ мышцъ, необходимо, чтобы больная сама не упиралась ногами, совершенно расслабивъ мышцы нижнихъ конечностей, чему, въ значительной степени, содѣйствуетъ впечатлѣніе больной, что поддерживаніе ея ногъ помощниками производится умѣло и ловко. Если, при указанныхъ условіяхъ, не удастся, все таки, достигнуть полнаго расслабленія брюшного пресса, приходится, въ соответственныхъ случаяхъ, прибѣгнуть къ наркозу. Наружный осмотръ больной въ стоячемъ положеніи, колѣно-локтевомъ, а также на косои плоскости, съ болѣе или менѣе сильно приподнятымъ тазомъ, въ отдѣльныхъ случаяхъ, можетъ дать цѣнныя указанія.

Затѣмъ слѣдуетъ осмотръ общихъ покрововъ живота, съ указаніемъ на встрѣчающіяся измѣненія (отеки, т. наз. *striae gravidarum* и проч.).

Пальпация  
живота.

Окончивъ съ наружнымъ осмотромъ, переходимъ къ ощупыванію живота, для чего я считаю наиболѣе практичнымъ положеніе больной на горизонтальной плоскости съ нѣсколько выдвинутыми надъ краемъ стола ягодицами и упирающимися на табуретки ногами, какъ это описано ниже и изображено на приложенномъ рисункѣ (рис. 2). Изслѣдующій помѣщается возможно ближе къ больной съ правой или лѣвой ея стороны, нѣсколько повернувшись спиной къ ея лицу. Обѣ ладони располагаются рядомъ, по сторонамъ отъ средней линіи нижней части живота, съ пальцами, обращенными къ лонному сочлененію такъ, чтобы они слегка его прикрывали. Ощупавъ верхній край лонныхъ костей и переднюю часть входа въ малый тазъ, обѣ руки симметрично смѣщаютъ кверху, причемъ сначала производятъ легкое и бережное надавливаніе, а затѣмъ, постепенно усиливая (чтобы не вызвать противодѣйствія больной и нежелательнаго сокращенія брюшныхъ мышцъ), концами пальцевъ стараются нащупать сперва поясничные позвонки, а потомъ и мысь. Опуская руки опять книзу, до соприкосновенія съ краемъ лона, получаемъ ясное представленіе о входѣ въ малый тазъ, что обыкновенно даетъ возможность отчасти судить о топографическомъ расположеніи опухоли, увеличеніи матки и т. п. Въ

дальнѣйшемъ повторяють тотъ же пріемъ передвиженія рукъ снизу вверхъ, постепенно усиливая давленіе и стараясь обращенными ко входу въ тазъ концами пальцевъ все глубже и глубже проникнуть въ полость малаго таза. Отводя постепенно одну руку отъ другой, удастся систематично прощупать всю безымянную линію, весь входъ и часть полости малаго таза, при чемъ отмѣчаются встрѣчаемыя при этомъ особенности.



Рис. 2. Изслѣдованіе живота больной.

Указаннымъ пріемомъ удается иногда столь глубоко проникнуть въ малый тазъ, что возможно опредѣлить даже матку, не увеличенную въ объемъ (особенно если подвижность ея представляется ограниченной), новообразованія, по величинѣ не превышающія куриное яйцо, небольшіе выпоты и т. д.

При желаніи ощупать органы верхняго отдѣла брюшной полости, въ области подреберья, приходится измѣнить положеніе—повернуться лицомъ къ больной и положить ладони на животъ, направивъ концы пальцевъ къ ребрамъ. И въ этомъ случаѣ ощупываніе должно производить въ системѣ, постепенно удаляясь или приближаясь ладонями отъ средней линіи, дабы не осталось не обнѣислѣдованнаго участка. Существенной подмогой при изслѣдованіи отдѣловъ подреберья и поясничной

области можетъ служить такъ называемое двуручное изслѣдованіе, которое заключается въ томъ, что одна рука подводится подъ больную ладонью, обращенною вверхъ, другая же сверху, ей навстрѣчу, прикладывается къ почечной области. Такимъ образомъ, если стоять съ праваго бока отъ больной, то лѣвая рука подводится подъ больную, правая же кладется сверху; если стоять съ лѣвой стороны, то расположеніе рукъ будетъ обратное. Подавая кверху части тѣла рукой, расположенной со стороны спины, на встрѣчу рукъ, лежащей сверху, можно иногда очень отчетливо прощупать тѣ образованія (какъ напр. смѣщенную почку), которыя окажутся между руками.

При оцѣнкѣ той картины, которая получается при изслѣдованіи, нужно хорошо быть знакомымъ съ образованіями нормальными, чтобы ошибочно не принять ихъ за патологическія. Въ этомъ отношеніи особенно приходится имѣть въ виду мышцы и сухожилія, которыя, въ напряженномъ состояніи, могутъ симулировать патологическіе процессы. Отмѣчу въ этомъ отношеніи напряженное сухожилие *m. psoas*, а также въ области *linea alba* мѣсто соединенія сухожильныхъ влагалищъ прямыхъ мышцъ. Смежные съ маткой полые органы—пузырь и кишка—тоже могутъ дать поводъ къ ошибочнымъ заключеніямъ.

Въ болѣе сложныхъ случаяхъ не лишнимъ является прибѣгнуть къ ощупыванію живота въ иныхъ положеніяхъ, помимо горизонтальнаго: въ боковомъ, стоячемъ, нѣсколько перегнутомъ впередъ, колѣбно-локтевомъ (*à la vache*) и особенно съ высокоприподнятымъ тазомъ и опущеннымъ туловищемъ, извѣстнымъ подъ названіемъ Trendelenburg'овскаго. Для этого удобнѣе всего употребить т. наз. косую плоскость, описаніе которой будетъ приведено ниже. Положеніе больной съ опущенной головой и туловищемъ и съ высокоприподнятымъ тазомъ можетъ оказать при изслѣдованіи особенно важныя услуги, если представляется необходимымъ установить степень подвижности опухолей и другихъ образованій, съ цѣлью наиболѣе совершеннаго уясненія взаимныхъ топографическихъ отношеній. Это подчасъ единственный приѣмъ, который ведетъ къ цѣли, особенно во всѣхъ случаяхъ, гдѣ крайняя болѣзненность органовъ не позволяетъ оказывать на нихъ непосредственное давленіе съ цѣлью вызвать ихъ смѣщеніе, чтобы убѣдиться въ ихъ подвижности. Въ такихъ случаяхъ весь расчетъ сводится, главнымъ образомъ, къ силѣ тяжести, которая, при положеніи больной по Trendelenburg'у, содѣйствуетъ перемѣщенію органовъ изъ малаго таза въ брюшную полость. Если при этомъ создать доступъ воздуха во влагалище, то такой приѣмъ сопровождается расширеніемъ и удлиненіемъ влагалища, что позволяетъ получить наибольшее смѣщеніе органовъ. Растяженіе съ этой цѣлью влагалища воздухомъ или жидкостью особенно рѣзко сказывается также при колѣбнолоктевомъ положеніи больной. При единовременномъ растяженіи влагалища и перемѣщеніи содержимаго малаго таза вверхъ, по направленію къ діафрагмѣ, иногда получается такое поднятіе матки, что влагалищная часть становится совершенно недоступимой для пальца (рис. 3).



M. Guelin del.

Рис. 3. Растяженіє впагалища воздухомъ и смѣщеніє органовъ при колѣнно-локтевомъ положеніи.

Способъ этотъ, предложенный Campbell'емъ специально съ цѣлью исправленія лежащей кзади матки, подъ названіемъ «Pneumatical self-replacement of the uterus», и описанный въ моей монографіи «Патологія и терапія неправильныхъ положеній матки»<sup>1)</sup>, также можетъ служить хорошимъ подспорьемъ при выясненіи взаимной подвижности расположенныхъ въ тазу образований. Особенно рѣзко выраженное смѣщеніе органовъ брюшной полости наблюдается, когда эта послѣдняя вскрыта. Этимъ обстоятельствомъ я воспользовался для примѣненія новаго метода освѣщенія брюшной полости, о чемъ подробно будетъ сказано ниже. Другіе способы наружнаго изслѣдованія, какъ то—выслушиваніе, выстукиваніе и т. под., какъ общеизвѣстные, обхожу молчаніемъ.

Исслѣдо-  
ваніе на-  
ружныхъ  
частей.

Послѣ осмотра живота переходимъ къ груднымъ железамъ, а затѣмъ къ осмотру наружныхъ дѣтородныхъ органовъ, отверстія мочеиспускательнаго канала и задняго прохода. Больная при этомъ лежитъ на столѣ, сдвинувъ тазъ къ его краю (какъ это описано выше), и раздвинувъ колѣни; изслѣдующій помѣщается между ногъ больной. Осмотрѣвъ наружныя половыя части, мы заставляемъ больную натужиться, благодаря чему получаемъ нѣкоторое смѣщеніе и выпячиваніе стѣнокъ рукава, что содѣйствуетъ не только лучшему осмотру входа во влагалище, но, до извѣстной степени, позволяетъ судить и о состояніи запирающаго влагалище мышечнаго аппарата и промежности.

#### ВНУТРЕННЕЕ ИЗСЛѢДОВАНІЕ.

По осмотрѣ наружныхъ частей, переходимъ къ *внутреннему изслѣдованію*. Для этого смазанный вазелиномъ указательный палецъ вводится наполовину во влагалище, а большой попеременно прикладывается сперва къ промежности, чтобы ощупать ея мускулатуру, а затѣмъ къ основанію большихъ губъ, что даетъ возможность прощупать Bartolin'овы железы и судить объ ихъ измѣненіяхъ. Не слѣдуетъ также забывать обслѣдовать пальцемъ мочеиспускательный каналъ. Легкимъ нажиманіемъ, постепенно выдвигая палецъ, выдавливается содержимое канала, что даетъ возможность судить о содержимомъ ureth'ы. Затѣмъ указательный палецъ (лучше вводить еще и третій) вновь продвигается во влагалище, другая же рука, положенная при этомъ сверху, на нижнюю часть живота больной, слегка надавливаетъ на брюшную стѣнку, навстрѣчу пальцамъ, введеннымъ во влагалище. Остальные пальцы руки слѣдуетъ держать согнутыми, дабы они не мѣшали глубже проникнуть во влагалище. Введеніе во влагалище двухъ пальцевъ — второго и третьяго, если это только возможно, всегда выгоднѣе, потому что при такихъ условіяхъ одновременно нащупывается больше точекъ и, благодаря этому, получается и впечатлѣніе болѣе определенное; затѣмъ, двумя пальцами можно глубже проникнуть, рука имѣетъ больше силы, а потому и не такъ легко

<sup>1)</sup> На стр. 86-ой.

устааетъ. Съ этой же цѣлью представляется выгоднымъ локоть той руки, пальцы которой введены во влагалище, опустить возможно ниже и даже облокотить на свое колѣно, для чего соответственную ногу нужно поставить на нижнюю перекладину стола, на которомъ лежитъ больная, или же на одну изъ табуретокъ. При такихъ условіяхъ удается, сильно надавливая на промежность, ее оттѣснить кверху и вслѣдствіе этого проникнуть пальцами значительно глубже (рис. 4). Прежде чѣмъ приступить къ изслѣдованію, всегда слѣдуетъ озаботиться объ опорожненіи мочевого пузыря и прямой кишки.

Ручное изслѣдованіе матки производится слѣдующимъ образомъ: введенные во влагалище пальцы, по ощупываніи влагалищной части матки, оба, или только третій, продвигаются въ задній сводъ такъ, чтобы на ладонной ихъ поверхности, обращенной кпереди, помѣщалась влагалищная часть матки (рис. 5), причемъ бережными, короткими, осязательными движеніями руки, какъ снаружи расположенной на животѣ, такъ и внутри влагалища, нужно стараться прежде всего составить

себѣ возможно ясное представленіе о занимаемомъ маткой положеніи, стараясь ее, при этомъ, по возможности, не смѣщать. Обслѣдовавъ матку *in situ* и установивъ ее положеніе, переходимъ къ опредѣленію ея формы, консистенціи и всѣхъ другихъ особенностей. Для этого наружной рукой, лежащей на животѣ, производится настолько глубокое давленіе, чтобы приблизить матку къ пальцамъ, лежащимъ во влагалищѣ, и расположить между обѣими руками—двуручное изслѣдованіе,—

Двуручное изслѣдованіе.



Рис. 4. Положеніе изслѣдующаго при внутреннемъ изслѣдованіи.

причемъ, очевидно, изслѣдуемая матка будетъ отдѣляться отъ верхней руки всей толщей брюшной стѣнки, а отъ расположенной во влагалищѣ—стѣнками этого послѣдняго. Указанное обстоятельство всегда необходимо имѣть въ виду для вѣрной



Рис. 5. Расположеніе рукъ при внутреннемъ изслѣдованіи.

ощѣнки размѣровъ органа и другихъ его свойствъ. Скользя по маткѣ отъ срединнаго (сагитальнаго) ея сѣченія сперва въ одну, потомъ въ другую сторону, начиная съ влагалищнаго ея отдѣла и кончая областью дна и маточныхъ роговъ, мы получаемъ систематическое представленіе о формѣ матки и другихъ ея свойствахъ, а также о подвижности ея въ тазу.



Окончивъ съ осмотромъ матки, заставляють обѣ руки, продолжая приближать ихъ ладонями другъ къ другу, такъ сказать соскользнуть съ бокового края матки; въ томъ же порядкѣ, какъ ощупывалась матка, изслѣдуются помѣщающіяся между руками широкія связки. Изслѣдованіе ихъ ведется въ системѣ: концы рукъ, глубоко вдавленные въ область таза, постепенно выдвигаютъ, пропуская между пальцевъ и нащупывая отдѣльныя части тканей. Окончивъ съ однимъ отдѣломъ связки, лежащимъ ближе къ маткѣ, пальцы вновь вдвигаютъ въ тазъ и тѣмъ же путемъ параллельныхъ движеній пропускаютъ между пальцевъ все болѣе периферическій отдѣлъ связочнаго аппарата. По такимъ параллельнымъ плоскостямъ приходится руки провести 3—4 раза въ каждой половинѣ таза, пока онѣ не достигнуть его стѣнокъ. При такомъ систематическомъ изслѣдованіи придатковъ обыкновенно безъ особаго труда нащупывается мѣсто отхожденія отъ матки яйцевода, и этотъ послѣдній хорошо опредѣляется вплоть до фимбриальнаго его конца; равнымъ образомъ хорошо опредѣляются и яичники, а иногда и *lig. ovaricum*, а также и тѣ измѣненія, которыя могутъ быть по сосѣдству съ этими органами, какъ-то—выпоты, сращенія и т. п.

Окончивъ съ изслѣдованіемъ полового аппарата, необходимо ознакомиться и съ другими органами малаго таза (кишка, пузырь), а также съ ихъ отношеніемъ къ половому аппарату, а равно всего содержимаго малаго таза, къ стѣнкамъ заключающаго ихъ костнаго таза. Чрезвычайно практично результаты изслѣдованія отмѣчать графически на имѣющихся схемахъ (рис. 6, 7, 8); этимъ достигается во первыхъ болѣе реальность въ передачѣ картины изслѣдованія, а затѣмъ и возможность въ дальнѣйшемъ лучше сравнивать послѣдовательныя картины болѣзни. Весь ходъ только что изложеннаго изслѣдованія больной, начинаясь съ наружнаго осмотра живота, затѣмъ наружныхъ половыхъ органовъ, влагалища, матки, придатковъ и т. д., направляется снаружи внутрь, въ извѣстной системѣ, гарантирующей полноту осмотра и избавляющей насъ отъ возможныхъ пропусковъ, что несомнѣнно представляетъ большое практическое значеніе.

При изслѣдованіи органовъ малаго таза существенное значеніе имѣетъ *изслѣдованіе черезъ прямую кишку*. Помимо общеизвѣстнаго изслѣдованія черезъ прямую кишку, считаю необходимымъ указать на способъ изслѣдованія при *одновременномъ* введеніи указательнаго пальца во влагалище, а средняго (третьяго) въ прямую кишку.

Этотъ способъ одновременнаго *влагалищно-кишечно-брюшнаго изслѣдованія* разработанъ у насъ въ клиникѣ и, въ виду его существенныхъ выгодъ, можетъ быть мною горячо рекомендованъ; практическое же его значеніе настолько велико, что у меня въ клиникѣ рѣдкій случай теперь проводится безъ примѣненія этого приѣма, тѣмъ болѣе, что онъ не нуждается въ специальной обстановкѣ. Въ виду своей совершенной безболѣзненности, онъ не требуетъ наркоза, благодаря же тому, что онъ даетъ возможность полнѣе и легче опредѣлять положеніе частей, его слѣдуетъ признать болѣе совершеннымъ, чѣмъ обыкновенный, т. наз. бимануальный методъ

Влагалищно-кишечно-брюшной методъ.

изслѣдованія. Особенно пригоднымъ описанный способъ представляется въ тѣхъ случаяхъ, когда необходимо обслѣдовать образования, расположенныя позади отъ матки. Априорное предположеніе, что при указанномъ способѣ представляетъ неудобство помѣщающееся между пальцами мясистое *septum recto-vaginale*, на практикѣ отнюдь не подтверждается. Такъ какъ приложенный рисунокъ (рис. 9) вполне ясно передаетъ расположеніе рукъ, то я считаю излишнимъ болѣе подробное описаніе <sup>1)</sup> его примѣненія.

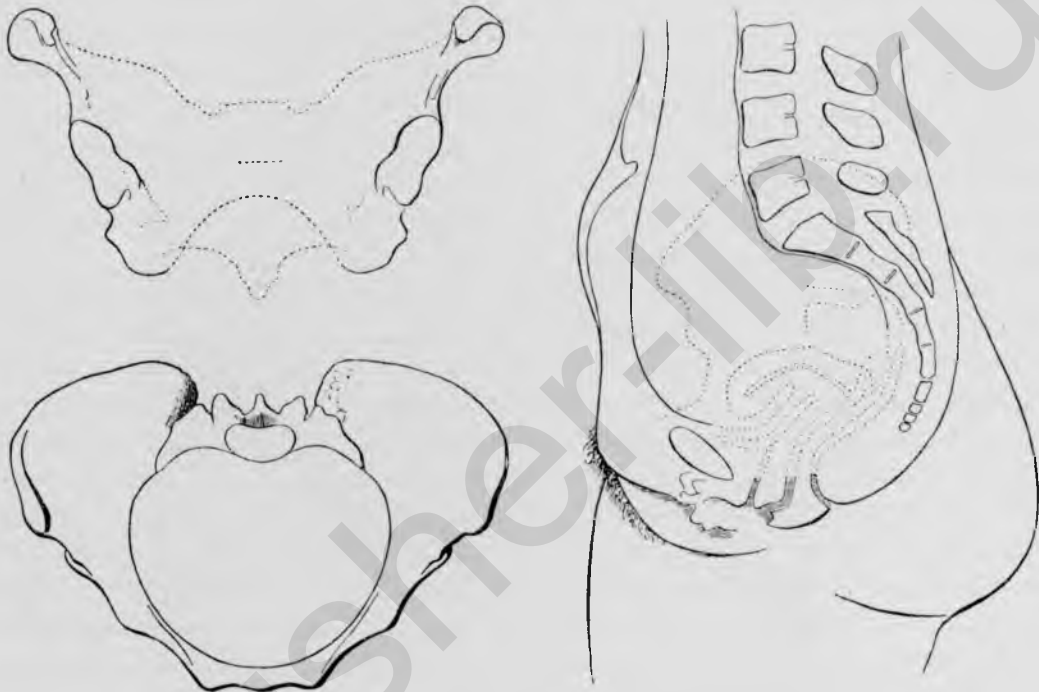


Рис. 6, 7 и 8. Схемы для графическаго изображенія результатовъ изслѣдованія.

Помимо предварительнаго опорожненія прямой кишки, ректальное изслѣдованіе существенно облегчается, если непосредственно передъ изслѣдованіемъ влить въ кишку около стакана согрѣтой индифферентной жидкости: *ampulla recti* растягивается, благодаря чему удобнѣе оріентироваться, и, кромѣ того, введеніе пальца значительно облегчается. Вообще же нужно замѣтить, что употребленіе кишечнаго изслѣдованія въ гинекологіи достойно несравненно большаго распространенія, чѣмъ это обыкновенно въ настоящее время практикуется; въ отдѣльныхъ

<sup>1)</sup> Указанный способъ подробно мною описанъ въ журналѣ акушерства и женскихъ болѣзней, Т. X, Февраль 1896 г.

случаяхъ только благодаря примѣненію его нерѣдко представляется возможнымъ установить правильное распознаваніе <sup>1)</sup>).

Ручное *изслѣдованіе мочевого пузыря* черезъ предварительно расширенный мочеиспускательный каналъ слѣдуетъ избѣгать въ виду той чрезмѣрной травмы, которую наноситъ этотъ грубый способъ, сопровождающийся разрывомъ мускула-



Рис. 9. Расположеніе пальцевъ при влагалищно-кишечно-брюшномъ методѣ изслѣдованія.

туры канала и обычно слѣдующимъ за этимъ недержаніемъ мочи. Способъ осмотра пузыря, при непосредственномъ освѣщеніи его полости, въ этомъ отношеніи представляется несравненно цѣлесообразнѣе; предложенный же мною (стр. 78) упрощенный способъ дѣлаетъ этотъ приемъ общедоступнымъ и примѣнимымъ въ обыденной больничной обстановкѣ.

<sup>1)</sup> Къ способу Simon'a въ нашей дѣятельности мы ни разу не прибѣгали. На рядѣ опытовъ, сдѣланныхъ на трупахъ, я убѣдился въ тѣхъ глубокихъ поврежденіяхъ, которыя вызываетъ введеніе въ кишку всей ручной кисти. Разрывъ брюшного покрова кишки при такихъ опытахъ наблюдался довольно часто; нерѣдко получались еще большія поврежденія.

Если имѣется специальное показаніе проникнуть въ пузырь пальцемъ или объемистымъ инструментомъ, то несравненно выгоднѣе прибѣгнуть къ ножу и раз-



Рис. 10. Введеніе цилиндрическаго зеркала. Первый моментъ.

сѣчь стѣнку пузыря съ тѣмъ, чтобы закрыть отверстіе швами по окончаніи предпринятой манипуляціи.

#### ИЗСЛѢДОВАНІЕ БОЛЬНОЙ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ.

Цилиндри-  
ческія зер-  
кала.

При осмотрѣ больныхъ немаловажное значеніе имѣеть также *инструментальное* изслѣдованіе.

Для того, чтобы обнажить отдѣльныя части внутреннихъ половыхъ органовъ и сдѣлать ихъ доступными зрѣнію, мы пользуемся двумя родами зеркалъ: цилиндрическими и ложкообразными.

Цилиндрическія зеркала мы употребляемъ исключительно стеклянныя (изъ обыкновеннаго стекла), на концѣ нѣсколько косо срезанныя; длина ихъ—12 снт. по болѣе длинному краю и 10 снт. по болѣе короткому. Преимущество такихъ стеклян-

ныхъ зеркаль, при ихъ дешевизнѣ<sup>1)</sup>, заключается въ возможности легко содержать ихъ въ чистотѣ, и, благодаря прозрачности стекла, это удобно контролировать.

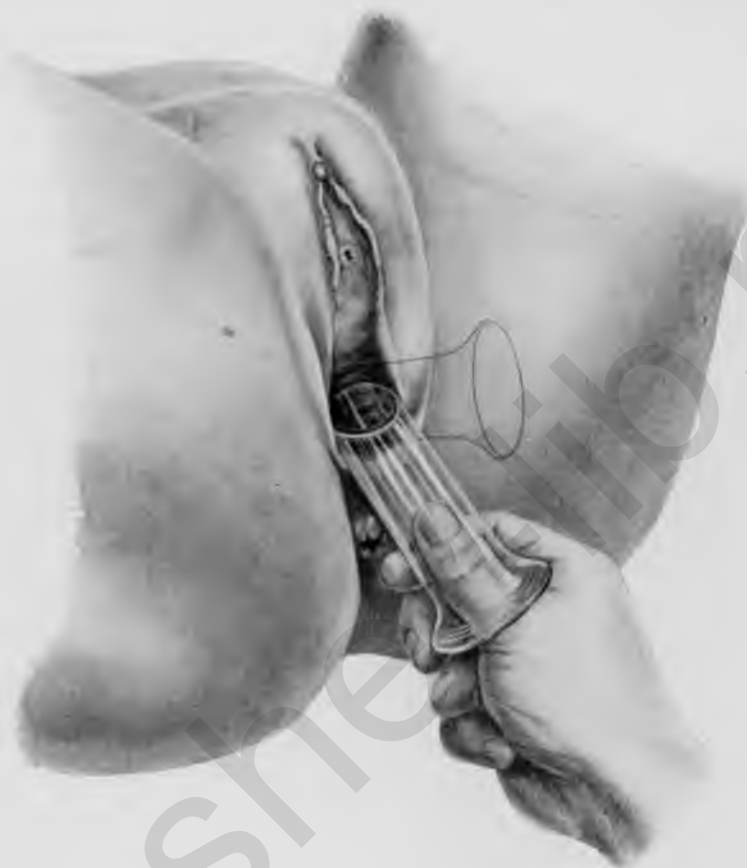


Рис. 11. Введеніе цилиндрическаго зеркала. Второй и третій моментъ.

Введеніе цилиндрическаго зеркала производится слѣдующимъ образомъ: захвативъ зеркало крѣпко рукой, мы прикладываемъ его болѣе длиннымъ своимъ краемъ къ половой щели, предварительно раздвинувъ другой рукой малыя губы такъ, чтобы ось зеркала пришлась вдоль длинника половой щели (а не влагалища), и верхній край его пришелся непосредственно подъ наружнымъ отверстіемъ мочеиспускательнаго канала (рис. 10). Затѣмъ производится энергичное отдавливаніе зеркаломъ промежности, благодаря чему половая щель открывается, и верхній конецъ зеркала, приходившійся подъ наружнымъ отверстіемъ мочеиспускательнаго канала, представляется обращеннымъ въ просвѣтъ слегка зіяющаго влагалища.

<sup>1)</sup> По 20 коп. штука; наборъ изъ пяти зеркаль, различныхъ діаметровъ, стоитъ 1 рубль.

Слѣдующимъ движеніемъ, слегка опуская конецъ, обращенный во влагалище, зеркало безъ всякаго усилія и причиненія боли больной легко вдвигается вглубь влагалища, раскрытаго вслѣдствіе отдаленной промежности (рис. 11).

Поворачивая затѣмъ осторожно зеркало около его продольной оси, стараясь все время сохранить въ его просвѣтѣ линію соприкосновенія передней и задней стѣнокъ влагалища, удастся обыкновенно очень легко вставить влагалищную часть матки. За послѣдніе годы цилиндрическія зеркала нами почти вовсе оставлены и замѣняются болѣе практичными ложкообразными.

При употребленіи *ложкообразныхъ зеркалъ*, сперва вводятъ нижнее, вкладывая его сначала въ косомъ размѣрѣ ко входу во влагалище, а затѣмъ, при введеніи его въ глубь, поворачивая въ поперечный; при единовременномъ оттягиваніи промежности конецъ ложки направляютъ возможно болѣе взадъ, дабы подойти подъ влагалищную часть матки и ложкой попасть въ задній сводъ. Продолжая оттягивать промежность, верхнее зеркало мы вставляемъ, скользя по нижней ложкѣ, сначала



Рис. 12. Введеніе ложкообразныхъ зеркалъ.

тоже въ косомъ размѣрѣ входа (рис. 12), и лишь затѣмъ (чтобы не ущемить слизистой оболочки между зеркалами), при постепенномъ отдаленіи верхней стѣнки влагалища кверху, поворачиваемъ въ поперечный размѣръ,—при этомъ обнажается влагалищная часть матки. Сильное отдаленіе промежности совершенно не болѣзненно, и, открывая такимъ образомъ входъ во влагалище, мы облегчаемъ введеніе въ него необходимыхъ инструментовъ.

Для болѣе удобнаго примѣненія ложкообразныхъ зеркалъ необходимо, чтобы больная, лежащая на столѣ для изслѣдованія, сильно *выдвинула ягодичную область надъ краемъ стола* и, приподнявъ ноги, подтянула бедра къ животу: лишь при та-

кихъ условіяхъ можно свободно двигать ручками зеркаль и хорошо обнажить части, подлежащія осмотру. Изслѣдующій долженъ сидѣть между ногъ больной на невысокомъ табуретѣ. Зеркалами Cusco и др. мы вовсе не пользуемся, считая ихъ значительно менѣе удобными для осмотра больной, чѣмъ обыкновенныя ложкообразныя.

Для того, чтобы фиксировать матку, а также

для того, чтобы имѣть возможность смѣщать ее въ разныхъ направленіяхъ, мы пользуемся пулевыми щипцами (рис. 13), которыми захватываемъ переднюю, или заднюю губу. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ требуется особенно крѣпко захватить шейку, или гдѣ ткань ея легко рвется, можно пользоваться щипцами, совершенно похожими на пулевые, но только нѣсколько болѣе крѣпкой конструкціи и имѣющими на концахъ своихъ не по одному, а по два зубца—двузубецъ (рис. 14). Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ обычными приѣмами не представляется возможнымъ съ точностью установить связь матки съ имѣющимися въ брюшной полости новообразованіями, примѣненіе пулевыхъ щипцовъ является незамѣнимымъ подспорьемъ. Отводя (поднимая) опухоль по возможности вверхъ къ подреберью, при положеніи больной на горизонтальной или косою плоскости, а съ другой стороны подтягивая матку, при помощи щипцовъ, захватывающихъ влагалищную часть, книзу (къ выходу таза), мы естественно напрягаемъ связь (буде таковая имѣется) между новообразованіемъ и маткой; при такихъ условіяхъ эту связь обыкновенно легко удастся обнаружить, такъ какъ подергиваніе опухоли вверхъ передается маткѣ (щипцамъ) и наоборотъ. Примѣняя описанный приѣмъ изслѣдованія, нужно, однако, всегда имѣть въ виду, что существованіе связи между ново-



Рис. 14. Двузубецъ ( $\frac{1}{10}$  натур. величины).



Рис. 13. Пулевые щипцы ( $\frac{1}{2}$  натур. величины). I—правильный образецъ; II—инструментъ съ плохимъ захватомъ, легко ирорѣзывающій ткани.

Примѣненіе пулевыхъ щипцовъ при изслѣдованіи.

образованіемъ и маткой можетъ быть признано достовѣрнымъ лишь въ томъ случаѣ, если наблюдаемые толчки отъ смѣщенія опухоли выражены вполнѣ *рѣзко и отчетливо*; въ противномъ случаѣ приходится быть крайне осторожнымъ съ заключеніями въ виду того, что въ слабой степени указанный діагностическій признакъ часто наблюдается и въ случаяхъ, гдѣ опухоль, не принадлежа половому аппарату, развилась въ брыжжейкѣ, или захватываетъ какой либо смежный съ половыми органами отдѣлъ брюшины, смѣщеніе котораго можетъ передаваться на связочный аппаратъ и самую матку. Само собою понятно, что и всякія воспалительныя спайки дадутъ совершенно аналогичный результатъ. Подтягиваніе матки пулевыми щипцами можетъ оказать большую услугу въ случаяхъ, гдѣ, благодаря высокому стоянію или величинѣ матки, не удастся инымъ способомъ опредѣлить ни положенія, ни формы, ни иныхъ физическихъ свойствъ ея; приче́мъ въ такихъ случаяхъ изслѣдованіе черезъ кишку, благодаря возможности проникнуть пальцемъ значительно глубже, чѣмъ при влагалищномъ изслѣдованіи, даетъ наиболѣе удовлетворительные результаты. Употреблять для фиксаціи и подтягиванія матки пулевые щипцы вмѣсто остраго крючка, который нѣкоторыми рекомендуется, несравненно удобнѣе, такъ какъ, при употребленіи крючка, его приходится все время держать только въ извѣстномъ положеніи во избѣжаніе его соскальзыванія, а кромѣ того его остріе, при соскальзываніи, можетъ причинить извѣстное пораненіе, чего при пулевыхъ щипцахъ не наблюдается; наконецъ, щипцами не трудно захватить одну изъ маточныхъ губъ на ощупь, тогда какъ при употребленіи остраго крючка обыкновенно требуется предварительное обнаженіе частей зеркалами. Въ рядѣ случаевъ, гдѣ имѣется болѣе или менѣе рѣзко выраженный перегибъ маточнаго канала, вытягиваніе щипцами шейки для уменьшенія имѣющейся извилистости канала, а также фиксація матки— существенно облегчаютъ возможность проведенія въ полость матки маточнаго зонда, чего безъ примѣненія пулевыхъ щипцовъ не удается достигнуть.

Изслѣдо-  
ваніе зон-  
домъ.

*Маточный зондъ* является однимъ изъ распознавательныхъ инструментовъ, который даетъ намъ возможность не только измѣрить и изучить направленіе маточной полости, но можетъ также съ пользой служить для перемѣщенія маточнаго тѣла, какъ во время изслѣдованія, такъ равно и для исправленія неправильнаго положенія матки. Помимо соблюденія правилъ чистоты и антисептики, о которыхъ подробно будетъ сказано ниже, при употребленіи зонда нужно всегда имѣть въ виду какъ можно меньше травмировать слизистую оболочку, слѣдовательно продвигать зондъ въ глубь, «зондируя», и такимъ образомъ искать направленіе канала, и отнюдь не форсировать. Этого правила особенно важно держаться, когда приходится имѣть дѣло съ тонкостѣнной и дряблой маткой, какъ это бываетъ вскорѣ послѣ выкидыша, при внѣматочной беременности и т. д. Проткнуть при такихъ условіяхъ толщу маточной стѣнки представляется дѣломъ невѣроятно легкимъ; подобное обстоятельство можно даже вовсе просмотрѣть, если недостаточно строго слѣдить за руководствіями, тѣмъ болѣе, что продырявливаніе матки зондомъ можетъ почти не причинить больной никакой боли и, какъ правило, если только со-



блюдены всегда необходимыя мѣры чистоты, проходить для больныхъ совершенно безслѣдно. Столь легкая возможность прободенія матки заставляетъ насъ обращаться съ зондомъ крайне осторожно, и, въ виду сказаннаго, приходится иногда даже отказаться отъ попытокъ обстоятельнаго зондированія въ ущербъ увѣренности, что дѣйствительно зондомъ достигнуто было до самой глубокой точки маточной полости. Такая законная осмотрительность въ значительной степени умаляетъ въ отдѣльныхъ случаяхъ значеніе зондированія.

Съ другой стороны возможны также ошибочныя заключенія и въ томъ случаѣ, если своевременно не распознано прободеніе зондомъ маточной стѣнки, благодаря чему полость матки опредѣляется длиннѣе дѣйствительной. Зондированіе предпочтительно слѣдуетъ производить зондомъ наиболѣе толстаго калибра, замѣняя его болѣе тонкимъ лишь при невозможности ввести болѣе толстый,—этимъ создаются наивыгоднѣйшія условія для избѣжанія пораненія маточной стѣнки и слизистой ея оболочки. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ отверстіе маточнаго канала настолько узко, что оно не только недоступно наиболѣе тонкому маточному зонду, но его даже вовсе не видно, и поэтому оно не можетъ быть обнаружено,—при необходимости проникнуть въ маточный каналъ слѣдуетъ дожидаться менструальнаго кровеотдѣленія, которое, при внимательномъ осмотрѣ обнаженныхъ зеркалами частей, въ концѣ концовъ, дастъ возможность замѣтить то мѣсто, которое отвѣчаетъ маточному каналу; послѣднее обозначается въ такихъ случаяхъ появленіемъ (пропотѣваніемъ) капельки крови, которая, будучи стерта, опять появляется. При подобныхъ условіяхъ обыкновенно удается ввести сначала самый тонкій хирургическій зондъ, замѣняя его постепенно болѣе толстыми номерами.

Зондированію всегда должна предшествовать дезинфекція родового канала, для чего лучше всего наружное отверстіе матки предварительно обнажить при помощи зеркалъ, которыя, однако, затѣмъ обыкновенно приходится удалить, такъ какъ они часто мѣшаютъ свободному движенію наружной части зонда при попыткахъ проникнуть въ глубь полости. Въ тѣхъ случаяхъ, когда зондъ съ обычной кривизной не можетъ быть введенъ въ полость матки, напр., въ виду значительнаго искривленія послѣдней, не смотря даже на нѣкоторое уменьшеніе этой извилистости канала путемъ подтягиванія шейки пулевыми щипцами, зондированіе облегчается, когда мы придадимъ соотвѣтствующую кривизну зонду, что вполне возможно, если металлическій зондъ сдѣланъ изъ сплава, позволяющаго мѣнять его форму.

Эластическихъ зондовъ (бужей) мы вовсе не употребляемъ, такъ какъ мягкій бужъ легко перегибается и, притомъ, незамѣтно для изслѣдующаго, что въ свою очередь легко можетъ повести къ совершенно неправильнымъ заключеніямъ и выводамъ. Если зондомъ можно въ отдѣльныхъ случаяхъ составить себѣ болѣе или менѣе опредѣленное представленіе о длинѣ, направленіи и формѣ маточной полости, то нельзя сказать того же самаго на счетъ опредѣленія (распознаванія) зондомъ содержимаго матки, особенно если содержащееся въ маткѣ тѣло не велико и, будучи, какъ напр., плацентарный полипъ, мягкимъ, не обладаетъ рѣзкими очертаніями.

Въ подобныхъ случаяхъ зондъ можетъ дать совершенно отрицательные результаты, и, слѣдовательно, самъ способъ долженъ быть признанъ несостоятельнымъ и не надежнымъ. Тупая, или обыкновенная ложка, употребляемая для выскабливанія, даетъ возможность въ такихъ случаяхъ лучше ориентироваться.

## ОСОБЫЕ МЕТОДЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНАГО ИЗСЛѢДОВАНІЯ.

### Способы открытія матки.

Для того, чтобы удобнѣе изслѣдовать полость матки инструментами, или чтобы ощупать пальцемъ ея полость, или, наконецъ, ориентироваться зрѣніемъ, вводя для этой цѣли зеркала на подобіе тѣхъ, которыя употребляются мною для осмотра мочевого пузыря и снабжены маленькой электрической лампой,—обыкновенно представляется необходимымъ предварительно создать доступъ въ матку путемъ расширения ея цервикальнаго канала. Въ виду того громаднаго значенія въ повседневной практикѣ, который имѣетъ затронутый вопросъ, я считаю необходимымъ остановиться на немъ нѣсколько подробнѣе.

Всѣ способы раскрытія матки могутъ быть раздѣлены, въ 1-хъ, на способы, сопряженные съ завѣдомымъ нарушеніемъ цѣлости маточной ткани путемъ разсѣченія ея на большемъ или меньшемъ протяженіи и, во 2-хъ, на способы постепеннаго растяженія цервикальнаго канала до необходимыхъ размѣровъ въ расчетѣ воспользоваться упругостью тканей, по возможности вовсе не нарушая ихъ цѣлости. Такъ какъ послѣдній способъ находить болѣе частое примѣненіе въ практикѣ, то я съ него и начну описаніе различныхъ методовъ расширенія маточнаго канала.

Разбухающія средства.

Къ наиболѣе старымъ способамъ открытія матки относится употребленіе такъ наз. разбухающихъ средствъ, какъ то: прессованныхъ губокъ, *laminaria digitata*, *tupelo*. Перечисленные средства, будучи введены въ полость матки въ сухомъ видѣ, разбухаютъ подъ вліяніемъ влажной среды, въ которой они находятся, и благодаря этому сильно увеличиваются въ объемъ, что въ свою очередь ведетъ къ значительному расширенію шейчнаго канала, создавая необходимый доступъ въ полость матки.

*Прессованная губка* готовится изъ обыкновенной губки слѣдующимъ образомъ. Вырѣзываются цилиндрическіе куски губки различной толщины, а по длинѣ приблизительно равные длинѣ полости матки. Послѣ соотвѣтственной дезинфекціи, черезъ всю толщю приготовленнаго цилиндра, по его оси, продѣвается металлическій стержень, напр. обыкновенная вязальная игла, и губка пропитывается растворомъ аравійской камеди (*gummi arabicum*). Когда губка хорошо пропитается клеевымъ растворомъ, ее начинаютъ обматывать ниткой, по возможности плотно придавливая къ проткнутому черезъ нее металлическому стержню, послѣ чего губка должна быть совершенно высушена. Когда губка совершенно высохла, съ нея сни-

мается спрессовавшая ее нитка, и сухой губкѣ придается, при помощи ножа и терпуга, правильная цилиндрическая форма, суживающаяся на одномъ концѣ, послѣ чего удаляется расположенный въ толщѣ ея металлическій стержень. Для того, чтобы послѣ употребленія удобнѣе было удалять губку, на болѣе толстомъ концѣ ея просверливается отверстіе, черезъ которое продѣвается нитка и завязывается петлей. Съ тою же цѣлью можно привязать къ прессованной губкѣ нитку, сдѣлавъ для этого на толстомъ концѣ неглубокую круговую бороздку, отступя на 1,0—0,5 см. отъ ея конца. Обработанная такимъ образомъ губка готова для употребленія.

Такъ какъ приготовленіе прессованныхъ губокъ хлопотливо, то обыкновенно пользуются покупными, которыя могутъ сохраняться очень продолжительное время. Употребленіе въ практикѣ прессованныхъ губокъ очень простое: губка выбирается такой толщины, которая можетъ быть введена въ полость матки, захватывается крѣпко корнцангомъ за толстый ея конецъ и вводится по заранѣе изученному направлению маточнаго канала въ ея полость. Если губка очень свободно прошла и имѣется опасеніе, что она можетъ легко выскочить изъ полости матки, ее необходимо фиксировать тампономъ, плотно приложеннымъ къ наружному зѣву. Вводится губка, какъ и всѣ остальные разбухающія средства, не вся, а оставляется наружу часть ея въ 1— $\frac{1}{2}$  см. торчащей изъ *orificium ext. uteri*, чтобы было за что захватить губку при ея удаленіи, еслибы привязанная къ ней нитка оборвалась или же прорѣзалась при ея подтягиваніи. Для полнаго разбуханія (достиженія первоначальнаго объема) обыкновенно требуется 6—12 часовъ. Производимыя вслѣдъ за введеніемъ прессованной губки влагалищныя спринцеванія содѣйствуютъ болѣе быстрому разбуханію губки. Въ виду пористаго строенія губки, прилегающія къ ней ткани (слизистая оболочка) приходятъ въ очень тѣсное съ ней соприкосновеніе, благодаря чему, при удаленіи губки, сильно травмируются и сдираются. Кромѣ того, при указанныхъ условіяхъ очень легко получить зараженіе больной, если губка не была вполне стерильна. Чтобы отчасти застраховать себя отъ подобнаго осложненія, предложено (Kriks) пользоваться прессованными губками, предварительно вкладывая ихъ въ чехольчики, сдѣланные изъ тонкой резиновой (кондомной) ткани; такъ какъ резиновая оболочка разобщаетъ губку отъ тканей, изъ которыхъ къ ней поступаетъ влага, ведущая къ разбуханію ея, необходимо дѣлать спеціальныя впрыскиванія въ полость резинового колпачка, вмѣщающаго губку. Приведенныя выше отрицательныя стороны содѣйствовали почти полному изгнанію изъ гинекологической практики прессованной губки, являющейся прототипомъ примѣняемыхъ разбухающихъ средствъ.

*Ляминарій* (корневище растенія *laminaria digitata*), можно сказать, вытѣснилъ изъ практики прессованную губку, хотя онъ и не чуждъ общихъ съ ней недостатковъ, главнѣйшими изъ коихъ представляется шероховатость его поверхности и связанная съ этимъ травма, наносимая тканямъ при его употребленіи; кромѣ того, надо замѣтить, что въ продажѣ имѣются только относительно тонкія палочки, не превышающія толщиной обыкновенное гусиное перо. Чтобы при употребленіи быстрѣе дости-

гнуть разбуханія лямінарія и усилить воздѣйствіе на него влаги, по длиннику его просверливается каналъ. Въ продажѣ такіе лямінаріи извѣстны подѣ названіемъ *laminaria canellata*.

Конкурирующимъ съ лямінаріемъ средствомъ являются палочки *тупело*, сдѣланныя изъ древесины растенія, носящаго одноименное названіе. Палочки тупело имѣють относительно гладкую поверхность и бываютъ различной толщины. Онѣ значительно уступаютъ палочкамъ лямінарія тѣмъ, что древесина тупело представляется много мягче, чѣмъ лямінарія, и поэтому при мало мальски плотныхъ рубцовыхъ суженіяхъ тупело, въ противоположность лямінарію, нерѣдко оказывается несостоятельнымъ и не въ силѣ растянуть рубцовый перехватъ, который на разбушемъ тупело въ такихъ случаяхъ оставляетъ вдавленное мѣсто (кольцо), и разбухшій тупело получается въ формѣ песочныхъ часовъ. Оба указанная средства—лямінарій и тупело—передъ прессованной губкой имѣють то существенное преимущество, что поддаются несравненно легче надежной стерилизаціи. Такъ какъ ни лямінарій, ни тупело не разбухаютъ ни отъ спирта, ни отъ эфира, то предложено сохранять ихъ въ концентрированныхъ сулемовыхъ или іодоформенныхъ растворахъ спирта или эфира. При продолжительномъ помѣщеніи въ этихъ растворахъ палочки пропитываются указанными веществами и такимъ образомъ вполне обезвреживаются.

v. Herff на микроскопическихъ срѣзахъ, приготовленныхъ изъ палочекъ тупело и лямінарія, обработанныхъ указаннымъ способомъ, убѣдился въ томъ, что кристаллы названныхъ солей сплошь пропитываютъ древесину. Дезинфекція палочекъ тупело и лямінарія сухимъ жаромъ, какъ это предложено Ляхницкимъ, не практична, такъ какъ палочки дѣлаются хрупкими и поэтому мало пригодными къ употребленію. Непосредственное передъ употребленіемъ погруженіе палочекъ въ кипящій 5% карболовый растворъ, предложенное для ихъ дезинфекціи, нельзя признать практичнымъ въ виду того, что процессъ набуханія при этомъ способѣ идетъ тогда настолько быстро, что подчасъ, особенно если замѣшкаться, уже вовсе не представляется возможнымъ ввести разбухшую палочку въ цервикальный каналъ. Непосредственное погруженіе палочекъ въ кипящую жидкость представляетъ возможность дать палочкѣ соотвѣтственный изгибъ, иногда необходимый для того, чтобы провести ее черезъ сильно изогнутый каналъ. Такъ какъ однократное введеніе разбухающихъ образований не всегда ведетъ къ открытію матки до желаемыхъ размѣровъ, то въ отдѣльныхъ случаяхъ практикуется повторное введеніе тупело или лямінарія. Само собой понятно, что въ манипуляціяхъ, сопряженныхъ съ примѣненіемъ расширяющихъ средствъ, необходимо всегда строго соблюдать правила антисептики. Такъ какъ разбухающій расширитель вплотную закупориваетъ просвѣтъ маточнаго канала, благодаря чему обыкновенно получается задержка отдѣленій—явленіе далеко не всегда безразличное для организма,—то съ этимъ обстоятельствомъ необходимо считаться, и такая временная задержка выдѣленій матки несомнѣнно должна быть отнесена къ отрицательнымъ сторонамъ примѣненія раз-

бухающихъ средствъ. По удаленіи разбухающаго средства, расширенный каналъ обыкновенно довольно быстро спадается, поэтому въ тѣхъ случаяхъ, когда необходимо сохранить расширенное его состояніе болѣе продолжительное время, рекомендуется матку плотно затампонировать, что лучше всего дѣлать узкой полосой іодоформенной марли, или, какъ это совѣтовалъ Vuilliet, введеніемъ очень маленькихъ ватныхъ шариковъ, снабженныхъ ниткой. При систематическомъ ежедневномъ тампонированіи матки по способу Vuilliet удается долгое время поддерживать матку открытой, пользуясь этимъ методомъ не только для діагностическихъ цѣлей, но, главнымъ образомъ, какъ надежнымъ капиллярнымъ дренажемъ полости матки, показаннымъ, какъ терапевтическое мѣропріятіе.

Въ настоящее время вышеописанные способы расширенія матки употребляются все рѣже и рѣже съ тѣхъ поръ, какъ Негаръ предложилъ свой способъ раскрытія матки путемъ послѣдовательнаго введенія въ нее бужей постепенно утолщающагося калибра. Основной принципъ этого метода заключается въ томъ, чтобы толщина послѣдующаго бужа отличалась отъ предшествующаго лишь на самую незначительную величину. Разница въ діаметрѣ бужей, съ самыхъ тонкихъ по 16-ый номеръ— лишь 0,5 миллиметра; начиная же съ 16-го номера она = 1,0 мм., такъ какъ, по мѣрѣ утолщенія инструментовъ, разница въ отношеніяхъ периферій ихъ поперечныхъ сѣченій постепенно уменьшается. Благодаря строгой градаціи бужей, замѣняя болѣе тонкій бужъ слѣдующимъ, лишь нѣсколько болѣе толстымъ, мы вводимъ каждый бужъ, примѣняя ничтожное усиліе, и расширяемъ маточный каналъ такимъ образомъ очень бережно и вполне постепенно за счетъ упругости его стѣнокъ. При несоблюденіи указанной послѣдовательности или при употребленіи чрезмѣрно толстыхъ бужей наблюдаются разрывы стѣнокъ канала. Весь наборъ Негар'овскихъ расширителей содержитъ 39 бужей, причемъ номеръ бужа обозначаетъ діаметръ поперечнаго его сѣченія въ миллиметрахъ. Перваго номера вовсе нѣтъ, такъ какъ онъ, какъ слишкомъ тонкій, можно сказать, не имѣетъ практическаго примѣненія; поэтому наборъ начинается съ номера 2 (2,0 мм.), затѣмъ идетъ № 2½, 3, 3½, 4 и т. д.—до 16-ти, а затѣмъ уже цѣлые номера: 17, 18, 19 и т. д., до 26-го включительно. Негар'овскіе расширители сдѣланы изъ твердаго каучука и имѣютъ плоскую деревянную ручку. Каждый бужъ длиною въ 10—12 см., имѣетъ легкой изгибъ соотвѣтственно изгибу тѣла матки и на концѣ слегка суживается.

Такъ какъ въ оригинальномъ инструментѣ деревянные ручки нерѣдко ломались, а также и во избѣжаніе ненужныхъ щелей, въ которыхъ могутъ задерживаться всякія выдѣленія, кровь и т. под., мною употребляются бужи, сдѣланные изъ цѣльнаго куска твердаго каучука съ плоской ручкой, на которой и обозначенъ номеръ инструмента. При необходимости бужамъ изъ твердаго каучука можно при нагрѣваніи придавать любую кривизну. Кромѣ того, для большаго удобства, всѣ бужи по порядку расположены на трехъ металлическихъ полкахъ съ отдѣльными мѣстами для каждаго бужа (рис. 15). Эти полки хранятся въ отдѣльномъ ящикѣ. При употребленіи онѣ вмѣстѣ съ бужами, предварительно вываренныя въ аппаратѣ Шimmel-

Открытіе  
матки  
бужами.

буша, помѣщаются рядомъ съ операторомъ въ плоскомъ тазикѣ, содержащемъ и остальные инструменты. Это мною предложенное практическое приспособленіе въ настоящее время является общераспространеннымъ. Толстые номера могутъ быть сдѣланы и изъ стекла, для тонкихъ же—стекло слишкомъ хрупко. Недурны наборы бужей, сдѣланные и изъ металла. Примѣняются Негар'овскіе бужи слѣдующимъ образомъ: послѣ соотвѣтственной дезинфекціи, ложкообразными зеркалами обнажается маточная шейка, и обѣ губы ея захватываются пулевыми щипцами, имѣющими цѣлью иммобилизовать матку при проведеніи въ нее бужа. Изучивъ пред-



Рис. 15. Наборъ расширителей Негар'а.

варительно направленіе маточнаго канала зондомъ, мы вводимъ наибольшій номеръ бужа, который только можетъ войти (рис. 16). Продержавъ бужъ въ теченіе нѣсколькихъ секундъ, вставляемъ слѣдующій номеръ и такъ далѣе до того размѣра, который необходимъ для расширенія данного случая. Если введенный бужъ очень трудно вынимается, необходимо нѣсколько подождать, оставляя его въ полости матки, и лишь спустя 1—2 минуты вновь сдѣлать попытку замѣнить слѣдующимъ, болѣе толстымъ номеромъ. Чѣмъ труднѣе производится расширеніе, тѣмъ дольше необходимо оставлять бужъ до замѣны его слѣдующимъ. Во избѣжаніе рѣз-

каго смѣщенія матки необходимо ее хорошо фиксировать щипцами не только при введеніи бужей, но и во время ихъ удаленія. Вообще нужно замѣтить, что для расширенія матки до размѣровъ 10—12 номера надо обыкновенно не болѣе 5—6 минутъ времени. Краткій срокъ времени, въ который достигается необходимое расширеніе матки, простота манипуляцій и возможность провести весь пріемъ расширенія при условіяхъ асептики—составляютъ существенныя преимущества способа Негар'а, можно сказать, вытѣснившаго въ настоящее время почти всѣ другіе способы расширенія матки. Такъ какъ быстрое расширеніе матки по Негар'у сопряжено иногда съ значительной болѣзненностью, то обычно требуетъ примѣненія наркоза; хотя нужно замѣтить, что въ цѣломъ рядѣ случаевъ у женщинъ рожавшихъ, и особенно вскорѣ послѣ родовъ или выкидыша, этотъ пріемъ переносится недурно и безъ всякаго наркоза. Мѣстная анестезія кокаиномъ въ такихъ случаяхъ мало цѣлесообразна.

Помимо указанныхъ способовъ были предложенія расширять матку при помощи инструментовъ съ расходящимися вѣтвями, постепеннымъ раздвиганіемъ коихъ предполагалось раскрыть матку. Обычно всѣ эти расширители имѣютъ видъ щипцовъ, сжатіемъ рукоятки коихъ раздвигаются вѣтви, введенныя въ сложенномъ видѣ въ полость матки; различаются они обыкновенно только различіемъ механиз-

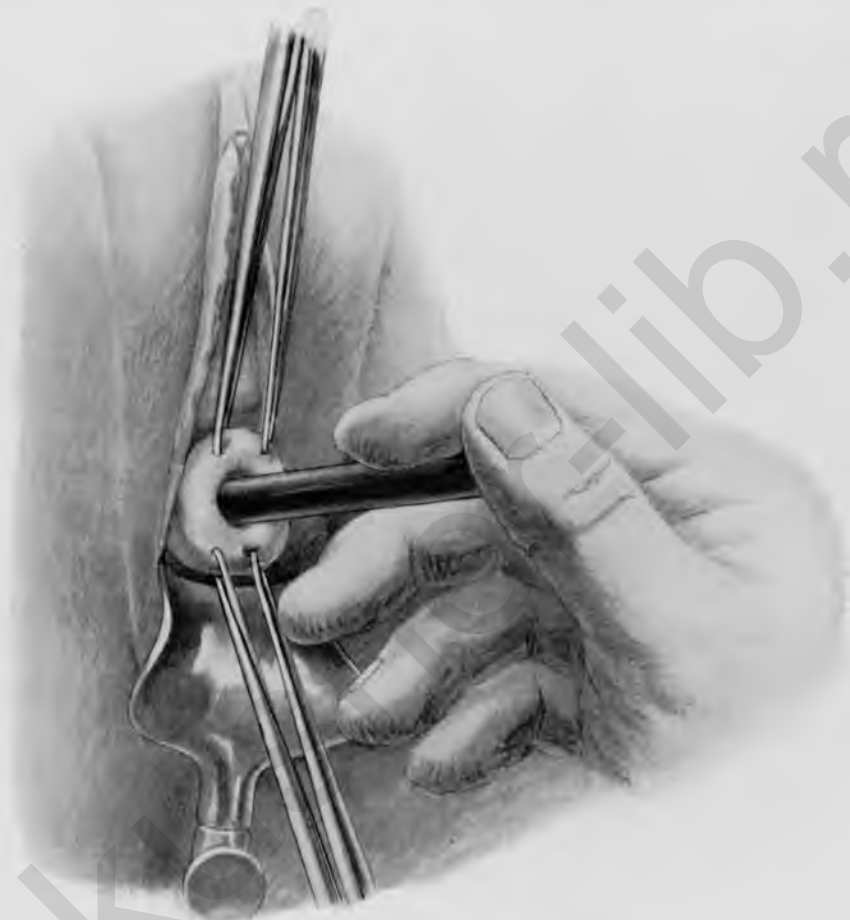


Рис. 16. Способъ введенія расширителей Hegar'a.

мовъ. Извѣстны инструменты Schultze, Ellinger'a, Bossi и многихъ другихъ, но въ практикѣ они не привились, такъ какъ примѣненіе ихъ обыкновенно сопровождается нанесеніемъ большей или меньшей травмы до глубокихъ и опасныхъ разрывовъ включительно. Равнымъ образомъ, не нашель распространенія и инструментъ Schatz'a, названный имъ *metronoikter'омъ* и основанный на томъ принципѣ, что крѣпкая пружина, предварительно сжатая специальными щипцами и временно фиксированная въ такомъ положеніи, должна постепенно растянуть маточный каналъ при помощи двухъ стержней, прикрѣпленныхъ къ ея концамъ и введенныхъ

для этого въ полость матки. Въ виду малой практичности всевозможныхъ видовъ инструментальныхъ расширителей, съ одной стороны, и многихъ отрицательныхъ сторонъ при примѣненіи различныхъ разбухающихъ средствъ, съ другой,—въ моей клиникѣ мы почти исключительно обходимся способомъ Негар'а въ случаяхъ, когда требуется достигнуть относительно лишь небольшихъ степеней расширенія матки.

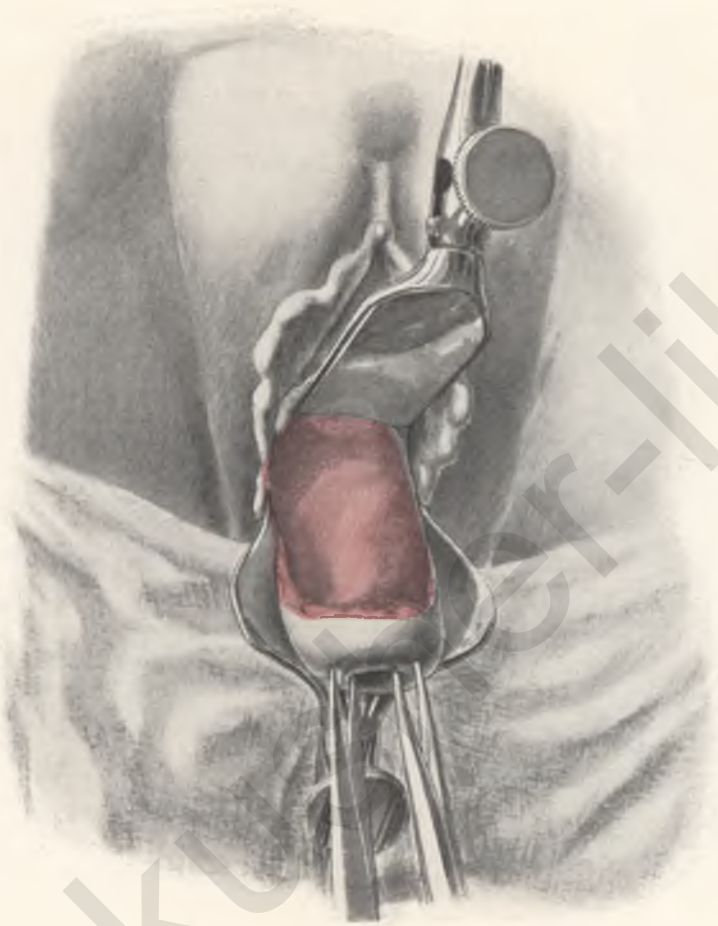


Рис. 17. Отдѣленіе пузыря отъ шейки матки.

Растянуть маточный каналъ до такихъ размѣровъ, чтобы свободно проникнуть въ него пальцемъ, возможно лишь въ очень рѣдкихъ случаяхъ; поэтому тамъ, гдѣ нужно создать хороший доступъ, мы обыкновенно прибѣгаемъ къ такъ наз. кровавому методу, о которомъ будетъ сказано ниже, и который имѣетъ свои опредѣленные показанія, какъ и примѣненіе только что рассмотрѣнныхъ методовъ постепеннаго расширенія. Показанія къ употребленію этихъ послѣднихъ, какъ основанныхъ на эластичности тканей, находятся въ прямой зависимости отъ нея, и поэтому примѣненіе ихъ допускается лишь въ предѣлахъ этой эластичности, дабы не получить нарушенія цѣлости тканей до глубокихъ разрывовъ включительно, если бы тотъ предѣлъ былъ перейденъ. Хотя и невозможно въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ вполне точно заранѣе установить, когда получится при растяженіи надрывъ тканей, тѣмъ не менѣе имѣются въ этомъ отношеніи извѣстныя практическія точки опоры. Такъ, растяженіе до незначительной степени, а именно до 10—12 мм. въ діаметрѣ, обыкновенно всегда хорошо переносится маткой взрослыхъ. Для юношескаго возраста

Растянуть маточный каналъ до такихъ размѣровъ, чтобы свободно проникнуть въ него пальцемъ, возможно лишь въ очень рѣдкихъ случаяхъ; поэтому тамъ, гдѣ нужно создать хороший доступъ, мы обыкновенно прибѣгаемъ къ такъ наз. кровавому методу, о которомъ будетъ сказано ниже, и который имѣетъ свои опредѣленные показанія, какъ и примѣненіе только что рассмотрѣнныхъ методовъ постепеннаго расширенія. Показанія къ употребленію этихъ послѣднихъ, какъ основанныхъ на эластичности тканей, находятся въ прямой зависимости отъ нея, и поэтому примѣненіе



оно значительно меньше. Нормальныя стѣнки матки болѣе эластичны, чѣмъ перерожденныя подѣ вліяніемъ воспалительнаго или новообразовательнаго процесса. У лицъ рожавшихъ меньше шансовъ получить разрывы, чѣмъ у нерожавшихъ и особенно имѣющихъ недоразвитой органъ. Не безъ вліянія и менструація, особенно же беременное состояніе и періодъ времени послѣ родоразрѣшенія. Громадное значеніе имѣетъ также осторожность,

съ которой ведется расширение. Въ этомъ отношеніи, казалось бы, употребленіе разбухающихъ средствъ, при другихъ своихъ недостаткахъ, являлось наиболее бережнымъ, тѣмъ болѣе, что продолжительное пребываніе въ полости матки посторонняго тѣла вызываетъ гиперемію и большую сочность, а вмѣстѣ съ тѣмъ и податливость тканей; однако, эта гиперемія зачастую, какъ явленіе не желательное, сама по себѣ можетъ послужить противопоказаніемъ къ употребленію разбухающихъ средствъ. Если предѣлъ эластичности будетъ превзойденъ, то обыкновенно сразу получается разрывъ почти всей толщи стѣнки маточной шейки, простирающійся до самой клѣтчатки, и больная подвергается всѣмъ невыгодамъ такого вскрытія параметрія, обыкновенно требующаго тампонаціи соответствующаго участка.

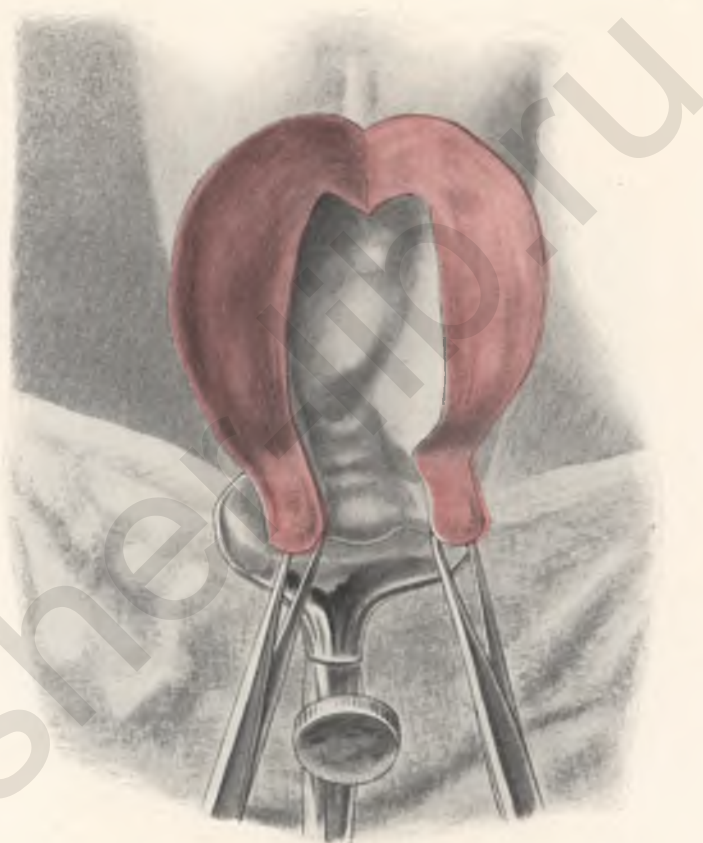


Рис. 18. Разрѣченіе всей матки по передней стѣнкѣ съ діагностическою цѣлью.

Во избѣжаніе подобныхъ явленій, обыкновенно несравненно выгоднѣе больной подвергнуться *кровоавому расширенію* матки, представляющему возможность открыть несравненно болѣе широкій доступъ къ больному участку полового аппарата, произвести необходимое вмѣшательство, а главное, послѣдовательно, путемъ наложенія швовъ на разрѣзанное мѣсто, получить *restitutio ad integrum*, согласно принципамъ сохраняющей хирургіи.

Кровавое  
расширеніе.

Способъ созданія доступа въ полость матки оперативнымъ путемъ вполне зависитъ отъ особенностей каждаго отдѣльнаго случая. Если необходимо расширить одинъ лишь наружный зѣвъ, или сильно растянутую шейку съ истонченными краями, то глубина разрѣзовъ обыкновенно простирается не выше мѣста прикрѣпленія сводовъ. Обыкновенно дѣлается не болѣе двухъ разрѣзовъ—передняго и задняго, расположенныхъ въ сагитальномъ направленіи, что представляетъ ту выгоду, по сравненіи съ разрѣзами, идущими въ стороны, въ поперечномъ діаметрѣ шейки,

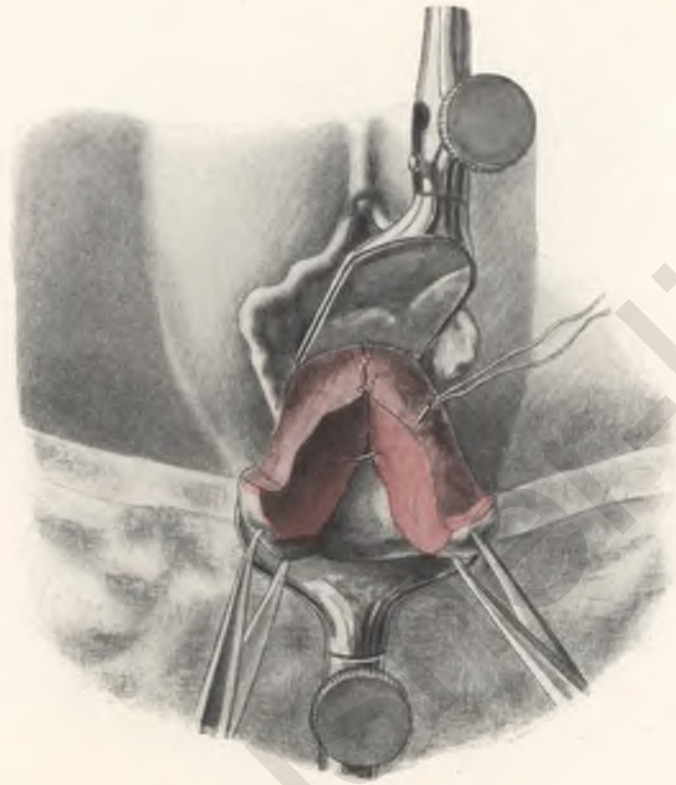


Рис. 19. Наложеніе швовъ на разсѣченную шейку матки.

и лишь затѣмъ разсѣкать шейку, или даже нижнюю часть тѣла матки (рис. 17). Подобный приѣмъ обыкновенно удается провести, не вскрывая брюшины. Въ случаяхъ, когда одного разрѣза на передней части матки недостаточно, можно присоединить разсѣченіе и задней ея части, тоже по мѣрѣ надобности, съ отпрепаровкой, или безъ отпрепаровки свода. Въ исключительныхъ случаяхъ, если указаннаго вмѣшательства не достаточно, приходится вскрыть брюшную полость на мѣстѣ передняго или задняго сводовъ и продлить разрѣзъ, разсѣкая тѣло матки до необходимыхъ размѣровъ (рис. 18). По удаленіи новообразованія, или иного содержимаго матки (плода—при влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи), ради котораго былъ предпринятъ указан-

что такіе разрѣзы меньше кровоточать, легче ихъ соединить швами и, главное, что, при необходимости, ихъ можно въ значительной степени увеличить и довести до самаго тѣла матки и даже еще выше. Последняго нельзя сдѣлать при поперечныхъ разрѣзахъ, не рискуя поранить крупныхъ сосудовъ, или даже мочеочниковъ; къ тому же при первомъ способѣ и клѣтчатка вскрывается значительно меньше, слѣдовательно и условія для инфекціи менѣе благоприятны. Въ подобныхъ случаяхъ, гдѣ показано разсѣченіе шейки на значительномъ протяженіи, необходимо предварительно отпрепаровать мочевой пузырь, смѣщая его кверху,

ный прием, необходимо позаботиться об остановке кровотечения (обыкновенно очень незначительного), что лучше всего достигается наложением швов, необходимых для восстановления целостности нарушенных органов. (рис. 19).

В тех случаях, когда пришлось отделить предварительно мочевой пузырь и лишь затем разрезать маточную шейку, приходится первоначально восстановить целостность этой последней и последовательно фиксировать швами смещенный пузырь и края вскрытого свода (рис. 20). Так как совершенное пластическое прилаживание

этих отделов не всегда удастся провести в совершенстве, то целесообразно, по наложении швов в боковых отделах отделенного свода, оставлять средний отдел его не зашитым для введения туда марлевого выпускника. Вполне понятно, что проведение всех описанных моментов указанного приема должно быть обставлено вполне асептично и при соблюдении всех правил оперативной обстановки и техники, так как лишь при таких условиях допустимо применение описанного кровяного способа создания доступа в полость матки. Так как указанные методы обыкновенно применяются для проведения

того или иного консервативного хирургического вмешательства, то совершенно естественно, что не только все необходимое в подобных случаях должно быть предусмотрено и заранее приготовлено, но что и производство самого метода допустимо лишь в более или менее опытных руках и при указанной обстановке. Считаю не лишним присовокупить, что проведение отдельных моментов операции, как и всегда, производится обязательно под полным контролем зрения, для чего операционное поле должно быть хорошо обнажено, а каждый отдельный момент операции педантично точно выполнен и хорошо проконтролирован.



Рис. 20. Вид шейки по наложении швов и пришивании пузыря.

### Діагностическій соскобъ слизистой матки и пробная вырѣзка частицъ тканей.

Къ числу очень распространенныхъ распознавательныхъ приѣмовъ нужно отнести взятіе частицъ тканей въ разныхъ отдѣлахъ половыхъ органовъ для того, чтобы, путемъ микроскопическаго изученія взятыхъ пробныхъ частицъ, установить гистологическое ихъ строеніе, дабы возможно было, въ сомнительныхъ случаяхъ, правильно опредѣлить истинную натуру даннаго болѣзненнаго процесса. Техническая сторона дѣла въ такихъ случаяхъ крайне не сложная, но тѣмъ не менѣе необходимо соблюдать при этомъ нѣкоторыя правила; самое главное, это позаботиться о томъ, чтобы вырѣзанная, отщепленная, или соскобленная частица тканей была не слишкомъ мала, и чтобы были захвачены не только пораженные отдѣлы, но непременно и часть смежныхъ, по виду здоровыхъ частей. Это необходимо для того, чтобы имѣть возможность сравнить здоровые отдѣлы съ пораженными болѣзненнымъ процессомъ и, что очень существенно, судить о топографическихъ отношеніяхъ. Кромѣ того, гдѣ



Рис. 21. Острая петля, для соскоба слизистой оболочки матки ( $\frac{4}{10}$  натур. величины; сверху изображеніе верхушки инструмента—самой петли большого и малаго калибра—въ естеств. величину).

только возможно, желательнo брать для изслѣдованія частицы тканей не въ одномъ только мѣстѣ, а по возможности въ нѣсколькихъ, такъ какъ при такихъ условіяхъ меньше шансовъ просмотрѣть болѣзненный процессъ, если таковой имѣется. Необходимо разъ навсегда принять за правило, чтобы удаленные кусочки помѣщались въ баночки съ надписями, точно обозначающими время взятой пробы и какой больной она принадлежитъ, а при необходимости и другія свѣдѣнія. Способъ взятія частицъ тканей зависитъ отъ органа и мѣста, гдѣ таковыя берутся, всегда, однако, руководствуясь анатомо-топографическими соображеніями. Такъ какъ особенно часто приходится брать пробные кусочки для опредѣленія гистологической природы измѣненій въ области наружнаго зѣва матки, то въ этомъ мѣстѣ рекомендуется дѣлать клиновидную вырѣзку, широкой поверхностью захватывающую пораженный отдѣлъ какъ со стороны влагалищной поверхности шейки, такъ равно и слизистой цервикальнаго канала, такъ какъ лишь при такихъ условіяхъ возможно изготовить микроскопическіе срѣзы, позволяющіе судить о взаимномъ топографическомъ расположеніи эпителия. Образовавшійся послѣ вырѣзки дефектъ закрывается 2—3 швами или прижигается, или же имѣющееся кровоте-



чение останавливается простой тампонацией. Когда приходится дѣлать пробный соскобъ слизистой оболочки изъ полости матки, лучше всего пользоваться острой петлей, конецъ которой согнуть подъ тупымъ угломъ (рис. 21). Острая петля имѣетъ то преимущество передъ обыкновенной ложечкой, употребляемой для выскабливанія, что она вѣдряется глубже въ толщу тканей и поэтому, особенно если ее усиленнѣе придавить, въ составъ соскобленной полоски слизистой оболочки обыкновенно входитъ и подлежащая мышечная ткань, что даетъ возможность установить и топографическое расположеніе железъ слизистой матки. Такъ какъ инструментъ работаетъ въ полости матки безъ контроля зрѣнія, и руководствоваться приходится развѣ лишь осязаніемъ, то нельзя имѣть и увѣренности, что несомнѣнно будутъ захвачены пораженные отдѣлы; поэтому при діагностическомъ соскобѣ слизистой матки необходимо принять за правило *обязательно брать соскобъ въ 3—4 различныхъ мѣстахъ*. Техника соскоба слѣдующая: предварительно фиксируемъ влагалищную часть пулевыми щипцами, мы вводимъ острую петлю зондирующими движеніями до дна матки, затѣмъ, плотно надавливая, доводимъ до зѣва и бережно извлекаемъ петлю съ повисшей обыкновенно на ней полосой слизистой оболочки. Иногда соскобленная оболочка обрывается и выходитъ при послѣдующемъ введеніи петли, или же ее приходится доставать пинцетомъ. Чтобы не прибѣгать къ предварительному расширенію матки, я пользуюсь острой петлей, не превышающей толщину обыкновеннаго маточнаго зонда.

### Пункція и аспирація.

При производствѣ пункцій съ послѣдующей аспираціей жидкаго содержимаго нормальныхъ или патологическихъ полостей, приходится различать діагностическое и лѣчебное назначеніе этихъ пріемовъ: въ первомъ случаѣ обыкновенно идетъ рѣчь о томъ, имѣется ли вообще въ данномъ случаѣ скопленіе жидкаго содержимаго и, если имѣется, то какого оно свойства; во второмъ— дѣло обыкновенно сводится къ тому, чтобы избавить больную отъ предполагаемаго скопленія. Какъ въ первомъ, такъ и во второмъ случаѣ, обыкновенно употребляются заостренныя поля иглы, или труакары, но при простой діагностической пункціи чаще всего пользуются инструментами по возможности тонкаго калибра (рис. 22), тогда какъ для совершеннаго опорожненія различнаго вида скопленій болѣе пригодны инструменты съ болѣе крупнымъ просвѣтомъ. Въ отдѣльныхъ случаяхъ, не ограничиваясь и этими инструментами, приходится прибѣгать къ расширенію сдѣланнаго отверстія ножемъ, или тупымъ путемъ, какъ это имѣетъ мѣсто при гнойникахъ и при наличности очень густаго содержимаго. Общимъ для первой и второй категоріи случаевъ является умѣнье найти такое мѣсто, гдѣ бы путь къ скопленію былъ по



Рис. 22.  
Шприцъ для  
пункціи.

возможности короткій и наиболее удобный; при выборѣ предпочтительно пунктировать наиболее отлогій участок полостного образования. Чаще всего приходится въ этихъ случаяхъ идти черезъ влагалище, гдѣ въ заднемъ или боковомъ сводѣ мы нащупываемъ нижній сегментъ скопления. Намѣтивъ такое мѣсто, необходимо дать себѣ реальный отчетъ въ томъ, чтобы не поранить крупнаго кровеноснаго сосуда или какого либо смежнаго органа, какъ-то: мочеточника, кишечника, брюшины и т. под. Подобныя нежелательныя осложненія избѣгаются путемъ точнаго анатомическаго ознакомленія съ данной областью и предварительнымъ тщательнымъ изслѣдованіемъ. Лучше всего, если удастся непосредственно нащупать близъ



Рис. 23. Аппаратъ Potain'a.

лежащій пульсирующій сосудъ, тогда не трудно избѣгнуть его пораненія. При влагалищной пункції рекомендуется по возможности держаться середины задняго свода, во избѣжаніе пораненія сосудовъ, которые обыкновенно расположены по бокамъ матки и нѣсколько сзади отъ поперечнаго сѣченія шейки. При необходимости пункції черезъ передній сводъ слѣдуетъ, во избѣжаніе пораненій пузыря, предварительно его отслоить отъ матки. Въ равной мѣрѣ нужно остерегаться проткнуть по пути къ опухоли брюшину, а тѣмъ болѣе кишечную петлю. Помимо непосредственнаго риска отъ пораненія этихъ органовъ, при такихъ условіяхъ возможно, особенно во время извлеченія иглы, инфицировать окружающіе ее органы и ткани, если содержимое пунктированной полости обладало заразными свойствами. Въ виду возможности только что указанныхъ осложненій, иногда приходится для прокола выбирать менѣе удобное мѣсто и болѣе длинный путь, лишь бы застраховать себя отъ подобныхъ случайностей. Что касается до самой техники прокола, то, во 1-хъ, его нужно дѣлать отрывистымъ, увѣреннымъ движеніемъ, фиксировавши предварительно снаружи опухоль рукой, и во 2-хъ, такъ рассчитать силу, чтобы ко-

онецъ инструмента могъ сразу достигнуть предположеннаго центра опредѣляемаго очага. Если же развивать силу постепенно, то, особенно при слабомъ напряженіи стѣнокъ скопища жидкости, можно вовсе въ него не попасть, въ виду того, что стѣнки его, уступая слабому нанору иглы, будутъ постепенно отъ нея удаляться. Если удастся иглой попасть въ содержащую жидкость полость, рекомендуется принять мѣры, чтобы труакаръ сохранилъ первоначальное свое положеніе и не выскочилъ, что нерѣдко однако бываетъ вслѣдствіе частичнаго опорожненія полости. Разъ что труакаръ выскользнетъ изъ полости, его обыкновенно уже не удастся больше вставить въ прежнее отверстіе и приходится вновь дѣлать проколъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда проколъ предпринимается только съ цѣлями распознавательными, употребляется обыкновенно игла, соединенная съ аспираторомъ или обыкновеннымъ шприцемъ, позволяющимъ извлечь не-

обходимое для изслѣдованія количество жидкости. Для тѣхъ же случаевъ, гдѣ необходимо опорожнить имѣющуюся полость отъ содержаемаго, имѣются специальные аппараты, изъ коихъ особенно практиченъ аспираторъ Potain'a, позволяющій не только извлечь содержимое полости, но и промыть ее необходимымъ количествомъ дезинфицирующей жидкости (рис. 23).

Для гнойныхъ скопищъ однократнаго высасыванія аспираторомъ обыкновенно бываетъ недостаточно, поэтому для подобныхъ случаевъ практичнѣе на известное время создать свободный оттокъ, что достигается введеніемъ дренажа съ послѣдовательнымъ промываніемъ, или безъ онаго. Такъ какъ для введенія выпускника требуется создать свободный доступъ въ опоражниваемую полость, то несомнѣнно цѣлесообразнѣе до нея добраться послоннымъ разсѣченіемъ тканей, при необходимости съ обкалываніемъ краевъ разрѣза, что всегда облегчаетъ въ дальнѣйшемъ всякія манипуляціи. Нитки, которыя служили для обкалыванія, не обрѣзаются, благодаря чему длинные ихъ концы служатъ какъ бы возжами и даютъ возможность хорошо фиксировать, раздвигать и поднимать края разрѣза, и облегчаютъ такимъ образомъ доступъ къ вскрытой полости. Въ трудныхъ случаяхъ, и особенно осложненныхъ значительнымъ инфильтратомъ тканей, хорошимъ подспорьемъ является труакаръ, предложенный Larouenne'омъ (рис. 25). Въ труакарѣ Larouenne'a трубочка, начиная съ своего конца, по одной сторонѣ снабжена на значительномъ протяженіи продольной щелью, которая позволяетъ ей пользоваться въ качествѣ жело-



Рис. 24. Наборъ иголь для пункции.

Вскрытіе  
скопленій  
послоннымъ  
разрѣзомъ.

боватаго зонда, что въ значительной степени облегчаетъ послѣдовательное проникновеніе въ вскрытую полость различными инструментами какъ для увеличенія отверстія, такъ и для тампонаціи самой полости. Если имѣется увѣрен-



Рис. 25. Труакаръ Larouenne'а (фиг. 1—4) и острый корнцангъ для расширенія отверстія (фиг. 5—6). Фиг. 1, 2, 5—въ  $\frac{1}{2}$  нат. величины; фиг. 3, 4, 6—въ  $\frac{1}{1}$  нат. величины.

ность, что нѣтъ опасности путемъ разрѣза первоначальнаго отверстія поранить какой-либо смежный органъ, то лучше всего прибѣгнуть къ скальпелю; въ противномъ же случаѣ, придерживаясь введенной желобоватой трубочки, по ней ввести корнцангъ съ плоскими, или же заостренными губами (рис. 25, фиг. 5 и 6) и, по введеніи его вѣтвей, путемъ постепеннаго ихъ раздвиганія, растянуть отверстие до необходимой степени. Для той же цѣли предложенъ и инструментъ L. Fränkel'я, изображенный на рис. 26, снабженный трубкой для непосредствен-



наго промыванія опорожненной полости, а также инструментъ Landau (рис. 27). Въ моей практикѣ я, впрочемъ, всегда обходился, когда было невозможно примѣнить вскрытіе гнойниковъ послойнымъ разрѣзомъ, труакаромъ Lagouenne'a и своимъ корнцангомъ съ заостренными концами.

Изслѣдованіе больныхъ подѣ наркозомъ, спеціально ради одного только осмотра больной, мною производится лишь въ исключительныхъ случаяхъ; оно производится обыкновенно непосредственно передъ самой операціей, чѣмъ избѣгается необходимость повторнаго наркоза.

Весьма цѣнное значеніе для діагностики страданій полыхъ органовъ имѣютъ способы непосредственнаго осмотра глазомъ, что достигается примѣненіемъ освѣтительныхъ инструментовъ, вводимыхъ въ полость пузыря, кишки и матки. Такъ какъ детальное описаніе этихъ способовъ будетъ сдѣлано въ главѣ объ освѣщеніи операціоннаго поля, то мы отсылаемъ читателя къ этому отдѣлу (стр. 72 и слѣд.).

Изложивъ главнѣйшіе способы изслѣдованія и

технику выполненія отдѣльныхъ пріемовъ, я отсылаю читателя по отношенію къ частностямъ къ тѣмъ главамъ, гдѣ разсматриваются оперативные пріемы при отдѣльныхъ заболѣваніяхъ, и гдѣ поэтому имъ придется дать всестороннюю оцѣнку.



Рис. 26. Аппаратъ L. Fränkel'я для пункціи съ послѣдующимъ промываніемъ.



Рис. 27. Инструментъ Landau.

## АСЕПТИКА И АНТИСЕПТИКА.

### ОБЩІЯ ПОНЯТІЯ ОБЪ АСЕПТИЧЕСКОЙ И АНТИСЕПТИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКѢ.

Подъ *асептическимъ* методомъ принято понимать такую операціонную обстановку, которая предполагаетъ, что ни само операціонное поле (раневая поверхность, входящая въ составъ ея ткани и пр.), ни предметы, приходящіе въ соприкосновеніе съ нимъ (инструменты, руки оператора, воздухъ и пр.), не содержатъ микроорганизмовъ, слѣдовательно нѣтъ и повода примѣнять мѣропріятій противобактерійныхъ (антисептическихъ), въ виду отсутствія самаго септического начала.

*Антисептическимъ* же методомъ называется такая обстановка, гдѣ, въ виду наличности септическихъ элементовъ (заразное начало), примѣняются различныя средства для устраненія этихъ послѣднихъ, причемъ къ средствамъ противозаразнымъ относятся различныя химическія вещества (сулема, карболовая кислота, лизолъ и пр.), а также различныя физическіе агенты, какъ, напр., высокая температура и пр., чѣмъ методъ *противогнилостный* и отличается отъ вышеуказаннаго *безгнилостнаго*.

Асептической, или безгнилостный методъ является идеаломъ хирургіи, причемъ всѣ мѣропріятія, практикуемыя при такъ наз. противогнилостномъ лѣченіи, стремятся, путемъ возможно совершеннѣйшаго уничтоженія септическихъ началъ (патогенныхъ микроорганизмовъ и проч.), приблизиться къ созданію асептической обстановки. Въ отдѣльныхъ случаяхъ этого и удается достигнуть, но, обыкновенно, цѣной существенныхъ невыгодъ для организма, состоящихъ въ томъ, что противогнилостныя средства, какъ, напр., всякіе болѣе или менѣе крѣпкіе растворы и проч., при своемъ разрушающемъ вліяніи на патогенные микроорганизмы и ихъ споры, вмѣстѣ съ тѣмъ пагубно дѣйствуютъ и на ткани человѣческаго тѣла, что въ свою очередь существенно понижаетъ способность организма къ присущей ему самоочищенію отъ заражающихъ его микроорганизмовъ и ихъ токсиновъ. Изъ только что приведеннаго вполне очевидно стремленіе хирурговъ ограничить примѣненіе антисептическихъ мѣропріятій до минимума, стремясь, гдѣ только возможно, избѣгать антисептическія средства. Это правильное требованіе нашло практическое осуществленіе лишь въ послѣдніе годы, благодаря нашему болѣе основательному знакомству съ законами бактериологій, создавъ такъ наз. *смѣшанный методъ* упо-

требленія противогнилостныхъ средствъ лишь какъ подготовительныхъ мѣропріятій для обеззараживанія всего непосредственно приходящаго въ соприкосновеніе съ раной, а также для предварительной очистки и дезинфекціи общихъ покрововъ тѣла, отдѣльныхъ полостей и т. п. Когда этотъ актъ законченъ, то всѣ дезинфицирующія средства удаляются, и операція ведется уже при асептической обстановкѣ.

Приводя общепринятое въ настоящее время дѣленіе операціонной обстановки на антисептическую и асептическую, нужно тѣмъ не менѣе дать себѣ вполне опредѣленный отчетъ въ томъ, что, хотя асептическая обстановка и есть тотъ идеаль, къ которому стремится хирургія, но въ дѣйствительности лишь въ *исключительно-редкихъ* случаяхъ можно рассчитывать на *совершенную асептичность* съ полнѣйшимъ отсутствіемъ микроорганизмовъ, какъ это обычно достигается при лабораторныхъ занятіяхъ. Хотя, несомнѣнно, нѣкоторые оперативные методы, какъ напр. влагаліщное чревоотсѣченіе, въ виду большей защищенности глубоколежащаго операціоннаго поля, значительно болѣе гарантируютъ больную отъ попаданія въ операціонное поле микроорганизмовъ, чѣмъ это имѣетъ мѣсто при широко открытыхъ поверхностяхъ, но тѣмъ не менѣе и въ этихъ случаяхъ абсолютной гарантіи не существуетъ, и все дѣло сводится лишь къ степени загрязненія и количеству попавшихъ бактерій. Если количество попавшихъ микробовъ ничтожно и средствами организма можетъ быть нейтрализовано, то соотвѣтственный оперативный случай протекаетъ хорошо и безъ видимой реакціи; если же попавшее количество болѣе значительно или отличается особой ядовитостью, то наступаютъ соотвѣтственныя расстройства организма до смертельнаго исхода включительно. Въ виду приведеннаго совершенно очевидно, что наши практическія стремленія должны быть направлены къ тому, чтобы путемъ внимательнаго изученія, наблюденія и *индивидуализаціи* каждаго отдѣльнаго случая умѣть создать такую обстановку и выбрать такой оперативный методъ, который далъ бы намъ увѣренность въ возможности до максимума обезпечить больную отъ зараженія тканей ея тѣла микроорганизмами. Съ другой же стороны, необходимо приложить всевозможныя старанія, чтобы сохранить для самозащиты противъ поступившихъ вредныхъ началъ всѣ наличныя силы организма, отнюдь не допуская напраснаго ихъ расходованія въ самомъ широкомъ смыслѣ этого слова. Это та дилемма, которая представляется хирургу при всякой операціи.

Перейдемъ теперь къ приложенію указанныхъ принциповъ у кровати больныхъ и для примѣра остановимся на случаѣ, гдѣ нѣтъ основанія предполагать наличности заразнаго начала.

Хотя бы намъ пришлось имѣть дѣло съ завѣдомо чистымъ, не зараженнымъ случаемъ, гдѣ, слѣдовательно, есть основаніе предполагать, что операціонное поле свободно отъ всякихъ микроорганизмовъ, и гдѣ, въ силу этого, есть полное основаніе къ примѣненію асептики, мы тѣмъ не менѣе съ успѣхомъ можемъ провести этотъ методъ лишь въ томъ случаѣ, если предварительно больную обставимъ такъ, чтобы

нашими манипуляціями не загрязнить и не заразить то, что завѣдомо признано асептичнымъ. Съ этою цѣлью мы должны позаботиться предварительно вычистить и обеззаразить все, что непосредственно приходитъ въ соприкосновеніе съ больной во время операціи. Такимъ образомъ мы видимъ, что асептической обстановкѣ всегда предшествуютъ мѣры антисептики; иначе говоря, всегда приходится оперировать при смѣшанной обстановкѣ. Оно и понятно: все, что насъ окружаетъ, начиная съ воздуха, отдѣльные предметы, поверхность нашего тѣла, да и нѣкоторые внутренніе органы, (полость рта, влагалище, кишечникъ и пр.), доступные вредному вліянію внѣшней среды, постоянно подвергаются загрязненію, содержатъ всевозможные микроорганизмы и, путемъ ли непосредственнаго прикосновенія или инымъ способомъ, передаютъ ихъ окружающей средѣ. Естественно поэтому, что мѣры обеззараживанія (антисептика) имѣютъ громадное значеніе, и всевозможныя мѣры очистки и примѣненіе обеззараживающихъ мѣропріятій должны предшествовать всякой операціи. Достигнувъ обеззараживанія, мы оставляемъ антисептическія средства, и работа уже ведется послѣдовательно при асептической обстановкѣ. Но такъ какъ и во время производства асептической операціи можетъ послѣдовать загрязненіе извнѣ, то во время операціи приходится возвращаться къ дезинфекціи (періодическое обмываніе рукъ и проч.), чтобы лишь послѣ очистки вновь продолжать работу при асептической обстановкѣ. Равнымъ образомъ и по окончаніи асептической операціи нужно защитить рану отъ возможнаго послѣдовательнаго ея зараженія.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы не имѣемъ увѣренности, что достигли полного обеззараживанія, или гдѣ ткани, надъ которыми приходится оперировать, завѣдомо пропитаны заразнымъ началомъ, естественно, что вся операція до самаго конца должна протекать при антисептической обстановкѣ. Если понятія «антисептически» и «асептически» вполне ясно установлены, и съ теоретической стороны выборъ того или другого метода находить вполне опредѣленное показаніе, то нельзя того же сказать касательно практическаго его примѣненія и дать опредѣленные правила, примѣнимыя къ каждому отдѣльному случаю.

Не останавливаясь долѣе на этомъ вопросѣ, я считаю необходимымъ подчеркнуть, что болѣе или менѣе правильная оцѣнка всякаго случая зависитъ отъ обстоятельнаго знакомства оператора съ законами бактеріологіи, такъ равно и съ основами общей патологіи. Было бы, однако, ошибочно, въ виду крайней неполноты нашихъ познаній, *исключительно* основываться на данныхъ, добытыхъ лабораторнымъ путемъ, особенно если онѣ не согласуются съ клиническими наблюденіями.

Не останавливаясь на описаніи спеціальныхъ пріемовъ въ дѣлѣ проведенія антисептики при отдѣльныхъ болѣзненныхъ формахъ, я ниже ограничусь лишь изложеніемъ тѣхъ пріемовъ, которые примѣняются при всякомъ оперативномъ вмѣшательствѣ.

## ПРИГОТОВЛЕНИЕ ПЕРСОНАЛА, ПРИНИМАЮЩАГО УЧАСТІЕ ПРИ ОПЕРАЦІЯХЪ. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ЧИСТОТА.

Начну прежде всего съ тѣхъ требованій, которыя предъявляются медицинскому персоналу, и въ этомъ отношеніи считаю не лишнимъ привести правила, вывѣшенныя въ Императорскомъ Клиническомъ Повивально-Гинекологическомъ Институтѣ для всеобщаго руководства.

### П Р А В И Л А.

- § 1. Къ занятіямъ въ клиническихъ отдѣленіяхъ Института допускаются лица, не имѣющія общенія съ больными родильной горячкой, дифтеритомъ, скарлатиной, оспой, корью, рожей, нагноительными процессами и другими остро-заразными болѣзнями.
- § 2. Лица, имѣвшія кратковременное или случайное общеніе съ таковыми больными а также занимающіяся въ больницахъ, бывшія на практическихъ занятіяхъ по оперативной гинекологіи и вообще въ анатомическомъ театрѣ, допускаются въ отдѣленія Института только послѣ общей мыльной ванны и въ свѣжемъ бѣльѣ и платьѣ, не бывшемъ въ употребленіи при вышеупомянутыхъ занятіяхъ
- § 3. Вступающіе на занятія въ родильное отдѣленіе или принимающіе участіе при операціяхъ должны являться въ чистомъ бѣльѣ и свѣжихъ (моющихся) костюмахъ, взявъ каждый разъ предварительно общую мыльную ванну.
- § 4. До вступленія въ родильное отдѣленіе или операціонную поверхъ костюма надѣвается свѣжій холщевый халатъ.
- § 5. Лица, приступающія къ уходу за больными, должны производить очистку рукъ слѣдующимъ образомъ:
- а) предварительно коротко остригаютъ ногти; ногтечисткой вычищаютъ имѣющуюся подъ ногтями и въ ногтевыхъ ложахъ грязь; засучивши рукава за локоть, моютъ руки до локтя предварительно намыленными двумя щетками, послѣдовательно одной послѣ другой, въ горячей проточной водѣ въ теченіе не менѣе 5 минутъ, обращая особое вниманіе на складки кожи и подногтевое пространство.
  - б) послѣ удаленія мыла натираютъ руки спиртомъ (при помощи щетки), затѣмъ погружаютъ руки въ растворъ сулемы (1 : 2000) или обильно орошаютъ ихъ тѣмъ же растворомъ.
- § 6. Такое мытье рукъ необходимо возобновлять передъ каждымъ изслѣдованіемъ больной.
- Примѣчаніе.* Приступая къ изслѣдованію больныхъ или роженицъ, не должно прикасаться къ другимъ предметамъ.
- § 7. Роженица, принятая въ отдѣленіе, подвергается слѣдующему:
- а) По сколько необходимо, съ половыхъ и смежныхъ частей удаляются волосы и ставится клизма, послѣ дѣйствія которой роженица вымывается мыломъ подъ душемъ; затѣмъ производится дезинфекція наружныхъ половыхъ органовъ, смежныхъ съ ними частей и рукава.
  - б) Мытье наружныхъ половыхъ органовъ и смежныхъ частей также производится послѣдовательно двумя намыленными щетками, послѣ чего мыло удаляется орошеніемъ сулемовымъ растворомъ (1 : 2000). Въ случаяхъ, требующихъ оперативнаго вмѣшательства, кромѣ того, означенныя части тѣла вытираются спиртомъ. Влагилице дезинфицируется слѣдующимъ образомъ: введя во влагилице обильно покрытые мыломъ два или болѣе пальцевъ, энергичными движеніями

стираютъ и удаляютъ слизь, послѣ чего стѣнки влагалища начисто вымываются растворомъ сулемы (1 : 2000).

- § 8. Врачи-практиканты, акушерки и ученицы, занимающіеся въ лазаретѣ, лишаются права дальнѣйшаго входа въ отдѣленіе нормальныхъ роженицъ или родильницъ; равнымъ образомъ, находящіяся у здоровыхъ должны избѣгать соприкосновенія съ зараженными больными и даже входить въ ихъ палаты.



Рис. 28. Складки кожи при увеличеніи подѣ лупою. Ладонная поверхность 3 фаланги указательнаго пальца. Увеличеніе въ 8 разъ.

Въ главнѣйшихъ чертахъ мы придерживаемся этихъ правилъ и при нашей гинекологической оперативной дѣятельности.

Общая  
очистка.

Участники къ операціямъ готовятся слѣдующимъ образомъ: непосредственно передъ операціей берется очистительная ванна съ обязательнымъ мытьемъ головы или, что безусловно лучше, какъ это показываютъ изслѣдованія В. В. Строганова,

мытьё тѣла происходитъ подѣ непрерывно текущей струей воды,—подѣ душемъ, такъ какъ въ ваннѣ оно все время продолжаетъ соприкасаться съ загрязненной водой. Въ виду тѣхъ же соображеній, всѣ наши рукомойники устроены такъ, чтобы руки мылись исключительно подѣ текущей струей жидкости. Въ новомъ Клиническомъ Повивально-Гинекологическомъ Институтѣ во всѣхъ операціонныхъ и родильныхъ помѣщеніяхъ рукомойники снабжены обезпложенной (стерилизованной)



Рис. 29. Складки кожи при увеличеніи подѣ лупою. Тылъ 3 фаланги средняго пальца; въ верхнемъ отдѣлѣ рисунка видна часть ногтя и ногтевого ложа. Увеличеніе въ 8 разъ.

водой. Послѣ ванны одѣвается чистое нижнее бѣлье, а поверхъ него стерилизованный халатъ съ поясомъ и короткими рукавами, снабженными завязками и достигающими лишь до половины плеча. При желаніи, подѣ стерилизованный холщевый халатъ одѣвается таковой же изъ тонкой резиновой ткани, чтобы не

Олежда.

промокнуть. Вся передняя часть халата передь операціей смачивается сулемовымъ растворомъ для того, чтобы фиксировать осѣдающія на него во время операціи пылевья частицы и тѣмъ ихъ обезвредить.

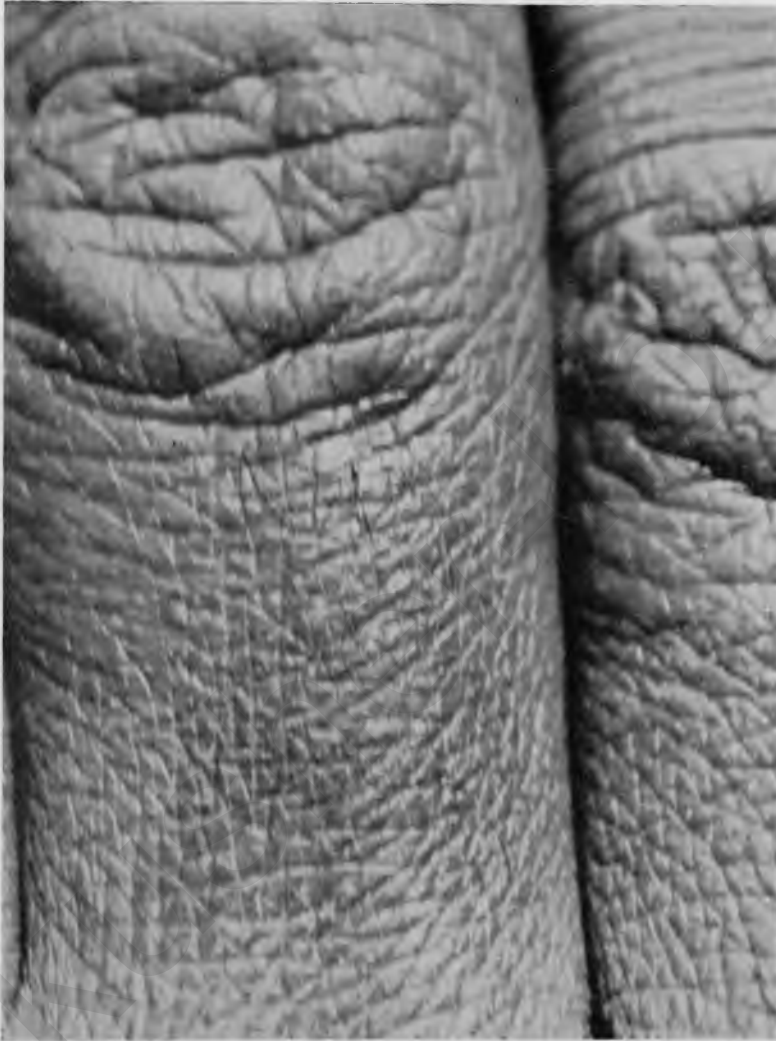


Рис. 30. Складки кожи при увеличеніи подь лупою. Тылъ I фаланги средняго пальца. Увеличеніе 5 разъ.

Дезинфекція рукъ.

Однимъ изъ главѣйшихъ моментовъ въ приготовленіи персонала къ операціи является мытье и очистка рукъ, такъ какъ чаще всего зараза передается путемъ непосредственнаго прикосновенія. Вслѣдствіе спеціального строенія нашей кожи, обладающей множествомъ неровностей, складокъ, выводныхъ протоковъ железъ, вдавленій и т. п. (см. рис. 28—32), очистка ея представляется чрезвычайно



затруднительной, и, какъ это показали рядъ обстоятельныхъ изслѣдованій, достигнуть полной и совершенной дезинфекціи и идеальной очистки ея не представляется возможнымъ. Даже если намъ и удастся вполне очистить ее снаружи, мы не можемъ быть гарантированы, чтобы эта очистка была продолжительна, такъ какъ на поверхности кожи, черезъ болѣе или менѣе короткое

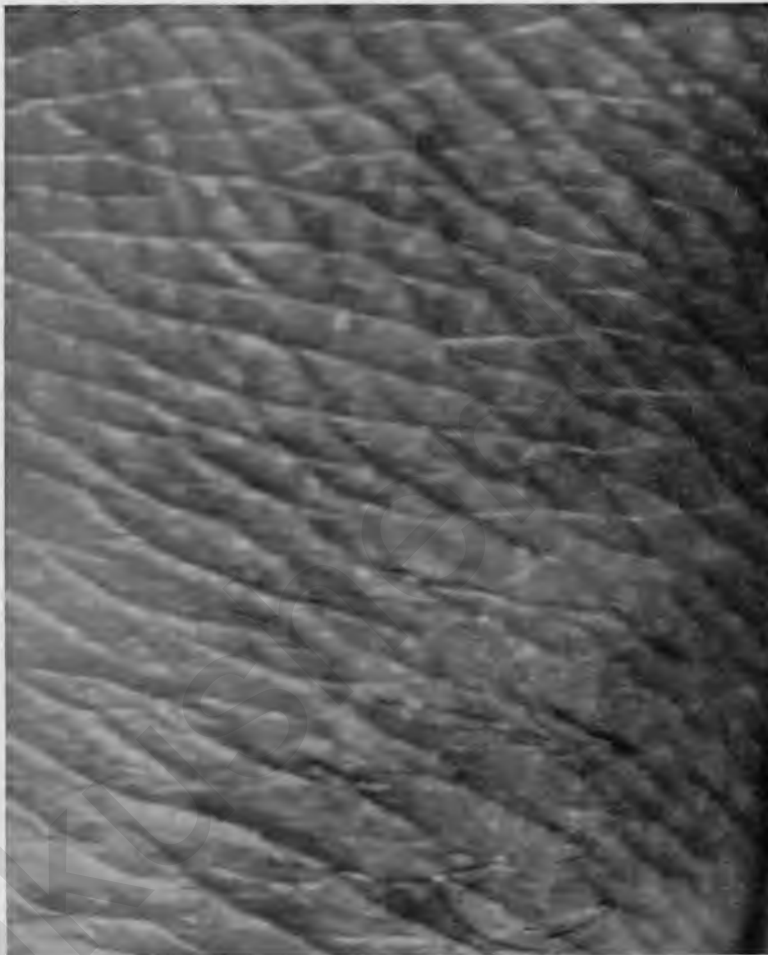


Рис. 31. Складки кожи при увеличеніи подъ лупою. Тильная поверхность 1 фаланги указательнаго пальца. Увеличеніе 10 разъ.

время, появляются микроорганизмы, выносимые изъ глубины отдѣляемымъ кожныхъ железъ, бывшіе глубоко выдренными подъ слоями эпидермиса и т. п., а также на руки осѣдаетъ изъ воздуха пыль и взвѣшенныя въ немъ бактеріи. Такимъ образомъ всѣ методы, предложенныя для дезинфекціи рукъ, имѣютъ лишь относительное значеніе. Многократныя изслѣдованія, предпринимавшіяся

въ разное время въ нашей клиникѣ, заставляють насъ и по сіе время держаться предписаній Fürbringer'a, какъ это изложено въ «правилахъ». Признавая этотъ способъ очистки и дезинфекціи рукъ наиболѣе пригоднымъ въ ряду другихъ предложеній, нужно однако замѣтить, что примѣненіе его несомнѣнно требуетъ нѣкотораго навыка и педантизма, причемъ при мытьѣ слѣдуетъ соблюдать извѣстную послѣдовательность и систему, дабы не осталось ни одного участка на кисти или предплечіи, который не подвергся бы *тщательной* механической очисткѣ щеткой



Рис. 32. Бактеріи въ железахъ кожи (бактеріи въ волосяномъ мѣшечкѣ, вокругъ корня волоса и въ сальной железѣ). (Haegler).

во время мытья ею. Упрекъ, который можно сдѣлать указанному способу дезинфекціи рукъ, особенно если приходится очень часто оперировать, это то, что отъ него страдаетъ кожа рукъ и, насколько я могъ замѣтить, не отъ механической ея очистки, а несравненно больше отъ примѣненія спирта. Кромѣ самой кожи страдаютъ и ногти, дѣлаясь отъ спирта хрупкими и легко трескаясь. Обеззаразивъ по выше указанному способу руки, слѣдуетъ заботиться, чтобы въ теченіе всей операціи поддержать ихъ чистоту. Для этого нужно строго слѣдить за каждымъ своимъ движеніемъ, чтобы не прикоснуться до чего-либо не дезинфицированнаго и, если бы это случилось, то немедленно подвергнуть ихъ новой дезинфекціи. Вообще слѣдуетъ, даже помимо этого, во время хода операціи, время отъ времени споласкивать руки растворомъ (1 : 2000) сулемы или 0,7% стерилизованнымъ растворомъ

NaCl, влитыхъ въ тазы, спеціально съ этою цѣлью помѣщаемые рядомъ съ операторомъ и его помощникомъ; такимъ образомъ смываются тѣ микроорганизмы, которые во время операціи всегда попадаютъ тѣмъ или инымъ путемъ на поверхность рукъ (Sarvey). Послѣдніе годы я видоизмѣнилъ способъ Fürbringer'a лишь въ томъ отношеніи, что мытье производится не одной, а послѣдовательно двумя щетками, такъ какъ первая щетка, соприкасаясь при началѣ мытья съ поверхностными, загрязненными слоями кожи, сама скоро загрязняется. Бактеріологическія изслѣдованія, предпринятая для выясненія этого вопроса, вполне подтвердили приведенное обстоятельство. Я употребляю щетки (рис. 33), сдѣланныя исключительно изъ щетины и къ тому же хорошаго качества, что придаетъ щеткѣ необходимую жесткость. Въ противоположность высказываемымъ за послѣднее время взглядамъ, что предпочтительны щетки болѣе мягкія, такъ какъ онѣ менѣе травмируютъ кожу, я считаю, что для обстоятельной механической очистки безусловно необходима достаточно твердая щетка, такъ какъ мягкой щеткой недостаточно энергично снимаются поверхностные слои эпидермиса, а слѣдовательно чистка рукъ происходитъ не столь основательная. Тоже слѣдуетъ сказать и объ употребленіи взаимныхъ щетокъ люфы и т. п. суррогатовъ.



Рис. 33. Щетка (изъ твердой щетины) для мытья рукъ.

Очистка рукъ Schleich'овскимъ мыломъ, содержащимъ мельчайшій неорганическій порошокъ, на подобіе такъ наз. несочнаго мыла, хотя, конечно, и содѣйствуетъ механической очисткѣ рукъ, но отнюдь не можетъ замѣнить систематическаго мытья ихъ щетками. Пораненія своихъ рукъ подобной жесткой щеткой я никогда не наблюдалъ. Во всякомъ случаѣ хирургъ долженъ беречь свои руки и, при малѣйшемъ ихъ пораненіи, трещинахъ и т. под., примѣнять соответственныя мѣры ухода за руками. Въ виду несовершенства очистки рукъ обычнымъ способомъ, являлось бы крайне цѣлесообразнымъ смазываніе ихъ t-га jodі, какъ это съ успѣхомъ примѣняется для дезинфекціи общихъ покрововъ больныхъ передъ операціей. Въ исключительныхъ случаяхъ этотъ методъ нами примѣняется, но не можетъ быть рекомендованъ для систематическаго проведенія, такъ какъ руки оператора не выдерживаютъ частыхъ смазываній іодной пастойкой. Такъ какъ руки моются и дезинфируются передъ самой операціей, и операторъ непосредственно послѣ этого приступаетъ къ дѣлу, то нѣтъ никакой надобности руки вытирать полотенцемъ. Въ томъ же случаѣ, если происходитъ промедленіе, необходимо послѣ дезинфекціи руки завернуть стерилизованнымъ полотенцемъ, чтобы ихъ защитить отъ загрязненія (осѣдающая пыль и пр.).

Примѣне-  
ніе перча-  
токъ.

Несовершенство методовъ очистки (мытья) рукъ и, слѣдовательно, отсутствіе полной гарантіи, при невозможности удалить всѣ микроорганизмы, въ ихъ асептичности, побудило нѣкоторыхъ авторовъ (Mikulicz, Döderlein) предложить одѣвать, во время производства операціи, нитяныя или резиновые перчатки, которыя, будучи передъ операціей тщательно стерилизованы, должны защищать раненую поверхность отъ непосредственнаго соприкосновенія съ руками оператора, а, слѣдовательно, и отъ возможной этимъ путемъ инфекции. Хотя противъ этого предложенія, по существу идеи, положенной въ его основаніе, и ничего нельзя возразить (нитяныя перчатки и въ этомъ отношеніи не выдерживаютъ критики), тѣмъ не менѣе практическое значеніе этого предложенія, по моему мнѣнію, очень условно, такъ какъ приписываемое перчаткамъ благоприятное вліяніе врядъ ли окупается тѣми невыгодами, которыя связаны съ ихъ примѣненіемъ. Оставляя въ сторонѣ относительную дороговизну резиновыхъ перчатокъ, особенно при необходимости всегда имѣть значительный ихъ запасъ, легкую ихъ разрываемость и порчу при стерилизаціи, нельзя не отмѣтить, что при работѣ въ перчаткахъ всегда, въ извѣстной степени, *страдаетъ осязаніе*, что, помимо прямого неудобства, ведетъ къ нерѣдкому нарушенію цѣлости, во время операціи, самой перчатки, иглами и инструментами; а это, въ свою очередь, требуетъ, во время хода операціи, затрачивать время на смѣну перчатки, не всегда хорошо и легко одѣвающейся, благодаря не вполне устранимой клейкости резины. Такія нарушенія цѣлости перчатки могутъ быть и незамѣченными и въ такомъ случаѣ они даютъ возможность попаданію въ рану такъ называемаго подперчаточнаго сока. Послѣдній, состоящій изъ кожныхъ выдѣленій, не смываемыхъ путемъ орошенія, является благодаря содержанію микроорганизмовъ, далеко не безопаснымъ для раны. Желая провѣрить восторженные отзывы нѣкоторыхъ авторовъ о практическихъ преимуществахъ при употребленіи перчатокъ, я, въ видѣ опыта, рѣшилъ въ теченіе одного семестра всѣ безъ исключенія акушерскіе случаи въ Клиническомъ Повивальномъ Институтѣ провести въ перчаткахъ для того, чтобы убѣдиться во вліяніи этого приѣма на достигаемые результаты. Сдѣланные нами наблюденія (409 случаевъ) не только не показали какого либо болѣе или менѣе значительнаго улучшенія въ заболѣваніи нашихъ роженицъ и родильницъ, но, какъ это было сообщено А. А. Сидинскимъ <sup>1)</sup> въ описаніи сдѣланнаго нами клиническаго опыта, систематическое примѣненіе перчатокъ вовсе не обнаружило какой либо замѣтной переменны на клиническомъ теченіи нашего матеріала. Хотя я вполне допускаю, что приведенныхъ наблюденій недостаточно, чтобы окончательно рѣшить вопросъ, не смотря даже на возможную тщательность проведенія этихъ наблюденій, тѣмъ не менѣе, съ практической точки зрѣнія, я прихожу къ выводу, что, по крайней мѣрѣ при настоящемъ положеніи дѣла, надо считать, что неудобства и отрицательныя стороны въ при-

<sup>1)</sup> Журн. акуш. и жен. бол., 1903 г. Т. XVII, стр. 352.

мѣненіи во время операций перчатокъ не покрываются тѣми проблематичными выгодами, которыя усматриваются ихъ приверженцами, и что тщательное мытье и дезинфекція рукъ по тому способу, который примѣняется въ нашей клиникѣ, въ практической жизни съ успѣхомъ можетъ быть противопоставлено работѣ въ перчаткахъ.

Въ виду всего вышеизложеннаго, я во всѣхъ такъ наз. чистыхъ случаяхъ оперирую безъ перчатокъ; прибѣгаю же къ перчаткамъ лишь тогда, когда приходится работать въ завѣдомо септическихъ условіяхъ въ расчетѣ—сохранить возможную чистоту собственныхъ рукъ въ интересахъ остальныхъ своихъ больныхъ. Къ тому же смыть за-разное вещество съ перчатокъ легче, чѣмъ съ рукъ оператора. Въ виду тѣхъ же соображеній, при всякомъ вообще изслѣдованіи черезъ прямую кишку, слѣдуетъ предварительно одѣвать на вводимый палецъ спеціально для того изготовляемые колпачки изъ тонкой резиновой ткани (рис. 34).

Кончая на этомъ съ вопросомъ о дезинфекціи рукъ, я не могу еще разъ не отмѣтить важнаго значенія этого вопроса въ оперативной дѣятельности всякаго гинеколога, который, поэтому, нрежде чѣмъ приступить къ оперативной дѣятельности, долженъ хорошо себѣ усвоить не только принципъ, но самую технику приготовленія своихъ рукъ къ операци. Производство провѣрочныхъ бактериологическихъ изслѣдованій поверхности рукъ, ногтевыхъ складокъ и проч. въ этихъ случаяхъ очень рекомендуется.

Такъ какъ операторъ не только непосредственнымъ прикосновеніемъ можетъ дать поводъ къ инфекціи больныхъ, но, помимо этого, также могутъ оказать вредное вліяніе частицы слюны, попадающія на рану при разговорѣ, кашлѣ и проч., перхоть и волосы съ головы и бороды, чешуйки эпидермиса и т. под.,—то и въ этомъ отношеніи также необходимо предпринимать предупредительныя мѣры, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ оператору, какъ напр. при чревосѣченіяхъ, приходится наклоняться надъ открытой брюшной полостью. Въ подобныхъ случаяхъ, въ видѣ предупреждающей мѣры, предложено на голову оператора и ассистентовъ одѣвать колпачки, имѣющіе отверстіе только для носа и глазъ; наркотизатора (вмѣстѣ съ



Рис. 34. Резиновые колпачки для пальцевъ.

больной) съ головой прикрывать простыней и т. п. <sup>1)</sup>). Не отрицая вѣрности идеи, руководящей авторами, рекомендующими подобныя мѣры, я не могу не отмѣтить въ этомъ отношеніи нѣкотораго увлеченія, которое не безразлично, такъ какъ вносить въ операционную обстановку много стѣснительнаго и къ тому же не всегда достаточно обоснованнаго: движенія персонала не свободны, рѣчь при завязанномъ ртѣ не явственна, что особенно важно въ дѣлѣ преподаванія; будучи покрытъ простыней вмѣстѣ съ больной, наркотизаторъ задыхается отъ недостатка воздуха, не видитъ хода операціи и т. под.; да и кромѣ того, всѣ эти приспособленія крайне примитивны и поэтому во многомъ совершенно не достигаютъ цѣли.

Въ нашей дѣятельности для устраненія указанныхъ вредныхъ вліяній мы стараемся возможно меньше обнажать раневую поверхность, прикрываемъ ее при чревосѣченіи или періодически орошаемъ при пластикахъ, чтобы смывать пыль, осаждающуюся изъ воздуха; по отношенію же къ персоналу ограничиваемся лишь тѣмъ, что вся волосистая часть головы обвязывается кускомъ влажной марли, а остальная часть лица, шея, борода и усы непосредственно передъ операціей вытираются и увлажняются полотенцемъ, слегка смоченнымъ слабымъ растворомъ сулемы. Въ виду несовершенства этихъ мѣръ, приходится особенно строго слѣдить за тѣмъ, чтобы безъ нужды близко не наклоняться надъ раной, возможно меньше говорить, не кашлять и т. п.

#### ПРИГОТОВЛЕНІЕ БОЛЬНОЙ.

Приготовленіе больной играетъ не менѣе существенную роль для соблюденія асептики; поэтому дезинфекція тѣла, особенно въ области операционнаго поля, должна быть возможно тщательной.

Очистка об-  
шихъ по-  
крововъ въ  
области опе-  
раціоннаго  
поля.

Очистка въ области операционнаго поля общихъ покрововъ больной совершается, строго придерживаясь той же послѣдовательности, какъ при мытьѣ рукъ врачебнаго персонала: то же систематическое мытье жесткими щетками и мыломъ, обильное вытираніе спиртомъ и, наконецъ, растворомъ сулемы (1 : 2000). Такое мытье происходитъ послѣ предварительнаго (наканунѣ операціи) удаленія бритвой всѣхъ волосъ, не только въ области смежной съ операционнымъ полемъ, но и на значительномъ отъ него отдаленіи; кромѣ того, въ случаяхъ наиболѣе отвѣтственныхъ, какъ напр. при чревосѣченіяхъ, съ цѣлью удалить щеткой возможно больше эпидермиса, накануне операціи больной кладется на ночь согрѣвающей компрессъ, чтобы подвергнуть эпидермисъ предварительно мацерации. Во избѣжаніе же усиленнаго развитія въ теплой и влажной средѣ, подъ компрессомъ, колоній микроорганизмовъ, компрессъ смачивается слабымъ карболовымъ растворомъ. Подобно тому, какъ и при мытьѣ рукъ, слѣдуетъ обращать особое вниманіе на всякія неровности

<sup>1)</sup> Какъ это изображено въ руководствѣ Döderlein'a и Krönig'a на стр. 22-ой II-го изданія 1907 г.

кожи, на область пупка, на складки кожи наружных половых органов и т. п., специально вычищая и дезинфицируя эти части. Втянутую часть пупка мы обыкновенно выворачиваемъ, захватывая пулевыми щипцами, и затѣмъ моемъ щетками и дезинфицируемъ, какъ вообще всѣ общіе покровы, ватой, намотанной на зонды Playfair'a и смоченной спиртомъ, а затѣмъ сулемой. Въ виду того, что всѣ эти манипуляціи болѣзненны, особенно если ихъ продѣлывать энергично (что необходимо для достиженія результатовъ), мы обыкновенно моемъ и дезинфицируемъ больную подъ наркозомъ непосредственно передъ операціей, когда она уже перенесена въ операціонную. Этому послѣднему мытью больной «на чисто» предшествуетъ обыкновенно предварительная очистка ея тѣла еще до перевода больной въ операціонную въ той степени, поскольку больная это переноситъ, чѣмъ сокращается продолжительность послѣдующаго наркоза. Система при мытьѣ и дезинфекціи должна быть соблюдаема такая же строгая, какъ и при дезинфекціи рукъ оператора,—ни одного участка не должно остаться не протертымъ щеткой, для чего надо взять за правило всегда вести мытье въ опредѣленномъ порядкѣ, что продѣлывается послѣдовательно сперва одной щеткой, а затѣмъ второй, которая замѣняетъ первую, успѣвшую загрязниться. Хотя такимъ образомъ существенной разницы съ мытьемъ рукъ не существуетъ, но тѣмъ не менѣе, въ виду нѣжности кожи, особенно на наружныхъ половых органахъ, механическая очистка представляется болѣе трудной и менѣе совершенной.

Цѣннымъ приобрѣтеніемъ въ дѣлѣ дезинфекціи главнымъ образомъ общихъ покрововъ нужно считать предложеніе Филончикова (1904 г.) и Grossich'a (1908 г.), смазывать кожу іодной настойкой. Нѣкоторые авторы ограничиваются однимъ лишь этимъ приѣмомъ даже безъ всякой предварительной дезинфекціи; однако цѣлый рядъ бактериологическихъ изслѣдованій, предпринятыхъ у меня въ клиникѣ (Бубличенко), съ очевидностью доказалъ, что употребленіе смазыванія t-ra jodі послѣ предварительной дезинфекціи кожи по вышеописанному способу даетъ еще лучшіе результаты, чѣмъ одно только смазываніе. Поэтому послѣдніе годы, по крайней мѣрѣ при всѣхъ чревосѣченіяхъ, употребленіе t-ra jodі мы считаемъ обязательнымъ. При влагалищныхъ операціяхъ также весьма цѣлесообразнымъ слѣдуетъ признать смазываніе іодной настойкой наружныхъ половых частей, такъ какъ очистить послѣднія хорошо, благодаря массѣ складокъ, еще труднѣе, чѣмъ брюшную стѣнку. Нужно имѣть въ виду, что смазываніе наружныхъ половых органовъ іодной настойкой въ отдѣльныхъ случаяхъ вызываетъ быстро проходящую эритему. Предложеніе Döderlein'a послѣ дезинфекціи смазывать кожу гауданиномъ съ практической точки зрѣнія стоитъ много ниже t-ra jodі, и примѣненіе его, въ виду сложности, на практикѣ не привилось. Послѣдовательное орошеніе указаннымъ выше способомъ дезинфицированныхъ частей слабымъ дезинфекціоннымъ растворомъ, на основаніи вышеприведеннаго, здѣсь также умѣстно, во время самой операціи, какъ и періодическое обмываніе раньше уже дезинфицированныхъ рукъ. По окончаніи дезин-

Дезинфекція іодомъ.

фекции, смежные съ операционнымъ полемъ участки тѣла слѣдуетъ по возможности прикрывать, чѣмъ не только въ извѣстной степени предотвращается возможность загрязненія дезинфицированного отдѣла, но, кромѣ того, прикрытая больная меньше теряетъ тепла. При операціяхъ на брюшныхъ стѣнкахъ мы обкладываемъ больную согрѣтыми сухими стерилизованными полотенцами, поверхъ которыхъ помѣщается



Рис. 35. Пришитый «передникъ» для защиты операционнаго поля отъ кишечныхъ выдѣленій при влагалищныхъ манипуляціяхъ.

другой слой смоченныхъ въ растворѣ сулемы и отжатыхъ полотенецъ, дабы фиксировать прилегающія къ тѣлу сухія.

При влагалищномъ методѣ, чтобы по возможности защитить дезинфицированныя части отъ загрязненія, въ виду близости заднепроходнаго отверстія, мы обыкновенно пришиваемъ къ промежности, тремя стяжками, сложенную въ нѣсколько разъ марлю, величиной около 15—20 квад. сант., которая, будучи прикрѣплена въ верхней своей части и смочена растворомъ сулемы, виситъ въ видѣ передника, прикрывая anus, и оберегаетъ насъ отъ случайныхъ загрязненій (рис. 35). Последнее время мы кладемъ между слоями марли прослойку изъ вощеной бумаги



или протектива, что имѣть особенно значеніе, если во время операціи произойдетъ дефекація.

Такъ какъ, особенно за послѣдніе годы, все болѣе и болѣе получаетъ распространеніе такъ наз. влагалищное чревосѣченіе, то обстоятельное знакомство съ флорой внутреннихъ половыхъ органовъ женщины, а равно и способами обеззараживанія ихъ, представляетъ существенный практическій интересъ.

Дезинфекція влагалища.

Такъ наз. слизистая оболочка влагалища, содержащая разнообразнѣйшіе микробы во всѣхъ стадіяхъ половой жизни женщинъ, хотя и представляетъ множество складокъ, но тѣмъ не менѣе (въ виду между прочимъ отсутствія железъ), при энергичной очисткѣ, можетъ быть хорошо освобождена отъ гнѣздящихся въ ней микроорганизмовъ, какъ это показали сдѣланныя у насъ въ клиникѣ изслѣдованія (Оттъ, Строгановъ, Якобсонъ, Бубличенко, Поволоцкая и др.). Для того, чтобы дезинфицировать влагалище и приготовить его къ операціи, соблюдается принципъ, обычный для дезинфекціи наружныхъ частей тѣла: сперва механическая очистка, а затѣмъ химическая—дезинфицирующими жидкостями. Изъ приложенныхъ «правиль» (стр. 43) видно, что для полученія свободнаго отъ микроорганизмовъ влагалища слѣдуетъ энергично, въ теченіе 5—6 минутъ, тереть его стѣнки, введя для этого во влагалище два пальца или поль-руки, обильно покрытые мыльной пѣной <sup>1)</sup>, и дѣлая энергичныя вращательныя движенія попеременно то правой, то лѣвой рукой (правой рукой лучше моется правая стѣнка влагалища, лѣвой—лѣвая). Затѣмъ, не прекращая указанныхъ трущія движенія, мыло, а вмѣстѣ и отдѣлившійся многослойный эпителий, мы тщательно смываемъ растворомъ сулемы 1 : 2000. Подобный способъ обеззараживанія влагалища, какъ я сказалъ, даетъ вполне надежные результаты и, если подготовленное указаннымъ способомъ влагалище затампонировать и тѣмъ уберечь отъ послѣдовательнаго загрязненія извнѣ, то удастся послѣдовательно сохранить его асептическое состояніе иногда на нѣсколько часовъ; повторныя (черезъ 1—2 часа) орошенія растворомъ сулемы 1 : 2000, еще болѣе гарантируютъ намъ сохраненіе достигнутаго состоянія. Контрольныя

<sup>1)</sup> Для механической очистки влагалища я пользуюсь обыкновеннымъ (такъ наз. кокосовымъ) мыломъ, имѣющимъ удобную для употребленія форму небольшихъ брусковъ. Многократныя бактериологическія изслѣдованія (М. А. Докучаевская) показали, что такое мыло не содержитъ микроорганизмовъ и слѣдовательно вполне пригодно для хирургическихъ цѣлей, стоитъ только смыть поверхностный его слой, какъ это дѣлается и безъ того при каждомъ мытьѣ. Въ виду сказаннаго, всякія сложныя приспособленія, напр., чтобы растворъ жидкаго мыла, предварительно стерилизованнаго, изливался опредѣленными порціями, когда это понадобится, безъ непосредственнаго прикосновенія къ нему руками и т. п.—являются по меньшей мѣрѣ излишними, такъ какъ опытъ показалъ, что подобныя «стерилизованныя» растворы жидкаго мыла, ввиду несовершенства устройствъ, по истеченіи уже короткаго времени оказываются совершенно несостоятельными, благодаря развитію массы микроорганизмовъ. Не проще ли поэтому не осложнять нашу обстановку бесполезными ухищреніями, тѣмъ болѣе, что обыкновенное мыло, употребляемое въ обыденной жизни, оказывается вполне пригоднымъ.

бактеріологическія изслѣдованія (Поволоцкая) показали, что указаннымъ способомъ полная стерильность влагалища достигается приблизительно въ 95%. Смазываніе влагалища *t-ra jodi officinalis*, судя по изслѣдованіямъ Е. И. Поволоцкой, повидимому даетъ 100% стерильности. Аналогичные результаты получены и для полости шейки, а также и матки. На основываніи результатовъ, полученныхъ отъ предложенія Филончикова и Grossich'a при дезинфекціи кожи, мною сдѣлано предложеніе употреблять *t-ra jodi* и для слизистыхъ оболочекъ родового канала.

Дезинфек-  
ція матки.

Полость тѣла матки, при нормальныхъ обстоятельствахъ, обычно микроорганизмовъ не содержитъ, въ цервикальномъ же каналѣ ихъ нахожденіе не постоянно и наблюдается приблизительно въ половинѣ всѣхъ случаевъ (Строгановъ). Освобожденіе этихъ отдѣловъ отъ микроорганизмовъ достигается въ большинствѣ случаевъ



Рис. 36. Зондъ Playfair'a ( $\frac{1}{10}$  нат. величины; конецъ зонда и изображеніе поперечнаго сѣченія ручки—въ натур. величину).

довольно легко. Мы для этой цѣли пользуемся обыкновенно зондами Playfair'a (рис. 36), обернутыми ватой и смоченными въ сулемѣ, и энергично протираемъ ими (6—8 разъ) полость шейки. По изслѣдованіямъ Е. Поволоцкой оказалось, что въ 97% всѣхъ безъ исключенія случаевъ этотъ приемъ даетъ возможность достигнуть полной стерильности. Другіе приемы, какъ то: примѣненіе текучаго пара (Снегиревъ), прижиганіе каленымъ желѣзомъ и тому подобныя героическія средства, хотя и позволяютъ рассчитывать на ихъ бактерицидное дѣйствіе, но, въ виду ихъ глубокаго разрушающаго вліянія на ткани, примѣнимы лишь въ исключительныхъ случаяхъ.

## **ОБЩІЯ ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЯ МѢРОПРІЯТІЯ, НЕОБХОДИМЫЯ ПРИ ОПЕРАЦІЯХЪ.**

Въ предшествующей главѣ я коснулся приготовленія больной въ смыслѣ ея дезинфекціи, выдѣливъ эти мѣропріятія изъ числа остальныхъ подготовительныхъ мѣръ въ виду ихъ существеннаго значенія, а также для того, чтобы рельефнѣе и въ цѣломъ провести примѣненіе принциповъ антисептики; теперь же коснусь другихъ сторонъ подготовки больной къ операціи, выбора наилучшаго для операціи времени, мѣста и пр.

### **ВЫБОРЪ ВРЕМЕНИ ОПЕРАЦІИ.**

#### **Общія соображенія.**

Если нѣтъ неотложныхъ жизненныхъ показаній для немедленнаго оперативнаго вмѣшательства, то на нашей обязанности лежитъ производство операціи отнестись на такое время, которое, по совокупности всѣхъ обстоятельствъ, будетъ признано наиболѣе благопріятнымъ для хорошаго исхода операціи, причемъ (помимо вопросовъ чисто житейскаго характера, съ которыми обыкновенно приходится считаться) рѣшающее значеніе должно принадлежать какъ свойству самаго болѣзненнаго процесса, ради котораго предпринимается оперативное леченіе, такъ равно и общихъ измѣненій въ организмѣ, въ связи съ физиологическими его отправлениями. И въ этомъ случаѣ стремленіе по возможности сохранить силы больной, дабы она, такъ сказать, во всеоружіи могла противостоятъ предстоящему оперативному вмѣшательству, всегда должны быть нашей главной заботой, въ виду чего съ одной стороны должны быть заблаговременно устранены всѣ тѣ факторы, которые оказываютъ вредное вліяніе на организмъ, а съ другой стороны необходимо примѣнить все, что только возможно, чтобы *укрѣпить* больную, въ широкомъ смыслѣ этого слова. Улучшеніе гигиеническихъ условій и вообще всего того, что принято называть «діэтетикой», должно стоять на первомъ планѣ; лекарственное леченіе всегда требуетъ особыхъ, специально мотивированныхъ условій для своего примѣненія. Для указанной цѣли обыкновенно представляется выгоднымъ заблаговременно помѣстить больную въ лечебныя учрежденія, задача которыхъ, насколько возможно приближаясь къ идеалу гигиенической обста-

новки (обстоятельство, которое, къ сожалѣнію, публикой и до сихъ поръ еще не оцѣнено въ достаточной мѣрѣ), дать возможность больнымъ окрѣпнуть и подготовиться къ предстоящей операціи. Не послѣднее значеніе для больныхъ составляетъ возможность привыкнуть къ обстановкѣ и, такъ сказать, акклиматизироваться.

Чрезвычайно важно, въ мѣрахъ общаго укрѣпленія больныхъ, всегда внимательно слѣдить за тѣмъ, чтобы не потерять понапрасно время въ ущербъ для пациентокъ; эти мѣры хороши лишь до тѣхъ поръ, пока есть увѣренность, что онѣ даютъ возможность организму избыточно покрывать тотъ минусъ, который внести въ общую экономію тѣла самый болѣзненный процессъ, и какъ только мы убѣждаемся въ обратномъ, всякое дальнѣйшее промедленіе уже является недопустимымъ. Не могу не отмѣтить, что въ этомъ отношеніи врачи, къ сожалѣнію, часто грѣшатъ, недостаточно объективно относясь къ проявленію болѣзненного процесса и слишкомъ много надѣясь на общее «леченіе»; въ результатѣ—«запущенные» случаи, а иногда и полная невозможность возстановить здоровье больной. Всякое выжиданіе должно быть такъ же строго мотивировано, какъ и само «показаніе» къ операціи.

#### Значеніе менструальнаго періода и беременности при выборѣ времени для операціи.

Физиологическія состоянія, какъ *беременность* и *менструальный процессъ*, несомнѣнно также должны быть взяты въ расчетъ при выборѣ наиболѣе подходящаго времени для операціи. Въ этомъ отношеніи, можно сказать, до сихъ поръ въ литературѣ существуетъ очень мало указаній, а въ практической жизни преобладаетъ рутинное отношеніе къ дѣлу, въ силу котораго производство операцій между двумя менструальными періодами признается обыкновенно наиболѣе выгоднымъ временемъ. Несомнѣнно подобный взглядъ есть результатъ съ одной стороны недостаточнаго нашего знакомства съ сущностью и всѣми проявленіями тѣхъ многочисленныхъ физиологическихъ процессовъ, которымъ подчиняется женскій организмъ и которые составляютъ отличительную особенность женщины, а съ другой— непонятное игнорированіе того, что въ этомъ отношеніи уже извѣстно наукѣ.

Общая явленія организма въ связи съ менструацией.

Исслѣдованія цѣлага ряда авторовъ и наши собственныя (изложенныя въ диссертациі-монографіи С. С. Жихарева <sup>1)</sup>), даютъ основаніе утверждать, что *всѣ* физиологическіе процессы, происходящіе въ женскомъ организмѣ въ періодъ его дѣтороднаго возраста, отличаются отъ подобныхъ процессовъ у мужчины тѣмъ, что обладаютъ способностью слѣдовать, по интенсивности своего проявленія, вполнѣ опредѣленнымъ ритмическимъ колебаніямъ, изъ коихъ величина каждаго такого колебанія обнимаетъ срокъ времени, равный

<sup>1)</sup> Журн. акушерства и женск. бол., Т. X, стр. 927, 1895 г.

лунному мѣсяцу. Такъ какъ, будучи изображена графически, степень интенсивности всѣхъ физиологическихъ процессовъ выражается въ видѣ правильной волнообразной линіи, соответственно всякому менструальному періоду, то, въ докладѣ моемъ гинекологической секціи X-го Международнаго Конгресса, я и предложилъ это назвать «Закономъ періодичности физиологическихъ отправленій женскаго организма»<sup>1)</sup>. Для наглядности я привожу діаграмму, изъ которой видно, что наибольшаго напряженія всѣ физиологическіе процессы достигаютъ въ срокъ, непосредственно предшествующій менструаціи, обозначенной на діаграммѣ буквами *m*—*n*, и иногда, впрочемъ, совпадающій

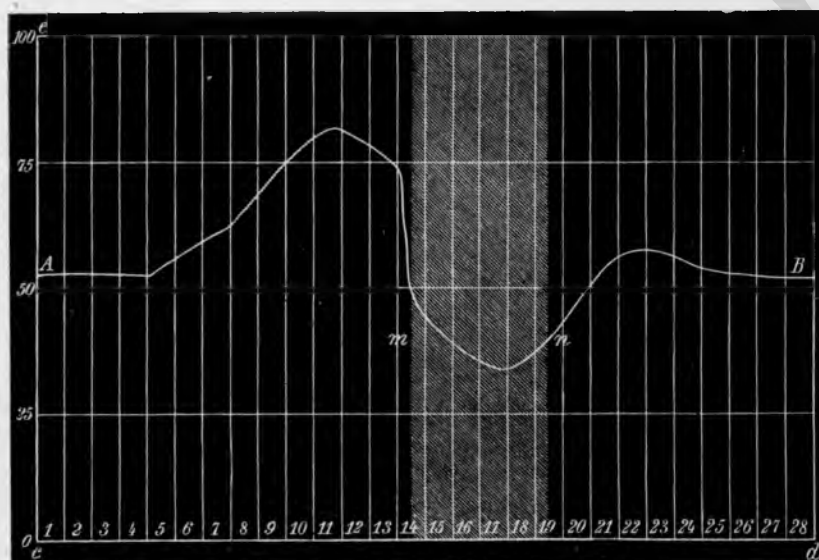


Рис. 37. Графическое изображеніе менструальной волны (*m*—*n*—періодъ менструальнаго кровотеченія).

и съ началомъ ея; во время же менструаціи наблюдается нѣкоторое паденіе въ степени напряженія *всѣхъ отправленій* организма (рис. 37).

Приведенныя изслѣдованія намъ даютъ такимъ образомъ возможность опредѣлить, въ какое время наблюдается у женщины наибольшее кровяное давленіе, когда ея нервная система обладаетъ большею проводимостью и легче возбуждается и тому подобныя обстоятельства, которые отражаются на способности противодѣйствія организма вреднымъ вліяніямъ и, слѣдовательно, не безразличны и для выбора времени операціи. Слѣдуетъ также указать, что содержаніе микроорганизмовъ въ родовыхъ путяхъ не всегда одинаковое, и менструація, подобно родовому акту, въ этомъ отношеніи оказываетъ извѣстное вліяніе. Изслѣдованія, предпринятыя

Зависимость влагалитной флоры отъ менструаціи.

<sup>1)</sup> Gesetz der Periodicität der physiologischen Functionen im weiblichen Organismus. Verhandlungen des X. internat. Kongress zu Berlin.—Beilage zum Centralbl. f. Gynäk., 1890, S. 31.

мною еще въ 1885 г. и доложенныя на 2-мъ Сѣздѣ Общества Русскихъ Врачей въ память Пирогова, показали, что въ первые дни послѣ нормальныхъ родовъ не только полость матки и шейка, но иногда и верхняя треть влагалища вовсе микроорганизмовъ не содержатъ. В. В. Строгановъ отмѣчаетъ, что менструальное кровоотдѣленіе также ведетъ къ удаленію микроорганизмовъ изъ полости матки и ея шейки. Если при срочномъ родовомъ процессѣ очищеніе родового канала отъ микроорганизмовъ въ значительной степени можно отнести на механическія условія, то при менструальномъ этотъ факторъ недостаточенъ, и, вѣроятно, очищенію отъ микробовъ содѣйствуетъ свойство выдѣляемой крови. Во всякомъ случаѣ мы имѣемъ право смотрѣть въ этомъ отношеніи на менструальную кровопотерю какъ на «мѣсячное очищеніе», могущее служить подспорьемъ съ тою же цѣлью предпринимаемымъ искусственнымъ мѣропріятіямъ.

Значеніе потери крови.

Кромѣ приведенныхъ—въ общемъ еще недостаточно разработанныхъ научныхъ данныхъ, есть обстоятельства, проявляющіяся настолько реально, какъ, напр., очень обильныя и вслѣдствіе этого истощающія мѣсячныя кровопотери, что въ случаяхъ, положимъ, удаленія отдѣльныхъ фиброзныхъ узловъ или всей матки наиболѣе выгоднымъ временемъ для операціи слѣдуетъ считать время непосредственно передъ менструаціей или первый день ея появленія, въ расчетѣ сохранить больной, такимъ образомъ, какъ можно болѣе крови.

Роль менструальной гипереміи при операціонныхъ раненіяхъ.

Менструальная гиперемія не можетъ не вліять на болѣе быстрый мѣстный обмѣнъ, а слѣдовательно и на быстроту заживленія соединяемыхъ тканей и т. п. Напротивъ того, при излишней (воспалительной) гипереміи наиболѣе выгодно выбирать время послѣ мѣсячныхъ; одинаково, если имѣется основаніе опасаться, что сами мѣсячныя выдѣленія, какъ таковыя, могутъ вредно отразиться на послѣоперационномъ заживленіи, будетъ рациональнѣе избѣгать для операціи этого времени. Вообще по этому поводу, съ чисто практической стороны, можно и должно имѣть въ виду всевозможныя соображенія и комбинаціи, примѣнительно къ особенностямъ каждаго отдѣльнаго случая; перечислять ихъ въ общей части этой книги нѣтъ основанія:—я считаю лишь необходимымъ отмѣтить, что въ выборѣ времени для операціи, въ отношеніи менструаціи, мы должны руководствоваться не шаблонными предписаніями, а тѣми научными данными, которымъ насъ учатъ какъ физиологія, такъ равно и клиническія наблюденія; поэтому общераспространенное правило—отнюдь не оперировать во время мѣсячныхъ—можетъ быть принято далеко не для всѣхъ случаевъ.

Разныя стадіи *беременности, родовой и послѣдородовой періодъ*—также отнюдь не могутъ служить абсолютнымъ противопоказаніемъ для операціи, тѣмъ болѣе, что въ цѣломъ рядѣ случаевъ это состояніе является показаніемъ для неотложности оперативнаго вмѣшательства, какъ это изложено въ спеціальной части этой книги, при описаніи отдѣльныхъ оперативныхъ пріемовъ, направленныхъ къ устраненію различныхъ болѣзненныхъ процессовъ того или иного отдѣла полового аппарата женщины.

Излюбленным временем для операций считаются утренние часы, и не без некоторого основания, так как большая, подвергающаяся операции, за ночь имеет возможность хорошо отдохнуть, а пища, принятая накануне, хорошо переварится и быть выведенной испражнением. В виду же того, что наркоз удобней вести натощак, больной не приходится понапрасну голодать. Кроме того, дневной свет там, где нет целесообразно устроенного искусственного освещения, также содействует выбору для операции утренних часов. Не без некоторого основания указывают и на то, что, приступая к операции с раннего утра, участвующий персонал имеет меньше шансов инфицировать больную, так как еще не успел загрязниться во время предшествующей работы. Время года, как это полагали раньше, при соответственных приспособлениях влияния на исход операции не имеет.

Выбор  
времени дня  
для опера-  
ции.

#### ПРИГОТОВЛЕНИЕ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА.

Ничто не может быть столь неприятным во время операции, как плохое приготовление кишечника больной. Вздутие кишечника может, в исключительных случаях, сделать операцию даже невыполнимой, а испражнение больной во время хода операции—послужить источником загрязнения и заражения. То же следует сказать и про рвоту, мешающую, кроме того, спокойному ведению наркоза. Естественно поэтому требование, чтобы указанные неблагоприятные обстоятельства были предусмотрены и по возможности устранены. Это требование относится не только к большим и ответственным оперативным приемам, но и ко всякой даже небольшой операции, так как помимо конечного результата операции, на который влияют указанные недочеты, от появляющихся извержений *per os et rectum* нарушается порядок обстановки, операция осложняется, затягивается, отдельные моменты ее утрачивают в отчетливости и, в конце концов, и послеоперационный период может протекать с осложнениями. Приведенным вполне ясно определяется необходимость хорошо подготовить пищеварительный тракт и заблаговременно очистить его от содержимого, что всегда рекомендуется произвести наиболее бережными мерами, избегая всяких сильнодействующих средств, чтобы не оказать побочного вредного влияния на пищеварительные органы и сохранить за ними всю их способность противодействовать вредному влиянию, которому подвергается кишечник, особенно при операциях, сопровождающихся вскрытием брюшной полости. В виду этого шаблонное назначение *ol. ricini* или других сильных слабительных средств должно быть отвергнуто, и, если только время позволяет, мы всегда предпочитаем, назначая больным в течение нескольких дней небольшие дозы и не сильно действующие слабительные, таким бережным способом получить уверенность в отсутствии копростазы и устранить вздутие кишечных петель. В отдельных случаях, при хронических колитах и атонии кишечника, сверх слабительных назначаются промывательные водяные кли-

стиры, каковыя во всѣхъ случаяхъ обязательно ставятся утромъ въ день операціи. Если предшествующіе дни больную хорошо слабило, то одного тепловатаго (26—28° Р.) клистира въ 4—6 стакановъ совершенно достаточно для освобожденія кишечника отъ содержимаго. Для того, чтобы больная не задержала части воды отъ клистира, очень полезно послѣ испражненія влить въ кишку еще стакана 2—3 прохладной воды въ 15—12° Р. Низкая температура воды, вызывая усиленную перистальтику толстой кишки, даетъ импульсъ къ полному ея опорожненію. Лишь въ рѣдкихъ случаяхъ, и то когда нужно къ сроку очистить кишечникъ, мы назначаемъ *ol. ricini*, обычно же мы прописываемъ *ext. fl. cascarae sagradae*, отъ двухъ до трехъ разъ въ день по 20—40 капель на приемъ, или же *pulv. liquiritii comp. q. s.*, въ болѣе же упорныхъ случаяхъ—микстуру изъ отвара крушины и глауберовой соли по слѣдующей формулѣ:

*D-ti rhamni frangulae (ex 15,0) 180,0.*

*Natrii sulf. 20,0.*

*Aq. amygdal. amar. 2,0,*

назначая этой смѣси отъ 4 до 6 ложекъ въ день.

Къ другимъ слабительнымъ мы, обыкновенно, не прибѣгаемъ. Кромѣ того, накануне чревоотеченій, мы обычно назначаемъ больнымъ *bismutum salicylicum* или *salol* 0,3 *per pro die*, рассчитывая на противобродильное ихъ вліяніе, содѣйствующее уменьшенію вздутія кишечника. Полное воздержаніе не только отъ пищи, но и отъ питья въ день операціи доводитъ возможность рвоты во время операціи до минимума. Исключеніе изъ этого режима дѣлается лишь для очень ослабленныхъ больныхъ.

Утромъ, послѣ дѣйствія клистира, совершается мытье и дезинфекція больной въ перевязочной комнатѣ обязательно врачомъ по вышеописаннымъ правиламъ, на больную надѣвается стерилизованное бѣлье, и она переводится въ помещеніе, назначенное для наркоза, расположенное вблизи отъ операціонной. Непосредственно передъ операціей больная еще разъ систематически моется и дезинфицируется подъ наркозомъ.



## ОПЕРАЦИОННАЯ ОБСТАНОВКА.

### ПОМѢЩЕНІЕ ДЛЯ ПРОИЗВОДСТВА ОПЕРАЦІЙ.

Въ настоящее время наши взгляды на практическое примѣненіе принциповъ антисептики и асептики настолько измѣнились, а соотвѣтственные приемы настолько упростились, что всякую комнату, имѣющую достаточно свѣта и воздуха, можно, послѣ необходимой ея подготовки, признать пригодной для операционной; при этомъ, кромѣ обычной очистки помѣщенія, главнымъ образомъ должно позаботиться, чтобы въ воздухѣ не носилось пылевыхъ частицъ съ попадающимися на нихъ микроорганизмами. Съ этою цѣлью предварительное обтираніе потолка, стѣнъ и пола влажными полотенцами, смоченными лучше всего въ дезинфицирующемъ растворѣ (напр. въ сулемѣ 1 : 2000), представляется наиболѣе полезнымъ. А затѣмъ, за часъ—два до операциіи, необходимо при помощи распылителя вновь обильно увлажнить стѣны, полъ и потолокъ, заставляя тѣмъ взвѣшенные въ воздухѣ пылевые частицы осѣсть на влажную поверхность, гдѣ онѣ и фиксируются. Для распыленія можно взять совершенно индифферентную жидкость, употребляя для этого простой (лучше ножной) пульверизаторъ или же паровой шпрей. Въ Клиническомъ Повивально-Гинекологическомъ Институтѣ съ этою цѣлью въ операционныя помѣщенія проведено по 1—2 трубки изъ парового котла (служащаго для отопленія помѣщенія), по которымъ паръ врывается въ операционную съ большой силой, проникая во всѣ щели и увлажняя всю поверхность помѣщенія. Наполнивъ все помѣщеніе, переходя затѣмъ въ капельно-жидкое состояніе и осѣдая въ видѣ мельчайшаго дождя, онъ увлекаетъ съ собою всю пыль, взвѣшенную въ воздухѣ. Въ приготовленномъ такимъ образомъ помѣщеніи, какъ показали бактериологическія изслѣдованія, сдѣланныя В. Л. Якобсономъ <sup>1)</sup>, воздухъ несомнѣнно представляется очищеннымъ, и количество встрѣчающихся въ немъ микроорганизмовъ—значительно уменьшеннымъ. Само собой понятно, что приготовленное такимъ образомъ помѣщеніе какъ до операциіи, такъ и во время самой операциіи должно оставаться закрытымъ, во избѣжаніе излишняго движенія воздуха. Зная изъ бактериологической техники, что микроорганизмы загрязняютъ раневую поверхность главнымъ образомъ сверху

Очистка  
воздуха въ  
операцион-  
ной.

<sup>1)</sup> О значеніи очистки воздуха въ операционныхъ помѣщеніяхъ.— Журн. акуш. и женск. болѣзн., 1902 г., стр. 517.

путем осѣданія и что съ другой стороны указанныя мѣры очистки воздуха во многомъ представляются несовершенными, слѣдуетъ во время операций имѣть въ

виду, чтобы всѣ незащищенныя раневыя поверхности по возможности были прикрываемы. Съ тою же цѣлью во время производства операціи должно избѣгать излишняго движенія и ходьбы въ операціонной и вообще всего, что вызываетъ движеніе воздуха.

Само собой понятно, что въ операціонной комнатѣ не должно быть ничего лишняго, и каждый предметъ долженъ имѣть свое специальное назначеніе; во всякомъ случаѣ все необходимое должно быть подъ руками, чтобы при надобности во всякое время можно было создать обстановку для любой операціи.

Во всякой благоустроенной операціонной желателно, чтобы имѣлись слѣдующіе предметы:

необходимое число рукомойниковъ; стерилизаторы для дезинфекціи перевязочныхъ принадлежностей и бѣлья (рис. 77), а также приборъ для приготовления стерилизованнаго раствора 0,7% NaCl (рис. 79); эти аппараты должны быть устроены по типу автоклава, чтобы имѣть возможность вести дезинфекцію при болѣе высокой температурѣ (120° С.), необходимой для полного уничтоженія микроорганизмовъ и ихъ споръ. Лучше, если самый стерилизаторъ помѣщается внѣ операціонной, и въ послѣднюю вдаются лишь его дверцы; шкафъ для храненія инструментовъ и необходимыхъ для операціи перевязочныхъ средствъ;

операціонный столъ или, еще лучше, два операціонныхъ стола, въ случаѣ, если

понадобится быстро перемѣнить положеніе больной и т. п.;

столъ для инструментовъ, необходимыхъ при операціи, и, кромѣ того, еще два стола для помѣщенія остальныхъ необходимыхъ вещей;



Рис. 38. Штативъ для ирригатора.

Обстановка  
операціон-  
ной.

нѣсколько табуретовъ, какъ для сидѣнья, такъ равно для тазовъ съ дезинфицирующими жидкостями и т. п.;

одинъ или два *устойчивыхъ штатива* для оросителей (ирригаторовъ), содержащихъ необходимые растворы (рис. 38);

нужный *запасъ* различныхъ растворовъ и необходимѣйшихъ медикаментовъ; *электрическая машинка*;

*приспособленіе для искусственнаго освѣщенія* (электрическаго).

Вышеприведенная обстановка, являющаяся почти неизбѣжной, при желаніи удовлетворительнымъ образомъ обставить больницу и при нѣкоторомъ стараніи можетъ быть создана почти въ любомъ жиломъ помѣщеніи.

Само собой понятно, что въ благоустроенныхъ клиникахъ, гдѣ имѣются спеціальныя операционныя, требованія предъявляются болѣе строгія, хотя, по существу, мало чѣмъ отличающіяся отъ только что описанныхъ.

Въ Новомъ Клиническомъ Повивальномъ Институтѣ <sup>1)</sup>, чтобы совершеннѣе и легче можно было поддерживать чистоту, всѣ стѣны, на высоту двухъ метровъ, двери и полъ—сдѣланы изъ полированныхъ стеклянныхъ (опалиновыхъ) плитъ, а потолокъ и верхняя часть стѣнъ выкрашены эмалевой краской. Такой же краской выкрашены и всѣ остальные части операционной, какъ то: рамы, мебель и проч. Для болѣе удобнаго обмыванія пола, стѣнъ и проч. въ операционную проведена вода подъ значительнымъ давленіемъ, чтобы пользоваться брандспойтомъ. Вся жидкость, стекающая съ пола операционной, имѣющаго слабый наклонъ въ одну сторону, направляется въ два трапа, снабженныхъ каждый двойнымъ водянымъ затворомъ, и, кромѣ того, герметически закрывающимся металлическими пробками. Благодаря указаннымъ приспособленіямъ и обязательному обмыванію пола сулемовымъ растворомъ по окончаніи операций, устраняется всякая инфекция операционнаго помѣщенія изъ указанныхъ траповъ. Мытье рукъ персонала, участвующаго при операцияхъ, происходитъ въ помѣщеніи, расположенномъ рядомъ съ операционной; въ самой операционной имѣется всего два умывальника. Вполнѣ устранить умывальники изъ операционной я считаю невозможнымъ въ виду необходимости, при случайномъ загрязненіи рукъ оператора или его помощника во время операциіи, имѣть возможность немедленно ихъ вымыть. Объ устройствѣ въ операционной мощнаго парового шпре для очистки воздуха отъ пыли и т. п.—сказано выше. Ко всѣмъ раковинамъ проведена стерилизованная (при 120° С.) вода, какъ холодная, такъ и горячая. Во избѣжаніе прикосновенія руками къ кранамъ, а также для устраненія напрасной траты этой воды раковинки снабжены удобными педалями. Стремясь къ тому, чтобы въ операционной было по возможности меньше предметовъ,

<sup>1)</sup> Подробное описаніе Института съ приложеніемъ множества рисунковъ, плановъ, размѣровъ, діаграммъ и т. п. издано въ видѣ отдѣльной книги подъ заглавіемъ «Императорскій Клиническій Повивально-Гинекологическій Институтъ» къ бывшему въ Петербургѣ 5-му Международному Гинекологическому Съѣзду, 1910 г.



Рис. 39. Операционная Императорского Клинического Повивально-Гинекологического Института.

инструментальный шкаф, стерилизаторы и аппарат Шиммельбуша лучше помещать внѣ операционной, создавая доступъ къ нимъ при помощи спеціальныхъ дверей и другихъ приспособленій, вдѣланныхъ въ соответствующую стѣну. Кромѣ того, расположеніемъ аппарата Шиммельбуша въ спеціальномъ помѣщеніи, съ устроенной для него вытяжкой, мы избавляемся отъ насыщенія воздуха операционной парами и связанной съ этимъ духоты.

Цѣлесообразно устроенная операционная должна быть расположена такъ, чтобы освѣщеніе ея дневнымъ свѣтомъ происходило только съ одной стороны, для чего обыкновенно устраивается очень большое окно, занимающее бѣольшую часть соответствующей стѣны (рис. 39). Доводя окно до самаго потолка или поднимая его даже еще выше, мы тѣмъ самымъ избѣгаемъ спеціального устройства для такъ называемаго верхняго свѣта. Имѣть въ операционной помимо указаннаго большаго окна еще другія по боковымъ ея стѣнамъ, а также отдѣльное въ потолкѣ (для верхняго свѣта) не только не нужно, но представляетъ ту невыгоду, что ослѣпляетъ оператора во время работы. Такъ какъ наиболѣе выгоднымъ является свѣтъ разсѣянный, при которомъ всѣ тѣни наименѣе рѣзко выражены, необходимо избѣгать расположенія операционной на югъ, и выгоднѣе всего, чтобы она была обращена на сѣверъ. Устройство потолка операционной въ видѣ падуго усиливаетъ освѣщеніе, благодаря имѣющемуся въ такихъ случаяхъ отраженію свѣта; помимо этого, благодаря падугѣ, обычно конденсирующіяся на потолкѣ капли не падаютъ внизъ, а скатываются по имѣющейся наклонной плоскости (рис. 40). При необходимости сконцентрировать свѣтъ на операционномъ полѣ, служатъ спеціально устроенныя для этого освѣтительныя приспособленія, описываемыя ниже.

Приспособленія для освѣщенія операционной.

Послѣднее время Krönig предложилъ новый способъ освѣщенія операционнаго поля путемъ концентраціи свѣтовыхъ лучей системой зеркалъ, причемъ самый источникъ свѣта (дуговая лампа)—помѣщается въ смежномъ съ операционной помѣщеніи. Хотя такой способъ и даетъ яркій и сконцентрированный свѣтъ, тѣмъ не менѣе, въ виду рѣзкихъ тѣней, необходимости при болѣе или менѣе значительныхъ перемѣщеніяхъ и поворотахъ больной каждый разъ заботиться вновь направлять на соответствующее мѣсто свѣтовые лучи, а также дороговизны устройства—я считаю предложеніе Krönig'a не отвѣчающимъ практическимъ требованіямъ.

Крайне желательно, чтобы при операционной всегда имѣлось отдѣльное помѣщеніе для приготовленія перевязочнаго матерьяла, чистки инструментовъ, переодеванія ассистентовъ, и спеціальная комната для наркотизированія больныхъ. Послѣднее особенно желательно изъ чисто гуманныхъ соображеній, такъ какъ одинъ видъ операционнаго помѣщенія и всѣхъ приготовленій обыкновенно вліяетъ на больныхъ крайне угнетающимъ образомъ. Усыпляя больную внѣ операционной и перенося въ постель, пока она еще не вполнѣ проснулась отъ наркоза, мы избѣгаемъ лишнихъ угнетающихъ больную впечатлѣній.

Другія необходимыя помѣщенія при операционной.

Наибольше трудной задачей представляется устройство такой операционной, где нужно сочетать операционное помещение с аудиторией, так как эта последняя создает условия, подчас идущие вразрез с некоторыми требованиями, предъявляемыми современной операционной обстановкой. И в настоящее время, несмотря на ряд достигнутых усовершенствований, этот вопрос нельзя считать оконча-

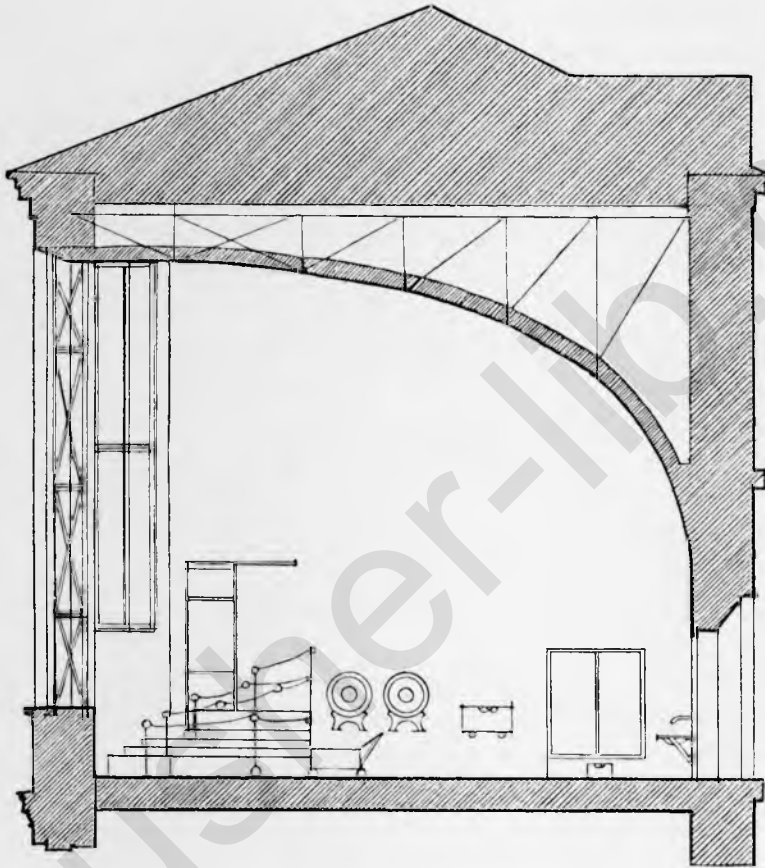


Рис. 40. Разрѣзь операционной.

тельно разрѣшеннымъ, и поэтому приходится неудобства, создаваемая аудиторіей, парализовать сугубо педантичнымъ отношеніемъ къ проведенію асептики.

Въ виду всѣхъ преимуществъ, которыя представляетъ цѣлесообразность клиническихъ устройствъ и приспособленій, совершенно очевидно, что въ интересахъ больныхъ, гдѣ только возможно, слѣдуетъ всегда предпочитать клиническую обстановку частной квартирѣ; хотя въ неотложныхъ случаяхъ, или когда нельзя воспользоваться клиникомъ, врачъ всегда долженъ умѣть приспособить имѣющуюся обстановку, чтобы, насколько это возможно, приблизить ее къ клинической.

### ОСВѢЩЕНІЕ ОПЕРАЦИОННАГО ПОЛЯ.

Хорошее освѣщеніе операционнаго поля представляется однимъ изъ существеннѣйшихъ и наиболѣ важныхъ требованій цѣлесообразной оперативной обстановки; при гинекологическихъ же операціяхъ, гдѣ приходится зачастую оперировать въ глубокихъ полостяхъ, не поддающихся хорошему естественному освѣщенію, цѣлесообразные методы искусственнаго освѣщенія имѣютъ особенное значеніе. Изъ всѣхъ источниковъ свѣта несомнѣнно электричеству слѣдуетъ отдать предпочтеніе предъ всѣми остальными, такъ какъ электрическое освѣщеніе, представляя яркій и ровный свѣтъ, вмѣстѣ съ тѣмъ не имѣетъ тѣхъ недостатковъ, которые присущи другимъ



Рис. 41. Ручная электрическая лампа для освѣщенія операц. поля.



Рис. 42. Подвижной штативъ для электрич. лампы съ 2-мя шарообразн. шарнирами.

источникамъ свѣта: нѣтъ копоти, опасности воспламененія паровъ эфира и другихъ предметовъ, сильнаго нагрѣванія окружающей среды, случайнаго загрязненія операционнаго поля и т. д.



Рис. 43. Лобная лампа.

Освѣщеніе  
при по-  
мощи лоб-  
ной лампы.

Рис. 44. Примѣненіе лобнаго освѣщенія при влагаліщной операціи.

Преимущества эти настолько существенны, что въ тѣхъ помѣщеніяхъ, гдѣ не проведено электрическое освѣщеніе, слѣдуетъ рекомендовать пользоваться электрической энергіей, получаемой отъ переносныхъ электрическихъ аккумуляторовъ <sup>1)</sup>. Лампочка накаливанія, снабженная рефлекторомъ, чтобы усилить ея свѣтъ и вмѣстѣ съ тѣмъ не ослѣплять оператора, прикрѣпляется къ специальной ручкѣ (рис. 41), позволяющей удобно направлять свѣтъ на операціонное поле. Чтобы не обременять ассистентовъ держаніемъ лампы, въ моей клиникѣ имѣются специальные штативы, съ прикрѣпленными на нихъ лампочками, свѣтъ которыхъ можетъ быть направляемъ въ любое мѣсто (рис. 42). Неизмѣримо удобнѣе пользоваться предложенной мною лампочкой накаливанія, снабженной рефлекторомъ, которая прикрѣпляется ко лбу оператора обыкновенной лобной повязкой (рис. 43). Главнѣйшее удобство состоитъ въ томъ, что прикрѣпленіемъ лампы ко лбу наиболѣе совершеннымъ образомъ устраняется образованіе тѣней, что неизбѣжно во всѣхъ случаяхъ, когда источникъ свѣта расположенъ не впереди оператора, а гдѣ либо сзади него или сбоку. Неудобство положенія источника свѣта позади или сбоку оператора особенно рѣзко сказывается, когда операціонное поле располо-

<sup>1)</sup> См. мою статью «О примѣненіи аккумуляторовъ для медицинскихъ цѣлей». Врачъ, № 48, 1891 г.



жено на нѣкоторой глубинѣ, какъ, напр., во влагалищѣ. Напротивъ того, лобная лампа, совершенно не ослѣпляя оператора и концентрируя свѣтъ на требуемомъ мѣстѣ, въ указанныхъ случаяхъ несомнѣнно должна быть предпочтена солнечному свѣту. Лобное освѣщеніе представляетъ, кромѣ того, ту выгоду, что лица, присутствующія въ операціонной и стоящія при всѣхъ влагалищныхъ операціяхъ позади оператора, тоже не ослѣпляются и имѣютъ передъ глазами операціонное поле, освѣщенное цѣлесообразно сконцентрированнымъ свѣтомъ, который



Рис. 45. Лобная лампа при чревосѣченіи.

направляется самимъ операторомъ куда это необходимо, не нуждаясь для этого въ помощи ассистентовъ (рис. 44; см. также рис. 113). Описанная лобная лампа пригодна не только для влагалищныхъ операцій, но ею съ успѣхомъ можно пользоваться и для всякихъ другихъ пріемовъ, какъ, напр., при чревосѣченіяхъ (рис. 46) и вообще при всякихъ операціяхъ; для этого слѣдуетъ лампочкѣ придать только соответственное положеніе, что достигается благодаря шаровидному шарниру, соединяющему лампочку съ головной повязкой (рис. 43). Послѣдніе годы при большинствѣ операцій, производимыхъ даже днемъ, я, тѣмъ не менѣе, пользуюсь лобной лампочкой, такъ какъ при этомъ, независимо отъ болѣе совершеннаго освѣщенія операціоннаго поля, операторъ обезпеченъ отъ случайныхъ затемненій послѣдняго, особенно когда его окружаетъ большое число слушателей.

Непосредственное  
освѣщеніе  
полостей.

Несмотря на всѣ преимущества освѣщенія операционнаго поля посредством лобной электрической лампы, этотъ способъ оказывается недостаточнымъ, когда, для цѣлей діагностическихъ или оперативныхъ, необходимо осмотрѣть глубокия и трудно достижимыя полости. Подобныя условія обычно наблюдаются при всѣхъ влагалищныхъ чревосѣченіяхъ, особенно когда приходится работать въ болѣе глубокихъ отдѣлахъ брюшной полости; аналогичныя условія наблюдаются также при попыткахъ освѣтить полость матки, мочевого пузыря и толстой кишки. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ, какъ сказано, освѣщеніе извигъ оказы-



Рис. 46. Электрическая лампочка освѣтительныхъ зеркалъ въ натуральную величину.

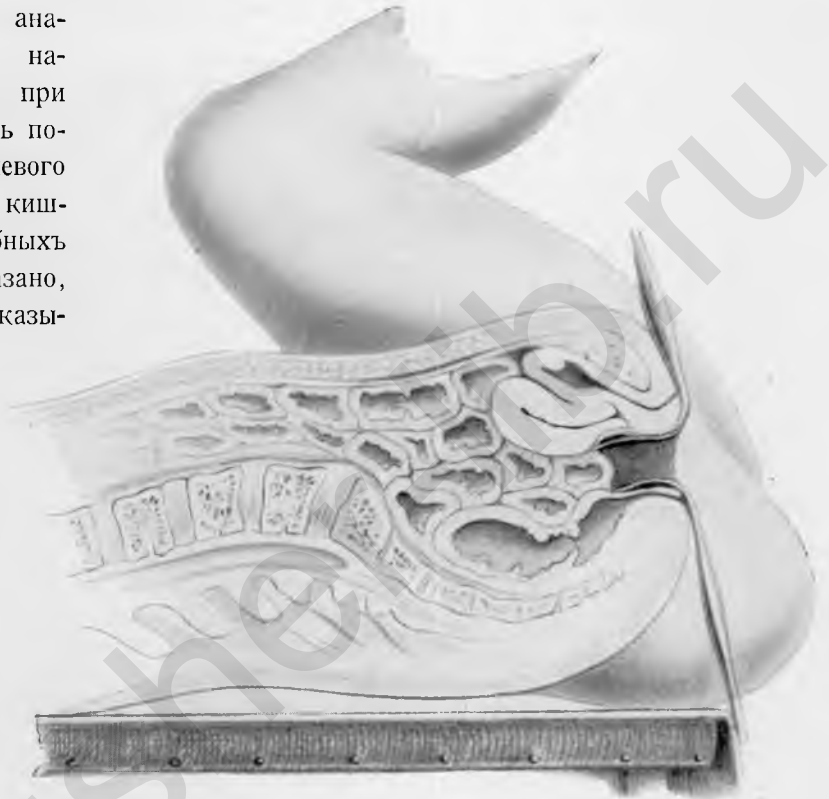


Рис. 47. Схема расположенія органовъ брюшной полости въ горизонтальномъ положеніи больной.

вается недѣйствительнымъ (въ этомъ отношеніи и способъ Н. Kelly<sup>1)</sup>), предложенный для освѣщенія пузыря и кишки, не составляетъ исключенія), и для достиженія удовлетворительнаго освѣщенія, необходимо перенести источникъ свѣта непосредственно въ то мѣсто или тотъ полый органъ, который подлежитъ освѣщенію<sup>2)</sup>. Въ виду крайне разнообразныхъ топографическихъ и физиологическихъ условій,

<sup>1)</sup> Н. Kelly.—Operative gynecology. 1898. Vol. I, p. 283.

<sup>2)</sup> Дм. Оттѣ.—О непосредственномъ освѣщеніи брюшной полости, пузыря, толстой кишки и матки для цѣлей діагностическихъ и оперативныхъ.—Журн. акуш. и женск. болѣзн., 1903 г. Т. XVII, Июль—Августъ.

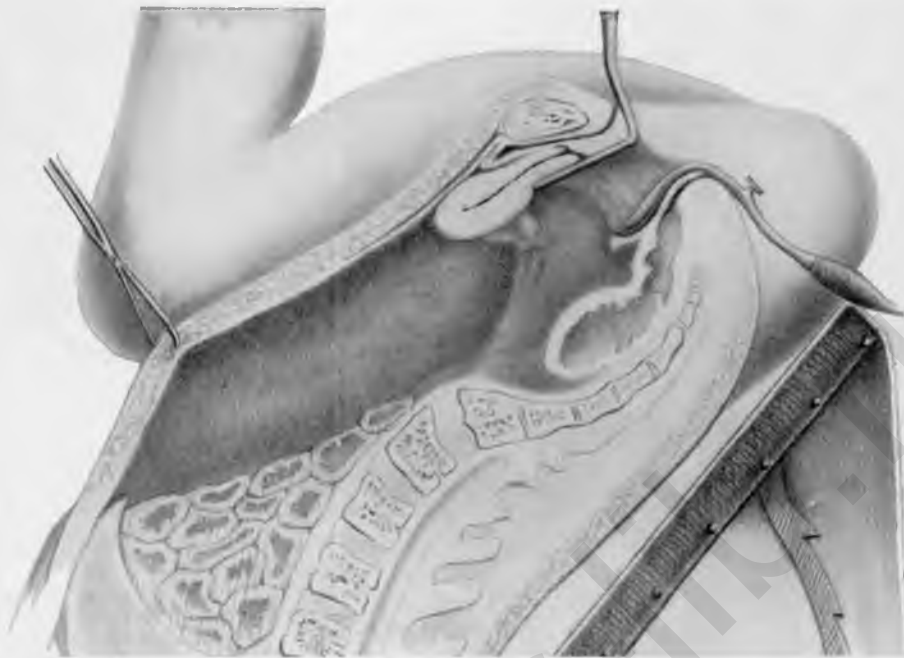


Рис. 48. Схема расположения органов брюшной полости при вскрытом сводѣ и положеніи больной на наклонной плоскости.



Рис. 49. Освѣщеніе брюшной полости.

которыя представляютъ указанные органы, слѣдуетъ рассмотретьъ отдѣльно условия, при которыхъ достигается ихъ освѣщеніе, и тѣ способы, благодаря кото-



Рис. 50. Зеркало Д. О. Отта и стержень къ нему съ освѣтительной лампой (въ  $\frac{1}{3}$  нат. величины).



Рис. 51. Плоскія освѣтительныя зеркала Д. О. Отта (въ  $\frac{1}{2}$  нат. величины).

рымъ они становятся доступными зрѣнію. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ я пользуюсь маленькой лампочкой накаливанія, прикрѣпленной къ длинному стержню,

который, в свою очередь, или непосредственно вводится въ подлежащій освѣщенію органъ, или же прикрѣпляется къ соответственнымъ зеркаламъ, употребляемымъ, чтобы создать необходимый доступъ. На рис. 46 изображена подобная лампочка въ натуральную величину; для освѣщенія мочевого пузыря лампочка берется меньшаго размѣра. Для того, чтобы при влагалищномъ чре-



Рис. 52. Положеніе больной, примѣняемое при освѣщеніи брюшной полости.

восвѣщеніи освѣтитъ брюшную полость, необходимо прежде всего позаботиться удалить расположенныя въ тазу кишечныя петли. Такъ какъ непосредственнымъ отодвиганіемъ это совершенно не достигается, то я воспользовался наклоннымъ положеніемъ (около  $45^\circ$ ) туловища больной, какъ это предложено Trendelenburg'омъ при чревосвѣщеніяхъ (см. рис. 52 и 53). Разъ что брюшная полость вскрыта, то кишечникъ безпрепятственно смѣщается, согласно законамъ тяжести, въ наиболѣе отлогое мѣсто, а именно къ діафрагмѣ, вполне освобождая нижній отдѣлъ брюшной полости.

Приложенные рисунки 47 и 48 наглядно поясняют сказанное. Образующее свободное пространство позволяет без помѣхи ввести зеркало, снабженное лампочкой, и въ совершенствѣ освѣтить сооветственный отдѣлъ брюшной полости. На рис. 49 представленъ (схематически) получаемый при этомъ уголъ зрѣнія. При перемѣщеніи больной изъ горизонтальнаго положенія въ наклонное, полезно



Рис. 53. Положеніе больной на столѣ при освѣщеніи брюшной полости. Видъ сзади.

мѣсто вскрытія брюшной полости или просто влагалище выполнить тампономъ изъ ваты, завернутой въ кусокъ марли, чтобы такимъ способомъ профильтровать проникающій въ брюшную полость воздухъ. Бактеріологическія изслѣдованія (Бубличенко, Поволоцкая) показали, что при соблюденіи указанныхъ предосторожностей воздухъ, проникающій въ брюшную полость, и сама брюшина оказываются вполне стерильными. Зеркала, съ прикрѣпленными къ нимъ лампочками, подвергаются обычной стерилизации; непосредственно же передъ употребленіемъ, кромѣ того, еще проводятся черезъ пламя, охватывающее ихъ со всѣхъ сторонъ. Для этого удобнѣе всего въ небольшой металлическій тазикъ положить слой ваты и пропитать ее спир-

томъ, который и зажигается въ необходимый моментъ. Ради безопасности указанный тазикъ помѣщается въ другой большій сосудъ, содержащій небольшое количество воды. Такъ какъ воздухъ представляется плохимъ проводникомъ тепла, то при описанномъ способѣ непосредственнаго освѣщенія окружающая среда нагревается лишь очень ничтожно. Зеркала, снабженные лампочкой, употребляются обычной формы, лишь съ измѣненной рукояткой, приспособленной для укрѣпленія стержня,

мѣсто вскрытія брюшной полости или просто влагалище выполнить тампономъ изъ ваты, завернутой въ кусокъ марли, чтобы такимъ способомъ профильтровать проникающій въ брюшную полость воздухъ. Бактеріологическія изслѣдованія (Бубличенко, Поволоцкая) показали, что при соблюденіи указанныхъ предосторожностей воздухъ, проникающій въ брюшную полость, и сама брюшина оказываются вполне стерильными. Зеркала, съ прикрѣпленными къ нимъ лампочками, подвергаются обычной стерилизации; непосредственно же передъ употребленіемъ, кромѣ того, еще проводятся черезъ пламя, охватывающее ихъ со всѣхъ сторонъ. Для этого удобнѣе всего въ небольшой металличе-



Рис. 54. Примѣненіе освѣщенія при влагалищной овариотоміи.



Рис. 55. Примѣненіе освѣщенія при операціи консервативной міомектоміи.



Рис. 56. Видъ операціоннаго поля при болѣзняхъ придатковъ, осложненныхъ сращеніями.



Рис. 57. Видъ операціоннаго поля, послѣ влагалищной экстирпаціи матки и удаленія придатковъ лѣвой стороны.



снабженнаго лампой (рис. 50 и 51). При задней colpotomi'i, чтобы удобнѣе было смѣстить (поднять) матку, зеркало употребляется плоское, дабы матка могла на немъ покоиться и не смѣщаться (рис. 51). Рис. 52 и 53 изображаютъ положеніе больной, примѣняемое при освѣщеніи брюшной полости. Рис. 54—57 представляютъ изображеніе освѣщенной брюшной полости при нѣкоторыхъ болѣзненныхъ процессахъ и даютъ вполнѣ реальную картину, наблюдаемую при употребленіи въ практикѣ предложеннаго мною способа освѣщенія.



Рис. 58. Примѣненіе освѣщенія при осмотрѣ кишки.

Положенный въ основу описаннаго способа принципъ даетъ возможность не только освѣщать вскрытую брюшную полость, но примѣнимъ вообще для осмотра полостей, принадлежащихъ отдѣльнымъ образованіямъ, расположеннымъ въ брюшной полости, какъ то: полостей обширныхъ гнойниковъ, кровяныхъ опухолей (haematocele) по ихъ опорожненіи; ложа, оставшагося послѣ вылушенія экстраперитонеальныхъ новообразованій (кисть, фиброидовъ и т. п.). Освѣщая подобныя полости, стѣнки которыхъ растянуты воздухомъ, мы получаемъ возможность отчетливо видѣть все ихъ особенности, кровоточащія мѣста и т. п., что,

въ свою очередь, имѣеть громадное практическое значеніе для правильной оцѣнки этихъ особенностей и дать возможность проявить цѣлесообразное вмѣшательство.

Принципъ освѣщенія, примѣненный мною для брюшной полости, нашелъ широкое примѣненіе, помимо полового аппарата, и для другихъ полыхъ органовъ малаго таза—для толстой кишки и для мочевого пузыря.



Рис. 59. Видъ внутренней поверхности прямой кишки при ея освѣщеніи.

Изъ предыдущаго явствуетъ, что предложенный мною способъ непосредственнаго освѣщенія полыхъ органовъ брюшной полости, а также самой брюшины, широко расширилъ наши горизонты, какъ въ смыслѣ распознавательномъ, такъ равно и лечебномъ. То, что до введенія этого метода освѣщенія дѣлалось на ощупь и въ темную, отнынѣ производится подъ контролемъ зрѣнія.

Прямыхъ же послѣдствіемъ этого явилось рѣзкое улучшеніе получаемыхъ результатовъ при значительномъ пониженіи процента смертности, доведеннаго за послѣднее время при влагалищномъ чревосѣченіи до 0,57 (на 346 случ.).

Если больной придать вышеописанное наклонное положеніе туловища и зеркалами растянуть жомъ прямой

Освѣщеніе  
кишки.

кишки, то воздухъ, проникая въ кишку извнѣ, содѣйствуетъ расширенію ея и даетъ возможность, введя въ кишку лампочку при такого рода *rectoscopy*'и, отчетливо видѣть всѣ особенности слизистой ея оболочки (рис. 58 и 59). Проникая, подъ контролемъ зрѣнія, зеркалами въ вышележащіе отдѣлы кишки, мы можемъ послѣдовательно освѣтить *flexura sigmoidea* и всю нисходящую часть толстой кишки, вплоть до *flexura coli sinistra*. Естественно, что для болѣе отдаленныхъ частей кишечника требуются и болѣе длинныя зеркала (рис. 60). Можно смѣло утверждать, что предлагаемый мною способъ далеко превосходитъ способъ пред-

ложенный Strauss'омъ. Изобрѣтенное имъ длинное кишечное цилиндрическое зеркало снабжено также лампочкой на своемъ концѣ и, кромѣ того, спеціальнымъ приспособленіемъ для накачиванія въ кишку воздуха. Помимо того, что поле зрѣнія несравненно меньше, за приборомъ Strauss'a еще остаются всѣ невыгоды, которыя представляетъ старое цилиндрическое маточное зеркало по сравненію съ ложкообразными зеркалами, совершенно вытѣспившими цилиндрическія. Кромѣ



Рис. 60. Кишечныя освѣтительныя зеркала.

того, если при зеркалахъ, употребляемыхъ въ моемъ способѣ, можно въ прямой кишкѣ оперировать, какъ во влагалищѣ, то при узкой трубкѣ аппарата Strauss'a это совершенно невозможно. Примѣненіе предложеннаго мною способа даетъ возможность, благодаря совершенному осмотру внутренней поверхности кишки, опредѣлять болѣзненные измѣненія на значительной глубинѣ въ такихъ областяхъ, которыя раньше непосредственному изслѣдованію и осмотру не поддавались. Rectocolonoscopia можетъ производиться и безъ наркоза. Положеніе съ опущеннымъ туловищемъ можетъ быть замѣнено колѣнно-локтевымъ, такъ какъ при

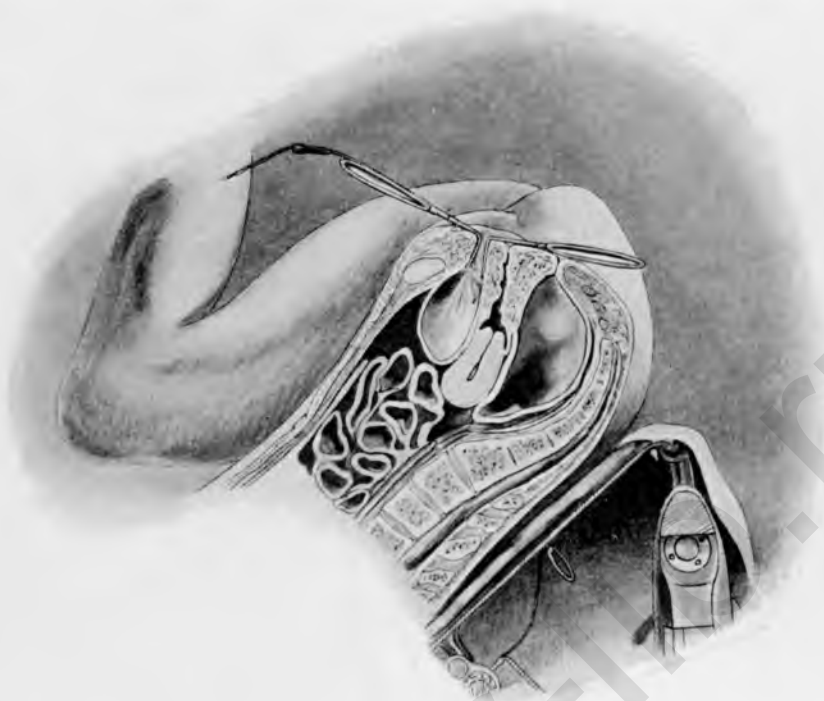


Рис. 61. Примѣненіе освѣщенія при осмотрѣ мочевого пузыря.

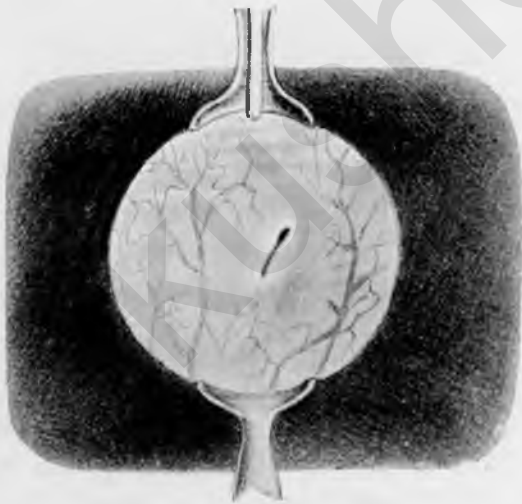


Рис. 62. Видъ внутренней поверхности мочевого пузыря при его освѣщеніи.



Рис. 63. Желобообразныя зеркала для освѣщенія пузыря.

этомъ создаются условія аналогичныя, какъ при опущенномъ туловищѣ. Последнее, однако, слѣдуетъ считать наиболѣе удобнымъ.

*Освѣщеніе мочевого пузыря*, если воспользоваться указаннымъ принципомъ, достигается крайне просто, не требуя ни сложныхъ приборовъ, ни особаго навыка для своего выполненія. Придавая больной, послѣ предварительнаго опорожненія пузыря, наклонное положеніе туловища, какъ это описано выше (или помѣщая ее

Освѣщеніе  
пузыря.



Рис. 64. Створчатое зеркало для освѣщенія пузыря.

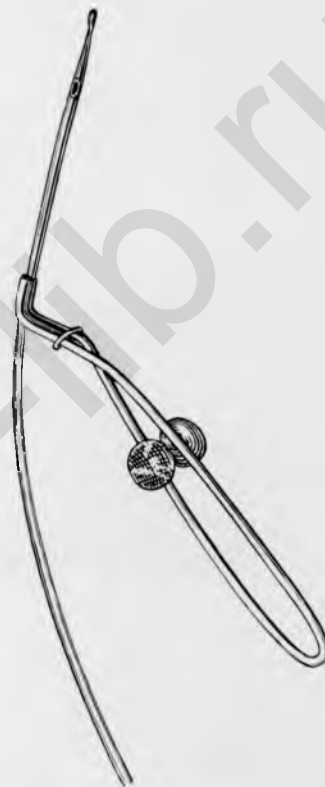


Рис. 65. Инструментъ для введенія мочеточниковаго катетера при освѣщеніи пузыря.

въ колѣннолоктевое положеніе, что, однако, менѣе удобно) и давая возможность воздуху растянуть пузырь, мы легко можемъ послѣдній освѣтить введенной лампочкой, какъ это изображено на рис. 61 и 62. Располагая обѣ узкихъ ложечки (соотвѣтственно уретрѣ) желобообразныхъ зеркаль (рис. 63) подъ извѣстнымъ угломъ, мы получаемъ возможность хорошо осмотрѣть всю внутреннюю поверхность пузыря и даже производить нѣкоторыя манипуляціи. Помимо крайней простоты рекомендуемаго способа, слѣдуетъ отмѣтить его преимущество въ томъ, что пузырь растягивается воздухомъ, а не жидкостью, какъ это практикуется обычно для цѣлей cystoscopi'и; такимъ образомъ нѣтъ помѣхи замутиѣнныя среды, черезъ

которую приходится наблюдать и, кромѣ того, нѣтъ необходимости прерывать осмотръ, благодаря быстрой согрѣваемости введенной жидкости. Изъ практическихъ соображеній я соединилъ оба зеркала шарниромъ, по принципу створчатыхъ зеркаль (рис. 64), что освобождаетъ одну руку оператора для необ-



Рис. 66. Зеркала для освѣщенія полости матки.

ходимыхъ манипуляцій, напр., для катетеризаціи мочеточниковъ; катетеръ въ этихъ случаяхъ захватывается особымъ инструментомъ (рис. 65), облегчающимъ введеніе его въ освѣщенное отверстіе мочеточника.

Освѣщеніе  
полости  
матки.

*Освѣщеніе полости матки* по указанному способу достигается наименѣе совершенно, благодаря, съ одной стороны, малой растяжимости стѣнокъ матки, а съ другой—незначительности ея полости. Можно сказать, что лишь въ настоящее время освѣщеніе матки начинаетъ приобрѣтать практическое значеніе, хотя и

нуждается въ дальнѣйшей разработкѣ. Пуерперальная матка, благодаря большей полости, болѣе пригодна для непосредственнаго освѣщенія (рис. 66).

Для освѣщенія влагалища, особенно когда противопоказано его расширение, напр., при снятіи швовъ послѣ пластическихъ операцій, узкія зеркала, снабженныя электрической лампочкой, на подобіе описанныхъ, представляются очень практичными и заслуживаютъ полнаго вниманія.

Освѣщеніе  
влагалища.

Чтобы съ успѣхомъ примѣнять описанный способъ освѣщенія, сопряженный съ наклоннымъ положеніемъ больной, чрезвычайно важно располагать цѣлесообразно устроеннымъ операціоннымъ столомъ, позволяющимъ легко и быстро измѣнять положеніе больной. Подобнымъ столомъ представляется модель фирмы Alb. Stille (изъ Стокгольма), измѣненная согласно моимъ указаніямъ и описанная ниже на стр. 87.

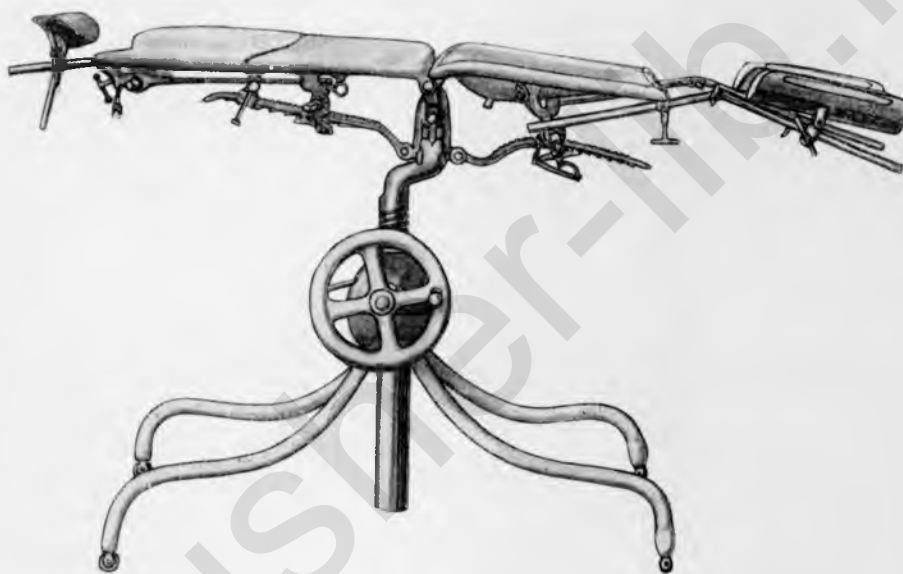


Рис. 67. Операціонный столъ въ горизонтальномъ положеніи.

Практическіе результаты, достигнутые разработаннымъ мною способомъ освѣщенія, получающаго все больше и больше распространеніе, будутъ указаны въ спеціальномъ отдѣлѣ, при описаніи операцій, предпринимаемыхъ при заболѣваніяхъ отдѣльныхъ органовъ <sup>1)</sup>.

#### АППАРАТЫ И МЕБЕЛЬ ОПЕРАЦИОННОЙ.

Переходя къ описанію операціонной обстановки и необходимаго инструментарія, скажу прежде всего объ операціонномъ столѣ.

<sup>1)</sup> См. также Д. О. Оттъ.—Результаты, достигнутые примѣненіемъ при операціяхъ и для цѣлей распознаванія непосредственнаго освѣщенія брюшной полости, пузыря и толстой кишки.—Русскій врачъ, 1908 г. № 43.

Операціон-  
ный столъ.

Отъ хорошаго *операціоннаго стола* требуется, чтобы онъ обладалъ полной устойчивостью, не будучи при этомъ громоздкимъ; также онъ долженъ быть не слишкомъ широкъ, чтобы имѣть удобный доступъ къ больной. Возможная простота, не идущая въ ущербъ остальнымъ его качествамъ, несомнѣнно представляется достоинствомъ стола, такъ какъ упрощаетъ обращеніе съ нимъ и облегчаетъ



Рис. 68. Операціонный столъ съ опущеннымъ головнымъ и поднятымъ ножнымъ концомъ.

его чистку. Крайне важно имѣть возможность придать столу такую высоту, чтобы оператору не приходилось, въ избѣжаніе утомленія, сильно нагибаться, что въ свою очередь отзывается на удобствѣ и свободѣ движеній. Тѣ же условія должны быть соблюдены при операціяхъ, требующихъ положенія больной на столѣ съ приподнятыми вверхъ и подтянутыми къ животу бедрами, причемъ операторъ помѣщается между ногъ больной, сидя на табуретѣ или на стулѣ. При этомъ особенно важно, чтобы было полное соотвѣтствіе между высотой сидѣнья для оператора и расположеніемъ больной: если операторъ сидитъ слишкомъ высоко по отношенію къ оперируемой — приходится горбиться; если же слишкомъ низко, то приходится во время операціи слишкомъ высоко подымать руки, что въ свою очередь ведетъ къ быстрому ихъ утомленію. Для достиженія извѣстнаго соотношенія въ расположеніи больной и оператора, можно съ успѣхомъ пользоваться въ качествѣ сидѣнья табуреткой съ подъемнымъ сидѣньемъ (при помощи винта). Я употребляю круглую металлическую табуретку работы А. Stille, которая отвѣчаетъ всѣмъ требованіямъ: она устойчива, прочна, легко подымается и опускается, удобна для мытья, такъ какъ покрыта бѣлой эмалевой краской, имѣетъ красивую форму, и къ тому же стоитъ не дорого.

его чистку. Крайне важно имѣть возможность придать столу такую высоту, чтобы оператору не приходилось, въ избѣжаніе утомленія, сильно нагибаться, что въ свою очередь отзывается на удобствѣ и свободѣ движеній. Тѣ же условія должны быть соблюдены при операціяхъ, требующихъ положенія больной на столѣ съ приподнятыми вверхъ и подтянутыми къ животу бедрами, причемъ операторъ помѣщается между ногъ больной, сидя на табуретѣ или на стулѣ. При этомъ особенно важно, чтобы было полное соотвѣтствіе между высотой сидѣнья для оператора и расположеніемъ больной: если операторъ сидитъ слишкомъ высоко по отношенію къ оперируемой — приходится горбиться; если же слишкомъ низко, то приходится во время операціи слишкомъ высоко подымать руки, что въ свою очередь ведетъ къ быстрому ихъ утомленію. Для достиженія



Въ настоящее время, съ тѣхъ поръ, какъ такъ наз. влагалищный методъ получилъ столь обширное распространение, я почти исключительно пользуюсь операционнымъ столомъ типа Schuchardt'овскаго стола, видоизмѣннаго согласно моимъ указаніямъ и приспособленнаго для гинекологическихкихъ операций. Помимо другихъ достоинствъ, этотъ столъ представляетъ то существенное преимущество, что, пользуясь имъ, можно быстро и очень удобно измѣнять положеніе больной, перемѣщать ее въ косоое положеніе съ опущеннымъ или приподнятымъ туловищемъ, поворачивать на бокъ, а также, что особенно имѣетъ значеніе, легко повышать или понижать весь уровень стола. Столъ одинаково удобенъ какъ для влагалищныхъ операций, такъ и для чревосѣченій. Приспособленіе для помѣщенія ногъ даетъ возможность удобно разводять, вытягивать, или сгибать ноги. При наклонномъ положеніи больной (съ притянутыми къ животу ногами), необходимомъ во время влагалищнаго метода, специально устроенныя мною приспособленія, закладываемыя въ паховыя области, удерживаютъ больную на краю стола и не даютъ возможности ея тѣлу спуститься со стола, слѣдуя законамъ тяжести, и такимъ образомъ удалиться отъ оператора. Приложенные рисунки описаннаго стола, въ разныхъ его положеніяхъ (рис. 67—69), а также съ расположенной на немъ больной (рис. 53 и 54), даютъ возможность составить себѣ о немъ полное представленіе.



Рис. 69. Тотъ-же столъ, устроенный для влагалищныхъ чревосѣченій, съ опущеннымъ головнымъ концомъ.

Для производства чревосѣченій съ успѣхомъ можно пользоваться и другимъ типомъ стола, который изображенъ на рис. 70. Отличаясь простотой конструкции и удобный для чистки, съ очень удобнымъ механизмомъ для повышенія и пониженія, онъ отвѣчаетъ всѣмъ требованіямъ хорошаго операционнаго стола. Прикрепленный къ ножному концу рычагъ, въ видѣ рукоятки, позволяетъ, при ничтожной затратѣ физической силы, удобно перемѣщать больную изъ горизонтальнаго положенія въ наклонное, приподнимая тазовой конецъ тѣла.

Предлагаемая, особенно за послѣдніе годы, всевозможныя ириспособленія для согрѣванія операционнаго стола, хотя и преслѣдуютъ вполне разумный прин-

Предлагаемая, особенно за послѣдніе годы, всевозможныя ириспособленія для согрѣванія операционнаго стола, хотя и преслѣдуютъ вполне разумный прин-

циль устранить возможность охлажденія тѣла оперируемыхъ, тѣмъ не менѣ эти приспособленія обыкновенно представляются слишкомъ сложными, а иногда и громоздкими, что, съ одной стороны, вноситъ въ операціонную обстановку нежелательное осложненіе, а съ другой—затрудняетъ и чистку стола. Если слѣдить за тѣмъ, чтобы больная во время операціи не была излишне обнажаема, и, при нуждѣ, обкладывать ее грѣлками, то этимъ уже въ значительной мѣрѣ можно замѣнить согревающуюся столъ.



Рис. 70. Столъ для чревосѣченій (съ поднятой плоскостью для Trendelenburg'овскаго положенія).

При невозможности имѣть дорого стоящій, современнаго устройства, столъ, приходится ограничиваться простѣйшими типами, которые легко могутъ быть заготовлены всякимъ столяромъ. На рисункахъ 71 и 72 я привожу изображеніе подобнаго стола съ приспособленіями для поднятія таза, необходимаго какъ для обыкновеннаго, такъ и для влагалищнаго чревосѣченія.

Ногодержатель.

Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда больной приходится придавать такъ наз. спинно-крестцовое положеніе, примѣненіе *ногодержателя* представляется чрез-

вычайно практичнымъ для держанія ногъ больной, взамѣнъ ассистентовъ. Употребляемый мною ногодержатель представляетъ видоизмѣненіе ногодержателя Slowers'a и, какъ это видно на рисункѣ 73, состоитъ изъ раздвигающагося стержня, по концамъ котораго придѣланы захваты изъ ремней, для фиксаціи приподнятыхъ, раздвинутыхъ и подтянутыхъ къ животу ногъ больной. Указанные ремни, обхватывая ногу ниже колѣна, содѣйствуютъ тому, что въ теченіе операціи колѣни больной остаются разведенными въ желаемой степени. Ремень, прикрѣпленный по

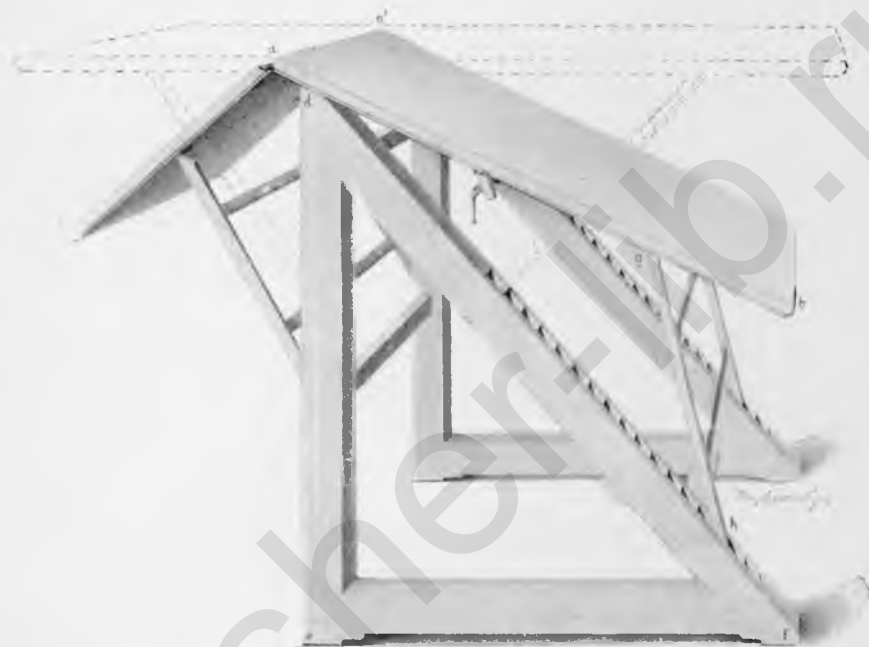


Рис. 71. Деревянный столъ для чревосѣченій, съ приспособленіемъ для положенія Trendelenburg'a.

(Размѣры стола: ширина  $aa' = 55$  снт.; длина головн. конца  $ab = 100$  снт.; длина ножного конца  $ac = 45$  снт.; высота  $ed = 98$  снт.; длина въ основаніи  $ef = 88$  снт.; высота задней подставки  $gh = 50$  снт.).

концамъ металлическаго стержня и перекинутый черезъ плечо больной, кромѣ того подтягиваетъ бедра къ животу, фиксируя ихъ въ установленномъ положеніи во все время операціи. Благодаря этому приведенію бедеръ мы получаемъ расслабленіе прямыхъ мышцъ живота, что имѣетъ весьма существенное значеніе какъ при изслѣдованіи, такъ равно и во время операцій, особенно сопряженныхъ съ вскрытіемъ брюшной полости. Сдѣланное мною измѣненіе въ описанномъ ногодержателѣ состоитъ въ томъ, что ремни, обхватывающіе ногу ниже колѣна, сдѣланы очень широкими и прикрѣпляются къ выдвигающему стержню ногодержателя при помощи широкихъ неподвижныхъ металлическихъ пластинокъ (обшитыхъ кожей), расположенныхъ по отношенію къ стержню ногодержателя подъ тупымъ угломъ. Благодаря такому

ихъ расположенію—къ описанному положенію ногъ больной присоединяется еще и разведеніе голеней и, слѣдовательно, и ступни являются также отведенными въ

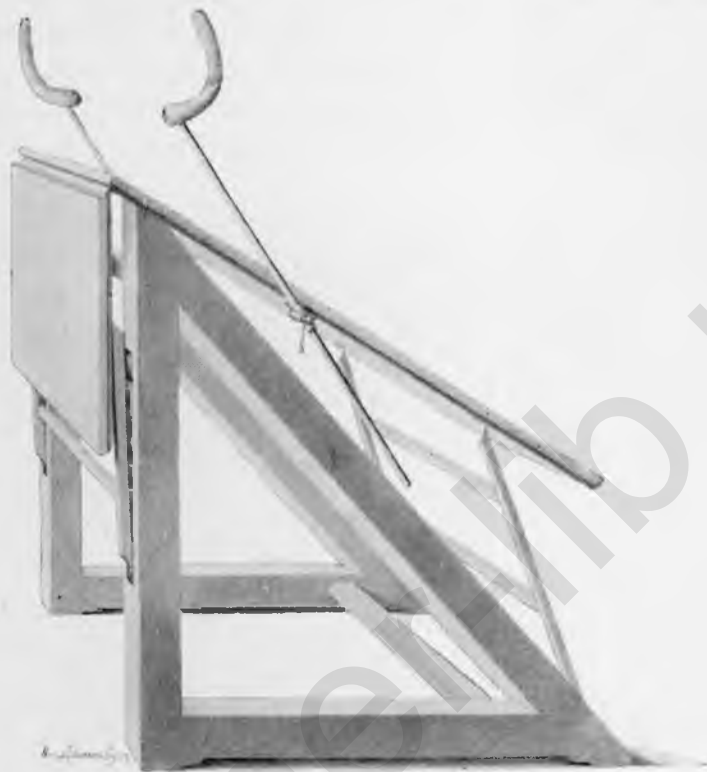


Рис. 72. Деревянный столъ для влагалищныхъ операцій, съ приспособленіемъ для освѣщенія.

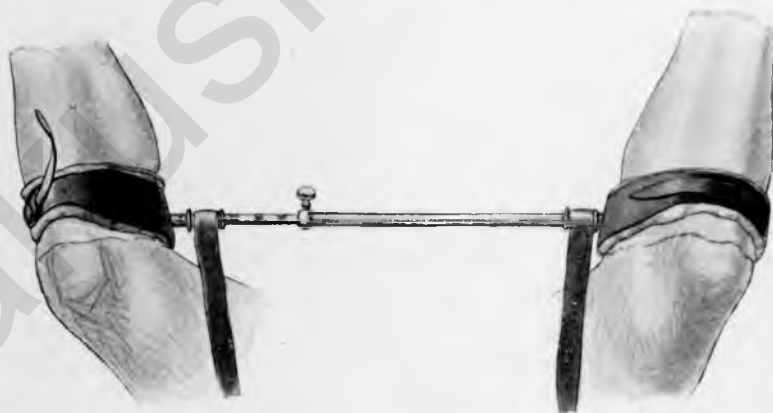


Рис. 73. Ногодержатель Д. О. Отта.

стороны, что представляется еще болѣе удобнымъ. Мнѣ приходилось видѣть ногодержатели описаннаго типа, у которыхъ часть, обхватывающая ногу, была прикрѣп-

лена къ средней части ногодержателя (стержню) при помощи подвижного (шарообразного) шарнира. Такое видоизмѣненіе нужно считать крайне нецѣлесообразнымъ: хотя колѣни больной и остаются разведенными, но голенями больная можетъ свободно двигать во всѣ стороны и, сближая ихъ, не только закрываетъ операціонное поле, но легко можетъ касаться стопою даже лица оператора. Преимущества ногодержателя описаннаго типа по сравненію съ другими подобными приспособленіями, прикрѣпляемыми къ столу и т. под., заключаются, главнымъ образомъ, въ томъ, что, не имѣя опоры внѣ своего тѣла, больная хорошо сохраняетъ разъ приданное ей членорасположеніе; кромѣ того, занимая очень мало мѣста, ногодержатель оставляетъ свободный доступъ къ больной; онъ портативенъ, поэтому его легко имѣть съ собой (напр. въ акушерскомъ наборѣ); наконецъ онъ избавляетъ отъ необходимости заботиться,

чтобы кто нибудь спеціально держалъ ноги больной, и даетъ такимъ образомъ возможность ассистентамъ свободно располагать обѣими своими руками. Удобства, сопряженныя съ употребленіемъ ногодержателя, настолько существенны, что въ теченіе длиннаго ряда лѣтъ я его употребляю почти во всѣхъ случаяхъ, безусловно предпочитая его употребленіе держанію ногъ ассистентами. При употребленіи ногодержателя необходимо, однако, всегда слѣдить, чтобы онъ не производилъ слишкомъ сильнаго давленія на прилегающія части. Съ этою цѣлью ремень слѣдуетъ располагать такъ, чтобы онъ былъ перекинутъ черезъ правое плечо, причемъ одинъ его конецъ приходится поверхъ больной, на правомъ плечѣ, а другой ложится сзади, и затѣмъ выводится впередъ изъ подъ лѣвой крыльцевой ямки. Часть ремня, соприкасающаяся съ шейю, должна быть подбита чѣмъ либо мягкимъ; въ равной степени необходимо, чтобы ремни, охватывающіе ноги, также хорошо были подбиты и не производили слишкомъ сильнаго давленія на прилежащія нижнія конечности. Чрезвычайно важно также слѣдить во время операціи за тѣмъ, чтобы помощники не наваливались на приподнятыя ногодержателемъ ноги больной, чтобы



Рис. 74. Штативъ для бутылей съ растворами.

Шкафъ для  
инструмен-  
товъ.



Рис. 75. Металлическій барабанъ для перевозочнаго ма-  
териала съ открытыми отверстиями (для помѣщенія въ  
стерилизаторъ).



Рис. 76. Тотъ же барабанъ съ закрытыми отверстиями.

избѣжать сильнаго и продол-  
жительнаго давленія инстру-  
ментомъ на подколѣнную  
часть ноги и придавливанія  
крупныхъ сосудовъ или нерв-  
ныхъ стволовъ.

Какъ и операционный  
столъ, всѣ остальные пред-  
меты, помѣщающіеся въ опе-  
рационной, должны быть пред-  
почтительно сдѣланы изъ ме-  
талла и стекла, благодаря  
чему ихъ несравненно легче  
мыть и дезинфицировать.  
Шкафъ для инструментовъ,  
гдѣ только возможно, прак-  
тично имѣть вдѣланнымъ въ  
стѣну въ уровень съ ней  
такъ, чтобы въ него доступъ  
былъ не только со стороны  
операционной, но и смежнаго  
помѣщенія: этимъ не только  
удаляется изъ операционной  
лишній предметъ, но и вы-  
игрывается свободное мѣсто.  
Чрезвычайно удобно имѣть  
придѣланную къ потолку  
шкафа электрическую лампу,  
дающую возможность, благо-  
даря стекляннымъ полкамъ,  
видѣть все его содержимое и  
въ ночное время.

На рис. 74 изображенъ  
штативъ, снабженный стек-  
лянной полкой, для 4 бутылей  
съ запасными растворами,—  
двухъ для сулемы 1 : 2000 и  
двухъ для 4% раствора борной  
кислоты. Употребляемые  
мною *подвижные штативы*  
для ирригаторовъ, сдѣланные

по специальному рисунку, заслуживают особого внимания как по своей устойчивости, благодаря чему нет риска их опрокинуть, так равно и крайне легкой подвижности, причем вся форма штатива имеет изящный вид (рис. 38). 10-ти-литровая бутылка, заменяющая ирригатор, может быть устанавливаема на различной высоте и снабжена сифоном, как это видно на том же рисунке. Преимущество такого устройства, по сравнению с обычными ирригаторами Эсмарха, состоит в том, что жидкость помещается в закрытом пространстве и защищена от пыли, поступающей же в бутылку воздух предварительно фильтруется через ватную пробку.

Запасные  
растворы и  
иррига-  
торы.

Важную роль играют аппараты для стерилизации:

- 1) инструментов и посуды;
- 2) перевязочного материала и бинта;
- 3) воды;
- 4) физиологического 0,7%-ного раствора поваренной соли.

Стерилиза-  
ционные  
аппараты.

В аппарате Schimmelbusch'a, предназначенного для стерилизации инструментов и посуды, надежные результаты достигаются обычным кипячением в 2%-м растворе двууглекислой соды. Остальные три (2-й, 3-й и 4-й) аппарата, как это мною уже было указано, должны работать при температурах не ниже 115—120°.

*Аппарат Шиммельбуша*, предназначенный для выварки инструментов, тазиков, стеклянной посуды и т. под., должен быть достаточно велик, чтобы вмещать не только самые длинные инструменты, но и такие предметы, как тазы для мытья рук, следовательно размеры его должны быть не меньше 75 × 50 × 35 см. Затем надо иметь возможность очень быстро доводить содержащийся в нем раствор соли до точки кипения, для чего лучше всего пользоваться змеевиком, по которому циркулирует горячий пар, или электрическим согревателем. Кроме выигрыша времени, подобным приспособлением устраняется порча воздуха в операционной, наблюдаемая при употреблении взвешанной пара или электричества различных горелок.

*Аутоклав для стерилизации перевязочного материала и бинта* (рис. 77) практичнее всего имеет в форме горизонтально расположенного цилиндра, и притом вдвинутого в ствол операционной так, чтобы доступ к нему был и со стороны смежного с ней помещения, откуда в стерилизатор и вкладываются все предметы, подлежащие дезинфекции. Крышка стерилизатора, обращенная в операционную, открывается лишь по окончании стерилизации, в тот момент, когда нужен перевязочный материал. Этот последний, равно как стерилизуемое бинто, помещается в стерилизатор в отдельных металлических коробках (барабанах), в которых предметы стерилизуются, что дает возможность по частям пользоваться приготовленным материалом, предохраняя остальной от случайного загрязнения. Стенки упомянутых металлических коробок, цилиндрической формы, снабжены целым рядом отверстий, через которые без-

препятственно проникает парь во время стерилизаціи матеріала, по окончаніи же ея эти отверстія самостоятельно закрываются, для чего стоить только поднять ручку описанной коробки (рис. 75 и 76).

Стерилизаторы-автоклавы, употребляемые въ Клиническомъ Повивально-Гинекологическомъ Институтѣ, изготовлены американской фирмой Kny-Scheerer'a и несомнѣнно представляютъ наиболѣе совершенный стерилизаціонный аппаратъ, употребляемый въ практикѣ. Они представляютъ то преимущество, что, благодаря возможности получать предварительный вакуумъ (до  $\frac{1}{3}$  атмосферы), лучше обеспечиваютъ поступленіе пара въ толщу стерилизуемыхъ матеріаловъ; кромѣ того, благодаря тому же приспособленію, они даютъ не влажный, а сухой перевязочный матеріалъ. При каждомъ аппаратѣ, находящемся въ Институтѣ, имѣется рисунокъ стерилизатора и описаніе, какъ пользоваться имъ. Мы приводимъ ниже этотъ рисунокъ съ приложенными къ нему правилами.

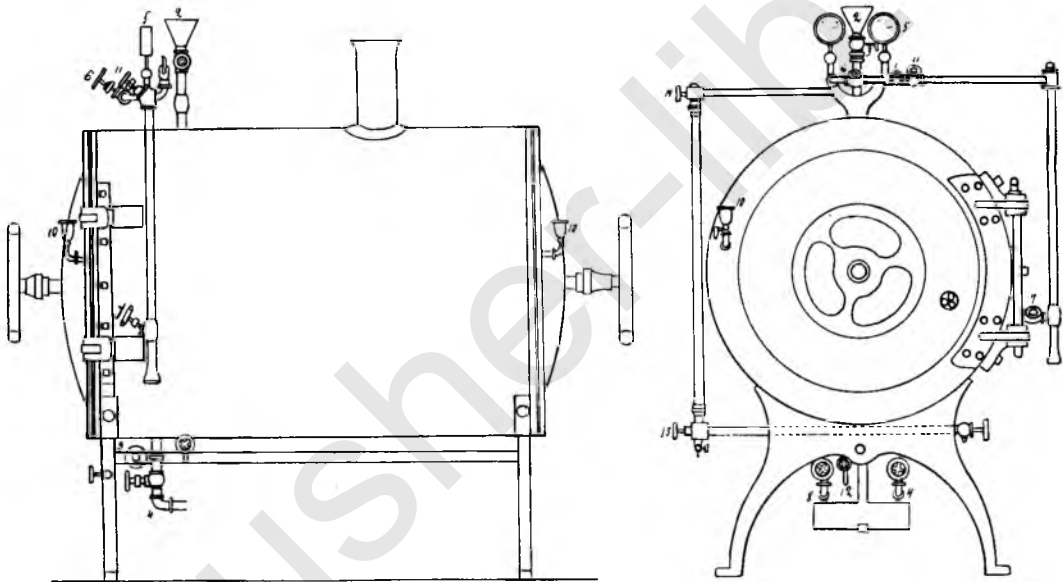


Рис. 77. Стерилизаторъ для перевязочнаго матеріала.

#### СТЕРИЛИЗАЦІЯ ПЕРЕВЯЗОЧНАГО МАТЕРІАЛА.

1. *Наполненіе аппарата водою.* Черезъ воронку (2), открывъ кранъ (3), наливають въ кожухъ воду, при чемъ кранъ (1) долженъ быть открытъ для выхода воздуха. Наполненіе производится до тѣхъ поръ, пока вода въ водомѣрномъ стеклѣ не будетъ на высотѣ красной черты. Краны (13) и (14) должны быть открыты.

2. *Помѣщеніе вещей въ аппаратъ и закрываніе его.* Открывъ аппаратъ, въ него помѣщаютъ матеріалъ, подлежащій дезинфекціи, послѣ чего аппаратъ герметически закрываютъ. Для этого необходимо, чтобы радіально расположенные на дверцѣ рычаги зашли за металлическіе выступы, укрѣпленные на внутренней поверхности цилиндра; это достигается, если прихлопнуть дверцу и повернуть придѣланный къ дверцѣ маховичекъ вправо.



3. *Нагрѣваніе кожуха и выработка пара.* Нагрѣваніе аппарата производится подводеннымъ къ нему паромъ; открывая паровые краны (8) и (4) на отводной и приводной трубахъ, пускаютъ паръ въ змѣвикъ, помѣщенный въ кожухѣ. Для ускоренія нагрѣванія слѣдуетъ зажигать и газъ (9). Въ началѣ нагрѣванія кранъ (1) остается открытымъ, и только тогда, когда изъ него покажется паръ, отъ закрывается. Нагрѣваніе продолжается до тѣхъ поръ, пока соединенный съ кожухомъ манометръ (5) не покажетъ, что давленіе пара доведено отъ одной до полутора атмосферы.

4. *Образованіе вакуума.* Для образованія вакуума въ стерилизаціонномъ цилиндрѣ открываютъ кранъ (7) для выхода воздуха изъ цилиндра, краны же (10) и (12) въ это время должны быть закрыты. Затѣмъ открываютъ вентиль (11); тогда паръ, выходя изъ кожуха, увлекаетъ съ собой воздухъ изъ цилиндра и образуетъ въ немъ разрѣженное пространство, которое слѣдуетъ довести до 4-го дѣленія ниже нуля по манометру (5). Примѣчаніе: въ этотъ моментъ слѣдуетъ еще прикрыть дверцы, но безъ особаго усилія.

5. *Процессъ стерилизаціи.* Краны (7) и (11) закрываютъ и открываютъ кранъ (6) для впуска пара въ цилиндръ изъ кожуха. Когда вакуумъ исчезнетъ, и давленіе въ цилиндрѣ нѣсколько поднимется, слѣдуетъ продуть цилиндръ паромъ для полного удаленія воздуха. Для этой цѣли открываютъ краны (10) и (12) на 2—3 минуты, и когда изъ нихъ ясно покажется паръ, краны закрываютъ, и нагрѣваніе продолжается до тѣхъ поръ, пока оба манометра не покажутъ давленія въ одну атмосферу. Для удобства внутри аппарата имѣются и контактные термометры, дающіе одинъ звонокъ при температурѣ 110 градусовъ Цельсія (давленіе + 0,5 атм.) и другой—при температурѣ 120 градусовъ Цельсія (давленіе въ +1 атм.). При температурѣ въ 120 градусовъ оставляютъ аппаратъ въ теченіе 20 минутъ.

6. *Остываніе аппарата и сушка перевязочнаго матеріала.* Чтобы аппаратъ остылъ, закрываютъ кранъ (6) и открываютъ вентили (10) и (12) для выхода пара изъ цилиндра. Вентиль (7) также долженъ быть открытъ. Для сушки перевязочнаго матеріала закрываютъ краны (10) и (12) и, вложивъ въ воронку крана (10) ватный фильтръ, открываютъ кранъ снова. Черезъ 10 минутъ послѣ этого можно вынимать уже готовый стерилизованный матеріаль.

Для полученія стерилизованной воды въ Императорскомъ Клиническомъ Повив.-Гинекологическомъ Институтѣ установлены два стерилизаціонныхъ аппарата, доставляющихъ каждый въ часъ по 50 ведеръ стерилизованной воды, съ особымъ напорнымъ бакомъ емкостью около 400 ведеръ и трубопроводомъ (см. рис. 78). Каждый аппаратъ состоитъ изъ стерилизатора С и холодильника d. Первые сдѣланы изъ мѣди, внутри вылуженной, а вторые, какъ и напорный бакъ съ трубопроводомъ—изъ оцинкованнаго желѣза. Для уменьшенія потери тепла стерилизаторы имѣютъ деревянную обшивку. Стерилизаторы, холодильники и напорный бакъ соединены между собою трубами, на которыхъ установлены соответствующіе краны. Напорный бакъ закрытъ и имѣетъ сообщеніе съ воздушнымъ пространствомъ посредствомъ особой воздушной трубы q, снабженной ватнымъ фильтромъ f; для выхода же излишней воды служитъ труба r, снабженная застоємъ.

Аппараты наполняются фильтрованной водой изъ главнаго напорнаго бака по трубѣ v, причемъ давленіе въ аппаратахъ все время поддерживается равнымъ около 2½ атм. Предварительно вода поступаетъ въ холодильники, гдѣ значительно нагрѣвается, охлаждая въ змѣвикѣ стерилизованную воду, и затѣмъ перегоняется въ стерилизаторъ. Здѣсь вода стерилизуется при указанномъ давленіи паромъ, поступающимъ чрезъ клапанъ п и нагрѣвается до температуры 120° С., находясь подъ ея дѣйствіемъ въ продолженіе 20 минутъ. Изъ стерилизатора вода поступаетъ въ

Стерилизаціонные аппараты для воды.

холодильникъ, откуда, охлажденная до 25—30° С., перегоняется въ напорный бакъ. Для правильнаго дѣйствія, между стерилизаторомъ и холодильникомъ находится регулирующий клапанъ О, устанавливаемый такимъ образомъ, чтобы вода точно находилась въ теченіе 20 минутъ подъ дѣйствіемъ указанной температуры.

Для пользования стерилизованной водой во всѣхъ зданіяхъ уста-

новлены особые краны, а также имѣются и умывальники при родильныхъ и операционныхъ комнатахъ. Къ умывальникамъ проведена какъ холодная, такъ и горячая стерилизованная вода. Последняя нагревается въ двухъ небольшихъ котлахъ.

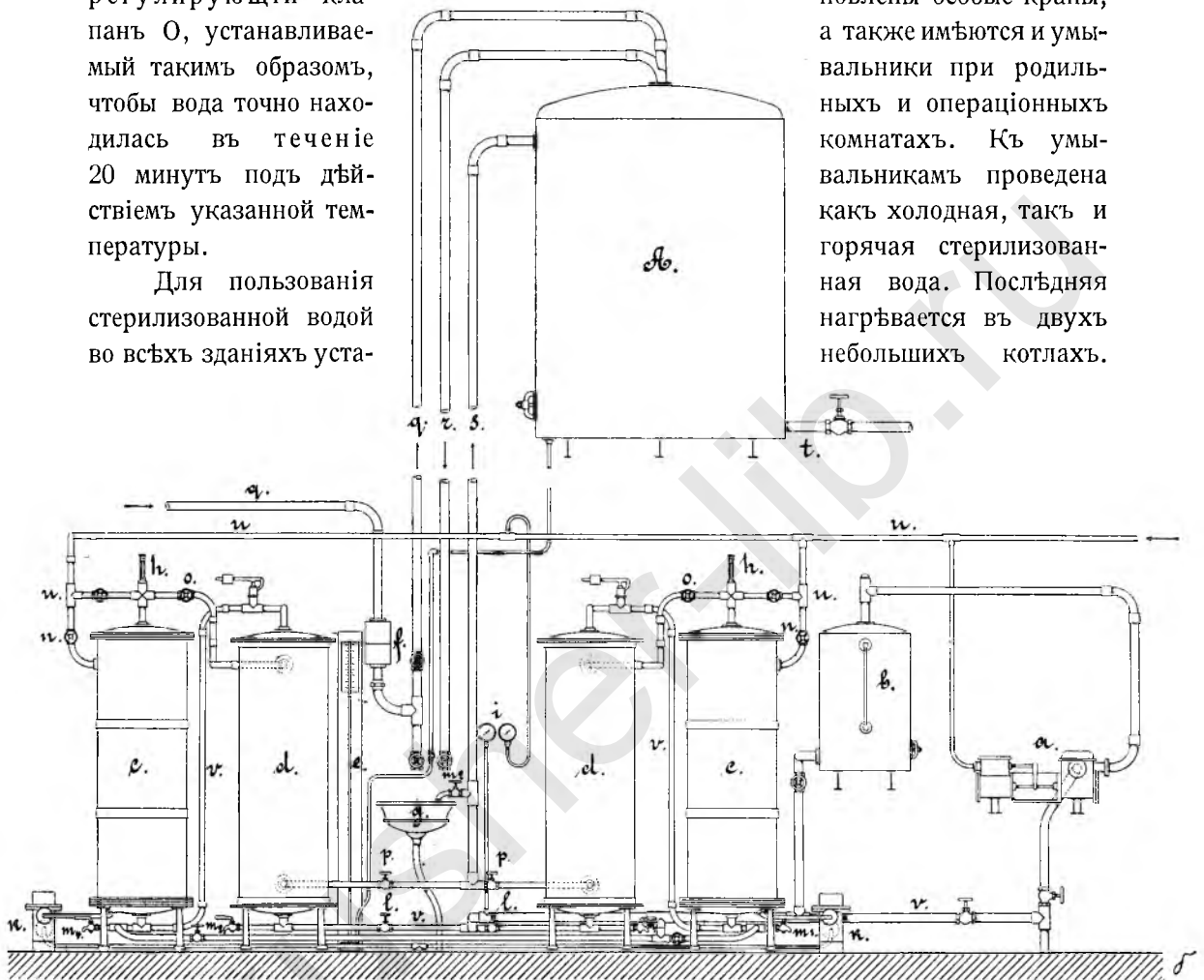


Рис. 78. Аппаратъ для приготовления стерилизованной воды.

Холодная вода подъ напоромъ поступаетъ въ холодильникъ d, въ нихъ она движется снизу вверхъ, омывая въ то же время мѣдный луженый змѣвикъ, по которому движется сверху внизъ горячая уже стерилизованная вода изъ подогревателя с; такимъ образомъ въ холодильникехъ d съ одной стороны стерилизованная вода охлаждается и по трубѣ s поступаетъ въ резервуаръ А, а съ другой стороны холодная вода, поступающая для стерилизации, подогревается и по трубѣ v переходитъ въ подогреватель с, гдѣ, циркулируя около мѣдныхъ трубокъ, несущихъ паръ, нагревается до температуры 120° С. и черезъ кранъ О поступаетъ въ холодильникъ d. Резервуаръ А для храненія охлажденной стерилизованной воды, герметически закрытый, установленъ на башнѣ; t—расходящая труба.

Трубы, по которымъ течетъ стерилизованная вода, проведенныя по всему зданію, періодически стерилизуются пропускаемымъ черезъ нихъ текучимъ паромъ, что достигается соединеніемъ этой системы трубъ съ паровикомъ при помощи специально для этого устроеннаго крана.

Аппаратъ для приготовления 0,7% стерилизованнаго физиологическаго раствора поваренной соли въ настоящее время слѣдуетъ считать однимъ изъ крайне полезныхъ и необходимыхъ приспособленій при каждой благоустроенной операціонной, позволяющимъ успѣшно проводить требованія асептики. Приготовляя растворъ, приближающійся къ тканевымъ сокамъ организма, не раздражающій тканей и не понижающій ихъ жизнеспособность, указанное приспособленіе даетъ возможность пользоваться стерилизованнымъ растворомъ для орошенія раневой поверхности въ случаяхъ проведенія такъ наз. влажнаго метода при асептическихъ операціяхъ, а также для подкожныхъ и внутривенныхъ вливаній, для промыванія полыхъ органовъ и т. под.

Аппаратъ для приготовления стерилизованнаго физиологическаго раствора NaCl.

Считаю долгомъ указать, что мы почти исключительно пользуемся упомянутымъ выше «влажнымъ» методомъ, въ виду его несомнѣнныхъ преимуществъ передъ такъ наз. «сухимъ», употребленіе котораго сопровождается несравненно большимъ раздраженіемъ тканей во время вытиранія раневой поверхности сухимъ перевязочнымъ матеріаломъ, высыханіемъ ея, а слѣдовательно и обмираніемъ поверхностнаго слоя тканей, и т. под. отрицательными явленіями.

Аппаратъ для приготовления стерилизованнаго физиологическаго раствора впервые мною былъ введенъ въ практику въ 1890 году <sup>1)</sup>.

Въ настоящее время для приготовления стерилизованнаго физиологическаго раствора соли при всѣхъ операціонныхъ Института установлены особые усовершенствованные аппараты, въ количествѣ 3 штукъ, емкостью около 300 и 150 литровъ. Аппараты представляютъ собою никкелевые котлы съ двойными стѣнками и двойными днищами, герметически закрываемые. Наружная стѣнка и дно сдѣланы изъ красной никкелированной мѣди. На крышкѣ аппарата имѣется стеклянная воронка для наполненія аппарата фильтрованной водою и необходимымъ количествомъ соли. Кромѣ того, здѣсь же установлены манометръ, термометръ и краны для выхода раствора чрезъ особый предохранительный клапанъ, въ случаѣ чрезмѣрнаго давленія въ аппаратѣ, а также для сообщенія съ внѣшнимъ воздушнымъ пространствомъ чрезъ ватный фильтръ.

Для приготовления стерилизованнаго раствора между стѣнками котла впускаютъ паръ, нагревающій растворъ до 120° С. При такой температурѣ растворъ остается въ продолженіи 20 минутъ, послѣ чего, для охлажденія раствора, паровое пространство заполняютъ циркулирующей холодной водою, понижающей температуру раствора до 30° С.

Изъ аппарата растворъ по особымъ трубамъ подводится въ соответствующія мѣста операціонныхъ.

Аппараты установлены на особыхъ кронштейнахъ подъ потолкомъ; управленіе же всѣми кранами для впуска и выпуска воды и пара происходитъ внизу у особой сливной раковины.

<sup>1)</sup> Аппаратъ этотъ описанъ В. В. Строгановымъ въ газетѣ «Врачъ». 1892 г. № 32.

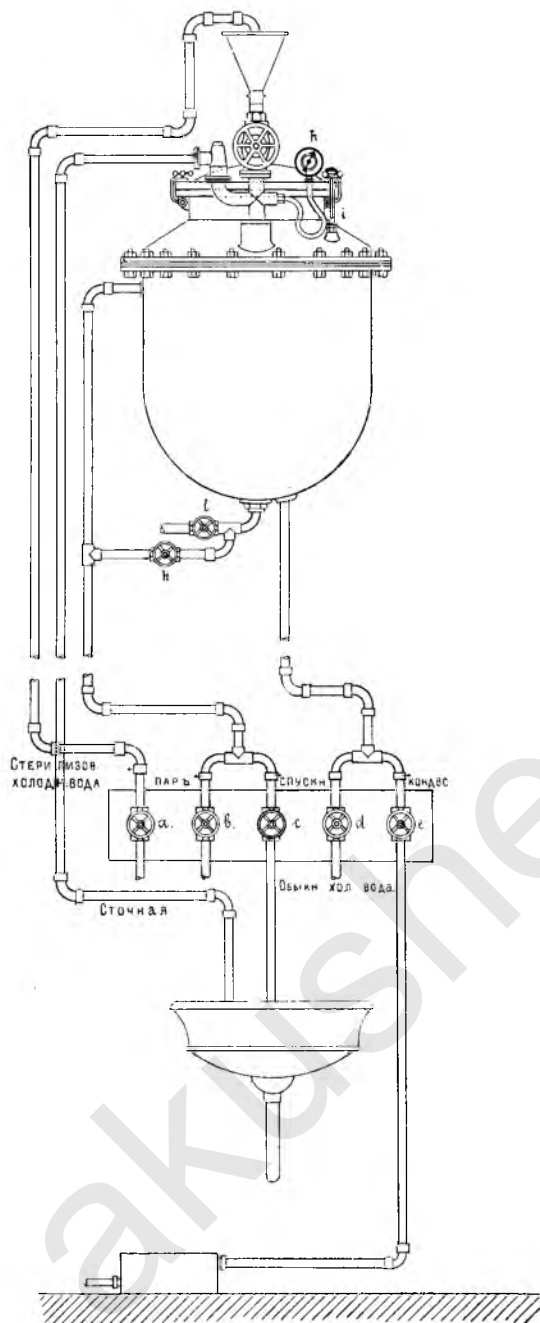


Рис. 79. Аппарат для приготовления физиологического раствора поваренной соли.

При каждом аппарате вывѣшенъ схематическій его рисунокъ (см. рис. 79) и краткая (приводимая ниже) инструкция способа его употребленія.

#### ИНСТРУКЦІЯ ДЛЯ ПРИГОТОВЛЕНІЯ СТЕРИЛИЗОВАННАГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКАГО РАСТВОРА СОЛИ.

1) Черезъ воронку вводятъ въ аппаратъ, уже немного наполненный стерилизованной водой, 1440 грм. поваренной соли, въ видѣ насыщеннаго раствора, и доливаютъ стерилизованной водой, открывая кранъ *а*. При наполненіи аппарата кранъ *г* долженъ быть открытъ; когда изъ него покажется вода, то аппаратъ наполненъ.

2) Краны *а* и *г* закрываютъ и приступаютъ къ нагреванію раствора. Для этойцѣли открываютъ конденсаціонный кранъ *е* и паровой *б*; при давленіи въ 1,5—2 атмосферы (см. манометръ *ж*) и температурѣ въ 120° нагреваніе поддерживается въ теченіе 20 минутъ.

3) Для охлажденія раствора закрываютъ краны *б* и *е* и открываютъ краны *д* (холодная вода) и *с* (спускной). Вода, циркулируя въ кожухѣ, охлаждаетъ растворъ до желаемой температуры.

4) Для выпусканія приготовленнаго раствора въ операционную надо открыть кранъ *и*, выпускающій жидкость, и кранъ *з*, снабженный ватнымъ фильтромъ, для впуска воздуха въ аппаратъ. При желаніи выпустить растворъ наружу, безъ употребленія его, нужно открыть кранъ *к*, выпускающій содержимое аппарата въ спускную трубу.

За послѣднее время предложень цѣлый рядъ различныхъ аппаратовъ

для приготовленія стерилизованныхъ растворовъ, необходимыхъ въ хирургической дѣятельности, отличающихся большей или меньшей сложностью. Несомнѣнно

однако заслуживаютъ предпочтенія тѣ изъ нихъ, въ которыхъ стерилизація жидкости происходитъ подь большимъ давленіемъ и  $t^{\circ}$  можетъ быть доведена до  $120^{\circ}$  С и болѣе. Помимо 0,7% солевого раствора, наиболѣе распространеннаго, нѣкоторые авторы рекомендуютъ Локковскую жидкость и другіе подобные растворы.

#### ИНСТРУМЕНТАРІЙ.

Инструментарій долженъ быть по возможности немногочисленъ и простъ, конечно, при условіи, чтобы это не шло въ ущербъ его практичности. Такъ какъ



Рис. 80. Зеркало Simon'a ( $\frac{1}{9}$  нат. величины; справа изображеніе замка въ естест. величину).



Рис. 81. Наборъ ложекъ для зеркала Simon'a ( $\frac{1}{9}$  нат. величины).



Рис. 82. Зеркало Fritsch'a. ( $\frac{1}{9}$  нат. велич.).

цѣлесообразно устроенный инструментъ существенно облегчаетъ работу, то мы и должны указать на всѣ особенности въ устройствѣ отдѣльныхъ инструментовъ и на то, чѣмъ необходимо руководствоваться при ихъ выборѣ; хотя слѣдуетъ замѣтить, что нужно всегда умѣть приспособиться ко всякому инструменту, если къ тому принудятъ обстоятельства. Съ цѣлью обнажить и создать доступъ къ различнымъ отдѣламъ родового канала мы пользуемся ложкообразными *зеркалами* Simon'a и такъ наз. подьемниками. Зеркала нужно имѣть четырехъ величинъ и такой формы, какъ это изображено на рис. 80 и 81, съ легкимъ расширеніемъ къ концу ложки. При такой формѣ

ложки не такъ легко выскальзываютъ изъ влагалища, чему также содѣйствуетъ и изгибъ по длиннику ложки. Удерживаться въ рукояткѣ ложка должна при помощи винта: такое укрѣпленіе прочнѣе, чѣмъ зажимъ съ пружиной, который обыкновенно очень легко ослабѣваетъ, и ложка, благодаря этому, начинаетъ хлябать въ рукояткѣ; да и къ тому же, при случайномъ прикосновеніи, затворъ легко можетъ открыться. Рукоятки къ зеркаламъ должны быть достаточно объемистыми, чтобы удобнѣе было ихъ держать, и для того, чтобы рука не такъ скоро уставала.



Рис. 83. Плоское зеркало Д. О. Отта ( $\frac{1}{10}$  нат. величины).



Рис. 84. Верхнее плоское зеркало ( $\frac{1}{10}$  нат. велич.).

То мѣсто, гдѣ вставляется зеркало въ рукоятку, должно быть приспособлено для чистки; поэтому, какъ это изображено на рисункѣ, выгодно, чтобы гнѣздо, куда вставляется зеркало, съ одной стороны было открыто. Въ тѣхъ случаяхъ, когда приходится не только обнажить части для осмотра, а предстоитъ оперировать на маткѣ или вообще въ глубокихъ отдѣлахъ влагалища, чрезвычайно удобно предварительно подтянуть соответствующую часть къ половой щели; для такихъ случаевъ чрезвычайно практично имѣть короткія ложкообразныя зеркала, съ нѣсколькими уплощеннымъ и расширеннымъ концомъ, какъ это изображено на рис. 82. Эти зеркала, извѣстныя подъ названіемъ Fritsch'евскихъ, несомнѣнно представляютъ одно

изъ практичѣйшихъ приспособленій, необходимое для каждого оператора. Описанныхъ зеркалъ мы имѣемъ двѣ величины: болѣе узкое и болѣе широкое.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда, во время влагалищнаго чревосѣченія, приходится, обнажая операционное поле, отстранять матку, придатки или кишечникъ, мы имѣемъ спеціальныя зеркала съ очень длинными и плоскими ложками (рис. 83), что очень удобно, когда приходится, напр., приподнять матку, и т. под.

Верхніе подъемники обыкновенно достаточно имѣть двухъ величинъ; для того, чтобъ удобнѣе ими манипулировать, нужно, чтобы пластина (подъемникъ),

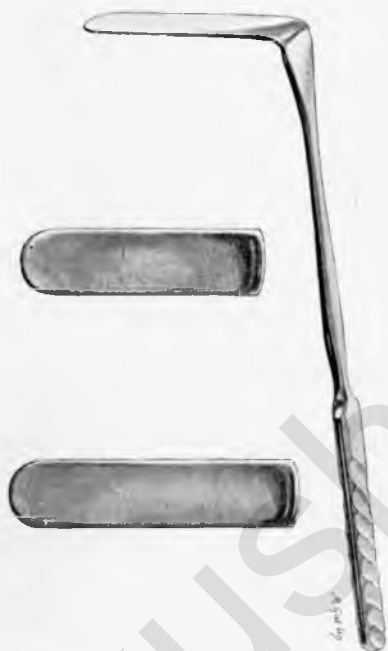


Рис. 85. Боковой экартеръ ( $\frac{1}{9}$  нат. величины).



Рис. 86. Боковой подъемникъ большой ( $\frac{1}{9}$  нат. величины).

вставляемая въ рукоятку, съ нею составляла слегка тупой уголъ (см. рис. 84). Боковыхъ расширителей достаточно имѣть двухъ величинъ. Инструментъ сдѣланъ изъ одного куска стали; пластина, которая вводится во влагалище, расположена къ рукояткѣ подъ прямымъ угломъ (рис. 85 и 86). Для раздвиганія краевъ разрѣза при чревосѣченіяхъ мы употребляемъ экартеръ Fritsch'a (рис. 87), вставляемый въ нижній уголъ раны—«угловикъ», а также самодержащійся расширитель (Collin'a), который изображенъ на рис. 88.

Для того, чтобы сильно подтянуть матку, или надежнымъ образомъ ее фиксировать, мы пользуемся *щипцами*, похожими на щипцы Muzeux и отличающимися

отъ нихъ тѣмъ, что зубцы, вѣдряющіеся въ ткань, менѣе остры, много короче и толще, чѣмъ въ щипцахъ Museux; кромѣ того, при захватѣ, напр., маточной шейки, ткани ея ущемляются плоскимъ зубчатымъ отдѣломъ щипцовъ, расположеннымъ на концѣ ихъ, между указанными шипами, которые въ свою очередь устраняютъ возможность соскальзыванія инструмента. Мы обыкновенно пользуемся щипцами, снабженными на каждой вѣтви одной парой зубцовъ (двузубцы, см. рис. 14); въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ приходится захватить ткани съ особой



Рис. 87. Экартеръ Fritsch'a («угловикъ»).

Рис. 88. Самодержащійся расширитель Collin'a ( $\frac{1}{10}$  нар. величины).

силой, употребляемъ трех- или четырехзубцы (рис. 89). Выгода указанныхъ щипцовъ по сравненію со щипцами Museux заключается въ томъ, что короткіе и относительно тупые зубцы, которыми снабженъ инструментъ, не такъ легко прорѣзываютъ ткани, какъ это сплошь да рядомъ наблюдается при употребленіи щипцовъ Museux, избѣгается раненіе смежныхъ тканей острыми зубцами и, главное, получается *несравненно болѣе прочный захватъ*, чѣмъ при Museux, который нами поэтому вовсе и не употребляется. Щипцы выигрываютъ въ практичности, если рукоятки ихъ снабжены замкомъ (crémaillère), который фиксируетъ инструментъ по захватѣ имъ тканей и избавляетъ поэтому отъ необходимости постоянно сжимать его рукоятку.



Отмѣтивъ всѣ выгоды зубчатыхъ щипцовъ, необходимо, однако, сдѣлать предостереженіе для случаевъ, гдѣ предстоитъ сохранить ту часть тканей, которая захватывается щипцами: такъ какъ щипцы крѣпко держатся путемъ сильнаго ущемленія тканей, то въ отдѣльныхъ случаяхъ, когда щипцы оставляются продолжительное время, можетъ получиться мѣстное омертвѣніе. Тамъ, гдѣ приходится употребить меньшую силу, какъ напр. при растягиваніи складокъ влага-



Рис. 89. Трех- и четырехзубецъ ( $\frac{1}{9}$  нат. величины).



Рис. 90. Щипцы Nelaton'a ( $\frac{1}{9}$  нат. величины).

лица, а также и при низведеніи матки, употребляются обыкновенные *пулевые щипцы*. Такъ какъ это инструментъ общеизвѣстный, то я ограничусь лишь указаніемъ, что тѣ пулевые щипцы, у которыхъ острый зубецъ, имѣющійся на концѣ каждой вѣтви, составляетъ съ нею прямой уголъ, менѣе удобны, чѣмъ тѣ, у которыхъ острый зубецъ расположенъ подъ тупымъ угломъ (см. рис. 13). У такихъ щипцовъ захватъ надежнѣе, такъ какъ они держатся еще и тѣмъ, что слегка ущемляютъ ткани между концами своихъ вѣтокъ, и благодаря этому имѣютъ меньше возможности ее прорѣзать. Острога крюка для фиксаціи или подтягиванія частей, какъ было уже сказано, мы вовсе не употребляемъ, замѣняя его во всѣхъ случаяхъ пулевыми

щипцами. Для захватыванія стѣнокъ мѣшечкатыхъ опухолей, *Неятоновскіе щипцы* вполне отвѣчаютъ своему назначенію (рис. 90). Для захвата яичниковъ очень практичны окончатые щипцы *Негар'а* (рис. 91). Для захвата и фиксаціи солидныхъ опухолей щипцы не всегда достигаютъ цѣли и въ такихъ случаяхъ они съ успѣхомъ могутъ быть замѣнены примѣненіемъ штопора (*Segond'a* или *Doyen'a*), который ввинчивается въ толщу опухоли и представляетъ очень надежный захватъ. Необходимо имѣть штопоры трехъ толщинъ и разной длины (рис. 92—94).



Рис. 91. Щипцы *Негар'а* для захвата яичниковъ.



Рис. 92. Штопоръ *Segond'a*.



Рис. 93. Штопоръ *Doyen'a* ( $\frac{1}{8}$  нат. величины).

Выборъ *иглодержателя* представляется чрезвычайно важнымъ вопросомъ, особенно въ гинекологическихъ операціяхъ, требующихъ зачастую необходимости наложенія швовъ въ глубокихъ и малодоступныхъ частяхъ. Я употребляю иглодержатель самой простой конструкціи (рис. 95), причемъ обращаю вниманіе на то, чтобы замокъ былъ хорошо сдѣланъ и вѣтви инструмента свободно открывались; концы инструмента (губы) не должны быть слишкомъ широки, чтобы избѣгнуть при захватѣ ломанія сильно изогнутыхъ иголь, и снабжаются мелкими нарѣзками для лучшаго захвата. Покрывать внутреннюю поверхность свинцомъ представляется излишнимъ. Описанный иглодержатель, какъ не снабженный ни-

какимъ спеціальнымъ зажимомъ, требуетъ, чтобы операторъ постоянно сжималъ его рукоятки, къ чему, впрочемъ, очень легко привыкнуть и что, при нѣкоторомъ навыкѣ, дѣлается вполне безсознательно. Это кажущееся неудобство создаетъ однако описанному инструменту именно тѣ преимущества, которыми не обладаетъ ни одинъ иглодержатель другой конструкции: можно легко перемѣстить иглу, захватить ее на другомъ мѣстѣ, такъ сказать по отдѣламъ продвигать въ тканяхъ, не тратя на то ни времени, ни усилий, понапрасну не травмируя ткани рѣзкимъ смѣщеніемъ иглы и сохраняя необходимое ея направленіе; помимо такого удобства захватыванія иглы, описанный иглодержатель, благодаря относительной толщинѣ своихъ вѣтвей, можетъ держать иглу несравненно крѣпче, чѣмъ снабженный спеціальнымъ зажимомъ, такъ какъ для послѣдняго требуется, чтобы его вѣтви сильно пружинили. Иглы разной толщины держатся одинаково хорошо, чего

нельзя сказать про другія системы иглодержателей. Это свойство иглодержателя особенно можно оцѣнить, когда съ силой приходится протыкать ткани тупой иглой Deschamps'a, что въ свою очередь избавляетъ отъ необходимости имѣть для указанныхъ цѣлей спеціальныя иглы съ рукоятками и т. под. Изъ другихъ видовъ иглодержателей наиболѣе распространены иглодержатели Hegar'a (рис. 96) и Reiner'a (рис. 97), закрывающіеся при помощи спеціального шарнира. Работая



Рис. 94. Штопоръ Д. О. Отга ( $\frac{1}{8}$  нат. величинъ) и рѣзущая трубка Доуен'а (изображеніе попер. сѣченія ея— $\frac{3}{8}$  нат. величинъ).

съ подобнымъ иглодержателемъ, операторъ не такъ скоро и удобно можетъ измѣнить положеніе иглы, какъ въ иглодержателѣ безъ зажима; кромѣ того, для работы съ иглой Deschamps'a онъ не пригоденъ, такъ какъ его вѣтви слишкомъ слабы, чтобы крѣпко фиксировать иглу, особенно когда приходится прокалывать мало податливыя и твердыя ткани.

*Иглы* нами употребляются исключительно изогнутыя, причемъ ушко иглы снабжено раскеномъ, что существенно облегчаетъ продергиваніе въ нихъ шелка. Такихъ ушковъ съ раскенами нѣтъ только у иглъ значительной толщины, какъ напр. у иглы Deschamps'a (рис. 98) и т. под.



Рис. 95. Иглодержатель Д. О. Отта ( $\frac{1}{2}$  нат. вел.).



Рис. 96. Иглодержатель Негар'a ( $\frac{1}{2}$  нат. вел.).



Рис. 97. Иглодержатель Рейнер'a ( $\frac{2}{3}$  нат. вел.).

*Ножницы* употребляются двухъ сортовъ: для чревосѣченій—изогнутыя по плоскости подъ тупымъ угломъ непосредственно у замка (рис. 99); при остальныхъ операціяхъ—Соорег'овскія. Что касается Соорег'овскихъ ножницъ, то цѣлесообразнѣе ихъ имѣть съ не совсѣмъ тупыми концами и чтобы рѣжущія вѣтви ихъ не были толсты ни на концахъ, ни на мѣстѣ изгиба: такими ножницами съ плоскими вѣтвями удобнѣе производить освѣженіе, и поэтому онѣ пригоднѣе для пластическихъ операцій (рис. 100).

*Нож* мы употребляемъ съ слегка брюшистымъ лезвіемъ (рис. 101). Для того, чтобы очертить границы лоскута при пластическихъ операціяхъ, особенно фистуль, болѣе остроконечный ножъ удобнѣе. Рукоятки ножей (равно и другихъ

инструментовъ, особенно имѣющихъ болѣе или менѣе длинную рукоятку, какъ напр. ложечки для выскабливанія, зонды Playfair'a и т. под.) практичнѣе имѣть гранеными и не слишкомъ тонкими, дабы инструментъ удобнѣе было держать въ рукѣ.

*Острыя ложки* мы употребляемъ трехъ разныхъ величинъ; при удаленіи же частицъ слизистой оболочки для цѣлей изслѣдованія, пользуемся *острой петлей* (двухъ размѣровъ, см. рис. 21). Тупая ложка служить не въ качествѣ инструмента для соскабливанія слизистой оболочки матки, а лишь для изслѣдованія маточной полости, послѣ предварительнаго ея расширенія и, въ этомъ отношеніи, она несомнѣнно имѣетъ преимущество передъ обыкновеннымъ маточнымъ зондомъ. Четырехгранная рукоятка для острыхъ ложечекъ практичнѣе другихъ.

*Пинцеты* имѣются троякаго рода: лапчатые, обыкновенные анатомическіе и хирургическіе разной длины, смотря по надобности. Пинцетъ долженъ легко и хо-



Рис. 98. Тупыя иглы Deschamps'a.



Рис. 99. Ножницы для чревосѣченія ( $\frac{2}{3}$  нат. величины).



Рис. 100. Ножницы Коопер'a ( $\frac{2}{3}$  нат. величины).

рошо пружинить, а слѣдовательно пружинящая часть не должна быть очень толста. Вѣтви пинцетовъ не должны быть слишкомъ тонки и маніатюрны, и лучше, если по наружной своей поверхности онѣ снабжены рядомъ не глубокихъ, но сравнительно крупныхъ и ровныхъ бороздокъ; такой пинцетъ удобнѣе держать, и пальцы не такъ легко устаютъ.

Губы «лапчатаго» пинцета имѣютъ видъ полувѣнчика (рис. 102), и, благодаря этому, сильнѣе и надежнѣе захватываютъ ткани. Хирургическіе пинцеты, употребляемые нами почти исключительно для прилаживанія краевъ разрѣза во время пластическихъ операций, должны имѣть концы по возможности не толстые и сходящіяся на-нѣтъ (рис. 103). Подобная форма концовъ пинцета позволяетъ болѣе удобно и тщательно прилаживать края разрѣза, чѣмъ пинцетъ, у котораго, послѣ того, когда сближены концы, получается на концѣ инструмента площадка сѣченія перпендикулярная къ длиннику инструмента (рис. 104). Захватъ тканей хирургическимъ пинцетомъ всегда слабѣе, чѣмъ лапчатымъ.

*Корнцанговъ* необходимо имѣть: два прямыхъ, изъ коихъ одинъ снабженъ большими «губами» и вообще болѣе массивной конструкціи и, кромѣ того, одинъ изогнутый по плоскости, на подобіе Куперовскихъ ножницъ. Около ручекъ необходимо простой и прочный замокъ.

*Кровоостанавливающіе щипцы* необходимы различной величины. Только тотъ инструментъ, у котораго имѣется хорошо сдѣланный и произвольно не размыкающійся (отскакивающій) замокъ, можетъ считаться удовлетворяющимъ своему назначенію; губы же щипцовъ должны хорошо прилаживаться другъ къ другу и имѣть такую форму, чтобы удобно соскальзывала лигатура, предназначенная для перевязки захваченнаго сосуда (рис. 105). У длинныхъ щипцовъ, помимо известной упругости концовъ, полное прилаживаніе губъ имѣется лишь въ конечныхъ

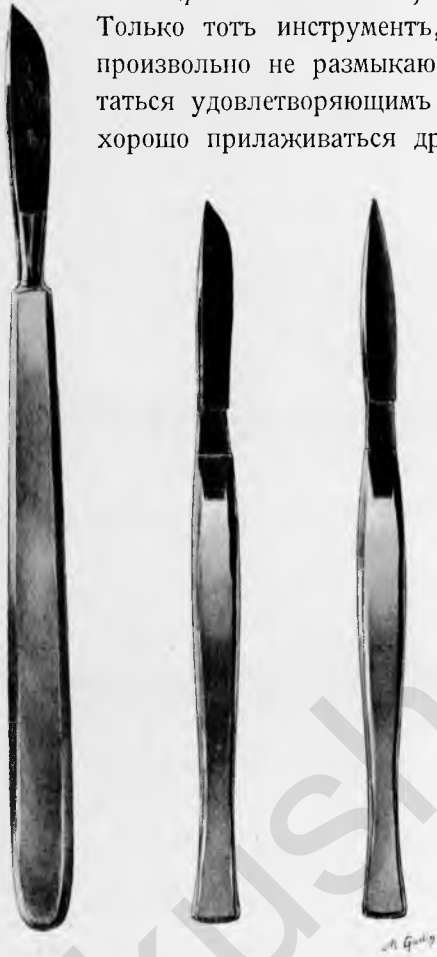


Рис. 101. Брюшистый скальпель ( $\frac{2}{3}$  нат. величины).



Рис. 102. Лапчатый пинцетъ ( $\frac{2}{3}$  нат. величины).



Рис. 103. Хирургическіи пинцетъ съ тонкими концами ( $\frac{2}{3}$  нат. величины).

ихъ точкахъ (Доуеп—рис. 106). Небольшая продольная выемка и рѣзко выраженная поперечная зазубренность по внутренней поверхности губъ обезпечиваетъ щипцы отъ соскальзыванія. Когда приходится оперировать въ очень глубокихъ полостяхъ, какъ напр. при влагалищномъ чревосѣченіи, необходимо имѣть наборъ очень длинныхъ инструментовъ, отъ 25 см. до 40 см. длины. При отсутствіи подобнаго набора инструментовъ болѣе сложные приемы при влагалищномъ методѣ вовсе не выполнимы.

*Маточные зонды* должны быть сдѣланы изъ довольно твердаго сплава, позволяющаго, однако, по желанію придавать инструменту ту или другую кривизну. Маточные зонды необходимо имѣть различной толщины, отъ 1 до 5—6 миллим. Плоскія (окончатія) рукоятки зондовъ должны быть не закруглены по краямъ, а имѣть грани, такъ какъ при послѣдней формѣ инструментъ держится въ рукѣ плотнѣе и не такъ легко вертится.

Для очистки полости шейки и тѣла матки наиболѣе пригодны *зонды Playfair'a*. Я считаю наиболѣе удобнымъ инструментъ, имѣющій граненую ручку и снабженный шероховатымъ и



Рис. 104. Хирургическій пинцетъ ( $\frac{2}{3}$  нат. величины) съ грубыми концами.

Рис. 105. Гемостатическій пинцетъ ( $\frac{2}{3}$  нат. величины).

Рис. 106. Пинцетъ Doyen'a.

слегка суживающимся концомъ, предназначеннымъ для наворачиванія на него ваты (см. рис. 36). Окончаніе инструмента пуговкой (оливой), на подобіе зонда, имѣеть ту невыгоду, что исключаетъ возможность пользоваться его концомъ для вытиранія частей, доступныхъ только кончику инструмента. Playfair'овскихъ зондовъ хорошо имѣть подъ руками достаточный запасъ, чтобы не тратить время на повторное стаскиваніе съ него и новое обертываніе ватой.

Изъ инструментовъ, предназначенныхъ для *расширенія маточнаго канала*, мы исключительно пользуемся *расширителями Hegar'a*, описаніе которыхъ см. на стр. 27.

Для орошенія и промыванія матки и другихъ полостей мы исключительно пользуемся обыкновенными прямыми наконечниками разнаго калибра, слегка суживающимися къ концу и приготовляемыми изъ стекла (рис. 107). Обыкновенными канюлями мы пользуемся въ виду того, что для дѣйствительности промыванія необходимо, чтобы жидкость поступала подъ извѣстнымъ давленіемъ. Такъ

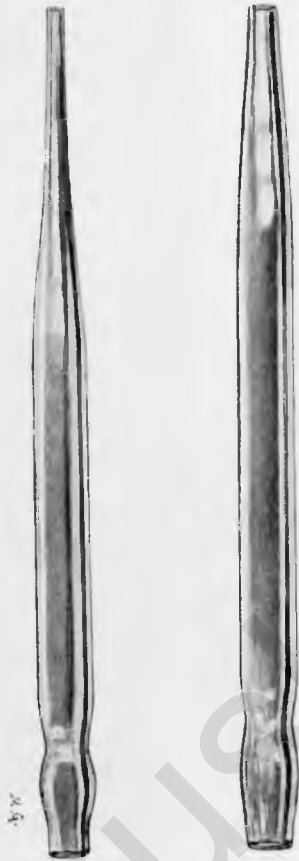


Рис. 107. Стеклянные наконечники ( $\frac{2}{3}$  нат. величины).



Рис. 108. Большой зондъ для промыванія матки ( $\frac{1}{10}$  нат. величины).

какъ этому требованію совершенно не отвѣчаютъ всякія приспособленія для одновременнаго оттока жидкости, то ни катетеръ Voze mann'a, ни другіе подобные инструменты à double courant мною вовсе не употребляются. Въ справедливости сказаннаго, впрочемъ, не трудно убѣдиться очень простымъ опытомъ съ наиболѣе распространеннымъ инструментомъ этого типа, именно съ катетеромъ Voze mann'a (старога типа), стоитъ только, соединивъ катетеръ Voze mann'a съ обыкновеннымъ ирригаторомъ и поднявъ этотъ послѣдній на извѣстную высоту, понаблюдать, какъ будетъ вытекать по катетеру жидкость; при этомъ мы видимъ, что часть жидкости



(особенно если ирригаторъ поднять не высоко) вовсе наружу не выбрасывается, а прямо попадаетъ въ наружный кожухъ инструмента, по которому и оттекаетъ. Что описанное явленіе будетъ еще рельефнѣе выражено, если къ боковымъ окошкамъ катетера приляжетъ слизистая оболочка матки, понятно само собою.

Помимо непосредственной своей цѣлесообразности, стеклянныя трубки-наконечники крайне дешевы (2—3 коп. штука) и легче могутъ содержаться въ чистотѣ, чѣмъ сдѣланныя изъ другаго матеріала. При мало расширенномъ, а тѣмъ болѣе при суженномъ входѣ въ полость матки мы употребляемъ полые маточныя зонды, у которыхъ та часть, которая вводится въ полость матки, снабжена рядомъ мелкихъ отверстій, черезъ которыя и вытекаетъ жидкость. Эти канюли-зонды дѣлаются различной толщины и отличаются отъ обыкновенныхъ зондовъ тѣмъ, что около рукоятки придѣлана олива, на которую одѣвается трубка ирригатора (рис. 108).

Вообще боязнь вогнать жидкость съ сосудистую систему, или черезъ Фаллопиевы трубы въ брюшную полость, при внутриматочныхъ промываніяхъ, слѣдуетъ считать преувеличенной. Опыты, сдѣланныя въ этомъ направленіи, показали, что для указаннаго вреднаго проникновенія жидкостей на трупахъ требуется столь значительное давленіе жидкости, которое въ практикѣ никогда не примѣняется; живой же организмъ несомнѣнно, въ этомъ отношеніи, представляетъ болѣшую степень сопротивляемости, благодаря активной сократительности мышцъ и другихъ своихъ тканей, что на трупѣ отсутствуетъ. Кромѣ того, несомнѣнно, что тѣ вредныя послѣдствія, которыя приписывали неправильной техникѣ внутриматочныхъ инъекцій, въ дѣйствительности не рѣдко обуславливались другими причинами и въ томъ числѣ, чаще всего, инфекціей, вслѣдствіе неумѣнія создать необходимую асептическую обстановку.

Придерживаясь въ своей клинической дѣятельности вышеуказаннаго принципа—производить промываніе полыхъ органовъ *всегда* при извѣстномъ давленіи, я, какъ въ акушерской практикѣ, такъ равно и на очень большомъ гинекологическомъ матеріалѣ, за всю свою 30-тилѣтнюю дѣятельность *ни разу* не видѣлъ какихъ либо вредныхъ послѣдствій при употребленіи канюль съ простымъ теченіемъ. Необходимо всегда давать себѣ отчетъ о степени давленія, подъ которымъ находится жидкость, и умѣть его урегулировать.

Не менѣе важно имѣть на резиновой трубкѣ, по которой жидкость течетъ изъ ирригатора, цѣлесообразно устроенный *кранъ*, или *зажимъ*. На приложенномъ рисункѣ (рис. 109) изображенъ зажимъ, который я считаю во всѣхъ отношеніяхъ наиболѣе практичнымъ. Открывается зажимъ эластичностью резиновой трубки, поднимающей сжимавшій ее стержень; закрывается простымъ надавливаніемъ на стержень, а затѣмъ смѣщеніемъ его легкимъ движеніемъ пальца кпереди, гдѣ онъ фиксируется въ приспособленномъ для этого разрѣзѣ. Преимущества рекомендуемаго мною зажима состоятъ: во 1-хъ, въ удобствѣ пользованія имъ, такъ какъ *одной* рукой, при легкомъ движеніи пальца, зажимъ можетъ быть открытъ или

закрѣтъ; во 2-хъ, во всякій данный моментъ онъ можетъ быть передвинуть на любое мѣсто трубки; въ 3-хъ—легко дезинфицируется кипяченіемъ; въ 4-хъ, не легко портится, благодаря простотѣ конструкціи. Необходимо только, чтобъ резиновая трубка была хорошо пригнана къ зажиму, вполне отвѣчая его просвѣту.

*Труакары* для пункцій кисти мы употребляемъ простѣйшей конструкціи. Металлическая трубка на одномъ концѣ косо срѣзывается и оттачивается; другой ея конецъ дугообразно загибается, почти до прямого угла, что дастъ



Рис. 109. Зажимъ для ирригатора ( $\frac{2}{3}$  нат. величины).



Рис. 110. Труакаръ для опорожненія кисти при оваріотоміи. ( $\frac{1}{10}$  натур. величины).

возможность удобно отводить вытекающую жидкость. У насъ имѣются труакары трехъ калибровъ (рис. 106), съ діаметромъ просвѣта, равнымъ 1,0—1,5—2,0 см. Для пробныхъ пункцій мы пользуемся разной величины обыкновенными шприцами, которые должны быть снабжены иглами различной длины (до 20 см.) и толщины (рис. 22 и 24). При очень объемистыхъ полостяхъ, а также въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ послѣдовательно требуется промыть полость той или иной жидкостью, по освобожденіи ее отъ первоначальнаго содержимаго, рекомендуется аппаратъ Potain'a, въ которомъ отсасываемая жидкость собирается въ очень легко и удобно замѣняемая бутылки (см. рис. 23 на стр. 36).

Всѣ употребляемые во время операціи инструменты погружаются въ жидкость (2% борный растворъ), чтобы защитить ихъ отъ осѣдающей изъ воздуха пыли. Ихъ помѣщаютъ въ плоскіе тазы такой величины, чтобы инструменты не лежали другъ на другѣ и свободно помѣщались въ одинъ рядъ, въ извѣстномъ установленномъ порядкѣ, дабы сразу можно было ихъ видѣть и не тратить время на ихъ разыскиваніе.



Рис. 111. Тазъ для инструментовъ на штативѣ.

Края этихъ плоскихъ инструментальныхъ тазовъ должны быть отлогими, что даетъ возможность сразу замѣтить и тѣ инструменты, которые лежатъ у самаго края. Металлическіе полированные или эмалированные тазы одинаково пригодны, какъ и стеклянные. Размѣры употребляемыхъ нами тазовъ—50 × 35 см., глубина — 6 см. Очень целесообразно помѣщать тазъ съ инструментами на особомъ штативѣ (рис. 111), который можно передвигать, а также поднимать или опускать,

сообразуясь съ требованіями оператора. Всякій разъ передъ употребленіемъ тазики стерилизуются наравнѣ съ инструментами, помѣщаясь для этого въ аппаратъ Шиммельбуша.

**РАСПРЕДЕЛЕНІЕ АССИСТЕНТОВЪ И РАСПОЛОЖЕНІЕ НЕОБХОДИМЫХЪ ПРЕДМЕТОВЪ ПРИ ОПЕРАЦІЯХЪ.**

Мною было уже сказано выше о необходимости по возможности всегда работать при менѣ сложной обстановкѣ, для того, чтобы быть въ состояніи совершеннѣе



Рис. 112. Расположеніе ассистентовъ и обстановка при чревосѣченіяхъ.

и легче контролировать все то, изъ чего слагается операціонная обстановка. Въ этомъ отношеніи особенное значеніе имѣетъ сокращеніе числа помощниковъ до крайняго минимума, при чемъ и само вмѣшательство ихъ при операціи и даже всякое лишнее прикосновеніе къ операціонному полю должно быть, по возможности, ограничиваемо и находиться подъ постояннымъ контролемъ оператора, въ виду того, что непосредственное прикосновеніе рукъ создаетъ больше всего шансовъ для инфекции. При нѣкоторомъ навыкѣ не трудно обставить дѣло такъ, что всѣ мани-

пуляціи, требуемая при соответственном оперативномъ вмѣшательствѣ, производятся исключительно самимъ операторомъ; роль же помощниковъ сводится къ тому, чтобы открывать операціонное поле зеркалами, фиксировать щипцами захваченныя части, орошать операціонное поле и т. под. Во избѣжаніе лишняго прикосновенія къ инструментамъ, они не подаются ассистентами,—что, кстати сказать, сопряжено съ большей затратой времени,—а берутся самимъ операторомъ изъ расположеннаго вблизи него описаннаго выше тазика съ инструментами. Сказанное относится пе



Рис. 113. Расположеніе ассистентовъ и обстановка при влагалищныхъ операціяхъ.  
Видъ сбоку.

только до инструментовъ, но и до всѣхъ другихъ предметовъ, необходимыхъ при операціи; исключеніе составляетъ лишь вдѣваніе шелка въ иглы, что поручается отдѣльному лицу въ виду сохраненія времени, которое непроизводительно тратится, если операторъ самъ этимъ занимается. Приготовленныя же заблаговременно иглы со вдѣтой нитью легко путаются. Во всѣхъ случаяхъ, не исключая и сложныхъ чревосѣченій, обыкновенно можно обойтись однимъ ассистентомъ, кромѣ операцій, производимыхъ въ глубинѣ влагалища (по такъ наз. влагалищному методу), требующихъ второго ассистента, такъ какъ хорошо обнажить операціонное поле представляется болѣе труднымъ. Во время производства операцій персоналъ располагается, какъ это изображено на рисункахъ 112—114. Во время чревосѣченій операторъ стоитъ съ лѣвой

\*

стороны отъ больной, ассистентъ же располагается противъ оператора по другую сторону больной, и съ правой отъ него стороны помѣщается столикъ, на которомъ поставлень тазъ для споласкиванія рукъ во время операціи, а также тазикъ съ ватными шариками для вытиранія крови. Рядомъ съ операторомъ и нѣсколько позади—также съ правой его стороны—помѣщаются еще тазъ для споласкиванія рукъ и продолговатый столъ съ инструментами и ватными шариками, поставленный подъ прямымъ угломъ къ операціонному. По другую сторону этого инструментальнаго



Рис. 114. Расположеніе ассистентовъ и обстановка при влагалищныхъ операціяхъ. Видъ сзади.

стола располагается ассистентъ, завѣдующій иглами.

При влагалищныхъ операціяхъ операторъ сидитъ между приподнятыхъ ногодержателемъ ногъ больной, ассистенты же стоятъ по бокамъ отъ ногъ, лицомъ обращенные къ оператору. Слева отъ оператора стоитъ тазъ для споласкиванія рукъ оператора и сосѣдняго ассистента. Съ правой стороны отъ оператора помѣщенъ штативъ съ тазиками для инструментовъ и шариковъ и, рядомъ съ нимъ, столъ для завѣдующаго иглами, который сидитъ въ сторонѣ отъ оператора

такъ, чтобы удобно было подавать иглы. Съ правой стороны отъ этого лица, равно какъ и другого ассистента, помѣщено по тазу для споласкиванія рукъ. На *правомъ плечѣ* ассистента, стоящаго направо отъ оператора, лежитъ трубка отъ ирригатора, нижній конецъ которой, вмѣстѣ со стеклянной канюлей, погружается въ ту же жидкость, въ которой лежатъ инструменты; штативъ же ирригатора стоитъ справа и нѣсколько позади отъ соотвѣтственнаго ассистента. Указанный порядокъ расположенія предметовъ строго соблюдается, что позволяетъ легко находить всякую вещь, необходимую во время операціи. Слѣдующему же правилу, каждая категорія инструментовъ имѣетъ въ тазикѣ свое определенное мѣсто: зеркала, боковые расширители, имѣющіе угловидную форму, кладутся соотвѣтственно этому въ правый уголъ тазика;

параллельно болѣе отдаленному длинному краю тазика лежать катетеръ и маточный зондъ; вдоль другого длиннаго края—нулевые щипцы и двузубцы; по правой короткой сторонѣ таза лежать гемостатическіе пинцеты; по срединѣ тазика—наиболѣе часто употребляемые инструменты: скальпель, ножницы, пинцетъ и иглодержатель. Всѣ столы и вообще всѣ предметы, до которыхъ случайно могла бы дотронуться рука оператора или ассистентовъ, покрыты стерилизованными полотенцами, предварительно смоченными въ 1 : 2000 растворѣ сулемы. Всѣ добавочные предметы, необходимость въ которыхъ выясняется иногда лишь во время хода операціи, должны находиться готовыми къ употребленію въ отдѣльномъ плоскомъ

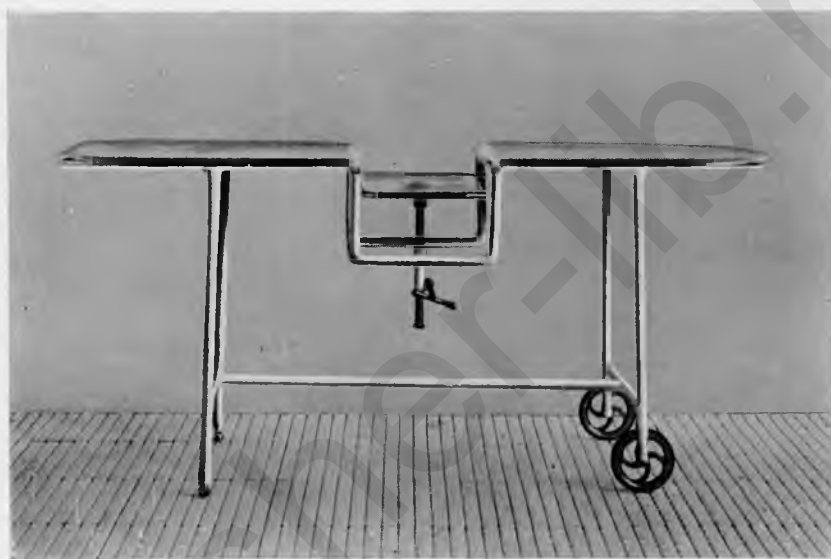


Рис. 115. Перевязочный столъ съ опускающейся средней частью.

тазикъ для инструментовъ всегда въ опредѣленномъ мѣстѣ, подъ рукой у оператора; равнымъ образомъ, если потребуется перемѣна положенія больной—на косую плоскость, подъемъ всего стола и т. под., то это должно быть выполняемо приуроченнымъ лицомъ. То же слѣдуетъ сказать по отношенію тѣхъ случаевъ, когда требуется перейти отъ влагалищнаго метода къ чревосѣченію, или обратно, и когда для этого представляется необходимымъ перенести больную на другой столъ. Больную переносятъ по заранѣе разъ навсегда установленному порядку, причемъ операторъ къ больной не прикасается, и поэтому можетъ безъ замедленія продолжать операцію, не теряя времени на послѣдовательную дезинфекцію рукъ. Для болѣе бережной переноски больной, ее слѣдуетъ брать тремя лицамъ, подводя для этого подъ больную вытянутыя параллельно руки, причемъ одно лицо беретъ подъ плечи и шею, другое подъ тазъ и спину, а третье подъ бедра и голени; руки больной складываются на груди. По командѣ больную плавно поднимаютъ безъ всякаго для нея сотря-

сенія и переносятъ, шагая «въ ногу». При переноскѣ требуется заранѣе сообразить какъ удобнѣе подойти къ операціонному столу, кровати и т. под., чтобы придать больной необходимое положеніе.

Для накладыванія повязки послѣ чревосѣченія чрезвычайно удобны столы съ опускающейся средней частью, какъ это изображено на рис. 115. Для перемѣщенія больныхъ на болѣе значительное разстояніе крайне удобны спеціально для того приспособленныя телѣжки, обладающія крайне легкимъ и мяг-



Рис. 116. Телѣжка для перевозки больныхъ.

кимъ ходомъ и напоминающія собою перевязочный столъ, снабженный колесами съ резиновой обтяжкой (рис. 116).

Въ операціонной обстановкѣ не послѣднюю роль играетъ не только строгая дисциплина, но и умѣнье всего персонала пользоваться простѣйшими приѣмами такъ, чтобы каждое движеніе было обдуманно и цѣлесообразно. Въ этомъ отношеніи долженъ соблюдаться самый строгій педантизмъ, такъ какъ при такой обстановкѣ операція можетъ быть выполнена въ совершенствѣ, со всѣми необходимыми отгѣнками, подобно хорошо разыгранной музыкальной пьесѣ.





## ПЕРЕВЯЗКА И УХОДЪ ЗА РАНОЙ.

### ПЕРЕВЯЗОЧНЫЙ МАТЕРЬЯЛЪ И МАТЕРЬЯЛЪ ДЛЯ ШВОВЪ.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нельзя обойтись однимъ орошеніемъ раневой поверхности, для вытиранія ея мы пользуемся гигроскопической ватой, которая для этой цѣли свертывается въ болѣе или менѣе плотные, продолговатые комочки разной величины, суживающіеся къ обоимъ своимъ концамъ. Приготовленіе этихъ ватныхъ «шариковъ» производится обыкновенно въ тазикахъ, служащихъ при операціяхъ для помѣщенія инструментовъ; эти тазики, благодаря отлогимъ ихъ стѣнкамъ представляются чрезвычайно удобными для «катанія» ватныхъ шариковъ. Въ тазикъ предварительно наливается растворъ сулемы, затѣмъ берется вата, полоской болѣе или меньшей величины, и, погружаясь въ растворъ, въ немъ скатывается въ веретенообразную форму, послѣ чего еще разъ прокатывается между ладонями (рис. 117). Приготовленные шарики дезинфицируются кипяченіемъ въ сулемовомъ растворѣ 1 : 2000. Приготовленные такимъ образомъ шарики сохраняются въ предназначенныхъ для этого стеклянныхъ мискахъ. Мы обыкновенно пользуемся шариками трехъ величинъ: большими, средними и маленькими (рис. 118).



Рис. 117. Способъ приготовленія «шариковъ».

«Шарики»  
и «тупфера».

Непосредственно передъ операціей влажные шарики вынимаютъ изъ сосуда и отжимаютъ обильно пропитывающій ихъ сулемовый растворъ, завертывая ихъ для этого по нѣскольку штукъ предварительно въ марлевый компрессъ. Въ случаяхъ, гдѣ не требуется противогнилостной обстановки, отжатые шарики погружаются въ обезпложенный 0,7% растворъ NaCl для того, чтобы извлечь изъ нихъ растворъ сулемы, и лишь затѣмъ только употребляются при операціи. Приготовленные

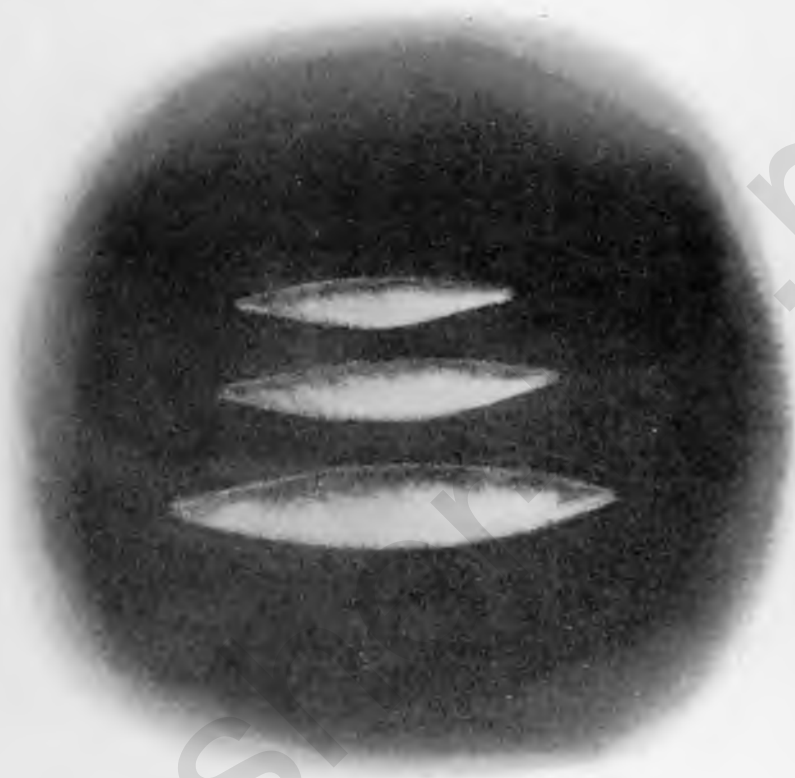


Рис. 118. Ватный шарикъ.

указаннымъ образомъ шарики очень удобны и хорошо вбираютъ кровь и другія отдѣленія раны, при чемъ, благодаря описанному способу ихъ приготовленія, волокна ваты плотно прилежатъ къ шарику, не лохматятся и не пристають къ раневой поверхности <sup>1)</sup>. Само собой понятно, что шарикъ, бывший въ употребленіи, тутъ же выбрасывается и замѣняется свѣжимъ. Захвативъ шарикъ обыкновенными кровоостанавливающими щипцами, мы получаемъ возможность удобно вытирать мало-

<sup>1)</sup> Поступившая недавно въ продажу гигроскопическая вата русскаго приготовленія, сдѣланная изъ льна, значительно дешевле хлопчато-бумажной, заграничной фабрикаціи. Хотя русская вата слегка сѣраго цвѣта, волокна ея значительно короче обыкновенной гигроскопической, и шарикъ поэтому легче мохнатится, тѣмъ не менѣе она вполне пригодна для употребленія.

доступные для рукъ участки операціоннаго поля. Хотя и менѣе удобно, чѣмъ ватными шариками, для вытиранія крови съ успѣхомъ можно пользоваться марлевыми компрессиками, сложенными въ 4—8 слоевъ, въ видѣ квадратиковъ размѣромъ въ квадратный дюймъ. Они стерилизуются въ аутоклавѣ, или же какъ ватные шарики; этого рода «тупфера» обходятся значительно дешевле ватныхъ. Когда требуется удалить очень большое количество жидкости, напр. при брюшной водянкѣ, относительно маленькіе шарики были бы неудобны, поэтому для подобныхъ случаевъ у насъ всегда имѣются въ запасѣ такъ наз. «губки», которыя состоятъ изъ болѣе или менѣе объемистаго куска ваты (напр. величиной съ кулакъ), завязаннаго въ марлевый компрессъ. Подобныя ватныя губки, употребляемыя сухими (ради большей впитываемости), обезпложиваются въ аутоклавѣ и, обыкновенно, непосредственно передъ употребленіемъ вынимаются изъ стерилизатора.

Для того, чтобы при чревосѣченіяхъ предотвратить выпаденіе кишекъ и чтобы защитить ихъ отъ охлажденія и другихъ вредныхъ вліяній, мы пользуемся *марлевыми компрессами*. Для этой цѣли марля складывается на подобіе салфетокъ, кусками различной величины. Для удобства контроля надъ числомъ компрессовъ они складываются въ пачки, и въ такомъ видѣ подаются для операціи, что даетъ возможность во всякое время быстро установить число ихъ, бывшее въ употребленіи. Подобныя марлевые компрессы обезпложиваются или въ аутоклавѣ—для случаевъ, гдѣ желательно имѣть обезпложенную сухую марлю, или же, какъ напр. для чревосѣченій, предварительно кипятятся въ растворѣ соды, ради обезжириванія ткани, и затѣмъ въ растворѣ сулемы, въ которомъ и сохраняются. Передъ употребленіемъ сулема отжимается, и компрессы погружаются въ обезпложенный растворъ 0,7% NaCl, въ которомъ вновь кипятятся, и лишь тогда идутъ въ употребленіе. Такимъ же образомъ готовятъ марлевые бинты въ 15—20 сант. ширины, очень удобные для тампонаціи, напр., брюшной полости. Для выполненія гнойныхъ или вообще зараженныхъ полостей, а также, когда марля вводится на болѣе продолжительные сроки, употребляется іодоформенная марля (10%), которую также удобнѣе имѣть въ видѣ длинной полосы, свернутой бинтомъ. Приготовленіе іодоформенной марли крайне простое. Обыкновеннымъ образомъ приготовленную обезпложенную марлю пропитываютъ растворомъ іодоформа въ эфирѣ въ необходимой концентраціи, послѣ чего ее высушиваютъ, при чемъ эфиръ улетучивается, а іодоформъ остается въ соединеніи съ тканью.

При примѣненіи іодоформенной марли всегда цѣлесообразно подвергнуть ее, непосредственно передъ употребленіемъ, еще разъ стерилизаціи, что достигается непосредственнымъ погруженіемъ іодоформенной марли въ растворъ сулемы (1 : 2000), по отжатіи какового она идетъ въ дѣло.

*Шелкъ*, употребляемый при операціяхъ, готовится слѣдующимъ образомъ: прежде всего шелкъ моется мыломъ, послѣ чего тщательно прополаскивается въ водѣ; затѣмъ, ради обезжириванія, кипятится въ растворѣ соды, и наконецъ обез-

Марлевые  
компрессы.

Шелкъ.

пложивается кипяченіемъ въ крѣпкомъ растворѣ сулемы (1 : 1000), въ теченіе  $\frac{1}{4}$  часа. Приготовленный такимъ образомъ шелкъ наматывается на стеклянныя пластины и хранится въ спиртѣ. Передъ *каждой операцией* шелкъ вновь подвергается кипяченію въ растворѣ сулемы (10—15 мин.) и лишь затѣмъ переносится, непосредственно передъ употребленіемъ, въ стерилизованный растворъ NaCl. Помимо шелка мы обыкновенно никакого иного матеріала для швовъ не употребляемъ, основываясь на томъ, что, имѣя несомнѣнныя преимущества передъ струнною нитью, шелкъ не имѣетъ тѣхъ отрицательныхъ качествъ, которыя присущи этой послѣдней.

Кэтгутъ.

Желаніе избѣгнуть необходимости послѣдовательнаго снятія швовъ, нерѣдко подвергающихся нагноенію, заставило хирурговъ искать замѣны шелковой нити другимъ матеріаломъ. Съ этою цѣлью и были предложены струнныя нити, которыя имѣютъ свойство подвергаться полному разсасыванію. Надо, однако, замѣтить, что срокъ разсасыванія струнной нити далеко не всегда одинаковый, что, между прочимъ, зависитъ отъ способа ея приготовленія, толщины ея и т. п., и колеблется въ очень большихъ границахъ: если тонкая струнная нить можетъ разсосаться иногда уже черезъ 3—4 дня, то, въ отдѣльныхъ случаяхъ, какъ мнѣ это пришлось нѣсколько разъ наблюдать, по прошествіи и 2—3 лѣтъ приходится встрѣчать повидимому совершенно не измѣненные кэтгутовые швы. Хотя, благодаря усовершенствованнымъ способамъ обработки кэтгута, въ послѣднее время и удается изготовлять кэтгутъ, время разсасыванія котораго можетъ быть опредѣлено болѣе точнымъ срокомъ, тѣмъ не менѣе въ этомъ отношеніи желательное совершенство не достигнуто, что, несомнѣнно, отзывается на практической сторонѣ дѣла.

*Приготовленіе кэтгута* производится по разнымъ способамъ. Кэтгутъ стерилизуется сухимъ жаромъ, начиная съ болѣе низкихъ температуръ и доходя до 130° С. Для надежнаго дѣйствія жара кэтгутъ помѣщается въ рыхлыхъ моткахъ и при максимальной температурѣ долженъ пролежать около 3 часовъ. По охлажденіи, онъ наматывается на стеклянныя катушки и сохраняется въ можжевеловомъ маслѣ, или въ спирту съ 2% примѣсью салициловой кислоты. Къ недостаткамъ кэтгута, приготовленнаго по описанному способу, нужно отнести относительную его хрупкость.

Болѣе простая стерилизація кэтгута производится путемъ погруженія струнныхъ нитей въ очищенное прованское масло, содержащее 10% кристаллической карболовой кислоты. Въ указанномъ растворѣ нити должны пролежать *не менѣе* двухъ мѣсяцевъ; болѣе продолжительное пребываніе въ немъ увеличиваетъ цѣнность кэтгута, который становится болѣе гладкимъ и упругимъ. Неудобства указаннаго способа—большой срокъ времени, потребный для приготовленія кэтгута.

За послѣднее время распространеніе получилъ такъ наз. кумоловый кэтгутъ, приготовляемый по Krönig'y слѣдующимъ образомъ: моточки струнныхъ нитей сушатся въ сушильномъ шкафу при температурѣ въ 70—100° въ теченіи 6—12 ча-

совъ; затѣмъ пинцетомъ (а не руками, во избѣжаніе малѣйшаго его увлаженія) кѣтгутъ переносятся въ кумоль и, при температурѣ въ 155—165° С., грѣтся на песочной банѣ въ теченіе часа, а затѣмъ переносится или въ алкоголь или, еще лучше, въ бензинъ, гдѣ долженъ пребыть не менѣе трехъ часовъ, послѣ чего сохраняется въ чашечкахъ Petri.

Помимо отсутствія увѣренности (въ противоположность шелку), что струнная нить будетъ хорошо держаться необходимое время, не начнетъ разсасываться и не разслабитъ раньше срока, кѣтгутъ по сравненію съ шелкомъ имѣеть еще слѣдующія отрицательныя стороны: приготовленіе кѣтгута сложнѣе, поэтому и приведеніе его въ стерильное состояніе достигается съ бѣльшимъ трудомъ. Струнная нить всегда обладаетъ нѣкоторой эластичностью, и поэтому не можетъ быть такой увѣренности, какъ при шелкѣ, въ степени сдавливанія тканей накладываемой лигатурой. Кѣтгутовые лигатуры, одинаковой толщины съ шелковыми, уступаютъ послѣднимъ въ крѣпости, поэтому приходится для однѣхъ и тѣхъ же цѣлей брать несравненно болѣе толстый матеріалъ, а также болѣе толстыя иглы, что въ свою очередь вносить лишнюю травму и особенно невыгодно при тонкихъ пластическихъ операціяхъ. Узелъ кѣтгутовой лигатуры разслабляется легче шелкового. Вся совокупность приведенныхъ данныхъ заставляетъ многихъ авторовъ предпочесть употребленіе шелковыхъ лигатуръ, которыя, хотя и въ значительно меньшей мѣрѣ, однако также обладаютъ способностью разсасываться, путемъ особаго процесса, извѣстнаго подъ названіемъ «разволакиванія». При оцѣнкѣ вовсе не разсасывающегося матеріала или разсасывающегося лишь очень медленно, какъ, напр., шелкъ, необходимо имѣть въ виду свойства матеріала не только во время употребленія его или въ ближайшіе сроки послѣ операціи, но и въ сроки болѣе отдаленные, такъ какъ неразсосавшійся матеріалъ, представляя изъ себя чуждое для организма постороннее тѣло, всегда ведетъ къ извѣстному мѣстному нарушенію нормальныхъ условій, при чемъ послѣдствіемъ этого можетъ явиться и послѣдовательное нагноеніе въ области лигатуры, несмотря на первоначальную полную ея асептичность. Причины подобныхъ послѣдовательныхъ нагноеній далеко еще нельзя считать въ достаточной мѣрѣ изученными; во всякомъ случаѣ, указанное обстоятельство заслуживаетъ большаго вниманія и въ чисто практическомъ отношеніи, заставляя нѣкоторыхъ авторовъ, во избѣжаніе подобныхъ послѣдовательныхъ нагноеній, не довольствоваться употребленіемъ для швовъ асептического матеріала, а пропитывать его антисептическими веществами (іодовый кѣтгутъ), въ расчетѣ этимъ путемъ предупредить послѣдовательную его инфекцію. Хотя приведенный взглядъ и является нѣсколько одностороннимъ, тѣмъ не менѣе, онъ характеризуетъ недочеты употребляемыхъ въ хирургической дѣятельности лигатуръ <sup>1)</sup>. Такимъ образомъ,

<sup>1)</sup> Въ настоящее время существуетъ въ продажѣ кѣтгутъ, вполне удовлетворительно приготовленный фабричнымъ путемъ, нашедшій примѣненіе въ практикѣ—Steril-Catgut Cohn.

несмотря на достигнутое значительное совершенство при новѣйшихъ способахъ обработки струнныхъ нитей, послѣднія до сихъ поръ и не вытѣснили вполне примѣненія на практикѣ шелковыхъ лигатуръ, вслѣдствіе указанныхъ выше неудобствъ. Одинъ изъ выдающихся сторонниковъ кэтгута, Hofmeier, говоря о массовыхъ лигатурахъ <sup>1)</sup> рекомендуетъ, въ отвѣтственныхъ случаяхъ, отдавать предпочтеніе шелку, «какъ болѣе надежному матеріалу».

Другіе  
матеріалы  
для швовъ.

Предложеніе замѣнить струнные нити другимъ разсасывающимся матеріаломъ, какъ, напр., оленьими жилами (В. Ф. Снегиревъ) и т. п., практическаго распространенія не получило въ виду еще большей сложности добыванія и обработки соотвѣтственнаго матеріала, и къ тому же по физическимъ своимъ свойствамъ значительно уступающаго общепринятымъ обыкновеннымъ струннымъ нитямъ. Стремленіе хирурговъ застраховать себя отъ нагноенія побудило нѣкоторыхъ перейти на металлическія нити (бронзо-аллюминіевыя), особенно, когда приходится примѣнять погружные швы. Подобную попытку врядъ ли можно признать приближающей насъ къ идеалу, каковымъ является вполне разсасывающейся матеріаль.

Нѣкоторые авторы, особенно для поверхностныхъ швовъ, рекомендуютъ такъ наз. *fil de Florence* (животный продуктъ, добываемый отъ шелковичнаго червя), который много ровнѣе и глаже кэтгута. Этотъ матеріаль въ практикѣ распространень значительно меньше, чѣмъ кэтгутъ, что отчасти зависитъ отъ его относительно высокой цѣны, не окупающей его условныхъ преимуществъ.

#### РУКОВОДЯЩІЯ НАЧАЛА ПРИ ВЫБОРѢ РОДА ПОВЯЗКИ.

Повязки, накладываемыя послѣ произведенныхъ операцій, обыкновенно преслѣдуютъ слѣдующія цѣли: защитить раневую поверхность отъ загрязненія извнѣ и содѣйствовать устраненію и обезвреживанію отдѣляемаго раневой поверхностью; кромѣ этого, повязка оказываетъ чисто механическое вліяніе, иммобилизируя оперированныя части, производя давленіе и т. п. Такъ какъ выборъ повязки обусловливается соотвѣтственной операціей, то здѣсь будетъ сказано только о тѣхъ руководящихъ началахъ, которыхъ мы придерживаемся, и которыя сводятся къ наиболѣе цѣлесообразной утилизаціи, главнымъ образомъ, физическихъ свойствъ перевязочнаго матеріала.

Перевязка  
при разрѣ-  
захъ брюш-  
ной стѣнки.

Раневые участки на поверхности тѣла, какъ, напр., послѣ чревосѣченій, зашитые на всемъ протяженіи, требуютъ защиты въ смыслѣ возможнаго зараженія извнѣ лишь въ теченіи короткаго времени непосредственно послѣ операціи, такъ какъ быстрое склеиваніе и высыханіе краевъ раны является хорошей самозащитой организма. Въ подобныхъ случаяхъ повязка состоитъ изъ нѣсколькихъ слоевъ

<sup>1)</sup> Hofmeier.—Grundriss der gynäkologischen Operationen, 4. Auflage, 1905. стр. 88—89.

стерилизованной марли, поверхъ которой кладется вата, чтобы удобнѣе и равномерно прилежала вся повязка. Оставленіе безъ смѣны повязки на недѣлю и болѣе имѣетъ задачей уже не столько обезпеченіе большей стерильности нанесеннаго раненія, сколько иммобилизаціи соединенныхъ частей, въ видахъ болѣе успѣшнаго и прочнаго ихъ соединенія.

Для укрѣпленія (фиксаціи) перевязочнаго матеріала на соотвѣтственныхъ частяхъ тѣла болѣе цѣлесообразно пользоваться липкимъ пластыремъ, чѣмъ другими приѣмами, такъ какъ, фиксируя небольшими полосами пластыря слои марли, покрывающей мѣсто разрѣза и т. п., мы получаемъ обыкновенно полную гарантію, что повязка не смѣстится, и рана не будетъ подвержена вреднымъ вліяніямъ, связаннымъ съ ея обнаженіемъ. При чревосѣченіяхъ, кромѣ того, чрезвычайно выгодно, помимо фиксирующихъ марлю пластырей, наложить на животъ еще отъ 6 до 8 длинныхъ, опоясывающихъ больную, пластырныхъ полосъ, захватывающихъ около  $\frac{3}{4}$  всей окружности тѣла и расположенныхъ другъ отъ друга на  $1\frac{1}{2}$ —2 поперечныхъ пальца, чѣмъ, несомнѣнно, обуславливается извѣстная неподвижность брюшной стѣнки, и создается защита области разрѣза отъ рвотныхъ движеній, кашля и проч. вмѣстѣ съ тѣмъ, пластырная повязка даетъ возможность устранить обычно примѣняемое большое количество ваты, вслѣдствіе чего больная не страдаетъ отъ жары и, кромѣ того, при необходимости, есть возможность положить на животъ пузырь со льдомъ.

Повязка  
изъ липкаго  
пластыря.

Всѣ перечисленныя преимущества повели къ ограниченію въ нашей клиникѣ примѣненія ватной повязки, которая употребляется лишь при спеціальныхъ къ тому показаніяхъ, какъ, напр., въ тѣхъ случаяхъ, когда необходимо достигнуть извѣстнаго давленія, или больная подверглась во время операціи значительному охлажденію и т. п. Въ подобныхъ случаяхъ весь животъ покрывается необходимымъ количествомъ ватныхъ пластовъ и, кромѣ того, накладывается ватная повязка кругомъ спины и верхняго отдѣла бедеръ, фиксируемая послѣдовательно ходами мягкаго марлеваго бинта. Въ обыкновенныхъ же случаяхъ, или когда предвидится необходимость имѣть доступъ къ области разрѣза въ ближайшее послѣ операціи время, а также при замѣнѣ ватной повязки въ послѣдующее время, практично замѣнить марлеваго бинта употреблять спеціально для этого связанную изъ бумаги тамбурнымъ крючкомъ полосу, около 30 сан. ширины и длиною около метра, съ пришитыми вдоль узкихъ ея краевъ крючками. Подведя подобную полосу подъ спину больной, свободные концы бинта застегиваютъ на животѣ, для чего имѣющіеся крючки вѣдряются въ ткань самаго бинта. Чтобы подобный бинтъ не смѣщался и не сползалъ кверху, подъ бедра подводятся мягкія полоски марли, укрѣпленныя такъ наз. англійскими булавками къ бинту.

Ватная  
повязка.

Вязаный  
бинтъ.

Предложенные съ тою же цѣлью, тоже вязанные, бинты въ формѣ купальныхъ кальсонъ, застегивающіеся съ боковъ, не практичны, такъ какъ, съ одной стороны, одѣваніе ихъ менѣе удобно, а, съ другой, не такъ легко достигается желаемая

степень напряженія и производимаго повязкой давленія; къ тому же и стоимость ихъ значительно бoльшая.

Перевязка  
при опера-  
ціяхъ на на-  
ружныхъ  
половыхъ  
частяхъ.

При операціяхъ на наружныхъ половыхъ органахъ мы обыкновенно ограничиваемся простымъ прикладываніемъ продолговатыхъ кусковъ ваты, обернутыхъ въ марлю или даже безъ нея, которые обыкновенно и безъ спеціальной повязки удовлетворяютъ своему назначенію и мѣняются по мѣрѣ надобности. Къ Т—образному бинту въ соответственныхъ случаяхъ приходится прибѣгать обыкновенно



Рис. 119. Распылитель Д. О. Отта для присыпокъ.

лишь очень рѣдко. Для ускоренія образованія поверхностнаго струпа на наружныхъ половыхъ частяхъ, особенно если имѣются условія, благопріятствующія большому противъ обыкновенія выдѣленію съ раневой поверхности, съ успѣхомъ можно ускорить высыханіе, примѣнивъ какой либо порошокъ, какъ, напр., дерматоль, ксероформъ и т. п. въ видѣ *присыпки*.

Для примѣненія присыпокъ очень практиченъ видоизмѣненный мною распылитель, изображенный на рис. 119. Благодаря формѣ резервуара, суживающагося книзу, порошокъ, въ силу своей тяжести, всегда спускается на его дно,



благодаря чему струя воздуха, производимая баллонами Richardson'a, непрерывно уносит съ собою частицы порошкообразнаго вещества. Резиновая трубка, одѣтая на носикъ инструмента, даетъ возможность направлять распыляемый порошокъ на любое мѣсто, сохраняя отвѣсное положеніе резервуара, что необходимо для непрерывнаго и успѣшнаго дѣйствія распылителя.

При перевязкѣ раневыхъ поверхностей съ обильнымъ выдѣляемымъ, задача цѣлесообразной повязки заключается въ томъ, чтобы она, впитывая выдѣляемые продукты, не давала имъ застаиваться и разлагаться. Для удовлетворенія этимъ требованіямъ необходимо, чтобы перевязочный матеріалъ былъ гигроскопиченъ и былъ наложенъ въ достаточномъ количествѣ. Кромѣ того, требуется періодическая замѣна его по мѣрѣ того, какъ раньше положенный, пропитавшись жидкостью, утрачиваетъ свою отсасывающую способность. Въ подобныхъ случаяхъ приходится помѣщать на рану относительно большое количество марли, при этомъ необходимо имѣть въ виду, что поверхностные слои ея, быстро высыхая на воздухѣ, легко утрачиваютъ свои гигроскопическія свойства, въ виду чего, для равномернаго насыщенія жидкостью повязки, слѣдуетъ поверхъ нея класть парафиновую бумагу, протективъ или вообще что либо подобное, устраняющее быстрое высыханіе. Такъ какъ на практикѣ не всегда представляется возможнымъ услѣдить моментъ предѣльнаго насыщенія раневымъ отдѣленіемъ употребленнаго гигроскопическаго матеріала и такимъ образомъ можно получить временный застой указанныхъ продуктовъ, которые благодаря этому легко подвергаются разложенію, всасываются и т. п., то цѣлесообразно въ такихъ случаяхъ примѣнять антисептическій матеріалъ, чтобы по возможности парализовать эти явленія. Съ этой цѣлью мы обыкновенно употребляемъ іодоформенную марлю, поверхъ которой кладется въ изобилии гигроскопическая вата или такъ наз. древесная шерсть, хорошо впитывающая жидкости. Эмпирическія наблюденія, подтвержденныя научно поставленными опытами М. Преображенскаго, съ очевидностью показали, что наиболѣе цѣнными и дѣйствительными качествами перевязочныхъ средствъ являются ихъ физическія свойства (а не химическія), которыя должны быть вѣрно оцѣнены врачомъ, чтобы извлечь наибольшую пользу и рационально обставить перевязку. Такъ какъ въ этомъ случаѣ умѣнье устранить застой соответственнымъ направленіемъ тока жидкости играетъ первенствующее значеніе, то, въ сущности, умѣлымъ примѣненіемъ перевязочнаго матеріала мы устраиваемъ своего рода дренажъ соответствующей области, хотя выраженіе «дренажъ» обыкновенно чаще примѣняютъ, по отношенію къ устраненію застоя жидкости, когда дѣло идетъ о полостныхъ образованіяхъ, для каковой цѣли и пользовались дренажными трубками. Въ настоящее время, съ развитіемъ нашихъ познаній о физическихъ свойствахъ перевязочнаго матеріала, примѣненіе *дренажныхъ трубокъ*—резиновыхъ, стеклянныхъ, костяныхъ и т. под.—подверглось сильному сокращенію, ограничиваясь лишь тѣми случаями, гдѣ удаленіе жидкостей достигается въ силу закона тяжести, что въ

Перевязка  
раневыхъ  
поверхностей  
съ  
обильнымъ  
выдѣленіемъ.

Дренажъ.

гинекологической практикѣ относится лишь къ ограниченному числу случаевъ. Напротивъ того, благодаря своей отсасывающей способности, гигроскопической перевязочный матеріалъ, и въ частности марля, получили широкое распространіе. Выполняя ею ту или иную полость, мы получаемъ наиболѣе совершенный «капиллярный дренажъ», благодаря чему могутъ быть *вполнѣ* устранены такъ наз. мертвые пространства.

Тампонація соответственныхъ полостей для цѣлей дренированія не должна быть очень плотной, такъ какъ это отзывается неблагоприятно на степени всасыванія марлей. Въ виду тѣхъ же соображеній нужно заботиться, чтобы выведенный черезъ болѣе или менѣе узкое отверстіе конецъ марли въ немъ не былъ ущемленъ. Техническая сторона подобныхъ тампонацій существенно облегчается, если для этого пользоваться непрерывной марлевой полосой (свернутой на подобіе бинта), чѣмъ облегчается и послѣдовательное ея удаленіе. Съ технической стороны, во время введенія марлевой полосы, необходимо зеркалами хорошо обнажить входъ тампонируемаго участка, чтобы избѣгнуть втягиванія марлей внутрь краевъ отверстія, что, въ свою очередь, мѣшаетъ и свободѣ манипуляцій. Съ указанной цѣлью предложены даже спеціальныя инструменты, имѣющіе видъ полыхъ цилиндровъ съ раструбомъ на наружномъ концѣ (рис. 120). Когда приходится имѣть дѣло съ узкимъ каналомъ, описанный инструментъ можетъ оказаться очень пригоднымъ.

Совершенно понятно, что для успѣшнаго примѣненія капиллярнаго дренажа и связаннаго съ этимъ выполненія подлежащаго дренированію участка марлей, не только необходимо имѣть отчетливое представленіе о топографическихъ условіяхъ даннаго случая, но и строго различать, съ какимъ органомъ приходится имѣть дѣло. Въ этомъ отношеніи брюшная полость представляетъ много особенностей, при чемъ особое практическое значеніе имѣетъ крайняя пластичность брюшины, содѣйствующая быстрому обособленію всякаго инороднаго тѣла, введеннаго въ брюшную полость,— обстоятельство, съ которымъ надо считаться. Въ этомъ отношеніи, очевидно, и введеніе въ брюшную полость дренажныхъ трубокъ, марли и т. под.—не составляетъ исключенія. Резиновыя дренажныя трубки, какъ я уже давно это доказалъ опытами на животныхъ и клиническими наблюденіями <sup>1)</sup>, уже въ первые дни по ихъ введеніи въ брюшную полость обособляются отъ сообщенія съ ней и, помѣщаясь какъ бы въ футлярѣ, образованномъ частью пластическимъ экссудатомъ, частью спаянными между собою облегающими ихъ внутренними органами, перестаетъ сообщаться съ брюшной полостью и, такимъ образомъ, совершенно утрачиваетъ первоначальное свое назначеніе. Было бы также совершенно неправильно рассчитывать на дѣйствительность трубчатыхъ дренажей для выведенія жидкости изъ брюшной полости, полагаясь на одни законы тяжести, такъ какъ распредѣленіе жидкости въ

<sup>1)</sup> Д. О. Оттъ.—Дренажъ послѣ лапаротоміи. Медицинскій Вѣстникъ, №№ 51. 52. 1878 г.

брюшной полости обуславливается далеко не одними только законами тяжести, но зависит от многих других причин, как то—от законов капиллярности, перистальтики кишек, давления в брюшной полости и т. п. Чрезвычайно наглядным, в этом отношении, является опыт, который мною не раз был демонстрированъ аудитории. Если собакъ ввести трубку в брюшную полость, в области симфизы или, еще лучше, через влагалище, в нижнюю часть Douglas'ова пространства, а другую трубку—в области мечевиднаго отростка и, при этомъ, помѣстить животное в перпендикулярное положеніе, то при вливаніи жидкости (по-



Рис. 120. Инструментъ для тампонаціи полостей съ узкимъ входомъ ( $\frac{1}{9}$  натур. величины). Считая сверху внизъ, изображены: инструментъ съ обтураторомъ, приготовленный для введенія; инструментъ въ дѣйстви; зондъ для проведенія марли; обтурагоръ.

догрѣтаго до температуры тѣла физиологическаго солеваго раствора) черезъ трубку, введенную в области мечевиднаго отростка, черезъ нижнюю трубку жидкость сначала вовсе не вытекаетъ и, лишь спустя продолжительный срокъ, начинаетъ отдѣляться по каплямъ, совершенно не соответственнo количеству жидкости, вливаемой в брюшную полость сверху. То же самое наблюдается еще в болѣе рѣзкой степени, если трубки расположить по бокамъ брюшной полости, съ правой и лѣвой стороны животнаго, имѣющаго обычное свое положеніе спиной кверху: даже при сравнительно значительномъ вливаніи черезъ одну трубку жидкости, таковая вовсе не вытекаетъ черезъ другую.

Вышеприведенныя данныя заставляють придти къ заключенію, что полезное дѣйствіе трубчатыхъ дренажей, вводимыхъ въ брюшную полость, крайне проблематично и не окупаютъ существенныя невыгоды, сопряженныя съ ихъ примѣненіемъ, въ виду чего этотъ видъ дренажа гинекологами почти вовсе теперь не примѣняется, будучи замѣненъ тампонаціей отдѣловъ брюшной полости гигроскопическимъ матеріаломъ. Хотя вводимая марля, въ качествѣ посторонняго тѣла, тоже вскорѣ обособляется пластическимъ реактивнымъ процессомъ брюшины, какъ и дренажная трубка, но зато, вплоть до этого времени, благодаря своимъ капиллярнымъ свойствамъ, она продолжаетъ проявлять свое дренирующее дѣйствіе.

Способъ  
Mikulicz'a.

Mikulicz, предложившій производить тампонацію брюшной полости, совѣтуетъ предварительно вводить въ брюшную полость большой кусокъ марли, по срединѣ котораго прикрѣплена крѣпкая нитка, облегчающая послѣдовательное его удаленіе; края марли остаются снаружи краевъ вскрытой брюшной полости; въ заложенную марлю вводится, какъ въ мѣшокъ, тампонирующій матеріаль. Въ подходящихъ случаяхъ, не придерживаясь первоначальныхъ предписаній Mikulicz'a, брюшную полость въ настоящее время обыкновенно тампонируютъ марлевыми полосами, или бинтомъ. Тампонація непрерывной марлевой полосой чрезвычайно удобна, поэтому въ нашей практикѣ совершенно вытѣснила всякій другой матеріаль. Отдавая должное принципу метода Mikulicz'a, нельзя однако не обратить вниманія на существенныя невыгоды, связанныя съ его примѣненіемъ, выступающія особенно рельефно, когда тампонаціи подлежатъ отдѣлы, лежащіе въ глубинѣ малаго таза, какъ это встрѣчается чаще всего въ гинекологической дѣятельности. Не говоря уже про существенную невыгоду, всегда связанную съ методомъ Mikulicz'a—обязательное послѣдовательное развитіе грыжи на томъ мѣстѣ, гдѣ была введена марля,—должно отмѣтить, что при немъ получаютъ на большомъ протяженіи перетяжки и склейки прилежащихъ къ марлевому тампону органовъ, какъ то: сальника, кишечныхъ петель и проч.,—что можетъ дать послѣдовательно поводъ не только къ болевымъ ощущеніямъ, но вызвать глубокія функциональныя расстройства до непроходимости кишечника включительно. Необходимый для глубокихъ частей брюшной полости (малый тазъ) тампонъ не только непосредственно соприкасается съ вышележащими органами, но оказываетъ на нихъ вредное вліяніе тѣмъ, что впитанный имъ изъ раневого участка подчасъ вредный секретъ непосредственно приходитъ въ соприкосновеніе съ здоровыми отдѣлами брюшины.

Способъ  
Д. О. Стта.

Въ стремленіи воспользоваться лишь выгодами способа Mikulicz'a и, по возможности, устранить связанныя съ нимъ невыгоды, я видоизмѣнилъ способъ слѣдующимъ образомъ въ примѣненіи къ пораженіямъ органовъ малаго таза <sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> D. v. Oll.—Einige technische Modificationen der Tamponade der Bauchhöhle. Centralbl. f. Gynäkol., 1892, № 32.

Прокладывается отверстие въ наиболѣе низкой части Douglas'ова пространства, обыкновенно употребляя для этого съ заостренными концами корнцангъ (рис. 121), который черезъ задній свод влагалища легко проводится въ Дугласъ. Не вынимая корнцанга, расширеніемъ его вѣтвей нѣсколько увеличиваютъ продѣланное отверстие, черезъ которое и протягиваютъ захваченный со стороны брюшины корнцангомъ конецъ марлеваго бинта, послѣ чего, располагая бинтъ зигзагообразно, тампони-



Рис. 121. Корнцангъ съ заостренными концами ( $\frac{1}{9}$  натур. велич.; внизу изображена верхушка инструмента въ естеств. велич.).

руютъ необходимое мѣсто. Расположенная такимъ образомъ марля прикрывается, насколько возможно, маткой и соотвѣтственной частью толстой кишки и, благодаря этому, съ другими органами почти не соприкасается. Въ случаяхъ, гдѣ была удалена вся матка, мы пользуемся кривыми щипцами Richelot (рис. 122), вводимыми помощникомъ черезъ влагалище въ брюшную полость, и захватываемъ



Рис. 122. Кривые щипцы Richelot ( $\frac{1}{9}$  натур. величины).

ими тампонъ вмѣстѣ съ концами лигатуръ, подлежащихъ выведенію во влагалище. Когда приходится вылущать объемистыя опухоли и остается избытокъ брюшины, возможно полученную полость, по выполненіи ея марлей, совершенно изолировать отъ сообщенія съ остальной частью брюшной полости, для чего тонкими швами соединяются надъ тампономъ края избыточной брюшины. При такихъ условіяхъ все операционное ложе оказывается обособленнымъ, и создаются болѣе благоприятныя условія для дальнѣйшаго теченія послѣоперационнаго періода. По окончаніи произведенной такимъ образомъ тампонады *одного лишь* раневого ложа, разрѣзъ брюшной полости зашивается на всемъ протяженіи, а влагалище

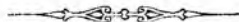
рыхло выполняется іодоформенной марлей, отсасывающей жидкость изъ выведеннаго туда конца тампона.

Выгоды, достигаемая описаннымъ методомъ, слѣдующія: 1) склейка внутреннихъ органовъ минимальная; 2) отдѣленія раневой поверхности имѣютъ значительно менѣе возможности соприкасаться съ остальными брюшными органами; 3) оттокъ секрета во влагалище облегчается, такъ какъ идетъ по направленію силы тяжести; 4) уходъ за тампономъ упрощенъ, будучи сведенъ лишь къ замѣнѣ марли, выполняющей влагалище, по мѣрѣ ея пропитыванія оттекающей жидкостью, и 5) устраняется возможность развитія грыжъ брюшной стѣнки.

Провѣренный на животныхъ экспериментально по моему предложенію д-ромъ Семенскимъ и испытанный многолѣтнимъ клиническимъ опытомъ, указанный методъ въ настоящее время получилъ полное право гражданства, найдя примѣненіе и въ другихъ клиникахъ. Достигнутые же благопріятные результаты въ моей дѣятельности позволяютъ горячо его рекомендовать во всѣхъ случаяхъ, гдѣ требуется создать оттокъ выдѣленіямъ послѣ операций въ области малаго таза. Такъ какъ количество марли, употребляемое при предложенномъ мною способѣ, сравнительно невелико, то, примѣняя іодоформенную марлю, значительно меньше шансовъ вызвать отравленіе больной іодоформомъ, чѣмъ при способѣ Mikulicz'a; устранить же въ подобныхъ случаяхъ вовсе употребленіе іодоформенной марли, замѣнивъ ее стерилизованной, по крайней мѣрѣ для тѣхъ случаевъ, гдѣ марлю приходится оставлять на продолжительное время, не представляется возможнымъ, такъ какъ вслѣдствіе разложенія выдѣляемаго секрета простая стерилизованная марля скоро пріобрѣтаетъ зловонный запахъ, а для успѣшности заживленія имѣющагося раненія преждевременная смѣна перевязки часто противопоказана.

Перевязка  
при влага-  
лицномъ  
чревосо-  
сѣченіи.

Тѣми же принципами мы руководствуемся въ случаяхъ влагалищныхъ чревосо-сѣченій при оставленіи открытымъ сообщеніемъ между влагалищемъ и брюшной полостью: марлевый тампонъ, выведенный во влагалище, содѣйствуетъ оттоку раневыхъ продуктовъ (см. «Влагалищный методъ»).



## ОБЩИЙ НАРКОЗЪ И МѢСТНАЯ АНЕСТЕЗІЯ.

### ОБЩИЙ НАРКОЗЪ.

Въ дѣлѣ наркотизированія больныхъ, независимо отъ выбора того или иного усыпляющаго средства, большое значеніе имѣеть—*какъ* обставлено само веденіе наркоза.

Въ этомъ отношеніи чрезвычайно важно, чтобы соблюдалась извѣстная система и дисциплина не менѣе строго, чѣмъ при производствѣ самой операціи. Придерживаться извѣстныхъ установленныхъ правилъ необходимо, но и тутъ индивидуализація каждаго отдѣльнаго случая не менѣе важна, чѣмъ при операціи: Во время всего хода наркоза требуется напряженное вниманіе наркотизатора, который заблаговременно долженъ ознакомиться со всѣми особенностями подлежащаго случая, дабы руководствоваться этимъ при веденіи наркоза,—соразмѣрять степень глубины его, продолжительность и проч. Для наркоза, какъ и для операціи, требуется извѣстная обстановка, и наркотизированіе въ полутемномъ, плохо вентилируемомъ и тѣсномъ помѣщеніи совершенно недопустимо, такъ какъ врачъ не только долженъ имѣть возможность хорошо видѣть происходящія съ больной перемѣны, окраску лица, слизистыхъ оболочекъ и проч., но долженъ, кромѣ того, имѣть свободный доступъ къ больной, чтобы безъ помѣхи и быстро проявить, въ случаѣ надобности, необходимое вмѣшательство.

Обстановка наркоза.

Считаю долгомъ энергично протестовать противъ предложенія, ради цѣлей асептики, наркозъ вести подъ простыней, которой прикрывается наркотизаторъ вмѣстѣ съ больной <sup>1)</sup>: подобное предложеніе идетъ въ разрѣзъ съ главнѣйшими требованіями наркоза, чтобы было достаточно воздуха, свѣта и простора. Ассистенція въ лицѣ одного помощника отнюдь не можетъ считаться излишней, при чемъ и при веденіи наркоза требуется извѣстная техническая сноровка, какъ и при операціи.

Начинать наркотизировать больныхъ всегда слѣдуетъ въ отдѣльномъ помѣщеніи, а не въ операціонной, чтобы не производить на больную удручающаго впечатлѣнія, и вообще необходимо, чтобы наркотизирующій врачъ умѣлъ успокоить больную, такъ какъ иногда особенно трусливыхъ или истерическихъ больныхъ, при другихъ обстоятельствахъ, вовсе не удается склонить подвергнуться наркозу;

<sup>1)</sup> Какъ это изображено на стр. 22 „Оперативной гинекологіи“ Döderlein'a и Krönig'a. 1907 г.

всякое же сопротивление и беспокойное лежание мешаетъ правильному примѣненію анестезирующаго средства. Убѣдившись, что у больной нѣтъ искусственныхъ или сильно шатающихся собственныхъ зубовъ, которые при манипуляціяхъ, связанныхъ съ открытіемъ во время наркоза рта, легко могли бы попасть въ дыхательные пути, больная для наркоза помѣщается на передвижной столъ (рис. 116), на которомъ впоследствии и перевозится въ операционную. Сбоку отъ наркотизатора находится подвижной столикъ-ящикъ



Рис. 123. Подвижной столикъ-ящикъ съ инструментами, необходимыми для наркоза.

(рис. 123), со всѣми необходимыми при наркозѣ инструментами:

1) Разжиматель челюстей Гейстера (рис. 124).

2) Щипцы для захватыванія и вытягиванія языка, имѣющіе форму обыкновенныхъ пулевыхъ, но нѣсколько покороче. Хотя эти щипцы завѣдомо производятъ неглубокіе уколы на языкѣ, но эта травма въ общемъ несравненно меньше, чѣмъ та, которую наносятъ обыкновенныя щипцы, крѣпко ущемляющіе кончикъ языка, что ведетъ даже къ частичному его омертвѣнію. Описанныя щипцы, по выведеніи языка, съ успѣхомъ можно замѣнить проведеніемъ черезъ кончикъ языка острой иглы съ обыкновенной лигатурой. Подобная лигатура даетъ возможность въ каждый моментъ быстро вытянуть языкъ и, при томъ, совершенно не мешаетъ при всякихъ другихъ манипуляціяхъ.

3) Два изогнутыхъ корнцанга, на которые навертывается вата для удаленія слизи изъ зѣва.

4) Тазикъ для рвоты.

5) Запасная маска (копачекъ) и капельница, а при эфирномъ наркозѣ—бутылочки съ заранѣе отмѣреннымъ количествомъ эфира. Для удобства, эти бутылочки помѣщаются въ гнѣзда, устроенныя въ предназначенной для того особой металлической корзинкѣ.

При усыпленіи больныхъ наркозъ ведется исподволь, какъ при хлороформѣ, такъ равно и при эфирѣ, избѣгая при этомъ послѣднемъ такъ наз. душающаго спо-



соба этеризированія; при такихъ условіяхъ, хотя на усыплєніе больной требуется и нѣсколько больше времени, но наркозъ течетъ спокойнѣе и менѣе рискованъ. Особенно нужно остерегаться, чтобы хлороформъ не попалъ въ глаза, для чего всегда практично прикрыть глаза платкомъ. Обжиганіе кожи лица хлороформомъ избѣгается держаніемъ маски въ нѣкоторомъ отдаленіи или примѣненіемъ маски Шиммельбуша. Чтобы лучше регулировать глубину наркоза, необходимо, чтобы количество наркотическихъ паровъ, вдыхаемое больной въ извѣстную единицу времени, по возможности было равномерное,—при такихъ условіяхъ постепенное усиленіе или ослабленіе наркоза производится очень легко; съ этою цѣлью рекомендуется равномерное увлажненіе маски не періодическимъ наливаніемъ на нее хлороформа, а равномернымъ и непрерывнымъ капаніемъ на маску; при этеризации же—вливаніемъ въ маску опредѣленныхъ, заранѣе отмѣренныхъ порцій въ равные промежутки времени. Для правильной и точной дозировки анестезирующихъ веществъ (хлороформа, эфира) Roth-Dräger'омъ предложенъ специальный аппаратъ, дающій возможность болѣе равномерно вести наркозъ, смѣшивая одновременно пары анестезирующаго вещества съ кислородомъ. Этотъ послѣдній находится въ приспособленномъ къ аппарату чугунномъ цилиндрѣ въ сжатомъ видѣ и примѣшивается къ парамъ хлороформа или эфира. Въ случаѣ необходимости можно больной дать и чистый кислородъ. Хотя описанный аппаратъ и слѣдуетъ считать очень цѣлесообразнымъ приспособленіемъ, но, къ сожалѣнію, онъ довольно легко подвергается порчѣ и довольно дорого стоитъ.

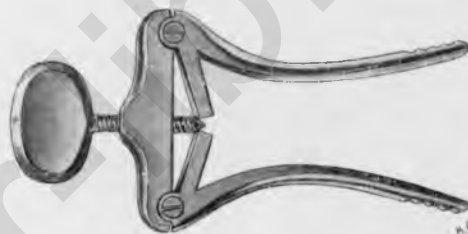


Рис. 124. Разжиматель челюстей Heister'a. (1/2 натур. велич.).

Для опредѣленія степени глубины наркоза всегда необходимо руководствоваться совокупностью всѣхъ явленій (дыханія, пульса, рефлексами зрачка и съ роговицы и пр.), а не довольствоваться лишь какимъ либо однимъ, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда приходится долго поддерживать глубокой наркозъ. Чрезвычайно важно степень наркоза сообразовать съ отдѣльными моментами оперативнаго вмѣшательства: усиливая его при болѣе болѣзненныхъ манипуляціяхъ и держа на минимумѣ въ остальное время.

Во время наркоза слѣдуетъ также обращать вниманіе на положеніе верхнихъ конечностей больной, такъ какъ неестественное ихъ положеніе, продолжительное отвисаніе, или вытягиваніе даетъ поводъ къ парѣтическому ихъ состоянію, иногда съ полной потерей движенія и чувствительности. При глубокомъ наркозѣ, при малѣйшемъ затрудненіи дыханія вслѣдствіе западенія корня языка, для сохраненія полной проходимости дыхательныхъ путей, нужно обѣими руками, стоя позади больной, вытянувъ ея шею, поднять и смѣстить впередъ нижнюю челюсть, захватывая ее въ области угла, какъ это изображено на рис. 125, а затѣмъ возможно

Осложненія наркоза.

поддерживать челюсть и одной рукой (рис. 126). Естественно, что при рвотныхъ движеніяхъ описанное вытяженіе шеи больной, во избѣжаніе усиленной возможности попаданія рвотныхъ массъ въ трахею, должно быть временно прекращаемо, причѣмъ поворачиваютъ голову на бокъ—лѣвый. При обильномъ отдѣленіи слизи, а также при рвотѣ, слѣдуетъ немедленно же принять мѣры, чтобы очистить полость рта



Рис. 125. Поддерживаніе нижней челюсти при западеніи языка.

и зѣва и тѣмъ устранить возможность попаданія въ дыхательные пути постороннихъ тѣлъ во избѣжаніе могущаго развиться заболѣванія этихъ частей (Schluckkrampf); въ это время желательно опустить по возможности ниже голову больной. При подобныхъ обстоятельствахъ, особенно если наблюдается стѣсненіе дыханія, манипуляціи должны быть быстры, увѣренны и цѣлесообразны.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда наступаетъ остановка дыханія, а дыхательные пути вполнѣ проходимы, *не теряя времени*, слѣдуетъ прибѣгнуть къ искусственному дыханію. Такъ какъ возможность асфиксіи заранѣе не представляется возможнымъ

предусмотрѣть, то всегда нужно быть готовымъ къ производству искусственнаго дыханія, и около наркотизатора всегда должно быть для этого достаточно свободнаго мѣста. Искусственное дыханіе удобнѣе производить при нѣсколько опущенной верхней части тѣла больной, при чемъ для болѣе совершеннаго выдоха, въ моментъ прижатія локтей къ грудной клѣткѣ, цѣлесообразно оказывать давленіе не только на грудную клѣтку, но и на верхнюю часть живота и подреберья (рис. 128 и



Рис. 126. Поддерживаніе нижней челюсти при западеніи языка—одной рукою.

129). Въ отдѣльныхъ случаяхъ, съ цѣлью вызвать усиленный приливъ крови къ мозгу, выгодно поднять больную за голени и придать ей перпендикулярное положеніе. Во время всѣхъ указанныхъ дѣйствій, само собой понятно, необходимо строго слѣдить, чтобы не была нарушена проходимость для воздуха дыхательныхъ путей. Ритмическое потягиваніе за языкъ слѣдуетъ считать хорошимъ средствомъ при наступившей во время наркоза асфиксіи. Эта манипуляція особенно удобно производится, если предварительно черезъ языкъ была проведена лигатура.

Какъ на вспомогательное средство, слѣдуетъ еще указать на фарадизацію п. phrenicі, для чего одинъ электродъ помѣщается на шеѣ, въ области m. scalenі,

а другой—въ подложечной области. Введеніе въ прямую кишку куска льда, путемъ рефлекса, иногда тоже вызываетъ дыхательныя движенія. Указанными мѣрами, особенно при *своевременномъ* ихъ примѣненіи, удастся обыкновенно устранить наступившую асфиксію; но было бы ошибочно слишкомъ на нихъ полагаться, поэтому всѣ наши стремленія должны быть всегда направлены къ тому, чтобы по возможности не допустить до наступленія указанныхъ явленій путемъ педантическаго отношенія къ наркозу. Примѣненіе повторнаго наркоза черезъ короткіе сроки слѣдуетъ избѣгать, поскольку это возможно, такъ какъ, благодаря вызываемымъ



Рис. 127. Искусственное дыханіе. Моментъ вдоха.

хлороформомъ измѣненіямъ въ организмѣ, послѣдующій наркозъ всегда слѣдуетъ считать болѣе опаснымъ. У лицъ со слабой сердечной дѣятельностью представляется полезнымъ назначеніе за нѣсколько дней до наркоза стрихнина (*nux vomica*), а также сердечныхъ средствъ (*adonis vernalis*, *t-ra strophanti* и т. под.). Обстоятельное и умѣлое веденіе наркоза на столько важно для успѣшнаго производства операціи, что я вообще не совѣтую, безъ крайней необходимости, приступать къ операціи, если заранѣе нѣтъ увѣренности въ наркотизаторѣ; поэтому и обязанность всякой школы—воспитать персоналъ и въ этомъ направленіи.

Средства,  
примѣняе-  
мые для нар-  
коза.

Что касается вопроса о выборѣ средствъ для наркоза, то по этому поводу слѣдуетъ отмѣтить, что на ряду съ нѣкоторыми выгодами одного средства по сравненію съ другимъ всѣмъ имъ присуще, въ большей или меньшей степени, извѣстное па-

губное вліяніе на организмъ больной. Наибольшимъ распространеніемъ, несомнѣнно, пользуются хлороформъ и эфиръ, наиболѣе изученные по своему вліянію на организмъ. Къ другимъ средствамъ, большинство которыхъ еще находится въ періодѣ экспериментальнаго ихъ изслѣдованія, я въ своей дѣятельности не прибѣгаю, пользуясь чаще всего хлороформомъ. Показаніемъ для замѣны хлороформа эфиромъ служатъ заболѣванія сердечной мышцы и тѣ случаи, гдѣ есть основаніе предполагать ея ослабленіе, какъ, напр., при продолжительныхъ и истощающихъ кровопотеряхъ (фиброміомы); болѣзни дыхательнаго аппарата служатъ противопоказа-



Рис. 128. Искусственное дыханіе. Моментъ выдоха.

ніемъ къ эфирному наркозу. Смѣшанный наркозъ, сначала хлороформомъ, а затѣмъ эфиромъ, употребляется въ тѣхъ случаяхъ, когда во время хлороформнаго наркоза выступаютъ явленія не предусмотрѣннаго ослабленія сердечной дѣятельности; а также для первоначальнаго скорѣйшаго усыпленія больной мы употребляемъ хлороформъ въ тѣхъ случаяхъ, когда первоначальное вдыханіе эфирныхъ паровъ больною не переносится. Изъ другихъ анестезирующихъ средствъ считаю необходимымъ указать на хлор- или бром-этиль, который даетъ очень быструю анестезію, сохраняя въ начальныхъ своихъ стадіяхъ (которыми и слѣдуетъ пользоваться) сознаніе больныхъ. Болѣе глубокія степени наркоза являются не безопасными. Бром-этиль примѣнимъ для небольшихъ хирургическихъ вмѣшательствъ, къ тому же по преимуществу у людей не пугливыхъ и съ извѣстнымъ самообладаніемъ. Смѣси

изъ различныхъ анестезирующихъ средствъ существенныхъ преимуществъ передъ употребленіемъ чистаго хлороформа или эфира не имѣютъ. Наибольше распространенная изъ нихъ—это Billroth'овская, состоящая изъ 3 частей хлороформа, 1 части эфира и 1 части алкоголя.

Впрыскиванія морфія подъ кожу, непосредственно передъ наркозомъ, мы обыкновенно не употребляемъ, такъ какъ всегда возможно наткнуться на случай идіосинкразіи, а затѣмъ главное—если бы вліяніе морфія на организмъ больной оказалось слишкомъ сильнымъ, мы лишены возможности урегулировать это



Рис. 129. Искусственное дыханіе. Моментъ выдоха, усиленный прижатіемъ бедеръ къ животу.

вліяніе, такъ какъ для выдѣленія морфія изъ организма нуженъ относительно продолжительный срокъ. Съ хлороформомъ или эфиромъ дѣло обстоитъ иначе: они выдѣляются довольно быстро, и поэтому поддерживать необходимую степень наркоза вполне находится въ нашей власти. Сказанное выше про впрыскиваніе для анестезіи больныхъ морфія имѣетъ еще больше значенія при введеніи подъ кожу морфія въ сочетаніи со скополаминомъ, а такъ же при комбинаціи этого средства съ другими анестезирующими веществами при такъ называемомъ смѣшаномъ наркозѣ; къ тому же при употребленіи скополаминъ-морфійнаго наркоза въ литературѣ отмѣчено не мало смертельныхъ исходовъ, что заставляетъ насъ относиться съ большой осмотрительностью къ указанному способу. Для предварительнаго впрыскиванія морфія или, въ послѣднее время, пантопона мы требуемъ всегда

строго-мотивированных показаний, изъ коихъ на первомъ планѣ стоитъ завѣдомое ослабленіе сердечной мышцы.

На счетъ *противопоказаній* къ наркозу—я не считаю нужнымъ распространяться и повторять общеизвѣстныя положенія; отмѣчу только, что большинство такъ наз. противопоказаній не представляются абсолютными и имѣютъ лишь относительное значеніе, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ операція предпринимается въ виду жизненныхъ показаній. Въ этомъ отношеніи слѣдуетъ упомянуть особенно о *порокахъ сердца*, признаваемыхъ за противопоказаніе для наркоза, причемъ слѣдуетъ сказать, что по отношенію къ наркозу далеко не всѣ «пороки сердца» имѣютъ одинаковое значеніе. Кромѣ указаннаго выше перерожденія сердечной мускулатуры, некомпенсированные пороки сердца представляются въ указанномъ отношеніи наиболѣе неблагоприятными; при компенсированныхъ же порокахъ больныя наркозъ переносятъ обыкновенно очень хорошо. Однимъ изъ способовъ для того, чтобы судить о работоспособности сердца и легкихъ, представляется такъ наз. дыхательная проба, состоящая въ томъ, что больную заставляютъ задержать дыханіе и наблюдаютъ, сколько секундъ она можетъ оставаться не дыша, принимая за минимумъ 18—20 секундъ. Опирируя много десятковъ разъ при завѣдомомъ существованіи различныхъ пороковъ сердца, мнѣ ни разу не пришлось видѣть какихъ либо неблагоприятныхъ отъ того послѣдствій, и наркозъ протекалъ обыкновенно безъ всякихъ осложненій. Тѣ три смертныхъ случая, которые мнѣ пришлось наблюдать за всю мою дѣятельность, обнимающую не одну тысячу наркозовъ, принадлежатъ больнымъ, у которыхъ специалистами ни въ сердцѣ, ни въ другихъ органахъ никакихъ измѣненій, противопоказующихъ примѣненіе хлороформа, определено не было. Одна больная, страдавшая ракомъ матки, погибла, не успѣвъ заснуть, при первыхъ же вдыханіяхъ хлороформа; вторая—также при самомъ началѣ наркоза; третья—черезъ двадцать минутъ послѣ окончанія пластической операціи. При вскрытіи въ первомъ и второмъ случаѣ найдено было такъ наз. бурое перерожденіе, въ третьемъ—жировое перерожденіе сердечной мышцы. Во всѣхъ трехъ случаяхъ, окончившихся смертельно, для анестезіи употреблялся хлороформъ.

#### МѢСТНАЯ АНЕСТЕЗІЯ.

*Мѣстная анестезія* не имѣетъ широкаго распространенія въ гинекологической практикѣ; тѣмъ не менѣе, при небольшихъ операціяхъ на наружныхъ половыхъ органахъ и вообще на поверхности тѣла, представляется хорошимъ вспомогательнымъ средствомъ; употребляемая же въ сочетаніи съ общей анестезіей, позволяетъ, въ соответственныхъ случаяхъ, ограничить количество примѣняемаго хлороформа. Въ нашей дѣятельности мы исключительно пользуемся обезпложеннымъ 1%—2% растворомъ кокаина, въ очень удобныхъ для употребленія запаян-

ныхъ стеклянныхъ ампуллахъ, вмѣщающихъ количество раствора, рассчитанное на одинъ працевевскій шприцъ <sup>1)</sup>). Непосредственно передъ употребленіемъ узкая часть колбочки отламывается по чертѣ, сдѣланной напильникомъ для этой цѣли у ея основанія (рис. 130). По стоимости примѣненіе кокаина въ указанной обработкѣ лишь немногимъ превосходитъ обычную его стоимость, преимущество же указаннаго приготовленія неограничимо, такъ какъ при этомъ *никогда не наблюдается нагноенія*, что особенно цѣнно при пластическихъ операціяхъ, гдѣ происшедшее нагноеніе легко можетъ повести къ полной неудачѣ. Набравъ въ шприцъ

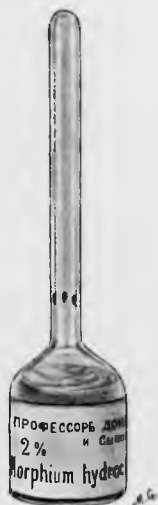


Рис. 130. Ампулла со стерилизованнымъ лекарственнымъ растворомъ для подкожныхъ впрыскиваній (въ натур. велич.).

растворъ, впрыскиваютъ его въ нѣсколькихъ мѣстахъ въ области предстоящаго разрѣза. Если во время операціи, по истеченіи извѣстнаго времени, больная начинаетъ жаловаться на боль, впрыскиваніе повторяется, но съ тѣмъ, чтобы употребленное количество кокаина по возможности не превышало 0,05 grm. У очень ослабленныхъ больныхъ, гдѣ приходится насколько возможно ограничивать примѣненіе хлороформа, я произвожу разрѣзъ брюшной стѣнки подъ кокаиномъ. Указанный способъ примѣненія кокаина я считаю практичнѣе способа Schleich'a, предложившаго вводить въ клѣтчатку операціоннаго поля индифферентный растворъ NaCl съ ничтожной примѣсью кокаина (1000,0 воды, NaCl 2,0, Cocaini muriatici 0,1, Morphii hydrochlorici 0,005), вызывая тѣмъ мѣстный отекъ тканей и вмѣстѣ съ тѣмъ ихъ анестезію. При пластическихъ операціяхъ, при которыхъ чаще всего показывается въ гинекологіи мѣстная анестезія, отечное состояніе является очень неудобнымъ, равно и во всѣхъ случаяхъ, гдѣ требуется возможность имѣть передъ глазами вполне ясно топографическія отношенія подлежащихъ тканей.

Не лишено нѣкотораго практическаго значенія предложеніе впрыскивать анестезирующее вещество въ область расположенія чувствительнаго нерва, чтобы вліяніемъ на нервный стволъ достигнуть обезболиванія участка ткани, находящагося въ районѣ его развѣтвленій (какъ, напр., въ область распространенія nervus pudendus). Последнее время Braun хвалитъ дѣйствіе адреналина, прибавляемаго къ кокаину въ очень разведенномъ растворѣ.

При употребленіи того или иного анестезирующаго средства всегда необходимо заботиться о возможной чистотѣ препарата, чтобы избѣгнуть побочных вредныхъ его вліяній. Это правило имѣетъ особенное значеніе, если тотъ или

<sup>1)</sup> Подобнымъ же образомъ приготовляются и всѣ другіе лекарственные растворы, предназначенные для подкожнаго впрыскиванія и употребляемые у меня въ клиникѣ. Со времени ихъ введенія (около 20 лѣтъ) мы ни разу не наблюдали нагноенія на мѣстѣ вкола.



другой фармацевтической препаратъ (какъ, напр. stovain, tropococain, novocain или eucain) предназначенъ для введенія въ спинномозговую каналъ, какъ это предложилъ Bier съ цѣлью достигнуть анестезіи обширныхъ участковъ тѣла (главнымъ образомъ нижней его половины), путемъ воздѣйствія указанныхъ препаратовъ, въ видѣ примѣси къ cerebro-спинальной жидкости, на отходящіе изъ спинного мозга чувствительные нервные стволы.

### СПИННОМОЗГОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ.

Способъ Bier'a несомнѣнно является цѣннымъ приобрѣтеніемъ въ дѣлѣ хирургической практики, но нельзя не указать, что для примѣненія его до сихъ поръ не выработаны еще достаточно опредѣленные показанія, и этотъ способъ по сіе время еще переживаетъ періодъ увлеченія имъ. Въ своей хирургической дѣятельности я нахожу показанія для примѣненія спинно-церебральной анестезіи лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда безусловно противопоказано употребленіе одного изъ вышеописанныхъ способовъ обезболиванія, каковыя въ настоящее время слѣдуетъ признать болѣе изученными, чѣмъ способъ, предложенный Bier'омъ, отмѣчающій достаточное число смертныхъ исходовъ и, поэтому, по крайней мѣрѣ при настоящемъ своемъ развитіи, не дающій намъ право считать его совершенно безопаснымъ, чтобы замѣнить имъ прежніе, хорошо изученные способы анестезіи. Будучи довольно простымъ по техникѣ, способъ Bier'a примѣняется слѣдующимъ образомъ.

Послѣ тщательной дезинфекціи поясничной области, больную, подлежащую анестезіи, въ сидячемъ положеніи заставляютъ согнуть спину въ поясничной части для того, чтобы по возможности рельефнѣе обозначались остистые отростки позвонковъ. Нащупавъ остистый отростокъ второго поясничнаго позвонка, который приходится по линіи, проведенной между *spina post. sup. os. ilei*, стараются нащупать остистый отростокъ слѣдующаго 3 позвонка, чтобы, такимъ образомъ, опредѣлить между ними мѣсто будущаго вкола иглы. Изъ приведенныхъ анестезирующихъ средствъ стоваинъ, повидимому, пользуется наилучшей репутацией, при чемъ *pro dosi* его обыкновенно вводятъ отъ 0,6—0,8 куб. см. 10% раствора (въ физиологическомъ—0,6%—растворѣ NaCl). Krönig, впрочемъ, считаетъ возможнымъ, въ отдѣльныхъ случаяхъ, доводить дозу стоваина до 0,12 куб. см. Для введенія указанного количества хорошо стерилизованнаго раствора употребляютъ обыкновенный шприцъ въ 6—10 куб. см. емкостью съ хорошо пригнаннымъ поршнемъ и достаточно длинной иглой съ не очень отлого отточеннымъ концомъ, предварительно тоже хорошо дезинфицированный. Вкалывается игла настолько глубоко, чтобы попасть въ *cysterna terminalis durae matris* спинно-мозгового канала, въ чемъ можно убѣдиться, если изъ иглы начнетъ калями показываться cerebro-spinal'ная жидкость. Получивъ убѣжденіе, что игла введена въ указанное мѣсто, даютъ возможность вытечь

указанной жидкости въ томъ же объемѣ, въ какомъ предстоитъ впрыснуть, чтобы не вызвать ненормальнаго давленія въ спинномозговомъ каналѣ. Само впрыскиваніе анестезирующаго раствора необходимо производить *крайне медленно*, наблюдая за дыханіемъ и общимъ состояніемъ больной. По введеніи раствора игла извлекается, а мѣсто прокола закрывается липкимъ пластыремъ или кускомъ ваты, смоченной коллодіумомъ. Переводить больную изъ сидячаго положенія въ горизонтальное рекомендуется постепенно и крайне осторожно, въ томъ расчетѣ, чтобы избѣгнуть быстро прилива къ продолговатому мозгу (центру дыханія) впрыснутаго раствора и тѣмъ не оказать пагубнаго вліянія. Послѣднее время предлагается между иглой и концомъ шприца (Köbniг) включать градуированную стеклянную трубку, которая позволяетъ судить о давленіи, подъ которымъ находится содержимое cerebro-спинного канала, и руководствоваться этимъ во время инъекціи раствора. При правильномъ помѣщеніи конца иглы въ просвѣтъ канала, столбъ жидкости, поднявшійся въ контрольной стеклянной трубкѣ, даетъ правильныя пульсовыя колебанія. Вполнѣ естественно при сомнѣніи, лежитъ ли дѣйствительно кончикъ иглы въ полости *durae matris*, поправить положеніе иглы, дабы имѣть полную увѣренность въ томъ, что анестезирующій растворъ дѣйствительно впрыснутъ въ спинномозговой каналъ. Если методъ правильно проведенъ, обыкновенно получается анестезія нижней половины тѣла, и всѣ операціи на промежности, наружныхъ половыхъ органахъ, влагалищная экстирпація матки и т. п. обыкновенно проходятъ безболѣзненно; вообще же, чѣмъ выше расположенъ операціонный районъ, тѣмъ увѣренность достигнуть надежной анестезіи уменьшается, и въ подобныхъ случаяхъ приходится прибѣгать къ вспомогательной общей анестезіи хлороформомъ <sup>1)</sup>.

### ВНУТРИВЕННЫЙ НАРКОЗЪ.

Послѣднее время въ практику стало входить примѣненіе гедоналоваго наркоза. Гедональ относится къ группѣ уретановъ, отличающихся той особенностью, что они содержатъ жирную группу, дѣйствующую парализующе (снотворно), и антагониста ея—амидную группу, возбуждающую какъ разъ тѣ центры, которые парализуются первой наркотической группой.

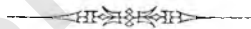
Это сочетаніе двухъ антагонистовъ и является тѣмъ выдающимся качествомъ гедонала, которое выдвигаетъ его среди другихъ снотворныхъ и наркотическихъ.

Въ лабораторіи Н. П. Кравкова гедональ былъ изученъ всесторонне фармакологически, а практически сталъ примѣняться въ клиникѣ С. П. Федорова. Употребляется растворъ гедонала фирмы Bayer концентраціей 0,75% на физиологическомъ

<sup>1)</sup> Такъ наз. «экстрадуральная» анестезія (введеніе анестезирующихъ средствъ въ крестцовый каналъ) большого практическаго примѣненія не имѣла.

растворѣ, профильтрованный черезъ шведскую бумагу 2—3 раза и подогрѣтый до  $t^{\circ}$  38—39 $^{\circ}$ . Вливаніе производится въ периферическій конецъ вены локтевого сгиба (*vena mediana* или *basilica*) черезъ вколотую особо изогнутую иглу. Глубокій наркозъ наступаетъ обыкновенно послѣ введенія 500—600 куб. смт. раствора. Скорость вливанія, наиболѣе благоприятная для быстрого наступленія наркоза, а также не вызывающая осложнений, считалась вначалѣ 100 куб. смт. въ минуту, а по болѣе позднимъ наблюденіямъ—не болѣе 50,0—60,0. Если 600 куб. смт. оказываются недостаточными для окончанія операціи, то необходимо добавить 100,0—200,0. Иногда такія добавленія дѣлались 3—4 раза. Количество раствора гедонала колебалось отъ 400 до 1800 куб. смт. въ зависимости отъ времени, необходимаго для операцій.

Особыхъ опасныхъ осложнений въ послѣопераціонномъ теченіи не было; наоборотъ, этотъ періодъ непосредственно послѣ операціи протекалъ обыкновенно гладко и спокойно; во время наркоза иногда замѣчался нѣкоторый ціанозъ, и бывали случаи остановки дыханія, требовавшія продолжительнаго искусственнаго дыханія—эти осложнения объяснялись быстрымъ введеніемъ раствора, вотъ почему скорость была доведена до 50—60 куб. смт. въ минуту. Извѣстно, впрочемъ, нѣсколько смертельныхъ исходовъ послѣ примѣненія гедонала; во всякомъ случаѣ этотъ методъ нуждается въ провѣркѣ и дальнѣйшей разработкѣ. Къ этой же категоріи принадлежитъ и предложеніе внутривеннаго вливанія эфира.



## **ОБЩІЯ ПРАВИЛА, СОБЛЮДАЕМЫЯ ПРИ ВСѢХЪ ОПЕРАЦІЯХЪ.**

Въ этой главѣ мною изложены общія правила, которыя обыкновенно слѣдуетъ соблюдать при выполненіи всякой операціи. Освѣщая предварительно отдѣльные вопросы съ принципіальной стороны, мы получаемъ возможность избѣгнуть повтореній при описаніи отдѣльныхъ операцій, гдѣ придется останавливаться только на проведеніи этихъ принциповъ въ каждомъ данномъ случаѣ.

### **ВВЕДЕНІЕ РАЗРѢЗА.**

При производствѣ всякой операціи, направленной къ возстановленію нарушенной цѣлости органовъ, а также удаленію ихъ частей, или имѣющихся новообразованій, нами всегда должны руководить принципы сохраняющей хирургіи, для успѣшнаго проведенія которыхъ не только требуется обстоятельное знакомство съ анатоміей и физиологіей половой сферы, но и умѣнье объективной оцѣнки каждаго отдѣльнаго случая. Говоря о консерватизмѣ, я отнюдь не имѣю въ виду существующее направленіе сохранить во что бы то ни стало лишнюю частицу тканей или патологически измѣннаго органа, въ ущербъ основной цѣли, ради которой предпринята операція. Подобный ложный консерватизмъ очевидно подражанія не заслуживаетъ, такъ какъ онъ обычно идетъ въ ущербъ больнымъ. Рациональный же и истинный консерватизмъ, который необходимо долженъ быть положенъ въ основу нашихъ дѣйствій, всегда направляетъ наши мѣропріятія въ интересахъ больныхъ и руководитъ при выборѣ одного оперативнаго метода предпочтительно передъ другимъ, а также при проведеніи всѣхъ моментовъ операціи, начиная съ самаго разрѣза, который, по сколько возможно, долженъ щадить ткани и въ особенности мускулатуру. Для этой цѣли обычно выгоднѣе не разсѣкать мышць въ поперечномъ направленіи, а направлять сѣченіе параллельно мышечнымъ волокнамъ и, щадя ихъ, отодвигать тупымъ способомъ въ сторону, если необходимо создать большій просторъ. Необходимо также выбирать для разрѣза наименѣе сосудистый участокъ, во избѣжаніе лишней потери крови. При направленіи разрѣза, если нѣтъ другихъ показаній, всегда должно имѣть въ виду, чтобы послѣдовательное соединеніе краевъ раны происходило при наивыгоднѣйшихъ условіяхъ, чтобы по возможности не было напряженія, и т. под.

При разсѣченіи наружныхъ покрововъ, а также слизистыхъ оболочекъ, напр. во влагалищѣ и проч., лезвіе ножа должно разсѣкать ткани подъ прямымъ къ по-

верхности ихъ угломъ, для того, чтобы получить отчетливо выраженный ровный край, несравненно болѣе пригодный для хорошаго прилаживанія краевъ раны, чѣмъ при косомъ срѣзѣ, или, что еще хуже, съ подрывными краями. При значительной складчатости тканей представляется цѣлесообразнымъ предварительно ее растянуть руками, или захватить съ той же цѣлью пулевыми щипцами; при чемъ, когда приходится очерчивать края фигуры освѣженія, остроконечный скальпель для этого болѣе пригоденъ, чѣмъ брюшистый; при послѣдующемъ же веденіи ножа, при разсѣченіи тканей, постоянно нужно отдавать себѣ ясный отчетъ въ топографическихъ данныхъ. Застилающая разрѣзъ кровь для этого устраняется при помощи вышеописанныхъ ватныхъ шариковъ или марлевыхъ компрессионовъ, или, гдѣ возможно, періодическимъ орошеніемъ разрѣза стерилизованнымъ физиологическимъ растворомъ.

При снятіи лоскута, во время пластическихъ операцій, необходимо всегда имѣть точное и вполне реальное представленіе о толщинѣ лоскута и о входящихъ въ составъ его тканяхъ. Всегда надо стремиться снять лоскутъ цѣликомъ, а не по частямъ, что даетъ возможность съ большей увѣренностью убѣдиться, что освѣженіе дѣйствительно произведено на *всемъ* необходимомъ пространствѣ; при этомъ особенно важно имѣть увѣренность, что удаленъ весь эпителиальный покровъ, такъ какъ въ противномъ случаѣ приложенныя поверхности не сrustутся. Въ виду этого, снятіе лоскута лучше производить скальпелемъ (брюшистымъ), а не ножницами.

Снятие лоскута.

При обычныхъ пластическихъ операціяхъ идеальный лоскутъ долженъ состоять изъ всей толщи эпителия и соответственнаго количества клѣтчатки; подлежащая же мышечная ткань не должна вовсе входить въ его составъ, если къ тому нѣтъ специальныхъ показаній.

Въ случаяхъ, не осложненныхъ воспалительнымъ или рубцовымъ процессомъ, по отдѣленіи краевъ лоскута рѣжущимъ инструментомъ, лоскутъ можно отдѣлять и тупымъ путемъ, такъ сказать, сдирая его съ подлежащей ткани, что однако необходимо производить постепенно, и такъ же непрерывно контролировать его толщину. Въ трудныхъ случаяхъ выгодно производить напряженіе смежныхъ отдѣловъ (напр., путемъ ихъ оттягиванія), что до известной степени облегчаетъ снятіе лоскута. Края разрѣза, а также «освѣженные» участки всегда желательно имѣть по возможности чистыми и гладкими, поэтому ихъ слѣдуетъ подравнивать, что лучше всего дѣлается Соопер'овскими ножницами: этимъ создаются болѣе благопріятныя условія для послѣдующаго заживленія, а также обнажаются отъ излишней клѣтчатки мышечные слои, что даетъ возможность болѣе тщательно соединить эти послѣдніе. Когда приходится работать на маточной ткани, особенно на ея шейкѣ, то въ виду относительной ея неподатливости необходимо разрѣзъ вести такъ, чтобы при прилаживаніи частей было бы достигнуто возможно меньшее напряженіе, а лоскуты должны быть сдѣланы такой формы и настолько подвижными, чтобы хорошо прилаживались. Въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣется обильное развитіе рубцовой ткани, ограничивающей подвижность частей, подле-

Проведеніе принциповъ пластики при разрѣзѣ.

жащихъ соединенію, какъ это нерѣдко наблюдается при пузырьно-влагалищныхъ фистулахъ, очень полезной мѣрой является разсѣченіе указанныхъ рубцовъ съ послѣдовательной отслойкой ихъ тупымъ путемъ на болѣе или менѣе отдаленномъ мѣстѣ отъ подлежащихъ соединенію краевъ,—дабы достигнуть наименьшаго напряженія краевъ и успѣшнѣе произвести ихъ сшиваніе. Наболѣе благопріятные результаты достигаются, если какъ можно менѣе травмировать раневыя поверхности прикосновеніемъ пальцевъ, инструментовъ и т. под.; сказанное относится и до способовъ удаленія съ освѣжаемыхъ поверхностей крови. Въ этомъ отношеніи наболѣе бережнымъ пріемомъ нужно признать оперированіе по такъ наз. влажному способу, при условіи, что жидкость, примѣняемая для орошенія, была бы лишена всякихъ свойствъ раздражать ткани, а тѣмъ болѣе оказывать вліяніе на ихъ жизненные свойства. Такой жидкостью несомнѣнно является 0,7% стерилизованный фізіологическій солевой растворъ (см. стр. 97), который мы въ такихъ случаяхъ и примѣняемъ; смывая отдѣляющуюся кровь, онъ вмѣстѣ съ тѣмъ смываетъ пыль, которая могла бы осѣсть на рану изъ воздуха. Къ сожалѣнію, не всюду можно воспользоваться этимъ методомъ, и приходится прибѣгать къ указаннымъ ватнымъ шарикамъ или марлевымъ компрессамъ, предварительно смоченнымъ въ томъ же солевомъ растворѣ и затѣмъ отжатымъ. Такой влажный матеріалъ слѣдуетъ признать несомнѣнно менѣе травмирующимъ ткани, чѣмъ, напр., употребленіе сухой марли и т. п.

Приготовленный стерилизованный солевой растворъ можетъ храниться въ бутылкахъ, наполняемыхъ при соблюденіи асептическихъ предосторожностей и хорошо закупоренныхъ. Такой жидкостью можно пользоваться въ частной практикѣ для орошенія ранъ, въ крайнемъ случаѣ замѣняя ее очень слабымъ сулевымъ растворомъ (1 : 15000, 1 : 20000).

#### ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНІЯ.

Надежная *остановка кровотеченія* при производствѣ операціи имѣетъ чрезвычайно важное значеніе и не только необходима для успѣха оперативнаго пріема, но зачастую отъ этого зависитъ даже жизнь больной. Понятны поэтому тѣ старанія, которыя прилагаются къ изысканію наболѣе совершенныхъ способовъ гемостаза и проведенію ихъ въ практикѣ; при нѣкоторыхъ операціяхъ можно даже сказать, что вся суть операціи сводится къ умѣнью обезпечить надежный гемостазъ.

Остановка артеріальнаго кровотеченія требуетъ наибольшаго вниманія, и въ этомъ отношеніи несомнѣнно наболѣе правильный способъ представляетъ перевязка изолированнаго сосуда. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ не удается достигнуть указанной изоляціи, сосудъ обкалываютъ, т. е. иглой, проводящей лигатуру, захватываютъ вмѣстѣ съ сосудомъ нѣкоторое количество сосѣднихъ тканей. Еще менѣе совершеннымъ способомъ представляется массовая перевязка тканей, и по сіе время имѣющая въ оперативно-гинекологической практикѣ большое распространеніе, бла-

годаря простотѣ и быстротѣ ея выполненія, при чемъ, однако, всегда нужно стремиться захватывать въ лигатуру какъ можно меньше ткани. При массовыхъ перевязкахъ обыкновенно мы пользуемся тупыми иглами для прокалыванія отдѣловъ тканей, подлежащихъ перевязкѣ, во избѣжаніе возможнаго пораненія сосудовъ острыми иглами. Мы считаемъ для указанной цѣли наиболѣе удобными ту-

Массовая  
лигатуры



Рис. 131. Игла Deschamps'a съ ручкою.



Рис. 132. Инструментъ Е. Kurz'a для проведенія лигатуры.



Рис. 133. Неправильное расположение нитей узла.



Рис. 134. Правильный способ завязыванія узла.

пья иглы Deschamps'a (рис. 98); но существуютъ также иглы съ постоянными ручками, которыя многими употребляются для той же цѣли (рис. 131). Очень остроумень инструментъ Е. Kurz'a, при которомъ одна вѣтка щипцовъ протыкаетъ черезъ ткани иглу съ ниткой, а другая вѣтка, при замыканіи инструмента, захватываетъ конецъ иглы и содѣйствуетъ самостоятельному проведенію иглы и лигатуры черезъ

ткани (рис. 132). Для того, чтобы имѣть увѣренность въ основательномъ закрытіи артеріальнаго ствола, необходимо лигатуру крѣпко затягивать и, во избѣжаніе



Рис. 135. Расположеніе пальцевъ при завязываніи лигатуръ. Первый моментъ.

Способъ  
завязыванія  
лигатуръ.

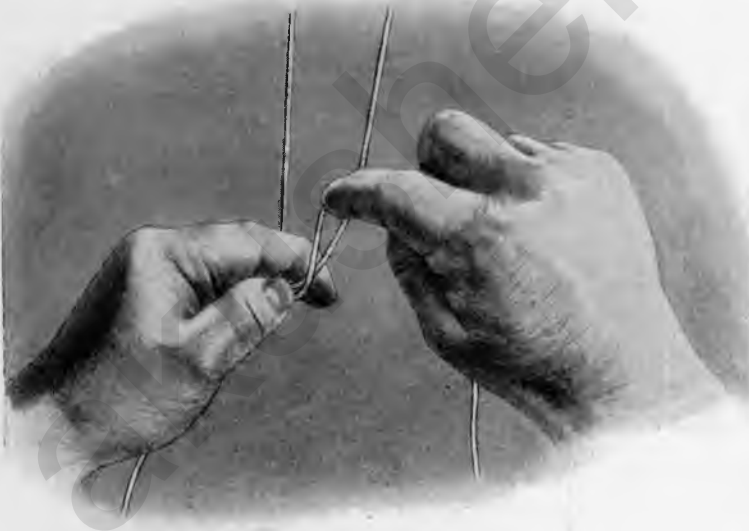


Рис. 136. Расположеніе пальцевъ при завязываніи лигатуръ. Второй моментъ.

возможнаго ея соскальзыванія, отрѣзать перевязанные отдѣлы не очень близко отъ узла. Указанное правило особенно относится къ болѣе или менѣе толстымъ культямъ, такъ какъ въ подобныхъ случаяхъ иногда наложенная лигатура уже къ концу операціи оказывается несостоятельной и требующей замѣны новой.

Въ виду этого, въ подобныхъ случаяхъ приходится брать очень крѣпкія лигатуры и затягивать ихъ съ особой силой. Передъ завязываніемъ перваго узла очень полезно предварительно сдавить ткани сильнымъ подтягиваніемъ лигатуры за оба конца; при завязываніи же необходимо слѣдить, чтобы нитка ложилась правильно, во избѣжаніе разслабленія узла. На рисункѣ 134 показанъ правильный

способъ завязыванія узла, а на рис. 133 изображено неправильное расположеніе нити въ узлѣ. На рис. 135—138 изображено положеніе пальцевъ рукъ, наиболѣе цѣлесообразное для быстрого и правильнаго завязыванія лигатуръ. Чтобы завязать



зять лигатуру, первое, что необходимо сдѣлать, это—взять концы лигатуры на перекрестъ: правый конецъ въ лѣвую руку, а лѣвый—въ правую, перекрещивая лигатуру до ихъ соприкосновенія такъ, чтобы правый конецъ пришелся подѣ лѣвымъ, при чемъ лигатуры должны быть напряжены; затѣмъ, правой рукой лѣвый конецъ перекидывается (перекатывается подѣ контролемъ осязанія) черезъ правый, для хирургическаго узла, два раза. Второй узелъ, уже простой, служитъ для укрѣпленія хирургическаго.



Рис. 137. Расположеніе пальцевъ при завязываніи лигатуръ. Третій моментъ.

Перевязку сосудовъ, гдѣ возможно, лучше дѣлать до перерѣзки сосуда; этимъ сберегается кровь и устраняется загрязненіе кровью операціоннаго поля. Лишь кровотеченіе изъ сосудовъ съ очень маленькимъ просвѣтомъ допустимо оставивать временнымъ сдавливаніемъ, или перекручиваніемъ ихъ при помощи обыкновенныхъ гемостатическихъ пинцетовъ Коerberlé-Réan'a.

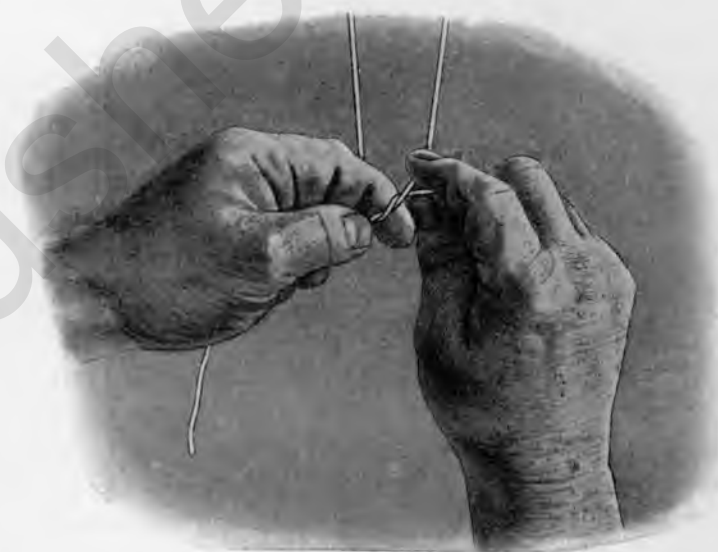


Рис. 138. Расположеніе пальцевъ при завязываніи лигатуръ. Четвертый моментъ.

Въ подобныхъ случаяхъ, равно какъ и при паренхиматозномъ кровотеченіи, очень хорошо дѣйствуетъ обычное сдавливаніе кровоточащихъ поверхностей швами

при закрытіи раны и соединеніи краевъ разрѣза. Такой способъ обычно приходится примѣнять при операціяхъ на маточной шейкѣ, а такъ же на ея тѣлѣ, что обуславливается такимъ слабымъ развитіемъ adventitiae сосудовъ маточной интимы, что изолированно перевязать послѣдніе не удастся.

Для замѣны швовъ, накладываемыхъ на кровоточащіе сосуды, представителями французской гинекологіи (Péan, Reclus, Richelot, Doyen), чтобы избѣгнуть

оставленія въ организмѣ посторонняго тѣла, какимъ является лигатура съ узломъ, предложено употреблять гемостатическіе щипцы, различной величины и конструкціи (рис. 139, а также рис. 105 и 106), которыми сдавливается сосудъ вмѣстѣ съ соотвѣтственнымъ участкомъ облегающихъ тканей въ теченіе 24—48—60 часовъ, не снимая въ этотъ срокъ щипцовъ. Если щипцы хорошо захватили ткань, и замокъ ихъ настолько хорошо устроенъ, чтобы самопроизвольно не открыться въ теченіе указанного срока, то на указанный методъ можно смотрѣть, какъ на достигающій обыкновенно своего назначенія. Поэтому, въ отдѣльныхъ случаяхъ, гдѣ употребленіе лигатуръ по какой либо причинѣ не примѣнимо, съ усиліемъ можно прибѣгать къ гемостазу при помощи щипцовъ, какъ это, напр., бываетъ при кровотеченіяхъ въ недоступныхъ для наложенія лигатуры мѣстахъ, при чрезмѣрной прорѣзываемости тканей и т. под. Совсѣмъ иначе, однако, нужно отнестись къ разбираемому методу, если онъ выставляется вообще для замѣны лигатуръ и предлагается какъ наиболѣе совершенный. Къ такому заключенію присоединиться никоимъ образомъ нельзя, такъ какъ примѣненіе гемостатическихъ щипцовъ не лишено отрицательныхъ сторонъ. Наиболѣе существенный упрекъ состоитъ въ томъ, что по снятіи щипцовъ, по истеченіи



Рис. 139. Щипцы Richelot  
( $\frac{1}{10}$  натур. величины).

указаннаго срока, нерѣдко наблюдаются послѣдовательныя кровотеченія, какъ въ этомъ мнѣ не разъ приходилось убѣждаться. Я не говорю уже про возможность преждевременнаго соскальзыванія щипцовъ при рѣзкихъ движеніяхъ больной, которую щипцы, торчащіе рукоятками наружу, всегда беспокоятъ въ большей или меньшей степени, при чемъ продолжительное пребываніе щипцовъ всегда производитъ къ тому же и пролежни. Во избѣжаніе пролежней и дабы больная вообще не чувствовала прикосновеніе металла, щипцы на всемъ протяженіи слѣдуетъ обложить марлей, а рукоятки обернуть ватой. Оперировать со щипцами менѣе удобно, чѣмъ съ лигатурами, такъ какъ они, выполняя операціон-

ное поле, мѣшаютъ хорошо ориентироваться, больная же послѣ операціи обречена на почти неподвижное положеніе; катетеризація больной въ послѣопераціонномъ періодѣ тоже затруднительна. Всѣ эти невыгоды очевидно совершенно не искупаютъ стремленія замѣнить оставляемые лигатуры, которыя мы умѣемъ сдѣлать, при помощи соотвѣтственной стерилизаціи, совершенно безвредными. Въ настоящее время, впрочемъ, большинство хирурговъ, какъ и слѣдовало ожидать, отказалось отъ замѣны лигатуръ щипцами.

За послѣдніе годы французскіе хирурги (Tuffier, Doyen), взамѣнъ указаннаго способа примѣненія кровоостанавливающихъ щипцовъ, предложили, для достиженія гемостаза, раздавливать кровеносные сосуды при помощи очень крѣпкихъ щипцовъ, позволяющихъ развить значительную силу (ангіотрипси́я). Въ настоящее время первоначальный пылъ къ этимъ неуклюжимъ и громоздкимъ инструментамъ слѣдуетъ считать значительно остывшимъ, такъ какъ помимо, такъ сказать, антихирургическаго принципа, положеннаго въ основу ихъ дѣйствія, это послѣднее, въ чемъ мнѣ пришлось убѣдиться, далеко нельзя считать надежнымъ для остановки крови. Всякій желающій легко можетъ въ этомъ убѣдиться, предпринявъ необходимые опыты на животныхъ, какъ это было сдѣлано въ свое время, по моему предложенію, Н. І. Рачинскимъ.

Слѣдуетъ еще сказать нѣсколько словъ о такъ наз. *профилактическомъ гемостазѣ*, предложенномъ для производства операцій безкровно, какъ, напр., при надвлагалищномъ усѣченіи фиброматозной матки, кесарскомъ сѣченіи, операціяхъ на маточной шейкѣ и т. под. Производство операцій безкровно достигается наложеніемъ на основаніе органа или его части резиновой трубки или такого же солиднаго жгута, сдавливающаго основаніе органа и препятствующаго такимъ образомъ притоку крови. Такое профилактическое наложеніе жгута было предложено нашимъ соотечественникомъ Клейберомъ (Одесса). Резиновый жгутъ долженъ быть сильно напряженъ и въ такомъ видѣ закрѣпляется, лучше всего спеціально предложенными для этой цѣли инструментами. Наиболѣе практичнымъ изъ всѣхъ существующихъ я считаю жгутозажиматель, предложенный мною, въ которомъ мнѣ удалось устранить несовершенства, наблюдаемыя въ другихъ подобныхъ инструментахъ. На рис. 140, изображающемъ указанный жгутозажиматель, хорошо видна его несложная конструкція: косое расположеніе колець на концахъ щипцовъ, устраняя, благодаря такому положенію, почти вовсе треніе жгута, даетъ возможность безъ всякой посторонней помощи стянуть до желаемой степени резину и, при помощи лапокъ, фиксировать жгутъ въ данномъ положеніи. Наложеніе, снятіе и перемѣщеніе инструмента производится очень быстро и легко. На предварительное обезкровливаніе въ настоящее время слѣдуетъ смотрѣть, какъ на методъ, утратившій въ значительной степени свое значеніе, въ виду усовершенствованной оперативной техники, хотя, конечно, для недостаточно опытныхъ рукъ онъ всегда представляетъ хорошее подспорье. Нельзя обойти молчаніемъ, что стягиваніе матки резиновымъ жгутомъ для воспрепятствованія притоку крови имѣетъ и отрицательныя стороны: органъ,

Ангіотрипси́я.

Профилактический гемостазъ.

лишенный въ теченіе нѣкотораго времени притока крови, временно утрачиваетъ и нѣкоторыя свои фізіологическія свойства; такъ, установлено, что сократительная способность матки послѣ кесарскаго сѣченія съ примѣненіемъ жгута значительно понижается (В. А. Столыпинскій), давая поводъ къ послѣдовательнымъ атоническимъ кровотеченіямъ. Кромѣ того, тѣ сосуды, которые непосредственно по снятіи жгута не кровоточатъ, послѣдовательно могутъ дать поводъ къ значительному отдѣленію крови. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ Momburg предложилъ, особенно при атоническомъ маточномъ кровотеченіи, съ цѣлью остановки его, взамѣнъ временнаго сдавливанія аорты, перетянуть все тѣло въ области пупка крѣпкой резиновой трубкой. Способъ Momburg'a въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ оказаться полезнымъ,

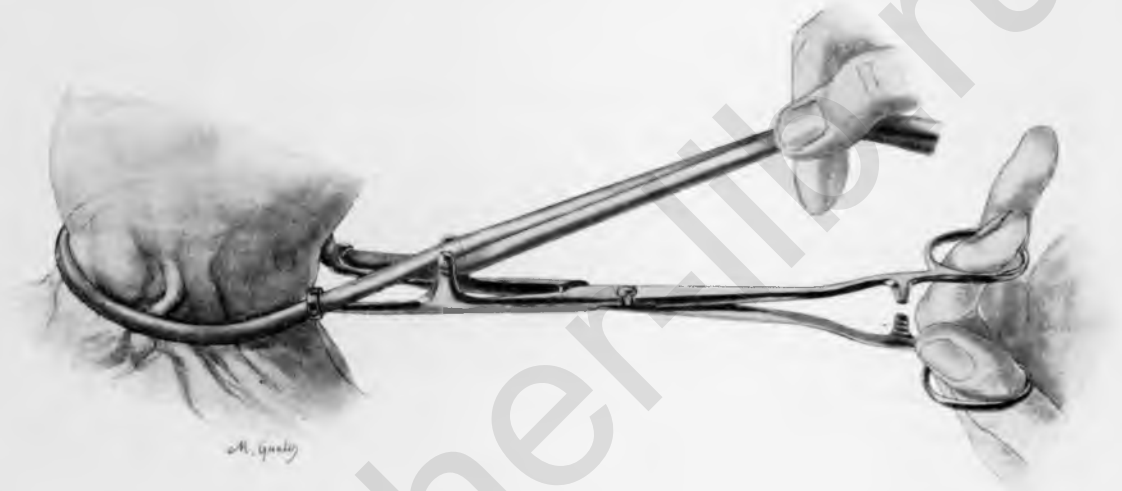


Рис. 140. Инструментъ для зажиманія резиноваго жгута (жгутозажиматель) Д. О. Отта.

но было бы ошибочно полагаться на этотъ пріемъ, который, будучи самъ по себѣ довольно грубымъ, сопровождается иногда вреднымъ вліяніемъ, особенно на органы мочеотдѣленія, нервную систему и пр. (Е. М. Бахметева <sup>1)</sup>).

Остановка  
послѣдова-  
тельныхъ  
кровоте-  
ченій.

Послѣдовательныя послѣоперационныя кровотеченія требуютъ такихъ же мѣръ, какъ и всякое иного вида кровотеченіе, при чемъ, въ виду излишне потерянной крови, эти мѣры должны быть проведены еще болѣе тщательно. Въ подобныхъ случаяхъ, нахожденіе источника кровотеченія можетъ представить очень значительныя трудности,—потребовать, напр., при необходимости, повторнаго вскрытія брюшной полости, обкалыванія кровоточащаго мѣста и т. д., поэтому необходимыя мѣропріятія нужно обставлять такъ же полно и строго,

<sup>1)</sup> Е. М. Сперанская-Бахметева.—Фізіологическій анализъ перетягиванія тѣла жгутомъ по способу Momburg'a. Докладъ на IV Създѣ Росс. Гинек. и акуш., Спб., 1911.—Журн. акуш. и жен. бол., 1912, стр. 1657.

какъ всякую соотвѣтственную операцію. Для устраненія послѣдовательныхъ кровотеченій послѣ влагалищныхъ чревосѣченій незамѣнимымъ подспорьемъ представляется примѣненіе предложеннаго мною внутрибрюшиннаго освѣщенія (стр. 72 и слѣд.).

Употребленіе всевозможныхъ вяжущихъ средствъ, останавливающихъ кровотѣленіе путемъ створаживанія крови, не надежно и, благодаря образованію струпа, можетъ быть невыгодно и въ другихъ отношеніяхъ. Наиболѣе распространеннымъ средствомъ при паренхиматозномъ кровотеченіи считается *ol. martis*, употребленіе котораго обыкновенно рекомендуется въ слабыхъ растворахъ—отъ 5% до 10%. Каленое желѣзо (термокаутеръ *Rasquelin'a*, различные электрокаутеры), перегрѣтый паръ (Снегиревъ)—дѣйствуютъ не только образованіемъ струпа, съ глубокимъ разрушеніемъ тканей, но, благодаря высокой температурѣ, вызываютъ сокращеніе сосудовъ. Вообще же термическіе раздражители (жаръ, холодъ), равно какъ и *ol. martis* и пр., мало пригодны при оперативной дѣятельности, а потому въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ болѣе рacionales способы не примѣнимы, обыкновенно пользуются непосредственнымъ придавливаніемъ кровоточащихъ участковъ и примѣненіемъ тампонаціи. О тампонаціи брюшной полости, которая впервые *Mikulicz'емъ* была примѣнена при кровотеченіи, мною уже было сказано выше (стр. 130); въ специальномъ отдѣлѣ придется, при описаніи соотвѣтствующихъ случаевъ, еще вернуться къ этому вопросу, поэтому здѣсь я ограничусь лишь указаніемъ на тампонацію влагалища и матки. Лучше всего употреблять для тампонаціи марлю въ видѣ длинныхъ непрерывныхъ полосъ разной ширины, свернутыхъ на подобіе бинтовъ. Особенно тщательно и равномерно необходимо выполнять своды и верхнюю часть влагалища, такъ какъ подобный тампонъ меньше раздражаетъ, чѣмъ лежащій во входѣ и иногда сдавливающій мочеиспускательный каналъ. При сильномъ растяженіи полости влагалища и матки цѣль достигается болѣе совершенно, если туго наложенной повязкой на животъ сверху оказать противодавленіе введенному тампону.

Тампона-  
ція.

Важное значеніе совершеннаго гемостаза въ хирургіи состоитъ не только въ устраненіи непосредственнаго вреда отъ потери организмомъ крови, но еще и въ томъ, что предотвращаетъ возможность послѣдовательной инфекціи, такъ какъ излившаяся и задержанная въ тѣлѣ кровь служитъ наилучшей средой для развитія бактерій. Въ виду этого во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ не удастся достигнуть полнаго гемостаза и гдѣ грозитъ опасность отъ застоя излившейся крови, необходимо принять мѣры къ своевременному устраненію возможнаго скопленія крови путемъ дренажа, тампонаціи и т. под.

#### **МѢРЫ, НАПРАВЛЕННЫЯ ПРОТИВЪ ОСТРАГО МАЛОКРОВІЯ.**

Ни въ одной другой специальности не приходится такъ часто имѣть дѣло съ сильными кровопотерями, какъ въ гинекологіи, особенно же въ случаяхъ беременности внутриматочной или внѣматочной. Хотя по существующему мнѣнію женскій

организмъ лучше мужского имѣть способность переносить большія потери крови, тѣмъ не менѣе, въ виду частоты обильныхъ потерь крови у женщинъ, процентъ смертности отъ остраго малокровія представляется у нихъ значительно большимъ, чѣмъ у мужчинъ; отсюда вполне понятенъ интересъ къ знакомству со способами противодействовать вреднымъ послѣдствіямъ большихъ потерь крови, тѣмъ болѣе, что при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ (какъ, напр., при внематочной беременности) примѣненіе мѣръ для предотвращенія опасныхъ симптомовъ имѣть спеціальныя показанія въ зависимости отъ особенностей клиническаго теченія отдѣльныхъ случаевъ.



Рис. 141. Введеніе канюли въ вену для внутривеннаго вливанія.

Не имѣя въ виду перечислять общеизвѣстныхъ мѣропріятій въ борьбѣ съ острой анеміей, я только отмѣчу принципъ, который нами долженъ руководить: необходимо сохранить равновѣсіе въ организмѣ между емкостью сосудовъ и объемомъ циркулирующей въ нихъ крови, такъ какъ нарушеніе этого равновѣсія ведетъ къ прекращенію кровообращенія, а, слѣдовательно, къ смертельному исходу. Поэтому всѣ наши мѣропріятія должны быть направлены, съ одной стороны, къ сохраненію сосудистой системой необходимаго тонуса, иначе говоря, способности приспособиться къ уменьшенному объему содержимой въ ней жидкости (крови), а съ другой—пополнить общій объемъ этой послѣдней. Первая категорія требованій сводится къ примѣненію всевозможныхъ возбуждающихъ средствъ для поднятія тонуса сосудистыхъ стѣнокъ и ихъ сокращенія—*t-ra strophanti*, *t-ra moschi* и др.; вторая—къ введенію въ организмъ жидкости взамѣнь потерянной при кро-

вотеченіи, при чемъ, конечно, главная забота должна быть направлена прежде всего къ отысканію кровоточащаго мѣста и остановкѣ кровотеченія.

Изъ всѣхъ мѣръ введенія въ организмъ жидкости остановилось только на одной, какъ на наиболѣе дѣйствительной, — на введеніи 0,7% физиологическаго солеваго раствора непосредственно въ сосудистую систему, — рекомендованной въ тѣхъ случаяхъ, когда нельзя медлить съ вмѣшательствомъ. Вливаніе указанной жидкости въ количествѣ отъ 1—1½—2 литровъ и подогрѣтой на 1—1½° выше температуры тѣла мы дѣлаемъ въ одну изъ поверхностныхъ венъ, стараясь, однако, настолько медленно производить вливаніе, чтобы вливаемый растворъ посѣвально возможно совершеннѣе смѣшиваться съ поступающей изъ другихъ сосудовъ кровью.

Чтобы ввязать въ сосудъ канюлю, поступаютъ слѣдующимъ образомъ: на лѣвую верхнюю конечность, выше локтевого сгиба, накладывается умѣренносдавливающая повязка, благодаря чему напрягаются нижележащія вены, изъ коихъ наиболѣе пригодна средняя вена локтевого сгиба. Надъ этой подкожной веной, по ея длиннику, проводится разрѣзъ кожи въ 2½—3 сант. длины, послѣ чего вена выпрепаровывается изъ окружающей ее клетчатки, что, во избѣжаніе пораненія вены, обыкновенно можно сдѣлать и тупымъ способомъ—пинцетами. Послѣ этого подъ обнаженную вену подводится три лигатуры: одна—подъ среднюю часть, двѣ другія—подъ концы отпрепарованнаго участка, изъ коихъ расположенная къ периферіи венознаго ствола въ нижней части завязывается; концы лигатуръ, чтобъ удобнѣе было фиксировать вену, оставляются длинными. Лигатура, лежащая на противоположномъ (центральномъ) концѣ, завязывается бантомъ, чтобы ее легко можно было развязать. Когда, такимъ образомъ, доступъ крови къ участку вены, расположенному между лигатурами, прекращенъ, на передней стѣнкѣ вены дѣлается ножницами косой надрѣзъ венозной стѣнки, приблизительно до половины ея периферіи. Въ образовавшееся отверстіе вводится заранѣе приготовленная канюля, соединенная другимъ своимъ концомъ съ обыкновеннымъ ирригаторомъ, и укрѣпляется въ такомъ положеніи лигатурой, которая была подведена подъ среднюю часть вены. Введеніе въ вену канюли, во избѣжаніе попаданія воздуха въ вену, лучше производить, когда по открытіи крана изъ нея начнетъ вытекать жидкость. Послѣдній актъ заключается въ расслабленіи центрально-лежащей лигатуры и снятіи повязки съ предплечія, послѣ чего жидкость получаетъ возможность поступать въ кровеносную систему. На рис. 141 изображенъ способъ

Вливаніе физиологическаго раствора NaCl въ вены.



Рис. 142. Канюли—стеклянная и металлическая—для внутривеннаго вливанія (2/3 натур. величины).

введенія канюли и ея укрѣпленія, а на рис. 142 представлены самыя канюли—стеклянная и металлическая,—имѣющія маленькое расширеніе на концѣ. По окончаніи вливанія, лигатура, которая раньше была завязана бантомъ, вновь завязывается наглухо, средній участокъ отпрепарованной вены вырѣзывается, и вся рана зашивается обычнымъ способомъ. Въ виду того, что внутривенное вливаніе быстрѣе, чѣмъ другія средства, поднимаетъ внутрисосудистое давленіе, было бы ошибочно производить вливаніе раньше, чѣмъ будетъ остановлено кровотеченіе, такъ какъ, при такихъ условіяхъ, въ виду большаго кровяного давленія, больная потеряетъ еще больше крови. Въ отвѣтственныхъ случаяхъ слѣдуетъ предварительно вязать канюлю для того, чтобы приступить къ вливанію, лишь только будетъ найденъ и перевязанъ кровотокащій сосудъ.

Подкожное вливаніе физиологическаго раствора NaCl.

Введеніе солевого раствора въ подкожную клѣтчатку также заслуживаетъ полнаго вниманія, хотя результаты проявляются нѣсколько медленнѣе, и въ отдѣльныхъ случаяхъ не представляется возможнымъ ввести въ общемъ столько жидкости, какъ при внутривенномъ вливаніи. Нѣсколько скорѣе жидкость вводится въ организмъ больной, если одновременно въ клѣтчатку вколоть нѣсколько иголь, соединенныхъ при помощи развѣтвляющейся стеклянной или металлической промежуточной трубочки съ трубкой обыкновеннаго ирригатора или нагнетающаго жидкость аппарата, путемъ накачиванія воздуха въ хорошо закупоренный сосудъ, содержащій вливаемый растворъ. Удобнымъ мѣстомъ для вкола иглы при подкожномъ вливаніи, въ виду значительнаго количества клѣтчатки, не безъ основанія считаются ткани, расположенныя подъ грудной железой. Существуетъ такъ же предложеніе вкалывать иглу прямо въ вену въ области локтевой ямки (*v. mediana*). Подобному предложенію, если только обстоятельства позволяютъ, я всегда предпочитаю вводить въ вену канюлю, на что, при нѣкоторомъ опытѣ, достаточно 5—10 минутъ. Наконецъ, при чревосѣченіяхъ (какъ, напр., при виѣматочной беременности и др.), можно ввести жидкость—растворъ 0,7% NaCl, локковскую и др.—непосредственно въ брюшную полость въ расчетѣ на быстрое всасываніе, свойственное брюшинѣ.

Само собой понятно, что если степень анеміи не очень сильная, и нѣтъ необходимости торопиться съ пополненіемъ содержимаго сосудистой системы, то вполне можно ограничиться назначеніемъ больной *per os*, а также *per rectum* періодическаго введенія жидкости. При непосредственномъ введеніи въ кровь солевого раствора составъ крови какъ въ морфологическомъ, такъ равно и химическомъ отношеніи быстро возстановливается <sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> *Dm. v. Ott.* Ueber den Einfluss der Kochsalzinfusion auf den verbluteten Organismus in Vergleich mit den anderen zur Transfusion verwendeten Flussigkeiten.—*Virchow's Arch.*, Bd. 93, 1883.



### РАЗЛИЧНЫЕ СПОСОБЫ НАЛОЖЕНИЯ ШВОВЪ.

Разобравъ въ предшествующихъ главахъ приемы освѣженія и остановки кровотеченія, остается указать на способы соединенія окрвавленныхъ участковъ, дабы получить хорошее и прочное заживленіе. Съ этою цѣлью, подлежащія соединенію отдѣлы обыкновенно приводятся въ плотное соприкосновеніе при помощи швовъ, пока не произойдетъ надежное ихъ сращеніе. При наложеніи швовъ требуется соблюденіе слѣдующихъ условій:

во 1-хъ) соприкосновеніе краевъ раневыхъ поверхностей должно быть равномѣрное и происходитъ *на всемъ ихъ протяженіи*, избѣгая образованія такъ наз. мертвыхъ пространствъ;

Общія требованія при наложеніи швовъ.

во 2-хъ) степень затягиванія швовъ не должна быть настолько сильна, чтобы чрезмѣрнымъ затягиваніемъ прекратить притокъ крови и тѣмъ лишить края раны необходимаго питанія;

въ 3-хъ) матеріаль, употребляемый для швовъ, долженъ быть выбранъ цѣлесообразно;

въ 4-хъ) при сохраненіи основныхъ принциповъ рациональнаго шва, всегда необходима всесторонняя и специальная оцѣнка каждаго отдѣльнаго случая—индивидуализація не только мѣстныхъ, но и общихъ условій.

Необходимость требованій перваго пункта вызывается тѣмъ, что соприкосновеніе раневыхъ поверхностей не на всемъ пространствѣ, во-первыхъ, не даетъ возможности краямъ раны склеиваться, что необходимо для ихъ сращенія, и, во вторыхъ, накапливающийся съ поверхности соответственнаго раневаго участка кровянистый секретъ легко можетъ подвергнуться разложенію и, инфицировавъ сосѣднія части, дать поводъ къ полному расхожденію соединенныхъ краевъ. Въ виду подобной возможности слѣдуетъ принять за правило—во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ завѣдомо окажется невозможнымъ надежно приладить края раны и тѣмъ устранить скопленіе выдѣленій, всегда прибѣгать къ употребленію выпускника и тѣмъ нейтрализовать такъ называемое мертвое пространство.

Для равномѣрнаго и совершеннаго прилаживанія краевъ разрѣза требуется соблюденіе двухъ условій: соединять раневую поверхность въ такомъ направленіи, *чтобы имѣть наименьшее напряженіе* ея краевъ и, во, вторыхъ, примѣнить такой способъ наложенія швовъ, который, достигая соприкосновенія всѣхъ отдѣловъ раневой поверхности, вмѣстѣ съ тѣмъ не нарушалъ бы питанія тканей, т. е. удовлетворялъ второму вышепоставленному требованію.

При завязываніи всякихъ лигатуръ нужно взять за правило пользоваться такъ наз. хирургическимъ узломъ, который въ свою очередь фиксируется простымъ; при этомъ, однако, необходимо слѣдить, чтобы петля правильно ложилась, такъ какъ въ противномъ случаѣ (рис. 133) узелъ легко можетъ распуститься и лигатура—оказаться недѣйствительной. Нѣкоторые хирурги

фиксируютъ хирургическій узелъ вмѣсто одного—двумя простыми узлами, что при правильномъ наложеніи узла я считаю излишнимъ. Въ виду громаднаго значенія, которое представляетъ умѣнье хорошо и быстро накладывать лигатуры, необходимо научиться дѣлать узелъ подь контролемъ лишь осязанія, что представляетъ большую практическую выгоду и экономію времени (см. стр. 150 и рис. 135—138).

Опредѣлить необходимую степень затягиванія шва на словахъ очень трудно, такъ какъ она опредѣляется чувствомъ такъ наз. мышечнаго осязанія оператора, при чемъ можно указать лишь на необходимость руководствоваться вышеноставленными положеніями; хотя можно сказать, что, при нѣкоторой наблюдательности, навыкъ—не слишкомъ крѣпко или не слишкомъ слабо затягивать лигатуру—приобрѣтается безъ особаго труда. При нецѣлесообразныхъ приѣмахъ завѣдомо нельзя рассчитывать на успѣшное соединеніе раневыхъ краевъ; такъ, напр., про-

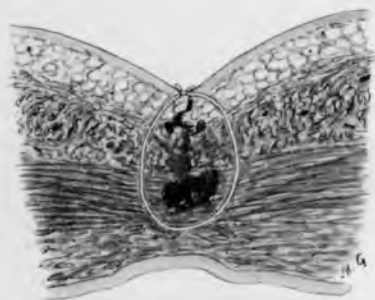


Рис. 143. Видъ нецѣлесообразно прилаженныхъ краевъ раны при захватѣ швомъ большого количества тканей.

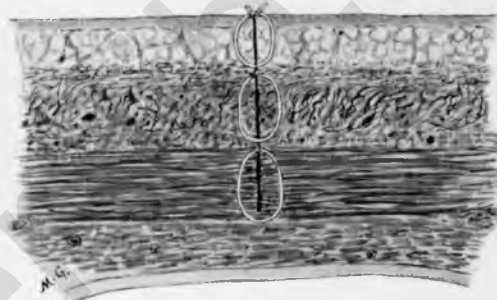


Рис. 144. Ярусный шовъ, изображенный въ разрѣзѣ.

водя шовъ подь очень большую раневую поверхность, требуется, при завязываніи его, для достиженія повсемѣтнаго соприкосновенія, очень сильно стянуть нить, что легко можетъ повести къ прекращенію притока крови и поэтому нерѣдко даже послѣдовательному омертвѣнію краевъ раны и значительному прорѣзыванію самаго шва, не говоря уже про то, что прилаживаніе освѣженныхъ участковъ очень несовершенно, и ткани часто стягиваются на подобіе кисета (рис. 143). Съ другой же стороны, слабое стягиваніе шва въ подобныхъ случаяхъ представляется недостаточнымъ для тѣснаго соприкосновенія на всемъ протяженіи освѣженнаго отдѣла. Естественнымъ выводомъ изъ только что сказаннаго является положеніе, что лишь относительно небольшія поверхности возможно соединять однимъ рядомъ швовъ.

Ярусный  
шовъ.

Когда же имѣется большая поверхность, одиночный рядъ швовъ долженъ быть замѣненъ болѣе рациональнымъ способомъ, каковымъ слѣдуетъ считать способъ яруснаго наложенія швовъ. Количество необходимыхъ ярусовъ опредѣляется съ одной стороны величиной освѣженнаго участка, съ другой—степенью существую-

щаго напряженія; оба эти обстоятельства стоятъ въ прямой пропорціональной зависимости отъ числа необходимыхъ ярусовъ; при этомъ, яруснымъ наложениемъ швовъ большая раневая поверхность, такъ сказать, превращается въ нѣсколько меньшихъ. При ярусномъ швѣ первый или самый глубокой ярусъ захватываетъ подлежащія соединенію части въ самомъ глубокомъ ихъ отдѣлѣ, причемъ, по завязываніи этого яруса швовъ, вся раневая поверхность уменьшается на соответственный отдѣлъ; затѣмъ накладывается слѣдующій рядъ швовъ, и такъ далѣе, пока послѣдній ярусъ, являющійся верхнимъ, окончательно не закроетъ освѣженный участокъ, соединивъ его края (рис. 144). Всѣ лигатуры яруснаго шва, кромѣ самаго поверхностнаго, такимъ образомъ являются «погружными». Преимущества яруснаго наложенія швовъ, обеспечивающія успѣхъ, сводятся къ слѣдующимъ положеніямъ: прилаживаніе освѣженныхъ участковъ происходитъ наиболѣе совершенно и при сохраненіи полного параллелизма тканей; устраняются мертвыя пространства; каждый отдѣльный шовъ захватываетъ лишь очень мало тканей, поэтому нѣкоторое, всегда неизбѣжное, пониженіе мѣстнаго питанія сведено до минимума; благодаря указаннымъ обстоятельствамъ достигается наибольшая пластичность; погружные швы содѣйствуютъ продолжительной консолидаціи соединенныхъ частей.

Перечисленныя выгоды этажнаго шва обеспечили ему широкое примѣненіе въ нашей хирургической дѣятельности и позволяютъ, въ виду достигнутыхъ результатовъ, настоятельно рекомендовать его примѣненіе. Въ прежнее время, когда условія ухода за раневыми поверхностями не были еще достаточно изучены, на почвѣ эмпирической народилось нѣсколько пріемовъ, направленныхъ къ устраненію какъ мертвыхъ пространствъ, такъ и чрезмѣрнаго напряженія. Съ этой цѣлью подъ основаніе раневыхъ краевъ проводилась крѣпкая лигатура (иногда двойная), къ концамъ которой прикрѣплялись два валика изъ дерева, свернутой ткани и т. п. Одинъ валикъ укрѣплялся къ лигатурѣ неподвижно, другой же, при натягиваніи лигатуры, приближался къ первому, пока не получалось достаточно плотнаго приближенія краевъ разрѣза другъ къ другу, вслѣдъ зачѣмъ онъ въ этомъ положеніи и фиксировался (рис. 145, фиг. 1 и 2). Иногда, къ одному, но болѣе длинному валику прикрѣплялось 2—3 болѣе лигатуръ. Нѣкоторые авторы вмѣсто валиковъ брали стеклянныя пластинки съ центральной дырочкой, черезъ которыя проходила проволока. Необходимое положеніе пластинокъ, при извѣстной степени напряженія проволоки, фиксировалось продырявленными дробинами, одѣваемыми на проволоку поверхъ пластинокъ и сдавливаемыми щипцами на соответственномъ мѣстѣ (рис. 145, фиг. 3). Несомнѣннымъ усовершенствованіемъ въ томъ же отношеніи является 8-образный шовъ Геппнера, въ которомъ лигатура перекрещивалась въ толщѣ освѣженнаго участка, образуя двѣ петли и разбивая, такимъ образомъ, раневую поверхность на два отдѣла (рис. 146). Шовъ Геппнера накладывался Стартиновской иглой, и матеріаломъ служила проволока. Наложивъ на перекрестъ двѣ проволоки, верхніе ихъ концы соединяли (скручивали), чѣмъ образовывалась

верхняя петля. Подтянув оба свободные конца до необходимого напряжения, тем же путем, как и верхние, их, скручивая, соединяли, образуя таким образом второе кольцо восьмерки. Применяя свой шов при зашивании промежности, Гепинеръ получалъ для своего времени очень удовлетворительные результаты.

Последнее время И. Бухманъ предлагаетъ соединять края разрыва проволокой, которая проводится, начиная от одного угла разрыва, поочередно, захватывая то правый, то лѣвый край раневой поверхности вплоть до противополож-

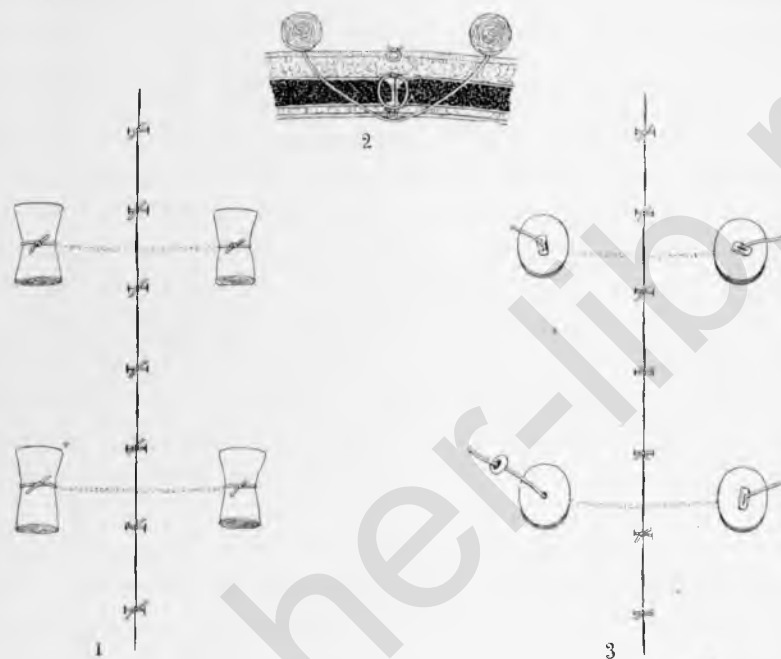


Рис. 145. Сближеніе краевъ ранъ при посредствѣ валиковъ (фиг. 1 и 2) и пластинокъ (фиг. 3).

наго (рис. 147). Такихъ волнообразно располагающихся проволочныхъ нитей вводится необходимое количество, соразмѣряясь съ глубиной разрыва и количествомъ тканей, подлежащихъ соединенію. Иногда проволоки располагаются ярусами, причемъ, однако, концы ихъ всегда выводятся наружу, и, когда произойдетъ срастаніе краевъ раны, проволоки легко извлекаются потягиваніемъ за одинъ изъ концовъ. Указанный методъ вполне напоминаетъ подкожный шовъ Pozzi (см. рис. 150).

Такъ какъ ярусный шовъ представляетъ сочетаніе наиболѣе выгодныхъ условий, при которыхъ можетъ происходить заживленіе соединенныхъ частей, то въ наиболѣе трудныхъ и отвѣтственныхъ случаяхъ онъ является единственнымъ средствомъ, дающимъ возможность достигнуть благопріятныхъ результатовъ. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ я пользуюсь для наложенія всѣхъ погружныхъ швовъ

Сравнительная оценка узловатого и непрерывного шва.

исключительно узловатымъ швомъ, такъ какъ онъ даетъ возможность наиболѣе равномерно и тщательно прилаживать отдѣльные участки; непрерывный шовъ ему въ этомъ отношеніи уступаетъ, хотя при немъ выигрывается время. Кромѣ того, въ виду возможности нагноенія, при непрерывномъ швѣ такое обыкновенно распространяется по всей ниткѣ, что, въ свою очередь, можетъ повести къ полному неуспѣху всей операціи; при узловатыхъ же швахъ, въ случаѣ нагноенія, послѣднее можетъ ограничиться лишь однимъ соответственнымъ швомъ, который выгнаивается, не нарушая этимъ результатовъ самой операціи. Большинство операторовъ употребляютъ для погружныхъ швовъ кэтгутовый непрерывный шовъ, въ виду меньшей траты времени, потребной для его наложенія, а также въ виду быстрой его рассасываемости, дающей значительно меньше шансовъ на послѣдовательное нагнаиваніе. Не отрицая этихъ соображеній, я, тѣмъ не менѣе, остаюсь вѣренъ пока шелковой лигатурѣ, не только на основаніи всего только что сказаннаго и выше приведенной сравнительной оцѣнки различныхъ матеріаловъ, употребляемыхъ для лигатуръ, но особенно въ виду того, что, при остальныхъ равныхъ условіяхъ, узловатымъ шелковымъ швомъ несомнѣнно достигается какъ наиболѣе совершенное



Рис. 146. Шовъ Геппнера.

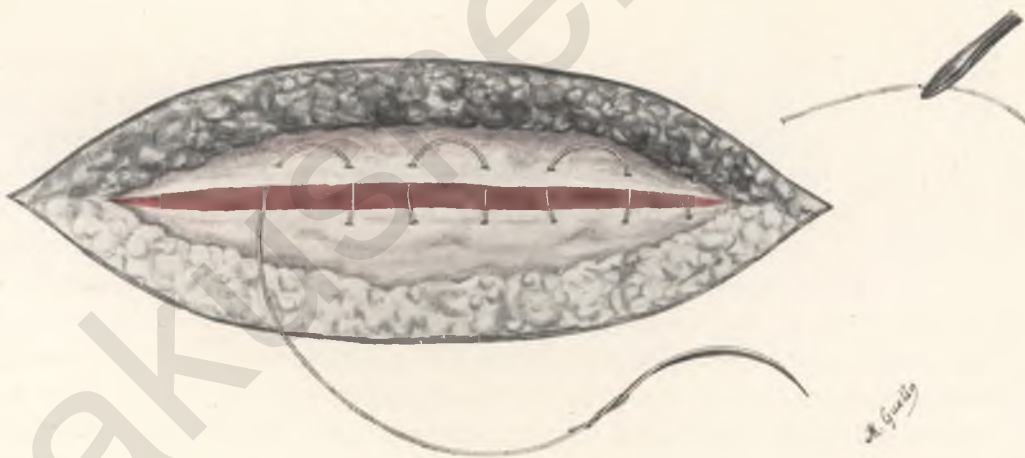


Рис. 147. Съемно-погружной шовъ И. Бухмана, наложенный на апоневрозъ.

соединеніе частей, такъ и продолжительная ихъ консолидація, въ виду значительнаго времени, потребнаго для рассасыванія шелка. Этому основному требованію кэтгутъ не удовлетворяетъ.

Техника наложенія непрерывнаго (обвивнаго) шва чрезвычайно проста. Сдѣлавъ первый стяжокъ, нить укрѣпляютъ узломъ (см. рис. 148), а затѣмъ

последовательно накладывается первый, наиболее глубокий ряд обвивного шва (представляющий из себя видь спирали), начинающийся с одного конца раневого участка и оканчивающийся у другого (рис. 149). Не прерывая шва, слѣдующій ряд (спираль) располагаютъ надъ первымъ, при чемъ ведутъ его въ противоположномъ направленіи, и т. д., пока не будетъ соединена вся раневая поверхность. При накладываніи шва необходимо слѣдить за тѣмъ, чтобы предшествующіе его отдѣлы не разслаблялись, для чего слѣдуетъ напрягать одной рукой смежный съ послѣднимъ стяжкомъ отдѣлъ нити, въ то время какъ другая рука проводитъ иглу до слѣдующаго стяжка. По окончаніи шва, конецъ лигатуры



Рис. 148. Способъ закрѣпленія конца обвивного шва.



Рис. 149. Обвивной шовъ.

укрѣпляется за послѣднюю петлю шва или, что надежнѣе, послѣдняя петля нити не дотягивается до тканей, а ею пользуются, чтобы связать съ проведеннымъ одиночнымъ концомъ лигатуры (рис. 149). При такихъ условіяхъ съ одной стороны будетъ двойная лигатура (недотянутая петля), а съ другой—одиночная съ иглой.

Коснувшись вопроса о матеріалѣ для погружнаго шва, нельзя обойти молчаніемъ употребленіе металлическихъ нитей изъ серебра, бронзы и т. под. Подобныя металлическія нити, хотя стерилизація ихъ очень проста (кипяченіемъ, проведеніемъ надъ пламенемъ), представляютъ невыгоды тѣмъ, что труднѣе, чѣмъ при другомъ матеріалѣ, можно судить о степени ихъ стягиванія, при чемъ онѣ нѣсколько хуже, чѣмъ мягкая лигатура, прилаживаются къ тканямъ, а главное—не удается защитить ткани отъ непріятнаго вліянія сръзанныхъ концовъ нити, долго иногда оставляющихъ колющее болевое ощущеніе.

Кромѣ заботы о соединеніи глубокихъ отдѣловъ конфронтруемыхъ участковъ, также важно хорошо соединить самый кожный разрѣзъ; это необходимо не только для цѣлей косметики, но часто и для основныхъ цѣлей операціи, тѣмъ болѣе, что быстрое и совершенное заживленіе обшихъ покрововъ является защитой глубокимъ отдѣламъ. При этомъ поверхностномъ соединеніи краевъ швы обыкновенно чередуются: одни захватываютъ нѣсколько больше тканей, другіе, собственно кожные, число которыхъ обыкновенно превосходитъ количество первыхъ, захватываютъ всю толщю кожи и лишь ничтожное количество подлежащей клѣтчатки; во избѣжаніе заворачиванія краевъ, игла вкалывается очень близко отъ края разрѣза, не далѣе 1—2 мм. Эти поверхностные швы затягиваются лишь до соприкосновенія краевъ кожи и *завязываются раньше* упомянутыхъ,

болѣе *глубокихъ*. Такой способъ даетъ обыкновенно возможность получить еле замѣтный рубецъ на мѣстѣ соединенія краевъ разрѣза. Указанныя соображенія примѣнимы не только при соединеніи краевъ кожного разрѣза, но и влагалищной слизистой оболочки, брюшиннаго покрова матки и т. д. Обвивной шовъ хотя не даетъ возможности достигнуть столь идеальнаго соединенія краевъ разрѣза, какъ узловатый, но въ отдѣльныхъ случаяхъ можетъ найти примѣненіе, когда требуется выиграть время, и т. п. Pozzi для поверхностнаго шва предложилъ подкожное примѣненіе непрерывнаго шва, накладываемаго въ клѣтчаткѣ, непосредственно подъ кожей. Этотъ непрерывный шовъ, преслѣдующій, главнымъ образомъ, косметическія



Рис. 150. Непрерывный подкожный шовъ Pozzi.

цѣли и, по заявленію его изобрѣтателя, оставляющій минимальный рубецъ, по наложеніи своемъ, представляетъ, какъ это видно на рис. 150, волнообразную линію (но не спиральную), причемъ изгибы шва поочередно захватываютъ то правую, то лѣвую половину разрѣза, и онъ весь представляется скрытымъ подъ кожей, кромѣ выведенныхъ наружу концовъ <sup>1)</sup>).

Для поверхностнаго соединенія краевъ разрѣза, взамѣнъ швовъ, примѣняются также маленькіе щипцы (*серфины*), впивающіеся въ края разрѣза зубчиками своихъ пружинящихъ вѣтокъ (рис. 151), или, что несравненно практичнѣй, метал-

<sup>1)</sup> Ср. съ аналогичнымъ методомъ д-ра Бухмана (стр. 162), гдѣ подобными, но металлическими, нитями соединяется вся толща разрѣза.

лическія скобки, изъ мягкаго металла, снабженныя заостренными зубцами и сдавливаемая пинцетомъ, по мѣрѣ надобности, вслѣдъ за ихъ наложеніемъ (Paul Michel, рис. 152). Наложеніе серфиновъ сокращаетъ время, необходимое для соединенія краевъ.

На какомъ разстояніи нужно располагать одинъ шовъ отъ другого, вполне зависитъ отъ даннаго случая. При дряблыхъ или тонкихъ краяхъ обыкновенно требуется болѣе близкое расположеніе одного шва отъ другого; при толстыхъ и упругихъ краяхъ возможно обыкновенно ограничиться меньшимъ числомъ; при уретропластикѣ швы должны быть располагаемы несравненно чаще, чѣмъ, напр., при зашиваніи объемистой матки при кесарскомъ сѣченіи; при чрево сѣченіи у ребенка швы накладываются чаще, чѣмъ у взрослого, и т. д. Вообще необходима строгая индивидуализація. лишь бы получить тѣсное и повсемѣстное хорошее сопри-



Рис. 151. Серфины  
(въ натур. величину).

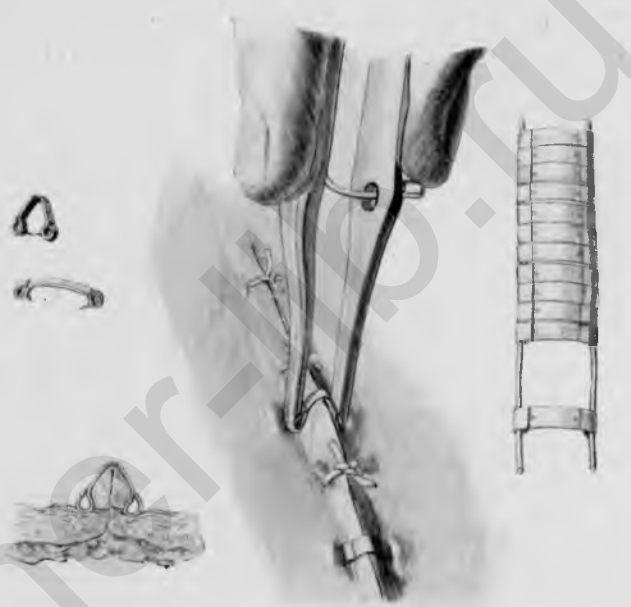


Рис. 152. Скобки (agrafes Michel'я) въ натур. величину.

косновеніе краевъ. Если потребуется для этой цѣли употребить лишнее количество швовъ, этимъ обстоятельствомъ смущаться нечего, и, во всякомъ случаѣ, болѣе невыгодно поступить тщательнымъ прилаживаніемъ краевъ, чѣмъ сокращеніемъ числа швовъ.

При сложныхъ пластикахъ, какъ, напр., на промежности, мнѣ нерѣдко приходилось употреблять по нѣскольку десятковъ швовъ, никогда не видя отъ этого какихъ либо невыгодъ или осложнений; напротивъ того, я не сомнѣваюсь, что благодаря лишь указанному числу швовъ, необходимому для хорошей фиксаціи освѣженныхъ частей, получены были хорошіе результаты. Шелковая нить, которую можно взять несравненно болѣе тонкихъ номеровъ, чѣмъ всякій другой матеріаль, въ этомъ отношеніи представляетъ несомнѣныя выгоды, внося меньше раздраженія въ ткани, чѣмъ болѣе толстыя лига- туры.



По достиженіи хорошаго сросченія соединенныхъ швами частей, для чего обыкновенно требуется отъ 5 до 10 дней, швы снимаются, при чемъ поверхностные раньше, чѣмъ глубокіе; въ отдѣльныхъ случаяхъ приходится, однако, наблюдать и отступленія отъ общаго правила, особенно у лицъ съ пониженнымъ питаніемъ, у которыхъ для надежнаго сросченія соединенныхъ частей можетъ потребоваться значительно большій срокъ. Въ этомъ отношеніи необходимо брать въ расчетъ и другія обстоятельства, какъ то: не вполне асептическое теченіе случая, кашлевые толчки, усиленные рвотныя движенія и т. п. обстоятельства, которыя всегда оказываютъ свое невыгодное вліяніе на процессъ заживленія. Изъ приведеннаго вытекаетъ необходимость индивидуализаціи при опредѣленіи срока удаленія швовъ; въ сомнительныхъ случаяхъ всегда выгодыѣ снимать швы въ два приѣма. Во избѣжаніе послѣдовательнаго зараженія тканей, при вытягиваніи перерѣзаннаго шва лучше перерѣзать петлю не въ участкѣ поверхностнаго ея расположенія, который легко можетъ быть загрязненъ, а въ той части, которая помѣщается въ толщѣ тканей, для чего необходимо подтянуть лигатуру за узелокъ и лишь затѣмъ перерѣзать въ указанномъ мѣстѣ. Чтобы успѣшно снимать швы, необходимо, чтобы узелокъ былъ хорошо доступенъ зрѣнію, что даетъ возможность перерѣзать петлю въ одной только сторонѣ и послѣдовательно ее вытянуть, продолжая тянуть за узелокъ. Если не соблюсти этого правила и плохо обнажить мѣсто шва, то случается перерѣзать лигатуру сразу въ двухъ мѣстахъ, при чемъ удаляется лишь узелокъ съ короткими участками лигатуры, сама же лигатура остается неудаленной. Чаше всего это случается въ глубокихъ полостяхъ (напр., послѣ colporrhaphi'и), мало доступныхъ зрѣнію, тѣмъ болѣе, что растяженіе свѣжезашитыхъ отдѣловъ противопоказано, въ виду возможности разорвать только что сросшіеся участки. Въ подобныхъ случаяхъ очень выгодно снимать швы, примѣнивъ непосредственное освѣщеніе полаго органа, введя для этого узкое пластинчатое зеркало съ маленькой электрической лампочкой, позволяющей хорошо разсмотрѣть отдѣльные швы. Въ свое время <sup>1)</sup> мною было предложено для болѣе удобнаго удаленія швовъ пережигать эти послѣдніе платиновой проволокой, подводимой подъ швы до ихъ завязыванія. При наступленіи времени снятія швовъ, проволока накаливается пропускаемымъ черезъ нее токомъ, при чемъ всѣ швы сразу пережигаются и удаляются потягиваніемъ за оставленные болѣе длинными противъ обыкновенія ихъ концы. Были также предложены спеціальныя инструменты разной конструкціи для, такъ сказать, автоматическаго снятія швовъ (Форштеттеръ, Спордили). Всѣ эти инструменты оказались однако на практикѣ мало пригодными. Въ тѣхъ случаяхъ, когда узелъ наложеннаго шва вообще плохо доступенъ и очень глубоко втянутъ въ толщу тканей, какъ это особенно часто имѣетъ мѣсто при влагалищномъ методѣ послѣ

<sup>1)</sup> Д. О. Оттъ. Vervollkommnetes Verfahren der Anlegung u. Entfernung der Naht bei der «Normalen Perineorrhaphie» etc.—Arch. f. Gynäk. Bd. XXXIX, N. I., и—Журн. акушер. и женск. болѣзн., 1890 г., Январь.

экстирпации матки и т. п., мы съ успѣхомъ пользуемся для снятія такихъ глубокихъ лигатуръ стальной трубкой, края которой на одномъ концѣ отточены. Для того, чтобы пользоваться такимъ инструментомъ, необходимо, чтобы концы лигатуръ были оставляемы достаточной длины, что, впрочемъ, мы всегда и дѣлаемъ въ подобныхъ случаяхъ. Чтобы снять лигатуру, одинъ конецъ ея проводится въ описанную трубку и вмѣстѣ съ другимъ сильно натягивается, а трубка доводится до узла, въ который она упирается. Надавливая верхнимъ отточеннымъ концомъ

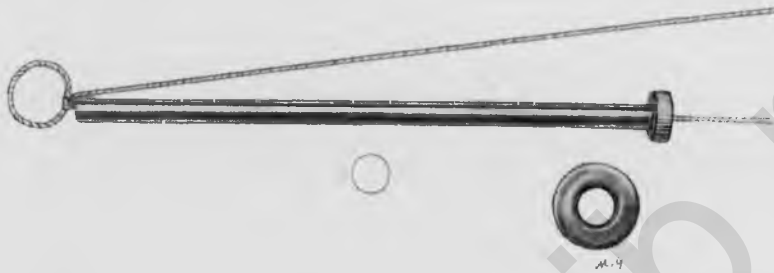


Рис. 153. Трубочка съ острыми краями для снятія трудно доступныхъ швовъ ( $\frac{2}{3}$  натур. величины).

трубки и дѣлая ею вращательныя движенія въ ту и другую сторону, мы легко перерѣзаемъ лигатуру въ области узла, благодаря чему легко вытягивается вся лигатура (рис. 152). Когда лигатуру не удалось снять и она цѣликомъ или частью осталась неудаленной, то это обычно вызываетъ нагноительный процессъ, въ виду чего послѣдовательно приходится принять мѣры для удаленія оставленной лигатуры. Съ этой цѣлью мы пользуемся тонкими зубчатыми пинцетами или же очень тонкой кюреткой (рис. 21), которой обыкновенно удается извлечь оставшуюся лигатуру. Если оставленная петля плотно держится, ее приходится въ глубинѣ перерѣзать узкими остроконечными ножницами.



## ЧРЕВОСЪЧЕНІЕ И РАЗЛИЧНЫЕ МЕТОДЫ ЕГО ПРОИЗВОДСТВА.

Изложивъ общія правила освѣженія раневыхъ поверхностей, остановки кровотечения и наложенія швовъ, я считаю практичнымъ въ «Общей части» описать еще тѣ главные оперативные приемы, къ которымъ чаще всего приходится прибѣгать въ гинекологической дѣятельности. Дѣлаю это во избѣжаніе повтореній при изложеніи оперативныхъ методовъ, примѣняемыхъ при различныхъ заболѣваніяхъ органовъ полового аппарата, требующихъ однороднаго способа хирургическаго вмѣшательства, какъ это, напр., имѣетъ мѣсто при различныхъ операціяхъ, сопровождающихся вскрытіемъ брюшной полости.

Чтобы проникнуть къ органамъ брюшной полости, подлежащимъ удаленію или соотвѣтственному оперативному воздѣйствию, существуютъ различные способы вскрытія брюшной полости. Эти способы могутъ быть раздѣлены на слѣдующія группы: во 1-хъ—*брюшностѣночное чревосъченіе* (coeliotomia abdominalis), производимое въ разныхъ отдѣлахъ брюшной стѣнки, во 2-хъ—*влагалищное чревосъченіе* (colpo-coeliotomia), производимое черезъ влагалище, и, въ 3-хъ—значительно болѣе рѣдко примѣняемые приемы, какъ то: крестцовый методъ, безъ удаленія или съ удаленіемъ части крестцовой кости, путь поперечнаго расщепленія промежности и др. Каждый изъ этихъ способовъ имѣетъ свои особенности, преимущества и недостатки, и поэтому, для примѣненія того или иного метода, всегда требуется опредѣленное показаніе, примѣнительно къ каждому отдѣльному случаю; оперировать же при всѣхъ чревосъченіяхъ по одному только методу не отвѣчаетъ ни интересамъ больныхъ, ни научнымъ требованіямъ. Мало того, по какому бы пути мы ни шли для вскрытія брюшной полости, путемъ ли брюшностѣночнымъ или влагалищнымъ, самый выборъ отдѣльныхъ способовъ, предложенныхъ для производства названныхъ операцій, въ равной степени всегда долженъ быть мотивированъ и не носить характера случайности.

### БРЮШНОСТѢНОЧНОЕ ЧРЕВОСЪЧЕНІЕ.

Техника брюшностѣночнаго чревосъченія (coeliotomia abdominalis). Laparotomia extraperitonealis.

Повторныя чревосъченія.

Для брюшностѣночнаго чревосъченія было предложено вести разрѣзь въ самыхъ разнообразныхъ отдѣлахъ брюшной стѣнки, причемъ и въ этомъ случаѣ повторилось столь частое увлеченіе въ медицинѣ—дѣлать панацею изъ того или иного способа для замѣны всѣхъ остальныхъ.

Техника  
вскрытія  
брюшной  
полости по  
средней  
линии.

Наиболѣе распространеннымъ слѣдуетъ считать способъ вскрытія брюшной полости по средней линіи, на пространствѣ между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ; при необходимости, разрѣзь удлиняютъ, обходя пупокъ съ лѣвой стороны. Такъ какъ этотъ способъ наиболѣе распространенный, то я и начну съ описанія чревосѣченія, производимаго по этому методу. Разрѣзь ведется послонно и долженъ лечь по бѣлой линіи, не вскрывая по возможности влагалища прямыхъ мышцъ и, слѣдовательно, вовсе не нарушая цѣлости этихъ послѣднихъ. Разсѣченіе апоневроза слѣдуетъ начинать въ области пупка, а не въ нижней части разрѣза, такъ какъ при такихъ условіяхъ больше шансовъ опредѣлить середину. При проведеніи разрѣза въ нижней его части нужно, по возможности, избѣгать вскрытія spatii Retzii; равнымъ образомъ не слѣдуетъ забывать, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ дно мочевого пузыря можетъ стоять очень высоко (какъ это чаще всего наблюдается при межсвязочныхъ retrocervical'ныхъ опухоляхъ и при оставшемся urachus'ѣ), и, если предварительно не изучить положеніе пузыря, легко можно его надрѣзать во время проведенія разрѣза. Мнѣ приходилось наблюдать отдѣльные случаи, гдѣ дно пузыря только на три поперечныхъ пальца не доходило до пупка.

Осложне-  
нія при  
вскрытіи  
брюшины.

Брюшина вскрывается лишь послѣ предварительной остановки кровотока изъ разрѣзанныхъ слоевъ брюшной стѣнки, обыкновенно между двумя пинцетами. Въ тѣхъ случаяхъ, когда брюшина представляетъ значительныя воспалительныя измѣненія, когда она срослена съ внутренними органами, вскрытіе брюшной полости можетъ представить значительныя трудности, и, несмотря на соблюденіе необходимыхъ предосторожностей, можетъ случиться, что вмѣсто того, чтобы отдѣлить паріетальную брюшину отъ сращения ея съ опухолью, лежащей въ брюшной полости, прокладываютъ ложный путь, отдѣляя брюшину отъ подбрюшинной ея клѣтчатки. Во избѣжаніе этого, въ подобныхъ трудныхъ случаяхъ слѣдуетъ стремиться вскрыть брюшину по возможности ближе къ пупочному кольцу, такъ какъ въ этомъ мѣстѣ связь брюшины съ подлежащими слоями представляется наиболѣе плотной, благодаря чему меньше шансовъ отслоить брюшину и поэтому легче выяснитъ истинныя топографическія отношенія. Если и этотъ приѣмъ не приводитъ къ цѣли, выгоднѣе увеличить разрѣзь настолько, чтобы завѣдомо попасть въ свободный отдѣлъ брюшной полости и такимъ путемъ создать себѣ возможность разобраться въ имѣющихся топографическихъ отношеніяхъ. Длина разрѣза всегда должна сообразоваться съ объемомъ опухоли и съ характеромъ предполагаемаго вмѣшательства; разрѣзь долженъ быть достаточно великъ, чтобы хорошо ориентироваться и возможно быстро окончить операцію; хотя, однако, всегда желательно обходиться наименьшимъ разрѣзомъ, такъ какъ наименьшее обнаженіе брюшины, и въ смыслѣ охлажденія внутренностей, и риска инфекціи, и возможности скорѣй окончить зашиваніе разрѣза, представляется болѣе выгоднымъ для больной. При очень толстыхъ жирныхъ брюшныхъ стѣнкахъ, а также когда представляется необходимость создать особенно совершенный доступъ, очень выгодно пристягнуть пристѣлочную брюшину къ краямъ кожного разрѣза 4—6 швами, не обрѣзая концовъ лигатуръ.

Указанный приём защищает края раны и даёт возможность удобнѣе проникать рукой въ брюшную полость, причемъ фиксируютъ для этого края разрѣза за концы лигатуръ и раскрываютъ ихъ, или же поднимаютъ кверху края разрѣза, когда кишечникъ имѣетъ наклонность выпасть изъ брюшной полости. Чтобы предотвратить послѣднее, концы указанныхъ лигатуръ-держалокъ, для удобства, съ каждой стороны захватываются въ гемостатическій пинцетъ, что даётъ возможность сразу поднять весь край разрѣза, сблизить оба края и т. п. Вообще защита брюшныхъ органовъ и кишечника, съ момента вскрытія брюшной полости и вплоть до ея закрытія, должна быть предметомъ нашихъ заботъ во время всѣхъ фазъ операциі, и, если въ этомъ отношеніи мы, главнымъ образомъ, пользуемся вышеописанными марлевыми компрессами, то въ нѣкоторыхъ случаяхъ временное, частичное соединеніе краевъ разрѣза можетъ также быть очень полезно. Подобныя условія имѣютъ мѣсто, когда приходится вывести изъ брюшной полости очень объемистое солидное образование, какъ, напр., фиброміому, беременную матку и т. под. Лишь только указанное тѣло выведено, временными швами соединяютъ верхніе края разрѣза, оставивъ лишь необходимое пространство для окончанія операциі. Такъ какъ возможное сокращеніе срока вскрытія брюшной полости всегда представляется желательнымъ, то быстрота при производствѣ операциі является цѣннымъ качествомъ оператора, и все, что этому содѣйствуетъ, достойно полного вниманія, причемъ умѣнье хорошо обнажить операционное поле имѣетъ въ этомъ отношеніи существенное значеніе. Помимо упомянутыхъ выше лигатуръ-держалокъ, съ этой же цѣлью съ успѣхомъ мы пользуемся специальнымъ инструментомъ Fritsch'a (рис. 87), который у насъ извѣстенъ подъ названіемъ «угловикъ», такъ какъ помѣщается въ области нижняго угла разрѣза и содѣйствуетъ раздвиганію краевъ раны. Для той же цѣли Collin'омъ и другими предложены инструменты (рис. 88), которые фиксируются въ извѣстномъ положеніи, благодаря специальному замку (crémaillère). Впрочемъ необходимо отмѣтить, что указанные приспособленія содѣйствуютъ лишь извѣстному раскрытію краевъ разрѣза; главная же задача, для достиженія хорошаго обнаженія операционнаго поля, сводится къ устраненію кишечника, выполняющаго соотвѣтственные отдѣлы таза, что съ успѣхомъ достигается, если придать туловищу больной наклонное положеніе, какъ объ этомъ было сказано выше (стр. 75). Когда удалено новообразование и вообще произведено то, ради чего было предпринято вскрытіе брюшной полости, необходимо тщательно осмотрѣть операционное поле, дабы убѣдиться, вполнѣ ли надежно остановлено кровотеченіе, нѣтъ ли большихъ участковъ, лишенныхъ брюшины, и т. п. Если послѣднее имѣетъ мѣсто, необходимо озаботиться устраненіемъ ихъ путемъ обшиванія смежной брюшиной и, въ случаѣ обширной отслойки брюшины, соотвѣтственные участки выгодно изолировать отъ остальной брюшной полости, предварительно выполнивъ ихъ гигроскопическимъ веществомъ (марлей), для цѣлей дренированія, такъ какъ застаивающіяся отдѣленія съ раневой поверхности легко подвергаются разложенію и могутъ повести къ общему септическому процессу. Чрезвычайно важно подвергнуть внимательному осмотру тѣ отдѣлы

Мѣры для  
защиты ки-  
шечника.

Принципъ  
зашиванія  
пораненій  
полыхъ  
органовъ.

внутрибрюшныхъ органовъ, съ которыми удаленное образованіе было сращено, причемъ необходимо озаботиться принятіемъ мѣръ къ устраненію вредныхъ послѣдствій происшедшихъ поврежденій. Чаще всего эти поврежденія носятъ характеръ поверхностной отслойки брюшины, и въ такомъ случаѣ, особенно если при этомъ наблюдается болѣе или менѣе значительное кровоотдѣленіе, необходимо наложить соотвѣтственное число поверхностныхъ швовъ изъ тонкаго шелка. Само собой понятно, что при пораненіяхъ болѣе глубокихъ, проникающихъ черезъ всю толщю стѣнки перфорированнаго органа, необходимо непосредственно закрыть дефектъ швами, прежде чѣмъ продолжать дальнѣйшую операцію. При зашиваніи полыхъ органовъ нужно всегда имѣть въ виду, чтобы проводимый черезъ его стѣнки шовъ отнюдь не вдавался въ просвѣтъ перфорированнаго органа, такъ какъ въ противномъ случаѣ лигатура можетъ сдѣлаться проводникомъ и источникомъ инфекціи, что въ результатѣ послужитъ помѣхой къ достиженію заживленія со всѣми послѣдствіями перфоративнаго перитонита. Въ указанныхъ случаяхъ всегда рекомендуется ярусное наложеніе швовъ и, для достиженія скорѣйшей пластической склейки брюшины, аккуратное наложеніе поверхностнаго слоя швовъ. Указанный принципъ восстановленія цѣлости полыхъ органовъ примѣнимъ ко всѣмъ полымъ органамъ вообще: кишечнику, мочевому пузырю, маткѣ, мочеточникамъ и т. п. При невозможности исправить дефекты, особенно въ такомъ органѣ, какъ кишечникъ, послѣдствіемъ чего явилась бы неминуемая смерть, слѣдуетъ прибѣгнуть къ резекціи, соустіямъ и т. п., а въ крайнемъ случаѣ и къ образованію временнаго *anus praeternaturalis*.

Отдѣленіе  
сращеній.

Если сращения между органами мало сосудистыя и представляются въ видѣ болѣе или менѣе тонкихъ образований, можно пользоваться термокаутеромъ, что значительно упрощаетъ дѣло. Небольшое кровоотдѣленіе съ поверхности, напр., матки, пристѣночной брюшины и т. п., послѣ отдѣленія сращеній можетъ тоже съ успѣхомъ быть остановлено термокаутеромъ. Образующійся струпъ отнюдь не всегда служитъ къ развитію послѣдовательныхъ сращеній, какъ это показало опытъ. Въ этомъ отношеніи несравненно менѣе благоприятны сецернирующие участки, лишенные брюшины.

Сосудистыя сращения отдѣляются послѣ предварительной перевязки. Отдѣленіе плоскостныхъ сращеній производится предпочтительно тупымъ путемъ, причемъ необходимо держаться непосредственно стѣнокъ удаляемаго новообразованія, какъ это дѣлается и при удаленіи межсвязочно развившихся опухолей. При отдѣленіи плоскостныхъ сращеній очень практично пользоваться ватными шариками или марлевыми компрессиками, которыми мы, такъ сказать, стираемъ эти сращения съ поверхности новообразованія.

Непосредственно передъ закрытіемъ брюшной полости необходимо осмотрѣть остальные органы брюшной полости, какъ, напр., придатки, червеобразный отростокъ и пр., и при обнаруженныхъ измѣненіяхъ принять мѣры къ ихъ устраненію.

Туалетъ  
брюшной  
полости.

Непосредственно до закрытія брюшной полости производится такъ называемый туалетъ брюшной полости, т. е. удаляется излившаяся во время опе-

раціи кровь, содержимое кистъ и т. под. Вводимые во время хода операціи въ брюшную полость компрессы всегда подлежатъ строгому счету. Когда, по окончаніи операціи, приходится приступить къ закрытію брюшной полости, число компрессовъ должно быть обязательно провѣрено, дабы имѣть абсолютную увѣренность, что въ брюшной полости случайно не осталось компресса. Та же предосторожность должна распространяться на инструменты, которые были въ ходу во время операціи. Особенно необходимо всегда провѣрять число болѣе мелкихъ инструментовъ, какъ то кровоостанавливающихъ пинцетовъ и т. п. Въ настоящее время наши взгляды на туалетъ брюшной полости существенно измѣнились, и, въ этомъ отношеніи, главная забота заключается въ томъ, чтобы *профилактически* защитить брюшную полость отъ загрязненія; поэтому, при опорожненіи какого либо полостного образования, всѣ окружающія части предварительно обкладываются марлевыми компрессами, на которыхъ обыкновенно задерживается случайно излившееся содержимое указанныхъ образований, которыя, если это только возможно, всегда выгоднѣе не опоражнять пункцией, а цѣликомъ выводить наружу. Если, тѣмъ не менѣе, извѣстное количество содержимаго или крови изливается въ *sacum peritonei*, то оно удаляется, по возможности, бережными приѣмами, съ цѣлью возможно меньше травмировать брюшину, чтобы такимъ образомъ не пострадали ея физиологическія отправленія. Настойчивое стремленіе, какъ это было раньше, выбрать малѣйшія частицы попавшей въ брюшную полость жидкости и «начисто вытереть» брюшину—совершенно оставлено, такъ какъ въ совершенствѣ оно невыполнимо, а сопровождающая его травма наноситъ существенный вредъ брюшинному покрову, уменьшая тѣмъ его способность къ всасыванію и самозащитѣ, которая, какъ это показали рядъ изслѣдованій (Grawitz'a и др.), играетъ существенную роль въ борьбѣ съ вредными элементами, попадающими на брюшину. Предложеніе промывать съ этой цѣлью брюшную полость индифферентными растворами, подогрѣтыми до температуры тѣла, оказывается въ равной мѣрѣ несостоятельнымъ, несомнѣнно содѣйствуя, въ отдѣльныхъ случаяхъ, распространенію заразы, бывшей до того локализованной.

Въ виду приведенныхъ данныхъ и тѣхъ соображеній, которыя мною были изложены при оцѣнкѣ дренажа брюшной полости, подобное промываніе брюшной полости, въ настоящее время, почти не находитъ примѣненія <sup>1)</sup>.

При зашиваніи разрѣза брюшныхъ стѣнокъ, помимо стремленія получить непосредственное сращеніе краевъ раны, необходимо позаботиться о плотномъ и надежномъ сращеніи входящихъ въ составъ ея тканей и, главнымъ образомъ, фасцій и мышцъ, во избѣжаніе послѣдовательнаго ослабленія брюшнаго пресса и развитія грыжъ бѣлой линіи. Для достиженія этого большое значеніе имѣетъ не только

<sup>1)</sup> По мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ (Груздевъ), вливаніе подогрѣтой до 37,8° Локковской жидкости вслѣдъ за чревосѣченіемъ можетъ имѣть благопріятное значеніе. Слѣдуетъ, однако, различать подобныя вливанія отъ «промыванія» брюшины въ цѣляхъ туалета брюшной полости.

Преимущества срединнаго разреза.

мѣсто разрѣза, но особенно способъ послѣдовательнаго соединенія его швами. Хотя, какъ сказано было, въ этомъ отношеніи существуетъ множество предложеній, но многія изъ нихъ, какъ несостоятельныя, должны быть а priori отвергнуты; поэтому я останавливаюсь лишь на тѣхъ, которыя научно обоснованы и, при пробѣркѣ на практикѣ, доказали свою пригодность. Я начну съ того способа соединенія брюшныхъ стѣнокъ, который примѣняется около 25 лѣтъ въ моей клиникѣ и который я считаю наиболѣе отвѣчающимъ интересамъ больныхъ. Разрѣзь по бѣлой линіи, какъ это было указано выше, я считаю заслуживающимъ предпочтенія передъ остальными (если только нѣтъ спеціального показанія къ употребленію иного метода) въ виду слѣдующихъ соображеній: 1) разрѣзь производится въ наименѣе сосудистой области брюшной стѣнки; 2) *онъ даетъ возможность лучше всего сберечь мышцы*, входящія въ составъ брюшного пресса; 3) наиболѣе удобенъ для послѣдовательнаго соединенія швами, причемъ 4) лучше всего сохраняются анатомо-топографическія условія; 5) срединное его расположеніе даетъ возможность наилучшаго повсемѣстнаго осмотра и доступа къ внутренностямъ брюшной полости; 6) при необходимости удлиненія его во время операціи, это удобнѣе сдѣлать и довести его до максимальныхъ размѣровъ, и 7) при единовременной наличности грыжъ пупка или бѣлой линіи, онъ вмѣстѣ съ тѣмъ даетъ возможность озаботиться устраненіемъ этихъ послѣднихъ.

Такъ какъ сужденіе о цѣлесообразности соответственнаго разрѣза связано со способами послѣдующаго его соединенія, то, до сравнительной оцѣнки срединнаго разрѣза съ другими, я перейду къ описанію примѣняемаго мною способа зашиванія брюшной стѣнки.

Способъ зашиванія брюшной стѣнки по Отту.

Когда операція окончена и брюшныя внутренности прикрыты компрессомъ для защиты ихъ во время предстоящаго наложенія швовъ, операторъ проводитъ черезъ всю толщю брюшной стѣнки крѣпкія лигатуры, начиная отъ угловъ разрѣза, постепенно приближаясь къ средней его части, что дѣлается для достиженія большей симметріи при ихъ наложеніи. Вколъ иглы дѣлается со стороны кожного покрова, на разстояніи  $\frac{1}{2}$  смт. отъ края разрѣза; затѣмъ прокалываютъ *всѣ* ткани брюшной стѣнки, и игла выводится со стороны брюшины; черезъ противоположный край игла съ лигатурой проходитъ въ обратномъ направленіи, т. е. вкалывается со стороны брюшины и выводится со стороны общихъ покрововъ. Число подобныхъ лигатуръ находится въ зависимости отъ толщины брюшной стѣнки: при тонкой—лигатуры отстоятъ другъ отъ друга на 2—2 $\frac{1}{2}$  смт., при толстыхъ—на 4—5 смт. При проведеніи указанныхъ лигатуръ, когда вскрыто spatium Retzii, необходимо обращать вниманіе на то, чтобы шовъ дѣйствительно прошелъ подо все раневое ложе, дабы при послѣдующемъ затягиваніи его избѣгнуть образованія мертвыхъ пространствъ (рис. 154). Проведенныя лигатуры предварительно не завязываются, а для того, чтобы онѣ не спутались, концы ихъ собираются съ каждой стороны въ пучекъ и захватываются гемостатическимъ пинцетомъ. Эти лигатуры, которыя я называю основными швами (такъ какъ онѣ подведены подъ все основаніе соединяемыхъ краевъ) и каковыми въ прежнія времена и ограничивались оваріотомисты при за-



крытіи брюшной полости, не являются главной частью шва; таковою слѣдуетъ считать погружные швы, соединяющіе мышцы и апоневрозъ. Эти «*мышечно-апоневротическіе швы*» накладываются вслѣдъ за основными.

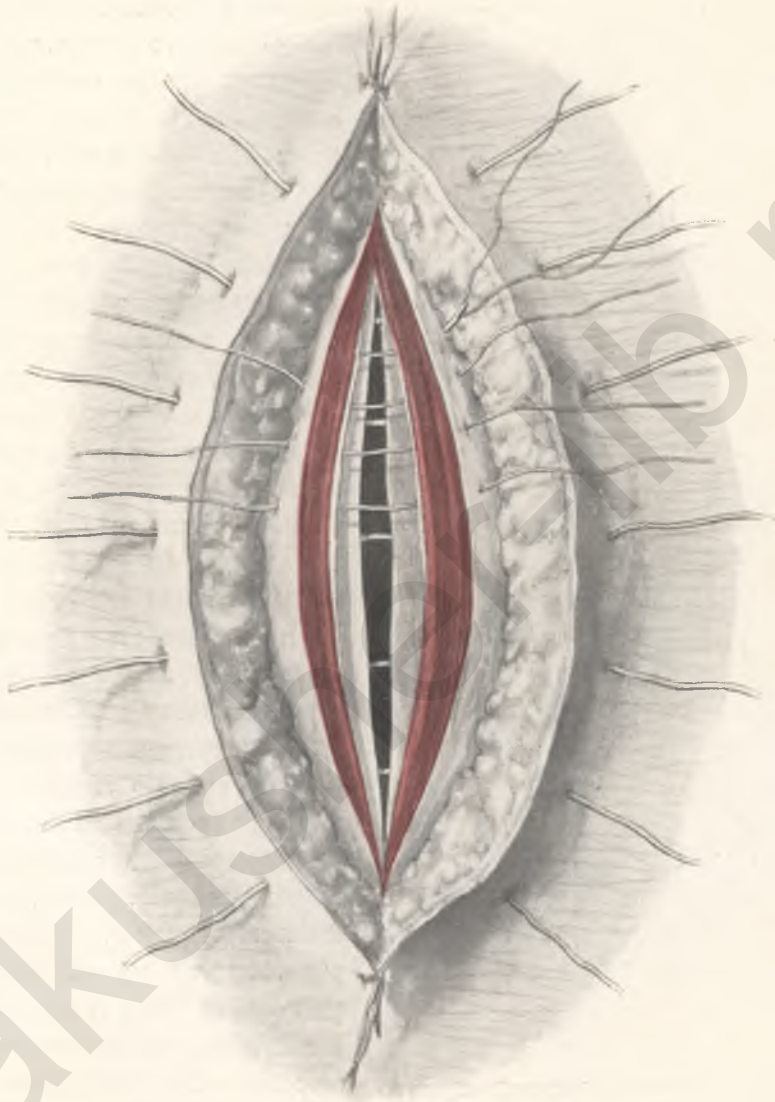


Рис. 154. Способъ зашиванія брюшной стѣнки по Д. О. Отту, съ наложеніемъ мышечно-апоневротическихъ швовъ.

Такъ какъ отъ указаннаго мышечно-апоневротическаго шва зависитъ дальнѣйшая устойчивость брюшной стѣнки, то наложеніе его должно быть выполняемо съ особою тщательностію въ видахъ достиженія полной пластичности при соединеніи

мышцъ и апоневроза. Этотъ погружной узловатый шовъ накладывается тонкимъ шелкомъ, и одинъ стяжекъ отъ другого—въ близкомъ разстояніи, отъ 5 до 10 мм., дабы достигнуть точнаго повсемѣстнаго соединенія мышцъ и апоневроза (рис. 155).



Рис. 155. Способъ зашиванія брюшной стѣнки по Д. О. Отту. Окончаніе зашиванія, по положеніи мышечно-апоневротическаго шва.

Въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ влагалище прямыхъ мышцъ не вскрыто, въ шовъ захватываются только края апоневроза: соединяя эти послѣдніе, мы тѣмъ самымъ соединяемъ и мышцы. Въ томъ же случаѣ, когда вскрыто мышечное влагалище и мышца обнажена, а иногда и отдѣлена отъ него, въ шовъ захватывается край самой мышцы и, по возможности, обѣ пластинки сухожильнаго ея влагалища. Передъ завязываніемъ послѣднихъ мышечно-апоневротическихъ швовъ, изъ брюшной полости вынимаютъ положенный для защиты ея внутренностей компрессъ, при единовременномъ напряженіи еще незавязанныхъ основныхъ швовъ, во избѣжаніе ущемленія салника или петли кишекъ. Прежде чѣмъ окончательно закрыть брюшную полость, полезно выдавить понавній въ нее во время операціи воздухъ, для чего ассистентъ производитъ равномерное давленіе руками, расположенными симметрично по бокамъ отъ разрѣза. Какъ только весь воздухъ будетъ удаленъ, операторъ, при продолжающемся надавливаніи ассистентомъ, завязываетъ послѣдніе 2—3 мышечно-апоневротическихъ шва. Когда всѣ мышечно-апоневротическіе швы завязаны и коротко обрѣзаны, видъ раны

представляется такимъ же, какъ при началѣ операціи, послѣ послышнаго разсѣченія обихъ покрововъ и подкожной жировой клѣтчатки, до обнаженія фасціи.

Употребляемый иногда авторами непрерывный погружной шовъ для соединенія фасцій, которыя сростаются труднѣе остальныхъ тканей брюшной стѣнки,

въ подобныхъ случаяхъ не пригоденъ, такъ какъ соединеніе обвивнымъ швомъ разрѣзанной фасціи достигается недостаточно совершенное и, какъ слѣдствіе этого, получается неудача. Въ этомъ отношеніи особенно грѣшатъ тѣ, которые непрерывнымъ швомъ, такъ сказать, только сблизжаютъ края, не заботясь о строгомъ соблюденіи принциповъ пластики, забывая, что вся операція соединенія краевъ брюшной стѣнки представляется въ строгомъ смыслѣ операціей пластической. Если къ этому прибавить, что для шва берется струнная нить, рассасываніе которой идетъ болѣе или менѣе быстро, что въ свою очередь не остается безъ вліянія и на приложенные другъ къ другу отдѣлы брюшной стѣнки,—то причина отмѣчаемыхъ неудачъ находитъ объясненіе. Кромѣ того, не слѣдуетъ забывать, что требуется достигнуть не только непосредственнаго сращенія, но и такой его прочности, чтобы послѣдовательно не образовалось грыжевидное выпячиваніе въ области бывшаго разрѣза. Для этой цѣли кѣтгутъ и вообще всякій быстро рассасывающійся матеріалъ вовсе не пригоденъ (см. стр. 123). Исходя изъ приведенныхъ соображеній, кѣтгутъ можетъ быть допущенъ развѣ только для соединенія кожного разрѣза или брюшины; фасціи и мышцы должны зашиваться трудно рассасываемымъ матеріаломъ, какъ, напр., шелкомъ и т. п.

Вслѣдъ за соединеніемъ мышцъ накладывается рядъ кожныхъ швовъ, какъ болѣе поверхностныхъ, такъ и, при необходимости, болѣе глубокихъ, особенно если основные швы очень далеко отстоятъ другъ отъ друга; при этомъ поверхностные швы завязываются раньше глубокихъ. Указанные поверхностные швы должны вкалываться и выкалываться у самаго края разрѣза, отступя не дальше 2—3 мм. При соблюденіи этого условія края разрѣза не заворачиваются, и получается тонкій и ровный рубецъ. Основные швы завязываются позже остальныхъ и къ тому же не туго. Въ этомъ случаѣ, чтобы имѣть возможность лучше судить о степени стягиванія швомъ захваченныхъ тканей, до стягиванія и завязыванія узла, необходимо основательно подтянуть оба конца лигатуры. Основные швы, кромѣ общей иммобилизаціи краевъ разрѣза, содѣйствуютъ сближенію разрѣзанной брюшины, дѣлая излишнимъ наложеніе отдѣльнаго шва на нее, а также содѣйствуютъ устраненію мертвыхъ пространствъ между краями разрѣза; а такъ какъ таковыя чаще образуются въ нижнемъ углу раны, то нижній шовъ, въ этомъ отношеніи, представляется наиболѣе отвѣтственнымъ. Только что описанный способъ наложенія швовъ требуетъ больше времени, чѣмъ другіе методы, но за то рекомендуемый способъ зашиванія *наиболѣе совершенно возстановливаетъ брюшную стѣнку при сохраненіи нормальныхъ ея топографическихъ отношеній.*

Теоретическія соображенія, положенныя мною въ основу описаннаго метода, вполне подтвердились на практикѣ, и отдаленные результаты, давшіе лишь 3% послѣоперационныхъ грыжъ, какъ это было указано въ докладѣ Н. І. Рачинскаго еще на гинекологической секціи международнаго съѣзда, бывшаго въ 1897 г. въ Москвѣ, представлялись наиболѣе совершенными между результатами, опубликованными различными авторами. Слѣдуетъ еще прибавить, что при

тщательномъ проведеніи описаннаго метода зашиванія брюшныхъ стѣнокъ, благодаря главнымъ образомъ мышечно-апоневротическому шву, шансовъ для расхожденія краевъ разрѣза въ періодѣ послѣоперационномъ, осложненномъ сильнымъ кашлемъ, рвотою и т. под., несравненно меньше, чѣмъ при большинствѣ другихъ способовъ зашиванія брюшнаго разрѣза. На 156-мъ, схематичномъ рисункѣ изображена сшитая брюшная стѣнка въ поперечномъ сѣченіи, что бы показать расположеніе швовъ при томъ методѣ зашиванія, который мною практикуется.

При оцѣнкѣ конечныхъ результатовъ не надо упускать изъ виду предварительное состояніе брюшной стѣнки, и, если вслѣдствіе продолжительнаго діастаза мышцы успѣли атрофироваться, то какъ бы тщательно ни былъ наложенъ послѣоперационный шовъ, а ргіогі трудно разсчитывать на достиженіе полного устоя и возстановленія нормальнаго состоянія брюшной стѣнки. Въ подобныхъ случаяхъ

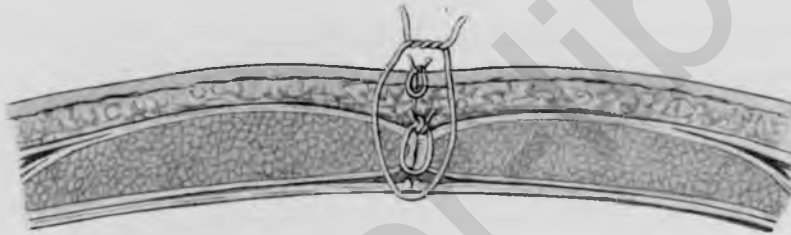


Рис. 156. Схема послойнаго расположенія швовъ въ зашитой брюшной стѣнкѣ.

представляется иногда выгоднымъ преднамѣренно обнажить края прямыхъ мышцъ и резецировать избыточно растянутый апоневрозъ—пріемъ, ничѣмъ не отличающийся отъ операціи грыжъ бѣлой линіи.

Операція  
грыжъ пупочныхъ и  
грыжъ бѣлой  
линии.

При наличности пупочной грыжи разрѣзъ развѣтвляется, обходитъ съ двухъ сторонъ грыжевой мѣшокъ, и, послѣ его резекціи, соединеніе краевъ стѣнки брюшной происходитъ по описанному способу. Цѣлый рядъ предложеній, возникшихъ за то двадцатипятилѣтіе, которое прошло со времени моего предложенія употреблять описанный шовъ, не убѣдили меня въ своемъ преимуществѣ ни съ теоретической точки зрѣнія, ни со стороны достигаемыхъ результатовъ. Я не сомнѣваюсь, что лишь небрежное выполненіе указаннаго мною шва, особенно при наложеніи погружнаго мышечно-апоневротическаго его отдѣла, можетъ повести къ неудовлетворительнымъ результатамъ и побудить искать новые пути для замѣны существующихъ.

Другіе способы  
продольнаго  
разсѣченія  
брюшной  
стѣнки.

Цѣлый рядъ авторовъ (Howitz, Lennander, Fritsch, Ramsay, Edebohl и др.), полагая, что разрѣзъ по бѣлой линіи даетъ неблагопріятныя условія для заживленія, внесли предложеніе вести разрѣзъ экстрамедіанно, проникая черезъ одну изъ прямыхъ мышцъ, туннымъ способомъ или пожежемъ; предлагали также подрываться подѣ

прямую мышцу, снизу отдѣливъ ее отъ окружающаго сухожильнаго влагалища, и въ этомъ мѣстѣ вскрывать брюшную полость, и т. д. Всѣ эти предложенія направлены къ тому, чтобы по возможности избѣгнуть мѣста болѣе труднаго срощенія—апоневроза, а вмѣстѣ съ тѣмъ получить возможно большую конфронтацію мышечныхъ краевъ, въ видахъ укрѣпленія будущаго рубца. Такъ какъ нѣкоторые изъ этихъ способовъ сравнительно еще недавно предложены,



Рис. 157. Методъ Pfannenstiel'я. Разсѣченіе фасціи въ поперечномъ направленіи.

то мы не имѣемъ еще практической ихъ провѣрки; съ другой же стороны, при проникновеніи черезъ мышцу, нарушается связь ея частей съ нервными стволами, что въ свою очередь, какъ показали опыты, можетъ повести къ парезу соответственной ея части. Экстремедіанный разрѣзъ, ухудшая условія осмотра противоположной стороны брюшной полости, при соединеніи разрѣзанныхъ стѣнокъ не достигаетъ столь равномернаго и симметричнаго соприкосновенія краевъ, какъ при срединномъ разрѣзѣ. То же слѣдуетъ сказать о разрѣзахъ, разсѣкающихъ мышцу въ поперечномъ направленіи, благодаря чему получается расхождение

\*



сокращающихся ихъ краевъ, и условия для соединенія ихъ и сращенія менѣе благоприятны,—поэтому къ выбору подобнаго разрѣза могутъ побудить лишь спеціальныя условия.

Поперечный разрѣзъ брюшной стѣнки.  
Методъ Pfannenstiel'я.

Нѣкоторые авторы (Bardenheuer) рекомендуютъ вскрывать брюшную полость, разрѣзая брюшную стѣнку въ поперечномъ направленіи; наконецъ Pfannenstiel'я.



Рис. 158. Методъ Pfannenstiel'я. Начало отслойки фасции.

nenstiel, Küstner и Rapin предлагаютъ сочетаніе поперечнаго разрѣза (для покрововъ) съ продольными—для мышцъ и фасціи.

При методѣ Pfannenstiel'я поперечный разрѣзъ ведется слегка дугообразно на границѣ волосистой части mons Veneris; въ такомъ же направленіи разсѣкается фасція, которая затѣмъ отсепаровывается на значительномъ протяженіи вверхъ и внизъ, и, будучи отвернута, фиксируется сверху и снизу временными швами къ наружной кожѣ. Обнаженные прямые мышцы раздвигаются по бѣлой линіи въ стороны, послѣ чего вскрывается продольно подлежащая брюшина. Подобное отдѣ-

леніе фасціи отъ мышць существенно затрудняетъ послѣдующее зашиваніе (см. рис. 157—160).

Методъ Pfannenstiel'я, обратившій на себя вниманіе въ послѣднее время особенно въ нѣмецкой литературѣ, слѣдуетъ признать въ основныхъ его особенностяхъ несостоятельнымъ и не оправдавшимъ возлагаемыхъ на него авторами надеждъ. Съ хирургической стороны отслойку фасціи отъ мышць слѣдуетъ признать

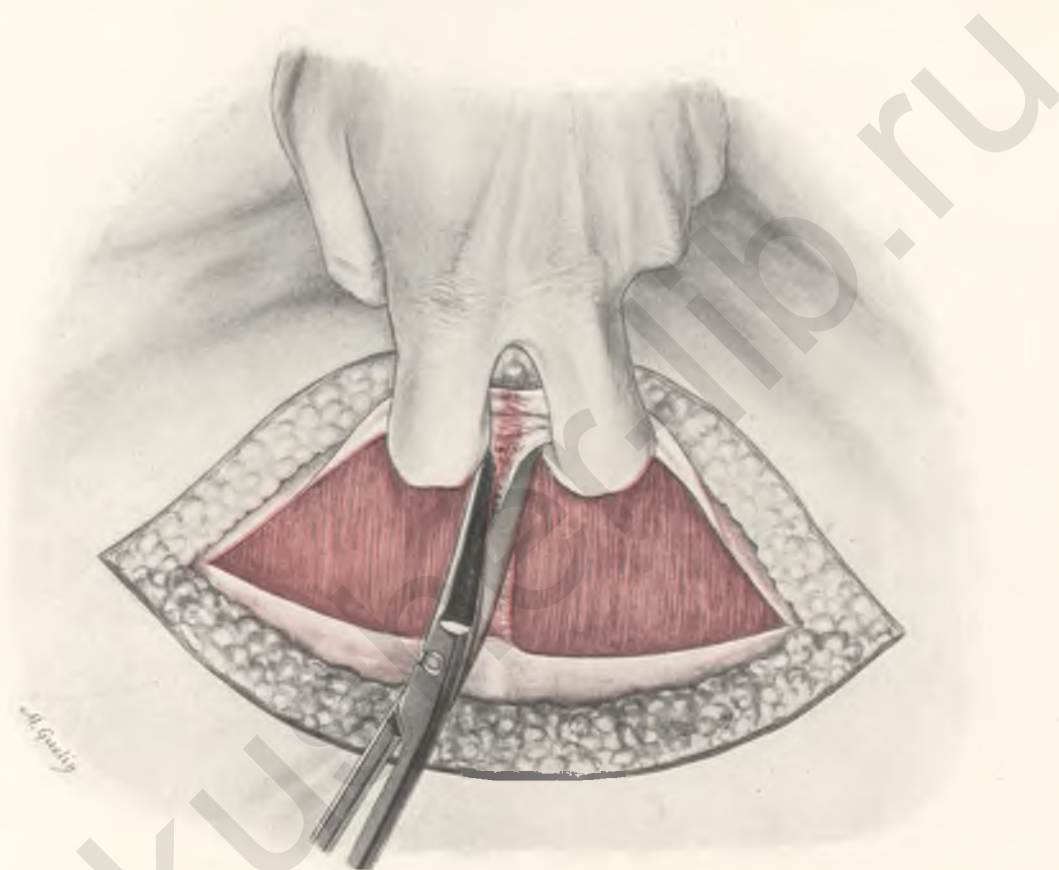


Рис. 159. Методъ Pfannenstiel'я. Отслойка фасціи.

пріемомъ, не выдерживающимъ критики въ двухъ отношеніяхъ: во 1-хъ, при этомъ страдаетъ иннервація, а также питаніе мышцы, такъ какъ нарушается цѣльность нервныхъ образований и питающихъ ее сосудовъ; во 2-хъ, создаются очень неблагоприятныя условія для послѣдующаго заживленія, образованіе такъ наз. мертвыхъ пространствъ. Съ клинической стороны надежды тоже не оправдались, такъ какъ число послѣдовательныхъ грыжъ на мѣстѣ разрѣза брюшной стѣнки оказалось по провѣркѣ метода не меньше, чѣмъ при продольномъ разрѣзѣ, при современномъ способѣ наложенія швовъ; у нѣкоторыхъ приверженцевъ

этого метода результаты получались даже хуже, чѣмъ при обычныхъ методахъ. Мнѣ самому нѣсколько разъ пришлось видѣть грыжи въ случаяхъ, которые были опубликованы, какъ совершенно гладко прошедшіе. Другія стороны метода,

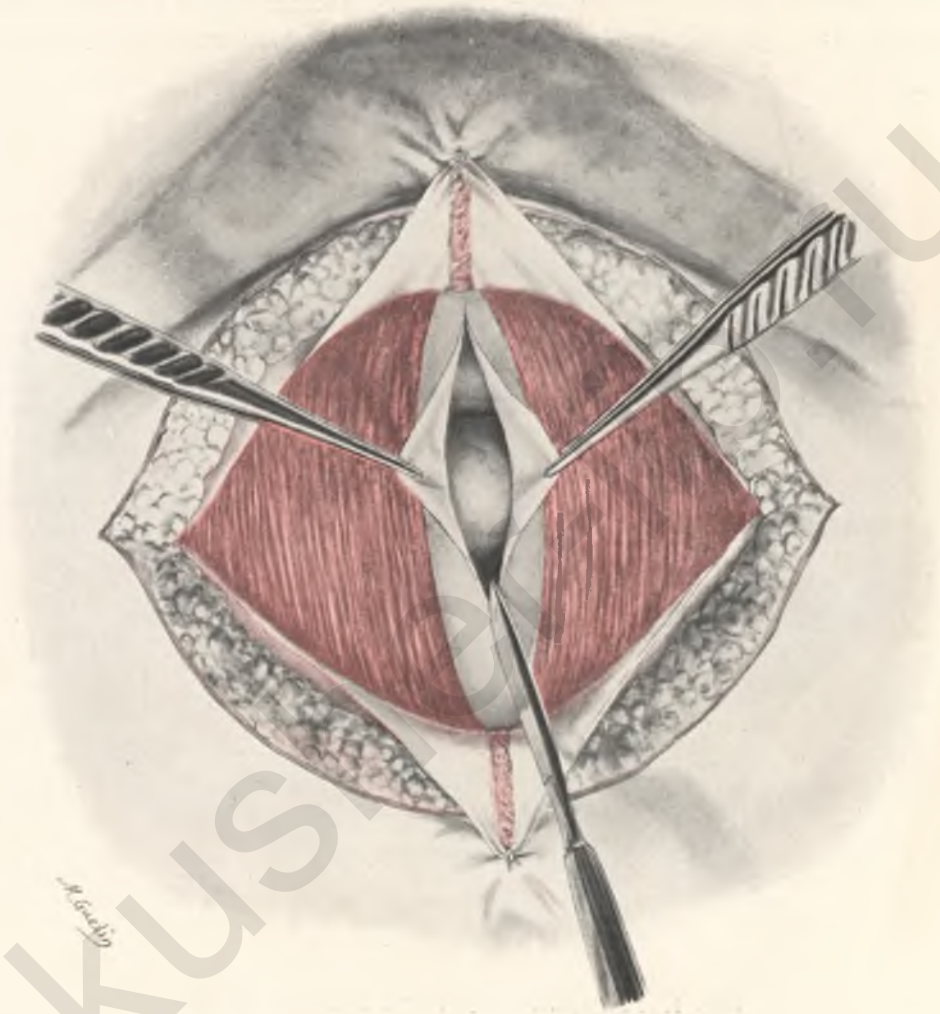


Рис. 160. Методъ Pfannenstiel'я. Раздвиганіе прямыхъ мышцъ и вскрытіе брюшины.

на которыя указываютъ его приверженцы, какъ напр. возможность якобы лучше предотвратить обнаженіе и выпаденіе кишечныхъ петель и т. п., представляются совершенно проблематичными и бездоказательными. Такимъ образомъ остается лишь одна косметическая сторона поперечнаго сѣченія брюшной стѣнки, и то лишь въ томъ случаѣ, когда разрѣзъ ведется въ той области, которая покрыта волосами, что въ свою очередь допускаетъ разрѣзъ лишь незначительной величины; совре-



менное же стремление увеличить длину разрыва, смещая его кверху, влѣ волосяной части кожи, лишаетъ методъ Pfannenstiel'я и этого его преимущества. Вполнѣ естественно поэтому, что даже среди нѣмецкихъ гинекологовъ отмѣчается реакція, и нѣкоторые авторы, какъ напр. Hofmeier, Wimm и др., примѣненіе его сильно ограничили. Въ своемъ докладѣ Петербургскому Гинекологическому Обществу А. А. Драницынъ<sup>1)</sup> приходитъ къ нижеслѣдующимъ заключеніямъ на основаніи экспериментальныхъ изслѣдованій и сдѣланныхъ клиническихъ наблюденій, подчеркивая при этомъ, что «архитектура брюшной стѣнки при разрывѣ Pfannenstiel'я нарушается», и что «впослѣдствіи для возстановленія этого нарушенія Pfannenstiel дѣлаетъ очень мало и, стараясь всемѣрно сохранить цѣлость передняго апоневроза, почти игнорируетъ все остальное».

«1) При поперечномъ разрывѣ произвольное расхожденіе краевъ апоневроза значительно больше, чѣмъ при продольномъ разрывѣ.

«2) При сокращеніи прямыхъ мышцъ края поперечнаго разрыва фасціи дѣйствительно сближаются, но расхожденіе косыхъ мышцъ живота вызываетъ рѣзкое измѣненіе формы раны и расхожденіе ея краевъ.

«3) Если апоневрозъ при поперечномъ разрывѣ отслоенъ отъ прямой мышцы, то послѣдняя чрезвычайно бурно реагируетъ на раздраженіе и скользитъ подъ апоневрозомъ.

«4) При раздраженіи поперечныхъ мышцъ вся бѣлая линія втягивается внутрь живота, и такимъ образомъ внутренніе края передняго апоневроза сближаются. Этого, конечно, при разрывѣ Pfannenstiel'я быть не можетъ.

«5) При сокращеніи прямыхъ мышцъ края продольнаго разрыва апоневроза сближаются, если они не отдѣлены и впослѣдствіи пришиты къ краю мышцъ. Наложанные на продольный разрывъ швы при этомъ не только не напрягаются, но, наоборотъ, расслабляются. Сокращеніе косыхъ мышцъ точно также вызываетъ расхожденіе краевъ раны, какъ и при поперечномъ.

«6) Края самихъ прямыхъ мышцъ при раздраженіи значительно сближаются.

«Выводы, которые можно сдѣлать на основаніи этого опыта, слѣдующіе: 1) сближеніе краевъ фасціи при поперечномъ разрывѣ, наблюдаемое впрочемъ и при продольномъ, хотя въ менѣе значительной степени,—практическаго значенія имѣть не можетъ, такъ какъ косыя мышцы, дѣйствія которыхъ при сокращеніи брюшныхъ стѣнокъ, разумѣется, исключить нельзя, являются по отношенію краевъ раны антагонистами прямыхъ мышцъ; 2) отсепаровка фасціи отъ прямой мышцы не можетъ считаться безразличной и не повліяетъ на заживленіе раны, такъ какъ, при каждомъ сокращеніи прямой мышцы, послѣдняя будетъ скользить около фасціи и нарушать образующіяся здѣсь спайки; 3) отдѣленіе передней фасціи отъ бѣлой линіи не безразлично, такъ какъ при сокращеніи поперечныхъ мышцъ, втягивающихъ бѣлую линію, а вмѣстѣ съ нею и края прямыхъ мышцъ въ глубь живота, пе-

<sup>1)</sup> Рѣчь въ засѣданіи 31 Марта 1911 г.

редній апоневрозъ не послѣдуетъ за нею, что въ свою очередь можетъ способствовать образованію мертвыхъ пространствъ.

«Итакъ, прочность брюшной стѣнки по бѣлой линіи обеспечивается не одной какой либо фасціей или мышцей, а совокупностью всего того мышечно-соединительно-тканнаго аппарата, части котораго, будучи органически связаны и дополняя другъ друга, должны быть восстановлены послѣ операціи въ своихъ анатомическихъ соотношеніяхъ».

Laparo-  
tomia extra-  
peritonealis.

Нужно также указать на предложеніе достигать соответственныхъ органовъ, или частей ихъ, *безъ вскрытія брюшины*, что возможно при внѣбрюшинномъ ихъ расположеніи. Подобный приемъ описанъ Pozzi подъ названіемъ «laparatomie extrapéritonéale», при чемъ разрѣзъ располагается въ боковыхъ отдѣлахъ брюшной стѣнки и, обыкновенно, приходится подъ угломъ къ средней линіи и параллельно Пупартовой связкѣ. Въ подобныхъ случаяхъ техника послойнаго разрѣченія брюшной стѣнки и послѣдовательнаго ея зашиванія не отличается отъ вышеописаннаго. Очевидно, что указанный принципъ внѣбрюшиннаго оперированія можетъ быть показанъ въ самыхъ разнообразныхъ случаяхъ. За послѣднее время нѣкоторые авторы (Sellheim, Dührssen и др.) настоятельно рекомендуютъ, при наличности извѣстныхъ показаній, замѣнъ классическаго кесарскаго сѣченія производить эту операцію внѣбрюшиннымъ способомъ, для чего употребляютъ чаще всего поперечный разрѣзъ брюшной стѣнки (по Pfannenstiel'ю) или параллельный Пупартовой связкѣ.

Про указанные способы оперировать внѣбрюшинно слѣдуетъ сказать, что своимъ возникновеніемъ они обязаны, главнымъ образомъ, стремленію,—избѣгая пораненія брюшины, улучшить предсказаніе операціи, особенно когда приходится имѣть дѣло съ завѣдомо инфицированными случаями.

Повтор-  
ная чревос-  
сѣченія.

*Повторныя чревосѣченія* по своему техническому выполненію существенныхъ отличій отъ первичныхъ не представляютъ; въ виду, однако, возможныхъ главнымъ образомъ воспалительныхъ измѣненій, оставшихся отъ предшествующей операціи, можетъ представиться нѣкоторая трудность ориентироваться при вскрытіи брюшной полости въ топографическомъ отношеніи. Въ виду этого рекомендуется, послойно ведя разрѣзъ, рядомъ съ имѣющимся рубцомъ, особенно внимательно руководствоваться анатомическими данными каждаго отдѣльнаго случая, что необходимо не только для успѣшнаго вскрытія брюшной полости, но также для систематическаго послѣдовательнаго зашиванія разрѣза, особенно въ смыслѣ отчетливаго сшиванія фасцій и мышцъ.

Грыжи бѣ-  
лой линіи.

*Грыжи бѣлой линіи* являются однимъ изъ частыхъ показаній для повторнаго чревосѣченія. Такъ какъ ихъ устраненіе (веденіе разрѣза для обнаженія мышцъ и ихъ сухожильныхъ влагалищъ и способъ наложенія шва), какъ это указано выше, существеннаго отличія отъ обычнаго соединенія брюшнаго разрѣза не пред-

ставляетъ, то во избѣжаніе повторенія я не выдѣляю операціи грыжъ бѣлой линіи въ отдѣльную главу, ограничиваясь сказаннымъ (см. также стр. 174—178). Отмѣчу лишь одну существенную особенность при операціяхъ грыжъ пупка и бѣлой линіи вообще—это необходимость очень тщательно изсѣчь *весь* грыжевой мѣшокъ, который подчасъ представляетъ очень глубокія впячиванія въ жировую клѣтчатку: если гдѣ либо остался отдѣлъ мѣшка, то рассчитывать на сращеніе въ этомъ участкѣ нельзя, а слѣдовательно можетъ пострадать и результатъ всей операціи. Второе осложненіе—это нерѣдкое прикрѣпленіе въ мѣшкѣ внутреннихъ, особенно же сальника, подъ вліяніемъ бывшаго мѣстнаго воспаленія брюшины. Естественно, что, при изсѣченіи грыжевого мѣшка, приходится озаботиться объ отдѣленіи этихъ сращеній и, если они кровоточивы, то прежде чѣмъ отдѣленный сальникъ опустить въ брюшную полость, слѣдуетъ обезпечить гемостазъ.

Другихъ существенныхъ особенностей операціи грыжъ предъ обычнымъ чревосѣченіемъ не представляетъ.

Въ заключеніе вопроса о зашиваніи брюшной стѣнки слѣдуетъ коснуться тѣхъ случаевъ, когда подъ вліяніемъ какихъ либо причинъ происходитъ *расхождение раны въ первые же дни послѣ операціи*, что несомнѣнно наблюдается чаще тамъ, гдѣ не было наложено самостоятельнаго шва на апоневрозъ и мышцы, или когда для шва служилъ кѣгутъ. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ, лишь только обнаружено расхождение краевъ брюшной стѣнки, слѣдуетъ немедленно приступить къ соединенію ихъ самымъ тщательнымъ образомъ по описаннымъ выше правиламъ, обставляя большую, какъ при всякомъ чревосѣченіи. Въ исключительныхъ лишь случаяхъ, когда отверстіе, ведущее въ брюшную полость, очень мало, благодаря чему затрудняется возможность послѣдовательнаго топографическаго соединенія разошедшихся краевъ раны, допустимо ограничиться тампонаціей соответственнаго участка.

Расхождение  
брюшной  
стѣнки.

Придерживаясь указаннаго правила, мнѣ удалось достигнуть благопріятнаго исхода во всѣхъ трехъ случаяхъ, гдѣ пришлось наблюдать расхождение брюшного шва въ первые дни послѣ чревосѣченій. Всѣ эти случаи окончились выздоровленіемъ. Несомнѣнно такое ограниченное количество послѣдовательныхъ расхождений брюшнаго разрѣза слѣдуетъ поставить въ прямую зависимость съ примѣняемымъ въ нашей дѣятельности мышечно-апоневротическимъ швомъ.

### Уходъ послѣ чревосѣченій

отличается крайней простотой и сводится главнымъ образомъ къ наблюденію за больной, которой послѣ операціи, очевидно, слѣдуетъ предоставить полный покой, при чемъ то или иное наше вмѣшательство стоитъ въ зависимости отъ наблюдаемыхъ симптомовъ. Непосредственно послѣ операціи особенно важно слѣдить за дѣятельностью сердца, чтобы своевременно принять мѣры въ случаѣ

наступленія коллапса, зависящаго иногда и отъ внутренняго кровотечения, которое можетъ наступить и въ относительно поздніе сроки послѣ операціи.

Само собой понятно, что необходимо также наблюденіе за тѣмъ, чтобы дыханіе не было стѣснено, чтобы больная не подавилась рвотными массами и т. п., особенно пока больная еще не вполне оправилась отъ наркоза. Полнѣйшее воздержаніе не только отъ пищи, но и отъ питья въ теченіи ближайшаго времени послѣ операціи (отъ нѣсколькихъ часовъ до сутокъ и болѣе) повидимому скорѣе и успѣшнѣе всего содѣйствуетъ прекращенію рвоты и тошноты. Въ такихъ случаяхъ заслуживаетъ особаго вниманія періодическое введеніе *per rectum* жидкости, чтобы пополнить потерю ея больною. Этотъ простой пріемъ не только можетъ устранить ощущеніе жажды, но очень рекомендуется и при ослабленіи сердечной дѣятельности. Что касается до дѣятельности кишечника, то въ настоящее время мы не стараемся, какъ это дѣлалось прежде, задерживать искусственно его отправленія; напротивъ того, особенно къ промывательнымъ клистирамъ мы прибѣгаемъ, при наличности показаній, уже со слѣдующаго дня послѣ операціи. Раннимъ опорожненіемъ кишечника мы лучше всего устраняемъ мучительные спазмы—частый спутникъ послѣ операціоннаго теченія,—требующіе нерѣдко примѣненія наркотиковъ (морфія).

Абсолютно неподвижное положеніе на спинѣ послѣ чревосѣченій отнюдь не представляется необходимымъ, какъ это считалось раньше. Мы поэтому не запрещаемъ больнымъ осторожныя движенія, вплоть до поворачиванія на бокъ, особенно если къ тому имѣются спеціальныя показанія (у лицъ въ преклонномъ возрастѣ, при наклонности къ застоямъ крови и т. п.), и обычно позволяемъ принять сидячее положеніе черезъ два—три дня послѣ снятія швовъ, а затѣмъ, черезъ такой же срокъ, больная покидаетъ кровать, если къ тому нѣтъ противопоказаній. Такъ называемое «раннее вставаніе», которое въ послѣднее время пропагандируютъ отдѣльные авторы во всѣхъ случаяхъ послѣ перенесеннаго больными чревосѣченія, по моему мнѣнію представляетъ своего рода увлеченіе, свидѣтельствующее лишь въ пользу того, что вставаніе съ постели на второй или третій день послѣ чревосѣченія въ цѣломъ рядѣ случаевъ переносится больными хорошо. Въ рѣшеніи вопроса о времени вставанія требуется такая же индивидуализація, какъ во всѣхъ остальныхъ нашихъ вмѣшательствахъ. Пока не опровергнуто положеніе, что для успѣшнаго заживленія требуется покой соответственныхъ частей, и что въ этомъ отношеніи раннее напряженіе брюшного пресса можетъ оказаться вреднымъ, до тѣхъ поръ въ своей клиникѣ я буду ограничиваться разрѣшеніемъ ранняго вставанія лишь для тѣхъ случаевъ, гдѣ къ тому имѣются опредѣленные показанія. Въ рѣшеніи этого вопроса несомнѣнно играетъ не послѣднюю роль свойство заболѣванія, ради котораго предпринято было чревосѣченіе, какой примѣненъ былъ оперативный методъ, послѣопераціонное теченіе, и многое тому подобное. Чтобы предписать раннее вставаніе, необходимо въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, взявъ въ расчетъ совокупность всѣхъ наличныхъ данныхъ, получить убѣжденіе, что это для больной выгодно, чѣмъ пребываніе въ постели. Въ тѣхъ случаяхъ, когда мнѣ приходилось подни-

мать больныхъ съ постели въ первые же дни послѣ операціи, я долженъ сказать, что никакихъ осложненій отъ указанной мѣры я не наблюдалъ.

Ближайшее полугодіе послѣ перенесеннаго чревосѣченія мы обыкновенно рекомендуемъ больнымъ носить на животѣ хорошо пригнанный бандажъ для защиты свѣже-соединенныхъ мышцъ отъ лишняго напряженія.

Осложненія послѣ чревосѣченій (коллапсъ, внутреннее кровотеченіе, кишечныя колики и пр.).

Кромѣ вышеуказанныхъ осложненій, наблюдаемыхъ послѣ чревосѣченій, слѣдуетъ еще отмѣтить, какъ представляющія наибольшій практической интересъ: послѣоперационное развитіе септического процесса, непроходимость кишечника, эмболию и тромбозъ сосудовъ, воспаленіе легкихъ и паралитическое состояніе конечностей.

Что касается *септическихъ процессовъ*, то для правильной оцѣнки отдѣльнаго случая необходимо различать отдѣльныя ихъ разновидности, выдѣляя патогенныя инфекціи, какъ болѣе злыя, отъ сапрофитныхъ пораженій. Предсказаніе при первой категоріи заболѣваній несравненно худшее, чѣмъ при второй, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ дѣло кончается смертельнымъ исходомъ. Въ устраненіи названныхъ процессовъ главную и почти исключительную роль играютъ мѣропріятія профилактическія, разобранныя въ главѣ «Асептика и антисептика»; при происшедшей же инфекціи и развившемся уже въ большей или меньшей степени септическомъ процессѣ, въ борьбѣ съ ними наши стремленія должны быть направлены—во 1-хъ, къ возможному уменьшенію и устраненію со стороны раны новаго поступленія въ организмъ вреднаго начала, и, во 2-хъ, къ обезвреживанію и выведенію уже поступившаго въ кругъ кровообращенія.

Септиче-  
скіе про-  
цессы.

Удовлетвореніе 1-го указаннаго выше требованія необходимо имѣть въ виду еще во время производства самой операціи и тогда-же, какъ объ этомъ было сказано, озаботиться устраненіемъ такъ наз. мертвыхъ пространствъ и созданіемъ вполнѣ хорошаго оттока накапливающемуся выдѣленію раневыхъ поверхностей. Въ послѣоперационномъ же періодѣ приходится внимательно наблюдать за тѣмъ, чтобы примѣненные съ этой цѣлью мѣропріятія успѣшно функционировали,—поэтому въ случаяхъ, гдѣ нѣтъ этой увѣренности, необходимо, при наличности показаній, смѣнить повязку, растампировать имѣющуюся полость, если возможно—промыть ее и вновь затампировать, прочистить закупорившуюся дренажную трубку и т. п. Если удастся обнаружить зараженный очагъ, онъ подлежитъ тщательной очисткѣ и дезинфекціи. Съ этой цѣлью таковой подвергается орошенію и протиранію дезинфицирующими жидкостями (лучше всего растворомъ сулемы), съ послѣдующимъ промываніемъ спиртомъ; такъ же устраняются частицы омертвѣлой ткани, избытокъ дезинфицирующей жидкости удаляется, а раневая поверхность или имѣющаяся полость выполняется антисепти-

ческимъ гигроскопическимъ веществомъ, дабы всасывать отдѣляемое раны и по возможности *in loco* его дезинфицировать. Въ нашей дѣятельности съ этой цѣлью мы обыкновенно употребляемъ іодоформенную марлю, особенно пригодную при нагноеніяхъ. Частота смѣны повязки и дезинфекціи соотвѣтственнаго участка вполне зависитъ отъ каждаго отдѣльнаго случая: если отдѣлений много, приходится перевязывать больную 2 или даже 3 раза въ сутки; если ихъ мало, то достаточно и одного раза. При сапрофитной инфекціи гнилостные процессы обыкновенно довольно успѣшно поддаются нашимъ мѣропріятіямъ, и, какъ только удалось основательно дезинфицировать раневую поверхность, болѣзненные симптомы исчезаютъ и т<sup>0</sup> быстро возвращается къ нормѣ, а самочувствіе больныхъ рѣзко улучшается. Въ отдѣльныхъ случаяхъ приходится очень энергично и упорно бороться съ обнаруженной инфекціей. Въ подобныхъ случаяхъ не слѣдуетъ терять энергіи, такъ какъ, можно сказать, успѣхъ обыкновенно находится въ прямой зависимости отъ умѣлаго проведенія дезинфекціи и того усердія, съ которымъ въ этомъ отношеніи врачъ относится къ больной. Такъ какъ въ борьбѣ съ септическими заболѣваніями, исключая профилактику, мы довольно безсильны и, кромѣ мѣстной дезинфекціи, мы почти никакими другими способами не обладаемъ, то особенно настоятельно рекомендуемъ *не медлить* съ его примѣненіемъ, лишь только установленъ діагнозъ. Благопріятное вліяніе своевременнаго проведенія этого принципа намъ удается констатировать особенно рельефно въ акушерской практикѣ, гдѣ, при усовершенствованіи внутриматочной терапіи, достигается рѣзкое пониженіе смертности, низведенной почти до нуля, не смотря на очень неблагоприятныя условія со стороны подлежащаго наблюденію матеріала.

Къ выполненію 2-го выставленнаго требованія—обезвредить и вывести изъ организма уже поступившее въ кругъ кровообращенія вредное вещество,—мы до сихъ поръ не имѣемъ надежнаго средства, и множество сдѣланныхъ въ этомъ отношеніи предложеній не оправдало возлагавшихся на нихъ надеждъ. Изъ всѣхъ предложеній наибольшаго вниманія заслуживаетъ попытка бороться съ вреднымъ вліяніемъ инфекціи патогенными микроорганизмами—введеніемъ въ кровь путемъ подкожныхъ впрыскиваній соотвѣтственной противобактерійной сыворотки—антистрептококковой или антистафилококковой. Но и про этотъ методъ слѣдуетъ сказать, что, не смотря на множество изслѣдованій за границей и у насъ <sup>1)</sup>, онъ пока находится лишь въ первыхъ стадіяхъ своего развитія, и поэтому научная мотивировка его примѣненія у постели больной оставляетъ еще желать очень многого. Въ виду сказаннаго, по настоящее время всѣ наши мѣропріятія сводятся къ содѣйствію организму больной къ наиболѣе успѣшной борьбѣ съ проникнувшимъ въ него заразнымъ началомъ присущими самому организму средствами. Въ этомъ отношеніи къ поддержанію силъ больной всѣми имѣющимися въ нашемъ распоряженіи средствами и къ усиленію обмѣна веществъ организмомъ—и направляются

<sup>1)</sup> Г. М. Вайнштейнъ.—Стрептококкъ и антистрептококковая сыворотка. Диссерт. 1900 г. Спб.

всѣ наши заботы. Режимъ, діета и гидротерапія здѣсь имѣютъ главное значеніе; само собой понятно, что и въ этомъ случаѣ индивидуализація отдѣльныхъ случаевъ играетъ не послѣднюю роль. Введеніе большихъ количествъ алкоголя заслуживаетъ вниманія. Вливаніе раствора NaCl даже непосредственно въ кровь, основанное болѣе на теоретическихъ данныхъ, многократно рекомендовалось для подобныхъ случаевъ отдѣльными авторами, хотя реальные успѣхи при употребленіи этого способа и находятся подъ сомнѣніемъ. Побѣда организма больной находится въ зависимости отъ количества и, главнымъ образомъ, отъ свойства поступившаго въ него вреднаго начала. Очевидно, что при такомъ положеніи дѣла, особенно въ смыслѣ профилактики, при всякомъ оперативномъ вмѣшательствѣ врачу нельзя игнорировать даже мельчайшія подробности, служащія къ огражденію больной отъ возможной инфекціи, при чемъ обязательно помнить, что только путемъ внимательнаго наблюденія и изученія особенностей каждаго отдѣльнаго случая удается создать наиболѣе благопріятныя условія.

Съ практической стороны считаю не лишнимъ остановиться на тѣхъ нагноительныхъ процессахъ, особенно у жирныхъ субъектовъ, которые наблюдаются въ брюшномъ швѣ и обуславливаютъ частичное несростаніе краевъ раны. Такъ какъ въ подобныхъ случаяхъ мы несомнѣнно имѣемъ дѣло съ септическимъ процессомъ, то ближайшей задачей является дать свободный стокъ гнойнымъ выдѣленіямъ, для чего требуется при наличности гнойника возможно раньше вскрыть таковой, удалить швы и рыхло тампонировать гноящіяся мѣста іодоформенной марлей (при ежедневныхъ перевязкахъ), пока совершенно не очистится раневая поверхность и не покроется хорошими грануляціями. Когда рана окажется совершенно очистившейся и можетъ быть уже признана не септической, можно значительно ускорить процессъ заживленія, достигая результатовъ, которые не отличаются отъ prima intentio. Для этого нужно сблизить до полного соприкосновенія гранулирующія поверхности, предварительно протеревъ ихъ дезинфицирующей жидкостью, или даже произведя поверхностный соскобъ грануляцій, и въ такомъ положеніи фиксировать края ихъ полосками липкаго пластыря, а иногда и швами. Если указанные манипуляціи проведены lege artis, то обыкновенно удается получить хорошее, такъ наз. третье натяженіе при линейномъ рубчикѣ.

*Непроходимость кишечника*, обусловленная операціей, обыкновенно является слѣдствіемъ воспалительныхъ перетяжекъ и склеекъ между отдѣльными органами брюшной полости. Такъ какъ извѣстно, что мѣста, лишенныя брюшины при ея пораненіи, кровоизліянніи, а также постороннія тѣла, остающіяся послѣ операціи въ брюшной полости, даютъ поводъ къ развитію реактивнаго процесса съ образованіемъ пластическаго экссудата, то необходимо всемѣрно стараться устранить названныя причины. Вмѣстѣ съ тѣмъ, замѣченныя во время операціи ненормальныя фиксаціи, склейки и перетяжки между отдѣльными органами должны всегда попутно быть устраняемы. О необходимости обшивать брюшиной образованные дефекты на ея протяженіи было уже сказано выше; не менѣе, однако, важно беречь

Непроходимость кишечника.

во время операціи здоровые ея отдѣлы отъ излишней травмы и не сдирать съ нея плоскаго эпителия. Подобные раневые участки, давая всегда большее или меньшее количество эксудата, представляютъ благоприятныя условія для сращеній. Этими соображеніями вызвано правило—не оставлять безъ пластическаго покрытія брюшной особенно объемистыхъ культей; при вылущиваніи же большихъ забрюшинныхъ опухолей, обязательно изолировать образующееся ложе отъ сообщенія съ остальной брюшиной, что, при обычно избыточной въ такихъ случаяхъ брюшинѣ, обыкновенно удается сдѣлать безъ особаго затрудненія.

Неполная остановка кровотеченія во время операціи, слѣдствіемъ чего является послѣдующее просачиваніе крови въ брюшную полость, всегда вызываетъ около соотвѣтственнаго мѣста реактивный процессъ въ виду пластическаго эксудата. На цѣломъ рядѣ опытовъ, предпринятыхъ мною для изученія судьбы излившейся крови и образованія haematocele <sup>1)</sup>, различнымъ образомъ обставленныхъ, мнѣ удалось убѣдиться, что фиксаціей къ кровотокающему мѣсту одного изъ смежныхъ подвижныхъ органовъ (чаще всего сальника, какъ бы спеціально для этой цѣли предназначеннаго природой) достигается защита отъ дальнѣйшаго изліянія. Сказанное относится не только къ кровотеченіямъ, но и къ другимъ жидкостямъ, какъ то: содержимому кистовидныхъ опухолей яичника (коллоидъ и др.), Фаллопиевыхъ трубъ (гной, кровь, катарральный секретъ), червовиднаго отростка и др. Излившаяся масса, какъ, напр., кровяной сгустокъ и проч., играетъ роль посторонняго тѣла, которое организмъ старается обезвредить, изолируя его пластическимъ выпотомъ. Въ этомъ отношеніи узлы швовъ, дренажныя трубки, марля и т. п. играютъ ту же роль—поэтому и приходится озаботиться по возможности свести до minimum'a вредное вліяніе названныхъ факторовъ. Способъ тампонаціи брюшной полости по Mikulicz'у въ этомъ отношеніи представляетъ крупныя недочеты, что и побудило меня между прочимъ видоизмѣнить этотъ способъ тампонаціи. Слѣдуетъ сказать, что спеціальныхъ способовъ навѣрняка избѣгнуть сращеній въ брюшной полости не имѣется, но при соблюденіи только что изложеннаго, а также раньше отмѣченныхъ правилъ оперированія—обыкновенно въ значительной мѣрѣ удается избѣгнуть нежелательныхъ сращеній. Въ моей практикѣ, обнимающей значительно болѣе 1600 брюшностѣночныхъ чревосѣченій, изъ трехъ случаевъ непроходимости кишечника мнѣ пришлось лишь одинъ разъ наблюдать таковую, развившуюся подѣ вліяніемъ сращеній, образовавшихся въ зависимости отъ оперативнаго вмѣшательства; въ двухъ случаяхъ, гдѣ наступила непроходимость кишечнаго тракта въ болѣе отдаленные послѣ операціи сроки, она явилась слѣдствіемъ процессовъ, бывшихъ еще задолго до операціи, при чемъ послѣдняя послужила лишь предрасполагающимъ моментомъ. Очевидно, что въ подобныхъ исключительныхъ случаяхъ вина не падаетъ на операцію, а скорѣе можетъ быть отнесена за счетъ опера-

<sup>1)</sup> Д. О. Оттъ.—Матеріалы къ ученію о внѣматочной беременности—Врачъ, 1893 г.



тора, который не обнаружилъ стараго сращения, что впрочемъ, какъ извѣстно, сплошь да рядомъ является совершенно невыполнимымъ, тѣмъ болѣе, что это было бы и совершенно не въ интересахъ больныхъ—въ каждомъ случаѣ чревосѣченія провѣрять на всемъ протяженіи кишечный трактъ, для чего обыкновенно требуется его эвентрація. Такой далеко не безразличный пріемъ самъ по себѣ требуетъ строго установленнаго показанія. Предложеніе вливать непосредственно до закрытія брюшины въ ея полость стерилизованное или камфарное масло или иную жидкость, долженствующую распредѣлиться между кишками болѣе или менѣе тонкимъ слоемъ и тѣмъ предотвратить развитіе сращеній между ними, распространенія не получило, тѣмъ болѣе, что, при систематическомъ соблюденіи изложенныхъ выше принциповъ оперированія, рискъ, чтобъ развились сращения, представляется ничтожнымъ, особенно если своевременно озаботиться о правильномъ отправленіи кишечника въ ближайшіе сроки послѣ чревосѣченія.

Предотвращеніе *эмболій* обыкновенно не стоитъ въ зависимости отъ нашихъ мѣропріятій, такъ какъ чаще всего является слѣдствіемъ уже бывшихъ органическихъ расстройствъ. При развившемся эндокардитѣ и вообще эндоартеритѣ, предпринимаемая мѣры сводятся къ леченію этихъ патологическихъ состояній сосудистой системы. Насколько полезно раннее вставаніе съ кровати, рекомендуемое особенно въ этихъ случаяхъ, съ профилактической стороны—подлежитъ большому сомнѣнію. Указанный пріемъ скорѣе можетъ быть признанъ не безъ пользы въ отдѣльныхъ случаяхъ, въ которыхъ есть основаніе опасаться развитія *тромбоза*. Но и противъ этого процесса, особенно противъ закупорки венозныхъ стволовъ, мѣры профилактики имѣютъ несравненно большее значеніе и, какъ на это уже было указано, необходимо во время операціи всегда имѣть въ виду, чтобы особенно крупные кровеносные сосуды не подвергались давленію отъ придавливанія ногодержателемъ при положеніи больной на косою плоскости и т. п. Тамъ, гдѣ подобное вредное вліяніе нельзя устранить, умѣстно примѣненіе массажа и пассивныхъ движеній вслѣдъ за снятіемъ больной съ операціоннаго стола. Строгое проведеніе мѣръ антисептики для предотвращения этой категоріи случаевъ тоже несомнѣнно играетъ не послѣднюю роль. При развившемся же тромбозѣ, или воспаленіи венозныхъ стволовъ, покой при соответствующемъ положеніи (приподнятіе ножного конца), равномерное бинтованіе конечности, согревающая компрессъ и смазываніе *t-ra jodi* — суть наиболѣе употребительныя средства.

Тромбозъ и эмболія.

Развитіе различныхъ степеней *паретическаго состоянія* конечностей несомнѣнно находится въ связи съ травмой, которой подвергаются нервные стволы благодаря неудобному положенію, придавливанію, или продолжительному вытяженію соответственной конечности. Чаще всего намъ приходилось наблюдать пораженіе одной изъ верхнихъ конечностей, наступавшее отъ продолжительнаго вытянутаго состоянія, въ которомъ она находилась при чревосѣченіи съ примѣненіемъ такъ наз. *Trendelenburg'овскаго* положенія. Рука была нѣсколько вытянута, чтобы

Парезъ конечностей.

сидѣвшій у изголовья рядомъ съ хлороформаторомъ ассистентъ могъ наблюдать за пульсомъ. Какъ на мѣру, предупреждающую наступленіе подобныхъ, иногда очень длительныхъ парезовъ, слѣдуетъ указать на необходимость нѣкоторой перемѣны положенія указанной конечности во время хода операціи и производства, время отъ времени, нѣсколькихъ пассивныхъ движеній, или легкаго массажа, при чемъ всегда слѣдуетъ держать конечность въ нѣсколько согнутомъ положеніи. Другую конечность мы обыкновенно располагаемъ (привязываемъ) вдоль тѣла больной, накинувъ въ области кисти ея слабо стянутую петлю, сдѣланную изъ широкой тесьмы. Лечение подобныхъ травматическихъ парезовъ сводится къ примѣненію массажа и электричества, а также гимнастическихъ пріемовъ.

Воспаленіе  
легкихъ.

*Воспаленіе легкихъ* въ связи съ перенесенной операціей встрѣчалось въ нашей дѣятельности крайне рѣдко. Такъ какъ этиологическимъ моментомъ въ подобныхъ случаяхъ принято считать болѣе или менѣе рѣзкое охлажденіе больной во время операціи, а также проникновеніе, во время неумѣло веденнаго наркоза, въ дыхательные пути слизи, рвотныхъ массъ и т. под., то естественно указанные вредные моменты должны быть устраняемы. Въ этомъ отношеніи строгая дисциплина и педантическое выполненіе всѣхъ установленныхъ особенностей оперативной обстановки, что я однажды уже подчеркнулъ, представляются наилучшей гарантіей успѣшнаго веденія дѣла.

#### **ВЛАГАЛИЩНОЕ ЧРЕВОСЪЧЕНІЕ (COLPOTOMIA S. COELIOTOMIA VAGINALIS).**

Помимо вышеописаннаго брюшностѣчного чревосъченія, въ брюшную полость можно проникнуть въ наиболѣе низкомъ ея отдѣлѣ, путемъ вскрытія передняго или задняго сводовъ влагалища—colpotosia anterior и colpotosia posterior. Первое вскрытіе брюшной полости со стороны влагалища было произведено въ 1821 г. Sauter'омъ для удаленія матки; въ 1857 г. Atlee первый вскрылъ задній сводъ для удаленія больныхъ придатковъ (кисты яичниковъ). Въ Россіи первая экстирпація матки влагалищнымъ путемъ была произведена въ 1847 г. Китеромъ и Елачичемъ въ Казани. Однако влагалищное чревосъченіе начало развиваться лишь съ 70-хъ годовъ и въ настоящее время, благодаря усовершенствованію оперативной техники, достигло значительнаго распространенія. Согласно господствующему мнѣнію, влагалищный методъ вскрытія брюшной полости въ настоящее время признается значительно менѣе рискованнымъ, чѣмъ обычное, брюшностѣчное чревосъченіе, хотя слѣдуетъ сказать, что, не смотря на это, примѣненіе его въ нѣкоторыхъ клиникахъ и въ повседневной гинекологической дѣятельности не достигло однако еще того распространенія, котораго онъ несомнѣнно заслуживаетъ. Такое положеніе вещей несомнѣнно зависитъ отъ того, что въ техническомъ отношеніи этотъ методъ труднѣе и требуетъ нѣсколько болѣе

сложнаго инструментарія, чѣмъ вскрытіе брюшины *per coeliotomiam*; съ другой стороны нельзя отрицать, что и рутинна въ этомъ вопросѣ играетъ не послѣднюю роль. Одинъ изъ передовыхъ и образованнѣйшихъ нашихъ гинекологовъ, К. Ф. Славянскій, незадолго до своей смерти съ особымъ интересомъ говорилъ о входящей въ то время во всеобщее употребленіе *colpotomi'i*, предугадывая значеніе новаго способа, а такъ какъ самъ вовсе не примѣнялъ въ своей клиникѣ влагалищнаго метода, то при этомъ чистосердечно отмѣтилъ этотъ недочетъ въ своей дѣятельности. Къ сожалѣнію подобное отношеніе, могущее служить назиданіемъ подростающему поколѣнію, мы встрѣчаемъ не часто, чѣмъ и объясняется совершенная бездоказательность аргументаціи рутинеровъ, являющихся противниками одного изъ наиболѣе цѣнныхъ пріобрѣтеній современной гинекологіи. Въ этомъ случаѣ приходится, впрочемъ, дѣлать заключенія на основаніи цифръ, которыя съ полнымъ безпристрастіемъ говорятъ сами за себя, являясь основой общераспространенному взгляду на преимущество *colpotomi'i*.

#### Сравнительная оцѣнка влагалищнаго и брюшно- стѣночнаго вскрытія брюшной полости.

Въ нашей клиникѣ операціи, произведенныя по влагалищному методу, непосредственно послѣ его введенія, давали результаты *въ четыре раза* лучшіе, чѣмъ получаемые при чревосѣченіяхъ; за послѣдніе же девять лѣтъ эти результаты еще улучшились послѣ введенія въ практику мною предложеннаго способа непосредственнаго освѣщенія брюшной полости, и въ настоящее время *въ шесть разъ* превосходятъ результаты, получаемые при брюшностѣночномъ чревосѣченіи <sup>1)</sup>. Послѣднее время процентъ смертности низведенъ до 0,57%, и такъ какъ выводъ сдѣланъ изъ очень большого ряда (1739) случаевъ, то онъ заслуживаетъ несомнѣнно большого вниманія. Нѣкоторыя заболѣванія, какъ, напр., внѣматочная беременность (въ настоящее время—болѣе 140 случаевъ) и сохраняющая міомектомія (болѣе 50 случаевъ), вовсе не дали смертельныхъ исходовъ. Впрочемъ, результаты, опубликованные изъ другихъ клиникъ, также вполне подтверждаютъ сказанное. Интересно выяснитъ тѣ причины, которыя оказываютъ столь благопріятное вліяніе на получаемые результаты. Несомнѣнно, что главная причина успѣха метода заключается въ томъ, что онъ въ состояніи проявить наибольшее противодѣйствіе тѣмъ вреднымъ вліяніямъ, которымъ больныя подвергаются во время операціи. Вредныя вліянія, обуславливающія смертельный исходъ послѣ операціи, обыкновенно сводятся къ слѣдующимъ наиболѣе существеннымъ явленіямъ: 1) септи-

<sup>1)</sup> См. Г. П. Серезникова.—Итоги примѣненія освѣщенія брюшной полости по способу проф. Отта при влагалищныхъ чревосѣченіяхъ. Докладъ 2-му Съѣзду російскихъ акушеровъ и гинекологовъ. Москва 1907.

ческое зараженіе, 2) кровотеченіе и 3) всѣ тѣ явленія, которыя извѣстны подъ общимъ названіемъ «шока». Съ этой точки зрѣнія я и считаю цѣлесообразнымъ провести параллель между влагалищнымъ и брюшностѣночнымъ чревосѣченіемъ.

Условия  
для инфек-  
ции.

1) По отношенію къ возможной *инфекціи* при влагалищномъ вскрытіи брюшной полости условія для предохраненія больной отъ септического зараженія создаются неизмѣримо болѣе благоприятныя, такъ какъ а) несравненно труднѣе носителямъ заразы и всевозможнымъ микроорганизмамъ проникнуть въ брюшную полость. Образованное въ глубинѣ сводовъ отверстіе хорошо защищено сверху стѣнкой влагалища. Благодаря такому топографическому расположенію, условія для прониканія пыли обычнымъ путемъ осѣданія, можно сказать, почти вовсе устранены. Въ этомъ отношеніи очень интересны результаты бактериологическихъ изслѣдованій, сдѣланныхъ въ моей клиникѣ Л. И. Бубличенко и Е. И. Поволоцкой. Изъ 61 случая лишь въ двухъ по окончаніи операціи на брюшинѣ найдены микроорганизмы, въ остальныхъ она оказалась вполне стерильной, что составляетъ 97%. Эти результаты тѣмъ замѣчательнѣе, что между изслѣдованными случаями были четыре раковыхъ больныхъ и нѣсколько съ гнойнымъ процессомъ. Столь же благоприятные результаты установлены для воздуха, вводимаго послѣ предварительной фильтраціи черезъ марлю во время операціи въ брюшную полость: при полной его стерильности одновременно произведенные контрольные опыты воздуха операціонной обычно давали болѣе или менѣе значительное загрязненіе. При чревосѣченіи условія какъ разъ обратныя: рана широко открыта и сверху ничѣмъ не защищена, поэтому и создаются условія, наиболѣе благоприятныя для осѣданія всего взвѣшеннаго въ воздухѣ операціонной, а также попаданія эпидермоидальныхъ чешуекъ, слюны, волосъ и т. п. отъ наклоняющихся надъ раной оператора и ассистентовъ, въ виду чего, какъ это показало рядъ изслѣдованій, на брюшинѣ во время чревосѣченій въ половинѣ всѣхъ случаевъ встрѣчаются микроорганизмы. б) При влагалищномъ чревосѣченіи путь къ подлежащему удаленію органу или новообразованію представляется кратчайшимъ,—при брюшностѣночномъ чревосѣченіи приходится проникать къ половымъ органамъ, всегда предварительно соприкасаясь съ кишечникомъ и другими вышерасположенными органами, покрытыми брюшиной, благодаря чему условія для инфекціи болѣе благоприятны. в) При *coeliotomi*'и приходится главнымъ образомъ работать руками, при *colpotomi*'и—инструментами, что въ смыслѣ инфекціи тоже признается менѣе рискованнымъ. г) Защита вскрытой сверху брюшной полости компрессами—мѣра крайне несовершенная, тогда какъ при влагалищномъ методѣ этотъ пріемъ излишенъ, и если къ нему иногда приходится прибѣгать, то лишь съ цѣлью разобщить вышележащіе органы отъ соприкосновенія съ операціоннымъ полемъ, такъ какъ отверстіе, ведущее въ брюшину, къ тому же довольно хорошо закрывается подтянутымъ органомъ (маткой, кистой), подлежащимъ удаленію. д) Уже одинъ тотъ фактъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ влагалищныхъ чревосѣченій отверстіе, ведущее въ брюшную полость, вовсе не зашивается, при чемъ и въ дальнѣйшемъ не происхо-

дить никакой инфекции, наглядно говорить, что оно должно быть признано, въ смыслѣ противобактеріальной гарантіи, за locus electionis, тѣмъ болѣе, что е) окружающіе отверстіе органы—стѣнки влагалища—могутъ быть дезинфицированы болѣе совершенно, чѣмъ покровы живота (см. стр. 55). ж) Съ другой стороны, завѣдомо заразные очаги, какъ то всевозможные гнойные и иные фокусы, при colpotomi'и удаляются или опоражниваются въ наиболѣе отлогомъ мѣстѣ брюшной полости при благопріятныхъ условіяхъ, съ нѣкоторой гарантіей не придти вовсе въ соприкосновеніе съ кишечникомъ и другими здоровыми отдѣлами организма; при чревосѣченіи эти шансы почти исключаются, и з) то же относится и къ послѣдующему дренированию и изоляціи зараженныхъ частей (см. стр. 131).

Всѣ вышеприведенныя данныя въ смыслѣ защиты больной отъ инфекции безусловно составляютъ крупное преимущество влагалищнаго метода по сравненію съ брюшностѣночной coeliotomi'ей и несомнѣнно играютъ выдающуюся роль въ значительномъ пониженіи при указанномъ методѣ процента смертности и заболѣваемости.

2) Что касается *кровотеченія*, то въ данномъ сравненіи рѣчь можетъ быть Гемостазъ. развѣ только въ вопросѣ о послѣдующемъ кровотеченіи, такъ какъ первичнаго надежнаго гемостаза можно вполне хорошо достигнуть и въ томъ, и въ другомъ случаѣ. При послѣдующемъ же кровотеченіи дѣло обстоитъ иначе, и въ этомъ случаѣ преимущество несомнѣнно тоже на сторонѣ влагалищнаго метода, такъ какъ при немъ брюшная полость наглухо закрывается относительно довольно рѣдко,—лишь въ случаяхъ, не оставляющихъ никакого сомнѣнія въ правильности такого образа дѣйствія; въ большинствѣ же случаевъ, особенно если предвидится возможность послѣдовательнаго кровотеченія, швовъ вовсе не накладывается или же, во всякомъ случаѣ, отверстіе наглухо не зашивается. Въ послѣднее время я принципиально наглухо никогда не зашиваю вскрытый сводъ. Это обстоятельство имѣетъ существенное значеніе, такъ какъ: а) даетъ возможность опредѣлить послѣоперационное кровоотдѣленіе въ первое же время по его возникновеніи, не дожидаясь рѣзкаго паденія пульса, блѣдности покрововъ и т. п. другихъ признаковъ, на основаніи которыхъ обыкновенно распознается всякое внутреннее кровотеченіе; б) благодаря этому врачебное вмѣшательство для остановки кровотеченія проявляется значительно раньше, чѣмъ въ случаяхъ послѣ брюшностѣночныхъ coeliotomi'ей, и в) послѣдовательное вскрытіе брюшной полости въ свою очередь вноситъ неизмѣримо большую опасность, чѣмъ остановка крови черезъ отверстіе въ сводахъ влагалища. Благодаря введенію въ практику указаннаго выше непосредственнаго освѣщенія брюшной полости (см. стр. 76), намъ всегда, работая per vaginam, удавалось справляться съ кровотеченіемъ, не подвергая больную рискованной мѣрѣ чревосѣченія, при чемъ мы не потеряли ни одной больной.

Считаю излишнимъ распространяться о преимуществахъ *ранняго* прекращенія кровотеченія и къ тому же совершенно мало рискованнымъ способомъ;—во всякомъ случаѣ это тоже краснорѣчиво говорить за преимущество colpotomi'и.

3) Переходя теперь къ совокупности явленій, извѣстныхъ подъ названіемъ «шока», слѣдуетъ сказать, что въ этомъ отношеніи разбираемые способы вскрытія брюшной полости несравнимы: если послѣ чревосѣченій упадокъ сердечной дѣятельности и общая протрація больныхъ представляются очень частымъ явленіемъ, то, въ противоположность этому, послѣ colpotomi'i указанныя явленія представляются рѣдкими, и хорошее самочувствіе больныхъ очень быстро восстанавливается, иногда въ ближайшіе часы послѣ операціи, чего нельзя обыкновенно отмѣтить, когда былъ сдѣланъ разрѣзь брюшной стѣнки. Оно, впрочемъ, и понятно, такъ какъ, помимо всѣхъ вышеприведенныхъ отрицательныхъ сторонъ чревосѣченія, обширное обнаженіе брюшины ведетъ къ охлажденію больной и значительному раздраженію брюшныхъ нервовъ, что пагубно вліяетъ особенно на центральную сосудистую систему, вызывая иногда глубокой collaps. При colpotomi'i ничего подобнаго обыкновенно не наблюдается, такъ какъ брюшина не обнажена, наносимые же ей инсульты—минимальны.

Сказаннаго было бы вполне достаточно, чтобы объяснить превосходство результатовъ, достигнутыхъ непосредственно послѣ операцій, произведенныхъ влагалищнымъ путемъ, по сравненію съ брюшностѣночнымъ чревосѣченіемъ; между тѣмъ для оцѣнки всѣхъ выгодъ, помимо приведенныхъ основныхъ данныхъ, нельзя обойти молчаніемъ и другія преимущества. Изъ числа этихъ преимуществъ слѣдуетъ отмѣтить: во 1-хъ—несравненно болѣе легкое прохожденіе послѣоперационнаго періода рѣзко бросается въ глаза, и полное выздоровленіе наступаетъ значительно скорѣе, чѣмъ послѣ чревосѣченія, при соотвѣтственно болѣе раннемъ восстановленіи всѣхъ физиологическихъ отправленій организма; во 2-хъ—ложныхъ срощеній брюшныхъ органовъ также наблюдается меньше, тогда какъ при брюшностѣночной coeliotomi'i приращеніе сальника въ области брюшного разрѣза представляется зауряднымъ явленіемъ; въ 3-хъ—и самый разрѣзь брюшной стѣнки нерѣдко даетъ поводъ къ послѣдовательному развитію грыжъ и ущемленій брюшныхъ органовъ со всѣми тягостными послѣдствіями этого положенія вещей, тогда какъ при colpotomi'i мнѣ *никогда* не пришлось наблюдать грыжевидныхъ образований; въ 4-хъ—зашиваніе разрѣза брюшной стѣнки требуетъ значительно больше труда и времени; въ 5-хъ—толщина стѣнки, отдѣляющей брюшную полость отъ влагалища, почти у всѣхъ одинакова, чего нельзя сказать про брюшную стѣнку у жирныхъ людей, достигающую иногда тройной и болѣе толщины за счетъ отложенія жира, что неблагопріятно отзывается и во время операціи (малая податливость краевъ разрѣза) и особенно неблагопріятно вліяетъ на дальнѣйшее заживленіе.

Всѣ приведенныя соображенія сами по себѣ вполне реальны, и если тѣмъ не менѣе у кого либо остались сомнѣнія, таковыя должны пасть подъ вліяніемъ доказательности цифровыхъ данныхъ, накопившихся въ настоящее время въ достаточномъ количествѣ, чтобы не оставалось мѣста сомнѣніямъ въ превосходствѣ операцій, производимыхъ вскрытіемъ брюшной полости путемъ влагалищнаго метода.

Отсюда вытекает прежде всего положеніе, что, при возможности произвести операцію влагалищнымъ способомъ, его необходимо предпочесть брюшностѣночному чревосѣченію, хотя, конечно, и въ этомъ отношеніи необходима индивидуализація, такъ какъ ни одинъ способъ, какъ бы онъ ни былъ совершененъ, не долженъ служить панацеей и всегда требуетъ строго установленныхъ показаній для своего примѣненія въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Второе сводится къ необходимости еще большаго распространенія, а также всесторонней разработки и усовершенствованія теперь уже болѣе совершеннаго и значительно менѣе опаснаго способа. Наконецъ, въ третьихъ, всякій гинекологъ, желающій стоять на высотѣ своей специальности, разъ что того требуютъ интересы больной, обязанъ совершенствоваться въ проведеніи на практикѣ влагалищнаго метода, хотя и представляющагося болѣе труднымъ въ техническомъ отношеніи.

### Оперативная техника.

Послѣ обычнаго систематическаго подготовленія и дезинфекціи больной, какъ это описано выше (стр. 52), а также послѣ приспособленія слегка наклоненнаго уровня операціоннаго стола такъ, чтобы больная по отношенію къ оператору находилась на высотѣ, наиболѣе удобной для манипуляцій, обнажается маточная шейка, послѣ чего она тщательно дезинфицируется Playfair'овскими зондами. Вслѣдъ за этимъ, когда приходится дѣлать заднюю кольпотомію, маточная шейка, захваченная крѣпкими щипцами за заднюю губу (рис. 161), сильно подтягивается кпереди (гесп. кверху), благодаря чему обыкновенно довольно ясно обрисовываются обѣ крестцово-маточныя связки и намѣчается дно Дугласова пространства, подлежащее вскрытію. Этотъ актъ можно произвести двоякимъ способомъ: разрѣзъ (обычно поперечный) ведется послыно, или же задняя стѣнка влагалища, въ томъ мѣстѣ, гдѣ она подлежитъ разсѣченію, захватывается пулевыми щипцами нѣсколько выше и ниже мѣста разрѣза, и образованный такимъ образомъ валикъ разсѣкается поперечно ножомъ (рис. 162). Моментъ вскрытія брюшной полости (особенно если больная лежитъ на косой плоскости) обыкновенно сопровождается слабымъ звукомъ отъ проникающаго воздуха. Вскрытіе задняго свода возможно и продольнымъ разрѣзомъ. Образовавшееся отверстіе увеличиваютъ, удлиняя разрѣзъ, по мѣрѣ надобности (рис. 163), послѣ чего швами, проникающими черезъ всю толщу разрѣза, приторачиваютъ брюшину къ стѣнкамъ влагалища, что содѣйствуетъ и остановкѣ кровотеченія (рис. 164). Лигатуры оставляются довольно длинными (20 смт.), съ расчетомъ, чтобы удобно было захватить ихъ концы въ гемостатическіе пинцеты, и притомъ въ два пучка: отдѣльно группу верхнихъ и нижнихъ лигатуръ. Такое приспособленіе чрезвычайно удобно, такъ какъ даетъ возможность быстро раздвигать края разрѣза при введеніи въ брюшную полость зеркалъ и другихъ предметовъ, а также при изслѣдованіи. Если діагнозъ даннаго случая представляетъ какія либо сомнѣнія, то чрезвычайно полезно подкрѣпить изслѣдованіе непосредственнымъ осмотромъ глазомъ,

Вскрытіе  
задняго  
свода.

освѣтивъ для этого брюшную полость, какъ это мною было описано выше (стр. 76). Для успѣшнаго освѣщенія брюшной полости необходимо опустить головной конецъ больной, такъ какъ, благодаря этому приему, кишечникъ и другіе внутренніе органы отходятъ по направленію къ діафрагмѣ, и обра-

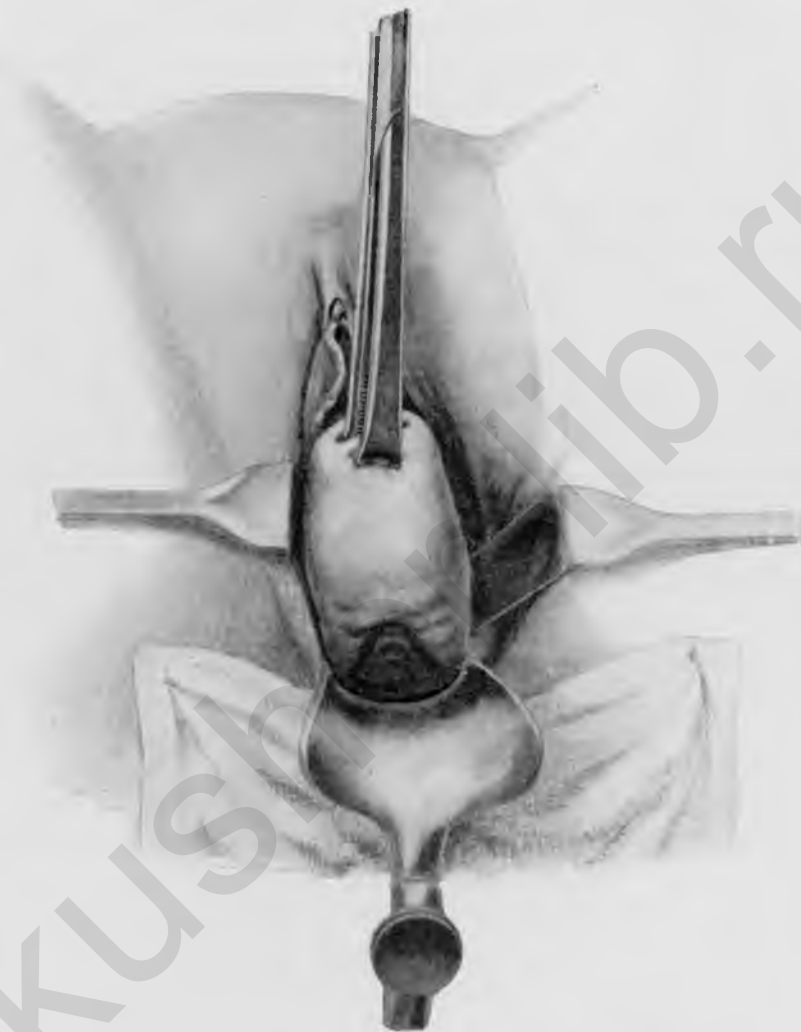


Рис. 161. Обнаженіе задняго свода при задней кольпотоміи путемъ подтягиванія шейки матки.

зуется свободное пространство въ брюшной полости, наполненное вошедшимъ воздухомъ. Дабы обезвредить вліяніе воздуха, еще до переведенія больной въ наклонное положеніе влагалище выполняется объемистымъ тампономъ изъ стерилизованной ваты, завернутой въ кусокъ марли, или просто марлевымъ компрессомъ. При указанныхъ условіяхъ воздухъ, проникающій въ брюшную полость, предва-



рительно фильтруется через вату и такимъ образомъ очищается отъ пыли и всякихъ другихъ взвѣшенныхъ въ немъ частицъ (см. стр. 194); по удаленіи тампона изъ влагалища, въ дальнѣйшемъ уже нѣтъ опасности загрязненія операціоннаго поля воздушною пылью, такъ какъ въ брюшную полость новыхъ порцій воздуха,

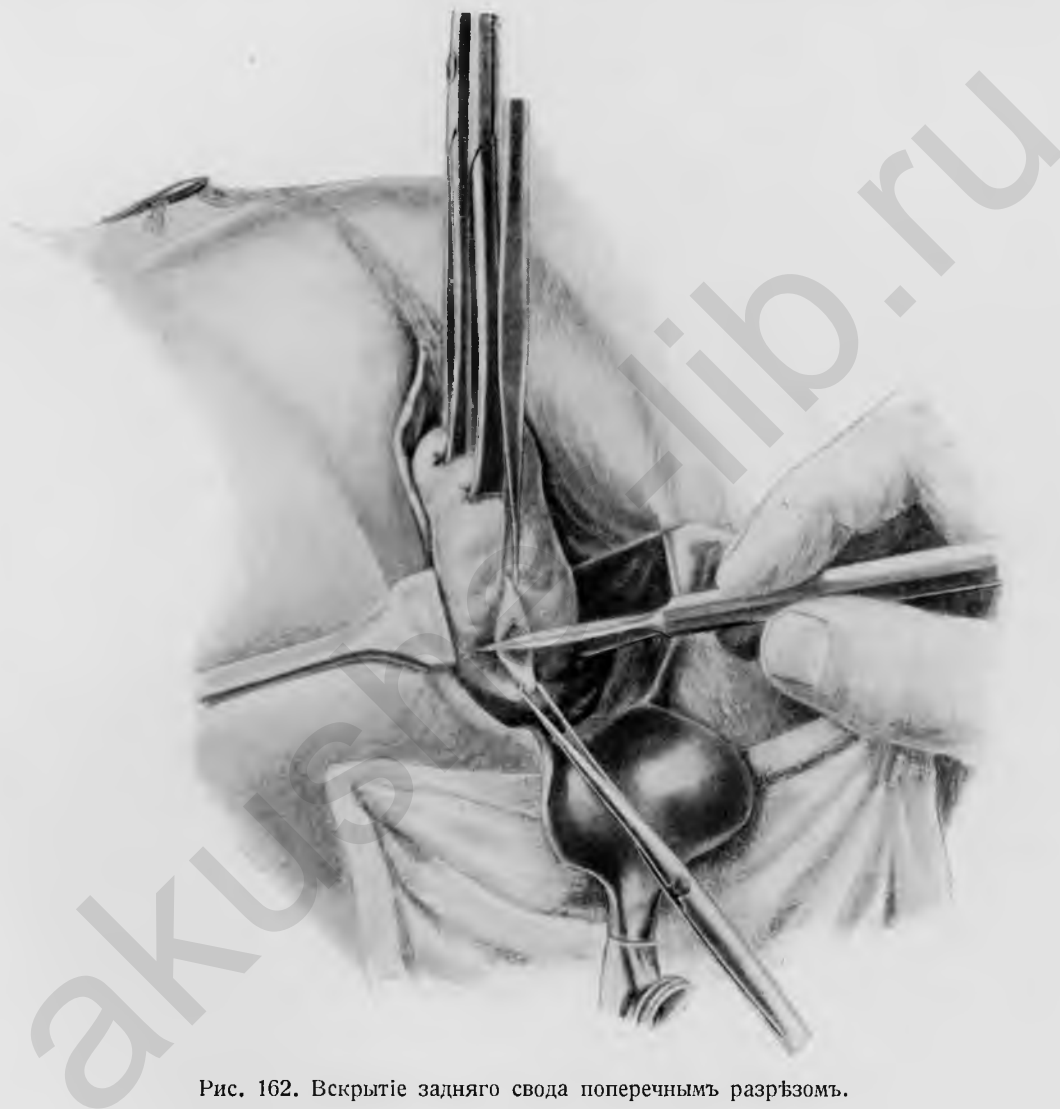


Рис. 162. Вскрытіе задняго свода поперечнымъ разрѣзомъ.

можно сказать, вовсе не поступаетъ, а тотъ очищенный, который уже проникъ самопроизвольно, удаляется при переведеніи больной изъ наклоннаго положенія въ горизонтальное, благодаря опускающимся внутренностямъ и вліянію брюшнаго пресса.

Отсылая читателя къ описанію особенностей техники при разсмотрѣніи способовъ оперативнаго воздѣйствія при различныхъ заболѣваніяхъ полового аппарата,

изложенныхъ въ спеціальному отдѣлѣ этой книги, въ этомъ мѣстѣ я остановлюсь еще лишь на общихъ приѣмахъ, которые вообще примѣняются при большинствѣ влагалищныхъ чревосѣченій. Такъ какъ всѣ случаи предпринимаемыхъ кольпотомій могутъ быть раздѣлены на двѣ категоріи: во 1-хъ, на такія, въ которыхъ приходится удалять тотъ или иной органъ полового аппарата цѣликомъ или частично, и, во 2-хъ, такія, въ которыхъ возможно бываетъ поступить вполне консервативно, то есть сохранить органы,—то я считаю цѣлесообразнымъ, при разсмотрѣніи главныхъ техническихъ приѣмовъ, обратить вниманіе на обѣ эти категоріи.

Противопоказанія къ предварительному выведенію матки.

Вполнѣ естественно, что въ сохраняющихъ операціяхъ показывается по возможности бережное манипулированіе, для чего необходимо избѣгать грубаго захвата частей и нанесенія лишняго пораненія. Поэтому, гдѣ только возможно, всѣ оперативные приѣмы должны быть проведены *in situ*, что вполне достижимо при хорошемъ обнаженіи частей и особенно пользуясь непосредственнымъ освѣщеніемъ брюшной полости. Длинные инструменты при этомъ существенно облегчаютъ всѣ манипуляціи. Подтягиваніе соответственнаго органа во влагалище, или къ выходу его, допустимо лишь тамъ, гдѣ нельзя справиться болѣе бережными приѣмами. Въ такихъ случаяхъ, вопреки мнѣнію большинства авторовъ, особенно нѣмецкихъ, я считаю предварительное выведеніе матки *extra rimam* (какъ это обыкновенно ими производится при передней кольпотоміи) совершенно недопустимымъ и находящимъ показаніе лишь тогда, когда приходится руководствоваться на самой маткѣ, какъ то: вылучивать опухоли, накладывать швы на матку и т. п. За всю свою дѣятельность я ни разу не былъ поставленъ въ условія, требующія отступленія отъ этого правила. Только что приведенное заставляеть меня рѣшительно отвергнуть предложеніе—непосредственно по вскрытіи брюшины каждый разъ выводить матку наружу, чтобы этимъ способомъ получить доступъ къ соответственнымъ органамъ. Отрицательная сторона указаннаго приѣма заключается въ нанесеніи иногда очень значительныхъ пораненій самой маткѣ во время ея выведенія, что, между прочимъ, обуславливается тѣмъ, что при выведеніи ея стѣнки захватываются острыми крючками или пулевыми щипцами, которые, по мѣрѣ подтягиванія, перемѣщаются на все болѣе и болѣе отдаленные участки, пока не будетъ выведена наружу вся матка. Такъ какъ, кромѣ того, при этомъ неизбежно перекручиваются широкія связки, то получается болѣе или менѣе рѣзкая застойная гиперемія и кровоточивость всего органа, выведенная матка легко подвергается загрязненію, наконецъ, послѣдовательно, она вновь травмируется при обратномъ введеніи ея въ брюшную полость. Не трудно понять, что при такомъ образѣ дѣйствій существенно утрачиваются преимущества влагалищнаго метода и, особенно, возможность провести операцію болѣе асептично.

При операціяхъ, гдѣ приходится завѣдомо жертвовать тѣмъ или инымъ органомъ, не менѣе важно соблюдать только что сказанное. Въ видѣ примѣра приведу случай влагалищной оваріотоміи, при которомъ, даже въ новѣйшихъ руковод-

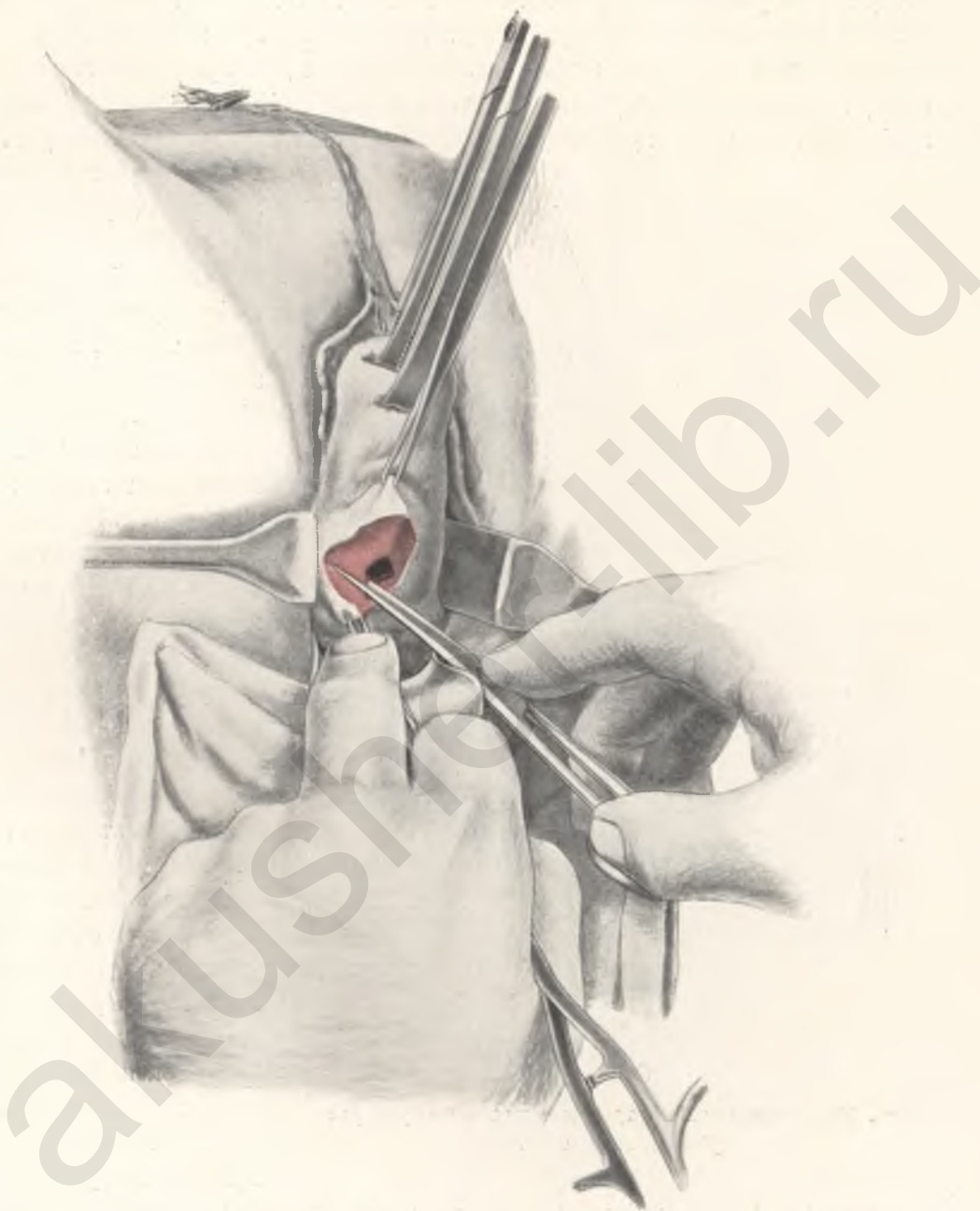


Рис. 163. Увеличеніе разрѣза задняго свода ножницами.

ствахъ, предлагается, предварительно выведя матку наружу, послѣдовательно перевязать ткани, образующія ножку кисты, и затѣмъ вновь вправить матку. Въ подобныхъ случаяхъ безусловно нѣтъ никакой необходимости выводить матку, а

слѣдуетъ, по уменьшеніи проколомъ объема кисты, захватить щипцами ея стѣнки и послѣ этого извлечь спавшуюся опухоль, отдѣляя при этомъ срощенія, если таковыя имѣются, и лишь затѣмъ наложить по общимъ правиламъ лигатуры на ножку кисты. При такихъ условіяхъ матка остается *in situ*, не мѣшается при манипуляціяхъ, и лишь одинъ край ея (рогъ) подтягивается для наложенія лигатуръ.

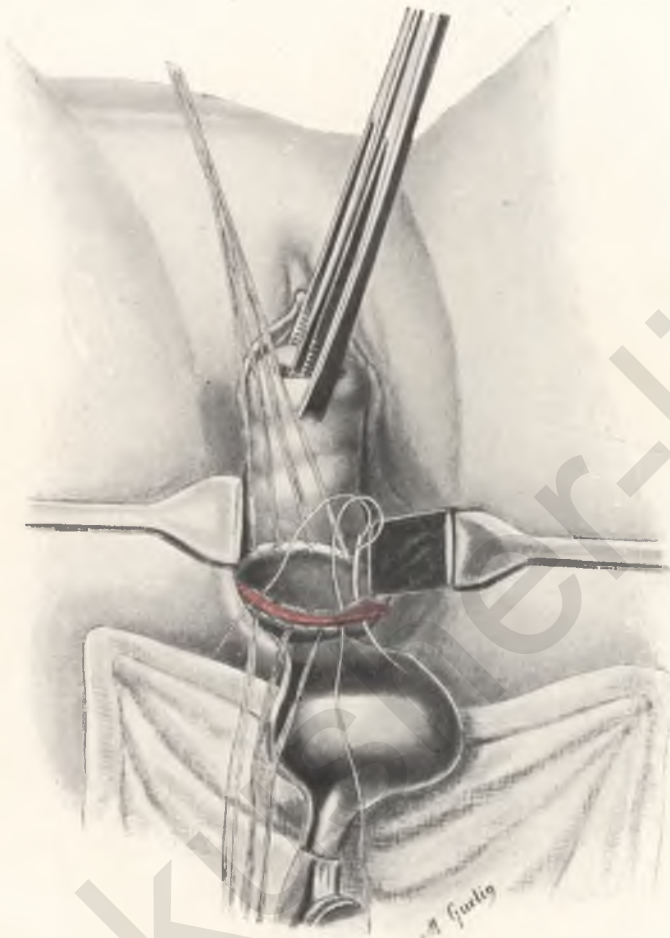


Рис. 164. Накладываніе матрацныхъ швовъ на края раз-  
рѣза задняго свода.

Вскрытіе передняго свода и отдѣленіе мочевого пузыря.

Объемистый же органъ по иному способу вовсе не представляется возможнымъ вывести и, пока доберешься до дна матки, иногда приходится путемъ кускованія уменьшить доступные отдѣлы органа.

При передней *colpotomi*и брюшная полость вскрывается черезъ передній сводъ. Съ технической стороны самымъ главнымъ моментомъ представляется отдѣленіе мочевого пузыря, для чего необходимо, по опорожненіи мочевого пузыря ка-

такимъ образъ дѣйствія и лигатуры держатся надежнѣе, и нѣтъ шансовъ къ ихъ соскальзыванію вслѣдствіе обратнаго раскручиванія тканей, перекрутившихся во время выведенія матки.

Даже въ тѣхъ случаяхъ, когда матка подлежитъ удаленію, на основаніи приведенныхъ причинъ нельзя рекомендовать предварительное ея выведение, и, какъ правило, слѣдуетъ изсѣкать органъ, начиная съ нижнихъ отдѣловъ его, постепенно подымаясь до мѣста отхожденія Фаллопиевыхъ трубъ. При такомъ методѣ гемостазъ несравненно надежнѣе, особенно если отдѣльно перевязать крупные сосуды; къ тому же, вплоть до конца операци, пока не будетъ окончательно отдѣлено тѣло матки, благодаря подтягиванію, она закрываетъ доступъ въ брюш-

тетеромъ, хорошо изучить его отношеніе къ маткѣ и отмѣтить нижнюю его границу (рис. 165). Послѣ этого, немного отступя книзу (около 0,5 см.), проводится обыкновенно поперечный разрѣзь, параллельный краю пузыря, настолько глубоко, чтобы разсѣчь всю толщю слизистой оболочки и проникнуть въ ту рыхлую клѣтчатку, которая соединяетъ пузырь съ маткой; послѣ этого, тупымъ путемъ (пальцемъ, или ватнымъ шарикомъ) пузырь обыкновенно очень легко отдѣляется отъ матки (см. рис. 166, а также рис. 17), и для того, чтобы проникнуть въ брюшную полость, приходится лишь разсѣчь обнаженную брюшину. При кровоотдѣленіи изъ разрѣза свода, здѣсь, какъ и при задней colpotomi'и, приходится накладывать швы. По окончаніи операціи и при передней colpotomi'и поступаютъ различно—зашиваютъ разрѣзь или оставляютъ открытымъ. При зашиваніи, которое труднѣе, чѣмъ при вскрытіи задняго свода, приходится слѣдить, чтобы проводимый шовъ захватилъ всю раневую поверхность, resp. клѣтчатку по задней стѣнкѣ пузыря, дабы не осталось мертвыхъ пространствъ и, вмѣстѣ съ тѣмъ, чтобы швы отнюдь не вдавались въ просвѣтъ пузыря. Въ виду того, что не всегда возможно достигнуть совершеннаго прилаживанія краевъ разрѣза, нерѣдко приходится часть раны оставлять незашитой, прибѣгая къ выпускнику.



Рис. 165. Изученіе отношенія пузыря къ шейкѣ матки при помощи катетера.



отличается от случаев, гдѣ былъ вскрытъ задній сводъ. Съ технической стороны слѣдуетъ признать, что передняя colpotomi'я менѣе благопріятна, чѣмъ задняя,

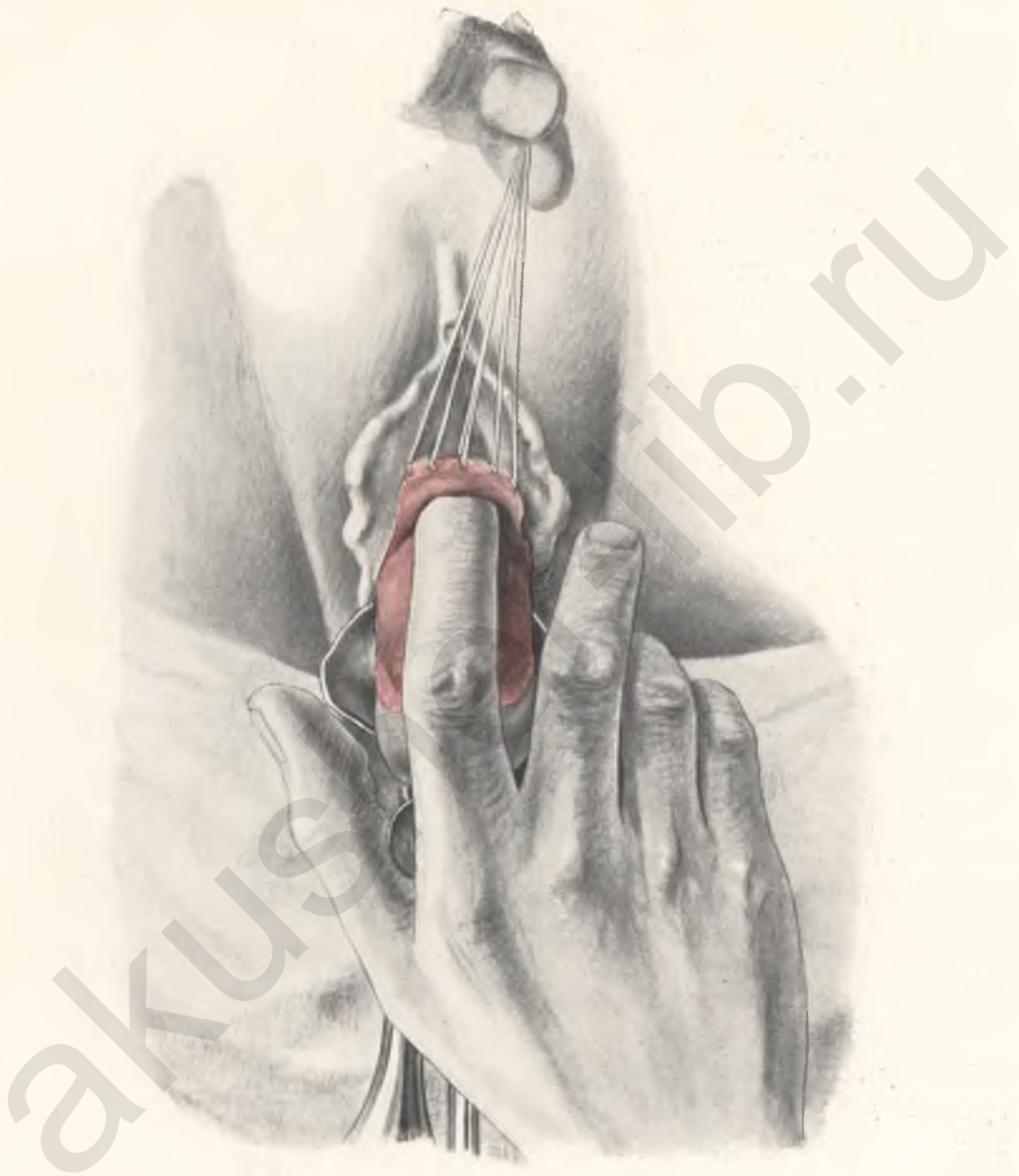


Рис. 166. Отдѣленіе пузыря отъ шейки матки тупымъ путемъ.

въ виду возможности пораненія пузыря или мочеточниковъ, а также болѣе труднаго послѣдовательнаго закрытія разрѣза, благодаря чему во всѣхъ случаяхъ, гдѣ представляется выборъ, слѣдуетъ предпочитать colpotomia posterior, какъ методъ

наиболѣе удобный и благопріятный; въ остальныхъ же случаяхъ приходится всегда руководиться наличностью показаній для выбора мѣста разрѣза, о чемъ и будетъ отдѣльно сказано въ спеціальной части при описаніи отдѣльныхъ заболѣваній.

При экстирпаціи всей матки операція слагается изъ слѣдующихъ моментовъ: 1) отдѣленіе сводовъ вмѣстѣ съ мочевымъ пузыремъ и вскрытіе брюшины; 2) перевязка и перерѣзка связокъ вмѣстѣ съ яйцеводомъ, и 3) закрытіе (частичное) полученнаго послѣ удаленія матки отверстія, сообщающаго брюшную полость съ влагалищемъ.

Техника  
удаленія  
матки.

При выполненіи перваго момента операціи начинаютъ съ того, что послѣ оттягиванія задней стѣнки влагалища короткимъ зеркаломъ, а шейки щипцами, при помощи катетера опредѣляется нижняя граница пузыря. Затѣмъ опредѣляется мѣсто расположенія дна задняго Дугласова пространства. Опредѣливъ топографическое расположеніе указанныхъ частей, мы проводимъ вокругъ маточной шейки циркулярный разрѣзъ въ такомъ расчетѣ, чтобы спереди онъ пришелся по нижней границѣ пузыря, а сзади—чтобы имъ можно было вскрыть Дугласъ. Глубина разрѣза должна быть такова, чтобы онъ разсѣкъ всю толщю слизистой оболочки и вскрылъ паравагинальную клѣтчатку. Вслѣдъ за этимъ, сильно подтягивая матку къ выходу, пальцемъ или, лучше, при помощи ватнаго шарика, пузырь тупымъ способомъ смѣщаютъ (отслаиваютъ) кверху вмѣстѣ съ соответственнымъ участкомъ передняго свода. На кровоточащія мѣста свода накладываются лигатуры, при чемъ концы ихъ не отрѣзаются. Захвативъ въ руку эти лигатуры, напрягаютъ передній сводъ, что значительно облегчаетъ возможность исполнѣ закончить отдѣленіе пузыря отъ матки. При этой манипуляціи иногда вскрывается передній Дугласъ, въ большинствѣ же случаевъ, благодаря эластичности брюшины, онъ остается послѣ этого еще невскрытымъ. Обезпечивъ надежный гемостазъ отдѣленнаго передняго свода, переходятъ на задній и, углубляя въ средней части имѣющійся циркулярный разрѣзъ, вскрываютъ дно Дугласова пространства, послѣ чего, какъ и при переднемъ сводѣ, приступаютъ къ обкалыванію вскрытаго свода по частямъ, стараясь всегда захватить вмѣстѣ со всею толщею свода и брюшину. Наболѣе цѣлесообразными представляются такъ наз. матрацныя швы, располагаемые тѣсно другъ возлѣ друга и крѣпко затягиваемые для достиженія надежнаго гемостаза, при чемъ концы нитокъ, какъ уже сказано выше, для удобства открытія свода, фиксаціи его краевъ и т. п., оставляются длинными. Участки, смежные съ широкими связками и представляющіеся мясистыми, необходимо особенно сильно затягивать обкалывающими ихъ лигатурами. По окончаніи этого момента операціи, отдѣленные отъ матки края стѣнокъ влагалища на всемъ ихъ протяженіи оказываются обколотыми матрацными швами, при чемъ остановка кровотеченія должна быть достигнута исполнѣ совершенная. Собравъ концы всѣхъ лигатуръ въ два пучка—верхній и нижній, ихъ захватываютъ въ гемостатическіе пинцеты, изъ коихъ верхній передается въ руки помощника, или просто закидывается на животъ больной, второй же

висить, причем нитки располагаются надъ или подъ зеркаломъ, отдавливающимъ промежность, смотря по обстоятельствамъ.

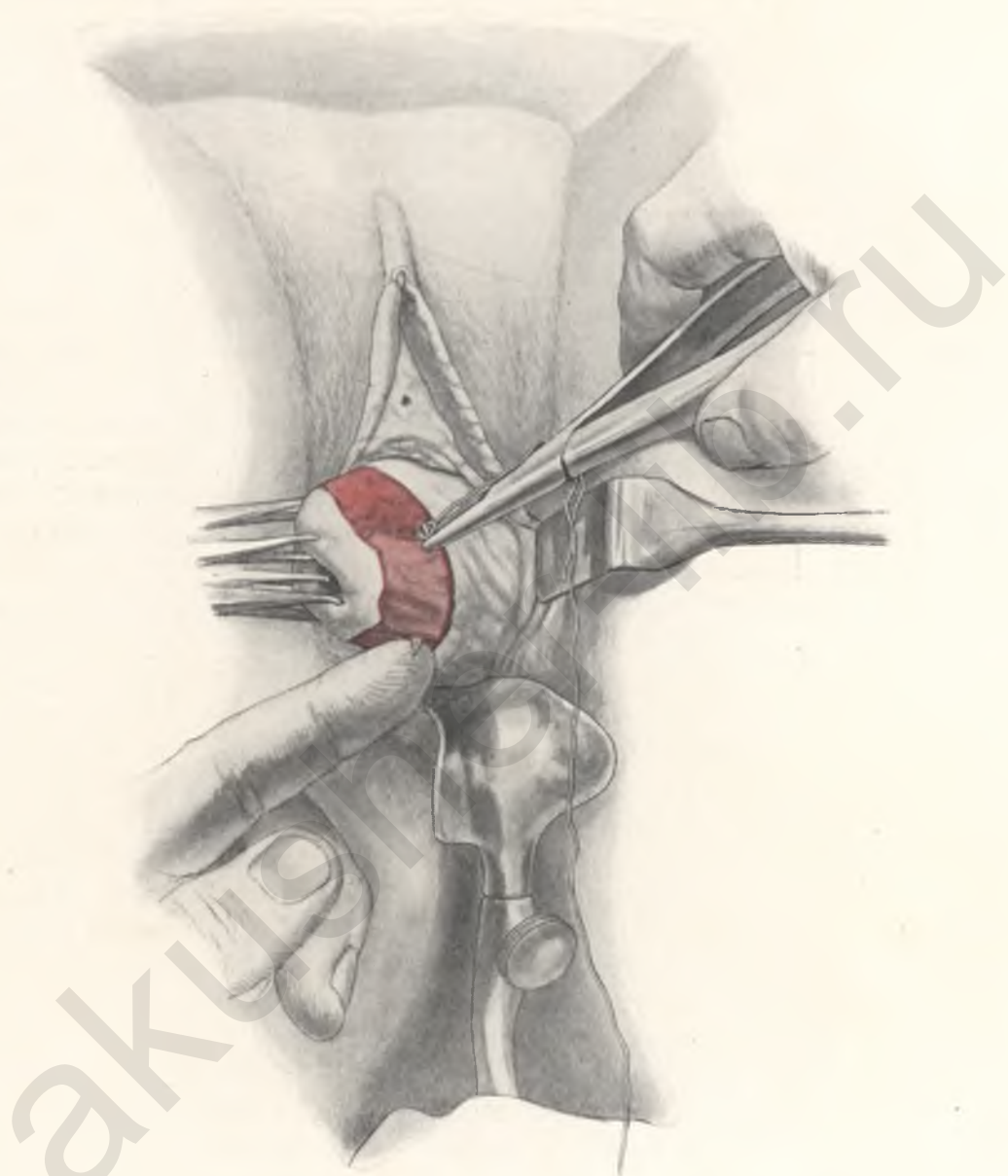


Рис. 167. Перевязка широкихъ связокъ. Обколь нижняго участка широкой связки.

Второй моментъ операциі—перевязка и перерѣзка связокъ—начинается снизу: тупой иглой Deschamps'a (дабы не наколоть сосуда), снабженной очень крѣпкой



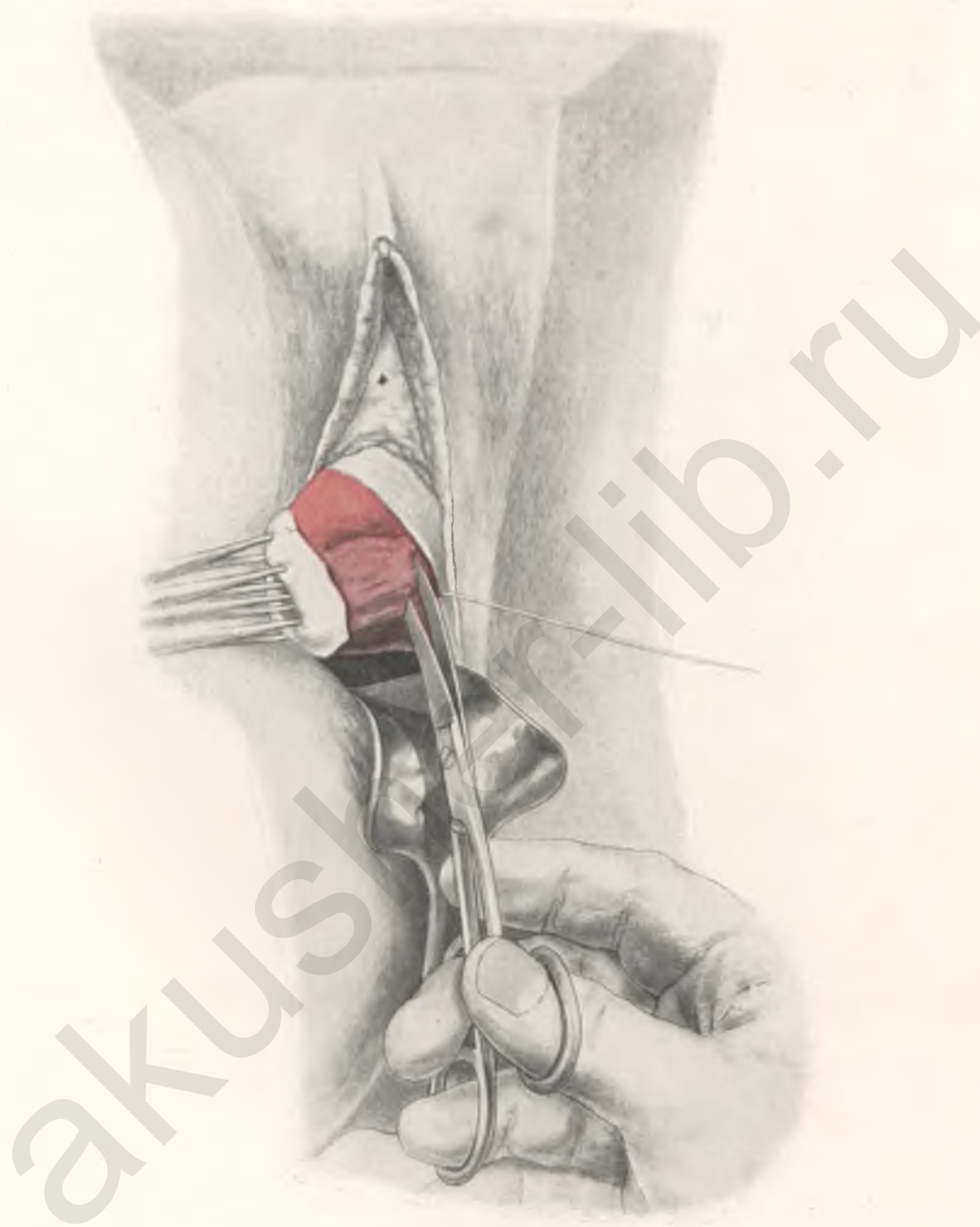


Рис. 168. Перевязка широкихъ связокъ. Перерѣзка обколотаго участка связки.

ниткой, прокалываютъ нижній отдѣлъ клѣтчатki, входящей въ составъ связокъ. Чтобы удобнѣе провести иглу, предварительно вводится подъ связку указательный

палець черезъ вскрытый задній сводъ (рис. 167). Проведенную лигатуру завязываютъ, развивая максимальную силу, что необходимо въ виду массоваго захвата тканей и расположенія по бокамъ отъ матки наиболѣе крупныхъ сосудовъ. Послѣ

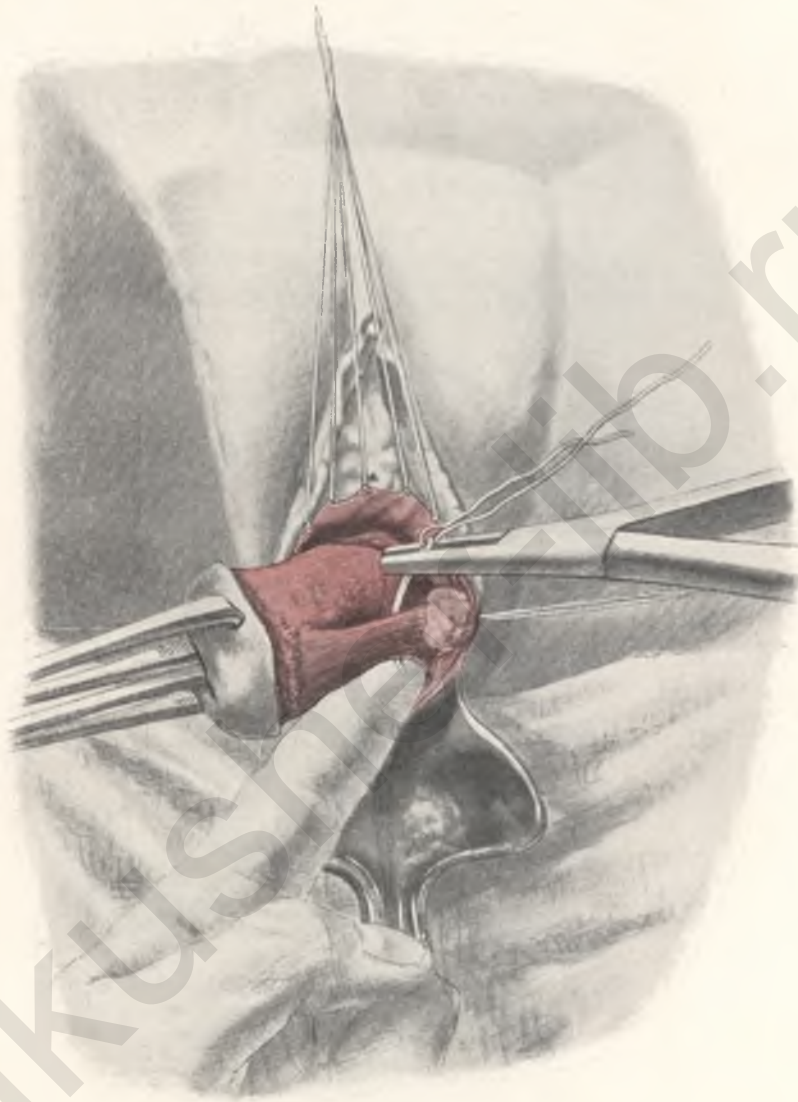


Рис. 169. Перевязка широкихъ связокъ. Обколъ слѣдующаго отдѣла широкой связки.

затягиванія лигатуры соотвѣтственный пучекъ тканей перерѣзывается, но отнюдь не близко отъ лигатуры, дабы она не могла соскользнуть (рис. 168), что, однако, въ этомъ мѣстѣ нерѣдко случается, несмотря на всѣ принятыя предосторожности. Если въ разрѣзѣ замѣчается перерѣзанный сосудъ, его всегда рекомендуется пере-

вязать отдѣльно. Чтобы удобнѣе было вышележащія части связокъ перевязать по отдѣламъ, практично, передъ послѣдовательной ихъ перевязкой, не только войти подъ связку пальцемъ, но ввести палецъ и поверхъ ея и, смѣщая тупымъ путемъ ткани, такъ сказать обособить связку и облегчить такимъ образомъ дальнѣйшую перевязку ея по пучкамъ. Нерѣдко при этомъ вполне отчетливо обозначается *art. uterina* съ соответствующими венами и, конечно, въ подобныхъ случаяхъ, она должна быть перевязана отдѣльно (рис. 170). Связки (крестцово-маточную и широкую) обыкновенно удается перевязать въ 2—3 пучка вплоть до того мѣста, гдѣ отъ матки отходятъ *lig. ovarii propr.* и яйцеводъ, и, благодаря послѣдовательному и постепенному разсѣченію предварительно перевязанныхъ участковъ, удается безъ труда обнажить отдѣлы полового аппарата, при помощи которыхъ матка еще находится въ связи съ организмомъ. Въ отдѣльныхъ случаяхъ представляется еще необходимо отдѣльно перевязать и перерѣзать круглую связку, особенно когда она сильно напряжена и мѣшаетъ достаточному низведению всего органа. Я обыкновенно отдѣльно перевязываю Fallopi'еву трубу и *lig. ovarii* (рис. 171), а также *lig. infundibulo-pelvicum*, если яичникъ подлежитъ удаленію, такъ какъ, захватывая въ отдѣльную самостоятельную лигатуру указанную связку, больше шансовъ хорошо перевязать *art. spermatica*. Для проведенія лигатуръ въ этихъ случаяхъ я предпочитаю пользоваться иглами Deschamps'a безъ рукоятки, такъ какъ значи-

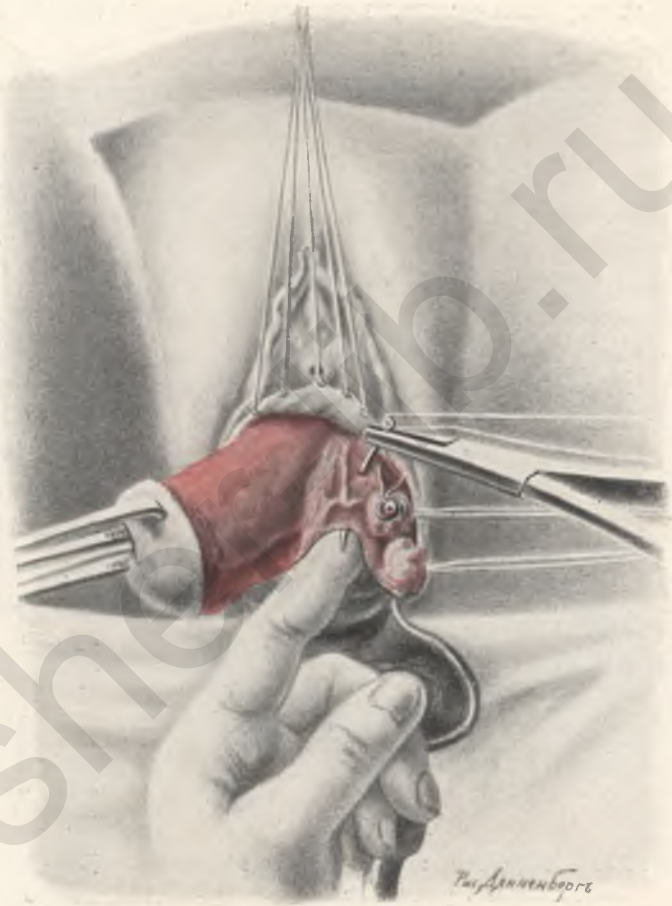


Рис. 170. Перевязка широкой связки. Обколь сосудистаго отдѣла ея (въ обкальваемомъ участкѣ видны *vasa uterina*; въ предыдущемъ отрѣзкѣ культи наложена изолированная лигатура на сосудъ—вѣтвь *a. uterinae*).



тельно удобнѣе при помощи обыкновеннаго иглодержателя провести самую иглу сквозь ткани, чѣмъ выводить ее обратно, когда она снабжена постоянной ручкой, и пинцетомъ стараться изъ ушка ея выдергивать вдѣтый въ него конецъ лигатуры. Эта манипуляція особенно неудобна, когда ее приходится продѣлывать въ мало доступныхъ частяхъ, когда конецъ иглы закрывается имѣющимся кровоточеніемъ, и т. п.; кромѣ того, при обратномъ выведеніи иглы нерѣдко вытаскивается вмѣстѣ съ ней вся лигатура.

По удаленіи матки необходимо обязательно каждый разъ провѣрить всѣ



Рис. 171. Перевязка придатковъ—послѣдній моментъ удаленія матки.

наложенныя лигатуры, чтобы имѣть полную увѣренность въ надежномъ гемостазѣ и, буде таковой не вполне достигнуто, наложить необходимое число новыхъ лигатуръ до полного прекращенія кровотеотдѣленія. Такъ какъ обычными способами не удастся вполне хорошо осмотрѣть всѣ участки операціоннаго поля, то мы послѣдніе годы во *всѣхъ безъ исключенія* случаяхъ прибѣгаемъ къ предложенному мною непосредственному внутрибрюшинному освѣщенію. Такой осмотръ введенъ въ правило, или, лучше сказать, представляется потребностью, такъ какъ только благодаря этому способу получается полная увѣренность въ достигнутомъ гемостазѣ. Если, при соблюденіи вышеизложенныхъ правилъ, нерѣдко и удастся всю операцію провести почти безкровно, тѣмъ не менѣе было бы неправильно пренебрегать система-

тическимъ послѣдовательнымъ осмотромъ, такъ какъ сплошь да рядомъ, подъ вліяніемъ сокращенія тканей, особенно массивныя лигатуры могутъ оказаться несостоятельными, или даже вовсе соскальзываютъ, и такимъ образомъ значеніе послѣдовательной провѣрки надежности гемостаза становится очевиднымъ. Само собой понятно, что при осмотрѣ слѣдуетъ обращать вниманіе не только на останковку кровотеченія, но необходимо осмотрѣть оставленные придатки, а также смежныя органы, чтобы, въ случаѣ надобности, проявить необходимое вмѣшательство. По окончаніи осмотра, лигатуры, наложенныя на глубоко лежащія части (lig. infudibulo-pelvic., lig. ovaricum, tuba Fallopii и т. п.), отрѣзаются коротко вслѣдствіе того, что низведеніе соответственныхъ отдѣловъ сильнымъ подтягива-

ніемъ лигатуръ создаетъ нежелательныя фиксаціи. Остальныя лигатуры, подлежащія послѣдовательному снятію, выводятся во влагалище и, для удобства дальнѣйшихъ манипуляцій, не обрѣзаются.

Заключительнымъ актомъ операціи представляется выборъ способа закрытія отверстія, ведущаго изъ влагалища въ брюшную полость. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ, какъ это уже было выше сказано, мы отверстія вовсе не зашиваемъ и ограничиваемся лишь рыхлой тампонаціей іодоформенной марлей; при очень объемистыхъ образованіяхъ, какъ, напр., при экстирпаціи беременной матки во 2-ой половинѣ беременности и т. п., мы отверстіе уменьшаемъ, соединяя швами края сводовъ въ средней ихъ части, по бокамъ же вводится дренирующая марля. Полное зашиваніе при экстирпаціи матки мною ни разу не примѣнялось. Обезпеченіе такимъ пріемомъ свободнаго оттока выдѣлений несомнѣнно даетъ лишніе шансы на благопріятный исходъ. Въ послѣопераціонномъ періодѣ глубокой тампонъ, проникающій до брюшины, обыкновенно удаляютъ не раньше 6—7 дней, мѣняютъ же лишь влагалищныя, по мѣрѣ ихъ пропитыванія выдѣленіями. Снятие всѣхъ швовъ обыкновенно происходитъ черезъ 7 дней, кромѣ тѣхъ лигатуръ, которыя наложены на культю, и доступъ къ коимъ затрудненъ. Эти лигатуры снимаются обыкновенно въ теченіе слѣдующихъ дней, при чемъ необходимо хорошо обнажить мѣсто нахождения лигатуры, дабы, перерѣзавъ случайно концы ея, не оставить петлю, которая въ такихъ случаяхъ обыкновенно выгнаивается въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго срока,—явленіе очевидно нежелательное (см. стр. 167).

Что касается до *показаній къ влагалищному чревостъченію*, то существующія по этому поводу въ отдѣльныхъ руководствахъ «общія показанія», при той степени развитія техники влагалищнаго метода, которой она достигла при настоящемъ положеніи дѣла, слѣдуетъ признать далеко не всегда отвѣчающими практикѣ, такъ какъ влагалищному методу предоставляются несравненно болѣе узкія рамки, чѣмъ это должно бы имѣть мѣсто въ дѣйствительности. Такъ, напр., влагалищный путь рекомендуется для случаевъ «болѣе доступныхъ черезъ влагалище», когда «нѣтъ срощеній», «при опухоляхъ, не превышающихъ извѣстнаго объема (дѣтской головки)» и т. п.; противопоказаніемъ выставляются новообразования съ «внѣбрюшиннымъ развитіемъ», какъ напр. межсвязочныя кисты, и проч. Ни одно изъ этихъ шаблонныхъ «показаній» или «противопоказаній» критики не выдерживаетъ, такъ какъ, благодаря непосредственному освѣщенію брюшной полости и другимъ усовершенствованнымъ пріемамъ, наши представленія о «болѣе доступности» существенно перемѣнились. То же нужно сказать и о срощеніяхъ, которыя, благодаря тому же методу, путемъ *colpotomi*'и могутъ быть устраняемы *lege artis*.

Такъ какъ въ настоящее время мы черезъ влагалище также научились хорошо уменьшать объемъ опухолей, то влагалищнымъ путемъ представляется возможнымъ съ успѣхомъ оперировать новообразования (особенно мѣшечкатыя), достигающія огромныхъ размѣровъ. То же слѣдуетъ сказать о другихъ «противопоказаніяхъ»: многія опухоли съ внѣбрюшиннымъ развитіемъ, напр. *retrocervical*'ные фиброиды,

или межсвязочныя кисты яичника мы въ настоящее время тоже съ успѣхомъ умѣемъ оперировать путемъ влагалищнымъ. При этомъ необходимо замѣтить, что черезъ влагалище, по сравненію съ чревосѣченіемъ, доступъ къ новообразованію въ большинствѣ случаевъ даже легче въ техническомъ отношеніи, такъ какъ, разсѣкая сводъ, мы прямо попадаемъ къ межсвязочно лежащему отдѣлу опухоли, и этотъ путь не только ближе, но и менѣе опасенъ, и въ техническомъ отношеніи легче выполнимъ. Приведеннаго примѣра совершенно достаточно, чтобы признать устарѣвшимъ и несостоятельнымъ обычно приводимый взглядъ на «показанія», равно какъ и «противопоказанія» при выборѣ способа вскрытія брюшной полости, и необходимо поэтому поставить требованіе, чтобы выборъ метода, какъ выгоднѣе вскрывать брюшную полость, основывался исключительно на строгой и объективной оцѣнкѣ всѣхъ особенностей каждаго подлежащаго случая въ отдѣльности. Конечно, при установкѣ показаній и тутъ нерѣдко играютъ роль такъ наз. «относительныя данныя», съ чѣмъ, конечно, нельзя не считаться, но отъ этого съ принципиальной стороны по существу дѣло не мѣняется. Панацея же и тутъ можетъ принести только вредъ; поэтому я считаю умѣстнѣе, чтобы опредѣленіе какъ «показаній», такъ равно и «противопоказаній» было рассмотрѣно при описаніи операций, предпринимаемыхъ при однородныхъ заболѣваніяхъ отдѣловъ половой сферы. Здѣсь я ограничусь лишь указаніемъ, что въ нашей клиникѣ показанія къ примѣненію влагалищнаго чревосѣченія получили широкое распространеніе, и въ настоящее время оно производится все чаще и чаще, о чемъ легко судить по имѣющимся цифровымъ сопоставленіямъ: за время отъ 1898 г. по 1900 г. включительно число влагалищныхъ чревосѣченій къ брюшностѣночнымъ относилось какъ 249 : 201, а съ 1901 по 1907 г. это отношеніе—761 : 371. Въ послѣдніе же годы почти 75% всѣхъ чревосѣченій проводится черезъ влагалище.

Благотворное вліяніе влагалищнаго метода на оперируемыхъ естественно вызвало стремленіе отдѣльныхъ операторовъ расширить границы показаній путемъ устраненія встрѣчающихся препятствій къ его выполненію. На ряду съ уменьшеніемъ объема опухолей при помощи кускованія ихъ, сдѣланы попытки расширенія родового канала у нерожавшихъ или подвергшихся старческой атрофіи. Съ этою цѣлью я уже около 20-ти лѣтъ тому назадъ сталъ производить предварительное глубокое *срединное разсѣченіе* промежности, какъ это практикуется мною и у роженицъ въ періодъ прорѣзыванія головки (*perineotomia mediana*, рис. 172; см. также рис. 210, въ главѣ о профилактикѣ выпаденій половыхъ органовъ). Schuchardt много позже, но съ той же цѣлью предложилъ обширное боковое разсѣченіе влагалища вплоть до сѣдалищнаго бугра (рис. 173): этотъ пріемъ, который предложено также дѣлать единовременно съ двухъ сторонъ, открываетъ широкій доступъ въ глубину. Примѣненіе въ нашей клиникѣ въ теченіе уже многихъ лѣтъ косой плоскости по принципу Trendelenburg'a, какъ это впрочемъ теперь практикуется и въ другихъ мѣстахъ, существенно облегчаетъ въ отдѣльныхъ случаяхъ технику

colpotomi'i; сочетаніе же этого приема съ предложеннымъ мною непосредственнымъ освѣщеніемъ брюшной полости (стр. 76) особенно расширило показанія и повело къ усовершенствованію техники влагалищныхъ чревосѣченій: отдаленные участки брюшной полости сдѣлались доступны не только зрѣнію, но и производству на значительной глубинѣ (въ области червовиднаго отростка, на передней брюшной стѣнкѣ много выше пупка и т. п.) тѣхъ или иныхъ оперативныхъ приемовъ. Прежній инструментарій, оказавшійся при этомъ несостоятельнымъ, пришлось замѣнить значительно болѣе длинными инструментами, изъ коихъ длиннѣйшіе представляются въ 35—60 см. Специально устроенными экартерами удастся, отстраняя кишечныя петли, сдѣлать доступными для зрѣнія желчный пузырь, селезенку, желудокъ и т. п.

Вполнѣ естественно, что съ развитіемъ операціонной техники неизбежно должны были расширяться и показанія для влагалищнаго метода. Укажу лишь на нѣкоторыя клиническія формы, еще столь недавно считавшіяся исключительнымъ достояніемъ брюшностѣночнаго чревосѣченія, и которыя въ настоящее время съ успѣхомъ оперируются *per colpotomiam*. Въ этомъ отношеніи на первомъ планѣ стоятъ всѣ виды внѣматочной беременности, въ особенности въ ранней стадіи ихъ развитія и перешедшія въ заматочныя кровяныя опухоли, при чемъ, какъ это показалъ цѣлый рядъ случаевъ, этимъ путемъ вполнѣ возможно и сохраняющее внимательство—съ сохраненіемъ соответственнаго яйцевода. Доказана возможность производства усѣченія червовиднаго отростка; оперированіе недоступныхъ при прежнихъ условіяхъ по влагалищному способу объемистыхъ опухолей, особенно съ жидкимъ содержимымъ, и т. п. Беременное состояніе въ случаяхъ, зашедшихъ далеко за половину, не противопоказуетъ влагалищнаго метода, представляющаго въ подобной категоріи случаевъ ту выгоду, что брюшной прессъ остается неповрежденнымъ, что существенно важно для предстоящихъ родовъ или иныхъ необходи-

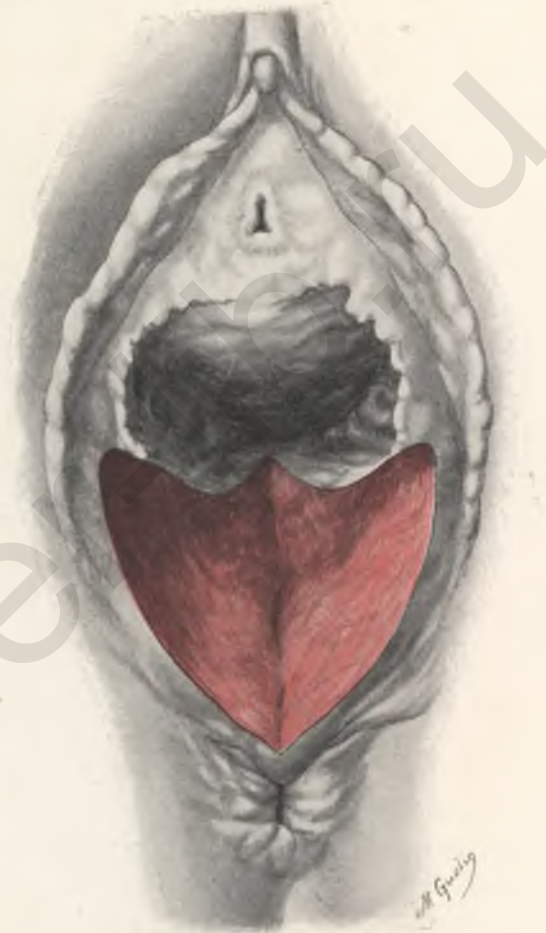


Рис. 172. Срединное разсѣченіе промежности по Д. О. Отту.



мыхъ манипуляцій, какъ, напр., при выдавливаніи послѣда, удаленіи выкидыша и т. п. Ограничиваясь приведенными общими положеніями при примѣненіи вла-

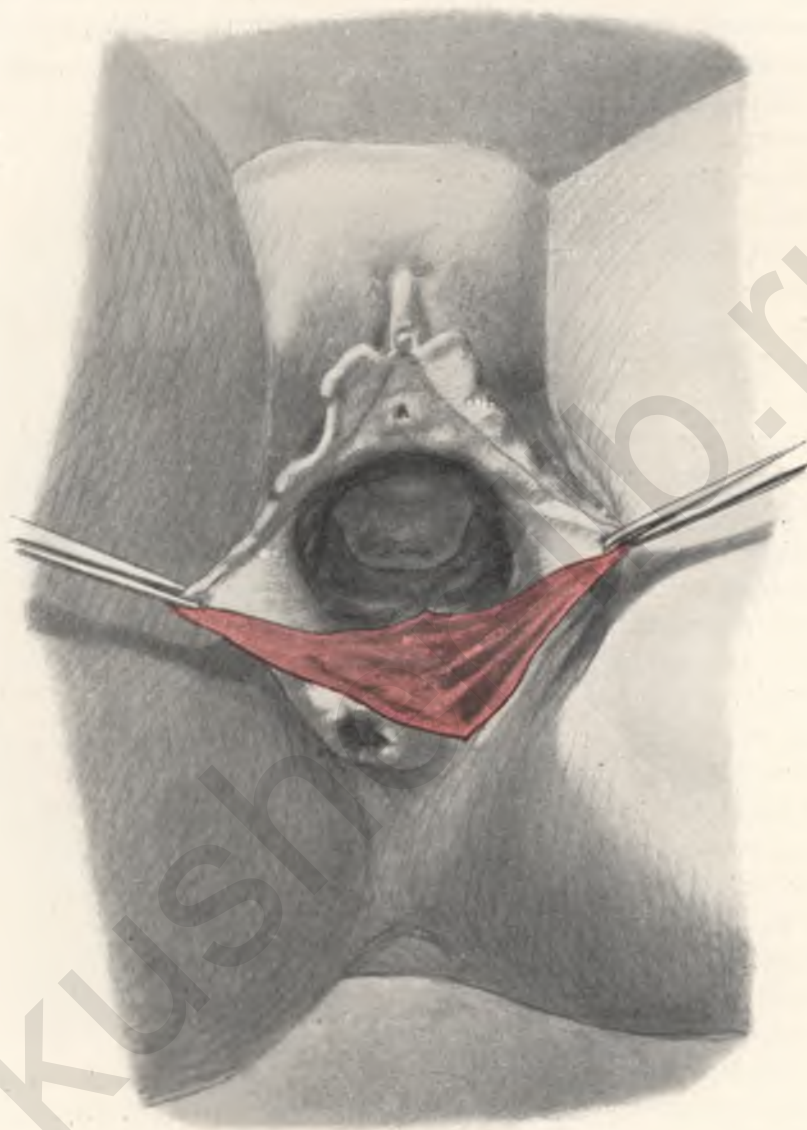


Рис. 173. Боковое разсѣченіе промежности по Schuchardt'у.

галищнаго метода, по отношенію къ деталямъ я отсылаю читателя къ спеціальной части этой книги.

Въ заключеніе укажу еще на нѣкоторые *инструменты и приспособленія*, употребляемые при влагалищномъ чревосѣченіи, и о которыхъ еще не было упомянуто.



Когда приходится работать на значительной глубинѣ, для того, чтобы хорошо были видны нужные отдѣлы, слѣдуетъ отгѣснить въ сторону прилегающія сосѣднія части, чаще всего кишечникъ. Для этой цѣли очень удобно пластина-зеркало, изображенное на стр. 100, рис. 83. Оно вводится въ брюшную полость, взаменъ задняго влагалищнаго зеркала, и лишь при его помощи можно хорошо обнажить болѣе высоко расположенные отдѣлы. Подобная же пластина вводится сверху, чтобы, поддерживая, поднять матку, если производится только задняя colpotomia. Когда нужно отстранить кишечникъ и другіе органы, очень глубоко расположенные, напр., въ области діафрагмы, мы пользуемся экартерами (двухъ величинъ), длиною въ 0,5 метра и болѣе, снабженными перемѣщаемой ручкой, какъ



Рис. 174. Экартеръ Д. О. Отта для отодвиганія кишечныхъ петель въ глубинѣ брюшной полости.

это изображено на рис. 174. Что касается до остальныхъ инструментовъ, то, по конструкціи не отличаясь отъ обыкновенно употребляемыхъ, они должны быть лишь значительно длиннѣе этихъ послѣднихъ, чтобы имѣть возможность работать въ отдаленныхъ частяхъ брюшной полости. Очень практично имѣть особенно пинцеты, четырехъ различныхъ размѣровъ: въ 20, 35, 45 и 60 см. Необходимо также имѣть длинные пулевые щипцы, а равно и гемостатическіе щипцы Richelot.

#### Уходъ за больной и теченіе послѣоперационнаго періода. Осложненія.

Уходъ за больными послѣ влагалищнаго чревосѣченія въ общемъ очень простъ и, помимо общихъ мѣропріятій, изложенныхъ въ главѣ объ уходѣ послѣ брюшно-стѣннаго чревосѣченія, главнымъ образомъ сводится къ своевременной замѣнѣ

тампоновъ, если своды влагалища не были защиты наглухо. При нормальномъ и афебрильномъ теченіи глубокой тампонъ, соприкасающійся съ брюшиной, или, смотря по обстоятельствамъ, заложенный глубже, обыкновенно удаляется тогда, когда уже можно рассчитывать на происшедшую спайку брюшины и, благодаря этому, изоляцію брюшной полости. Для указанной цѣли обыкновенно совершенно довольно 5—7 дней. До этого, черезъ каждые 2—3 дня мѣняются обыкновенно лишь болѣе поверхностно положенные тампоны. Когда удаленъ наиболѣе глубокой, то тампонація, обыкновенно, дѣлается рыхлѣе, продолжаясь до тѣхъ поръ, пока раневая поверхность совершенно не закроется; при этомъ частота смѣны іодоформенной марли, обычно употребляемой для тампонаціи, зависитъ отъ количества выдѣленій, а также ихъ качества. При нормальномъ и вполне асептическомъ теченіи гранулирующія поверхности закрываются, можно сказать, почти безъ образованія гноя, такъ какъ обмирание форменныхъ элементовъ минимальное, въ виду перехода ихъ почти сплошь въ молодую соединительную ткань; въ подобныхъ случаяхъ для пропитыванія тампона нужно больше времени, а слѣдовательно замѣна его показывается не ежедневно, а черезъ 2—3 дня. Въ тѣхъ же случаяхъ, когда наблюдается развитіе нагноенія и отдѣляется много мертвѣлой ткани, легко подверженной разложенію, перевязку необходимо дѣлать ежедневно, а то и два раза въ сутки, каждый разъ очищая раневую поверхность, отдѣляя при этомъ мертвѣлую ткань и дезинфицируя все раневое ложе. Въ подобныхъ случаяхъ показывается также возможно раннее снятіе лигатуръ, представляющихъ изъ себя при такихъ условіяхъ септической матеріалъ. Если во время операціи, по тѣмъ или другимъ условіямъ, пришлось закладывать марлю глубоко въ различные отдѣлы брюшной полости, чтобы обезпечить хорошій оттокъ выдѣленій, необходимо и при послѣдующихъ перевязкахъ слѣдить, чтобы тамъ не застоялись выдѣленія, выполняя для этого марлей всѣ имѣющіеся закоулки. Обстоятельно сдѣланной перевязкой нерѣдко удается сразу понизить температуру и обусловить въ дальнѣйшемъ благоприятное теченіе послѣоперационнаго періода.

Отдѣльные случаи представляютъ однако иногда отступленія отъ вышеизложеннаго обычнаго теченія: отверстіе, ведущее въ брюшную полость, не представляетъ склонности закрыться, благодаря очень вялому развитію пластическихъ процессовъ. Въ подобныхъ случаяхъ, что обыкновенно встрѣчается у лицъ малокровныхъ и съ пониженнымъ питаніемъ, на закрытіе отверстія требуется отъ 2 до 3 недѣль, при чемъ во время смѣны тампоновъ поражаетъ зіяніе разрѣза и обнаженные внутренности, гиперемированныя и обычно слегка покрытыя фибринозными отложеніями. Указанная картина, основательно производящая на врача угнетающее впечатлѣніе, представляетъ, конечно, явленіе неблагоприятное, но было бы ошибочно считать подобные случаи непоправимыми, или потерянными, такъ какъ, при наличности указанныхъ явленій, обычно все таки достигается закрытіе отверстія, ведущаго въ брюшную полость, и больныя совершенно поправляются. Очевидно, что соблюденіе мѣръ антисептики во время перевязки у такихъ больныхъ показывается

съ нарочитой строгостью, при чемъ обыкновенно невыгодна частая смѣна глубокаго тампона, оставляемаго на сроки отъ 3 до 5 дней.

Не представляя существеннаго отличія въ остальномъ отъ обычныхъ чревосѣченій, всѣ случаи, оперированныя по влагалищному методу, *протекають несравненно легче*, въ виду чего въ послѣоперационномъ періодѣ съ нашей стороны требуется и значительно меньше вмѣшательства. Кишечныя колики (спазмы), столь мучительныя послѣ чревосѣченій, здѣсь представляются исключеніемъ, что несомнѣнно зависитъ отъ того, что во время операціи брюшина не обнажается и не подвергается всевозможнымъ вреднымъ вліяніямъ, благодаря чему и всѣ отправленія органовъ брюшной полости не нарушаются. Отраженныхъ явленій (collaps и проч.) также неизмѣримо меньше, благодаря чему наблюдается болѣе быстрое возстановленіе больной и упрощается уходъ за ней. Больныя, перенесшія операцію, поднимаются съ постели раньше, чѣмъ послѣ чревосѣченія и, въ отдѣльныхъ случаяхъ, покидаютъ кровать уже на 4—5 день.

Осложненія наблюдаются въ общемъ значительно рѣже, чѣмъ при чревосѣченіяхъ, благодаря тому, что все оперативное вмѣшательство болѣе бережное. Отсылая читателя, во избѣжаніе повтореній, къ главѣ о чревосѣченіяхъ (стр. 187), я лишь очень кратко остановлюсь на болѣе частыхъ осложненіяхъ.

Осложне-  
нія.

*Кровотеченіе* послѣ colpotomii, являясь наиболѣе серьезнымъ осложненіемъ, въ общемъ представляетъ меньшую опасность, чѣмъ при другихъ видахъ чревосѣченія; это обусловливается съ одной стороны тѣмъ, что кровотеченіе легко обнаруживается въ самомъ началѣ его проявленія (когда сводъ не былъ зашитъ), а съ другой—болѣе удобной возможностью его остановить. Съ этой цѣлью больную помѣщаютъ на операционный столъ и, по удаленіи марли, выполняющей влагалище, и излившейся крови и сгустковъ, производятъ вновь послѣдовательный и систематическій осмотръ всего раневого участка, подтягивая, при посредствѣ оставленныхъ длинныхъ лигатуръ, одинъ отдѣлъ за другимъ. Обычно удается кровоточащее мѣсто обнаружить безъ особаго труда и остановить кровотеченіе обкалываніемъ, или наложеніемъ гемостатическихъ щипцовъ. Въ болѣе трудныхъ случаяхъ и у беспокойныхъ больныхъ, въ видахъ болѣе успѣшной остановки кровотеченія, приходится прибѣгать къ наркозу. Въ случаяхъ, гдѣ кровотеченіе происходитъ въ глубинѣ, большимъ подспорьемъ является методъ непосредственнаго освѣщенія всего операционнаго поля, благодаря чему намъ *никогда* не приходилось прибѣгать къ вскрытію брюшной полости, какъ это и по сіе время практикуется тамъ, гдѣ нѣтъ приспособленій къ непосредственному освѣщенію брюшной полости.

*Септическія заболѣванія* въ послѣоперационномъ періодѣ встрѣчаются неизмѣримо рѣже, чѣмъ послѣ брюшностѣночнаго чревосѣченія. Это обстоятельство объясняется тѣмъ, что, оставляя отверстие, ведущее изъ брюшины во влагалище, открытымъ, мы тѣмъ создаемъ наиболѣе благопріятныя условія для оттока отдѣленій, что въ значительной мѣрѣ содѣйствуетъ устраненію септическихъ процессовъ. Въ случаяхъ же, протекающихъ не асептично, зараженный очагъ обыкновенно

представляется изолированнымъ отъ сообщенія съ брюшной полостью, благодаря быстро наступающимъ склейкамъ. Наконецъ, при развитіи экссудатовъ, для вскрытія абсцессовъ представляются наиболѣе удобныя топографическія условія.

Одной изъ наиболѣе частыхъ причинъ, обусловливающей болѣе или менѣе длительный нагноительный процессъ, представляются оставленныя петли лигатуры. Въ случаяхъ, протекающихъ хронически, такое положеніе сопровождается развитіемъ грануляціонныхъ разрошеній обыкновенно гдѣ либо по бокамъ свода, тогда какъ въ остальныхъ участкахъ все уже успѣло зажить и покрыться многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ. Причиной подобныхъ разрошеній всегда является не снятая или же сознательно оставленная во время операціи петля лигатуры, которая и поддерживаетъ нагноеніе. Если по какимъ либо причинамъ свободный оттокъ выдѣленій будетъ задержанъ, то получаютъ всѣ признаки развивающагося гнояника, при чемъ симптомы улучшаются, когда гной находитъ выходъ наружу, и вновь обостряются при устраненіи свободнаго оттока. Въ подобныхъ случаяхъ необходимо устранить причину, иначе говоря, отыскать и удалить соотвѣтственную петлю лигатуры, узелъ и т. под. Легче всего такое *corpus alienum* удаляется, какъ на это уже не разъ было указано выше, при помощи обыкновенной кюретки (острой петли), которою не трудно нащупать имѣющійся узелъ или петлю и удалить при ничтожномъ потягиваніи. Если петля плотно держится и не поддается описанному приему, ее слѣдуетъ захватить длиннымъ зубчатымъ пинцетомъ и перерѣзать ножницами. Если петля лежитъ очень глубоко, напр. на *lig. infund.-pelvicum*, и сразу ее не удастся достать, то по прошествіи недѣли—другой, описанный приемъ уже обыкновенно удается.

Такъ наз. *шока* при влагалищномъ чревосѣченіи, можно сказать, не приходится наблюдать, такъ какъ брюшина во время всего хода операціи остается почти при обычныхъ нормальныхъ условіяхъ и не подвергается ни охлажденію, ни другимъ вреднымъ вліяніямъ. Благодаря совокупности всѣхъ вышепоименованныхъ благоприятныхъ условій слагаются *тѣ факторы, которые и обусловливаютъ при влагалищныхъ чревосѣченіяхъ во много разъ меньшую смертность, меньшую заболѣваемость и несравненно болѣе легкое послѣоперационное теченіе* по сравненію съ брюшностѣпчнымъ чревосѣченіемъ.

#### **РѢДКО ПРИМѢНЯЕМЫЕ СПОСОБЫ ВСКРЫТІЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.**

Изъ этихъ способовъ нужно прежде всего указать такъ наз. сакральнѣйшій способъ. Этотъ приемъ впервые былъ предложенъ Кгаске для резекціи пораженной раковымъ процессомъ прямой кишки, а затѣмъ уже нашель примѣненіе и для гинекологическихкихъ цѣлей, какъ, напр., для удаленія матки и другихъ образований, наиболѣе доступныхъ при такого рода оперативномъ способѣ. Разрѣзъ съ этою цѣлью ведутъ обычно по средней линіи, начиная съ верхнихъ крестцовыхъ позвонковъ

и кончая на верхушкѣ копчика; затѣмъ мягкія ткани отдѣляются отъ подлежащихъ костей, послѣ чего копчикъ удаляется цѣликомъ, и острымъ долотомъ отсѣкается нижняя часть крестца на необходимой высотѣ, благодаря чему получается хорошій доступъ къ органамъ малаго таза. Если, смѣстивъ прямую кишку въ сторону, проникнуть вглубь, то Дугласово пространство становится вполне доступнымъ, и легко можетъ быть вскрыто на нужномъ мѣстѣ, послѣ чего приступаютъ къ удаленію больныхъ частей. Но *chenegg* рекомендуетъ разрѣзъ мягкихъ частей вести не по средней линіи, а дугообразно, начиная въ области подвздошно-крестцового сочлененія по направленію къ основанію копчика, для того, чтобы удобнѣе было смѣ-

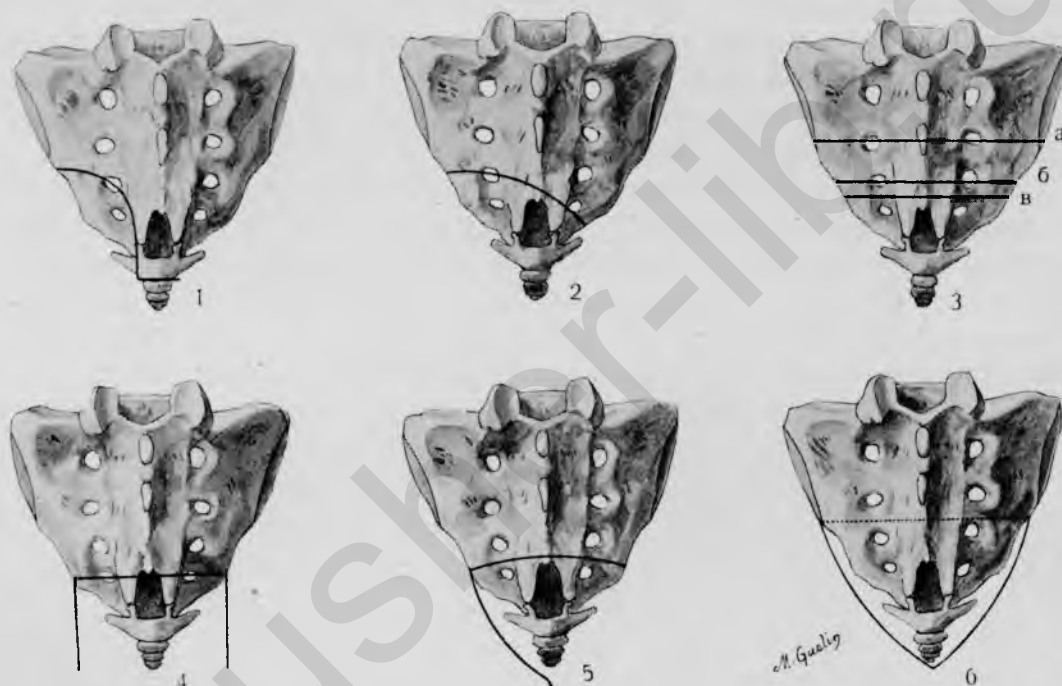


Рис. 175. Обозначеніе мѣста проведенія разрѣза при разныхъ способахъ сакрального метода. Фиг. 1—разрѣзъ *Kraske*; фиг. 2—разрѣзъ *Nochenegg*'а; фиг. 3—модификаціи: а) *Rose*; б) *v. Heinecke*, в) *Bardenheuer*'а; фиг. 4—разрѣзъ *Levy*; фиг. 5—разрѣзъ *Rudygier*'а; фиг. 6—разрѣзъ *Hegar*'а.

стить мягкія части въ сторону. Этимъ разрѣзомъ обыкновенно пользуются въ тѣхъ случаяхъ, когда не желаютъ резецировать копчикъ и часть крестца, но по окончаніи операціи ихъ вновь прилаживаютъ къ прежнему мѣсту. Крестцовый методъ создаетъ хорошій доступъ особенно къ прямой кишкѣ и заднему Дугласову пространству, поэтому въ подходящихъ случаяхъ можетъ быть вполне рекомендованъ, если того же самаго нельзя достигнуть болѣе бережнымъ приѣмомъ. На рис. 175 изображены нѣкоторые методы веденія разрѣза.

Способъ Woelfler'a, который онъ назвалъ парасакральнымъ методомъ, представляетъ собой нѣкоторую модификацію сакрального способа и состоитъ въ томъ, что разрѣзъ проводится съ правой стороны отъ копчика и прямой кишки (копчикъ подвергается удаленію), разсѣкаются связки lig. tuberoso- и spinoso-sacrum; проникнувъ въ *cavum ischio-rectale*, этимъ путемъ операторъ проникаетъ вглубь вплоть до брюшины, которая на этомъ мѣстѣ и подлежитъ вскрытію.

Предложенъ способъ проникать въ нижній отдѣлъ брюшины черезъ промежность, путемъ поперечнаго ея расщепленія—*perineotomia* (Sänger). Начинается операція проведеніемъ разрѣза между сѣдалищными буграми, разсѣкающаго въ поперечномъ направленіи всю промежность. Путемъ осторожной препаровки, главнымъ образомъ тупымъ путемъ, проникаютъ вглубь, отдѣляя стѣнку кишки отъ стѣнки влагалища, пока не достигнуть до брюшного мѣшка, который при этомъ методѣ и вскрывается въ самомъ отлогомъ отдѣлѣ Дугласова пространства. Въ виду того, что разрѣзъ промежности проводится въ поперечномъ направленіи, и всѣ ткани раздѣляются также въ томъ же направленіи, эту операцію по праву можно назвать *coeliotomia per perineotomiam transversalem*. По описанному способу производилось между прочимъ и полное удаленіе больной матки (Frommel), что свидѣтельствуетъ о возможности создать достаточно широкій доступъ къ глубокимъ отдѣламъ. Я не могу его признать удобнымъ для названной цѣли, считая его несравненно болѣе подходящимъ для удаленія гнойныхъ скопленій и т. под., въ случаяхъ, гдѣ болѣе простые методы, какъ напр. вскрытіе свода, противопоказаны.



СПЕЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ.

akusherlib.ru

## ОПЕРАЦИИ НА НАРУЖНЫХЪ ПОЛОВЫХЪ ОРГАНАХЪ И ВЛАГАЛИЩЪ.

### ЗАБОЛѢВАНІЯ БАРТОЛИНОВЫХЪ ЖЕЛЕЗЪ.

Наиболѣе частымъ поводомъ къ оперативному вмѣшательству являются заболѣванія Бартолиновыхъ железъ. Эти заболѣванія можно раздѣлить на воспалительную группу и новообразованія.

#### Воспалительныя заболѣванія.

Одной изъ наиболѣе частыхъ причинъ заболѣванія является зараженіе перелойнымъ процессомъ; при этомъ мы нерѣдко наблюдаемъ переходъ въ нагноеніе при возвышенной температурѣ, съ появленіемъ реакціи въ окружающей клѣтчаткѣ, благодаря чему соотвѣтственная область большой губы рѣзко набухаетъ, достигая иногда очень значительныхъ размѣровъ, дѣлается очень болѣзненной при давленіи, а кожа становится напряженной, отечной, сильно покраснѣвшей. Паховыя железы, въ виду направленія туда лимфатическихъ путей, тоже принимаютъ участіе въ процессѣ. Обычный исходъ подобныхъ гнойныхъ бартолинитовъ—образованіе абсцесса, который вскрывается наружу. Если діагнозъ нагноенія установленъ, то, согласно основнымъ требованіямъ хирургіи, нужно, не откладывая, путемъ хорошаго разрѣза дать свободный оттокъ образовавшемуся гною, продезинфицировать вскрытую полость и обстоятельно ее дренировать. Чѣмъ раньше сдѣлать разрѣзъ, тѣмъ выгоднѣе, такъ какъ, помимо сокращенія страданій больной, при такихъ условіяхъ имѣются нѣкоторые шансы на сохраненіе части железы, что однако удается далеко не всегда, такъ какъ зачастую и другіе ея отдѣлы, будучи инфицированными, переходятъ въ нагноеніе. Это наблюдается особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда разрѣзъ дѣлается поздно, недостаточно глубоко, и вообще хирургическое вмѣшательство проявлено недостаточно энергично. Остающіеся въ такихъ случаяхъ гноящіеся *фистулезные ходы* требуютъ новаго вмѣшательства. Не ограничиваясь разрѣзомъ и выскабливаніемъ ихъ, во избѣжаніе новаго рецидива, рекомендуется въ такихъ случаяхъ прибѣгнуть къ полному вылущиванію всей железы. Такъ какъ подобная операція обыкновенно производится въ подостромъ состояніи, то уплотненная железа хорошо прощупывается, если ввести указательный палецъ во входъ влагалища, а большой—расположить съ наружной стороны большой губы. Опредѣливъ размѣръ опухоли, проводятъ или просто продоль-





Рис. 176. Киста Бартолиновой железы, достигшая исключительно больших размеров.



Рис. 177. Та-же киста, приподнятая кпереди.

ный, или, чаще, овальный разръзъ съ внутренней стороны губы (оставляя овальный участокъ кожи на онухоли), и затѣмъ при помощи ножа выпариваютъ нагноившуюся железу съ окружающими ее измѣненными тканями. Такое вылуценіе требуетъ извѣстнаго вниманія, чтобы не оставить завѣдомо больныхъ частей, тѣмъ болѣе, что отдѣлы железы проникають довольно глубоко,



Рис. 178. Видъ зашитой раны послѣ вылуценія Бартолиновой железы.

и вылуценіе сопровождается подчасъ довольно обильнымъ кровотеченіемъ, которое заставляетъ прибѣгать къ обкалыванію и наложенію лигатуръ. При закрытіи дефекта нужно прежде всего довольно большими круто-изогнутыми иглами провести нѣсколько крѣпкихъ лигатуръ (сообразуясь съ размѣромъ раневаго участка) подъ все ложе, затѣмъ послѣднее закрывается путемъ послѣдовательнаго обкола глубокими и поверхностными швами, затягиваемыми поочередно съ глубокими швами (рис. 178). Въ виду болѣзненности описаннаго пріема, рекомендуется проводить его при об-



Рис. 179. Фиброма въ большой губѣ, развившаяся изъ круглой связки.



Рис. 180. Та же опухоль, приподнятая кверху, причемъ видно ея отношеніе къ большой губѣ.

щемъ наркозѣ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ условія неблагоприятныя, и не удастся удалить всѣхъ пораженныхъ тканей, хорошо приладить края и т. п., рекомендуется часть раны зашить, а остальную дренировать. Послѣоперационный уходъ никакихъ специальныхъ указаній не требуетъ.

#### Новообразования.

На почвѣ перенесеннаго остраго воспалительнаго процесса или хронически протекающаго развиваются *ретенціонныя образования* Бартолиновыхъ железъ, причемъ кистовидныя образования достигаютъ размѣровъ отъ орѣха до обыкновеннаго куринаго яйца.

При самостоятельномъ кистовидномъ перерожденіи железъ развивающіяся кисты бываютъ иногда значительно больше, и, какъ мнѣ однажды пришлось оперировать (рис. 176—177), объемъ кистовиднаго образования былъ величиной въ головку новорожденнаго ребенка. Подобныя кисты обыкновенно имѣютъ строеніе многокамерное, и содержимое полостей можетъ быть разнаго характера. Лечение подобныхъ кистъ исключительно хирургическое и сводится къ вылуциванію кисты и послѣдовательному закрытію ложа, какъ это только что было описано. При благо-

пріятныхъ условіяхъ удается вылущить всю кисту, не вскрывая ея полости, но это въ меньшинствѣ случаевъ, такъ какъ при препаровкѣ, благодаря воспалительнымъ отложеніямъ, чаще цѣлость стѣнки кисты нарушается. Въ подобныхъ случаяхъ необходимо слѣдить за тѣмъ, чтобы не оставить участковъ кисты и тѣмъ избѣгнуть возможнаго возврата. При очень объемистыхъ опухоляхъ, когда, въ виду значительнаго растяженія общихъ покрововъ и полного

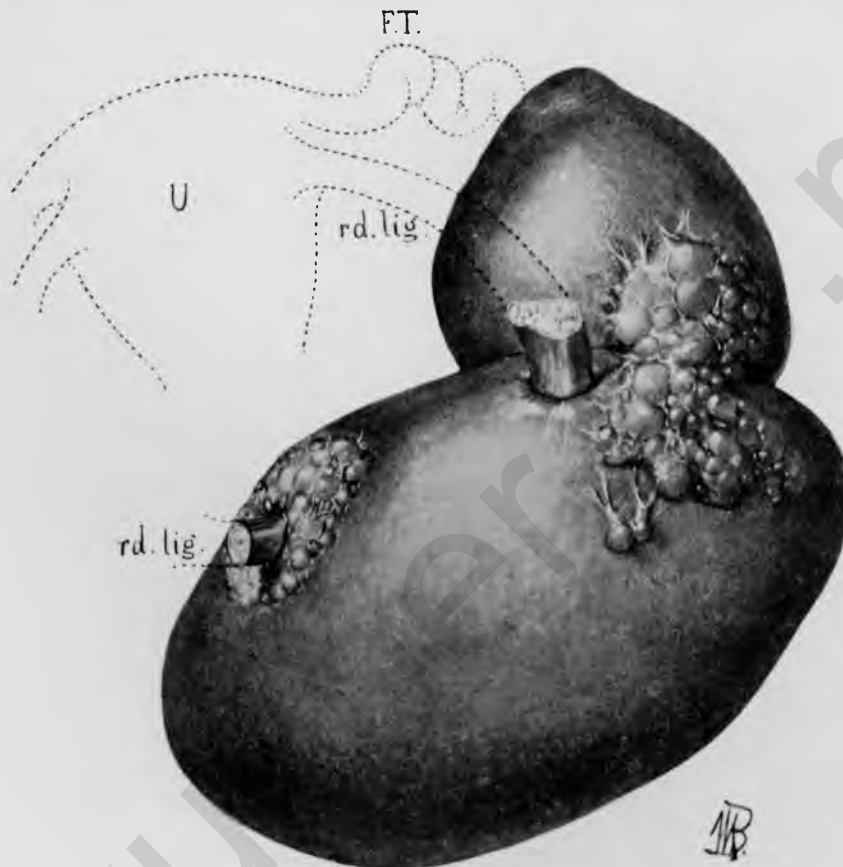


Рис. 181. Міома круглой связки, развившаяся въ области пахового канала (Kelly).

измѣненія топографическихъ условій, какъ это наблюдалось въ приведенномъ мною случаѣ, нельзя съ желательной полнотой ориентироваться и установить направленіе разрѣза, наиболѣе выгоднаго для предстоящей пластики, — слѣдуетъ рекомендовать проколомъ предварительно уменьшить опухоль и лишь затѣмъ приступать къ ея вылуцению. По удаленіи новообразованія ложе обыкновенно настолько сокращается, что въ дальнѣйшемъ уже не представляетъ трудностей для зашиванія. Въ крайнемъ случаѣ можно прибѣгнуть къ закрытію раневаго участка ярусными швами, но безъ особой нужды лучше къ этому не

прибѣгать, такъ какъ анатомическія условія для заживленія не всегда вполне благоприятны.

#### НОВООБРАЗОВАВАНІЯ НАРУЖНЫХЪ ПОЛОВЫХЪ ОРГАНОВЪ.

*Новообразованія* солидныя, какъ доброкачественной природы—фибромы, липомы и пр., такъ равно и злокачественныя—саркомы, раки и пр., оперируются по выше-



Рис. 182. Киста малой губы.

описанному типу: вылученіе новообразованія, остановка кровотеченія, прилаживаніе и сшиваніе краевъ раны. На рис. 179—180 изображенъ случай, въ которомъ больная была оперирована по поводу фибромы большой губы. Въ подобныхъ случаяхъ предсказаніе самой операціи безусловно хорошее; что же касается отдаленныхъ результатовъ, то они существенно зависятъ отъ свойства удаляемаго новообразованія.

Аналогично съ патологическими процессами Бартолиновой железы, независимо отъ нея, въ толщѣ большихъ губъ могутъ также наблюдаться абсцессы, обыкновенно травматическаго происхожденія, кровяная опухоль (haematoma), elephantiasis, чаще впрочемъ поражающія малыя губы и клиторъ, и др. новообразованія. Оперативное ле-

ченіе этихъ пораженій обыкновенно трудностей не представляетъ: они устраняются по тому же плану, который приведенъ выше для новообразованій Бартолиновой железы. Технические трудности могутъ встрѣтиться въ тѣхъ случаяхъ,

когда новообразование, развившись въ вагинальномъ каналѣ, одной своей частью вдаётся въ основаніе большихъ губъ. Подобный случай, въ которомъ изъ наружной части круглой связки развилась міома, помѣщаясь частью въ каналѣ, однимъ же участкомъ снаружи его, приводитъ Kelly (см. рис. 181<sup>1)</sup>). Подобные случаи очень рѣдки и требуютъ всесторонней самостоятельной оцѣнки, поэтому о какомъ-либо однородномъ способѣ оперированія говорить не представляется возможнымъ.

При развитіи на малыхъ губахъ, клиторѣ или *praeputium*'ѣ какихъ либо новообразованій, напр. кистъ (рис. 182—184), туберкулезныхъ изъязвленій, папил-



Рис. 183. Киста малой губы.



Рис. 184. Та же киста, приподнятая для демонстраціи топографическихъ отношеній.

ломъ и т. п., оперативная техника ихъ удаленія представляется довольно однообразной: образованіе изсѣкается, и на оставшееся ложе накладываются гемостатическіе и пластическіе швы. Когда приходится изсѣкать большія площади, какъ напр. при *pruritus vulvae* и т. под. страданійхъ, поражающихъ значительные участки общихъ покрововъ, приходится пользоваться всѣми особенностями пластическихъ операцій на кожѣ.

Всевозможныя *сращения*—между малыми губами, *praeputium* и *glans clitoridis*, *introitus vaginae* и т. д.—развившіяся подъ вліяніемъ слипчивыхъ процессовъ,

<sup>1)</sup> H. A. Kelly. Operative Gynecology, 1898, Vol. I, стр. 172.

очень часто устраняются тупой отслойкой или разъединением спаявшихся отделов; къ рѣзущимъ инструментамъ обыкновенно прибѣгать не приходится, и главная забота сосредоточена на послѣдующемъ уходѣ, чтобы вновь не наступило устраненное сращеніе (*conglutinatio*). Для этого прежде всего между разобщенными отдѣлами помѣщаютъ постороннее тѣло въ видѣ марлевой полосы, прослойки ваты, слоя порошка и т. под. Рисунки 186—189, заимствованные изъ книги Kelly, наглядно изображаютъ нѣсколько подобныхъ картинъ.

#### ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОРОКАХЪ РАЗВИТІИ И ЗАРОЩЕНІЯХЪ ПОЛОВОГО КАНАЛА.

*Зарощенія* родового канала могутъ быть врожденными и приобретенными. Если зарощенія происходятъ въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ въ зависимости отъ



Рис. 185. Киста дѣвственной плевы.

слипчивыхъ (воспалительныхъ) процессовъ, то конечный результатъ зарощенія обычно не представляется возможнымъ отличить отъ врожденного. Иногда, и то далеко не всегда, это можно установить лишь во время оперативнаго вмѣшательства, когда склейка частей—не плотная, благодаря тому, что воспалительный процессъ былъ выраженъ въ слабой степени: подобная конглотинація въ отдѣльныхъ случаяхъ поддается иногда легко разобщенію тупымъ путемъ. Въ большинствѣ случаевъ отдѣльныя сращенія и полныя зарощенія отделовъ родового канала, образовавшіяся въ зависимости отъ перенесеннаго воспалительно-деструктивнаго процесса, представляютъ крайне неблагоприятныя данныя для дальнѣйшаго оперативнаго пособія, и въ этомъ отношеніи они должны считаться въ прогностическомъ отношеніи значительно менѣе благоприятными, чѣмъ

прирожденныя формы, при которыхъ рубцовая ткань вовсе отсутствуетъ. Такъ какъ зарощенія могутъ наблюдаться въ различныхъ отдѣлахъ родового канала, то разсмотрѣніе ихъ по мѣсту расположенія представляется наиболѣе практичнымъ.



Рис. 186. Сращения praeritium'a и малыхъ губъ, совершенно закрывающія клиторъ, у ребенка 1 года (Kelly).



Рис. 187. Тотъ же случай, что на предыдущемъ рисункѣ; видъ послѣ освобожденія клитора изъ сращеній (Kelly).



Рис. 188. Conglutinatio labiorum. Видъ до операціи (Kelly).



Рис. 189. Conglutinatio labiorum. Видъ послѣ устраненія сращения (Kelly).

*Полное зарощеніе дѣвственной плевы*—путемъ *hymen imperforatum*—представляется наиболѣе легко діагностируемымъ и устранимымъ заболѣваніемъ. Въ подобныхъ случаяхъ—часто и при мѣстной анестезіи—производится обыкновенно



крестообразный разръзъ въ выпячивающейся плевѣ. Когда вся задержавшаяся менструальная кровь вытечетъ и влагалище будетъ обстоятельно проспринцовано, лоскуты разръза подрѣзаются ножницами, и, послѣ произведеннаго ручнаго изслѣдованія остальныхъ отдѣловъ половой сферы, входъ во влагалище тампонируется марлею, если только наблюдается кровоотдѣленіе на мѣстѣ разръза. Въ тѣхъ случаяхъ, когда атрезія въ области входа во влагалище представляется толстостѣнной, лучше сразу произвести кольцообразное ея вырѣзываніе, и затѣмъ послѣдовательнымъ обшива-

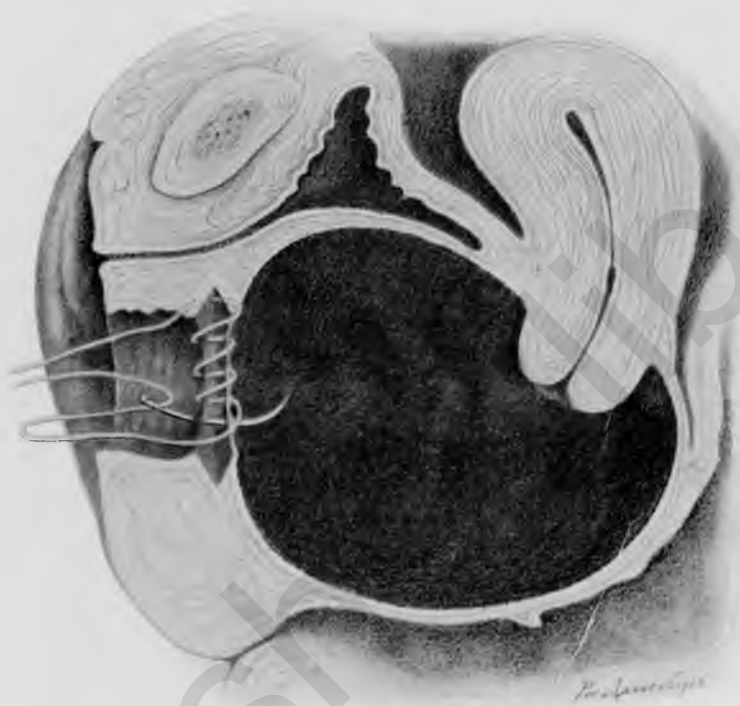


Рис. 190. Атрезія влагалища и схема оперативнаго вмѣшательства.

ніемъ краевъ разръза непрерывнымъ швомъ (кѣгутковымъ) приторочить верхнюю часть влагалища къ выходу для достиженія *prima intentio*, такъ какъ въ противномъ случаѣ, если заживленіе при простой тампонаціи вести вторымъ натяженіемъ, можно получить нежелательное рубцовое суженіе входа во влагалище.

Хотя само собой понятно, что во всѣхъ подобныхъ случаяхъ требуется обстоятельное изслѣдованіе больныхъ (*per rectum*) до операціи, тѣмъ не менѣе изслѣдованіе послѣ опорожненія задержанной крови при операціи также представляется необходимымъ для полнаго выясненія, не отозвалось ли устраненное патологическое состояніе на вышележащихъ отдѣлахъ, и не подлежатъ ли таковыя соответственному воздѣйствію. Такъ какъ *haematocolpos*, бывшій до операціи, иногда достигаетъ

значительныхъ размѣровъ и такимъ образомъ представляетъ существенную помѣху для изслѣдованія, то неустановленныя детали случая могутъ быть выяснены лишь послѣ опорожненія крови. Встрѣтившіяся измѣненія, какъ, напр., haematosalpinx, могутъ потребовать неотложнаго добавочнаго оперативнаго вмѣшательства.

Устраненіе зарощенія влагалища (рис. 190) существенно находится въ зависимости отъ степени его развитія и мѣста расположенія. Если пораженъ нижній отдѣлъ и на небольшомъ пространствѣ, то вмѣшательство не сложно: проводится обыкновенно поперечный разрѣзъ въ области входа во влагалище въ расчетѣ отдѣлить переднюю его стѣнку отъ задней, что достигается путемъ тупой препаровки. Вскрывъ кровяное скопленіе, во избѣжаніе новаго зарощенія верхній конецъ влагалища подтягиваютъ къ нижнему и стараются ихъ соединить швами. При зарощеніи на большемъ протяженіи, особенно въ верхнихъ частяхъ влагалища, описанное оперативное вмѣшательство можетъ встрѣтить значительныя затрудненія, при большемъ рискѣ поранить пузырь или кишечникъ. Подобныя операціи, направленныя къ сохраненію родоваго канала resp. восстановленію его, обыкновенно большого успѣха не обѣщаютъ; и тамъ, гдѣ нельзя рассчитывать подтянуть оставшійся свободнымъ верхній конецъ влагалища для соединенія съ нижнимъ, послѣдовательно наступаетъ, вслѣдствіе рубцеванія, вновь суженіе или полная облитерація. Предложенный для подобныхъ случаевъ способъ выстилать раневую поверхность лоскутомъ (или лоскутами), взятымъ изъ частей, покрытыхъ кожей, какъ, напр., малыя губы, обычно обреченъ на неудачу. Гдѣ, тѣмъ не менѣе, есть показаніе къ сохраняющему леченію, а со стороны влагалища представляется рискъ вскрытія пузыря и т. под.,—практично перейти къ чревосѣченію, чтобы окончить операцію со стороны брюшной полости. Въ одномъ подходящемъ случаѣ съ этою цѣлью мнѣ пришлось разсѣчь тѣло матки исключительно для того, чтобы ввести черезъ сдѣланное отверстіе маточный зондъ, благодаря которому удалось, избѣгнувъ пораненія смежныхъ органовъ, успѣшно закончить операцію. Разрѣзъ въ тѣлѣ матки послѣ этого былъ вновь закрытъ швами.

Между такъ наз. гинатрезіями, которыя хотя и не даютъ какихъ либо тягостныхъ симптомовъ, слѣдуетъ упомянуть о врожденномъ частичномъ или полномъ *отсутствіи влагалища*, которое нерѣдко приводитъ больныхъ къ гинекологу съ жалобой на невозможность производить нормальный coitus, при чемъ въ остальныхъ отношеніяхъ эти больныя считаютъ себя совершенно здоровыми, что бываетъ въ томъ случаѣ, когда и внутренніе органы вовсе отсутствуютъ, или когда матка представляетъ лишь зачатокъ этого органа. Всевозможныя предложенія и попытки въ подобныхъ случаяхъ создать новое влагалище, можно сказать, обыкновенно представляются въ лучшемъ случаѣ безрезультатными, а иногда и очень рискованными въ виду легкой возможности поранить смежныя полые органы. Все, чего въ подобныхъ случаяхъ удастся достигнуть при наличности уже существующаго стягиванія тканей въ видѣ слѣпого мѣшка на мѣстѣ входа во

влагалище,—это лишь нѣкотораго удлиненія уже существующей части мѣшка, чтобы тѣмъ содѣйствовать введенію *membrum virile*, что однако, строго говоря, не можетъ найти достаточнаго оправданія ни съ точки зрѣнія медицинской вообще, ни тѣмъ болѣе физиологической. Наибольшее, что при подобныхъ условіяхъ возможно сдѣлать оперативнымъ путемъ—это углубить тупымъ способомъ имѣющійся мѣшокъ послѣ поперечнаго разсѣченія его свода, послѣ чего необходимо пересадить, сдвинуть вглубь смежные участки тканей, покрытыхъ многослойнымъ эпителиемъ, дабы искусственно образованное углубленіе вновь не срослось. Да и при такихъ условіяхъ необходимо, чтобы благопріятствовали обстоятельства для возможности образованія достаточно глубокой полости, какъ это однажды мнѣ представилось возможнымъ съ успѣхомъ выполнить <sup>1)</sup>. Но въ подобныхъ случаяхъ послѣдовательно просвѣтъ вновь образованнаго влагалища необходимо систематически поддерживать періодическимъ расширеніемъ во избѣжаніе его суженія. Такъ какъ описанный оперативный пріемъ даетъ очень проблематическіе результаты, то въ интересахъ больныхъ въ подходящихъ случаяхъ можно ограничиться исключительно безкровнымъ расширеніемъ и все болѣе глубокимъ втягиваніемъ имѣющагося кармана, чѣмъ возможно съ теченіемъ времени значительно содѣйствовать его углубленію. Другія предложенія создать независимо отъ полового аппарата вмѣстилище *ad coitum*, какъ, напр., утилизировать для этой цѣли нижній отрѣзокъ прямой кишки и т. под., подражанія не заслуживаютъ ни съ этической, ни съ научной точки зрѣнія.

Помимо пороковъ развитія, которые выражаются поперечной облитераціей влагалища съ развитіемъ *haematocolpos* и т. под., показаніемъ для оперативнаго вмѣшательства могутъ служить случаи *удвоенія родового канала*, особенно въ нижнемъ его отдѣлѣ, съ образованіемъ болѣе или менѣе мясистой продольной перегородки на протяженіи всего влагалища вплоть до сводовъ или же только въ нижнемъ его отдѣлѣ. Это состояніе, извѣстное подъ названіемъ *vagina duplex* и *vagina subsepta*, въ отдѣльныхъ случаяхъ можетъ послужить помѣхой при родовомъ актѣ, и въ видѣ исключенія—при *coitus*<sup>1)</sup>.

Оперативное вмѣшательство въ подобныхъ случаяхъ сводится къ иссѣченію или простой перерѣзкѣ ненормальной перегородки (рис. 191). При иссѣченіи нужно помнить, что ткани обыкновенно сильно сокращаются, и поэтому необходимо удалять не слишкомъ большой отдѣлъ перегородки, тѣмъ болѣе, что всегда возможно добавочно удалить избыточные ткани непосредственно до наложенія на окровавленные отдѣлы требуемыхъ швовъ. Наболѣе практично въ подобныхъ случаяхъ воспользоваться непрерывнымъ швомъ изъ струнной нити. У отдѣльныхъ больныхъ, особенно при маломясистой перегородкѣ, можно ограничиться

<sup>1)</sup> См. А. А. Сицинскій. Къ вопросу объ образованіи искусственнаго влагалища.—Журн. акуш. и женск. бол., 1898 г.

простой перерѣзкой съ послѣдовательнымъ обкалываніемъ, а подчасъ и простой тампонаціей.

*При зарощеніяхъ шейки, гдѣ нельзя въ достаточной мѣрѣ хорошо ориентироваться, пріемъ, описанный при зарощеніяхъ влагалища, можетъ тоже оказать цѣнныя*



Рис. 191. Перерѣзка перегородки при *vagina duplex* съ иаложеніемъ швовъ.

услуги. Если верхній отдѣлъ влагалища свободенъ отъ зарощенія, а такое занимаетъ лишь нижній отрѣзокъ матки съ послѣдовательной haematometr'ой, и почему либо со стороны плохо или вовсе не намѣченнаго зѣва не представляется возможнымъ нарушить срощенія, приходится прибѣгнуть къ разсѣченію шейки; а при необходимости проникнуть вглубь—слѣдуетъ предварительно отслоить мочевой пузырь, что даетъ возможность вскрыть матку на значительномъ пространствѣ. Во избѣжаніе послѣдовательнаго закрытія проложеннаго разрѣза, къ слизистой матки

\*

приторачиваются стѣнки влагалища, что особенно удобно сдѣлать, если для отслойки пузыря примѣненъ былъ продольный разрѣзь передней влагалищной стѣнки. Оперативная техника въ такихъ случаяхъ очень напоминаетъ операцію такъ наз. *interpositio uteri*, предложенную Schauta и Wertheim'омъ при выпаденіяхъ матки. Въ общемъ нужно сказать, что возстановленіе проходимости родового канала далеко не всегда ведетъ къ надежнымъ результатамъ, и, чтобы образованное сообщеніе вновь не закрылось, приходится поддерживать его проходимость повторнымъ расширеніемъ, вкладываніемъ специальныхъ бужей, дренажа и т. п., а операція, подобная вышеописанной, хотя и далека отъ возстановленія нормальныхъ условій, диктуется исключительно желаніемъ сохранить органъ и къ тому же избѣгнуть по возможности лишняго риска. Впрочемъ, нужно сказать, что при искусственности извѣстныхъ приѣмовъ иногда выгоднѣе пожертвовать частью полового аппарата и тѣмъ избавить больную кореннымъ образомъ отъ ея недуга, чѣмъ подвергать послѣдовательно ряду непріятныхъ манипуляцій, требующихъ постоянного врачебнаго наблюденія, и т. под. Въ рѣшеніи подобныхъ вопросовъ, помимо прочихъ соображеній, большое значеніе играетъ возрастъ больной, возможность дальнѣйшаго зачатія и т. д., и если успѣшно удастся создать проходъ для періодическаго оттока крови, то обычно зачатіе въ подобныхъ случаяхъ можетъ повести къ опаснымъ осложненіямъ. Въ виду этихъ обстоятельствъ иногда и показуется искусственная стерилизація больныхъ.

Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда доступъ къ пораженнымъ отдѣламъ не представляется возможнымъ, когда, напр., предполагается полное отсутствіе или зарощеніе влагалища, неизбѣжно приходится прибѣгать къ болѣе опасному вмѣшательству, представляемому чревосѣченіемъ. При наличности *haematometra* является наиболѣе цѣлесообразнымъ приѣмомъ надвлагалищное усѣченіе матки по типу операціи, производимой при фиброміомахъ, удаленіе же яичниковъ, которое раньше рекомендовалось производить въ подобныхъ случаяхъ, въ настоящее время не безъ основанія совершенно оставлено, въ виду большого значенія, которое представляютъ яичники для экономіи организма.

Что касается *яйцеводовъ*, то ихъ попутно обыкновенно удаляютъ вмѣстѣ съ маткой. Если, при здоровой маткѣ, поражены однѣ только трубы вслѣдствіе облитераціи брюшиннаго ихъ конца, то въ подходящихъ случаяхъ, когда, помимо *haematometra*, остальные отдѣлы полового аппарата здоровы, примѣнимо сохраняющее леченіе—возстановленіе проходимости яйцеводовъ. Техника этого приѣма подробно описана въ отдѣлѣ операцій, производимыхъ на фаллопиевыхъ трубахъ (см. соотвѣтствующій отдѣлъ), и состоитъ въ производствѣ такъ наз. *salpingostomati*'и.

Аналогичную картину съ кровяной опухолью яйцевода представляетъ развитіе *haematometr*'ы въ недоразвитомъ, рудиментарномъ рогѣ матки. Въ подобныхъ случаяхъ коренное исцѣленіе достигается удаленіемъ всего образованія вмѣстѣ съ

содержащейся въ немъ кровью или послѣ предварительнаго его опорожненія. Такой образъ дѣйствія несомнѣнно представляется единственно правильнымъ, такъ какъ къ нормальнымъ физиологическимъ отправленіямъ рудиментарный рогъ не пригоденъ. Оперативная техника сводится къ клиновидному изсѣченію недоразвитога рога съ послѣдовательнымъ наложеніемъ швовъ; въ крайнемъ случаѣ можно ограничиться и массовой лигатурой, особенно если связь рога представляется въ видѣ тонкаго образованія.

#### **ОПЕРАЦИИ, ПРОИЗВОДИМЫЯ ПРИ НОВООБРАЗОВА- НІЯХЪ ВО ВЛАГАЛИЩѢ.**

Помимо операций, производимыхъ во влагалищѣ съ цѣлью устранить смѣшеніе или выпаденіе его стѣнокъ (см. отдѣлъ «хирургическое леченіе выпаденій влагалища и матки»), чаще всего оперативное вмѣшательство вызывается различными новообразованіями, подлежащими удаленію. Оперативная техника въ этихъ случаяхъ довольно однообразна, независимо отъ природы новообразовательнаго процесса, при чемъ, очевидно, при злокачественныхъ процессахъ границы захвата смежныхъ тканей должны быть максимальныя. Новообразованія, имѣющія самостоятельную капсулу, обыкновенно вылуциваются послѣ расщепленія капсулы, и остающееся ложе вслѣдъ за этимъ закрывается швами. Если величина новообразованія достигаетъ значительныхъ размѣровъ, и покрывающая его слизистая оболочка влагалища представляется завѣдомо избыточной, то приходится для вылуциванія простой линейный разрѣзъ замѣнить овальнымъ, резецируя лоскутъ влагалища, оставляемый въ соединеніи съ новообразованіемъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда опухоль не имѣетъ самостоятельной капсулы, ее приходится удалять (вылуцивать) непосредственно изъ окружающей ее клѣтчатки; оставшееся ложе послѣдовательно закрывается швами, при необходимости—ярусными.

Нѣкоторую трудность могутъ представить при удаленіи своемъ *влагалищныя кисты*, особенно, если онѣ лежатъ глубоко въ области сводовъ или достигаютъ значительныхъ размѣровъ. Въ виду обычной тонкостѣнности этихъ образованій далеко не всегда удается ихъ вылуцить безъ нарушенія цѣлости стѣнки, а разъ это произошло, то дальнѣйшее вылуциваніе существенно затрудняется, и приходится очень внимательно слѣдить за тѣмъ, чтобы не осталась частица стѣнки кисты неудаленной, такъ какъ это въ дальнѣйшемъ помѣшало бы полному закрытію раневога ложа. При наложеніи швовъ, помимо вышеуказаннаго, нужно имѣть въ виду ходъ выводныхъ протоковъ Бартолиновыхъ железъ, чтобы они не попали въ лигатуру и не подали повода къ развитію ретенціонной кисты. Значительныя трудности могутъ представить врожденныя кисты, глубоко внѣдряющіяся въ основаніе широкихъ связокъ и представляющія остатки эмбриональныхъ образованій. Подобныя кисты, какъ извѣстно, нерѣдко состоятъ изъ нѣсколькихъ отдѣловъ, наполненныхъ жидкимъ или коллоиднымъ содержимымъ различнаго цвѣта и консистенціи. Не-

отложнымъ *показаніемъ* къ удаленію ихъ можетъ послужить ростъ ихъ или переходъ въ нагноеніе, чаще всего вызываемое травмой, особенно во время родового процесса. Помимо этого, не исключена возможность и злокачественнаго ихъ перерожденія. Указанныя кистовидныя образованія удаляются путемъ вылуциванія ихъ съ послѣдовательнымъ полнымъ закрытіемъ швами получившагося ложа, а при невозможности выполнить это приходится прибѣгнуть къ тампонаціи. Послѣдняя употребляется и въ тѣхъ случаяхъ, когда производится лишь резекція нижняго отдѣла кисты съ пришиваніемъ оставшейся части къ стѣнкамъ влагалища. При наличности уже развившагося нагноенія приходится ограничиваться простымъ вскрытіемъ кисты широкимъ разрѣзомъ, опорожненіемъ содержимаго и дезинфекціей ея полости, какъ это дѣлается и при обыкновенныхъ гнойникахъ.

Немногимъ труднѣе, чѣмъ при отграниченныхъ опухоляхъ, представляется удаленіе образованій, захватывающихъ болѣе или менѣе значительную поверхность влагалищной стѣнки, какъ это чаще всего наблюдается при канкрозныхъ пораженіяхъ, представляющихся либо въ видѣ первичнаго заболѣванія, либо переходящаго со смежныхъ органовъ. Въ подобныхъ случаяхъ приходится прибѣгать къ резекціи влагалища иногда на очень значительномъ протяженіи, какъ это, напр., практикуется при влагалищной экстирпаціи матки по такъ называемому расширенному методу. Обыкновенно поступаютъ слѣдующимъ образомъ: ножомъ намѣчается граница участка, подлежащаго удаленію, при чемъ разсѣкается вся толщина эпителиальнаго слоя съ подлежащей клѣтчаткой. Затѣмъ, захвативъ край намѣченнаго лоскута крѣпкимъ лапчатымъ пинцетомъ, начинаютъ его постепенно отпрепаровывать отъ подлежащихъ тканей, что обыкновенно удается выполнить безъ особыхъ затрудненій, особенно если клѣтчатка еще не инфильтрирована. Образовавшееся ложе послѣ этого закрываютъ пластическими швами. При операціи рака по расширенному способу обыкновенно отпрепаровываютъ верхнюю треть, а иногда и половину влагалищной стѣнки въ видѣ манжетки, остающейся въ соединеніи лишь съ маточной шейкой и удаляемой послѣдовательно вмѣстѣ со всей маткой. Въ такихъ случаяхъ нижній отрѣзокъ рукава приторачиваютъ къ брюшинѣ и такимъ образомъ закрываютъ всю раневую поверхность влагалища, которое по заживленіи представляется обычно нѣсколько укороченнымъ.



## ФИСТУЛЫ.

### МОЧЕПОЛОВЫЯ ФИСТУЛЫ.

Подъ вліяніемъ травмы или иного процесса, ведущаго къ нарушенію цѣлости тканей, какъ, напр., при омертвѣніи ихъ, могутъ образоваться патологическія сообщенія между мочевою и половой системами, извѣстныя подъ названіемъ фистулъ, при чемъ, въ зависимости отъ того, какіе отдѣлы смежныхъ полыхъ органовъ подвергнутся ненормальному сообщенію между собой, мы различаемъ фистулы пузырно-влагалищныя, пузырно-маточныя, далѣе фистулы влагалищно-уретральныя и, наконецъ, мочеточниково-влагалищныя или же мочеточниково-маточныя. Такъ какъ всѣ перечисленные виды фистулъ представляютъ нарушеніе цѣлости смежныхъ органовъ, то единственно разумной терапіей ихъ представляются хирургическія вмѣшательства, направленные къ возстановленію цѣлости этихъ органовъ, resp. устраненію имѣвшагося ненормальнаго сообщенія между ними. Прежде чѣмъ перейдемъ къ описанію хирургическихъ приѣмовъ, я считаю, однако, не лишнимъ остановиться на *профилактическихъ мѣрахъ*, при помощи которыхъ мы въ отдѣльныхъ случаяхъ можемъ предотвратить развитіе угрожаемаго дефекта въ тканяхъ, а иногда также содѣйствовать закрытію уже образовавшагося ненормальнаго сообщенія. Мѣропріятія эти вытекаютъ изъ правильной оцѣнки каждаго отдѣльнаго случая и умѣнья воспользоваться имѣющимися особенностями въ интересахъ больныхъ. Наиболѣе распространенную группу этой категоріи представляютъ тѣ больныя, у которыхъ, вслѣдствіе пространственныхъ несоотвѣтствій между тазомъ и подлежащей частью во время родовъ, происходило очень продолжительное придавливаніе мягкихъ частей къ костямъ таза, и гдѣ поэтому имѣются шансы предполагать о возможности послѣдовательнаго ихъ омертвѣнія. Случаи, гдѣ кромѣ механической причины наблюдается еще септическое зараженіе, въ этомъ отношеніи представляютъ особую опасность. Если у подобныхъ больныхъ позаботиться немедленно послѣ родоразрѣшенія о томъ, чтобы поставить соответственныя ткани въ наиболѣе благопріятныя условія питанія и кровообращенія, то нерѣдко удается устранить грозившее омертвѣніе съ развитіемъ фистулъ. Помимо общихъ мѣръ гигиены и антисептики въ этихъ случаяхъ необходимо стѣнкамъ пузыря дать полный покой, устраняя вмѣстѣ съ тѣмъ всякое его растяженіе. Это достигается введеніемъ катетера à demeure въ теченіе первыхъ 4—5 дней послѣ родовъ, что несомнѣнно содѣйствуетъ быстрѣйшему возстановленію правильнаго кровообра-



нія въ поврежденномъ участкѣ и тѣмъ устраняетъ угрожавшее омертвѣніе. Указанная профилактическая мѣра пригодна не только въ качествѣ предупреждающей, но можетъ оказаться дѣйствительной въ отдѣльныхъ случаяхъ, когда уже образовался дефектъ въ тканяхъ, хотя рассчитывать въ подобныхъ случаяхъ на успѣхъ и много труднѣе; при этомъ катетеръ держать дольше, чтобъ дать время зарости гранулирующимъ поверхностямъ. Если зарощенія не происходитъ, то неизбѣжно приходится прибѣгнуть къ оперативному леченію, съ которымъ, однако, не слѣдуетъ торопиться,—выждавъ 6—8 недѣль послѣ родовъ, когда процессы обратнаго развитія половыхъ органовъ закончатся и имѣющійся инфильтратъ рассосется, такъ какъ въ противномъ случаѣ труднѣе наложеніе швовъ, легко прорѣзывающихъ ткани и тѣмъ часто обуславливающихъ неудачу. Подобнымъ же образомъ надо имѣть въ виду, что, когда у одной и той же больной приходится повторить операцію, желательны между операціями промежутки въ 3—4 мѣс. Этимъ временемъ выгодно воспользоваться, чтобы назначеніемъ тепловатыхъ сидячихъ ваннъ по 2—3 раза въ сутки устранить эритему кожи наружныхъ частей.

#### Оперативная техника.

Хотя въ виду самыхъ разнообразныхъ комбинацій при зашиваніи фистуль приходится часто видоизмѣнять отдѣльные приемы, а иногда и планъ всей операціи, тѣмъ не менѣе имѣются моменты, общіе для всѣхъ случаевъ, которыхъ необходимо строго придерживаться и педантично ихъ выполнять. Можно смѣло сказать, что нѣтъ другой операціи, успѣхъ которой находился бы въ такой тѣсной зависимости отъ педантичнаго выполненія каждаго отдѣльнаго момента операціи.

Общими правилами при зашиваніи фистулы представляются слѣдующіе моменты.

Общая пра-  
вила при за-  
шиваніи фи-  
стуль.

1) Необходимо хорошо обнажить операціонное поле, чтобъ вполне отчетливо обозрѣть всѣ детали. Слабо выраженное Trendelenburg'овское положеніе для этого представляется наиболѣе удобнымъ; оно, можно сказать, совершенно вытѣснило раньше примѣнявшееся для зашиванія фистуль колѣнно-локтевое положеніе (*à la vache*). Никакихъ спеціальныхъ инструментовъ для операціи не требуется, инструменты должны быть только нѣсколько длиннѣе обыкновенно употребляемыхъ. При необходимости опредѣлить расположеніе отверстія мочеточниковъ предложенныя мною (см. выше, стр. 83) пузырьныя освѣтительныя зеркала я считаю для этой цѣли наиболѣе удобными.

2) Способъ освѣженія краевъ долженъ быть совершенный, дабы всегда имѣть абсолютную увѣренность, что освѣженіе дѣйствительно въ совершенствѣ произведено на всемъ участкѣ, предназначенномъ для конфронтаціи краевъ разрѣза. Для того, чтобы удобнѣе это сдѣлать, рекомендуется сначала остроконечнымъ скальпелемъ очертить по всей окружности фистулы границы лоскута, подлежащаго отсепаровкѣ при освѣженіи краевъ. Съ этой цѣлью сперва намѣчается черта на

границѣ съ пузыремъ, при чемъ разрѣзь долженъ лечь непосредственно на границѣ слизистой пузыря, не рая, однако, этой послѣдней—во избѣжаніе обыкновенно наблюдаемаго въ такихъ случаяхъ кровотеченія. Другая концентрическая черта намѣчается, отступя отъ первой около  $1\frac{1}{2}$ —2 смт. Лишь послѣ этого, по возможности цѣликомъ, путемъ препаровки снимаемъ намѣченный кольцеобразный лоскутъ, что даетъ увѣренность, что освѣженіе краевъ получено повсемѣстно совершенное, и не осталось участковъ неосвѣженныхъ, что могло бы обусловить неудачу.

3) Направленіе, по которому предстоитъ наложить швы, въ каждомъ случаѣ должно быть заранее опредѣлено и должно обуславливаться наименьшимъ напряженіемъ краевъ; будетъ ли оно продольное, поперечное, косое или даже представить ломаную линію—это вопросъ второстепенный, лишь бы было достигнуто наименьшее напряженіе. При возможности выбора соединеніе краевъ въ продольномъ направленіи предпочтительно, ибо оно наиболѣе легко выполнимо.

4) Въ тѣхъ случаяхъ, когда при сближеніи краевъ получается очень значительное напряженіе, а тѣмъ болѣе когда вовсе не удастся приблизить края дефекта, необходимо предварительно создать подвижность таковыхъ по одному изъ предложенныхъ для этого приемовъ, о чемъ и будетъ сказано отдѣльно.

5) При наложеніи швовъ необходимо соблюдать общее правило при возстановленіи цѣлости полыхъ органовъ, а именно чтобы шовъ не вдавался въ просвѣтъ пузыря, для чего вколъ и выколъ не должны проходить черезъ слизистую пузыря, а ложиться на 1—2 мм. отступя отъ края ея. Я во всѣхъ случаяхъ употребляю ярусные шелковые швы, изъ коихъ одинъ рядъ погружной, другой—изъ глубокихъ и поверхностныхъ швовъ, съ вколomъ и выколomъ во влагалище. Выгодно предварительно провести всѣ лигатуры даннаго яруса и начать ихъ завязываніе послѣ того, какъ

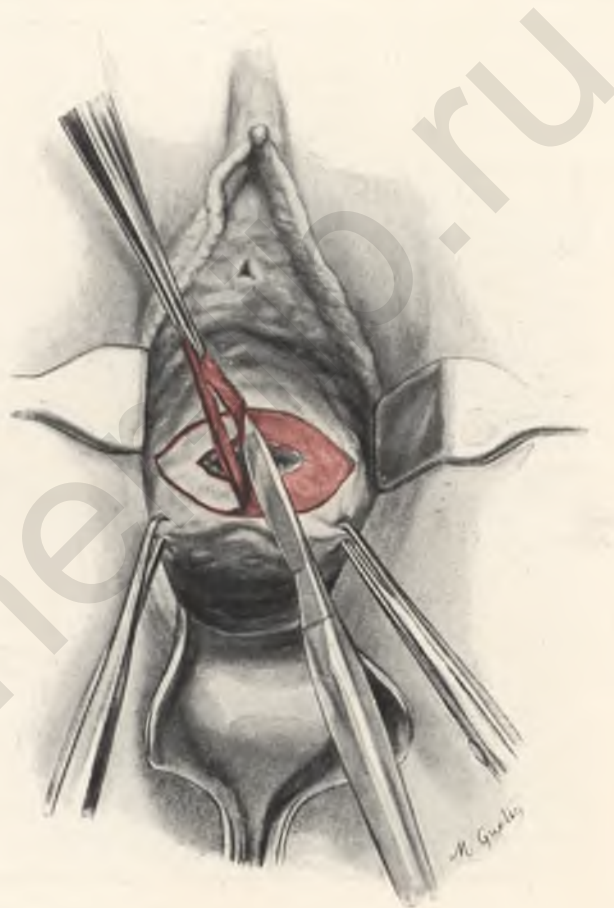


Рис. 192. Освѣженіе пузырно-влагалищной фистулы.

всѣ лигатуры уже наложены. Такая послѣдовательность даетъ возможность лучше контролировать, достаточно ли часто наложены лигатуры, хорошо ли прилаживаются края и т. п. Какъ наложеніе, такъ равно и завязываніе лигатуръ я предпочитаю начинать со средняго отдѣла фистулы, какъ наиболѣе отвѣтственнаго. Само собой понятно, что при проведеніи лигатуръ нужно предварительно хорошо ориентироваться, чтобы не захватить и не сдавить лигатурой мочеточника, если онъ

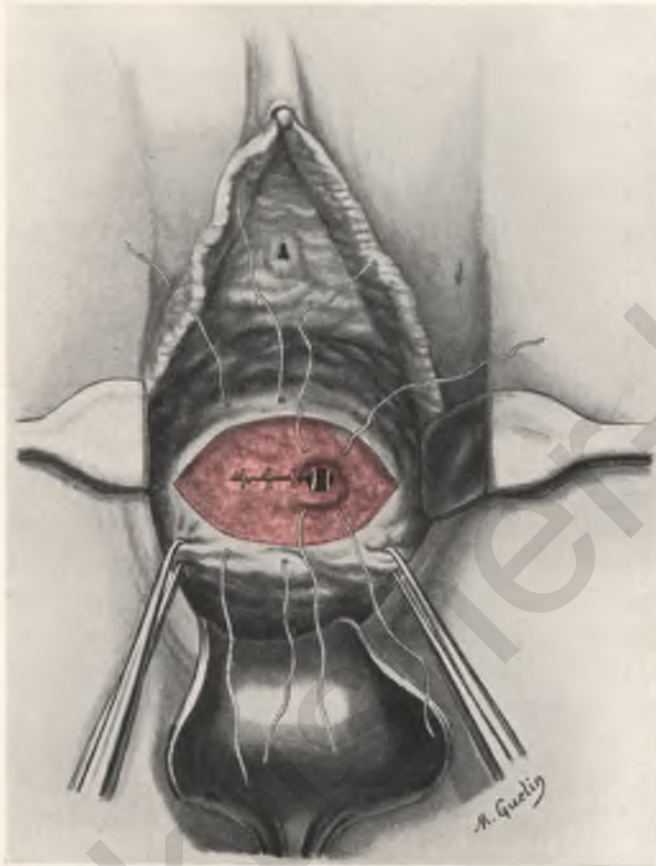


Рис. 193. Зашиваніе пузырно-влагалищной фистулы.

неосложненныхъ случаевъ пузырно-влагалищныхъ фистулъ, хорошо доступныхъ для хирургическаго вмѣшательства.

Обстановка операціи—обычная для влагалищныхъ операцій, съ приподнятымъ тазомъ по мѣрѣ надобности. Операціонный столъ, описанный въ общей части, дающій возможность удобно создавать Trendelenburg'овское положеніе, особенно для этого пригоденъ. Послѣ должной дезинфекціи (отъ сулемы обыкновенно приходится отказываться), короткими зеркалами хорошо обнажаютъ область фистулы и, захвативъ пулевыми щипцами за маточную шейку или, при малой ея подвижности, за

приходится по сосѣдству. Въ подобныхъ случаяхъ при мѣстѣ впаденія мочеточника въ пузырь онъ долженъ быть выпрепарованъ на нѣкоторомъ пространствѣ и обращенъ въ просвѣтъ пузыря, или же слѣдуетъ соответственную лигатуру накладывать поверхностнѣе, чтобы избѣгнуть его захвата.

б) Степень завязыванія швовъ должна сообразоваться со свойствами краевъ фистулы: избѣгая прорѣзыванія, края тѣмъ не менѣе должны быть отчетливо приведены къ тѣсному взаимному прикосновенію.

Изложивъ общія правила при операціяхъ фистулъ, необходимо остановиться на нѣкоторыхъ частностяхъ. Начну съ наиболѣе легкихъ, чаще встрѣчающихся въ практикѣ, такъ называемыхъ

стѣнки влагалища, еще болѣе обнажаютъ смежныя съ дефектомъ части подтягиваніемъ, благодаря чему фистула дѣлается болѣе доступной. Вслѣдъ за этимъ ножомъ намѣчаются границы лоскута, который, какъ сказано выше, цѣликомъ снимается, послѣ чего по вышеизложенному способу накладываются и завязываются



Рис. 194. Схематическій сагітальный разрѣзъ зашитой фистулы.

швы (см. рис. 192—194). По окончаніи операціи, особенно если имѣется сомнѣніе въ успѣшности проведенія отдѣльныхъ моментовъ ея, можно влить въ пузырь умеренное количество подогрѣтой индифферентной жидкости (100—150 куб. см.) и, если бы гдѣ либо было обнаружено недостаточное соединеніе краевъ и просачиваніе жидкости, добавить необходимое количество швовъ до полной увѣренности, что обнаруженные недочеты, буде таковыя были усмотрѣны, устранены. Въ пузырь вводится на первые 3—4 сутокъ катетеръ à demeure, а влагалище рыхло выполняется іодоформенной марлей. Въ послѣоперационномъ періодѣ приходится внимательно наблюдать за тѣмъ, чтобы не закупорился катетеръ, мѣняя и прочищая его по мѣрѣ надобности. Поверхностные швы снимаются обыкновенно черезъ 5 сутокъ (въ случаѣ же прорѣзыванія и раньше), глубокіе—черезъ 6—7 сутокъ. Во избѣжаніе растяженія пузыря, первые дни по удаленіи катетера à demeure, пузырь больной опоражнивають черезъ каждыя 3—4 часа при помощи катетера или же заставляютъ больную мочиться черезъ такіе же промежутки. Дальнѣйшаго ухода больная обыкновенно не требуютъ, если только не будетъ обнаруженъ cystitis, требующій періодическихъ промываній и соответственныхъ другихъ мѣропріятій.

Вышеописанный способъ, примѣняемый въ нашей дѣятельности, представляется наиболѣе распространеннымъ.

Walcher сдѣлалъ предложеніе освѣжать фистулы не снятіемъ лоскута, а расщепленіемъ краевъ фистулы, отдѣляя стѣнки пузыря отъ стѣнокъ влагалища на извѣстную глубину; по расщепленіи отдѣльно зашивается стѣнка пузыря и стѣнка влагалища, какъ это изображено на рис. 195. Идея расщепленія нашла себѣ примѣненіе при операціяхъ пузырно-цервикальныхъ фистулъ (см. рис. 198—199).

Операція фистулъ мочеиспускательнаго канала, не представляя существенныхъ особенностей, производится аналогично только что описанному способу. Въ общемъ, благодаря относительно болѣе доступности, технически онѣ легче и требуютъ,

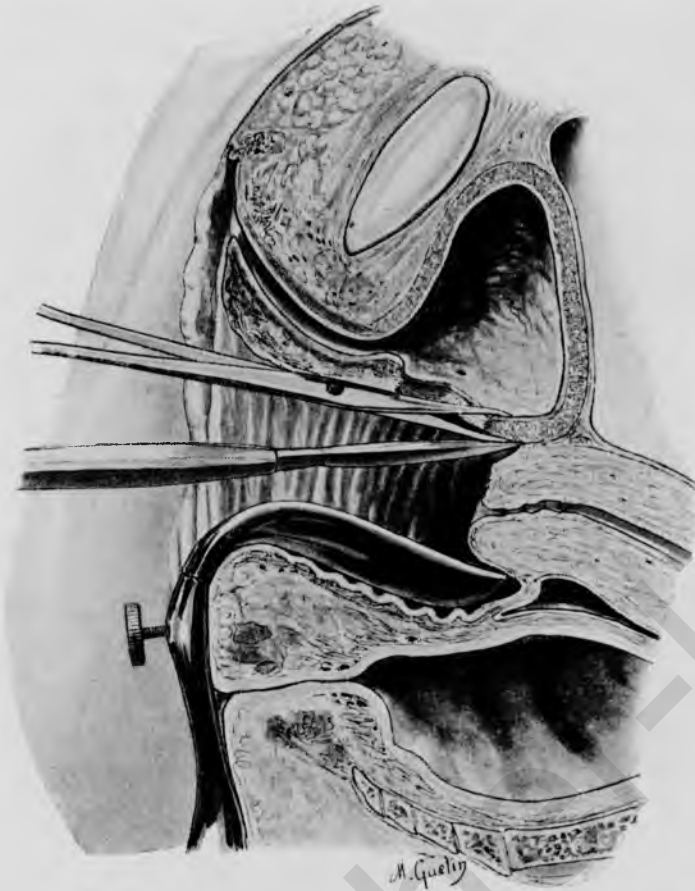
швы (см. рис. 192—194). По окончаніи операціи, особенно если имѣется сомнѣніе въ успѣшности проведенія отдѣльныхъ моментовъ ея, можно влить въ пузырь умеренное количество подогрѣтой индифферентной жидкости (100—150 куб. см.) и, если бы гдѣ либо было обнаружено недостаточное соединеніе краевъ и просачиваніе жидкости, добавить необходимое количество швовъ до полной увѣренности, что обнаруженные недочеты, буде таковыя были усмотрѣны, устранены. Въ пузырь вводится на первые 3—4 сутокъ



Рис. 195. Операція фистулы путемъ расщепленія ея краевъ (схематически).

Операція  
влагалищ-  
но-уре-  
тральныхъ  
фистулъ.





Операция  
маточно-  
пузырныхъ  
фистуль.

Рис. 196. Операция фистулы путем отслойки пузыря от маточной шейки.

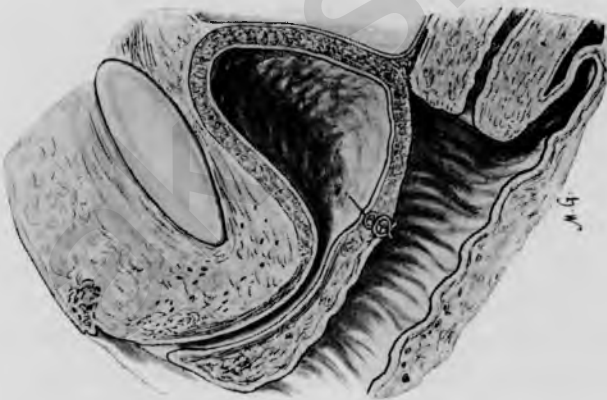


Рис. 197. Тоже, послѣ зашиванія.

какъ впрочемъ и при влагалищно - пузырныхъ дефектахъ, предварительнаго изслѣдованія выше и ниже лежащихъ отдѣловъ уретры, чтобы убѣдиться въ ея проходимости. Если обнаружена непроходимость этихъ отдѣловъ, то таковая естественно должна быть устранена; въ послѣоперационномъ періодѣ въ такихъ случаяхъ выгодно а демиге продержать первое время послѣ операциі не толстый катетеръ.

Операция фистуль пузырно-шеечныхъ (а тѣмъ болѣе очень рѣдкихъ пузырно-маточныхъ) представляется значительно сложнѣе только что упомянутыхъ, и обойтись при нихъ описаннымъ оперативнымъ приемомъ не представляется возможнымъ.

Въ подобныхъ случаяхъ несравненно выгоднѣе прибѣгнуть къ отслойкѣ пузыря отъ матки (локутный способъ), чтобы затѣмъ въ отдѣльности зашить отверстие въ стѣнкѣ пузыря, а при желаніи—и въ маткѣ. Въ техническомъ отношеніи операция складывается изъ слѣдующихъ моментовъ: по обнаженіи частей зеркалами, маточную шейку захватываютъ крѣпкими щипцами

и подтягиваютъ насколько возможно къ выходу; затѣмъ, изучивъ предварительно катетеромъ отношеніе пузыря, проводятъ, какъ при экстирпациі матки, дуго-

образный разръзъ по передней ея части, и приступаютъ къ отдѣленію пузыря частью тупымъ способомъ, частью при помощи рѣжущихъ инструментовъ, что необходимо особенно въ мѣстѣ расположенія краевъ фистулы. Отслойку пузыря

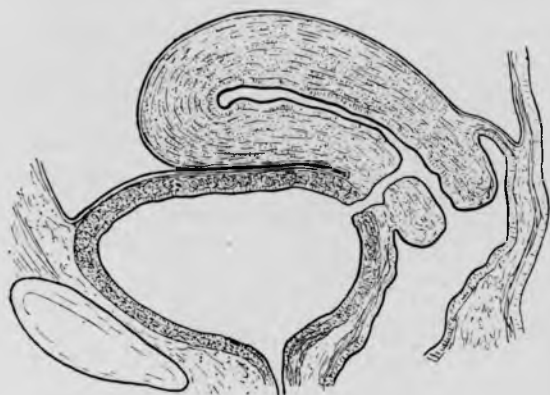


Рис. 198. Операция цервикально-пузырной фистулы съ отслойкой пузыря. Схематич. сагит. разръзъ фистулы.

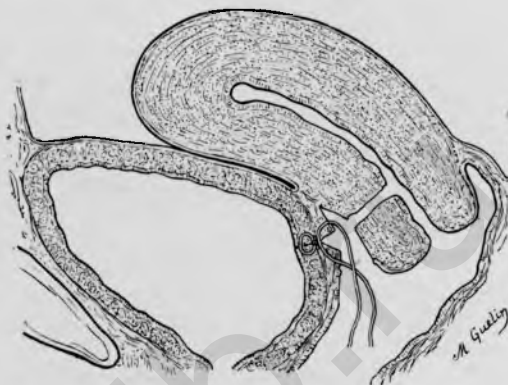
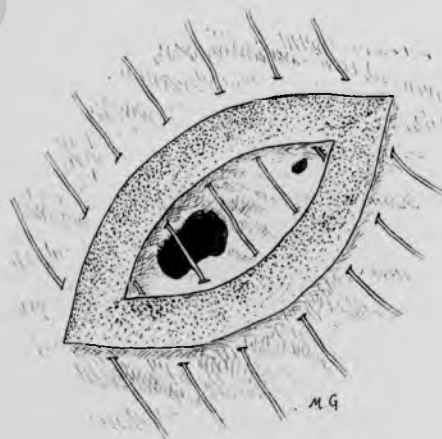


Рис. 199. Тоже. Схематическій сагитальный разръзъ, показывающій способъ зашиванія фистулы.

требуется произвести на такомъ протяженіи, чтобы фистула и въ верхнемъ сегментѣ была вполне доступна для систематическаго наложенія швовъ въ два яруса. При желаніи можно самостоятельно зашить фистулезный ходъ въ маточной ткани и въ заключеніе приторочить вновь къ маткѣ отслоенный раньше пузырь; въ противномъ же случаѣ остающееся окровавленное пространство рыхло выполняется йодоформенной марлей (рис. 198—199).

Нѣсколько труднѣе въ техническомъ отношеніи *операция мочеточниково-влагалищныхъ или мочеточниково-маточныхъ свищей*. Прежде чѣмъ приступить къ подобной операци, существенно важно основательно ознакомиться съ топографическими условіями и отчетливо убѣдиться въ проходимости пузырнаго конца мочеточника. Если таковая установлена, то, при наличности благоприятныхъ условій, слѣдуетъ стремиться къ возстановленію мочеточника, на подобіе того, какъ это дѣлается съ мочеиспускательнымъ каналомъ при urethro-vaginal'ныхъ фистулахъ (рис. 200). Въ виду значительно меньшаго просвѣта мочеточниковъ, необходимо особенно тщательно наблюдать за тѣмъ, чтобы не сдавить просвѣта его лигатурой:



Свищи мочеточниковъ.

Рис. 200. Зашиваніе мочеточниково-влагалищной фистулы.

съ этой цѣлью контроль мочеточниковымъ катетеромъ вполне умѣстенъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда описанный пріемъ возстановленія мочеточника по какимъ либо причинамъ не осуществимъ, или пузырный конецъ его оказывается зарощеннымъ, можно прибѣгнуть къ частичной выпрепаровкѣ противоположнаго его конца съ тѣмъ, чтобы вшить таковой на соответственное мѣсто въ мочевой пузырь. Съ технической стороны этотъ пріемъ далеко не всегда представляется легкимъ или даже выполнимымъ, и тогда приходится прибѣгнуть къ пересадкѣ мочеточника въ пузырь путемъ чревосѣченія, какъ это описано при операціи рака матки, резецировавъ его для этого на протяженіи, что хотя и много легче съ технической стороны, но, въ виду связаннаго съ этимъ пріемомъ чревосѣченія, представляется болѣе опаснымъ.

### Операціи при осложненныхъ фистулахъ.

Въ виду чисто практическихъ соображеній я предпослалъ вышеприведенное описаніе оперативнаго леченія различнаго рода фистулъ мочеполового аппарата не осложненныхъ, и теперь перейду къ разсмотрѣнію тѣхъ наиболѣе частыхъ осложненій, благодаря которымъ fistulorrhaphia можетъ оказаться въ техническомъ смыслѣ одной изъ самыхъ сложныхъ, а иногда даже вовсе невыполнимой задачей.

Затруднен-  
ный до-  
ступъ къ  
фистулѣ.

Въ числѣ такихъ осложненій на первомъ мѣстѣ нужно поставить тѣ препятствія, которыя лишаютъ насъ возможности достаточно обнажить операціонное поле, и даже дѣлаютъ его на первый взглядъ вовсе недоступнымъ не только для зрѣнія, но и для осязанія. Причиной подобнаго положенія вещей обыкновенно служатъ рубцы—послѣдствіе, развивающееся вслѣдъ за перенесеннымъ обширнымъ гангренознымъ процессомъ. Въ подобныхъ случаяхъ мы можемъ судить о наличности дефекта пузыря только по ненормальному истеченію мочи черезъ влагалище; объ остальныхъ же особенностяхъ случая, а также о возможности вообще вылечить его соответственнымъ вмѣшательствомъ можно судить лишь, создавъ предварительный доступъ къ предположенному дефекту мочевыхъ путей. Въ такихъ случаяхъ, въ виду отсутствія болѣе рациональныхъ способовъ, если только нѣтъ специальныхъ противопоказаній, я совѣтую больную приготовить къ операціи и захлороформировать, но прежде чѣмъ къ таковой приступить, создать себѣ достаточный доступъ путемъ соответственнаго разсѣченія (чаще всего промежности и задней стѣнки влагалища, или по направленію къ сѣдалищному бугру—Schuchardt) къ области предположенной фистулы, что даетъ возможность выяснитъ соответственную топографію и рѣшить вопросъ, возможно ли вообще и какимъ путемъ провести оперативное леченіе. Возможно, что для обнаженія фистулы потребуется, кромѣ сдѣланнаго, тотъ или иной добавочный разрѣзъ,—это конечно а priori рѣшено быть не можетъ и выясняется особенностями каждаго случая въ отдѣльности. Если бы терапія при-

знана была выполнимой, то, по остановкѣ кровотеченія изъ сдѣланныхъ разрѣзовъ, къ таковой обыкновенно можно и приступить. Примѣненіе вышеописанныхъ вспомогательныхъ разрѣзовъ я могу горячо рекомендовать, такъ какъ благодаря только этому приему возможно бываетъ излечить больныхъ, тѣмъ болѣе, что другіе способы расширенія, какъ, напр., систематическое введеніе шаровидныхъ расширителей изъ твердаго каучука *Bozemann'a*, крайне мучительны и къ практическимъ результатамъ не приводятъ. Разрѣзы, произведенные для доступа къ фистулѣ, послѣдовательно или вновь зашиваются, или заживляются при помощи тампонаціи.

Вторымъ не менѣе существеннымъ осложненіемъ представляется крайняя ограниченность въ подвижности краевъ фистулы или полная ихъ несмѣщаемость, такъ что при данныхъ условіяхъ соединить, а тѣмъ болѣе разсчитывать на срощеніе краевъ фистулы не представляется возможнымъ. У подобныхъ больныхъ главная задача сводится къ тому, чтобы прежде всего создать краямъ фистулы достаточную подвижность и лишь затѣмъ соединить ихъ швами. Въ подобныхъ случаяхъ я поступаю слѣдующимъ образомъ: обнаживъ зеркалами операціонное поле и хорошо ориентировавшись въ топографическихъ отношеніяхъ, я провожу, отступя отъ краевъ фистулы на 3—4 смт., глубокіе разрѣзы вплоть до костей таза (*ramus descend. os. pubis*), съ которыми край фистулы обыкновенно плотно соединенъ и, придерживаясь вплотную костей, частью распаторіемъ, частью при помощи ножницъ отдѣляю рубцы отъ соединенія ихъ съ костью. При помощи такого способа я проникаю вглубь настолько, чтобы освобожденные отъ фиксаціи края фистулы безъ натяженія хорошо могли бы быть прилажены другъ къ другу. При фиксаціи краевъ фистулы въ другихъ мѣстахъ, напр. къ неподвижной маткѣ, освобожденіе краевъ фистулы распространяется и на эти отдѣлы тазовыхъ органовъ, напр., отслонкой пузыря отъ соединенія съ маткой (см. рис. 196) и такъ далѣе, пока не будетъ достигнута необходимая подвижность краевъ фистулы. Вышеописаннымъ приемомъ, такъ сказать, освобождается весь нижній сегментъ пузыря, отвѣчающій мѣсту расположенія фистулы отъ развившихся въ этой области срощеній, чѣмъ устраняется препятствующая зашиванію неподвижность и напряженіе его стѣнокъ въ области фистулезнаго отверстія. Создавъ необходимую подвижность, приступаютъ къ освѣженію краевъ и наложенію швовъ, какъ объ этомъ было упомянуто выше. Оставшіяся послѣ такой операціи раневыя поверхности рыхло выполняются марлей во избѣжаніе застоя выдѣленій и ради остановки обыкновенно наблюдаемаго паренхиматознаго кровотеченія. *Schauta* предлагаетъ аналогичный приемъ для отдѣленія краевъ пузыря, смежныхъ съ фистулой, отъ фиксаціи къ костямъ таза и другимъ прилегающимъ частямъ, но только онъ ведетъ разрѣзъ не со стороны влагалища, какъ это мною практикуется, а проводитъ его со стороны кожи, снаружи и параллельно большой губѣ, и затѣмъ прокладываетъ себѣ тупымъ путемъ дорогу вглубь, вплоть до фиксированныхъ краевъ фистулы, которые затѣмъ и отдѣляются соответственными приемами.

Рубцевыя  
фиксаціи  
краевъ фи-  
стулы.



Трансвези-  
кальный  
способъ  
Trendelen-  
burg'a.

Помимо только что описанныхъ способовъ существуетъ предложеніе, какъ при *sectio alta*, разрѣзавъ мягкія части надъ лоннымъ соединеніемъ, тупымъ путемъ добраться до нижняго сегмента пузыря и такимъ способомъ отдѣлить края фистулы отъ сросеній. Дальнѣйшія манипуляціи происходятъ со стороны влагалища. Для случаевъ, недоступныхъ со стороны влагалища, Trendelenburg предложилъ такъ наз. *transvesical'ный* путь (рис. 201). Начинается эта операція съ отдѣленія прямыхъ мышцъ живота отъ *symphysis* и обнаженія передней стѣнки пузыря, черезъ которую въ поперечномъ направленіи проводится разрѣзъ въ 4—5 смт. Въ виду того, что для подобной операціи больная располагается на косої плоскости съ сильно приподня-

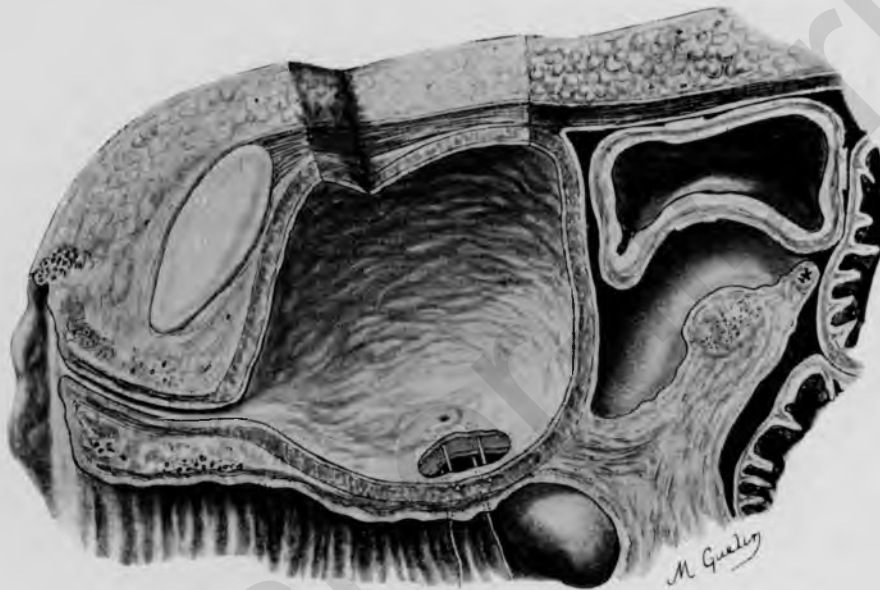


Рис. 201. Трансвезикальный способъ Trendelenburg'a.

тымъ тазомъ (положеніе Trendelenburg'a), пузырь растягивается входящимъ въ него воздухомъ, и расположенная на задней стѣнкѣ фистула хорошо видна и доступна для необходимыхъ манипуляцій. Края фистулы освѣжаются со стороны пузыря (эндовезикальный способъ) и зашиваются кѣгуттомъ тоже со стороны слизистой. Во избѣжаніе отложенія солей, чтобы можно было послѣдовательно снять швы, нитка накладывается со стороны пузыря такъ, чтобы концы ея были выведены во влагалище и здѣсь же потомъ завязаны. Послѣдовательно зашивается разрѣзъ, проведенный черезъ переднюю стѣнку пузыря, двумя ярусами швовъ, но только такъ, чтобы швы не вдавались въ просвѣтъ органа. Несомнѣнный недостатокъ способовъ надлобковаго сѣченія надо усмотрѣть въ послѣдовательномъ развитіи грыжъ брюшной стѣнки, особенно при отдѣленіи прямыхъ мышцъ отъ лонныхъ костей. Необходимость примѣненія капиллярнаго дренажа въ видѣ марлевыхъ

полосъ, вводимыхъ въ область паравезикальной клѣтчатки, тоже содѣйствуетъ послѣдовательному образованію грыжи. Предложеніе Dittel'я—производить для указанной выше цѣли чревосѣченіе, чтобы этимъ способомъ отдѣлить пузырь отъ матки и устранить остальные рубцевыя сращения, въ виду его значительной опасности распространенія не получило.

Вышеизложенный принципъ освобожденія отъ рубцовыхъ фиксацій того сегмента пузыря, который отвѣчаетъ краямъ фистулы, чтобы создать по одному изъ вышеописанныхъ оперативныхъ способовъ возможность конфронтровать и сшить края имѣющагося дефекта, можно сказать, представляется въ настоящее время наиболѣе распространеннымъ; если обладать необходимой оперативной техникой, то обыкновенно не представляется надобности прибѣгать къ какому-либо иному приему, и въ нашей, напр., практикѣ при помощи описаннаго способа мы всегда выходили изъ затрудненій, отпуская больныхъ излеченными во всѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло касалось лишь дефектовъ въ стѣнкахъ пузыря. Тѣмъ не менѣе достойны полнаго вниманія еще два способа, которые въ трудныхъ случаяхъ могутъ оказать цѣнныя услуги: способъ закрытія дефекта *пересадкой лоскута*, взятаго изъ смежныхъ частей, и способъ примѣненія *маточной шейки или тѣла матки* для приторачиванія къ нимъ краевъ фистулы, чтобы этимъ способомъ закрыть имѣющийся дефектъ въ пузырьѣ. Что касается метода съ пересадкой лоскута, то онъ производится по общимъ правиламъ хирургіи: лоскутъ остается въ связи съ организмомъ при помощи ножки, пока лоскутъ не прирастетъ къ мѣсту назначенія. Чаще всего лоскутъ выкраивается изъ сосѣднихъ частей влагалищной стѣнки, причемъ запрокидывается около оставленнаго прикрѣпленія (ножки) такъ, чтобы стороной многослойнаго плоскаго эпителія онъ былъ направленъ въ сторону полости пузыря. Такой приемъ наиболѣе выгоденъ, такъ какъ даетъ возможность сохранить широкую ножку и обезпечить лучшее питаніе лоскуту. Но пользовались съ тою же цѣлью и кожными лоскутами, и даже мышечными (Sellheim). Дать какое-либо общее правило, съ какого мѣста и какой формы, величины и т. под. нужно выкраивать лоскутъ, не представляется возможнымъ, такъ какъ это всецѣло зависитъ отъ особенностей каждаго отдѣльнаго случая, и поэтому оператору всегда предстоитъ рѣшить, какъ это выгоднѣе сдѣлать. То же нужно сказать про случаи, когда для закрытія дефекта утилизируется матка. Когда вся шейка вшивается въ дефектъ пузыря, и маточный зѣвъ оказывается обращеннымъ въ просвѣтъ его, то при такомъ положеніи шейки менструація происходитъ черезъ пузырь, выдѣляясь періодически вмѣстѣ съ мочей, что несомнѣнно имѣетъ свои отрицательныя стороны, такъ какъ нерѣдко отражается на состояніи слизистой пузыря. Для того, чтобы употребить матку для закрытія дефекта, необходимо вскрыть Дугласово пространство и извлечь тѣло матки, и затѣмъ вставить соотвѣтственный отдѣлъ ея тѣла въ просвѣтъ фистулы и пришить къ его краямъ. Очевидно, что для искусственнаго созданія столь ненормальныхъ условій, которыя могутъ сами по себѣ вызвать соотвѣтственные болѣзненные симптомы, необходимо имѣть убѣжденіе, что всякій болѣе рациональный

Закрытіе  
фистулы пу-  
темъ пере-  
садки ло-  
скута.

Закрытіе  
фистулы  
при помощи  
матки.

способъ въ данномъ случаѣ не примѣнимъ, такъ какъ въ сущности мы вѣдь замѣняемъ лишь болѣе тягостное болѣзненное состояніе другимъ патологическимъ состояніемъ. Впрочемъ, чтобы добиться закрытія фистулы, прибѣгали даже и къ экстирпации матки.

Возстано-  
вление моче-  
испускательнаго ка-  
нала.

Однимъ изъ болѣе тяжкихъ осложненій мочевыхъ фистулъ являются одновременныя поврежденія или полное разрушеніе мочеиспускательнаго канала.

Въ подобныхъ случаяхъ отъ закрытія фистулы тяжкое положеніе больныхъ не мѣняется, такъ какъ, въ виду невозможности задерживать мочу, тягостный симптомъ этотъ и всѣ связанныя съ нимъ явленія остаются безъ измѣненія. Въ подобныхъ случаяхъ естественнымъ желаніемъ является стремленіе достигнуть восстановленія нормальныхъ анатомическихъ условій и связанныхъ съ этимъ утраченныхъ функцій мочеиспускательнаго канала. Такъ какъ способность удерживать мочу зависитъ, главнымъ образомъ, отъ дѣйствія сфинктеровъ шейки пузыря, а также мочеиспускательнаго канала, то въ подобныхъ случаяхъ главное наше вниманіе должно быть сосредоточено на восстановленіи, resp. соединеніи этихъ отдѣловъ мышечной системы. При нарушеніи вообще полыхъ органовъ, какъ, напр., при разрывахъ прямой кишки, оперативный успѣхъ восстановленія функцій находится въ прямой

Рис. 202. Уретропластика по Д. О. Отту. Освѣженіе и наложеніе перваго яруса швовъ.

зависимости отъ хорошаго соединенія разорванныхъ и потому бездѣйствующихъ жомовъ. Исходя изъ этихъ соображеній, около 20 лѣтъ тому назадъ я предложилъ способъ уретропластики, при которомъ, путемъ топографо-анатомическаго соединенія жомовъ, утилизируя еще уцѣлѣвшіе мышечные элементы ихъ, мы восстанавливаемъ функціональную способность мочеиспускательнаго канала. Пред-

ложенная мною операция <sup>1)</sup> производится слѣдующимъ образомъ: съ обѣихъ сторонъ отъ уцѣлѣвшей передней стѣнки мочеиспускательнаго канала (части, прилегающей къ симфизу) производится освѣженіе въ видѣ двухъ параллельныхъ лоскутовъ,—каждый шириною въ  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ —1 смт.,—между которыми такимъ образомъ располагается уцѣлѣвшій отдѣлъ мочеиспускательнаго канала. Въ наиболѣе отдаленномъ отъ входа отдѣлѣ обѣ эти полосы дугообразно соединяются, представляя изъ себя форму подковы съ длинными вѣтвями и узкимъ между ними пространствомъ, шириной въ  $1$ — $1\frac{3}{4}$  смт., отвѣчающимъ будущему каналу (рис. 202). Верхними концами фигуру освѣженія приходится начинать немного ниже мѣста похотника, дугообразное же соединеніе приходится непосредственно за входомъ въ пузырь, такъ что при сшиваніи одной половины освѣженія съ другой образуется трубка—вновь созданный мочеиспускательный каналъ, внутренняя поверхность котораго состоитъ изъ многослойнаго плоскаго эпителия. Техника зашиванія—какъ обычно это дѣлается при возстановленіи полыхъ органовъ: первый — погружной ярусъ (не проникающій въ просвѣтъ канала); второй — болѣе поверхностный ярусъ швовъ, завязываемыхъ со стороны влагалища (рис. 203). При выполненіи описываемой операціи, въ виду очень тонкой пластики, требуется особая точность при выполненіи отдѣльныхъ моментовъ, потому что въ противномъ случаѣ неудача—явленіе не рѣдкое. Поэтому укажу на нѣкоторыя особенности, которыя нужно имѣть въ виду. Ширина участка, не подлежащаго

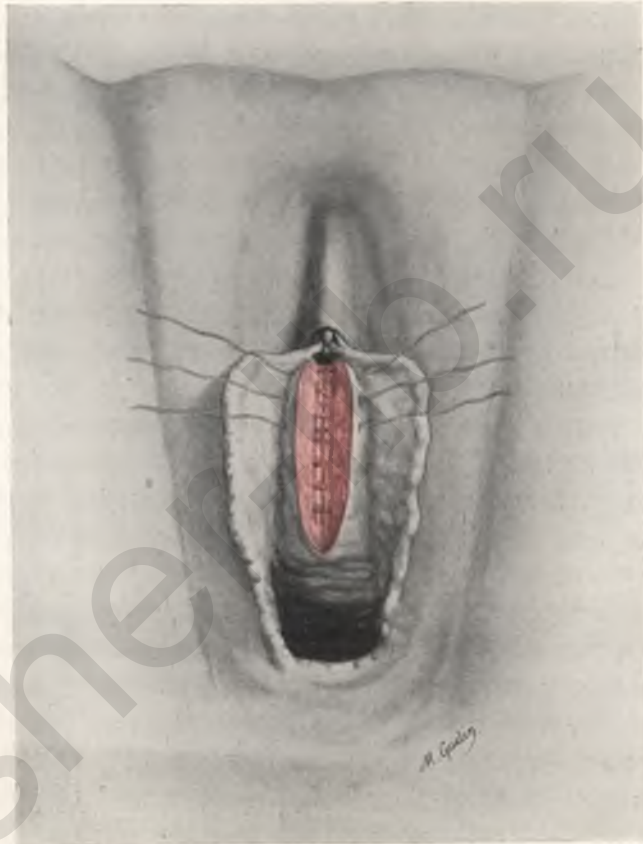


Рис. 203. Уретропластика по Д. О. Отту. Ярусъ погружныхъ швовъ завязанъ.

болѣе поверхностный ярусъ швовъ, завязываемыхъ со стороны влагалища (рис. 203). При выполненіи описываемой операціи, въ виду очень тонкой пластики, требуется особая точность при выполненіи отдѣльныхъ моментовъ, потому что въ противномъ случаѣ неудача—явленіе не рѣдкое. Поэтому укажу на нѣкоторыя особенности, которыя нужно имѣть въ виду. Ширина участка, не подлежащаго

<sup>1)</sup> Д. О. Оттъ—Объ оперативномъ лѣченіи пузырно-влагалищныхъ фистулъ, осложненныхъ разрушеніемъ мочеиспускательнаго канала. Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней, 1894, стр. 513.

освѣженію и расположеннаго между вѣтвями подковы, должна быть расчитана нѣсколько шире, такъ какъ онъ значительно сокращается по проведеніи ограничивающихъ его разрѣзовъ. Швы должны быть наложены изъ очень тонкаго шелка. Самый вновь создаваемый каналъ нужно дѣлать значительно уже нормальнаго, такъ какъ силы оставшихся мышечныхъ жомовъ, соединяемыхъ во время пластики, можетъ не хватить для сдавливанія канала съ широкимъ просвѣтомъ; при тонкомъ же просвѣтѣ это достигается легче. Съ тою же цѣлью очень выгодно удлинить нѣсколько весь каналъ. Предложенная операція даетъ очень удовлетворительные результаты иногда даже и въ тѣхъ случаяхъ, когда созданіе новаго канала удалось не на всемъ его протяженіи, что въ свою очередь требуетъ черезъ 6—8 недѣль новыхъ попытокъ къ исправленію дефектовъ. Принципъ и осуществленіе уретропластики въ предложенномъ мною способѣ существенно отличается отъ приѣма, предложеннаго Olshausen'омъ, который сшивалъ лоскуты, отпрепарованные съ одной своей (наружной) стороны, заворачивалъ кнутри и соединялъ ихъ въ трубку (новый каналъ) швами, не удаляя при этомъ вовсе тканей. Въ моемъ же методѣ подковообразный лоскутъ совершенно удаляется, чтобы такимъ образомъ обнажить (освѣжить) и соединить остатки уретральной мускулатуры. При удавшейся пластикѣ достигнутый эффектъ всегда будетъ находиться въ прямой зависимости отъ количества уцѣлѣвшихъ мышцъ, разошедшіеся концы которыхъ вновь соединены. Если мышечные элементы успѣли атрофироваться, а оставшіеся слишкомъ слабы, чтобы въ достаточной степени держать закрытымъ мочеиспускательный каналъ, то иногда помогаетъ добавочное вмѣшательство, имѣющее цѣлью ссужить просвѣтъ канала. Для этого на нѣкоторомъ протяженіи отъ *orificium externum* проводится съ каждой стороны отъ него два поперечныхъ разрѣза въ  $1\frac{1}{2}$ —2 смт., средніе отдѣлы этихъ разрѣзовъ разобщаются оттягивающимъ ихъ пинцетомъ вверхъ и внизъ, и на щель разрѣза, сдѣлавшуюся вслѣдствіе такого растяженія изъ поперечной—продольной, въ послѣднемъ направленіи накладываются швы. Послѣдствіемъ такого приѣма является растяженіе наружнаго отверстія уретры вправо и влѣво, а слѣдовательно оно въ извѣстной степени ссуживается, причемъ остатковъ мускулатуры при такихъ условіяхъ оказывается иногда достаточно, чтобы получилось произвольное задержаніе мочи. Pawlik совершенно въ томъ же расчетѣ рекомендовалъ вырѣзывать овальные куски, относительно довольно глубоко вдающіеся въ толщу, и полученный дефектъ закрывать швами, причемъ тоже получается растяженіе въ стороны, а слѣдовательно нѣкоторое сдавленіе уретры. Описанные приѣмы, помимо своего примѣненія въ случаяхъ возстановленія разрушеннаго мочеиспускательнаго канала, рекомендуются вообще и тогда, когда уретра относительно цѣла, но мышцы ея атрофировались или настолько ослабли, что оказываются сами по себѣ несостоятельными для произвольнаго задержанія мочи. Для подобныхъ случаевъ Gersunъ предложилъ выпрепаровывать до извѣстной глубины наружный отдѣлъ мочеиспускательнаго канала и вновь его шивать на прежнемъ мѣстѣ, предварительно перекрутивъ его около продольной оси на  $180$ — $360^\circ$ ! Не трудно



усмотрѣть, что подобный пріемъ очень грубъ, и рассчитывать на успѣхъ тоже далеко не всегда возможно, тѣмъ болѣе, что выпрепарованный конецъ уретры легко можетъ подвергнуться омертвѣнію, въ виду чего Gersuny и рекомендуетъ оставлять побольше тканей въ связи съ препаруемымъ отдѣломъ. Изъ скуднаго перечня имѣющихся пока въ литературѣ предложеній вполнѣ очевидно, что интересующій насъ вопросъ очень мало разработанъ; а предложеніе Gersuny является очень грубымъ пріемомъ; въ виду этого я пока считаю себя въ правѣ особенно рекомендовать мною предложенный, вышеописанный методъ пластики уретры; за этимъ методомъ, несомнѣнно, то преимущество, что онъ—строго топографическій и стремится къ *restitutio ad integrum*, а на практикѣ уже далъ нѣсколько случаевъ излеченія. Упоминаемый методъ находитъ примѣненіе и въ тѣхъ случаяхъ, когда разрушенъ лишь наружный конецъ уретры, а оставшаяся часть не въ состояніи обезпечить правильной задержки мочи. При такихъ условіяхъ лишь вся фигура освѣженія будетъ меньше, чѣмъ при полномъ разрушеніи уретры.

Для случаевъ, когда уретра совершенно разрушена, Н. М. Волковичъ предложилъ, исходя изъ другихъ соображеній, совершенно оригинальный и новый методъ операціи, чтобы создать приспособленіе, замѣняющее мочеиспускательный каналъ. Волковичъ начинаетъ операцію надлоннымъ разрѣзомъ и, дойдя до стѣнокъ пузыря, отдѣляетъ его внизъ отъ симфизы на возможно большемъ протяженіи, затѣмъ разрѣзомъ со стороны влагалища производитъ ту же работу для созданія возможно большей подвижности соотвѣтственнаго отдѣла пузыря. Вслѣдъ за тѣмъ въ тканяхъ подъ симфизой прокладывается новый каналъ, въ который впячивается стѣнка пузыря и тутъ фиксируется швами. На верхушкѣ этого впяченного участка, обращеннаго такимъ образомъ въ своего рода новый каналъ, продѣлывается отверстіе — *orificium urethrae artificialis*—для оттока мочи. При такихъ условіяхъ внутренняя поверхность канала представляется на всемъ протяженіи выстланной эпителиемъ, а стѣнки его содержатъ мышечную прослойку. Описанной операціей Волковичемъ были достигнуты результаты удовлетворительные.

#### *Colpocleisis и obliteratio vulvae rectalis.*

Благодаря все усовершенствующейся техникѣ операціи мочевыхъ фистулъ, послѣднія, можно сказать, въ громадномъ большинствѣ случаевъ удается самостоятельно закрыть и такимъ образомъ въ болѣе или менѣе значительной степени сохранить функціи мочевого аппарата. Въ той исключительно категоріи случаевъ, гдѣ почему либо не удастся провести этотъ принципъ, остается въ запасъ крайне несовершенный пріемъ—*colpocleisis*, примѣняемый какъ *ultima ratio*. Операція эта состоитъ въ искусственномъ зашиваніи наглухо влагалища ниже фистулы, причемъ, слѣдовательно, влагалище обращается въ слѣпой мѣшокъ, и верхній отдѣлъ его вмѣстѣ съ маткой и имѣющейся фистулой представляется совершенно обособленнымъ.

При такихъ условіяхъ произвольное истеченіе мочи, конечно, устраняется, но за то менструальная кровь, вытекающая изъ матки, попадаетъ черезъ фистулезный дефектъ въ пузырь и вмѣстѣ съ мочей выводится наружу черезъ мочеиспускательный каналъ.

Техническое выполненіе *colproctoleisis* очень не сложное и заключается въ отпрепаровкѣ непосредственно подъ фистулой кольцеобразнаго лоскута, шириной въ

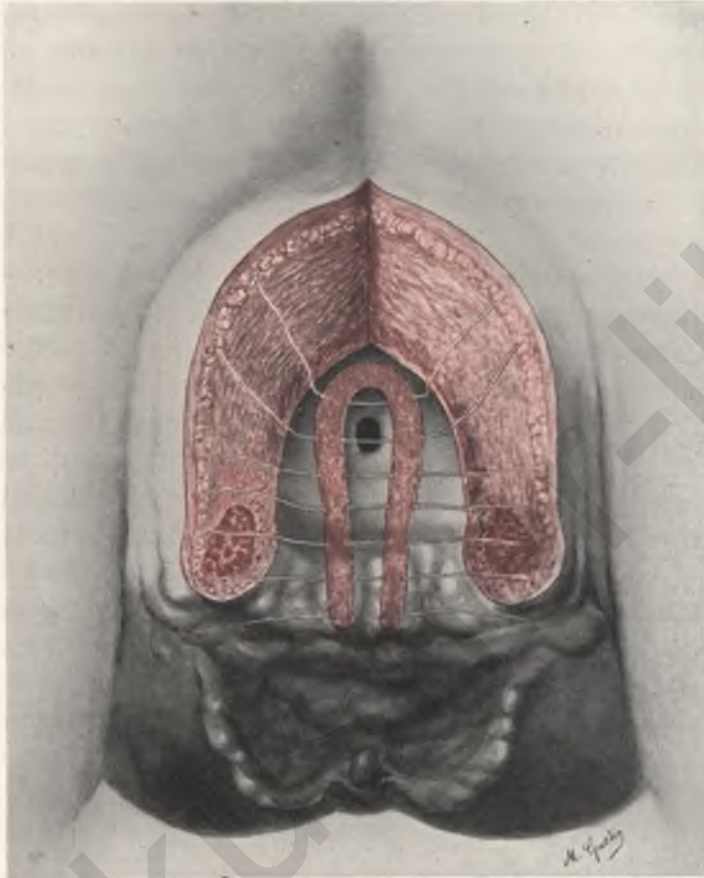


Рис. 204. Операция М. С. Субботина. Разрѣзъ кишки и производство освѣженія для будущаго мочеиспускательнаго канала.

1 — 1½ смт., изъ всей окружности влагалищной трубки, послѣ чего обращенныя другъ къ другу стѣнки влагалища срачиваются путемъ наложенія двухъ ярусовъ швовъ: глубокаго погружнаго и поверхностнаго. Такъ какъ при *colproctoleisis*'ѣ происходитъ завѣдомое укороченіе влагалища, представляющее помѣху при *coitus*'ѣ, то рекомендуется шиваніе стѣнокъ влагалища производить какъ можно выше и дальше отъ входа. Очевидно, что производство *colproctoleisis*'а допустимо лишь въ случаяхъ, когда имѣется функционирующій мочеиспускательный каналъ, и вообще жомы пузыря въ порядкѣ. Когда этого нѣтъ, то операция безцѣльна, и для подобныхъ случаевъ предложена полная искусственная облитерация влагалища и мочевыхъ путей,—операция предложена Rose и названа имъ *obliteratio vulvae rectalis*. Для того, чтобы моча и менструальная кровь имѣли свободный оттокъ, предварительно требуется проложить непосредственно надъ кишечнымъ жомомъ фистулу для сообщенія влагалища съ прямой кишкой. При такихъ условіяхъ вся работа переносится на кишечные жомы: въ кишкѣ задерживаются не только экскременты, но и накапливающаяся моча и менструальная кровь. Из-

6520000

вѣстно не мало случаевъ, гдѣ послѣ удачной операціи тѣмъ не менѣ приходилось вновь нарушать цѣлость зарощеннаго влагалища для удаленія образовавшихся конкрементовъ и устраненія связаннаго съ этимъ воспаленія стѣнокъ пузыря, невыносимыхъ болевыхъ ощущеній и т. под. явленій, ставящихъ жизнь больныхъ въ прямую опасность. Въ своей дѣятельности я уже давно изгналъ окончательно объ операціи, обходясь мѣрами болѣе рациональными и бережными, между прочимъ создавая вышеописаннымъ способомъ искусственный мочеиспускательный каналъ.

Помимо *obliteratio vulvae rectalis* Rose существуетъ еще предложеніе непосредственной пересадки мочеточниковъ въ прямую кишку, что производится путемъ чревосѣченія. Если технически та и другая операціи не сопряжены съ трудностями, то въ смыслѣ результатовъ объ онѣ пользуются очень печальной славой, такъ какъ восходящій піэлитъ, представляющійся обычнымъ ихъ спутникомъ, подвергаетъ большую большому риску и нерѣдко смертельному исходу. Въ виду сказаннаго, показанія для подобныхъ мѣропріятій

должны быть ограничены до крайности. Русскими авторами (В. С. Груздевымъ, Д. Д. Поповымъ) примѣненъ былъ для подобныхъ случаевъ въ оперативномъ отношеніи хотя и болѣе сложный, но, несомнѣнно, болѣе разумный съ принципиальной точки зрѣнія приемъ, впервые предложенный М. С. Субботинымъ для леченія врожденной эктопіи пузыря. Субботинъ предлагаетъ переднюю часть прямой кишки, вмѣстѣ съ частью жомовъ, совершенно обособить отъ задней, создавъ для этой цѣли продольную перегородку въ фронтальномъ направленіи.

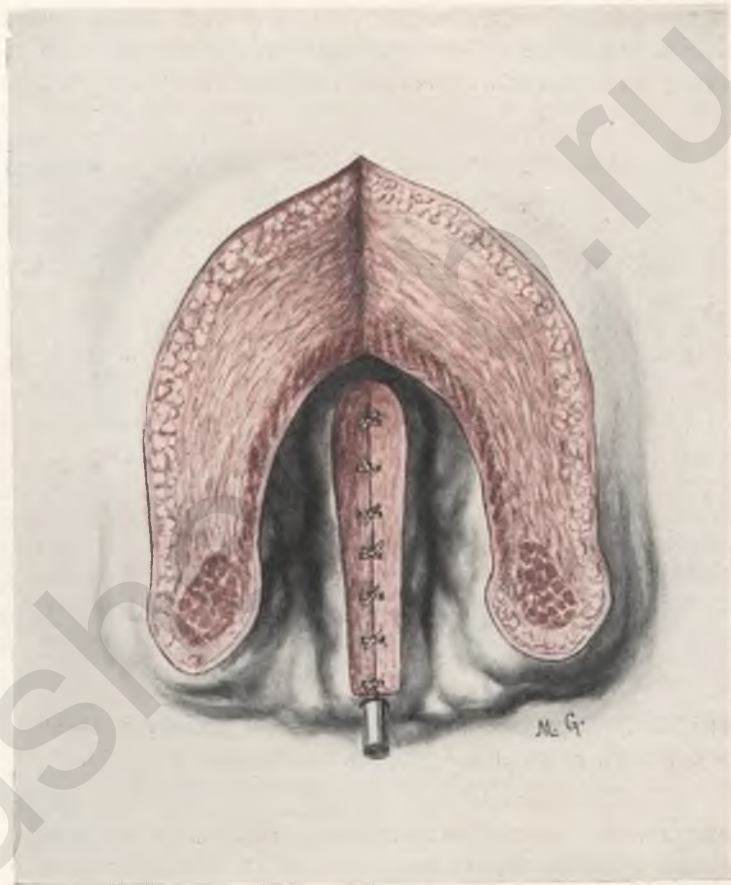


Рис. 205. Операція М. С. Субботина при эктопіи пузыря. Зашиваніе новообразованнаго мочеиспускательнаго канала.

Операція  
М. Субботина.



Такимъ образомъ совершенно обособленный передній участокъ прямой кишки предназначается исключительно служить резервуаромъ для скопляющейся мочи, а временно—и для менструальной крови. Преимущество указанного метода передъ способомъ Rose заключается въ стремленіи устранить развитие *pyelitis ascendens*, обычно наблюдаемаго при сообщеніи мочевыхъ путей съ кишечникомъ.

Авторъ такъ описываетъ свою операцію.

1. Срединный разръзъ сзади черезъ кожу, заднюю стѣнку прямой кишки и задній проходъ. Попутно, когда нужно, костными ножницами отрѣзывается копчикъ. У болѣе взрослыхъ копчикъ можетъ быть оставленъ. Края разръза кожи и кишки фиксируются при помощи моихъ захватовъ къ окружающей кожѣ. Такимъ образомъ широко открываются переднія стѣнки прямой кишки и



Рис. 206. Операція М. С. Субботина при эктопіи пузыря.  
Схематич. сагиттальный разръзъ по окончаніи операціи.

мочеточниковъ, во избѣжаніе пораненія послѣднихъ и брюшины. Получается отверстіе, соединяющее полость пузыря съ полостью прямой кишки. Края этого отверстія обшиваются 6-ю узловыми струнными швами. Эти швы накладываются иглами Trélat для уранопластики и стафилографіи. Наложеніе этихъ швовъ—самый трудный актъ операціи, но при вниманіи и осторожности они накладываются безъ поврежденія брюшины и мочеточниковъ какъ у мальчиковъ, такъ и у дѣвочекъ.

3. Около образованнаго отверстія производится черезъ слизистую оболочку кишки (до мышечной) подковообразный разръзъ, концы котораго оканчиваются на кожѣ промежности у отверстія задняго прохода (рис. 204). Получается лоскутъ въ  $\frac{1}{3}$  окружности прямой кишки. Края этого разръза нѣсколько отсепаровываются отъ подлежащей мышечной оболочки.

4. Черезъ анастомозирующее отверстіе вводится тонкостѣнная дренажная трубка, и, уложивъ ее на подковообразномъ лоскутѣ, края послѣдняго соединяють надъ нею посредствомъ непрерывнаго струннаго № 1 шва (рис. 205). При наложеніи этого шва захватывается мышечная слизистая оболочки кишки. Калибръ дренажа—по возрасту. Какъ и для этого шва, такъ и

задняго прохода (см. рис. 204). Незначительное кровотеченіе останавливается наложеніемъ нѣсколькихъ струнныхъ лигатуръ. Слизистая прямой кишки тщательно вытирается стерилизованными марлевыми компрессами. Кишка глубоко тампонируется.

2. Непосредственно надъ наружнымъ сфинктеромъ прямой кишки проводится разръзъ черезъ переднюю стѣнку ея, длиною въ 3 смт. Теперь указательнымъ пальцемъ лѣвой руки черезъ расщелину пузыря задняя стѣнка его выпячивается въ только-что сдѣланный разръзъ кишки, захватывается острыми крючками и разръзывается. Разръзъ стѣнки пузыря долженъ быть насколько возможно низко и по срединѣ между отверстіями

для слѣдующихъ двухъ требуется короткая круглая игла. Толщина иглы должна соответствовать толщинѣ кѣтгута. Вслѣдъ за этимъ накладывается непрерывнымъ такимъ же № кѣтгута шовъ на мышечную оболочку, которая прокалывается по длинѣ разрѣза, а не поперечно-скорняжный шовъ. За этимъ мышечнымъ швомъ слѣдуетъ такой же, какъ первый, шовъ на заднѣе края подково-образнаго разрѣза слизистой оболочки. Получается такимъ образомъ изъ передней трети прямой кишки продолговатая полость или каналъ, совершенно изолированный отъ остальной части кишки тройнымъ швомъ. Эта полость или каналъ сообщается съ мочевымъ пузыремъ и у задняго прохода оканчивается отверстіемъ, которое составляетъ часть заднепроходнаго отверстія. Слѣдовательно заднепроходное отверстіе раздѣляется на два: заднее, большее, ведетъ въ кишечный каналъ, а переднее, меньшее,—въ изолированный каналъ, ведущій въ мочевой пузырь (рис. 206).

5. Разрѣзъ задней стѣнки прямой кишки закрывается двумя непрерывными кѣтгутовыми № 1 швами: одинъ шовъ на слизистую и другой—на мышечную оболочку прямой кишки.

6. Разрѣзъ наружныхъ покрововъ зашивается глубокими узловыми шелковыми швами и поверхностнымъ непрерывнымъ шелковымъ швомъ. Въ нижнемъ отдѣлѣ кожной раны часть ея оставляется не зашитою для вложенія тампона на первые два—три дня. Тампонъ и дренажъ въ задній проходъ и прямую кишку, предварительно удаливъ тампонъ, введенный въ прямую кишку, въ началѣ операціи.

Расщелина пузыря пока остается. Черезъ нее выводится дренажная трубка, которая проходитъ черезъ новообразованную уретру на промежность. Передній и задній концы дренажа связываются между собою на промежности, такимъ образомъ онъ образуетъ кольцо, проходящее черезъ мочевой пузырь и новую уретру, и служитъ для стока мочи и для промыванія названныхъ органовъ.

По заживленіи ранъ дренажъ à demeure замѣняется ежедневною катетеризаціею новой уретры металлическимъ или эластическимъ катетеромъ.

Спустя 2—4 недѣли послѣ операціи приступаютъ ко второму приему: къ закрытію расщелины мочевого пузыря и передней брюшной стѣнки. Для успѣха этого приема слѣдуетъ тщательно освѣжить кругомъ края слизистой оболочки пузыря, не вскрывая брюшины и, удаливъ рубцовую ткань, соединить ихъ между собою. Такимъ образомъ получается полость пузыря, со всѣхъ сторонъ покрытая слизистой оболочкой.

#### **КИШЕЧНО - ВЛАГАЛИЩНЫЯ И ПРОМЕЖНОСТНО-ВЛАГАЛИЩНЫЯ ФИСТУЛЫ.**

Фистулы этой категоріи дѣлятся на двѣ группы: болѣе частая—когда сообщеніе происходитъ между влагалищемъ и прямой кишкой, и сравнительно крайне рѣдкая—когда сообщается петля тонкой кишки, случайно припаянная въ этомъ мѣстѣ. При прямокишечно-влагалищныхъ фистулахъ обыкновенно имѣетъ мѣсто прободеніе передней стѣнки кишки, и требуется лишь закрытіе такового. Въ большинствѣ случаевъ это достигается безъ особаго труда, и въ оперативно-техническомъ отношеніи дѣло, можно сказать, мало чѣмъ отличается отъ пузырно-влагалищныхъ фистулъ въ томъ случаѣ, когда кишечная фистула занимаетъ верхній отдѣлъ влагалища. Практичнѣе отдѣльно зашивать слегка отпрепарованную стѣнку кишки и стѣнку влагалища обычнымъ двухъяруснымъ швомъ. При развитіи соответственной техники такія героическія предложенія (Sänger),

чтобы послѣ поперечнаго разсѣченія промежности отслоить прямую кишку от влагалища вплоть до фистулы для того, чтобы такимъ путемъ освободить (расщепить) края фистулы, можно считать уже достояніемъ исторіи, представляющимъ интересъ лишь въ принципиальномъ отношеніи, такъ какъ достигнуть необходимой степени расщепленія можно обыкновенно *in loco*. Въ одномъ очень трудномъ случаѣ, осложненномъ обильными и неподатливыми рубцами, при фистулѣ, глубоко лежащей въ заднемъ сводѣ, я вскрылъ заднее Дугласово пространство, при чемъ не сращенный верхній край кишки легко удалось безъ напряженія подтянуть къ нижнему и съ успѣхомъ къ нему пришить, закрывъ такимъ образомъ фистулу <sup>1)</sup> (рис. 207—209). Влагалищный дефектъ отдѣльно

Способъ  
Д. О. Отта.



Рис. 207. Кишечно-влагалищная фистула. Схема сагиттальнаго разрѣза съ обозначеніемъ освѣженія (заштрихованныя мѣста).

не пришлось сшивать, ограничившись лишь стѣнками прямой кишки. Послѣдовательно была введена марля по направленію вскрытаго Дугласа. Въ одномъ очень сложномъ и запущенномъ случаѣ *Segond* резецировала весь нижній отрѣзокъ прямой кишки до самой фистулы и спустила верхній вплоть до *anus'a*, какъ это дѣлается при пораженіи кишки ракомъ.

Болѣе низко расположенныя фистулы, проникающія черезъ *corpus perinei*, требуютъ обыкновенно иной оперативной техники. Этотъ разрядъ фистулъ, какъ равно и фистулы влагалищно-промежностныя, представляются

Техника  
зашиванія  
низко лежа-  
щихъ фи-  
стулъ.

обычно слѣдствіемъ плохо заросшихъ разрывовъ промежности во время родового акта. При подобныхъ фистулахъ наиболѣе практичнымъ представляется полное разсѣченіе промежности вплоть до фистулы. Такой приѣмъ даетъ возможность лучше всего осмотрѣть свищевый ходъ и при освѣженіи на всемъ протяженіи вырѣзать стѣнки канала, послѣ чего такой полный разрѣзъ промежности зашивается по описанному ниже (см. стр. 269) способу, который, какъ показала 25-лѣтняя практика въ моей клиникѣ, всегда сопровождается успѣхомъ. Если мы имѣемъ дѣло съ фистулой влагалищно-промежностной, то по разсѣченіи промежности получаютъ условія неполнаго разрыва. Рекомендуемое предложеніе—обязательно разсѣкать всю промежность, помимо уже отмѣченныхъ выгодъ для совершеннаго освѣженія участка, отвѣчающаго фистулезному ходу,

<sup>1)</sup> Д. О. Отта.—Труды 2-го Съезда Россійскихъ гинекологовъ и акушеровъ въ Москвѣ. Дек. 1907 года.

одновременно открывает иные обыкновенно существующіе дефекты промежности, которые при описанномъ планѣ операціи устраняются попутно съ закрытіемъ фистулы. Послѣоперационный уходъ за подобными больными ничѣмъ не отличается отъ другихъ случаевъ пластическихъ операцій на стѣнкахъ влагалища.

Вторая категорія выдѣленныхъ нами случаевъ, когда существуетъ свищевой ходъ, открывающійся въ какой либо отдѣлъ тонкихъ кишокъ, въ оперативномъ отношеніи представляется много болѣе неблагоприятной, чѣмъ это наблюдается при фистулахъ ректовагинальных. Такъ какъ подобныя фистулы являются чаще всего слѣдствіемъ гнойныхъ процессовъ въ брюшной полости (при *pyosalpinx* и т. под.), то и топографическія отношенія могутъ быть крайне разнообразны, такъ что въ свою очередь требуютъ всегда очень тщательнаго предварительнаго выясненія. Если окажется, что мы имѣемъ дѣло лишь съ дефектомъ въ одной изъ стѣнокъ кишки, то оперативные приемы будутъ аналогичны выше описаннымъ.

Въ большинствѣ же случаевъ дѣло обстоитъ много сложнѣй, наблюдаются нерѣдко стриктуры кишечника, а иногда и полная непроходимость нижележащаго отдѣла, такъ что данный случай долженъ быть оцѣненъ, какъ *anus praeternaturalis vaginalis*. Очевидно, что въ подобныхъ случаяхъ нельзя ограничиться простымъ закрытіемъ фистулы, и для восстановленія здоровья больной приходится прибѣгать къ чревосѣченію, которое въ подобныхъ случаяхъ всегда

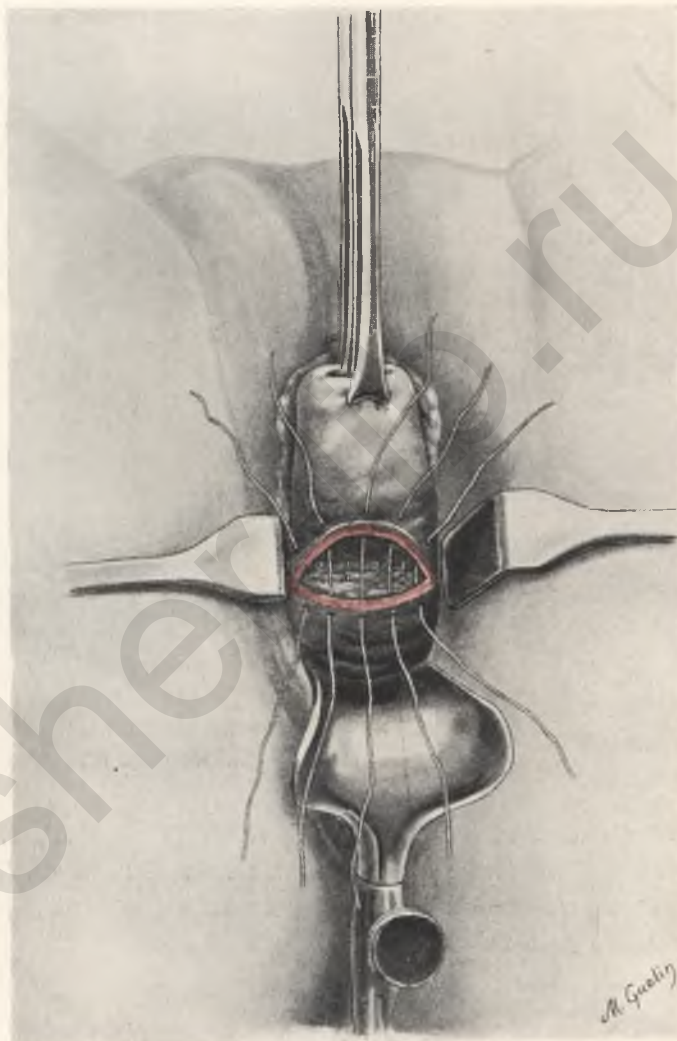


Рис. 208. Кишечно-влагалищная фистула. Наложеніе швовъ.

Свищи  
тонкихъ  
кишокъ.

представляется мѣрой очень опасной. Такое чревосѣченіе въ началѣ всегда носить характеръ діагностическаго приѣма, и дальнѣйшій образъ дѣйствія опредѣляется особенностями каждаго отдѣльнаго случая, согласно правиламъ кишечной



Рис. 209. Кишечно-влагалищная фистула. Видъ въ сагитальномъ разрѣзѣ, по наложеніи швовъ.

хирургіи. При опредѣленіи деталей поврежденій кишечника непосредственный осмотръ глазомъ прямой кишки и нисходящаго отдѣла толстой при помощи предложенныхъ мною (см. стр. 80) для этой цѣли спеціальныхъ освѣтительныхъ зеркалъ можетъ дать очень цѣнные данныя.



## ОПЕРАЦИИ ПРИ СМѢЩЕНІЯХЪ И НЕПРАВИЛЬНЫХЪ ПОЛОЖЕНІЯХЪ ПОЛОВЫХЪ ОРГАНОВЪ.

### ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНІЕ ВЫПАДЕНІЙ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ.

Теоретическія основанія для выбора рациональнаго метода оперативнаго вмѣшательства при выпаденіяхъ женскихъ половыхъ органовъ.

Едва ли при какомъ либо гинекологическомъ заболѣваніи было предложено столько оперативныхъ приѣмовъ для излеченія страданія, сколько мы ихъ имѣемъ при выпаденіяхъ женскихъ половыхъ органовъ. Описаніе всевозможныхъ оперативныхъ пособій при смѣщеніяхъ матки и окружающихъ органовъ желающіе могутъ найти въ различныхъ монографіяхъ, имѣвшихъ въ виду дать логическую и статистическую оцѣнку различнымъ методамъ <sup>1)</sup>. Мы не будемъ здѣсь излагать всѣ эти методы, тѣмъ болѣе, что не всѣ они къ тому же и рациональны. Достоинство всякаго оперативнаго метода квалифицируется тѣмъ, насколько онъ отвѣчаетъ причиннымъ показаніямъ. Чѣмъ успѣшнѣе тотъ или иной хирургическій приѣмъ сможетъ возстановить естественныя условія, нарушеніе которыхъ повлекло за собой данное страданіе, тѣмъ полнѣе будутъ какъ непосредственный эффектъ операции, такъ и отдаленные ея результаты. Въ виду этого, чтобы имѣть основаніе для оцѣнки рациональности метода, необходимо будетъ коснуться причинныхъ моментовъ разбираемаго страданія.

Равновѣсіе органовъ,—если не говорить о такихъ причинахъ, которыя, какъ напр., атмосферное давленіе, сила сцѣпленія и т. д., не поддаются нашему вмѣшательству,—зиждется главнымъ образомъ на силѣ мышечныхъ образованій, имѣющихъ

Зависимость равновѣсія органовъ отъ мышечныхъ силъ.

<sup>1)</sup> См. напр. *A. Martin*—Operative Behandlung des Genital-Vorfalles — X. Kongress der deutsch. Gesell. f. Gynäk. zu Würzburg, 1903, или «Сравнительная оцѣнка различныхъ способовъ операций для леченія неправильныхъ положеній и выпаденій матки»—программный вопросъ на V Междунар. акуш.-гинеколог. Конгрессѣ въ Спб. (*Hofmeier, Schauta, Westermarck, van de Velde*)—Travaux du Congrès, V. I, стр. 295, V. II, стр. 463, а также въ руководствахъ оперативной гинекологіи *Hofmeier'a, Döderlein-Krönig'a, Hartmann'a, Kelly* и др.

важное значеніе въ поддержаніи правильнаго топографическаго расположенія органовъ. На эти образованія воздѣйствовать мы можемъ, и потому въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ расслабленіе ихъ повлекло за собою смѣщеніе органовъ, мы можемъ примѣнить наше воздѣйствіе въ смыслѣ укрѣпленія и возстановленія функціональной способности соотвѣтствующихъ мышечныхъ группъ.

По отношенію къ маткѣ и окружающимъ ее органамъ соотношеніе мышечныхъ силъ, поддерживающихъ ихъ равновѣсіе, складывается слѣдующимъ образомъ. Матка, какъ и всѣ брюшные органы, находится подъ вліяніемъ мышечныхъ стѣнокъ брюшной полости. Весь мышечный аппаратъ, охватывающій извнѣ послѣднюю—такъ называемый *constrictor communis auctorum*,—можетъ быть разбитъ, какъ и мышечные аппараты другихъ органовъ (конечностей и т. д.), на двѣ группы, являющіяся антагонистами одна по отношенію къ другой. Верхняя группа состоитъ изъ мышцъ брюшной стѣнки и діафрагмы; нижняя группа представляется мышцами тазового дна, промежности, *diaphragma urogenitale*. Обѣ группы раздѣлены тазовымъ кольцомъ—костнымъ образованіемъ, которое, въ качествѣ *punctum fixum*, является мѣстомъ ихъ прикрѣпленія и опорю при ихъ дѣйстви.

Значеніе несостоятельности мышечныхъ силъ тазов. дна при выпаденіяхъ жен. полов. органовъ.

Несостоятельность одной какой либо группы влечетъ за собой перевѣсъ въ дѣйстви антагонистовъ, которые, давя на внутренности, будутъ вызывать ихъ смѣщеніе въ сторону ослабѣвшаго сопротивленія. Такимъ образомъ, при несостоятельности тазового дна перевѣсъ брюшного пресса и діафрагмы обуславливаетъ смѣщеніе книзу частей, лежащихъ ближе всего къ ослабѣвшей стѣнкѣ, а именно—влагалища, пузыря, кишки, а затѣмъ матки и даже кишечныхъ петель.

Эти соображенія, покоящіяся на анатомо-физиологическихъ данныхъ, встрѣчаютъ, какъ это и должно быть, подтвержденіе и въ нашихъ клиническихъ наблюденіяхъ. Въ случаяхъ смѣщенной внутреннихъ половыхъ органовъ всегда имѣется этиологическій моментъ въ видѣ растяженія и разрывовъ тазового дна при родахъ, словомъ, пуэрперальная травма его. Чрезвычайно рѣдко, лишь какъ исключеніе, выпаденіе встрѣчается у нерожавшихъ, но въ этихъ случаяхъ обыкновенно удается констатировать врожденную слабость, слѣдовательно, опять-таки функціональную недостаточность тазового дна (таковы, напр., выпаденія, наблюдаемая при недоразвитіяхъ въ нижнемъ отдѣлѣ туловища, при *pelvis fissa* и т. д.). Что же касается этиологическаго значенія такихъ факторовъ въ дѣлѣ выпаденія матки, какъ, напр., приводимое нѣкоторыми увеличеніе ея тяжести (метриты) или первичныя измѣненія положенія ея тѣла (ретроверсии-флексіи, —*Küstner*), то первое очевидно не имѣетъ никакого значенія, въ чемъ насъ убѣждаютъ повседневно встрѣчающіеся факты, а вторымъ можно придавать значеніе лишь побочныхъ или предрасполагающихъ моментовъ. Дѣйствительно, теоретически понятно, что при отклоненіяхъ матки кзади тазовое дно не можетъ такъ дѣйствительно проявлять свое задерживающее вліяніе на опущеніе органа книзу, какъ въ тѣхъ случаяхъ, когда длиникъ матки приходится подъ прямымъ угломъ къ задней стѣнкѣ влагалища и промежности. Такъ какъ, однако, съ одной стороны ретровертированныя матки могутъ существовать при хорошемъ

мышечномъ тазовомъ днѣ долгіе годы, не вызывая никакихъ явленій опущенія, а съ другой стороны то обстоятельство, что выпаденія матки сопровождаются обычно ея ретроверсіями, можно истолковать во многихъ случаяхъ въ смыслѣ обратной послѣдовательности, то очевидно, что въ этиологическомъ отношеніи центр тяжести долженъ оставаться въ состояніи мышечной силы тазового дна.

Изъ сказаннаго ясно вытекаетъ положеніе, что *при леченіи смѣщенной тазовыхъ органовъ мы должны обратить вниманіе прежде всего на обнаруженіе дефектовъ въ мышцахъ тазового дна и возстановить первоначальную функціональную способность этихъ послѣднихъ*. Этотъ принципъ былъ положенъ съ самаго начала въ основу нашей клинической дѣятельности и, неоднократно подкрѣпляемый анатомическими и клиническими данными, пріобрѣлъ теперь несомнѣнное значеніе руководящаго положенія нашей школы. Въ послѣднее время, подтвержденный также и извѣстными изысканіями Halban'a и Tandler'a, еще разъ отмѣтившихъ роль мышцъ тазового дна и особенно levator ani при выпаденіяхъ, онъ получилъ уже преобладающее значеніе и во взглядахъ другихъ школъ на леченіе пролапсовъ, и можно съ увѣренностью утверждать, что всѣ тѣ методы, которые отступаютъ отъ приведеннаго принципа, обречены, какъ несостоятельные и потому не оправдывающіе себя на практикѣ, на болѣе или менѣе скорое исчезновеніе изъ круга признанныхъ рациональныхъ мѣропріятій.

Возстановленіе функціональной способности тазового дна должно заключаться въ соединеніи разорванныхъ и поврежденныхъ мышцъ его и фасцій. Чѣмъ совершеннѣе оперативный методъ будетъ удовлетворять этому главному требованію, тѣмъ онъ будетъ цѣлесообразнѣе; и всѣ отдѣльныя частности метода, претендующаго на радикальное устраненіе страданія, должны быть направлены къ совершенному выполненію всѣхъ сторонъ, входящихъ въ разрѣшеніе вопроса. Такъ, мы должны обратить вниманіе на: 1) методъ освѣженія—его фигуру, размѣры, толщину снимаемаго лоскута и т. д.—это освѣженіе должно намъ позволить *добраться до концовъ всѣхъ разошедшихся мышцъ*; далѣе 2) способъ зашиванія, которое должно хорошо и правильно соединить разорванные мышечные и фасціальные слои; въ связи съ этимъ моментомъ нужно поставить и 3) выборъ матеріала для швовъ и другія стороны обстановки операціи. Ясно, что избранный методъ въ своихъ деталяхъ долженъ быть индивидуализируемъ сообразно со случаемъ; такъ, необходимо, напр., видоизмѣнять величину и фигуру освѣженія; иногда цѣлесообразно бываетъ прибавить къ основной операціи нѣкоторыя дополнительныя, улучшающія эффектъ главной; индивидуализація должна особенно касаться тѣхъ случаевъ, гдѣ на почвѣ недостаточности мышцъ развились измѣненія органовъ, исправимыя хирургическимъ путемъ (объ основаніяхъ для индивидуализаціи, а также дополнительныхъ и вспомогательныхъ операціяхъ будетъ сказано ниже). Имѣя въ виду свойство мышцъ атрофироваться при бездѣйствіи, очень важно исправлять дефектъ по возможности раньше—еще тогда, когда, напр., не успѣло образоваться значительнаго смѣщенія

Возстано-  
вленіе мы-  
шечной си-  
лы тазоваго  
дна.



органовъ, и когда, слѣдовательно, операція по отношенію къ послѣдному страданію явится профилактической; еще полезнѣе будутъ въ этомъ отношеніи правильныя зашиванія свѣжихъ разрывовъ промежности. Наконецъ, нельзя упускать изъ вида и профилактики самихъ разрывовъ промежности, при которой, какъ мы увидимъ ниже, весьма существенное значеніе должны имѣть оперативныя приемы. Въ цѣляхъ послѣдовательности, мы начнемъ разборъ всѣхъ перечисленныхъ моментовъ именно съ профилактическихъ оперативныхъ приемовъ.

### Профилактика выпаденій внутреннихъ половыхъ органовъ.

Сохране-  
ніе промеж-  
ности при  
родахъ.

Уже достаточно старо и совершенно основательно правило, указывающее на то, что сохраненіе тазоваго дна (промежности) отъ разрыва при родахъ должно являться первымъ профилактическимъ приемомъ для предохраненія женщины отъ страданія выпаденіемъ половыхъ органовъ. Съ этой цѣлью обычно рекомендуется такъ называемое «поддерживаніе (или защита) промежности» при родахъ и зашиваніе свѣжихъ разрывовъ промежности, если таковыя произойдутъ, сейчасъ послѣ родовъ. Вполнѣ признавая, что приемы защиты промежности (управленіе поступательными движеніями головки, выведеніе головки черезъ половую щель наименьшими размѣрами и т. д.) имѣютъ несомнѣнное значеніе извѣстнаго бережнаго отношенія къ мышечнымъ образованіямъ тазоваго дна, и что непосредственное цѣлесообразное зашиваніе послѣродовыхъ разрывовъ чрезвычайно важно для возстановленія функціи промежности, мы въ настоящее время не можемъ, однако, удовлетвориться указаннымъ рутиннымъ положеніемъ, такъ какъ оно не гарантируетъ полного сохраненія мышцъ: даже тамъ, гдѣ, повидимому, не имѣлось никакихъ видимыхъ разрывовъ, наружныя половыя части и промежность уже навсегда сохраняютъ слѣды бывшихъ родовъ, теряя свой дѣйственный тонусъ и даже пріобрѣтая такія особенности, которыя указываютъ на несомнѣнныя большія или меньшія поврежденія мышцъ тазоваго дна—вялость промежности, зіяніе половой щели, расхожденіе мышцъ («fossa maternitatis» Губарева); что-же касается разрывовъ промежности, то они всегда имѣютъ характеръ рвано-ушибленныхъ ранъ съ таковыми же поврежденіями мышцъ и фасцій, что, конечно, ухудшаетъ регенерацію послѣднихъ и ухудшаетъ результаты какъ заживленія, такъ и возстановленія функциональной способности разорванной промежности. Приемъ, который болѣе дѣйствительнымъ образомъ можетъ гарантировать сохраненіе мышцъ тазоваго дна, представляется намъ въ видѣ хирургическаго разсѣченія тѣхъ образованій, которымъ во время родовъ грозитъ разрывъ, и при томъ разсѣченія, проводимаго на мѣстѣ естественнаго «шва» между мышцами—промежностнаго *garhe* (*perineotomia mediana*). Въ виду значенія этого приема, мы еще вернемся къ болѣе подробному его разсмотрѣнію, предварительно коснувшись возстановленія свѣжихъ разрывовъ промежности тотчасъ послѣ родовъ.

Возстано-  
вленіе свѣ-  
жихъ раз-  
рывовъ про-  
межности.

Возстановленіе свѣжаго разрыва *corpus perinei* производится по тѣмъ-же принципамъ, которыми мы руководствуемся для возстановленія вообще тазоваго

дна въ гинекологическихъ случаяхъ и которые будутъ указаны далѣе (см. стр. 269). Технически ходъ операціи таковъ. Начинають съ наложенія швовъ на стѣнку влагалища, захватывая швами незначительное количество тканей, съ цѣлью получить наибольшую пластичность; при этомъ для правильнаго соединенія слизистой руководствуются положеніемъ hymen'a и спайки. Болѣе глубокіе отдѣлы освѣженнаго участка соединяются по мѣрѣ хода операціи и смотря по надобности ярусными швами, и, наконецъ, зашивается кожная рана промежности. Операцію необходимо производить весьма тщательно, стремясь къ правильному воссоединенію разорванныхъ мышечныхъ образований, что, однако, очень затрудняется нѣкоторыми особенностями свѣжихъ разрывовъ.

Такъ, раневая поверхность разрывовъ, въ противоположность фигурѣ освѣженія при гинекологической кольпоперинеорафіи, бываетъ съ неровными, рваными и ссадненными краями, и контуры ея усложняются боковыми трещинами, въ которыхъ приходится очень внимательно разбираться, чтобы правильно соединить слизистую. Далѣе, сама форма разрывовъ часто бываетъ ассиметрична, особенно въ верхней части, въ глубинѣ влагалища, гдѣ, при значительныхъ разрывахъ, рана раздваивается, раздѣляясь на двѣ неравной длины вѣтви—правую и лѣвую. Наконецъ, разрывы сопровождаются еще нерѣдко кровоизліяніями въ стѣнкахъ, поврежденіями тканей, resp. мышцъ въ болѣе глубокихъ, невидимыхъ глазомъ, отдѣлахъ, отеками тканей и т. п.

Указанныя неблагоприятныя стороны самопроизвольныхъ разрывовъ не только затрудняютъ правильное соединеніе раны, но и отражаются на ея заживленіи и послѣдующемъ возстановленіи функціи промежности. Разможженная поверхность, съ утраченной или пониженной жизненностью тканей, представляетъ, конечно, ухудшенныя условія для заживленія, легко инфицируется какъ во время прорѣзыванія головки, такъ и послѣдовательно, со стороны, напр., инфицированныхъ послѣродовыхъ выдѣленій; часть мышечныхъ волоконъ погибаетъ и т. д. Все это ведетъ къ тому, что въ то время, какъ въ гинекологическихъ случаяхъ кольпоперинеорафій, при правильной оперативной техникѣ, вовсе не наблюдается неудачъ въ смыслѣ достиженія ближайшей цѣли операціи (сращеніе отвѣтственныхъ, мышечныхъ отдѣловъ промежности),—при зашиваніяхъ послѣродовыхъ разрывовъ, гдѣ операція ведется по тѣмъ-же принципамъ, расхожденіе зашитаго тѣла промежности представляется явленіемъ не столь рѣдкимъ (7—8% на матеріалѣ Повивально-Гинекологическаго Института), а позднѣе, въ случаяхъ хорошо зажившихъ зашитыхъ разрывовъ, приходится иногда отмѣчать нѣкоторые признаки неполнаго функціоннаго возстановленія мышцъ (зіяніе половой щели и т. п.).

Несомнѣнно, что теченіе и результаты при зашиваніяхъ послѣродовыхъ разрывовъ значительно улучшились, если бы вмѣсто рвано-ушибленныхъ ранъ мы имѣли рѣзаныя хирургическія раны, какія мы имѣемъ при гинекологическихъ кольпоперинеорафіяхъ. Отсюда должна была возникнуть идея разрѣзовъ промежности при

родахъ, осуществившаяся сначала въ видѣ такъ называемыхъ эпизиотомій. Такъ какъ при эпизиотоміяхъ обычно разсѣкалась только кожа, а не мышцы, то послѣднія все-же рвались, и, слѣдовательно, промежностная рана въ самыхъ существенныхъ своихъ отдѣлахъ сохраняла неблагоприятныя свойства рваной раны. По предложенію Д. О. Отта <sup>1)</sup> въ его клиникѣ уже много лѣтъ (съ 1895 г.) при родахъ производится разсѣченіе всей толщи промежности вмѣстѣ съ мышцами, отъ



Рис. 210. Производство перинеотоміи во время родовъ.

спайки до сфинктера, а иногда даже захватывая и этотъ послѣдній; это — такъ называемая *perineotomia mediana*, не имѣющая недостатковъ эпизиотомій. Зашиваніе послѣ перинеотоміи понятнымъ образомъ даетъ несравненно лучше результаты, чѣмъ зашиваніе разрывовъ, не только въ смыслѣ заживленій всего *corpus perineæ*, но также и въ отношеніи пластическомъ. Особенно же важно то, что перинеотоміи должны навсегда предохранить промежность отъ травматической несостоятельности, такъ какъ при ней мышцы толь-

ко разрѣзаны, и имъ легко вернуть полную функціональную способность.

Техника  
перинеото-  
міи, время  
ея производ-  
ства и по-  
слѣд. заши-  
ваніе.

Перинеотомія производится путемъ послынаго разсѣченія промежности по средней линіи скальпелемъ, удобнѣе всего во время потуги, когда головка, напирая на промежность, выпячиваетъ и растягиваетъ ее (рис. 210). Разсѣченіе въ этотъ моментъ настолько мало болѣзненно, что роженицы его совершенно не замѣчаютъ. Чтобы не поранить случайно головки, можно вдвигать между нею и промежностью шпатель или желобоватый зондъ. Съ разрѣзомъ принципиально не

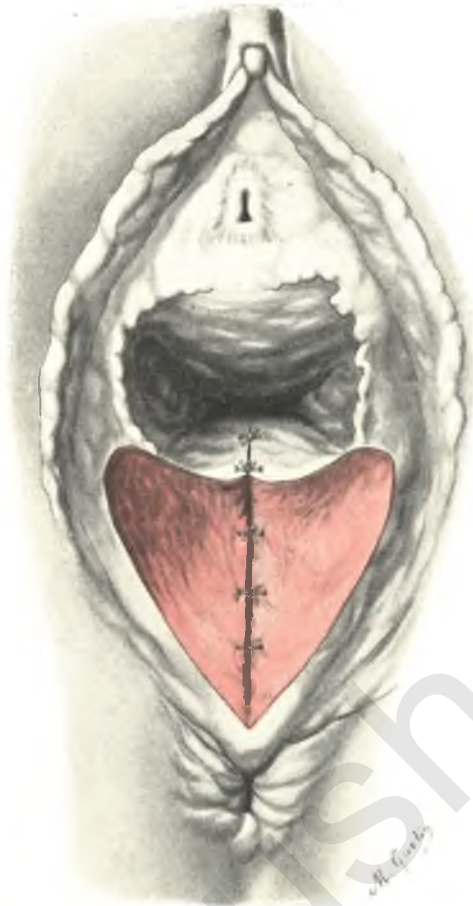
<sup>1)</sup> Д. О. Оттъ.—О ложномъ консерватизмѣ въ дѣлѣ сохраненія промежности при родахъ и о возстановленіи застарѣлыхъ разрывовъ ея. Докладъ Акуш.-Гинек. О-ву въ Спб., Журналъ акуш. и жен. бол., 1895, № 5.

слѣдуетъ медлить, такъ какъ, чѣмъ раньше произведена перинеотомія, тѣмъ она дѣйствительнѣе въ профилактическомъ отношеніи. Разрѣзь промежности тогда, когда уже надорвалась спайка или показалась кровь изъ влагалища, свидѣтельствуя о поврежденіи его тканей, часто оказывается запоздалымъ, такъ какъ мышцы уже, быть можетъ, разорвались, и часть раны будетъ носить характеръ рвано-ушибленной. Длина разрѣза, т. е. простираніе его къ *anus*'у, находится въ зависимости отъ свойствъ промежности, величины головки и другихъ условій. Проведеніе разрѣза слѣдуетъ дѣлать по средней линіи, такъ какъ здѣсь, подобно бѣлой линіи живота, имѣется естественное *garhe*, и мышечные слои повреждаются такимъ разрѣзомъ менѣе всего. Въ упрекъ срединной перинеотоміи нѣкоторые ставятъ то, что эти срединные разрѣзы, сдѣланные, скажемъ, до сфинктера, затѣмъ, при проведеніи головки, все таки продолжаются дальше, и повреждается кишка. Дѣйствительно, разрывы кишки при *perineotomia mediana* пока встрѣчаются чаще, чѣмъ при самопроизвольныхъ разрывахъ промежности; но происходитъ это отчасти отъ того, что разрѣзы иногда дѣлаются недостаточными, и потому они должны надорваться дальше; а главнымъ образомъ—отъ неправильнаго выведенія головки, которую мышцы промежности, будучи разрѣзаны, уже не могутъ разгибать, фиксируя ее затылкомъ у лона, о чемъ, слѣдовательно, и приходится усиленно заботиться лицу, выводящему головку. Во всякомъ случаѣ тамъ, гдѣ существуютъ опасенія, что разрѣзь продолжится на кишку, ее слѣдуетъ также разсѣчь, ибо лучше имѣть разрѣзь кишки, чѣмъ ея разрывъ. Такъ какъ, однако, ранить кишку, по понятнымъ соображеніямъ, нежелательно, то въ тѣхъ случаяхъ, когда мы боимся получить полный разрывъ промежности (напр., при щипцахъ), и не увѣрены въ технику наложенія швовъ на кишку, срединную перинеотомію можно замѣнить боковой, но обязательно съ разсѣченіемъ всѣхъ слоевъ тазового дна,—по типу Schuchardt'овскаго разрѣза. Такія боковыя перинеотоміи достигаютъ цѣли, но имѣютъ отрицательныя стороны: во-первыхъ, будучи ассиметричными, онѣ возстанавливаются съ меньшимъ удобствомъ, нежели срединныя разсѣченія; во-вторыхъ, при нихъ разрѣзаются волокна *levator*'а и другихъ мышцъ на протяженіи, а не въ области ихъ фасцій, что, конечно, менѣе благоприятно, и потому преимущество должно быть отдано срединной перинеотоміи.

Обычно перинеотомія производится тамъ, гдѣ, по нашему мнѣнію, промежность должна разорваться. Особенно охотно перинеотомія производится, напр., у пожилыхъ первородящихъ, при щипцахъ, ягодичныхъ положеніяхъ, при высокихъ, неподатливыхъ промежностяхъ, а также у повторнородящихъ, гдѣ при первыхъ родахъ уже была произведена перинеотомія, и промежность вновь прибрѣла послѣ зашиванія прежній дѣвственный характеръ. Несомнѣнно, однако, что для производства перинеотоміи нужно установить гораздо болѣе широкія показанія, въ виду того профилактическаго значенія, которое имѣютъ перинеотоміи для предупрежденія не только явнаго разрыва промежности, но также и тѣхъ скрытыхъ поврежденій ея мышцъ, которыя происходятъ при родахъ и безъ нарушенія цѣлости наружныхъ покрововъ. Однако, какъ упоминалось уже выше, поврежденія муску-

О показанія къ перинеотоміи.

латуры тазового дна того или иного характера, въ видѣ открытыхъ или подкожныхъ разрывовъ, надрывовъ отдѣльныхъ волоконъ, разможженій, разминаній, растяженій или парезовъ съ послѣдующей бездѣятельностью и атрофіей мышцъ встрѣчаются гораздо чаще, чѣмъ это принято думать, и въ большей или меньшей



Преимущества перинеотоміи.

Рис. 211. Возстановленіе разсѣченной промежности послѣ перинеотоміи по Д. О. Отту.

степени сопровождаютъ каждыя роды. Несомнѣнно, что промежность, хотя бы и цѣлая, у рожавшей женщины обладаетъ уже нѣсколько иною эластичностью, чѣмъ у женщины нерожавшей. Даже у много-рожавшихъ женщинъ всякіе послѣдующіе роды растягиваютъ промежность все болѣе и болѣе, слѣдствіемъ чего является извѣстное этиологическое значеніе частыхъ родовъ въ выпаденіи половыхъ органовъ и даже иногда явные признаки этого вліянія, какъ, напр., ступенеобразныя опущенія влагалищной стѣнки, приблизительно соотвѣтствующія числу перенесенныхъ родовъ. Отсюда совершенно ясно правильность практическаго вывода, къ которому приходитъ Д. О. Оттъ: «если хочешь при родахъ сохранить промежность, то нужно ее разсѣчь». Въ этомъ выводѣ, который, какъ всякое медицинское правило, при своемъ практическомъ примѣненіи долженъ индивидуализироваться, наиболѣе удачно формулирована ширина показаній къ перинеотоміи.

Въ общемъ преимущества перинеотоміи могутъ быть формулированы слѣдующимъ образомъ <sup>1)</sup>.

Техника производства и техника зашиванія perineotomii очень легки, по сравнению съ таковой-же при боковыхъ насѣчкахъ и особенно разрывахъ. Зашиваніе несомнѣнно просто, такъ какъ рана симметрична, имѣетъ ясно обозначенные, ровные края, а по поверхности ровна, безъ обрывковъ тканей, кровоизліяній, пазухъ и т. п. (см. рис. 168 въ Общей части, и рис. 211). Эти условія, имѣя къ тому-же

преимущества перинеотоміи.

<sup>1)</sup> См. В. Мандельбергъ.—О предупреждающемъ срединномъ разсѣченіи промежности (perineotomia) во время родовъ—Дисс., Спб., 1905. Нижеслѣдующіе выводы отчасти цитированы по этой работѣ, произведенной на матеріалѣ Клинич. Повив.-Гинекол. Ин-та.

въ виду и сохраненіе жизненности тканей, несомнѣнно являются причиною болѣе благопріятнаго заживленія ранъ послѣ перинеотомій; въ конечномъ результатѣ—функція промежности возстанавливается при перинеотоміи много совершеннѣе, чѣмъ послѣ разрывовъ или боковыхъ надрѣзовъ (эпизіотомій), которыя не могутъ предупредить разрывъ мышцъ въ такой степени, какъ перинеотомія. Несомнѣнно, лучше произвести перинеотомію, чѣмъ имѣть внутренніе разрывы мышцъ, такъ какъ первая даетъ всѣ шансы на сохраненіе функціи тазового дна, а послѣдніе часто безповоротно нарушаютъ ее. Наконецъ, можно упомянуть еще о чисто акушерскомъ преимуществѣ перинеотоміи, какъ операции, которая устраненіемъ сопротивленія тазового дна даетъ еще и ускореніе родоразрѣшенія и, слѣдовательно, можетъ въ соотвѣтствующихъ случаяхъ примѣняться при показаніяхъ къ окончанію родовъ, чтобы предотвратить болѣе грозныя явленія.

Кромѣ перинеотомій и возстановленія свѣжихъ разрывовъ промежности, къ операциямъ профилактическимъ слѣдуетъ отнести и зашиваніе старыхъ разрывовъ промежности (*ruptura perinei inveterata*), когда еще не успѣли образоваться явленія выпаденія. Съ чисто профилактическою цѣлью оперировать приходится исключительно неполные разрывы, такъ какъ при полныхъ выступаютъ на первый планъ иныя, настойчивыя показанія—недержаніе кишечныхъ газовъ и каловыхъ массъ. Задачею вмѣшательства является возстановленіе, послѣ удаленія лоскута съ рубцово-измѣненными тканями, разорванной мускулатуры, почему и операція эта производится совершенно по тѣмъ же принципамъ, какъ и описываемое ниже возстановленіе тазового дна при выпаденіяхъ, къ которому мы и отсылаемъ читателя. Разница между операциями только количественная, при снятіи лоскута, такъ какъ при выпаденіяхъ освѣженіе приходится вести шире и глубже, съ цѣлью лучше добраться до мышечныхъ слоевъ.

Зашиваніе  
старыхъ  
разрывовъ.

### Операція возстановленія тазоваго дна при выпаденіяхъ.

Какъ было уже упомянуто выше, индивидуализація вмѣшательства при выпаденіяхъ женскихъ половыхъ органовъ крайне необходима, а для этого весьма существенно ознакомиться точнѣе съ состояніемъ тазового дна, а затѣмъ съ тѣми послѣдствительными измѣненіями въ окружающихъ органахъ, которыя повлекла за собою несостоятельность поддерживающаго мышечнаго аппарата. Прежде всего мы оцѣниваемъ состояніе тазового дна, при чемъ, если разрывъ промежности заживалъ *per granulationem*, то размѣры поврежденія уже отмѣчаются глазомъ; если сфинктеръ кишки цѣлъ, то мы говоримъ о неполномъ разрывѣ; если же поврежденіе распространяется на весь сфинктеръ и даже на слизистую кишки, то разрывъ—полный. Но въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ промежность была зашита, или наружные покровы при родахъ остались цѣлыми, мы должны тщательнѣе осмотрѣть промежность, обследовавъ ея толщину и эластичность путемъ ощупыванія между большимъ и указательнымъ пальцами, причемъ послѣдній вводится во влагалище; далѣе мы осматри-

Оцѣнка  
разрывовъ и  
функціо-  
нальной не-  
достаточно-  
сти промеж-  
ности.

ваемъ состояніе sphincter'a recti, при несостоятельности котораго его мышечный валикъ плохо ощущается, и отмѣчается изглаживаніе спереди розетки заднепроходнаго отверстія; затѣмъ ощупываемъ черезъ боковую стѣнку влагалища *m. levator ani* (собственно передній его пучекъ—*m. pubo-rectalis*) и, наконецъ, провѣряемъ функциональную способность тазового дна, заставляя больную потужиться.

Измѣненія, которыя послѣдовательно влечетъ за собой недостаточность тазового дна, сказываются на стѣнкахъ влагалища, мочевомъ пузырьѣ, прямой кишкѣ и маткѣ и ея мышечно-связочномъ аппаратѣ. Дѣло начинается обыкновенно съ опущенія (пролабировація) стѣнокъ влагалища, изъ которыхъ прежде всего передняя, потерявъ опору въ мышечной поддержкѣ промежности, начинаетъ опускаться при каждомъ напряженіи брюшнаго пресса. вмѣстѣ съ ней начи-

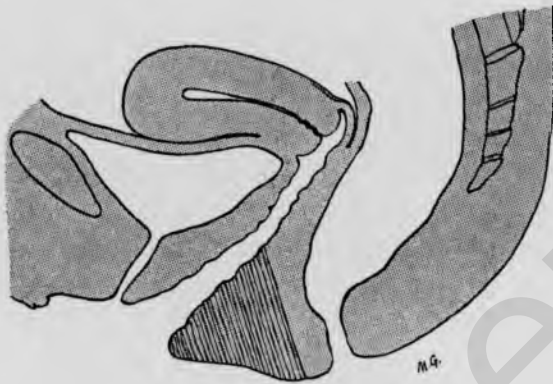


Рис. 212. Схематическое изображеніе разрыва промежности (сагитальное сѣченіе).

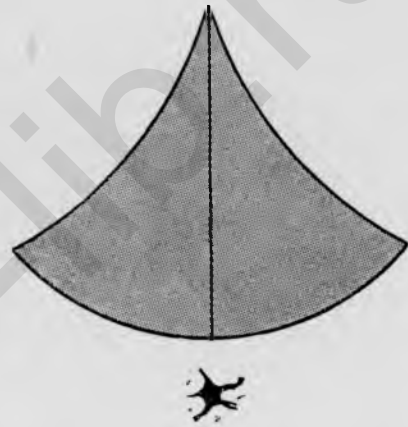


Рис. 213. Схематическое изображеніе поверхности неполнаго разрыва промежности *en face*.

наетъ опускаться и прилегающая часть мочевого пузыря, давая *cystocele*. Нужно отмѣтить, что смѣщенія мочевого пузыря могутъ вызывать растяженіе круговыхъ мышечныхъ слоевъ въ области его шейки, что вызываетъ симптомъ недержанія мочи, излечивающійся лишь послѣ восстановленія промежности. При болѣе значительныхъ поврежденіяхъ промежности можетъ начать пролабировать и задняя стѣнка влагалища, увлекая за собою переднюю часть *ampullae recti* (*rectocele*). При недостаточности задняго отдѣла промежности и заднепроходнаго сфинктера такая же участь опущенія можетъ постигнуть и стѣнки самой прямой кишки, которыя при натуживаніяхъ начинаютъ выпадать черезъ *anus*.

Вообще стѣнки влагалища при опущеніяхъ и выпаденіяхъ вытягиваются, удлиняются, придавая влагалищу характеръ широкаго мѣшка (*vagina vasta*); но, растягиваясь, онѣ оказываютъ влеченіе на мѣста своего прикрѣпленія къ маткѣ въ сводахъ, и послѣдніе также начинаютъ опускаться. Если матка подвижна и ея связочный аппаратъ несовсѣмъ надеженъ, то матка начинаетъ опускаться *in*

toto и, наконецъ, можетъ выйти изъ половой щели своею нижнею частью или даже цѣликомъ (*prolapsus uteri incompletus* и *completus*). Если же дно матки фиксировано связочнымъ аппаратомъ или сращениями, то опущеніе сводовъ вызываетъ удлиненія (гипертрофіи) шейки: при опущеніи одного передняго свода получается *hypertrophia partis colli mediae*, а при опущеніи задняго—*hypertrophia colli supra-vaginalis*.

Въ послѣдовательности перечисленныхъ патологическихъ состояній, сопровождающихъ выпаденія половыхъ органовъ, мы и опишемъ требуемыя при нихъ оперативныя пособія, начавъ съ основного—возстановленія тазоваго дна.

Операція начинается съ освѣженія, которое имѣетъ цѣлью, какъ бы вернуть промежность къ ея прежнему состоянію въ моментъ свѣжаго разрыва, обнажить

Форма  
освѣженія.

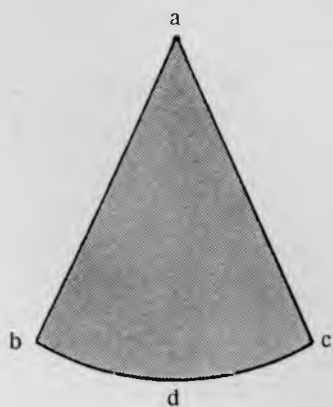


Рис. 214. Фигура освѣженія по Hegar'у.



Рис. 215. Исправленная Hegar'овская фигура освѣженія.

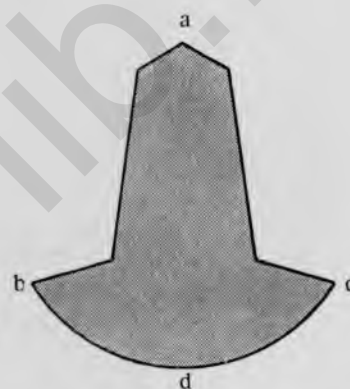


Рис. 216. Фигура освѣженія по Fritsch'у.

концы разъединенныхъ тогда мышцъ и фасцій. Съ этой цѣлью, во-первыхъ, освѣженіе должно имѣть фигуру, соответствующую очертаніямъ раневой поверхности сейчасъ же послѣ разрыва (рис. 212 и 213). Этому требованію наиболѣе удовлетворяетъ фигура Hegar'a (рис. 214), которая, по практическимъ соображеніямъ, была затѣмъ нѣсколько видоизмѣнена: именно, самъ Hegar, по свидѣтельству Отта, отмѣчая, что при соединеніи боковыхъ сторонъ треугольника (*ab*, *ac*) въ нижней части влагалища происходитъ чрезмѣрное напряженіе тканей и, вслѣдствіе этого, нерѣдко послѣдовательное расхожденіе зашитой раны, совѣтовалъ проводить эти боковые разрѣзы (*ab—ac*) нѣсколько вогнутыми къ средней линіи, подчеркивая, что отъ выполненія этой технической подробности иногда зависитъ успѣхъ хорошаго заживленія раны (рис. 215). Этотъ коррективъ ясно подчеркивается въ фигурѣ Fritsch'a (рис. 216), чѣмъ собственно она и отличается отъ первоначальной фигуры Hegar'a. Мы для освѣженія примѣняемъ указанную фигуру Hegar-Fritsch'a съ тѣмъ лишь видоизмѣненіемъ, что нижнюю часть ея увеличиваемъ, удлиняя ее къ *anus*'у настолько, сколько нужно, чтобы достигнуть области сохранившихся мышцъ (рис. 217).



Толщина  
лоскута.

Во-вторыхъ, толщина снимаемаго при освѣженіи лоскута должна быть такова, чтобы дѣйствительно были обнажены мышцы и фасціи. При разрывахъ, заживавшихъ *per granulationem*, очевидно, нужно снимать всю толщу рубцовой ткани; но тамъ, гдѣ кожная промежность оказалась сохраненной, очень трудно бываетъ сразу опредѣлить глубину необходимаго освѣженія. Поэтому, съ цѣлью вѣрнѣе добраться до мышцъ, Д. О. Оттъ рекомендуетъ разсѣкать этотъ кожный остатокъ промежности во всю толщу его такимъ образомъ, какъ это показано на рисункѣ (рис. 218): операторъ и его помощникъ захватываютъ съ боковъ кожную промежность, подтягивая ее кверху, и симметрично растягиваютъ, причемъ скальпелемъ, сверху

внизъ, разрѣзается вся захваченная толща промежности. Разрѣзь этотъ продолжается кзади до тѣхъ поръ, пока на днѣ раны не покажутся мышцы (*sphincter ani*).

Въ третьихъ, при сниманіи лоскута должно быть обращено вниманіе и на пластическія требованія. Для того, чтобы получить при зашиваніи хорошее прилаживаніе краевъ слизистой и кожи, нужно имѣть ровные и рѣзко очерченные края освѣженія, и съ этой цѣлью, когда скальпелемъ проводятся границы лоскута, лезвіе ножа слѣдуетъ держать перпендикулярно къ разрѣзаемой поверхности, и самые разрѣзы вести по возможности однимъ штрихомъ и притомъ на столько глубокимъ, чтобы сразу захватывать весь слой кожи или слизистой.

Пластическія  
требованія  
при  
освѣженіи.

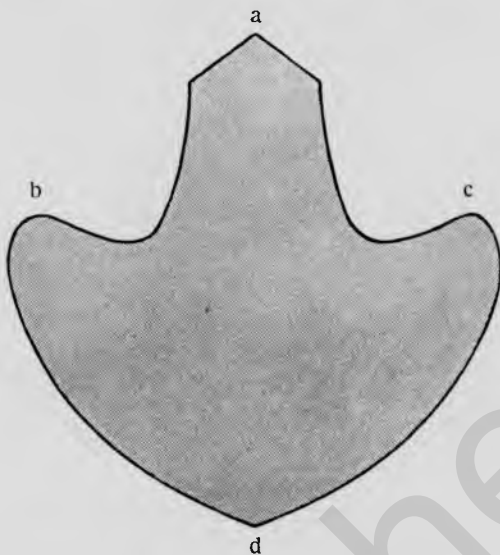


Рис. 217. Фигура освѣженія, обыкновенно нами примѣняемая.

Техника  
снятія ло-  
скута.

Самая техника снятія лоскута такова. Разсѣкши остатки кожной промежности такимъ образомъ, какъ это было описано выше и показано на рис. 218, отмѣчаютъ крайнія точки освѣженія, обозначенныя на нашей фигурѣ (рис. 217) буквами a, b, c, d. Сначала отмѣчаютъ крайнія боковыя точки—b и c, которыя должны образовать мѣсто будущей спайки, причемъ нужно позаботиться, чтобы въ область освѣженія не попали мѣста выхода протоковъ Бартолиновыхъ железъ (во избѣжаніе образованія кистъ послѣднихъ, послѣ наложенія швовъ). Съ этой цѣлью слѣдуетъ отыскать протоки железъ, что не трудно, если попробовать сдавить между пальцами нижнюю часть большой половой губы: тогда содержимое железы, въ видѣ капли прозрачной слизи, показывается изъ отверстія протока, въ нижней трети большой губы, кнаружи и недалеко отъ кольца *hymen'a*; и тотчасъ, нѣсколько ниже мѣста, гдѣ показалась слизь, отмѣчаютъ положеніе будущей спайки короткимъ горизонтальнымъ надрѣзомъ кожи.

Затѣмъ опредѣляютъ верхнюю точку, по чертежу точку а, до которой должно доходить освѣженіе вглубь по влагалищу. Эта точка берется на задней стѣнкѣ послѣдняго, по средней линіи, и приблизительно по серединѣ длины влагалища, или даже глубже, т. е. ближе къ своду, если желательно произвести широкое освѣ-



Рис. 218. Разсѣченіе кожной промежности по Д. О. Отту.

женіе. На этомъ мѣстѣ мы захватываемъ стѣнку влагалища пулевыми щипцами. Наконецъ, нижняя точка освѣженія, лежащая на промежности—точка d на чертежѣ—опредѣляется нижнимъ концомъ произведеннаго нами срединнаго разрѣза промежности (рис. 218).

Теперь скальпелемъ обрисовываютъ границы лоскута, начиная съ верхняго угла, захваченнаго и подтянутаго кверху пулевыми щипцами. Сначала вычерчивается

самый уголъ съ болѣе или менѣе расходящимися сторонами, затѣмъ линіи разрѣзовъ опускаются ко входу, продолжая нѣсколько расходиться, и наконецъ, дугообразно вогнутостью кнаружи поднимаются къ намѣченнымъ мѣстамъ подъ отверстиями протоковъ Бартолиновыхъ железъ. Отсюда, круто закругливъ разрѣзъ, опускаютъ его по промежности и также дугообразно, но выпуклостью кнару-

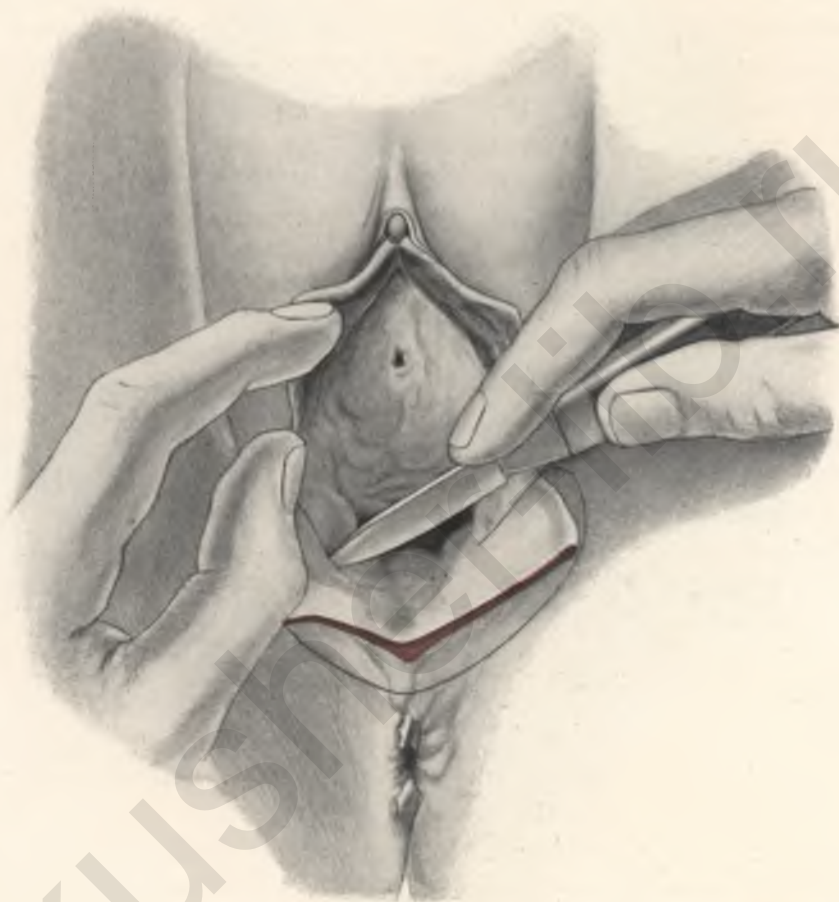


Рис. 219. Освѣженіе промежности.

жи, ведутъ его къ нижнему концу первоначальнаго срединнаго разрѣза промежности.

Снятие лоскута начинаютъ либо съ верхняго угла, либо съ бокового и производятъ его скальпелемъ, какъ это показано на рис. 220. При этомъ все время нужно слѣдить за толщиной лоскута, чтобы снимать достаточное количество тканей, но вмѣстѣ съ тѣмъ и не поранить сосѣднихъ органовъ (кишку). Поверхность освѣженія послѣ работы скальпелемъ представляетъ мѣстами небольшія неровности, и потому, съ пластическими цѣлями, ее полезно подровнять ножницами.

Прежде чѣмъ перейти теперь къ описанію техники зашиванія освѣженной поверхности, мы постараемся изложить тѣ основы, которыя необходимо имѣть въ виду для выбора рациональнаго шва. Разматривая тазовое дно, какъ мышечное образование, такой же физиологической функціи, какъ и брюшная стѣнка, и даже анатомически напоминающее послѣднюю своимъ срединнымъ garne, подобнымъ

Принципъ зашиванія.

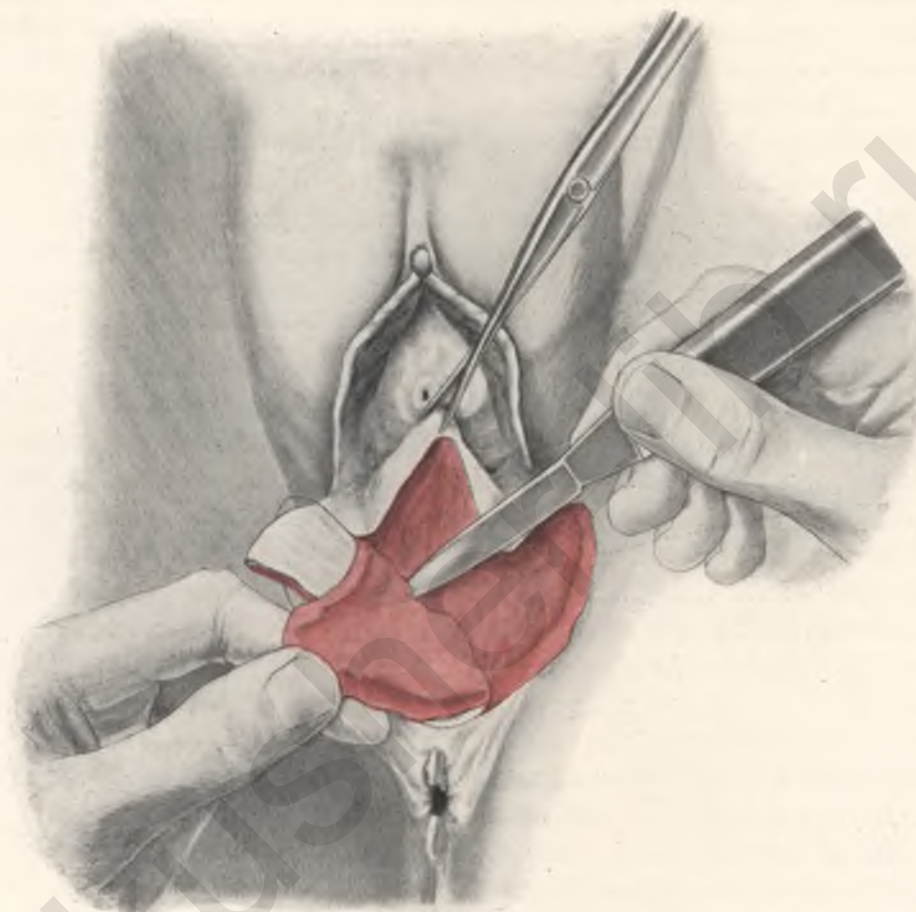


Рис. 220. Снятие лоскута.

бѣлой линіи, мы должны и на зашиваніе тазового дна перенести главнѣйшіе принципы зашиванія передней брюшной стѣнки, поскольку существуетъ аналогія между этими образованиями. Прежде всего требуется правильное соединеніе мышечныхъ слоевъ и апоневрозовъ, отчего будетъ зависѣть правильность и полнота дѣйствія этихъ образований. Для точнаго соединенія ихъ требуется предварительно сблизить и конфронтировать глубокіе участки тканей, въ которыхъ расположены мышечные слои, а это, въ свою очередь, достигается правильнымъ первоначальнымъ соединеніемъ слизистой влагалища; дальнѣйшее же соединеніе глубже лежащихъ

\*

тканей производится при помощи описываемаго ниже этажнаго узловатаго шва, дающаго возможность произвести это соединеніе наиболѣе правильнымъ анатомически и точнымъ образомъ.

Материаль  
для швовъ.

Далѣе, соединеніе важныхъ въ функциональномъ отношеніи тканей (мышцъ и апоневрозовъ) должно быть обезпечено на извѣстный продолжительный срокъ до солиднаго, окончательнаго зарощенія, или, иными словами, до появленія на мѣстѣ шва стойкихъ тканей, въ виду чего быстро рассасывающійся швейный материалъ долженъ быть совершенно отвергнутъ въ этихъ случаяхъ, и примѣнять слѣдуетъ такой, который или не рассасывается вовсе (какъ, напр., металлическая нить—при соединеніи брюшнаго апоневроза), или противостоитъ рассасыванію въ теченіе по крайней мѣрѣ нѣсколькихъ недѣль (тонкій шелкъ). Что тонкіе сорта крученаго шелка, легко разволакивающіеся (для погружныхъ швовъ на тазовое дно примѣняются №№ 16—18), являются хотя и медленно, съ нѣкоторымъ трудомъ, но все же рассасывающимся матеріаломъ, объ этомъ свидѣлствуютъ случаи повторныхъ чревосѣченій и перинеорафій, при которыхъ обыкновенно не удается найти никакихъ слѣдовъ оставленныхъ швовъ. Кромѣ медленной рассасываемости, другія преимущества шелка заключаются въ тонкости и ровности матеріала, что очень важно при работѣ съ нѣжными мышечными и фасціальными образованіями, и въ возможности достигнуть его полной асептичности. Что касается наружныхъ швовъ на слизистую влагалища и кожу промежности, то здѣсь можетъ быть примѣненъ любой способъ смыканія краевъ раны (шелкъ, кѣгутъ, обвивной шовъ, *serres-fines*), лишь бы соединеніе было сдѣлано правильно и пластично. Наконецъ, во время зашиванія мы должны по возможности устранять всѣ условія, уменьшающія жизненность тканей и ихъ способность къ хорошему сращенію. Такъ, напр., не слѣдуетъ травмировать освѣженную поверхность частыми и грубыми обтираніями марлей, а для удаленія крови лучше примѣнять индифферентное орошеніе—тепловатымъ солевымъ (физиологическимъ) растворомъ, и т. п. Другое, чрезвычайно существенное условіе для того, чтобы не нарушать питанія тканей, это—наложеніе такъ называемаго этажнаго шва, на которомъ, въ виду его важности, мы должны будемъ нѣсколько остановиться.

Этажный  
шовъ.

Необходимость этажнаго шва возникаетъ вслѣдствіе потребности захватывать въ каждый шовъ относительно немного тканей. Если, слѣдуя обычному хирургическому правилу—закрывать рану безъ мертвыхъ пространствъ,—мы проведемъ иглу подъ всю поверхность раны, то, при значительномъ освѣженіи, для точнаго сближенія краевъ раны мы принуждены будемъ сильно стянуть петлю нити. Это, во-первыхъ, сдавитъ и обескровитъ ткани, повредивъ ихъ питаніе; во-вторыхъ, въ такомъ стяжкѣ окажутся захваченными разнородные слои—мышцы, фасціи, клѣтчатка, которые всѣ будутъ скомканы, сжаты, и о точной конфронтаціи слоевъ одной стороны съ соотвѣтствующими слоями другой стороны уже не будетъ и рѣчи. Въ виду обѣихъ указанныхъ невыгодъ, приходится въ каждый шовъ захватывать немного тканей, а такъ какъ вся поверхность раны должна быть все же зашита



безъ мертвыхъ пространствъ, то и приходится, накладывая швы обычными рядами, дѣлать ихъ въ нѣсколько ярусовъ, пока не доберемся до кожи. Глубокіе ярусы оказываются такимъ образомъ погружными, несъемными; проводимые въ тѣхъ отдѣлахъ раны, гдѣ предполагается существованіе мышечныхъ волоконъ и фасцій (*m. levator ani*), они имѣютъ, какъ мы видѣли, весьма существенное значеніе для осуществленія правильной кон- фронтаціи слоевъ и потому должны проводиться съ большою тщатель- ностью и очень симметрично.

Этажный шовъ представляетъ еще и другія немаловажныя выгоды для хорошаго заживленія раны. При возможной вторичной инфекціи, иду- щей снаружи и проникающей черезъ нити вглубь, заражаются только отдѣльные швы верхняго этажа швовъ, соединяющихъ кожу. На глубже лежащіе ярусы инфекція обыкновенно не переходитъ, такъ какъ швы накладываются такимъ образомъ, что петли узловъ верхняго этажа не соприкасаются съ петлями слѣдующаго яруса, а приходятся въ промежуткахъ между ними. Такимъ образомъ верхній этажъ, имѣющій почти исключительно пластическое значеніе, является предохранителемъ для болѣе глубокихъ и важныхъ этажей. Это свойство этажнаго шва особенно важно при зашиваніяхъ свѣжихъ послѣродовыхъ разрывовъ (и разрѣзовъ), гдѣ могутъ случиться инфицированныя лохіи. Кромѣ того, этажный шовъ небезполезенъ и въ цѣляхъ пластики, такъ какъ кожные швы, не захватывая много тканей, даютъ лучшее и болѣе красивое сращеніе.

Имѣя въ виду указанныя основанія, ведутъ самое зашиваніе освѣженія слѣ- дующимъ образомъ. Наложеніе швовъ начинается съ верхняго влагалищнаго угла. Первые нѣсколько швовъ проводятъ обыкновенно, захватывая все ложе, причемъ, для лучшаго прилаживанія краевъ, эти швы можно чередовать съ поверхностными, захватывающими только слизистую, съ небольшимъ количествомъ подслизистой ткани. Дальнѣйшими швами соединяють уже только стѣнки влагалища, вслѣдствіе

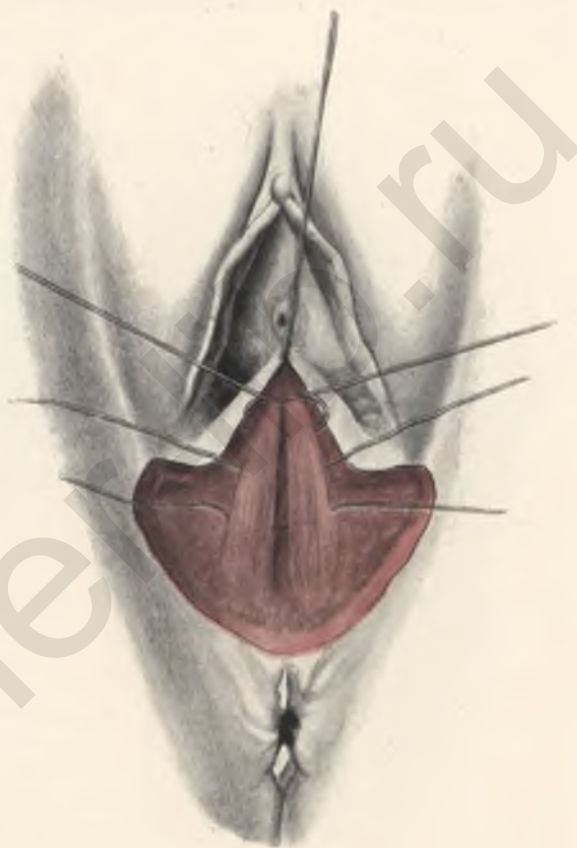


Рис. 221. Наложеніе погружныхъ швовъ на фасцію и *levator ani*.

Техника  
зашиванія  
при пери-  
неографіи.

чего въ глубже лежащихъ тканяхъ остается необколотымъ участокъ, послѣдовательно закрываемый погружными узловатыми швами. Если слизистая влагалища соединяется анатомически правильно, то въ упомянутомъ необколотомъ участкѣ, имѣющемъ видъ углубленія, внутреннія боковыя стѣнки послѣдняго будутъ представлять также анатомически соотвѣтствующія другъ другу поверхности, и если въ нихъ окажутся концы разъединенныхъ (разорванныхъ) мышцъ, то послѣдніе



Рис. 222. Зашиваніе кожной раны.

и будутъ воссоединены погружными швами. Отсюда ясно, насколько важно правильно возстановить влагалищную трубку. Контролировать же правильность этого возстановленія мы можемъ, имѣя въ виду, помимо верхняго (влагалищнаго) и нижняго (анальнаго) угловъ раны, еще и промежуточныя точки—*humer'a* и спайки, которыя легко соединить правильно, такъ какъ онѣ ясно отмѣчены на фигурѣ освѣженія. Конечно, и при проведеніи самихъ погружныхъ швовъ слѣдуетъ съ той же цѣлью соблюдать извѣстныя требованія, именно вести ихъ строго горизонтально, параллельно одинъ другому, и наблюдать, чтобы вколы и выколы иглы были симметричны. При правильномъ наложеніи швовъ, по мѣрѣ зашиванія, хорошо вырисовываются фасціальныя образованія, покрывающія мышцы, особенно *levator ani*, что существенно облегчаетъ дальнѣйшее правильное топографическое ихъ соединеніе (см. рис. 221).

Наложивъ первый ярусъ погружныхъ швовъ, продолжаютъ дальше возстановлять влагалищную трубку, причемъ въ тканяхъ промежности вновь получается нѣкоторое углубленіе, закрываемое слѣдующимъ ярусомъ погружныхъ швовъ, которые проводятся соотвѣтственно промежуткамъ между швами предыдущаго яруса. Такимъ образомъ, поочередно то конфронтируя слизистую, то накладывая этажъ погружныхъ швовъ (при широкихъ освѣженіяхъ количество этажей можетъ быть 3, 4 и больше), подходятъ, наконецъ, къ кожной промежности, которую зашиваютъ, съ цѣлью полученія хорошей пластики, по общему принципу поверхностныхъ ранъ—прокладывается сначала рядъ швовъ, захватывающихъ все оставшееся ложе (рис. 222), затѣмъ, въ промежуткахъ между ними—рядъ поверхностныхъ, и затѣмъ завязываются сначала послѣдніе, а потомъ—первые. При такомъ способѣ заши-

ванія промежности съ этажными погружными швами каждый разъ получается толстое, мясистое образованіе, дающее при изслѣдованіи между двухъ пальцевъ ощущение солиднаго corpus perinei.

Описанную операцію возстановленія тазового дна, конечно, необходимо индивидуализировать по отношенію къ фигурѣ, площади освѣженія, количеству ярусовъ погружныхъ швовъ и т. д., сообразуясь съ особенностями оперируемаго случая. Освѣженіе, напр., дѣлается тѣмъ шире, чѣмъ сильнѣе замѣчается расхождение мышцъ и больше растянуты ткани. Если имѣется поврежденіе сфинктера, что распознается объективно непосредственнымъ ощупываніемъ и по сглаживанію складокъ въ верхней части розетки anus'a, то въ фигурѣ освѣженія промежности

Индивидуализация при возстановленіи тазового дна.

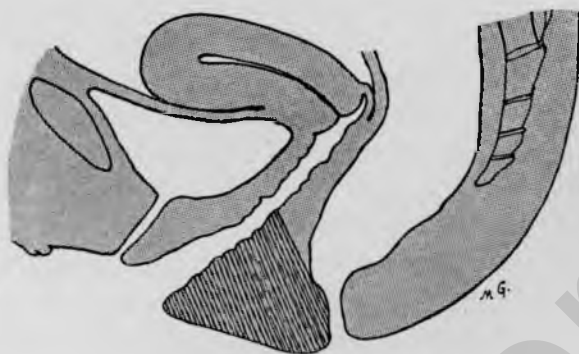


Рис. 223. Схематическое изображеніе полного разрыва промежности (сагиттальное сѣченіе).

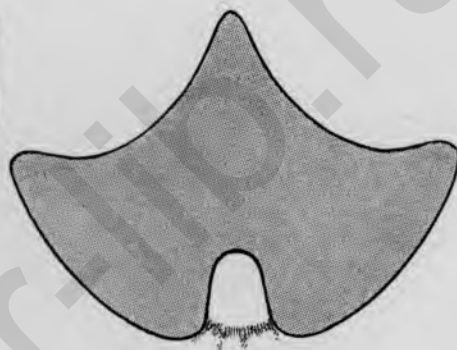


Рис. 224. Схематическое изображеніе поверхности полного разрыва промежности en face.

расширяютъ ея нижнюю заднюю часть, чтобы лучше добраться до мышцъ поврежденнаго и разошедшагося сфинктера, или даже опускаютъ заднебоковые края освѣженія по сторонамъ anus'a, слѣдовательно, приближаясь къ той фигурѣ, которая примѣняется при полныхъ разрывахъ. Чѣмъ больше поврежденіе сфинктера, тѣмъ ниже должны спускаться эти концы, которые своими внутренними краями соприкасаются съ слизистой recti. Перинеорафія съ подобной фигурой освѣженія была предложена Д. О. Оттомъ въ 1900 г. и съ успѣхомъ произведена нѣсколько разъ при выпаденіяхъ кишки<sup>1)</sup>. Эти выпаденія кишки, аналогично съ выпаденіями влагалища, должны рассматриваться, какъ результатъ недостаточной мышечной поддержки со стороны тазового дна, и особенно той части его, гдѣ заложенъ сфинктеръ. Непосредственной цѣлью предложенной формы освѣженія являлось—легче

<sup>1)</sup> Дм. Оттъ.—Излеченіе выпаденія прямой кишки путемъ возстановленія тазового дна.—Журн. акуш. и женск. бол., 1900, стр. 399 (Zentralblatt f. Chirurgie, 1905, № 35).

В. Якобсонъ.—Леченіе выпаденія прямой кишки возстановленіемъ мышечной силы тазового дна. V-me Congrès intern. d'obstétrique et de gynéc., St-Petersbourg, 1910. Travaux du Congrès, V. II.



добраться до уцѣлѣвшихъ остатковъ мышечныхъ волоконъ (главнымъ образомъ сфинктера) и увеличить эффектъ его дѣйствія путемъ нѣкотораго удлиненія кишки въ области жома при единовременномъ суженіи просвѣта anus'a.

Полные  
разрывы  
промеж-  
ности.

Освѣженіе при полныхъ разрывахъ промежности должно производиться согласно тѣмъ-же, указаннымъ выше, принципамъ, слѣдовательно, фигура его прежде всего должна соответствовать очертаніямъ свѣжей раневой поверхности, изображенной на приложенномъ чертежѣ (рис. 223). Она такимъ образомъ пріобрѣтаетъ какъ бы контуры бабочки съ раскрытыми крыльями (рис. 224); верхняя часть освѣженія повторяетъ фигуру при неполномъ разрывѣ, а нижняя часть представляетъ удлиненіе кзади, съ боковъ охватывающее

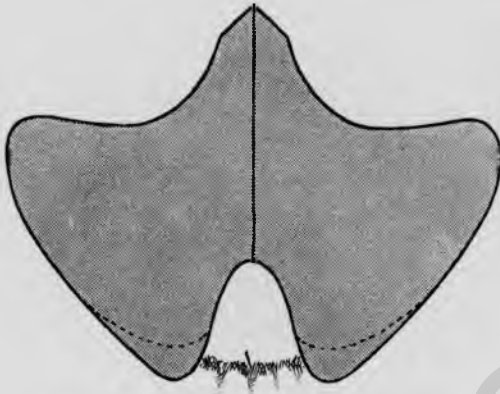


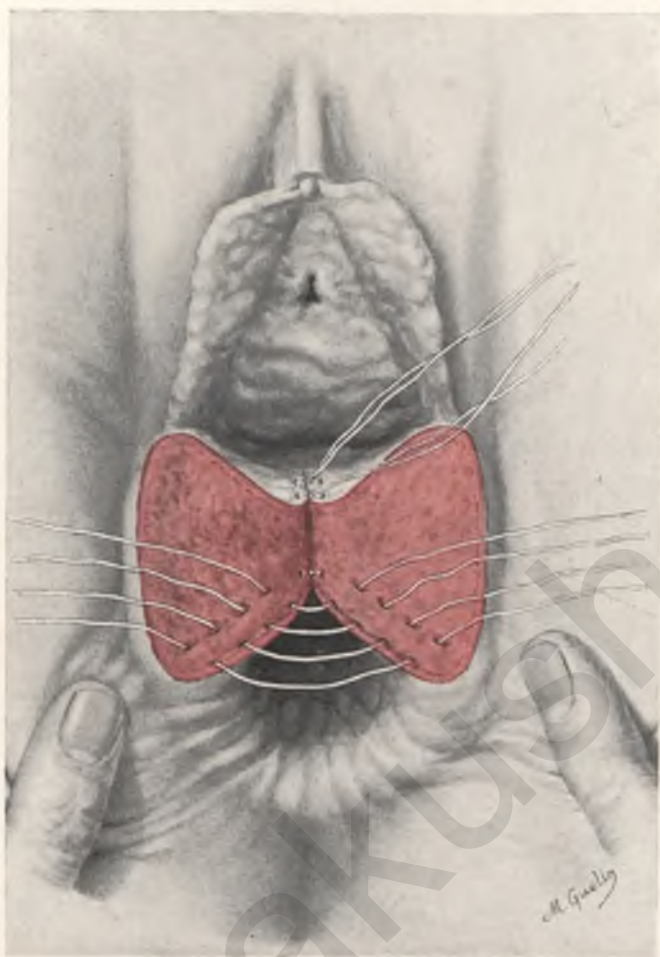
Рис. 225. Усиленная фигура освѣженія при выпаденіяхъ кишки (пунктиромъ показано обычное освѣженіе при полныхъ разрывахъ).

отчасти кишку и окаймляющее ее переднюю разорванную часть. Это удлиненіе кзади имѣетъ цѣлью шире захватить область разорванныхъ заднихъ мышцъ промежности и сфинктера, а выемка, дѣлаемая въ немъ для передняго отдѣла кишки, проходитъ на границѣ слизистой послѣдней и кожи и имѣетъ цѣлью возстановить кишечную трубку.

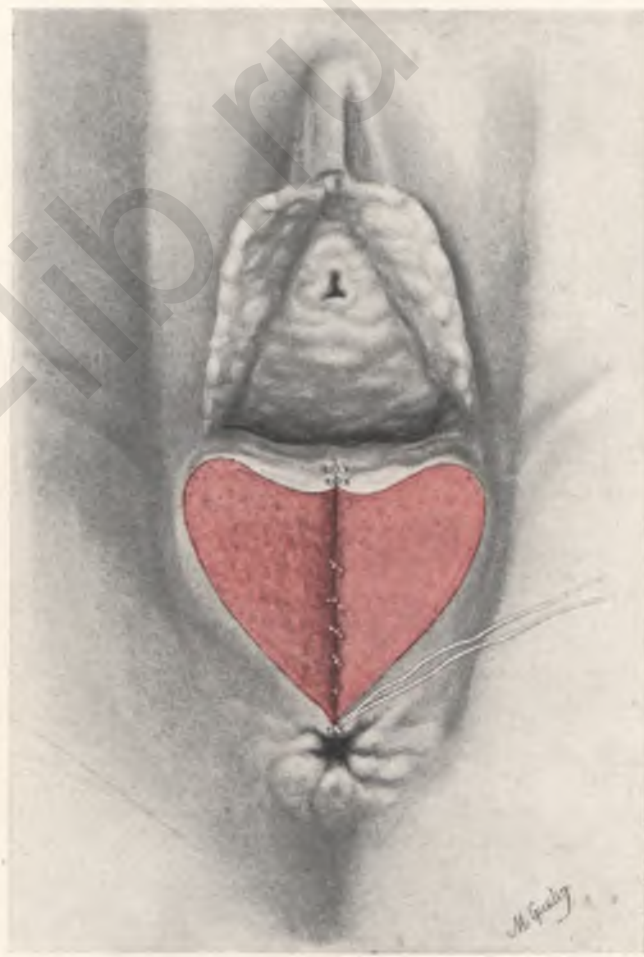
Зашиваніе при ректокольпопери-неорафії начинается съ верхняго угла разрыва (упомянутой выемки) кишки тонкими шелковыми погружными узловатыми швами, *не прокалывающими* слизистую кишки и такимъ образомъ послѣ завязыванія остающимися внѣ сообщенія съ послѣдней <sup>1)</sup>. Эти швы наклады-

ваются вплоть до нижняго края концовъ освѣженія, опущенныхъ по бокамъ кишки, послѣ чего прежняя фигура освѣженія промежности въ видѣ бабочки превращается въ треугольникъ, и разрывъ изъ полнаго дѣлается неполнымъ, который и зашивается по общимъ правиламъ, съ наложеніемъ новыхъ этажей погружныхъ швовъ поверхъ тѣхъ, которые соединили кишку (см. рис. на табл. I).

<sup>1)</sup> Этотъ способъ зашиванія кишки производится Д. О. Оттомъ съ 1885 г. и опубликованъ имъ въ статьѣ: «Усовершенствованный способъ наложенія и снятія швовъ при «нормальной» perineorrhaphi'и и т. д.». — Журн. ак. и женск. бол., 1890.



Способъ наложенія погружныхъ швовъ на разрывъ кишки.



Видъ полного разрыва промежности послѣ восстановления  
разрыва кишки.

въ виду тягостныхъ симптомовъ недержанія кишечнаго содержимаго. Но выпаденій при нихъ обычно не наблюдается, во-первыхъ, потому, что больныя гораздо раньше обращаются къ врачебной помощи, а явленія выпаденія требуютъ времени для своего развитія; во-вторыхъ, несомнѣнно, что больныя и сами сознательно избѣгаютъ напрягать брюшной прессъ и усиливать внутрибрюшное давленіе, такъ какъ это влечетъ за собою сейчасъ же усиленное, крайне непріятное для больныхъ произвольное отхожденіе газовъ и кала <sup>1)</sup>). Этимъ и можно объяснить то явленіе, что выпаденій не развивается даже у тѣхъ (рѣдкихъ) больныхъ, которыя годами страдаютъ полными разрывами промежности.

### Вспомогательныя операціи при выпаденіяхъ женскихъ половыхъ органовъ.

Кромѣ причиннаго леченія, въ роли котораго при выпаденіяхъ женскихъ половыхъ органовъ является описанное возстановленіе тазового дна, хирургу необходимо бываетъ удовлетворить еще одному показанію—это исправить тѣ недочеты, которые уже успѣли послѣдовательно развиваться на почвѣ недостаточности тазовой мускулатуры. Эти недочеты уже перечислялись выше. Одно изъ наиболѣе постоянныхъ сопутствующихъ явленій, развивающихся при выпаденіяхъ, представляетъ растяженіе влагалищныхъ стѣнокъ. Обычная перинеорафія, путемъ выкраиванія лоскута, уменьшаетъ избыточность тканей по задней стѣнкѣ влагалища. Для цѣлей такого же сокращенія тканей по передней стѣнкѣ—можно примѣнять такъ называемую переднюю кольпорафію, производимую слѣдующимъ образомъ.

Низведя шейку матки (а съ нею и передней сводъ) пулевыми щипцами и оттянувъ ее книзу, мы получаемъ выпячиваніе extra rimam всей передней стѣнки влагалища, на которой скальпелемъ намѣчаемъ освѣженіе въ видѣ ромба съ закругленными боковыми углами такимъ образомъ, что длинникъ его располагается сагитально на пространствѣ между наружнымъ отверстіемъ мочеиспускательнаго канала и переднимъ сводомъ, а ширина варьируетъ въ зависимости отъ избытка растянутыхъ тканей. Лоскутъ снимается скальпелемъ или даже просто сдирается, что происходитъ очень легко, если ткань клѣтчатки не была измѣнена воспалительными процессами; а затѣмъ производится зашиваніе, съ попеременнымъ наложеніемъ то глубокихъ швовъ, проводимыхъ подъ все ложе, то поверхностныхъ. Если фигура освѣженія оказывается очень широкой, то во избѣжаніе сильнаго натяженія и прорыванія швовъ проводится одинъ ярусъ погружныхъ.

Такая кольпорафія имѣетъ исключительно значеніе только для суженія влагалища путемъ удаленія избытка его растянутой передней стѣнки. Такъ какъ опу-

Передняя  
кольпора-  
фія.

<sup>1)</sup> К. Шабакъ.—О непосредственныхъ и отдаленныхъ результатахъ оперативнаго леченія разрывовъ промежности, выпаденій влагалища и матки возстановленіемъ тазового дна. Дисс., Спб., 1912.

чение передней стѣнки влагалища, сопровождаемое упомянутымъ ея растяженіемъ, влечетъ за собою нерѣдко образование cystocele, то стянутая кольпорафіей слизистая влагалища лишь кратковременно можетъ служить опорой для опустившейся части пузыря, и это опущеніе исправляется лишь постолько, поскольку сама передняя стѣнка влагалища находитъ опору въ возстановленной промежности.

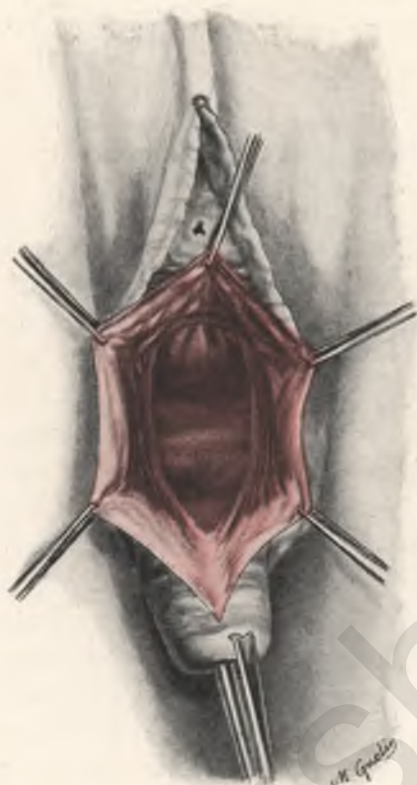


Рис. 226. Отслойка пузыря по Ed. Martin'у для обнаженія поддерживающаго пузырь связочнаго аппарата.

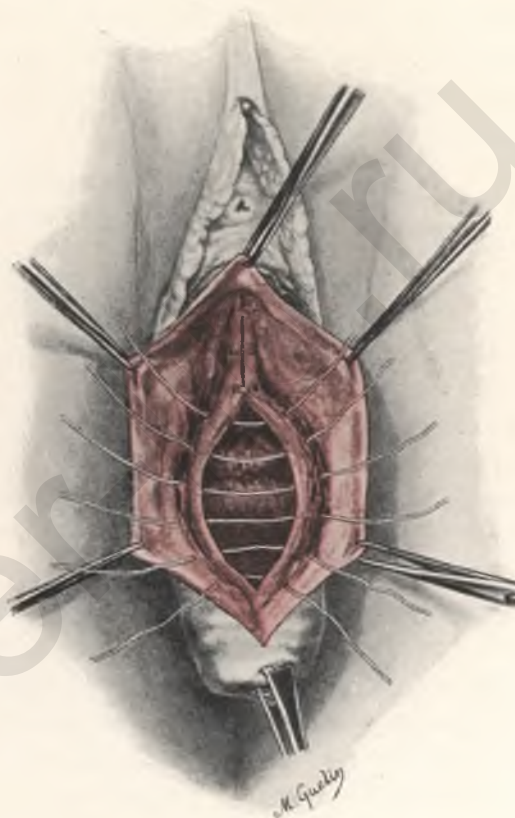


Рис. 227. Зашивание фасциальной поддержки пузыря по Martin-Bumm'у.

Операція  
Ed. Martin-  
Bumm'a.

Между тѣмъ, какъ показали анатомическія изслѣдованія Ed. Martin'a, образование cystocele имѣетъ свою причиною растяженіе и расхожденіе связочнаго аппарата, именно фасціеподобныхъ уплотненій въ клѣтчаткѣ, которыя, начинаясь отъ боковъ матки, идутъ затѣмъ въ видѣ парныхъ пластинокъ или тяжей къ дну пузыря и далѣе къ лону, переходя въ *ligg. pubo-vesicalia*. Эти уплотненные тяжи въ клѣтчаткѣ, представляющіе переднюю часть общаго поддерживающаго аппарата матки, называемаго Ed. Martin'омъ «*retinaculum uteri*», поддерживаютъ вмѣстѣ съ тѣмъ и пузырь; а будучи растянуты, начинаютъ раздви-



гаться, пропускать между собою, какъ черезъ грыжевое отверстие, опускающуюся подъ вліяніемъ внутрибрюшнаго давленія лежащую подъ ними часть пузыря (сначала *area retroureterica*, а затѣмъ и окружающія части съ *trigonum Lieutaudii*). Понятно, что для радикальнаго устраненія *cystocele* слѣдуетъ возстановить функцію поддерживающаго связочнаго аппарата, что производится слѣдующимъ образомъ.

По передней стѣнкѣ влагалища, начиная почти отъ *orificium externum urethrae* и вплоть до шейки, проводится сагитальный разрѣзъ (Martin совѣтуетъ удалять часть слизистой только при очень большихъ *cystocele*). Разрѣзъ долженъ проникать черезъ слизистую и клѣтчатку до самой мышечной стѣнки пузыря, такъ какъ только въ этомъ случаѣ удастся хорошо слѣдующій моментъ операціи, именно отслойка пузыря отъ подлежащихъ тканей

кверху и въ стороны, легко производимая тупымъ путемъ (рис. 226). Когда пузырь отслоенъ, то между нимъ и слизистой начинаютъ ясно намѣчаться пучки соединительной ткани, идущіе отъ шейки матки къ боковымъ стѣнкамъ пузыря и содержащіе въ себѣ медиальные участки парныхъ пластинокъ того связочнаго аппарата, который Martin называетъ «*pars anterior retinaculi uteri*». Осторожно отпрепаровавъ далѣе верхній отдѣлъ уретры, сбоку послѣдней операторъ находитъ пучки

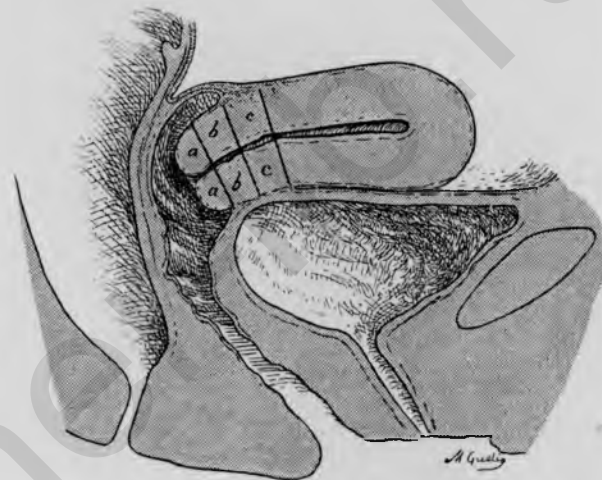


Рис. 228. Схема Schröder'a (aa—*pars vaginalis*; bb—*pars media*; cc—*pars supravaginalis colli uteri*).

*ligg. rubovesicalia lateralia*, которыя, подтянувъ къ средней линіи, и начинаетъ сшивать подъ уретрой и шейкой пузыря, переходя, затѣмъ, въ сагитальномъ направленіи, на связки *retinaculi* и такъ далѣе до шейки матки. Такимъ образомъ создается фасціальная поддержка для дна пузыря, и для *excavatio vesico-uterina* (рис. 227).

Сравнительно нерѣдко (приблизительно въ 23% на матеріалѣ Пов.-Гинек. Института) болѣе или менѣе значительныя опущенія осложняются своеобразными измѣненіями въ формѣ матки, извѣстными подъ именемъ элонгацій. Дно матки, удерживаемое связочнымъ аппаратомъ или, чаще, какими-нибудь патологическими фиксаціями, остается на мѣстѣ, а выпадающія стѣнки влагалища путемъ влеченія растягиваютъ шейку иногда настолько, что наружный зѣвъ начинаетъ значительно пролабировать *extra rimam pudendorum*. Механика возникновенія растяженій шейки (*elongatio, hypertrophia colli*) очень наглядно демонстрируется схемой Schröder'a (рис. 228), изъ которой ясно видно, что опущеніе передней стѣнки влагалища вле-

Элонгаціи  
шейки.

четь за собою удлинёніе средней части шейки (bb), а опущёніе об'ѣих стѣночекъ, передней и задней—удлинёніе надвлагалищнаго отдѣла (cc). Приведенное объясненіе возникновенія элонгацій, данное еще Е. Martin'омъ (senior), въ настоящее время

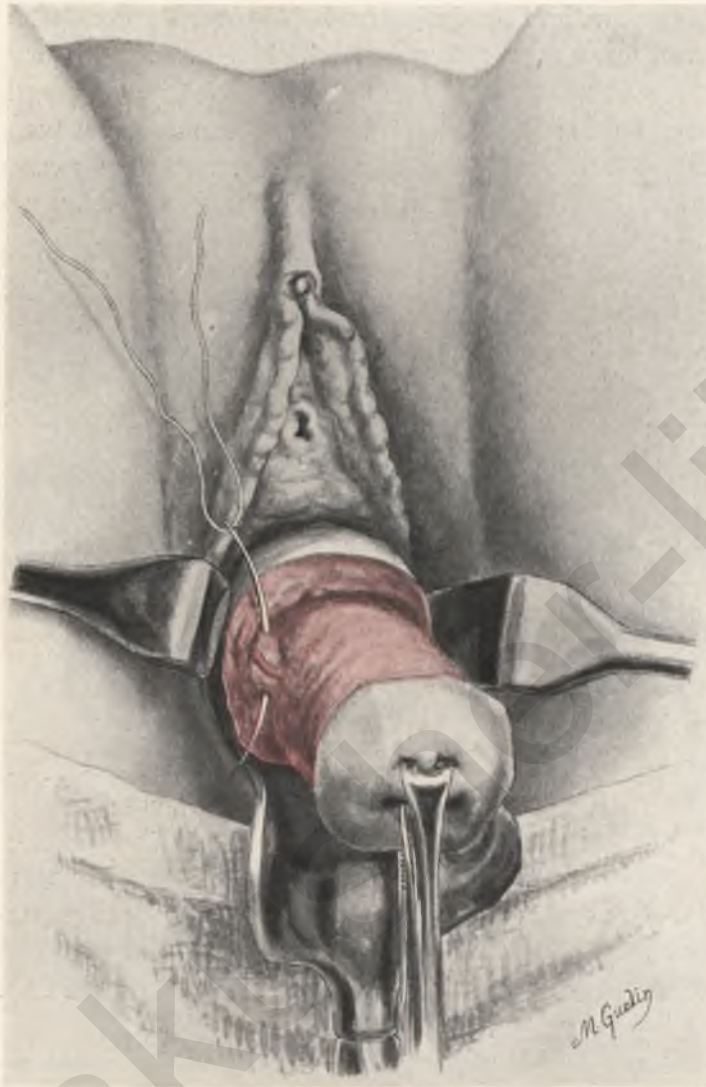


Рис. 229. Высокая ампутація шейки матки. Перевязка боковыхъ сосудовъ шейки послѣ отпрепаровки шейки путемъ отодвиганія сводовъ.

нѣкоторыми оспаривается (Halban и Tandler, напр., говорятъ объ особомъ распределеніи внутрибрюшнаго давленія при несостоятельности тазоваго дна и ретровертированной маткѣ на тѣло и шейку послѣдней); но фактически незыблемымъ остается то, что при элонгаціяхъ мы имѣемъ анатомическое измѣненіе органа на почвѣ недостаточности мышечнаго поддерживающаго аппарата, и потому ясно показаніе—устранить сначала причину, т. е. возстановить тазовое дно, одновременно возстановить и правильныя анатомическія отношенія, что мы достигаемъ укорачиваніемъ шейки путемъ такъ называемой высокой ампутаціи ея и *пересадкой сводовъ* влагалища (одного передняго или передняго и задняго)

на соответствующее мѣсто. Производство ампутаціи шейки имѣетъ въ виду не только возстановленіе нормальной длины органа, но попутно и благотворное вліяніе этой операціи на сокращеніе тѣла матки, почти всегда гиперемированной, отечной или метритичной.

Приступая къ операціи, предварительно выясняютъ, конечно, разновидность удлиненія путемъ ощупыванія сводовъ влагалища. Если имѣется удлиненіе только средней части шейки, то, опредѣливъ нижнюю границу пузыря введеннымъ въ него катетеромъ и проведя на этомъ мѣстѣ разрѣзь, отслаиваютъ передній сводъ съ пузыремъ на величину удлиненія шейки, послѣ чего шейка разсѣкается въ поперечномъ направленіи, и ея губы послѣдовательно ампутируются.

При удлиненіяхъ надвлагалищной части разрѣзь по шейкѣ проводится круговой и отслаивается какъ передній, такъ и задній сводъ. При этомъ съ боковъ обнажается иногда пучекъ сосудовъ, питающихъ шейку, который перевязывается на известной высотѣ (рис. 229). Шейка выпрепаровывается на такую глубину, чтобы можно было ампутировать весь ея избытокъ, и чтобы такимъ образомъ полость матки приобрѣла нормальную длину.

Самая ампутація губъ шейки, послѣ предварительнаго разсѣченія шейки въ горизонтальномъ направленіи, до уровня произведенной отслойки сводовъ (см. рис. 230), производится въ дальнѣйшемъ совершенно такъ-же, какъ клиновидная эксцизія ея. Такъ какъ описаніе этой операціи имѣется ниже (см. стр. 314 и слѣд.), то мы не будемъ здѣсь приво-

Высокая  
ампутація  
шейки.

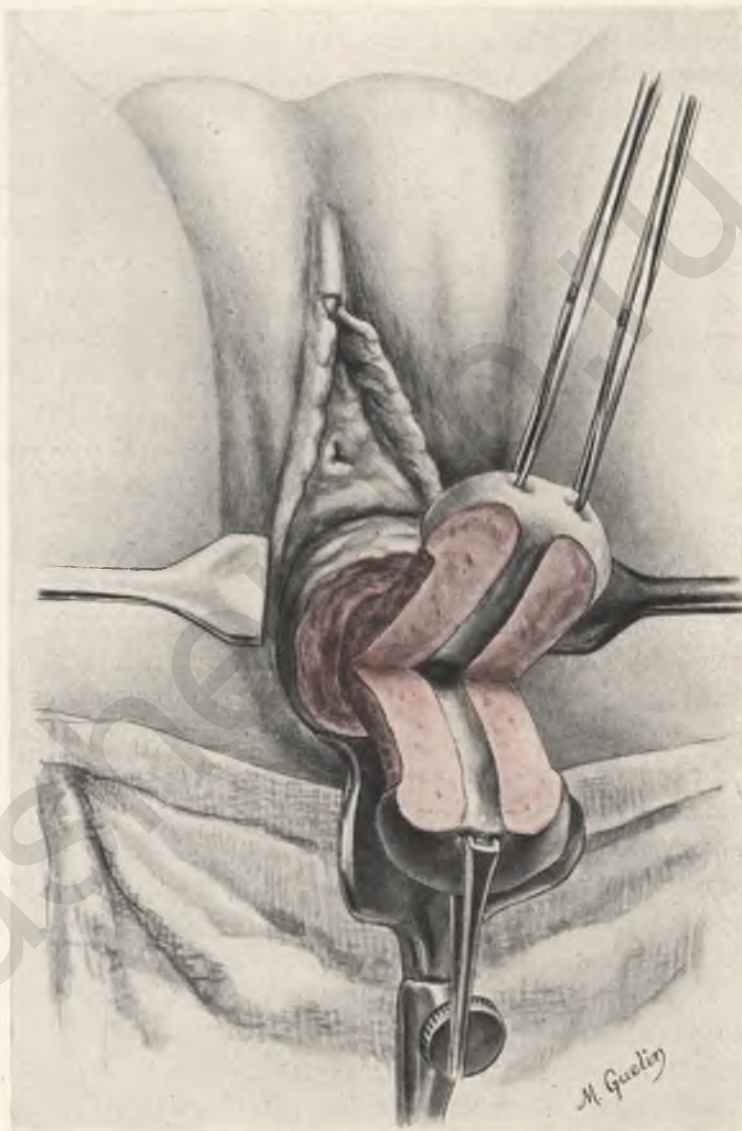


Рис. 230. Высокая ампутація шейки. Разсѣченіе отпрепарованной шейки въ поперечномъ направленіи.

Исправле-  
ніе непра-  
вильныхъ  
положеній  
матки.

дить его. Наложеніе швовъ проводится согласно тому же описанію, причемъ они, приторачивая слизистую свода къ слизистой канала, прикрѣпляютъ сводъ на новомъ мѣстѣ, ближе къ внутреннему зѣву. При такой пересадкѣ сводовъ обыкновенно сразу отмѣчается эффектъ уменьшенія выпаденія влагалищныхъ стѣнокъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ ранѣе бывшая ретроверсія матки, несмотря на операцию выпаденія, осталась, она обыкновенно, вслѣдствіе устраненія вытяженія связокъ, восстановленія правильныхъ условій кровообращенія и питанія и т. п., не даетъ беспокоящихъ больную симптомовъ; въ противномъ случаѣ мы имѣемъ возможность примѣнить консервативное лечение (массажъ и др.), обычно дающее вполне удовлетворительные результаты, въ виду чего намъ ни разу не пришлось встрѣтить показаній для производства какихъ либо специальныхъ хирургическихъ операций, предложенныхъ для исправленія неправильныхъ положеній матки. Значеніе послѣднихъ, впрочемъ, въ этихъ случаяхъ крайне условно, какъ это и будетъ указано ниже, въ соотвѣтствующей главѣ (о леченіи неправильныхъ положеній матки).

#### Послѣоперационный уходъ.

Снятие  
швовъ.

Послѣ операции мы имѣемъ зашитыя хирургическія раненія на промежности, по передней и задней стѣнкамъ влагалища и на шейкѣ, уходъ за которыми очень несложенъ. Швы слѣдуетъ по возможности содержать сухо, причемъ для осушенія влагалища въ него рыхло вкладывается марлевый тампонъ, мѣняемый по мѣрѣ промоканія. Снятие швовъ производится обыкновенно въ нѣсколько пріемовъ; раньше всего снимаются швы съ промежности, гдѣ на 5—6-ой день уже имѣется достаточно хорошее срастаніе кожи; во влагалищѣ швы приходится снимать нѣсколько позже, на 7—10 день, и еще позже—съ шейки—на 9—12 день, главнымъ образомъ въ виду ея глубокаго положенія, позволяющаго осмотрѣть ее и снять швы лишь при достаточномъ раскрытіи зеркалами входа и влагалища, а это можно позволить себѣ лишь въ болѣе позднее время, чтобы не повредить свѣжесросшихся тканей. Вообще снятіе швовъ во влагалищѣ и на шейкѣ представляется, при высоко зашитыхъ промежностяхъ и полученной вслѣдствіе этого узости входа, дѣломъ далеко не легкимъ, почему понятно являлось стремленіе такъ или иначе облегчить эту трудность, а вмѣстѣ съ тѣмъ и устранить опасность разрыва только что сращенныхъ частей, не запаздывая со своевременнымъ снятіемъ швовъ. Такъ, Д. О. Оттомъ еще въ 1890 г. было предложено пережигать швы при помощи тонкой платиновой проволоки (около 0,4 мм. въ діаметрѣ), подводимой подъ швы еще во время ихъ наложенія и завязыванія<sup>1)</sup>; когда нужно снимать швы, концы проволоки, выдающіеся изъ половой

<sup>1)</sup> Дм. Оттъ.—Усовершенствованный способъ наложенія и снятія швовъ при «нормальной» рсπενορθαρηί'и, и сравнительная оцѣнка ея съ лоскутнымъ способомъ Lawson Tait'a.—Журн. акуш. и женск. бол., 1890, Янв., стр. 25.



щели, слегка натягиваются, чтобы она плотнѣе прикасалась къ швамъ, и черезъ нее пропускаютъ электрическій токъ, отчего она накаляется и въ нѣсколько секундъ перерѣзаетъ швы. Ожогъ слизистой при этомъ бываетъ ничтожнымъ, вслѣдствіе обычно имѣющейся во влагищѣ влажности и краткости времени накаливанія, а болевыхъ ощущеній обычно не бываетъ никакихъ. Другой способъ избѣжать неудобствъ сниманія швовъ въ глубокихъ частяхъ—это—накладывать поверхностные швы изъ рассасывающагося и поэтому ненуждающагося въ удаленіи матеріала, напр. изъ кэтгута, хотя по совершенству достигаемой при этомъ пластики кэтгутъ уступаетъ шелку. Послѣ снятія швовъ, для поддержанія чистоты во влагищѣ, большимъ назначаются индифферентныя или слабыя дезинфицирующія спринцеванія.

Въ режимѣ больныхъ не требуется ничего особеннаго; только въ случаяхъ, гдѣ производилось возстановленіе сфинктера, послѣднему необходимо дать въ теченіе 4—5 дней покой, способствуя этому отчасти и діетой. При хорошо очищенномъ до операціи кишечникѣ стула обыкновенно и не бываетъ, почему профилактически никогда не приходится назначать опія. При первой дефекаціи, при помощи размягчающихъ клизмъ, рекомендуется облегчить стулъ, чтобы не было значительнаго натуживанія и растягиванія заднепроходнаго жома. Встаютъ больныя въ нашихъ клиникахъ послѣ кольпоперинеорафій на 10—11 день, выписываясь послѣ этого дня черезъ 3—4.

Режимъ.

Изъ осложненій послѣоперационнаго теченія наблюдаются иногда кровоподтеки, небольшія инфильтраціи на промежности и поверхностныя расхожденія кожи и слизистой на протяженіи 1—2 швовъ. Всѣ эти дефекты, сами по себѣ не имѣющіе никакого значенія для основной цѣли операціи, какъ правило, проходятъ безслѣдно уже къ означенному выше сроку выписки больныхъ.

Осложненія послѣ-операционнаго теченія.

Неудачи въ непосредственномъ результатѣ операціи, при соблюденіи всѣхъ упомянутыхъ деталей въ веденіи дѣла и обстановкѣ, мы не наблюдали никогда, и даже такія осложненія, какъ выгнаиваніе погружного шва, по матеріаламъ Повивально-Гинекологическаго Института, вошедшимъ въ отчетъ 1904—1907 гг., на 220 операцій отмѣчено всего 2 раза (0,9%).

### Поздніе результаты и прогнозъ.

Мы рассмотрѣли выше теоретическія основанія, на которыхъ должны покоиться выборъ и примѣненіе рациональнаго оперативнаго метода при выпаденіяхъ женскихъ половыхъ органовъ. Но, какъ бы ни были убѣдительно теоретическія разсужденія и основанные на нихъ пріемы, все же для сужденія объ окончательной пригодности метода рѣшающимъ моментомъ являются достигнутые результаты, какъ непосредственные, такъ и въ особенности отдаленные. Что касается непосредственныхъ результатовъ, то они, при разобранномъ нами методѣ оказались, какъ мы уже видѣли, превосходными (дали 100% удачи). Отдаленные результаты, которые, на

матеріалъ клиникъ Д. О. Отта, удалось провѣрить К. Шабаку (156 случаевъ), дали 94,6% удачь <sup>1)</sup>. Разбивъ эти случаи, по степени развитія бывшаго у нихъ страданія, на 4 группы, авторъ для I-й группы (разрывъ промежности и незначительныя явленія опущенія — 49 больныхъ) отмѣчаетъ 1 рецидивъ (97,9% благопріятныхъ исходовъ), для II-й группы (опущеніе влагалищныхъ стѣнокъ—65 больныхъ)—3 рецидива (95,4% удачи), для III (опущеніе матки) и IV (полное выпаденіе матки) группъ (всего 35 больныхъ)—4 рецидива—88,6% удачь. Рецидивы всѣ оказались ничтожными, и самый значительный изъ нихъ (у больной III группы съ 7-ми-лѣтн. давностью операциі) представлялся въ видѣ опущенія передней стѣнки съ образованіемъ cystocele. Приблизительно такой же процентъ удачь даютъ только тѣ современныя статистики, гдѣ леченіе выпаденій велось согласно выше изложеннымъ принципамъ (Sonntag—Negar—92%, A. Martin—93%, Asch—94% и т. д.), или такіе оперативные методы, въ составъ которыхъ обязательно входитъ возстановленіе тазовою дна (Schauta) и гдѣ, очевидно, въ этой послѣдней операциі и кроется причина стойкихъ благопріятныхъ результатовъ. Такимъ образомъ, пластическія операциі, если онѣ производятся не только съ цѣлью суженія влагалищнаго просвѣта и утолщенія промежности, а преслѣдуютъ возстановленіе функциональной способности мышцъ тазового дна, даютъ наилучшій прогнозъ въ смыслѣ коренного исцѣленія страданія. Извѣстный % неудачъ, наблюдающійся въ позднихъ результатахъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ, падаетъ главнымъ образомъ на застарѣлые случаи, гдѣ мышцы, отъ многолѣтняго бездѣйствія послѣ разрыва, уже успѣли болѣе или менѣе атрофироваться. Уменьшить неудачи этой категоріи сможетъ лишь своевременное возстановленіе тазового дна, но никакъ не тѣ дополнительныя операциі, которыя стремятся создать ненормальныя фиксаціи, не соотвѣтствующія правильнымъ анатомическимъ отношеніямъ органовъ.

Далѣе, какъ отмѣчаютъ всѣ авторы, прогнозъ ухудшается послѣдующими родами, такъ какъ защитая промежность при нихъ разрывается тѣмъ легче, что всякая искусственно возстановленная промежность поднимается нѣсколько выше, чѣмъ нормальная, и къ тому-же и менѣе эластична, благодаря рубцовому гарфе. Послѣ разрыва промежности выпаденіе, конечно, должно возвратиться. Эта неблагопріятная сторона дѣла должна быть исправляема своевременной перинеотоміей *sub parti*, обязательно производимой во всѣхъ случаяхъ, гдѣ раньше было сдѣлано хорошее возстановленіе промежности, съ послѣдующимъ зашиваніемъ. Такимъ образомъ тазовое дно не потерпитъ ни малѣйшаго ущербъ и будетъ продолжать и далѣе нести свою фізіологическую функцію.

<sup>1)</sup> К. Шабакъ.—О непосредственныхъ и отдаленныхъ результатахъ оперативнаго леченія разрывовъ промежности, выпаденій влагалища и матки возстановленіемъ тазового дна. Дисс., Спб., 1912 (<sup>1911</sup>/<sub>1912</sub>, № 27); Труды Врачей И. К. П.-Г. И., вып. XV.

## Критическій обзоръ другихъ оперативныхъ способовъ леченія выпаденія женскихъ половыхъ органовъ.

Выяснивъ, насколько описанный нами способъ хирургическаго леченія выпаденій женскихъ половыхъ органовъ отвѣчаетъ теоретическимъ основаніямъ и удовлетворяетъ практическимъ требованіямъ, мы съ этой же точки зрѣнія должны отнестись и къ другимъ конкурирующимъ предложеніямъ, изъ которыхъ мы и разберемъ наиболѣе извѣстныя. Послѣднія можно разбить на 3 группы: одни методы обращаютъ вниманіе на промежность или тазовое дно, но операція ведется иначе и по другимъ принципамъ; другіе касаются самихъ выпадающихъ органовъ и такъ или иначе стараются создать для нихъ фиксаціи, болѣе или менѣе далекія отъ нормальныхъ анатомическихъ отношеній; третьими, наконецъ, прямо рекомендуется удаленіе выпавшихъ органовъ.

### *Операціи на промежности и тазовомъ днѣ.*

Въ первой группѣ мы сразу должны отвергнуть тѣ старые способы зашиванія промежности, гдѣ хирургъ занимался одною кожею или слизистою (эпизіорафія Fricke, кольпо- и перинеорафіи Sims'a и Brown'a); не отвѣчая анатомическимъ условіямъ, операціи эти имѣли и весьма плохіе результаты. Даже при нормальныхъ перинеорафіяхъ, съ правильными въ анатомическомъ отношеніи фигурами освѣженія, результаты операціи получались очень различныя, съ колебаніями неудачъ отъ 8% (Sonntag—Hegar) до 35% (Christiani—Küstner) и 56% (Koblank—Olshausen, Baatz—Dohrn), очевидно въ зависимости отъ того, преслѣдовали ли операторы лишь цѣли сузить влагалище и «уплотнить» промежность, или стремились воссоединить мышцы тазового дна. Операція Lawson Tait'a, при которой производилось глубокое освѣженіе промежности, проникавшее въ мышечные слои, и которая пользовалась въ виду своей простоты и быстроты производства большою популярностію въ началѣ 90-хъ годовъ прошлаго столѣтія, также не отвѣчала анатомическимъ даннымъ: во первыхъ, освѣженіе, имѣвшее U-образную форму, приходилось своею узкою частью къ выходу изъ рукава, а широкою—въ глубинѣ влагалища; во вторыхъ, отдѣляемый лоскутъ, будучи толстымъ, содержалъ въ себѣ мышцы, и хотя онъ и не отрѣзался, а наоборотъ, зашивался, образуя во влагалищѣ выступъ, но его мышцы, отдѣленные отъ своихъ прикрѣпленій, оказывались потерянными для организма. Операція Lawson-Tait'a, не удовлетворяя даже пластическимъ требованіямъ, давала значительное количество непосредственныхъ неудачъ (у Родзевича—въ  $\frac{1}{3}$  всѣхъ случаевъ); еще менѣе удовлетворительными оказались и поздніе результаты.

Эпизіо-  
кольпо- и  
перинеора-  
фіи.

Наоборотъ, появившіяся въ послѣднее время предложенія сшивать изолированныя мышцы тазового дна, и именно самую значительную изъ нихъ—*levator ani*,—имѣютъ серьезныя теоретическія основанія. Предложенія эти появились главнымъ образомъ послѣ извѣстныхъ анатомическихъ изысканій Halban'a и Tandler'a, пришедшихъ въ результатъ своихъ изслѣдованій къ убѣжденію, что главнѣйшая причина выпаденій женскихъ половыхъ органовъ есть мышечная недостаточность тазового дна и главнымъ образомъ *musc. levator ani*<sup>1)</sup>, который при своемъ ослабленіи образуетъ какъ бы грыжевыя ворота, обусловливающія выпаденіе. Отсюда послѣдовала практической выводъ—сшивать медиальную края передней части *levator'a* (собственно *m. ribo-rectalis*), подобно тому, какъ мы шиваемъ прямые мышцы живота при грыжахъ бѣлой линіи. Таковы были предложенія Halban'a и Tandler'a, Шабакъ, Latzko, Ed. Martin—Bumm'a и др. Витт, начиная операцію разрѣзомъ, подобнымъ Lawson-Tait'овскому, проникаетъ сначала между кишкою и влагалищемъ, а затѣмъ пальцемъ прокладываетъ путь въ *sacrum ischio-rectale*,

Миорафія  
*levator'a*.

<sup>1)</sup> Эта точка зрѣнія, отмѣченная нашей школою задолго до Halban'a и Tandler'a, нашла реальное осуществленіе въ клиникѣ и послужила темой для соотвѣтствующихъ докладовъ и публикацій.

сбоку и спереди кишки в обе стороны (вправо и влево), захватывает там пинцетом мышечные пучки и, сблизив по средней линии, сшивает их 3—4 швами. Однако, нам кажется, что применяемые способы миорафий levator'a не удовлетворяют теоретическому требованию, положенному в их основание, и, будучи частичными, не представляют никаких преимуществ перед описанным нами способом восстановления тазового дна, при котором несомненно происходит сближение разошедшихся краев levator'a, но при посредстве фасциальных образований. Игнорирование последних, равно как и других мышечных образований тазового дна—промежных мышц (*m. transversus perinei superficialis*, *m. trigoni urogenitalis*) составляет отрицательную сторону методов, рекомендуемых исключительно миорафию levator'a. В существенный упрек существующим ныне способам должно быть поставлено и то, что сшивание происходит на месте, где в естественных условиях боковые мышечные массы levator'a друг с другом не соединяются, и операция является таким образом искусственной, топографически неправильной. Все это заставляет предполагать, что применяемая в настоящее время миорафия levator'a окажутся едва-ли успешнее многочисленных других методов, предложенных для лечения пролапсов; хотя, за неимением еще опубликованных клинических данных о поздних результатах этой операции, нельзя в настоящее время произнести о ней окончательное суждение.

### *Операции на выпадающих органах и связочном аппарате.*

Наиболее многочисленны предложения второй группы, клонящиеся к укреплению выпадающих органов или путем их непосредственной фиксации (пексии), или путем оперативного воздействия на поврежденный связочный аппарат. Хотя об этих операциях будет говорить ниже в главе о неправильных положениях матки, но нам необходимо коснуться их и здесь, с точки зрения пригодности их именно при выпадениях. Операции первого рода (пексии), в виду приводившихся выше теоретических соображений, уже a priori не выдерживают критики, ибо, как бы фиксации ни производились—к подвижным или неподвижным частям, к другим органам, брюшной стенке и т. д.,—они причиняют выпадения не устраняют, а создают нарушения функций органов и влекут, благодаря получившимся анатомическим неправильностям, иногда еще более тяжкие расстройства. Операции же второго рода (на связочном аппарате) принципиально возможно было бы признать, но не в качестве радикальных методов, а как дополнительные операции, с целью исправления положения матки, и то лишь при условии, если они восстанавливают правильные отношения между органами; однако, если не переоценивать значения ретропозиций матки, то очень редко можно бывает встретить показания для применения этих оперативных вмешательств.

Hystero-  
pexia.

Фиксации наичаще производятся над самой маткой. Применение при пролапсах этих операций, впервые предложенных для исправления отклонений матки (Leopold—Czerny, Olshausen—Sänger, Doléris и др.) основывалось на упоминавшемся выше взгляде относительно этиологического значения неправильных положений матки (*retroversio*) при выпадениях ее (Schultze, Küstner).

Из различных видов фиксации матки употребляется преимущественно пришивание матки к передней брюшной стенке, как укрепляющее орган наиболее высоко, и притом к образованию относительно мало подвижному; при этом фиксацию рекомендуется производить так, чтобы обеспечить крепкое сращение между маткой и брюшной стенкой (напр. при помощи операции Kocher'a). Но из физиологических данных ясно, что какую бы прочную фиксацию мы ни создавали, внутрибрюшное давление будет вновь смещать пришитые органы, вызывая растягивание образованной искусственной связи и даже ее разрывы (как это отмечает Витт после операции P. Müller'a, впервые применившего вентрофиксацию при выпадениях). Поэтому

нѣтъ ничего неожиданнаго въ тѣхъ довольно грустныхъ результатахъ, которые сообщаются авторами. Такъ, v. Herff (Fehling) даетъ 23,1% рецидивовъ, Christiani (Küstner)—34%, Westermарк (Швеція) даже до 46,8% рецидивовъ при чистыхъ вентрофиксаціяхъ (не соединенныхъ съ пластиками). Не говоря о томъ, что hysteropexia abdominalis, какъ чревосъченіе, имѣетъ извѣстный, хотя и незначительный при современной обстановкѣ, рискъ смертельнаго исхода, нельзя упускать изъ виду, что создаваемая ею ненормальная фиксація являются причиной многихъ страданій: авторы отмѣчаютъ тяжелыя болевыя ощущенія, разстройства дѣятельности пузыря и измѣненія въ немъ, и особенно непріятныя явленія при беременности и родахъ—сильныя боли при ростѣ беременной матки, преждевременное прерываніе беременности, ослабленіе родовой дѣятельности, неправильныя положенія плода и другія дистоціи, приводящія иногда къ необходимости производить кесарское сѣченіе. Въ виду этихъ осложненій совѣтуютъ даже присоединять къ вентрофиксаціи искусственную стерилизацію, если больная находится въ дѣтородномъ возрастѣ.

Столь-же мало основательна съ теоретической стороны и vaginofixatio uteri, предлагавшаяся при выпаденіяхъ Pfannenstiel'емъ и Dührssen'омъ. Позднихъ статистикъ здѣсь, впрочемъ, нѣтъ, и другими авторами эта операція при выпаденіяхъ почти не примѣнялась.

Нѣкоторые авторы связываютъ причины выпаденія матки съ инсультомъ со стороны мочевого пузыря, который при своихъ переполненіяхъ смѣщаетъ матку и вызываетъ растягиваніе и разслабленіе клѣтчатки, фасцій и даже мышцъ (В. Снегиревъ<sup>1)</sup>). Изглаживая сводъ, западая къзади (?) и книзу, пузырь вызываетъ retroversi'ю матки и, при благопріятныхъ условіяхъ, ея выпаденіе. Въ этомъ объясненіи первичная механическая причина выпаденій, которую Schultze видѣлъ въ ретроверсіи матки, переносится еще далѣе, на пузырь, вызывающій ретроверсію. Если, поэтому, въ первомъ случаѣ авторы начинали съ фиксаціи матки, то здѣсь, очевидно, нужно было начать съ фиксаціи пузыря, которая и производилась при помощи двухсторонняго прикрѣпленія передней влагалищной стѣнки (собственно переднебокового свода), на которую опирается пузырь, къ Пупартовой связкѣ (colporexia anterior). До Снегирева подобная операція производилась Byford'омъ, Tuffier, Ваггн'омъ—безъ особенныхъ результатовъ. Теоретическій же ея недостатокъ въ томъ, что оперативное воздѣйствіе примѣняется къ очевидному послѣдствію, а не къ причинѣ страданія.

Cysto- и  
colporexia.

Весьма близко по идеѣ къ операціи В. Снегирева стоитъ предложеніе Д. Ширшова<sup>2)</sup>, рекомендующаго соединять colporexi'ю перваго автора съ вентрофиксаціей по Leopold—Czerny. Кольпопексіи онъ придаетъ значеніе операціи добавочной, придающей къ вентрофиксаціи двѣ новыя фиксирующія точки, поддерживающія половой аппаратъ, но считаетъ ее особенно показанной при рѣзко выраженнхъ cystocele. Позднихъ результатовъ авторомъ еще не дано; теоретически же объ этой операціи можно повторить то же, что было сказано о вентрофиксаціи и кольпопексіи Снегирева.

Идея, противоположная упомянутымъ способамъ пексіи, проводится въ операціяхъ, стремящихся создать нѣчто въ родѣ пелота для выпадающихъ органовъ. Сначала такую поддержку создавали, сшивая стѣнки влагалища (напр. въ видѣ мостика—операція Lefort—Neugebauer'a). Предложеніе создавать костную поддержку, путемъ остеопластической операціи лонныхъ костей, было сдѣлано А. Новиковымъ. W. A. Freund создавалъ пелоть изъ самой матки, вывихивая ее черезъ задній сводъ во влагалище и приживляя ее здѣсь къ освѣженнымъ передней и задней стѣнкамъ влагалища.

<sup>1)</sup> В. Снегиревъ.—Colporexia anterior et posterior.—Труды I-го съѣзда Россійскихъ гинеколовъ и акушеровъ, стр. 213.

<sup>2)</sup> Д. Ширшовъ.—Къ вопросу объ оперативномъ леченіи выпаденій матки и влагалища.—Журн. акушер. и женск. бол., 1912, стр. 1243.

Interpositio  
uteri.

Эта операция была модифицирована Fritsch'емъ, а затѣмъ усовершенствована Schauta и Wertheim'омъ, подъ именемъ которыхъ она и известна теперь, нося название «interpositio uteri». Операция Schauta—Wertheim'a начинается съ сагитального разрѣза передней стѣнки влагалища, послѣ чего отслаиваютъ отъ матки пузырь и, вскрывъ брюшину передняго свода, вывихиваютъ черезъ него дно матки впередъ; перевязавъ и отдѣливъ трубы (съ цѣлью стерилизаци), тѣло матки фиксируютъ въ ранѣ влагалищнаго разрѣза впереди пузыря (собственно подъ нимъ), и затѣмъ закрываютъ матку краями влагалищнаго разрѣза, предварительно отслоенными въ стороны, чтобы лучше помѣстить въ ранѣ матку. Въ такомъ положеніи матка должна явиться какъ бы опорой для пузыря и массивнымъ пелотомъ, заполняющимъ верхній отдѣлъ влагалища. Что операция интерпозиціи матки является совершенно противоанатомической, какъ и другія, приведенныя выше, операции, создающія органическіе пелоты, это ясно само собою. Понятно также, что пелоть-матка не можетъ исполнять роли поддерживающаго внутренности аппарата, такъ какъ таковой мы понимаемъ только въ видѣ мышечнаго образованія, дѣйствующаго, какъ антагонистъ брюшнаго пресса. Поэтому, спустя нѣкоторое время, подъ вліяніемъ внутрибрюшнаго давленія, дѣйствующаго прежде всего на примыкающую къ брюшной полости шейку матки, послѣдняя начинаетъ выворачиваться во влагалище и, описавъ вокругъ лона дугу въ 180°, показывается въ половой щели, вытаскивая затѣмъ за собою дно пузыря. Только тѣмъ обстоятельствомъ, что Schauta къ этой операциіи присоединяетъ кольпоперинеорафію (а въ послѣднее время онъ это считаетъ обязательнымъ), объясняется то, что онъ получилъ при ней лишь 22,1% рецидивовъ (а Bröse—только 15,6%); Westermarck, собравшій шведскую статистику, даетъ 36,4% рецидивовъ. Помимо плохихъ результатовъ, операция «интерпозиціи» представляетъ много неблагоприятныхъ сторонъ: большыя послѣ нея обыкновенно лихорадятъ (Löwit), наблюдаются разстройства пузыря; сама операция довольно продолжительна, сопровождается кровотечениями, образованіемъ гематомъ (Lichtenstein); такъ, Löwit упоминаетъ о случаѣ, гдѣ изъ-за кровотечения пришлось матку удалить совсѣмъ.

Операциіи  
укороченія  
связокъ.

Тѣ операциіи, гдѣ фиксированіе выпадающихъ органовъ получается путемъ хирургическаго воздѣйствія на связочный аппаратъ, можно считать построенными на правильномъ анатомическомъ принципѣ: роль связочнаго аппарата—поддерживать правильное топографическое распредѣленіе и связь между органами—нарушается вслѣдствіе его растяженія при выпаденіяхъ органовъ и можетъ быть восстановлена хирургическимъ путемъ. Но соединительная основа связокъ, хотя бы даже и подкрѣпленная очень слабыми мышечными пучками, будучи восстановлена путемъ шиванія, укороченія и т. д., подъ вліяніемъ внутрибрюшнаго давленія вновь начинаетъ растягиваться, если послѣднее, не встрѣчая противодѣйствія, будетъ продолжать выдавливать внутренности въ направленіи ослабленнаго сопротивленія. Поэтому операциіи на связочномъ аппаратѣ имѣютъ при выпаденіяхъ смыслъ исключительно дополнительныхъ, производимыхъ послѣ того, какъ восстановлено тазовое дно. Для укрѣпленія пузыря цѣлесообразнымъ вмѣшательствомъ можетъ являться описанная выше операциія Ed. Martin'a, шивающая переднія пластинки «retinaculi uteri» (ligg. pubo-vesicalia); для укрѣпленія матки служатъ операциіи на круглыхъ связкахъ (Alexander - Adams, Wertheim), широкихъ (ligg. cardinalia s. suspensoria uteri—Kocks, Mackenrodt, Александровъ) и крестцово-маточныхъ (Byford, Sänger, Sperling, Wertheim и Mandl).

Внѣбрюшинное (Alexander-Adams) или внутрибрюшинное (Wertheim, правильнѣе, Wylie или Bode) укороченіе круглыхъ связокъ, растянутыхъ при ретроверсии матки, въ функциональномъ отношеніи—однозначущи. Практически слѣдуетъ предпочесть операцию Wertheim'a, какъ болѣе простую, позволяющую легко найти связку (что не такъ просто бываетъ при разскиваніи ея снаружи отъ паховаго канала), и не нарушающую ея цѣлости. Операциія можетъ быть произведена влагалищнымъ путемъ и такимъ образомъ, что связки на известномъ протяженіи складываются вдвое (въ петлю), и сложенная часть зашивается (см. ниже рис. 235).

Сшиваніе широкихъ связокъ (*ligg. cardinalia*) по Александрову ведется также черезъ влагалище, путемъ разрѣза передняго свода и послѣдовательной отслойки пузыря. При подтягиваніи матки обнажаются боковыя медіальныя части нижняго отдѣла широкихъ связокъ, которыя захватываются лигатурами на 3—4 смт. отъ края матки. Лигатуры перекрещиваются и при подтягиваніи сближаютъ захваченные ими участки связки по средней линіи, подъ шейкой, спереди ея верхняго отдѣла, гдѣ эти участки связки и сшиваются. Укороченіе крестцово-маточныхъ связокъ производится черезъ задній сводъ, путемъ сшиванія связокъ по средней линіи. Въ виду близости кишки зашиваніе слѣдуетъ производить чрезвычайно осторожно.

Всѣ указанныя операціи имѣютъ цѣлью укоротить связочный аппаратъ, поднять матку на ея нормальное мѣсто и придать ей положеніе *anteflexi*'и. Однако, какъ объ этомъ уже упоминалось выше, надобность въ операціяхъ, корригирующихъ положеніе матки послѣ устраненія самого выпаденія, представляется крайне рѣдкой. Въ клиникахъ Клиническаго и Повивально-Гинекологическаго Институтовъ на 600 слишкомъ операцій выпаденія мы ни разу не встрѣтили необходимости произвести укороченіе связочнаго аппарата матки. Что касается позднихъ результатовъ, то они опубликованы главнымъ образомъ для операціи Alexander-Adams'a, наиболѣе популярной; но успѣшность результатовъ здѣсь зависитъ обычно отъ главной операціи, такъ какъ одно только укороченіе круглыхъ связокъ при выпаденіяхъ является теоретически несостоятельнымъ и даетъ рецидивы въ 50% и болѣе.

#### *Удаленіе выпадающихъ органовъ.*

Намъ остается сказать теперь объ экстирпаціи матки, удаляемой или надвлагалищно, съ послѣдующей фиксаціей культи шейки (*P. Müller*) или цѣвликомъ (*Kaltenbach*), или даже вмѣстѣ съ влагалищемъ (*Fritsch*). Операція эта, очевидно, мотивируемая только тѣмъ, что удаленный органъ выпадать больше не будетъ, нашла довольно много приверженцевъ въ Германіи и во Франціи. *Витт* рекомендуетъ экстирпацію при большихъ пролапсахъ съ *enterocele*, сильныхъ гипертрофіяхъ шейки, опухоляхъ матки и придатковъ, катаррахъ пузыря съ задержаніемъ мочи, наконецъ, при рецидивахъ. *Döderlein* находитъ цѣлесообразнымъ производить экстирпацію тамъ, гдѣ имѣется полный выворотъ влагалища. Операція, главнымъ образомъ, предпринимается въ климактерическомъ возрастѣ. Мало обоснованная теоретически, экстирпація матки и клинически даетъ весьма плохіе результаты: послѣ удаленія одного выпавшаго органа начинаетъ выпадать слѣдующій очередной, т. е. пузырь и кишечникъ, который удалить нельзя. Возвраты бывають, по крайней мѣрѣ, въ 50% случаевъ (*Schmidt—Schauta*, *v. Herff*), а если была присоединена пластика, то въ 20 (*Döderlein*)—25% (*Bumm*). Намъ приходилось встрѣчать не разъ послѣдовательныя выпаденія влагалища, съ *enterocele*, не только послѣ экстирпацій матки по поводу выпаденія (произведенныхъ въ другихъ клиникахъ), но даже и въ такихъ случаяхъ, гдѣ матка была удалена по какому либо другому поводу, и выпаденіе развилось самостоятельно уже послѣ этого удаленія. Все это приводитъ къ убѣжденію относительно ничтожности практическаго значенія экстирпаціи матки при выпаденіяхъ, какъ операціи, теоретически совершенно необоснованной и на дѣлѣ сопровождающейся плохими результатами.

Удаленіе  
матки.

Приведенный критическій обзоръ современнаго положенія вопроса о хирургическомъ леченіи выпаденія женскихъ половыхъ органовъ даетъ намъ право категорически высказаться, что наибольшаго успѣха мы достигаемъ тамъ, гдѣ оперативный методъ направляется къ удовлетворенію требованій, вытекающихъ изъ правильной оцѣнки причинъ, вызывающихъ смѣщеніе органовъ малаго таза. Поэтому мы совсѣмъ не можемъ раздѣлить того пессимизма, который высказывается нѣкоторыми авторами по отношенію къ пластическимъ операціямъ при выпаденіяхъ, дающимъ,

будто бы, значительное количество рецидивовъ. Сущность дѣла въ принципiальномъ отношенiи къ операціи, въ которой нужно стремиться не къ «утолщенiю» промежности и суженiю влагалища, а правильному воссоединенiю мышцъ тазового дна, въ чемъ и кроется секретъ удачи при пластической операціи. Оперируя, согласно вышеизложеннымъ принципамъ, мы, несмотря на обиліе запущенныхъ выпаденiй, получали неудачи, да и то частичныя, лишь въ единичныхъ случаяхъ (гдѣ разорванная мускулатура успѣла уже въ значительной мѣрѣ атрофироваться); практика подтверждаетъ, что и для случаевъ послѣдней категорiи является все же важнымъ соблюденіе общаго принципа, и необходимость для нихъ въ какихъ-либо особенныхъ уродующихъ и теоретически необоснованныхъ операціяхъ не оправдывается клиническими результатами.

#### **ОПЕРАЦИИ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫЯ ДЛЯ ИСПРАВЛЕНІЯ НЕПРАВИЛЬНЫХЪ ПОЛОЖЕНІЙ МАТКИ.**

При оперативномъ леченiи отдѣльныхъ видовъ неправильныхъ положенiй матки лишь тѣ пріемы, которые направлены къ удовлетворенiю причинныхъ показанiй, заслуживаютъ вниманiя и въ большей или меньшей степени ведутъ къ цѣли; всѣ же остальные въ лучшемъ случаѣ могутъ разсматриваться, какъ мѣропріятiя вспомогательныя, самостоятельнаго значенiя не представляющія. Къ этой категорiи слѣдуетъ отнести всевозможныя фиксаціи матки—*hysteropexia*—путемъ пришиванiя ея къ различнымъ смежнымъ образованiямъ. Подобные методы, какъ создающіе завѣдомо противоестественныя условія, а слѣдовательно, идущіе въ разрѣзъ съ нормальными физиологическими и анатомическими требованiями, принципiально подлежатъ осужденiю; и если тѣмъ не менѣе они находятъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ приложеніе, то надо твердо помнить, что допущенъ компромиссъ, такъ какъ завѣдомо пошли на созданіе патологическихъ условій. Не слѣдуетъ упускать изъ виду, что подъ нормальнымъ положенiемъ матки ошибочно считать какое либо *одно* занимаемое ею положеніе, такъ какъ матка—органъ подвижный, и ея *положеніе постоянно мѣняется* подъ вліянiемъ соотвѣтственныхъ физиологическихъ условій (отправленiй смежныхъ органовъ, дыхательныхъ движенiй и пр.). Способы, ограничивающіе подвижность матки, допустимы лишь такіе, которые ставятъ предѣлъ подвижности ея только за границами нормы, а создаваемые обычно при выполненiи этой задачи патологическія условія—менѣе тѣхъ, ради которыхъ они предпринимались и которыя обуславливали тѣ или иныя болѣзненные припадки. Вотъ та принципiальная точка зрѣнiя, которой необходимо придерживаться при оцѣнкѣ и при примѣненiи соотвѣтственнаго метода или предложенiя; при этомъ совершенно естественно, что, чѣмъ непосредственнѣе фиксація, тѣмъ грубѣе и нецѣлесообразнѣе слѣдуетъ считать самый способъ; идеальный методъ долженъ стремиться чрезмѣрную подвижность матки вернуть (ограничить) къ нормальнымъ условіямъ.



### Операція при смѣщеніи матки взадъ (Retroversio-flexio).

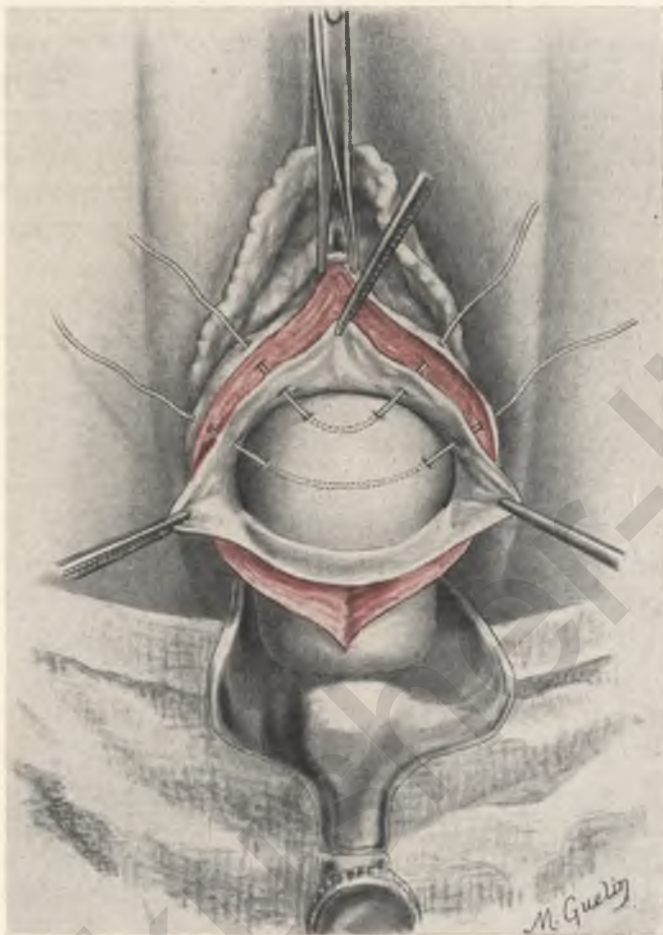
Наиболѣе грубымъ приѣмомъ, и къ тому же зачастую имѣющимъ послѣдствіемъ болѣзненные симптомы гораздо хуже тѣхъ, которыми страдала раньше больная, представляется *пришиваніе тѣла матки къ передней брюшной стѣнкѣ* (*ventrofixatio uteri*). Хотя этотъ приѣмъ какъ съ научной, такъ и съ гуманной точки зрѣнія трудно обосновать, и поэтому, можно, сказать, онъ не подлежалъ бы вовсе примѣненію на практикѣ, тѣмъ не менѣе однако и до сихъ поръ еще на этотъ счетъ существуютъ противоположные взгляды. Такъ во 2-мъ изданіи своей оперативной гинекологіи (1907) Krönig, описывая этотъ методъ, говоритъ <sup>1)</sup>, что Olshausen'у первому принадлежитъ честь заслуги (?) сознательнаго примѣненія *ventrofixat'ii* при искривленіи матки кзади. Операцію эту Olshausen производитъ такъ: двумя лигатурами, проведенными иглой на границѣ отхожденія отъ матки круглыхъ связокъ, а затѣмъ, черезъ толщу мускулатуры и апоневроза краевъ продольнаго разрѣза передней брюшной стѣнки, онъ подтягивалъ къ ней матку вплотную и затѣмъ завязывалъ лигатуры, коротко отрѣзавъ ихъ концы. Шовъ оставляется *à demeure*. Имѣются и другія модификаціи этой операціи съ примѣненіемъ съемнаго шва, пришиваніемъ къ брюшной стѣнкѣ другихъ отдѣловъ матки, проведеніемъ лигатуръ безъ вскрытія брюшной стѣнки и т. под. Всѣ эти предложенія направлены къ тому, чтобы получилось «солидное» и продолжительное сращеніе матки съ брюшной стѣнкой. Исходя изъ того же принципа, сдѣланы были попытки (Sänger) достигнуть фиксаціи маточной шейки къ задней стѣнкѣ малаго таза. Очевидное несовершенство подобныхъ приѣмовъ побудило авторовъ направить свои стремленія къ воздѣйствію на положеніе матки болѣе рациональнымъ путемъ, черезъ посредство укороченія различныхъ отдѣловъ связочнаго аппарата, по преимуществу круглыхъ связокъ, а отчасти и крестцово-маточныхъ. Помимо брюшной стѣнки для прикрѣпленія матки были намѣчены также и стѣнки влагалища. Schücking первый, хотя и очень грубымъ и небезопаснымъ приѣмомъ, предложилъ воспользоваться этимъ путемъ. Dührssen и др., работавшіе надъ влагалищнымъ методомъ фиксаціи матки (*vaginofixatio uteri*), усовершенствовали приѣмы пришиванія матки къ влагалищной стѣнкѣ. Современная операція *vaginofixur'ы* слагается изъ слѣдующихъ моментовъ. Убѣдившись въ свободной подвижности матки и въ возможности свободно приблизить ея тѣло къ переднему своду, операцію начинаютъ съ того, что, захвативъ и оттянувъ внизъ влагалищную часть матки, проводятъ на границѣ съ пузыремъ поперечный, а еще лучше продольный разрѣзъ черезъ всю толщу передней стѣнки до мочевого пузыря. Пузырь смѣщается кверху, послѣ чего вскрываютъ передній Дугласъ, къ которому прилежитъ тѣло матки. Когда ясно установлены топографическія условія, то матка двумя или тремя швами фиксируется къ стѣнкамъ рукава. Швы эти накладываются слѣдующимъ образомъ: сперва прокалывается, немного отступя

Ventrofixatio  
uteri.

Вагино-  
фиксаціи.

<sup>1)</sup> Стр. 218.

отъ края, вся толща влагалищной стѣнки, затѣмъ довольно поверхностно игла проводится черезъ прилежащій отдѣлъ маточной ткани такъ, чтобы эти швы легли непосредственно выше уровня внутренняго зѣва (а не на верхнія части тѣла), послѣ чего швы выводятся въ обратномъ направленіи на противоположной сторонѣ разрѣза. Располагаются швы другъ отъ друга на  $\frac{1}{2}$  снт. По наложеніи этихъ фиксирующихъ



Укороченія  
связочнаго  
аппарата.

Рис. 231. Vaginofixatio uteri.

матку швовъ, авторы рекомендуютъ брюшину предварительно зашить отдѣльно (что я однако считаю излишнимъ), а затѣмъ рядомъ глубокихъ и поверхностныхъ швовъ соединить края разрѣза наглухо (см. рис. 231). Авторы не безъ основанія предупреждаютъ проводить швы, фиксирующіе матку, по сосѣдству съ мѣстомъ перехода тѣла въ шейку, и не захватывать болѣе отдаленныхъ участковъ самого тѣла, что очевидно даетъ болѣе прочную фиксацію и стойкую anteflexi'ю. Но невыгода такого прочнаго прикрѣпленія уже успѣла реально сказаться во время родового акта, являясь причиной для затрудненнаго родоразрѣшенія и дистоціи плода, требовавшихъ послѣдовательнаго болѣе или менѣе опаснаго оперативнаго вмѣшательства

вплоть до кесарскаго сѣченія включительно, что въ лѣтописяхъ hysteropexi'и составляетъ поучительное мѣсто. Было также предложеніе вмѣсто фиксаціи матки къ влагалищной стѣнкѣ пришивать ее къ мочевому пузырю, въ расчетъ на большую подвижность самого пузыря. Хотя на этотъ счетъ пока и не имѣется отдаленныхъ результатовъ и данныхъ о теченіи беременности и родового акта, тѣмъ не менѣе естественно задаешь себѣ вопросъ, какъ отзовется ростъ беременной матки на искусственно спаянномъ съ нею пузырьѣ, подвергаемомъ чрезмѣрному смѣщенію и растяженію, каково будетъ при этомъ объективное и субъективное состояніе больныхъ?

Очевидное несовершенство описанных выше ириемов побудило авторов при исправленіи положенія матки направить свои стремленія на другой путь, болѣе близкій къ физиологическимъ законамъ, а именно—стремиться этого достигнуть путемъ воздѣйствія на связочный аппаратъ матки и, главнымъ образомъ, путемъ укороченія круглыхъ связокъ, а также и крестцово-маточныхъ. Наболѣе старой операціей этого типа представляется операція Alexander-Adams'a, подвергавшаяся послѣдовательно многократнымъ техническимъ измѣненіямъ. Укороченіе связокъ производится по двумъ способамъ — *внѣбрюшин-*



Рис. 232. Операція Alexander-Adams'a. Обнаженіе круглой связки.

*ному и внутривбрюшинному*; такъ какъ внѣбрюшинный хронологически представляется болѣе старымъ, то я начну съ его описанія, какъ онъ въ настоящее время обыкновенно практикуется. Соотвѣтственно расположенію пахового канала проводится разрѣзь въ 6—8 смт. длины черезъ всю толщю общихъ покрововъ и жировой клѣтчатки вплоть до апоневроза наружной косой мышцы. По остановкѣ кровотеченія, по желобоватому зонду расщепляютъ указанную фасцію, послѣ чего круглая связка, расположенная вдоль пахового канала, обыкновенно намѣчается вполне ясно, особенно если, захвативъ пинцетомъ, потянуть ея периферическій конецъ. Убѣдившись въ томъ, что захваченный участокъ ткани дѣйствительно есть круглая связка, периферическій конецъ перерѣзываютъ, а другой выпрепаровываютъ при постепенномъ подтягиваніи

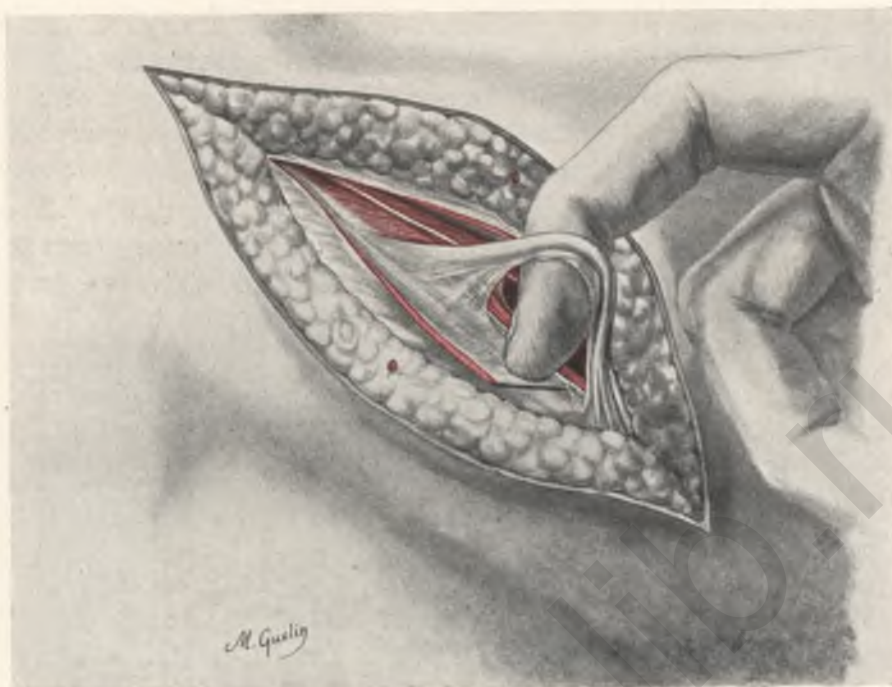


Рис. 233. Операція Alexander-Adams'а. Вытягиваніє круглой связки.

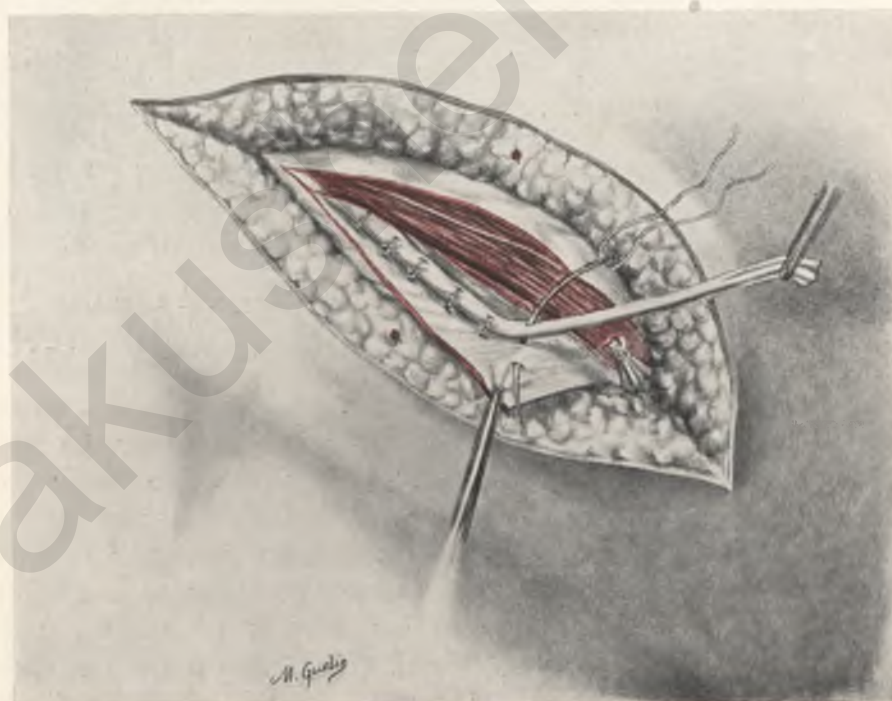


Рис. 234. Операція Alexander-Adams'а. Фиксація круглой связки.



вплоть до брюшины, вытянутой вмѣстѣ съ связкой. Въ послѣдній моментъ надъ связкой вскрывается подтянутый отдѣлъ брюшины, что даетъ возможность не только еще болѣе подтянуть связку, а при ея посредствѣ и тѣло матки, но кромѣ того введеннымъ пальцемъ оцупать, не существуетъ ли какихъ либо патологическихъ фиксацій, въ какомъ состояніи придатки и т. под. Прежде чѣмъ приступить къ пришиванію укороченной связки и закрытію разрѣза, предварительно выпрепаровываютъ связку противоположной стороны, чтобы поступить съ нею такъ же, какъ съ и первой, и лишь убѣдившись въ томъ, что все обстоитъ благополучно, приступаютъ къ фиксаціи концовъ круглой связки и зашиванію разрѣзовъ. Конецъ укороченной связки пришивается нѣсколькими самостоятельными швами къ внутренней поверхности *musc. obliquus externus*, или попутно, при зашиваніи разрѣза *lege artis*, т. е. съ наложеніемъ мышечно-апоневротическаго шва во избѣжаніе образованія послѣдовательной грыжи. Въ прежнее время обыкновенно вся операція происходила въ паховомъ каналѣ и носила, слѣдовательно, характеръ операціи въ полномъ смыслѣ внѣ-



Рис. 235. Укороченіе круглыхъ связокъ путемъ образованія петли.

брюшинной; но при такихъ условіяхъ, во 1-хъ, меньше представлялось возможнымъ подтянуть и укоротить связки, и, во 2-хъ, лишались непосредственнаго контроля въ брюшной полости. Въ виду существеннаго уменьшенія опасности при чревосѣченіяхъ за послѣдніе года, послѣдовало со стороны различныхъ авторовъ (Polk, Palmer Dudley, Dartigues и др.) рядъ аналогичныхъ предложеній—укорачивать круглыя связки, проникая къ нимъ черезъ разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ для того, чтобы соединить швами, приблизивъ, при образованіи изъ связки петли, отдаленныя ея части. Укорачивая за счетъ образованной петли связку, мы перемѣщаемъ запрокинутое тѣло матки кпереди. Предложенныя модификаціи сводились къ тому, чтобы, не ограничиваясь образованіемъ складки (петли) изъ связки, эту послѣднюю приблизить къ срединѣ тѣла матки и въ этомъ видѣ приторочить.

По другому способу (Webster, Baldy, Dartigues и др.) предварительно захваченная въ гемостатическіе щипцы складка круглой связки тупымъ путемъ

Укороченіе  
связокъ  
влагалищ-  
нымъ пу-  
темъ.

проводится черезъ толщу широкой связки на заднюю поверхность матки и здѣсь, по соединеніи со связкой другой стороны, приторачивается къ задней поверхности матки, не давая этой послѣдней такимъ образомъ отклоняться къзади. Укороченіе круглыхъ связокъ было предложено также производить путемъ кольпотоміи (Оттъ, Wertheim). Несомнѣнно болѣе бережно производить эту операцію *in situ* путемъ передней кольпотоміи. По вскрытіи передняго Дугласова пространства слѣдуетъ освѣтить операціонное поле по методу Отта, что даетъ возможность не только отлично ориентироваться, но и произвести всю операцію *in situ* подъ контролемъ зрѣнія. Намѣтивъ мѣсто отхожденія связки отъ матки, постоянно перехватываютъ пулевыми щипцами все болѣе и болѣе отдаленные отдѣлы ея, пока не образуется изъ нея довольно длинная петля. Въ такомъ положеніи связка и фиксируется 3—5 швами, которыми прошивается вся ея толща. Если есть желаніе соединить, какъ это упомянуто было выше, обѣ петли между собою, то исполнить это не представляетъ никакого труда. По окончаніи операціи брюшная полость зашивается наглухо.

Предложеніе сначала Sän ger'a, а затѣмъ другихъ—путемъ оперативнаго укороченія крестцово-маточныхъ связокъ стремиться къ излеченію смѣщенной тѣла матки къзади, распространенія не получило, и поэтому въ распоряженіи нашемъ не имѣется достаточнаго клиническаго матеріала для какихъ либо обоснованныхъ выводовъ. Техника укороченія заднихъ маточныхъ связокъ очень проста: начиная отъ своей середины, каждая связка въ отдѣльности складывается въ петлю, и при помощи нѣсколькихъ лигатуръ, проходящихъ черезъ толщу, связка фиксируется въ такомъ положеніи. Благодаря достигаемому укороченію связокъ, шейка смѣщается по направленію къзади, а тѣло матки помѣщается компенсаторно кпереди.

#### Показанія, теченіе и предсказаніе.

Сдѣланная мною въ началѣ этой главы характеристика методовъ всевозможныхъ пришиваній матки и укороченія связокъ вполне опредѣляетъ наше отношеніе къ «показаніямъ» для разбираемыхъ операцій: показанія эти должны быть ограничены до крайнихъ предѣловъ, а еще лучше, если вовсе изъ обихода гинеколога будутъ вычеркнуты всевозможныя ненормальныя фиксаціи матки. Допуская, что нашъ взглядъ слишкомъ пессимистиченъ, тѣмъ болѣе, что онъ въ такомъ видѣ, можно сказать, стоитъ особнякомъ, посмотримъ, что по этому поводу говорится въ новѣйшихъ учебникахъ. При всемъ стараніи позаимствовать хотя бы даже ограниченное число убѣдительно и объективно сформулированныхъ показаній мнѣ это не удалось. Кгöpig <sup>1)</sup> въ руководствѣ оперативной гинекологіи, приводя *resumé* послѣ перечня различныхъ мнѣній и взглядовъ тѣхъ показаній, которыми онъ руководствуется въ качествѣ показаній для примѣненія метода, указываетъ всего на два пункта: во 1-хъ, когда больной извѣстно, что у нея имѣется искривленіе, дабы сдѣланной опера-

<sup>1)</sup> Стр. 244, изд. II-ое.

цією отвлець ея вниманіє отъ этого ея заболѣванія, и, во 2-хъ, когда искривленіє матки сопровождается одновременнымъ опущеніемъ. Насколько убѣдительно первое показаніє, предоставляю судить самому читателю; про второе же скажу, что врядъ ли оно можетъ удовлетворить серьезнаго спеціалиста, привыкшаго при опущеніи матки считаться съ совершенно спеціальной и особой терапіей. Показанія, которыхъ придерживается Krönig, взяты мною на выдержку и приведены исключительно въ качествѣ примѣра той неопредѣленности, которая по этому поводу обнаруживается даже между поборниками разсматриваемаго образа дѣйствій. Данное явленіє, впрочемъ (и это вполне логически вытекаетъ изъ сказаннаго выше), имѣетъ вполне реальное объясненіє: ни одинъ изъ предложенныхъ методовъ не гарантируетъ ни непосредственно, ни въ будущемъ, что можетъ быть достигнуто желаемое исправленіє положенія матки, и что при успѣхѣ пройдутъ бывшіе до того болѣзненные симптомы; часто развиваются новые, и къ тому же болѣе тягостные, чѣмъ тѣ, ради которыхъ сдѣлана операція; наблюдаются функціональныя разстройства матки, и, въ частности, беременность въ громадномъ % случаевъ преждевременно прекращается, или протекаетъ ненормально и съ осложненіями, а роды очень часто представляются патологическими, родоразрѣшеніє нерѣдко становится невозможнымъ силами природы и сопряжено съ большой опасностью—это все факты. Достаточно и перечисленнаго, чтобы въ интересахъ больныхъ отказаться отъ угрожающаго имъ риска, и естественно вмѣстѣ съ тѣмъ возникаетъ вопросъ: отчего, при достиженіи въ отдѣльныхъ случаяхъ правильнаго положенія матки, бывшіе симптомы сплошь да рядомъ не исчезаютъ? Въ этомъ случаѣ отвѣтъ очень опредѣленный: оттого, что симптомы не находились въ связи съ самымъ неправильнымъ положеніемъ. Въ моей дѣятельности на томъ матеріалѣ, который предназначался другими операторами къ «фиксирующему лѣченію», въ большинствѣ случаевъ исцѣленіє было достигаемо мѣрами чаще всего консервативно-терапевтическими: гинекологическимъ массажемъ, рассасывательной терапіей, мѣрами общаго укрѣпляющаго лѣченія и т. п. мѣропріятіями въ зависимости отъ наличности особенностей обнаруженнаго заболѣванія пациентки. Въ подобныхъ случаяхъ особенно важно помнить правило медицины—«ne poseas!»

Считаю нелишнимъ еще сообщить объ одномъ оперативномъ приѣмѣ, который я примѣнялъ къ тѣмъ видамъ retrovers'ий матки, осложненныхъ anteflexi'ей, когда, вслѣдствіє недостатка развитія рукава, влагалищная часть фиксирована кпереди укороченной передней ея стѣнкой. Въ подобныхъ случаяхъ обыкновенно наблюдается во влагалищѣ болѣе или менѣе рѣзко выраженное *carne*, образующее въ переднемъ сводѣ нѣчто въ видѣ маленькой перегородки (недостатокъ сліянія Müller'овыхъ нитей) при конической шейкѣ, при обычныхъ симптомахъ бесплодія и часто *dysmenorrhoe*. Естественно, что придать такой маткѣ правильное положеніє и устранить *retroversio* возможно лишь при условіи устраненія укороченія передней стѣнки влагалища, фиксирующаго шейку кпереди. Для подобныхъ случаевъ,

показующихъ обычно *excisio colli*, я предлагаю въ переднемъ сводѣ производить поперечный разрѣзъ, разсѣкая указанный зачатокъ перегородки, и, по окончаніи операціи, швы накладывать не въ поперечномъ направленіи къ длинѣ влагалища, какъ это обычно дѣлается при клиновидной вырѣзкѣ, а по длиннику влагалища, т. е. чтобы линія швовъ пришлась подъ прямымъ угломъ къ поперечному разрѣзу свода. Благодаря этому приему передняя стѣнка влагалища соотвѣтственно удлиняется, и шейка получаетъ возможность быть смѣщенной взадъ. Описаннымъ приемомъ не слѣдуетъ пренебрегать, когда операція—*excisio colli*—производится спеціально ради безплодія, такъ какъ на успѣхъ имѣетъ вліяніе не только укороченіе шейки, но и смѣщеніе ея кзади въ область задняго свода, —того мѣста, гдѣ сперма скопляется послѣ *coitus'a*.

### ОПЕРАЦИИ ПРИ ВЫВОРОТѢ МАТКИ.

Оперативному леченію подлежатъ лишь тѣ случаи выворота матки, которые не поддаются вправленію болѣе бережными способами. Изъ этихъ послѣднихъ способовъ нужно отмѣтить во первыхъ, способъ ручнаго вправленія, и, во вторыхъ,—способъ систематическаго и продолжительнаго давленія на вывороченное тѣло матки, что обыкновенно ведетъ къ самопроизвольному вправленію, даже въ случаяхъ запущенныхъ.

Ручное вправленіе показуется немедленно послѣ происхожденія выворота, наблюдаемаго непосредственно въ связи съ родовымъ актомъ. Производится оно слѣдующимъ образомъ: обязательно предпославъ попыткамъ вправленія самую тщательную дезинфекцію, тѣло матки захватываютъ въ руку такъ, чтобы пальцы руки обхватывали его по возможности со всѣхъ сторонъ. Прежде чѣмъ сдѣлать попытку самого вправленія, захваченную въ руки матку постепенно сжимаютъ въ теченіе нѣсколькихъ минутъ для того, чтобы путемъ выжиманія изъ ея стѣнокъ крови и лимфы уменьшить объемъ всего тѣла, и лишь послѣ этого стараются продвинуть вглубь наиболѣе высоко лежащій отдѣлъ, стараясь другой рукой черезъ брюшныя стѣнки фиксировать участки, соотвѣтствующіе краямъ шейки <sup>1)</sup>. Въ незапущенныхъ случаяхъ при такомъ образѣ дѣйствія вправленіе обыкновенно удается хорошо, и рука, захватившая матку, отчетливо чувствуетъ, какъ постепенно черезъ узкое мѣсто вправляются ея стѣнки, пока, какъ бы однимъ толчкомъ, не вправится наиболѣе отдаленная часть дна, послѣ чего въ полость вправленной матки легко ввести палецъ, дабы убѣдиться въ достиженіи полного обратнаго вправленія. Вслѣдъ за вправленіемъ слѣдуетъ усилить (горячимъ душемъ, спорыней, массажемъ) сокращеніе маточныхъ стѣнокъ (къ чему впрочемъ онѣ и сами проявляютъ наклонность) и затампонировать влагалище марлевой полосой,

<sup>1)</sup> Предложено также производить предварительное сдавленіе матки при помощи эластическаго бинта. Это предложеніе я считаю трудно выполнимымъ на практикѣ, такъ какъ сдавить бинтомъ одно лишь тѣло матки, какъ я въ этомъ убѣдился,—почти не удается.



введя небольшой отдѣль ея въ полость вправленной матки во избѣжаніе задержки секрета. Въ ближайшіе послѣ операціи дни при смѣнѣ тампоновъ слѣдуетъ изслѣдованіемъ контролировать, не имѣется ли наклонности къ возврату выворота. При манипуляціяхъ надъ вывороченной маткой, особенно въ сроки, близкіе къ бывшимъ родамъ, необходимо твердо помнить, что маточная стѣнка обычно представляется перерожденной, легко рвущейся, и поэтому, во избѣжаніе травмы, манипуляціи должны производиться крайне бережно и осторожно. Большой подмогой при вправленіи служитъ хорошая фиксація краевъ растянутой шейки. Такъ какъ пулевые щипцы легко прорѣзаютъ ткань, то несравненно практичнѣе захватить шейку рядомъ крѣпкихъ лигатуръ—отъ 6 до 8,—которыя накладываются на подобіе матрацныхъ швовъ, съ выколомъ и вколомъ съ наружной стороны шейки; узелъ при такихъ условіяхъ обращенъ къ влагалищной стѣнкѣ, а длинные концы лигатуръ служатъ отличными «держалками».

Другой способъ некроваваго вправленія хроническихъ выворотовъ состоитъ въ систематическомъ примѣненіи кольпейринтера. Единовременная тампонація сводовъ повидимому очень полезна, такъ какъ содѣйствуетъ болѣе равномерному и всестороннему сдавливанію матки, на чемъ, главнымъ образомъ, и основанъ весь методъ. Кольпейринтеръ два раза

въ день вынимается, влагалище дезинфицируется, и потомъ опять вводится кольпейринтеръ. Такое леченіе требуетъ иногда очень продолжительнаго срока, и часто кольпейринтеръ приходится примѣнять отъ 3-хъ до 4-хъ недѣль подъ рядъ. Степень наполненія кольпейринтера должна сообразоваться съ самочувствіемъ больной. Нѣкоторые авторы (Hofmeister) считаютъ, что приведеннымъ способомъ возможно справиться даже съ самыми запущенными случаями; тѣмъ не менѣе не подлежитъ сомнѣнію, что не всякая больная изъяснитъ согласіе на столь длительное и тяжелое леченіе, а скорѣе пожелаетъ воспользоваться болѣе быстрымъ оперативнымъ способомъ, сопряженнымъ къ тому же (относительно) лишь съ небольшимъ рискомъ. Нѣко-

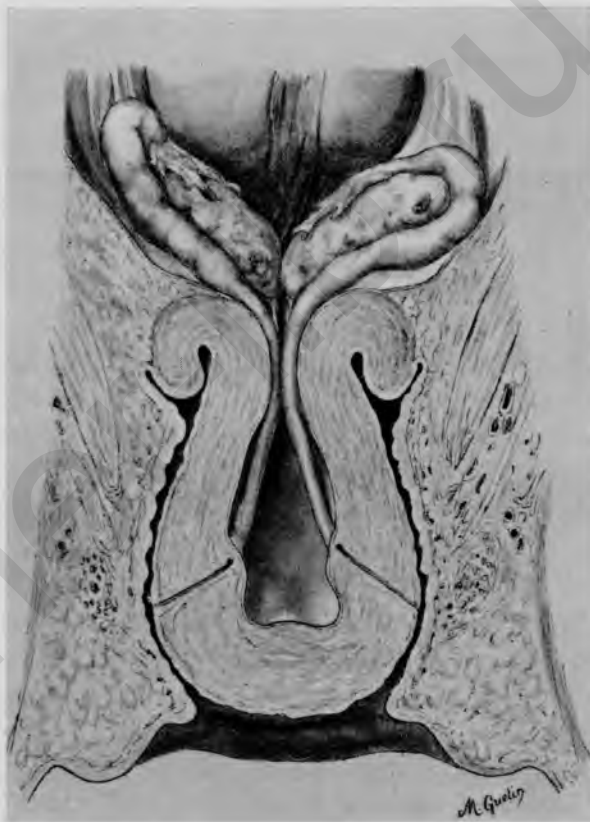


Рис. 236. Выворотъ матки.

торые же случаи выворота, а именно обусловленные развитіем опухолей, которыя, будучи прикрѣплены въ области дна матки на болѣе или менѣе ясно выраженной ножкѣ, тѣмъ самымъ представляютъ его причину, очевидно могутъ быть излечены лишь оперативнымъ путемъ: по удаленіи причины (опухоли) выворотъ обыкновенно легко устраняется. Такимъ образомъ эта категорія случаевъ, равно какъ и запущенные послѣродовые вывороты, зачастую осложненные воспалительными отложеніями и не поддающіеся вправленію ни при помощи кольпейриза, ни ручнымъ приѣмомъ, являются показаніемъ для оперативнаго вмѣшательства.

Оперативные способы. Современные способы хирургическаго леченія выворотовъ матки направлены къ сохраненію матки и восстановленію ея функций. Удаленіе органа показуется лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда, независимо отъ выворота, на лицо имѣются такія болѣзненные измѣненія, которыя сами по себѣ показываютъ экстирпацію матки, какъ, на примѣръ, раковое ея пораженіе, наличность множественныхъ фиброміомъ и т. п. процессы, которые исключаютъ сохраняющія мѣропріятія. Наиболѣе распространеннымъ способомъ является методъ *влагалищныхъ* операций, предложенный G. Riccoli, а затѣмъ, независимо отъ него, Küstner'омъ и Д. О. Оттомъ <sup>1)</sup>. Операция состоитъ въ томъ, что черезъ задній сводъ вскрываютъ брюшину (лучше продольнымъ сѣченіемъ), затѣмъ разрѣзь продолжаютъ кверху такъ, чтобы разсѣчь по средней линіи сначала всю шейку, а затѣмъ и заднюю стѣнку матки. Послѣ этого матку легко вывернуть въ обратномъ направленіи и вправить въ брюшную полость, а также наложить швы на разсѣченные участки. Предложеніе Küstner'a отличалось отъ нашего тѣмъ, что онъ разсѣченіе начинаетъ по задней поверхности тѣла матки, а затѣмъ уже разсѣкаетъ шейку. Во избѣжаніе возможнаго дальнѣйшаго разрыва маточной стѣнки при маломъ разрѣзѣ ея (Веберъ) можно рекомендовать дѣлать разсѣченіе по длиннику всей матки до самаго ея дна. Существуетъ также предложеніе разсѣкать матку не по задней, а по передней поверхности (Kehrer, Spinelli), но принципъ оперативнаго вмѣшательства—тотъ же самый. Кромѣ влагалищнаго метода нѣкоторые авторы (Everke) совѣтуютъ производить *чревосѣченіе* съ тѣмъ, чтобы растянуть сверху ущемляющее матку суженіе (воронку) или тупымъ путемъ, или же путемъ кровавымъ; естественно, что въ этомъ послѣднемъ случаѣ разсѣченный участокъ по вправленіи матки вновь соединяется швами.

О третьемъ оперативномъ приѣмѣ, а именно объ удаленіи всей матки мною было уже сказано выше, и онъ умѣстенъ лишь въ случаяхъ, гдѣ показано удаленіе самаго органа независимо отъ имѣющагося выворота, или же когда, благодаря преклонному возрасту, уже нѣтъ повода сохранять плодовмѣстилище, и поэтому прибѣгаютъ къ тому оперативному приѣму, который представляется наиболѣе безопаснымъ.



<sup>1)</sup> См. Журн. акушерства и женск. бол., Т. XV, Янв. 1901.

## ВЫСКАБЛИВАНИЕ МАТКИ.

Выскабливаніемъ матки называется оперативное вмѣшательство, имѣющее цѣлью удалить слизистую оболочку при патологическомъ измѣненіи ея, или удалить части ея, сами по себѣ не представляющія ненормальнаго строенія, но задержанныя въ полости матки дольше, чѣмъ это соотвѣтствуетъ фізіологическому состоянію (беременности), и поэтому обусловливающія нарушеніе нормальныхъ условій. Естественно, что въ виду различныхъ условій, при которыхъ предпринимается выскабливаніе, отдѣльные случаи, даже въ смыслѣ самой техники выполненія этого пріема, нѣсколько отличаются другъ отъ друга, такъ какъ въ однихъ случаяхъ достаточно поверхностнаго удаленія слизистой, тогда какъ въ другихъ—необходимо энергично стремиться (по возможности) удалить «всю» слизистую съ подлежащей тканью.

Чтобы составить себѣ ясное представленіе о степени захвата при выскабливаніи слизистой матки, необходимо напомнить анатомическое отношеніе слизистой оболочки къ подлежащимъ слоямъ. Какъ извѣстно, въ маткѣ не имѣется самостоятельнаго подслизистаго слоя, поэтому железы ея непосредственно прилегаютъ своими основаніями къ мускулатурѣ, отчасти внѣдряясь въ подлежащій мышечный слой, и къ тому же не на одинаковую глубину. Такое топографическое отношеніе железъ къ подлежащей мускулатурѣ, даже при относительно энергичномъ выскабливаніи, исключаетъ возможность удалить «всю» слизистую оболочку, такъ какъ дно многихъ железокъ, болѣе глубоко расположенныхъ между мышечными слоями, сохраняется невредимымъ, и эпителий ихъ служитъ къ возрожденію молодой слизистой взамѣнъ удаленной выскабливаніемъ, играя, такимъ образомъ, роль *matrix* подлежащей восстановленію слизистой. Благодаря указаннымъ условіямъ, при выскабливаніи, сдѣланномъ *lege artis*, нѣтъ никакого основанія бояться послѣдовательнаго зарощенія полости матки, и на томъ огромномъ матеріалѣ, который прошелъ черезъ мои руки, я ни разу не наблюдалъ указанныхъ послѣдствій выскабливанія. Совсѣмъ иначе обстоитъ дѣло, если не считаться при внутриматочныхъ манипуляціяхъ съ указанными анатомическими данными, и, не ограничиваясь соскобомъ слизистой, продолжать путемъ скобленія или примѣненіемъ химическихъ агентовъ (хлористый цинкъ), а также физическихъ способовъ (каленное желѣзо, текущій паръ) разрушать подлежащія ткани.

Въ такихъ случаяхъ зарощеніе матки представляется явленіемъ далеко не рѣдкимъ, и при условіяхъ полнаго разрушенія железистаго слоя (какъ это наблюдается и при явленіяхъ *endometritis dissecans*) можетъ считаться за правило. Полнаго вниманія, между прочимъ и въ практическомъ отношеніи, заслуживаетъ вопросъ о срокѣ, необходимомъ для послѣдовательнаго послѣ выскабливанія возстановленія слизистой оболочки матки. Въ этомъ отношеніи существующія анатомическія изслѣдованія, а равно и клиническія наблюденія показали, что регенеративная способность железъ очень велика, и на весь процессъ возрожденія обычно нуженъ не болѣе какъ 10—14 дневный срокъ, а иногда и болѣе короткій (v. Rabenau), что подтверждается и случаями зачатія, наступившаго въ этотъ періодъ и окончившагося срочными родами.

#### Техника выскабливанія.

*Техника выскабливанія* очень проста, что, однако, не даетъ намъ права признать самую операцію совершенно невинной и безопасной, особенно, когда стѣнки матки разрыхлены, какъ это наблюдается во время беременности, или когда они перерожжены, какъ бываетъ, на примѣръ, при раковыхъ пораженіяхъ, о чемъ подробно будетъ сказано ниже. Обычное выскабливаніе состоитъ изъ слѣдующихъ моментовъ. Создавъ обычную оперативную обстановку и произведя тщательную и полную дезинфекцію больной (см. общ. часть, стр. 52),—что необходимо, между прочимъ въ виду возможности встрѣтить при выскабливаніи необходимость какого либо другого оперативнаго вмѣшательства,—прежде всего нужно иммобилизовать матку, для чего передняя и задняя губы шейки захватываются каждая одними или двумя пулевыми щипцами. Подтягивая *умѣренно* матку къ выходу, ее въ этомъ положеніи стараются иммобилизовать, дабы предохранить связки ея отъ лишней травмы, послѣ чего приступаютъ, при помощи зондовъ Playfair'a, къ дезинфекціи (см. стр. 56) и затѣмъ къ измѣренію зондомъ ея полости. Обыкновенно выскабливанію предшествуетъ непосредственно расширение ея полости, что я считаю (вопреки мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ—Martin) необходимымъ, такъ какъ свободныя манипуляціи въ полости матки безъ этого немыслимы. Расширеніе обычно производится при помощи расширителей Hegar'a (см. стр. 27 и рис. 16), при чемъ въ большинствѣ случаевъ можно ограничиться, дойдя до расширителя № 10. Когда расширеніе окончено, всегда рекомендуется еще разъ обслѣдовать полость матки, для чего продолговатая ложка Martin'a съ тупыми краями (рис. 237) представляется несравненно болѣе цѣлесообразной, чѣмъ маточный зондъ, такъ какъ ею гораздо легче опредѣлить неровности, выступы и т. п., чѣмъ зондомъ, пуговка котораго легко скользитъ по поверхности выступа или посторонняго тѣла, которое часто поэтому и можетъ оказаться вовсе необнаруженнымъ.

Для производства выскабливанія я обыкновенно пользуюсь ложечкой съ полуострыми краями (рис. 238), предпочитаю ее тупой (рис. 239), а также острой петлѣ;

последняя очень пригодна для пробного соскоба, ибо для топографических срезовъ, кромѣ слизистой, необходимо и захватъ мускулатуры, чтобы выяснитъ ихъ взаимное отношеніе, но ею легче нанести глубокое пораненіе; а тупой приходится очень сильно давить на стѣнку матки, чтобы снять весь слой слизистой. Ложку всегда необходимо вводить, зондируя инструментомъ, и каждый разъ отчетливо отмѣчать моментъ, когда инструментъ касается дна матки; только при та-



Рис. 237. Ложечка Martin'a.

Рис. 238. Ложечка для выскабливанія съ полуострыми краями.

Рис. 239. Тупая петля для выскабливанія.

кихъ условіяхъ мы застрахованы отъ прободенія органа. Умѣніе хорошо ориентироваться насчетъ положенія ложечки въ полости матки и въ частности по отношенію того момента, когда она достигаетъ дна матки, является *существеннѣйшей*

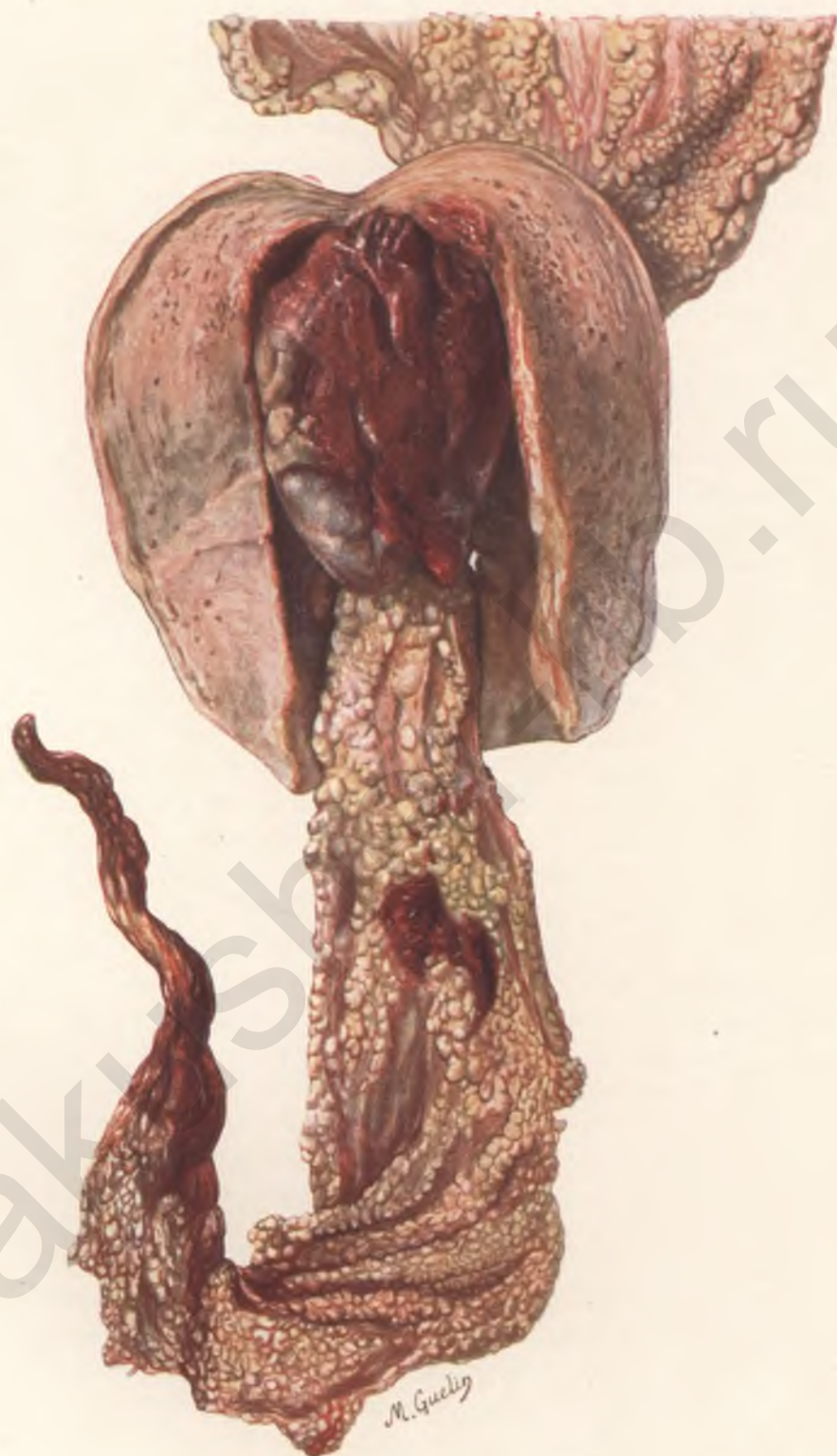
*стороной техники.* Мало опытному оператору рекомендуется контролировать каждое введение ложечки; при большемъ опытѣ это дѣлается уже почти безсознательно.

Слѣдовать этому правилу надо особенно педантично, когда стѣнки органа разрыхлены, вялы и податливы (какъ это обыкновенно бываетъ при выкидышѣ), что подчасъ значительно затрудняетъ опредѣленіе того момента, когда ложка при введеніи достигаетъ и касается дна матки. Форсировать введеніе ложки при встрѣтившемся препятствіи отнюдь не слѣдуетъ, такъ какъ такое затрудненіе при введеніи инструмента наблюдается, когда ложка упирается въ одну изъ стѣнокъ матки, какъ это часто происходитъ при наличности искривленія органа. При неумѣннн распознать истинную причину встрѣтившагося затрудненія, примѣненіе насилія ведетъ обыкновенно къ пораненію и прободенію маточныхъ стѣнокъ. Надо отмѣтить, что прободеніе матки часто происходитъ при *самомъ легкомъ надавливаніи, и для этого никакого усилія не требуется*, благодаря чему самый актъ прободенія можетъ остаться незамѣченнымъ. Производство собственно самага соскабливанія слизистой оболочки трудностей не представляетъ; для этого, придавивъ ложку къ соответственной стѣнкѣ, ее выводятъ, нажимая, къ выходу изъ полости матки. Необходимо, чтобы подобныя скользящія движенія производились въ системѣ, и одинъ скобокъ ложился рядомъ съ предыдущимъ, пока, такимъ образомъ, не будетъ обойдена вся полость матки. Обыкновенно начинаютъ съ выскабливанія задней стѣнки матки, затѣмъ одной изъ боковыхъ поверхностей, затѣмъ передней и, наконецъ, другой боковой. Полезно, такимъ образомъ, обойти ложкой матку вторично, дабы не оставить участка слизистой не соскобленнымъ. Затѣмъ необходимо отдѣльно выскоблить дно матки и оба рога. Въ отдѣльныхъ случаяхъ, гдѣ не исключается предположеніе о нахожденіи въ маткѣ посторонняго тѣла, полезно, по удаленіи ложки, ввести въ полость матки корнцангъ, чтобы захватить и вывести предположенное образование (полипъ и т. п.). Само собой понятно, что при введеніи корнцанга необходимо соблюдать тѣ же предосторожности, какъ при манипуляціяхъ ложкой, о чемъ было сказано выше. Для удаленія изъ полости матки соскобленныхъ частицъ слизистой оболочки обыкновенно практикуется внутриматочное спринцеваніе при небольшомъ давленіи, что достигается повторнымъ введеніемъ и выниманіемъ канюли (см. общ. часть, стр. 110). Если нѣтъ необходимости примѣнить послѣ выскабливанія внутриматочное прижиганіе, то для стока секрета въ полость матки вводится рыхло марлевая полоса, которою также рыхло тампонируется и влагалище. Черезъ сутки эта марлевая полоса удаляется подтягиваніемъ за влагалищный ея конецъ.

### Осложненія.

Перфорация  
матки.

Однимъ изъ нерѣдкихъ осложненій при выскабливаніи является прободеніе матки, каковое, какъ извѣстно, можетъ произойти, несмотря на соблюденіе указанныхъ предосторожностей. Опредѣлить въ цифрахъ процентъ такихъ осложненій



Перфорація матки при викидисьї, съ извлеченіємъ значительнаго куска сальника  
черезъ перфорационное отверстие. Въ полости матки—остатки яйца.

очень трудно, тѣмъ болѣе, что иногда прободеніе проходит незамѣченнымъ, а съ другой стороны случаи прободенія далеко не всегда публикуются; можно, однако, безошибочно утверждать, что у всякаго гинеколога, располагающаго болѣе или менѣе значительнымъ матеріаломъ, подобные случаи имѣли мѣсто. Существенное значеніе имѣетъ своевременное распознаваніе происшедшей перфорации, чтобы во время остановиться отъ дальнѣйшихъ манипуляцій, могущихъ повредить больной. Въ виду этого необходимо, какъ мною было указано выше, тщательно контролировать каждое движеніе инструментомъ при отдѣльныхъ моментахъ операціи. Если моментъ прободенія своевременно замѣченъ, то необходимо осторожно извлечь инструментъ, по возможности такъ, чтобы не вытянуть черезъ прободное отверстіе сальника или другихъ органовъ; а по извлеченіи инструмента необходимо убѣдиться, что это не произошло. Въ такихъ неосложненныхъ случаяхъ надо воздержаться отъ какихъ либо дальнѣйшихъ манипуляцій, отложивъ ихъ, если выскабливаніе не доведено до конца, до болѣе благопріятнаго времени, пока не закроется перфорационное отверстіе. Что же касается до предсказанія въ подобныхъ случаяхъ, то, если только принципы асептики были успѣшно выполнены, оно, какъ правило, исполнѣ благопріятно. Значительно серьезнѣе тѣ случаи, гдѣ прободеніе не было во время распознано, и когда черезъ перфорационное отверстіе былъ извлеченъ какой либо органъ брюшной полости, особенно если онъ при этомъ подвергся пораненію. Если была захвачена часть сальника, то ее обыкновенно удается вправить, фиксируя для этого шейку матки щипцами и подтягивая ее къ выходу при одновременномъ смѣщеніи внутренностей къ діафрагмѣ черезъ брюшныя стѣнки наружными приѣмами, на подобіе «lifting» (Th. Brandt), лучше всего расположивъ для этого предварительно больную на косої плоскости. Въ тѣхъ случаяхъ, когда выпавшая часть сальника сильно травмирована, ее слѣдуетъ резецировать, прежде чѣмъ приступить къ вправленію (см. рис. на табл. II).

Извлеченіе  
части саль-  
ника.

Несравненно хуже дѣло обстоитъ, когда захвачена бываетъ кишечная петля, и особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда она представляется оторванной, хотя бы на небольшомъ протяженіи, отъ брыжейки. Въ послѣднемъ случаѣ было бы неправильно ограничиться однимъ вправленіемъ, а слѣдуетъ обязательно, *не откладывая*, приступить къ чревосѣченію съ цѣлью обстоятельнаго осмотра пораненія кишечника и производства резекціи кишки, если была нарушена связь ея съ брыжейкой, къ перитонизаціи соотвѣтственнаго мѣста или вообще къ хирургическому вмѣшательству, сообразно характеру происшедшаго поврежденія.

Извлеченіе  
кишечной  
петли.

Простого вправленія извлеченной кишечной петли, какъ это указано при захватѣ сальника, въ такихъ случаяхъ очевидно не достаточно, такъ какъ при послѣдующемъ омертвѣніи стѣнокъ кишечника легко можетъ произойти перфоративный перитонитъ. Необходимо имѣть въ виду, что въ отдѣльныхъ случаяхъ одного только болѣе или менѣе продолжительнаго ущемленія кишки между губъ корнцанга достаточно для послѣдовательнаго некроза соотвѣтственнаго участка. Въ виду вышесказаннаго, лишь въ относительно очень рѣдкихъ случаяхъ мы имѣемъ



право ограничиться простымъ вправленіемъ вытасченной петли, и только тогда именно, когда съ полной увѣренностью можно исключить отрывъ mesenterium'a, и самое пораненіе кишки представляется ничтожнымъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда необходимо резецировать кишечникъ, практично даже не дѣлать попытокъ къ его вправленію, по двумъ причинамъ: во 1-хъ, чтобы не загрязнить брюшную полость, и, во 2-хъ, потому, что при такихъ условіяхъ не приходится рыться въ кишкахъ для разысканія поврежденнаго участка. Соблюденіе рекомендуемаго приема имѣетъ значеніе особенно въ случаяхъ, когда вся толща стѣнки кишки разорвана, и содержимое ея имѣетъ доступъ наружу. Отверстіе въ толщѣ маточной стѣнки цѣлесообразнѣе всего дренировать рыхлымъ тампонираніемъ іодоформенной марли. При очень значительномъ пораненіи можетъ потребоваться наложеніе ряда швовъ. Вообще нужно стремиться обойтись сохраняющими приемами: удаленіе всей матки показуется развѣ только въ исключительныхъ случаяхъ.

Разрывы  
шейки.

Кромѣ возможности перфорировать матку, нужно указать на поврежденія, наносимыя не самымъ выскабливаніемъ, а подготовительнымъ расширеніемъ шейки. Если не сообразоваться со степенью податливости тканей, то при употребленіи болѣе толстыхъ расширителей (толще № 10) легко можетъ произойти разрывъ шейки; подобное явленіе наблюдается также при попыткахъ къ форсированному введенію пальца въ полость матки. Въ подобныхъ случаяхъ толща мускулатуры шейки рвется вплоть до клѣтчатки, со всѣми послѣдствіями подобнаго положенія вещей. Если вся операція была обставлена строго асептично, и моментъ пораненія своевременно распознанъ, то дѣло обыкновенно кончается благополучно, при чемъ полученный дефектъ лучше всего рыхло затампонировать, а при значительномъ кровотеченіи—необходимо наложить обкалывающіе швы и такимъ образомъ закрыть дефектъ. Напротивъ того, если разрывъ не былъ замѣченъ, то манипуляціи легко могутъ продолжаться по ложному пути, и, кромѣ того, могутъ произойти другія серьезныя осложненія: развитіе гематомы, нагноенія и т. п.

#### Показанія и предсказаніе.

*Показаніемъ* къ выскабливанію слизистой оболочки, помимо цѣлей діагностическихъ, всегда являются тѣ или иныя самостоятельныя заболѣванія слизистой, чаще всего утолщенія ея, какъ это наблюдается при всѣхъ видахъ гиперпластическихъ эндометритовъ, обусловливающихъ болѣе или менѣе значительныя кровопотери въ видѣ мено- и metrorrhagi'й, при децидуальныхъ и затяжныхъ катаральныхъ формахъ и т. п.

*Предсказаніе* обыкновенно благопріятное, если только операція сдѣлана lege artis: рискъ отъ самой операціи минимальный, а вмѣшательство представляется мѣрой коренной.

Совсѣмъ иначе дѣло обстоитъ, если выскабливаніе примѣняется въ тѣхъ случаяхъ, когда измѣненія въ слизистой являются не самостоятельнымъ процес-

сомъ, а обусловлены причиной, лежащей внѣ самой слизистой оболочки, какъ это наблюдается при нарушенномъ кровообращеніи во всей маткѣ, напр., при неправильномъ ея положеніи (застойныя формы), при развитіи новообразованій въ толщѣ ея стѣнокъ (фиброиды) или придаткахъ, при такъ наз. hypersecretio отъ причинъ, зависящихъ иногда даже не отъ самого полового аппарата (plethora abdominalis, порокъ сердца и пр.). Въ подобныхъ случаяхъ выскабливаніе, если иногда и показуется, то можетъ или вовсе не дать лечебныхъ результатовъ, или же эти послѣдніе представляются ненадежными и только временными, скоро проходящими. Иногда въ подобныхъ случаяхъ выскабливаніе представляется діагностическимъ подспорьемъ, давая возможность дѣлать заключенія ex juvantibus et nocentibus.

### ВЫСКАБЛИВАНІЕ ПРИ ВЫКИДЫШѢ.

Въ виду практическаго значенія, каковое представляетъ вмѣшательство при выкидышѣ, считаю необходимымъ его выдѣлить въ самостоятельный отдѣлъ.

Показанія къ вмѣшательству въ нашей клиникѣ ставятся очень широкія, и въ этомъ отношеніи мы совершенно не можемъ согласиться съ недавно высказаннымъ Winter'омъ взглядомъ, тѣмъ болѣе, что и достигаемые результаты съ очевидностью говорятъ за цѣлесообразность нашего образа дѣйствія. Кардинальнымъ показателемъ являются кровотечения и септически протекающій выкидышъ. Очевидно, чѣмъ преждевременнѣе прекратитъ эти симптомы, тѣмъ выгоднѣе для больныхъ; поэтому раннее вмѣшательство очевидно представляется принципиально желательнымъ, тѣмъ болѣе, что lege artis произведенная операція сама по себѣ, можно сказать, не представляетъ риска, что подтверждаютъ и полученные результаты. Въ нашъ вѣкъ, когда количество выкидышей, все возрастая, начинаетъ достигать почти 25% всѣхъ обращающихся въ акушерскую клинику <sup>1)</sup>, очень важно установить опредѣленное отношеніе къ подобнымъ случаямъ; этимъ я однако отнюдь не хочу сказать, что не требуется индивидуализаціи, которая вездѣ и всегда необходима; но важно также вполне опредѣленно выработать отношеніе, которое представлялось бы правиломъ и служило основаніемъ для индивидуализаціи.

Показанія  
къ выска-  
бливанію.

Техника освобожденія матки отъ содержимаго при выкидышѣ въ значительной степени зависитъ отъ срока, въ какой прервана беременность. Очень ранніе выкидыши, тѣмъ болѣе, если уже большая часть яйца произвольно выдѣлилась, въ техническомъ отношеніи трудностей не представляютъ. Необходимо отчетливо

Техника  
выскабли-  
ванія.

<sup>1)</sup> Такъ, по даннымъ Повивально-Гинекологическаго Института, за время съ 1883 по 1893 г. выкидыши составляли 2,6% всего числа поступившихъ въ акушерскую клинику; съ 1893 по 1897 г.—3,7%; въ 1897—1899 г.—5,2%; въ 1900—1902 г.—6,8%; въ 1903—1904 г.—8,5%; въ 1905 г.—10%, и въ слѣдующіе 1906, 1907, 1908, 1909 и 1910 г.—12%, 12,8%, 16,05%, 16,5% и 20,7%.

исполнить два требованія: первое, о чемъ сказано было выше,—необходимо съ особою тщательностью ориентироваться, гдѣ, по отношенію стѣнокъ матки и ея дна, находится въ каждый данный моментъ ложечка, дабы случайно не перфорировать матку; второе—имѣть увѣренность, что дѣйствительно удалено все содержимое матки. Въ этомъ отношеніи, гдѣ только возможно, желательно введеннымъ пальцемъ обслѣдовать полость матки и такимъ образомъ проконтролировать, не осталось ли въ ея полости какихъ либо остатковъ. Но это не всегда можно сдѣлать, такъ какъ далеко не всегда возможно ввести въ матку палецъ, не нанося значительной травмы; въ подобныхъ случаяхъ надо обслѣдовать полость матки при помощи ложечки. Совѣтъ удалять части яйца и вообще манипулировать при выкидышѣ только пальцемъ и, во избѣжаніе травмы, не употреблять вовсе инструментовъ—я считаю не выдерживающимъ критики, такъ какъ при умѣломъ употребленіи инструментовъ травма получается несравненно меньшая, чѣмъ при введеніи пальца, что, какъ было упомянуто выше, далеко не всегда и возможно. Помимо того, однимъ только ручнымъ приемомъ иногда вовсе не удается удалить частей отпадающей оболочки. Это обстоятельство имѣетъ особенное значеніе при септическомъ абортѣ, гдѣ очень важно повсемѣстно соскоблить всю слизистую; кромѣ того, ложечкой это можно сдѣлать неизмѣримо бережнѣе, почти вовсе не смѣщая матки и не давя на нее—въ противоположность ручнымъ приемамъ, при которыхъ несравненно больше шансовъ, такъ сказать, втереть септическое начало въ лимфатическіе пути.

Болѣе или менѣе объемистые куски ложечкой иногда вовсе не удается извлечь, поэтому въ подобныхъ случаяхъ корнцангъ представляется незамѣнимымъ инструментомъ; но, само собою понятно, работать имъ нужно, соблюдая тѣ же предосторожности, какъ и при употребленіи всякаго инструмента, вводимого въ матку: корнцангъ вводится закрытымъ, и лишь по введеніи его открываютъ для захвата. Должно еще указать на очень практичныя инструменты для удаленія частей выкидыша. Это инструменты на подобіе кюретки, но съ совершенно тупыми краями и значительно больше ея по объему (тупая петля). Въ продажѣ имѣются №№ различной величины (рис. 239).

При выкидышахъ значительно болѣе позднихъ стадій, напр., при 3—4-хъ-мѣсячной беременности, трудностей представляется значительно больше, особенно, если приходится производить искусственный выкидышъ, когда шейка совершенно не открыта и не подготовлена предшествовавшими сокращеніями. Если нѣтъ возможности откладывать съ окончаніемъ выкидыша и дожидаться, пока, путемъ сокращенія, матка въ достаточной мѣрѣ сама откроется, нужно прибѣгнуть къ искусственному ея открытію; для опорожненія матки корнцангъ представляется очень удобнымъ. Въ виду того, что стѣнки матки очень мягки и податливы, надо особенно быть внимательнымъ, чтобы ихъ не продырявить. Корнцангомъ захватывается какая либо часть плода, который при этомъ обыкновенно удаляется по частямъ, послѣ чего слѣдуетъ placenta и плодовые оболочки. Остатки ихъ и отпадающая оболочка удаляются при помощи ложки или пегли, послѣ чего, если только возможно, реко-

Опорожненіе матки при позднихъ выкидышахъ.

мендуется контроль полости матки пальцемъ. Третьимъ пальцемъ (онъ длиннѣе и сильнѣе) иногда цѣлесообразнѣе изслѣдовать, при этомъ согнутый указательный помѣщается въ рукавъ.

Если указанный способъ не удастся провести при соблюденіи полного контроля отдѣльныхъ моментовъ,—а это чаще наблюдается въ болѣе позднихъ стадіяхъ беременности и при недостаточномъ открытіи зѣва,—слѣдуетъ настоятельно рекомендовать прибѣгнуть къ кровавому способу открытія матки, какъ я это практикую уже около 5 лѣтъ. Кровавый способъ расширенія, описанный въ общей части (см. стр. 31—33), состоитъ въ разсѣченіи шейки въ сагитальномъ направленіи по передней ея поверхности, обычно съ нѣкоторой предварительной отслойкой пузыря—по типу «влагалищнаго кесарскаго сѣченія». Благодаря такому приему получается свободный доступъ въ полость матки, всѣ манипуляціи облегчаются, почти нѣтъ риска поранить матку, и, сверхъ того, получается безпрепятственная возможность контроля полости матки пальцемъ. Разсѣченіе шейки зашивается, и при этомъ пузырь приводится въ прежнее свое положеніе. Описанный способъ веденія выкидыша, при соблюденіи, *lege artis*, правилъ асептики, можетъ съ успѣхомъ, по своей безопасности, быть противопоставленъ старымъ, затяжнымъ методамъ, при которыхъ больная имѣетъ много больше шансовъ на инфекцію, подвергаясь всякимъ другимъ случайностямъ и пораненіямъ. Операция заканчивается введеніемъ въ матку марлеваго выпускника, дабы устранить возможность задержки выдѣлений.

Если возникаетъ необходимость получить еще болѣе реальное представленіе о внутренней поверхности матки, то показуется діагностическое разсѣченіе всей передней стѣнки матки (см. стр. 32 и рис. 18) для цѣлей непосредственнаго ея осмотра глазомъ, послѣ чего матка зашивается вновь, если, конечно, обнаруженыя въ ней измѣненія, въ силу своей природы, не заставятъ насъ поступить съ ней иначе.

Операция септического выкидыша, помимо особенно тщательной очистки матки, заканчивается возможно совершенной дезинфекціей полости матки. Съ этой цѣлью, помимо промываній матки растворомъ сулемы 1: 2000, полость ея вытирается ватными шариками, захватываемыми корнцангомъ, предварительно смоченными въ томъ же растворѣ и отжатыми; при протираніи полости ими выносятся мелкіе обрывки и кусочки слизистой оболочки. Въ заключеніе полость матки промывается спиртомъ, а иногда еще смазывается *t-ra jodi* и тампонируется іодоформенной марлей. Обыкновенно, послѣ такихъ приемовъ,  $t^{\circ}$  возвращается къ нормѣ; въ запущенныхъ случаяхъ такая «перевязка матки» производится еще нѣсколько разъ.

Операция  
септиче-  
скаго выки-  
дыша.



## ОПЕРАЦИИ НА МАТОЧНОЙ ШЕЙКѢ.

Наиболѣе частой операціей, производимой на маточной шейкѣ, является ампутація ея; чаще всего удаленію подвергается влагалищная часть матки, но иногда приходится ампутировать и отдѣлъ болѣе высокій, расположенный выше мѣста прикрѣпленія сводовъ, съ послѣдовательной пересадкой этихъ послѣднихъ. Техника ампутаціи влагалищной части матки или такъ наз. клиновидной эксцизии крайне не сложна, и при производствѣ ея главное вниманіе сосредоточено на томъ, чтобы вполнѣ сохранить проходимость цервикальнаго канала и надежнымъ образомъ обезпечить гемостазъ. Типическая *техника ампутаціи* шейки матки состоитъ изъ слѣдующихъ моментовъ: захвативъ переднюю и заднюю губу зѣва крѣпкими щипцами, поперечнымъ разрѣзомъ, который ведется со стороны цервикальнаго канала снаружи по направленію къ сводамъ, шейка разсѣкается на двѣ части—переднюю и заднюю губу, при чемъ глубина разрѣза пропорціональна размѣру подлежащей удаленію части (рис. 240). Вслѣдъ за тѣмъ, сначала обыкновенно изъ задней губы удаляютъ часть, захваченную щипцами, изсѣкая ее въ видѣ клина, для чего прежде всего ведется поперечный разрѣзъ со стороны слизистой канала, а затѣмъ навстрѣчу ему, приблизительно подъ угломъ въ 40—45°, другой—со стороны периферіи шейки. По удаленіи изсѣченного клина все ложе образованнаго дефекта въ средней своей части обкалывается, для чего обыкновенно достаточно трехъ лигатуръ глубокихъ и соответственнаго числа поверхностныхъ. Этимъ пріемомъ, благодаря приторачиванію слизистой цервикальнаго канала, обезпечиваются нормальныя отношенія, и устраняется возможность зарощенія или суженія канала. Покончивъ съ задней губой, такимъ же путемъ изсѣкаютъ (рис. 241) и обшиваютъ переднюю. Чтобы случайно не поранить мочевого пузыря, полезно сначала разрѣзъ, проводимый по передней части шейки, сдѣлать поверхностно, тупымъ путемъ отодвинуть пузырь и лишь затѣмъ углубить разрѣзъ. Разсѣченные боковые отдѣлы шейки зашиваются послѣ всего; при этомъ рекомендуется раньше наложить глубокіе швы подъ все ложе, въ обезпеченіе надежнаго гемостаза, завязывая ихъ однако послѣ поверхностныхъ, что создаетъ несравненно большую пластичность при соединеніи краевъ разрѣза (рис. 242—243). По окончаніи операціи, во избѣжаніе застоя возможныхъ выдѣленій, влагалище рыхло выполняется іодоформенной марлей.

Техника  
ампутаціи  
влагалищ-  
ной части.

Техника «высокой» ампутации шейки производится по только что описанному типу, при чемъ передъ усѣченіемъ шейки мы ее предварительно также разсѣкаемъ поперечнымъ разрѣзомъ, такъ какъ этимъ приемомъ облегчаемъ болѣе надежное образо-

Техника вы-  
сокой ампу-  
тации.

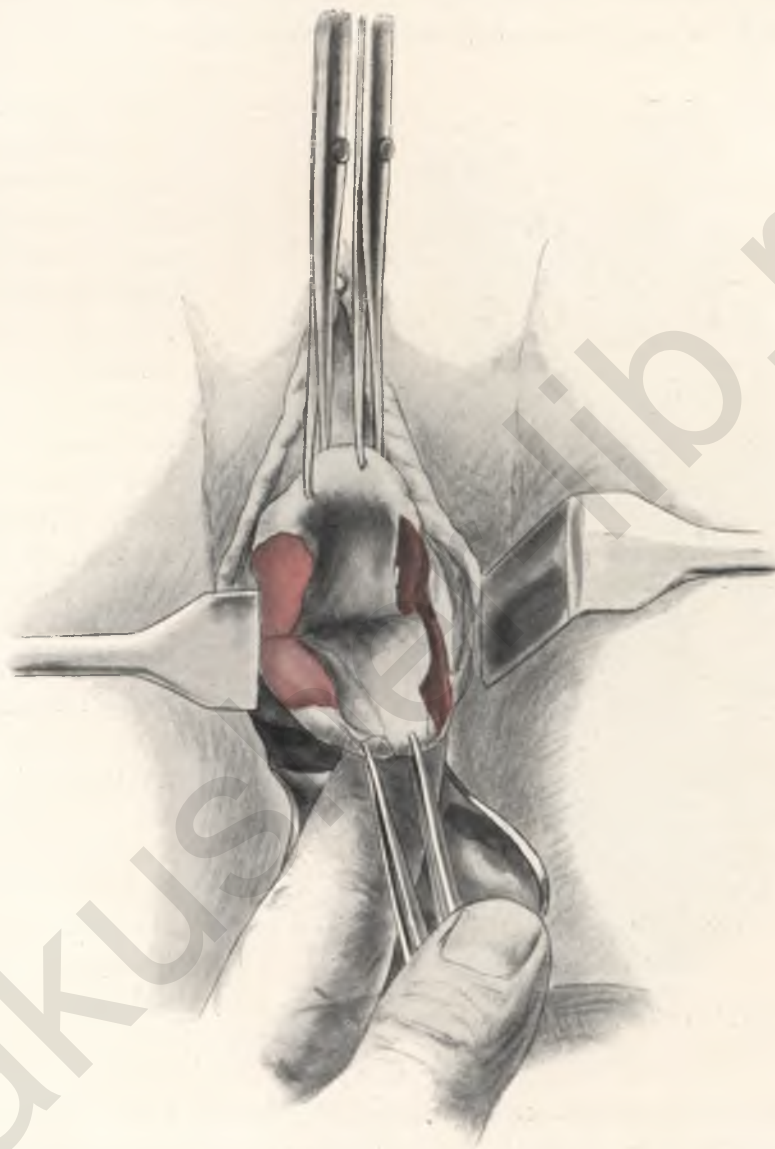


Рис. 240. Ампутация шейки. Разсѣченіе шейки во фронтальномъ направленіи.

ваніе зѣва, избѣгая возможныхъ суженій или зарощенія его. Послѣ разсѣченія (discisio) шейки двумя полукружными разрѣзами—переднимъ (верхнимъ) и заднимъ (нижнимъ), проникающимъ черезъ всю толщю влагалищной слизистой оболочки вплоть до подлежащей клѣтчатки,—намѣчается граница подлежащихъ отдѣленію

\*



отъ шейки влагалищныхъ сводовъ. Это послѣднее производится тупымъ путемъ при помощи пальца или, еще лучше, «ватнаго шарика», послѣ чего лишь прибѣгаютъ къ изсѣченію выпрепарованной шейки. Разрѣзъ при этомъ ведется, начиная со стороны канала и направляясь къ периферіи шейки, причемъ, разсѣкая ее толщю, постепенно поднимается, имѣя къ ея длиннику косое направленіе. Благодаря прове-

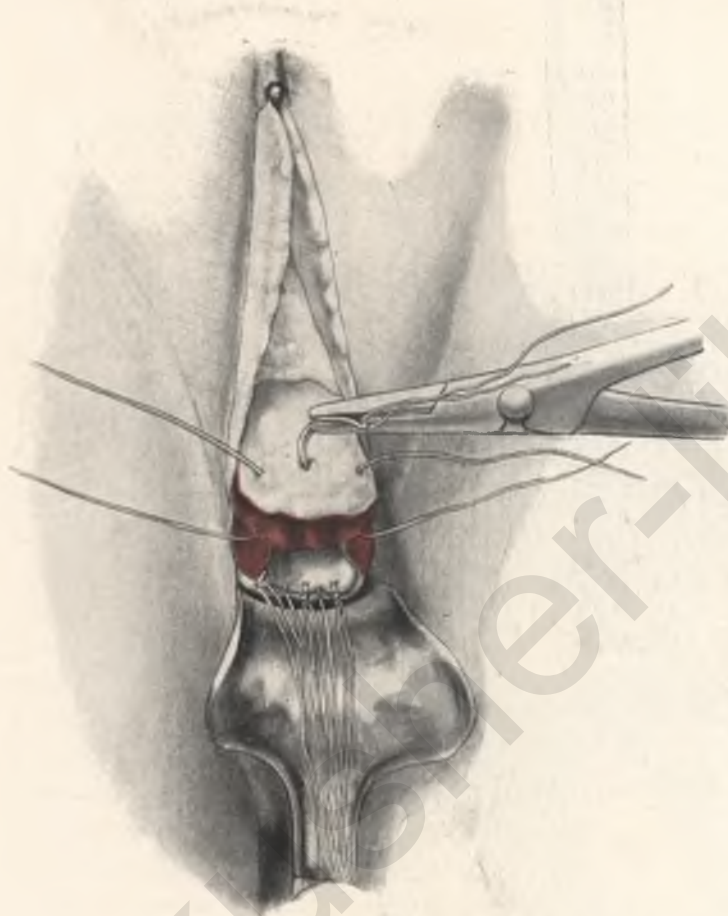


Рис. 241. Ампутація шейки. Наложеніе швовъ на переднюю губу шейки.

денію такого разрѣза, мы получаемъ изъ соотвѣтственной части шейки лоскутъ, который подлежитъ соединить съ соотвѣтственнымъ участкомъ раньше отдѣленнаго свода, послѣ чего зашиваются боковые отдѣлы разрѣза по вышеописанному способу. Чрезвычайно практичнымъ, ради надежнаго гемостаза, я считаю предварительную до ампутаціи шейки перевязку вѣтвей маточныхъ артерій или даже самой артеріи, какъ это введено мною въ практику для случаевъ высокой ампутаціи шейки (см. рис. 230, стр. 285). Это достигается профилактическимъ (предварительнымъ) обкалываніемъ клѣтчатки по бокамъ отъ шейки, отвѣ-

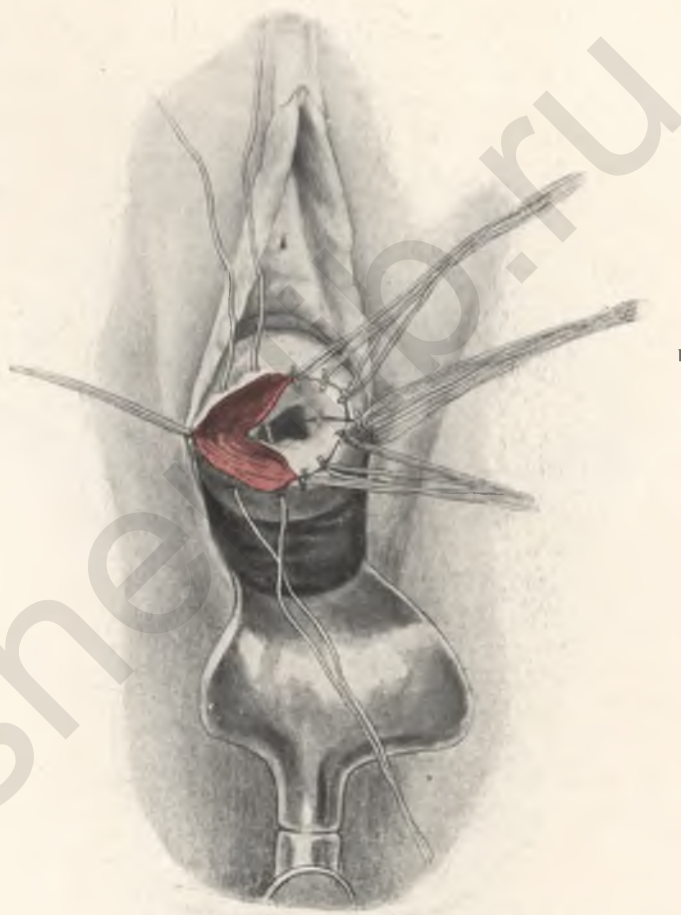
чающей основанію широкихъ связокъ, или, что еще лучше, изолированной перевязкой артеріальныхъ стволонъ. Пріемъ этотъ, аналогичный примѣняемому при экстирпации матки, производится во время отдѣленія сводовъ, при чемъ массовый обколь основанія связокъ лучше дѣлать тупой иглой Deschamps'a во избѣжаніе поврежденія сосудовъ.

Такъ какъ лигатура оставляется à demeure, то предпочтительно брать шелкъ не толстый. Описанный способъ даетъ возможность всю операцію произвести почти безкровно и страхуетъ больную и въ дальнѣйшемъ отъ послѣоперационной геморрагіи.

Если во время отдѣленія сводовъ произойдетъ пораненіе брюшины, то этимъ обстоятельствомъ нѣтъ повода смущаться (конечно при соблюденіи полной антисептики), и лишь при наложеніи швовъ необходимо озаботиться о хорошемъ прилаживаніи краевъ и хорошемъ закрытіи отверстія. Въ отдѣльныхъ случаяхъ, при необходимости резецировать избыточные ткани (своды), приходится впрочемъ и сознательно вскрывать брюшину. Швы послѣ ампутаціи приходится снимать обыкновенно черезъ 7—10 дней; если же они мало доступны, какъ, напр., послѣ суживающихъ влагалище операций, то оставляются и на болѣе продолжительный срокъ.

Показаніемъ для ампутаціи маточной шейки служатъ чаще всего или, во 1-хъ, мѣстные процессы, какъ то—новообразованія ея, hypertrophia ея отдѣловъ, изъязвленія, воспалительныя измѣненія и т. п.,—или же, во 2-хъ, ампутація производится, когда шейка относительно здорова, и сама операция предпринимается, чтобы оказать тѣмъ воздѣйствіе на паренхиму тѣла матки (Славянскій, Лапинъ) и на кровообращеніе въ ней (Вгаип, Славянскій, Лапинъ, Оттъ).

Что касается до первой категоріи показаній, то ампутація шейки примѣняется для удаленія только новообразованій доброкачественнаго типа; при злокачественныхъ же формахъ установлена необходимость обязательнаго удаленія всего органа. Чаще всего болѣе глубокія измѣненія шейки воспалительными процессами, особенно же *metritis colli follicularis*, даютъ поводъ къ вмѣшательству такъ какъ при подобныхъ обстоятельствахъ обыкновенно утрачена надежда на *restitutio ad integrum*, а имѣющіяся глубокія измѣненія нерѣдко служатъ благопріятной почвой для развитія злокачественныхъ новообразованій. Въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ



Показанія.

Рис. 242. Ампутація шейки. Зашиваніе угла.



каждый раз удаленные отѣлы принципиально подвергать микроскопическому изслѣдованію. При поверхностныхъ пораженіяхъ, какъ, напр., изъязвленіяхъ, эрозіяхъ и т. п., количество удаляемыхъ тканей обыкновенно ничтожно и производится поверхностнымъ ихъ усѣченіемъ. Въ виду плотности и относительно малой податливости ткани шейки, рекомендуется дѣлать вырѣзку болѣе или менѣе клиновидной формы, чтобы



Рис. 243. Видъ восстановленной шейки послѣ ампутаціи.

возможно было хорошо приладить края и получить *prima intentio*. Вырѣзываемый клинь долженъ быть то острѣе, то болѣе тупымъ, края его могутъ быть различной длины, вырѣзки различно располагаются, вообще необходимо сообразоваться съ обстоятельствами; при значительныхъ же усѣченіяхъ шейки вышеописанный способъ клиновидной ампутаціи (*excisio*) заслуживаетъ особеннаго вниманія, такъ какъ этотъ методъ наиболѣе гарантируетъ отъ случайностей (зарощенія зѣва, послѣдовательной геморрагіи).

При суженіяхъ наружнаго зѣва вышеописанный методъ

несомнѣнно заслуживаетъ предпочтенія передъ простымъ разсѣченіемъ шейки—*discisio*, такъ какъ, примѣняя его, мы создаемъ пластическимъ приѣмомъ форму шейки и зѣва съ большимъ или меньшимъ зіяніемъ, согласно нашему желанію; усѣкая глубже то слизистую шейки, то слизистую влагалища, получаемъ такимъ образомъ болѣе или менѣе выраженный выворотъ ея, и т. п. Всѣ эти преимущества отсутствуютъ при простомъ разсѣченіи—*discisio* шейки (Sims), при чемъ далеко не

всегда этот способ достигает цели, сопровождается нежелательным послѣ-операционнымъ кровотеченіемъ и т. под. явленіями, благодаря чему мы вовсе къ нему не прибѣгаемъ; въ прежнія же времена не зашитый разрѣзъ шейки зачастую давалъ поводъ къ развитію тяжкихъ параметритовъ. Что же касается показаній къ изсѣченію болѣе высокихъ отдѣловъ шейки съ пересадкою сводовъ, то я отсылаю къ отдѣлу о выпаденіяхъ матки и влагалища, осложненныхъ удлиненіемъ соотвѣтственныхъ отдѣловъ маточной шейки.

Вторая категорія показаній не всегда можетъ быть строго отдѣлена отъ первой; во всякомъ случаѣ желаніе оказать воздѣйствіе на mesometrium выступаетъ здѣсь на первый планъ. Въ основу положены наблюденія Braun'a (провѣренные въ клиникѣ К. Ф. Славянскаго д-ромъ Лапинымъ), что паренхима матки при хроническомъ метритѣ подвергается обратному развитію вслѣдъ за ампутаціей шейки, и объемъ матки при этомъ замѣтно уменьшается, съ исчезновеніемъ бывшихъ болѣзненныхъ симптомовъ. Подобное же наблюденіе сдѣлано мною по отношенію къ разстройству кровообращенія въ органѣ (выступающему особенно при искривленіяхъ матки), въ видѣ венознаго стаза, со всѣми послѣдствіями такого состоянія. Многолѣтними наблюденіями за больными я убѣдился, что при врожденныхъ ante flexio, осложненныхъ конической шейкой и симптомами dysmenorrhoea, въ концѣ концовъ, главнымъ образомъ вслѣдствіе благоприятныхъ условій для венознаго стаза, съ теченіемъ времени въ доброй половинѣ случаевъ дѣло кончается развитіемъ фиброміомъ матки. Иначе говоря, ante flexio uteri составляетъ этиологическій моментъ <sup>1)</sup> въ дѣлѣ возникновенія новообразованій, при чемъ главная причина, повидимому, кроется въ длительномъ разстройствѣ кровообращенія—венозномъ стазѣ. Въ подобныхъ случаяхъ своевременная ампутація влагалищной части даетъ цѣнные результаты, излечивая въ цѣломъ рядѣ случаевъ бывшее до того безплодіе и кореннымъ образомъ устраняя явленія, обусловленные искривленіемъ матки, и въ томъ числѣ мучительные припадки dysmenorrhoea. Отдаленные результаты, собранные О. Левинымъ <sup>2)</sup> на матеріалѣ моей клиники, показали, что у 35% всѣхъ оперированныхъ ради безплодія путемъ ампутаціи маточной шейки послѣ этого наступало зачатіе, болѣзненные же симптомы были устранены у 74,2% оперированныхъ.

Исходъ операціи слѣдуетъ безусловно признать благоприятнымъ, при условіи, если она обставлена и сдѣлана lege artis. Тотъ относительно высокій % смертности, который отмѣчается прежними авторами—и то для высокой ампутаціи—въ настоящее время сведень почти на 0, и въ своей многолѣтней дѣятельности мнѣ пришлось лишь одинъ разъ наблюдать неблагоприятное теченіе. Вообще же ампутація шейки, какъ операція типическая и совершенно безопасная, даетъ возможность широко пользоваться ею и примѣнять ее въ отдѣльныхъ случаяхъ, какъ методъ вспомогательный.

Предсказаніе.

<sup>1)</sup> Д. О. Оттъ.—Къ этиологіи и профилактикѣ фиброміомъ матки. Русск. Врачъ. 1911 г. № 7.

<sup>2)</sup> О. Левинъ.—Журналъ акушер. и женск. бол., Т. XXVII, 1912 г., стр. 951.

Въ виду сказаннаго, *показанія* къ ампутаціи шейки значительно расширились, и она вытѣснила многіе оперативные приемы, предлагавшіеся на шейкѣ при различныхъ процессахъ; такъ, напр., различные способы разрѣзовъ при суженіи зѣва въ настоящее время успѣшно замѣняются выше описанной клиновидной *excisi'ей*.

Операция  
Emmet'a.

Говоря объ операціяхъ на маточной шейкѣ, я считаю необходимымъ нѣсколько остановиться на операціи, предложенной Emmet'омъ, въ настоящее время большинствомъ авторовъ тоже замѣняемой ампутаціей. Emmet'овская операція состоитъ въ восстановленіи цѣлости шейки при ея разрывѣ, происшедшемъ во время родо-



Рис. 244. Операція Emmet'a. Освѣженіе и наложеніе швовъ.

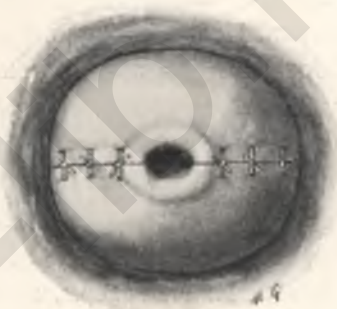


Рис. 245. Видъ зашитой шейки послѣ операціи Emmet'a.

вого акта, когда разрывы шейки съ одной или обѣихъ сторонъ достигаютъ болѣе или менѣе значительной глубины.

Освѣженіе производится соотвѣтственно разрывамъ. Судить о формѣ освѣженія лучше всего, если представить себѣ поперечно разсѣченную до сводовъ шейку, какъ это обыкновенно дѣлается при первомъ моментѣ ампутаціи. По снятіи рубцовой ткани на извѣстной глубинѣ накладываются швы такъ, чтобы узлы завязать съ наружной стороны. Совѣтъ, чтобы часть лигатуры проходила (выкалывалась) черезъ цервикальный каналъ, слѣдуетъ отвергнуть, согласно общимъ правиламъ при восстановленіи полыхъ образований, и необходимо шить такъ, чтобы отнюдь лигатуры въ каналъ не вдавались, для чего швы надо выкалывать и вкалывать, нѣсколько отступая отъ края слизистой. По завязываніи швовъ части разорванныхъ губъ сближаются и получается болѣе или менѣе прежняя губа шейки (рис. 244—245).

Въ основу *показанія* къ операціи Emmet'a несомнѣнно положенъ принципъ сохраняющей хирургіи; съ этой стороны идея операціи заслуживаетъ полного вниманія, и, если исходить изъ однихъ только теоретическихъ соображеній, то

при всякомъ болѣе или менѣе значительномъ разрывѣ шейки *sub partu* надлежало бы неотложно наложить швы для возстановленія шейки. Противъ такого образа дѣйствій на практикѣ говоритъ однако тотъ фактъ, что громадное большинство разрывовъ шейки, происшедшихъ во время родового акта, заживають послѣдовательно произвольно, и поэтому зашиваніе маточной шейки непосредственно послѣ родовъ показано лишь при нарушеніи цѣлости артеріальныхъ стволовъ, обуславливающихъ значительную геморрагію. Несомнѣнно однако, что послѣднее ограниченное показаніе къ зашиванію шейки послѣ родовъ оказывается на практикѣ слишкомъ узкимъ, и глубокіе разрывы, особенно проникающіе въ клѣтчатку сводовъ, подлежатъ также зашиванію, чтобы предупредить возможность дальнѣйшей инфекціи этимъ путемъ, и поэтому въ нашей дѣятельности мы старались проводить этотъ принципъ. Но этотъ приѣмъ не тождественъ съ предложеніемъ Emmet'a—зашивать старые разрывы шейки съ цѣлью устранить тѣ болѣзненные симптомы, которые могутъ быть поставлены въ связь съ имѣющимся разрывомъ, какъ то: истеченія, боли и т. д. Практика, однако, показала, что при хорошо сросшихся разрывахъ при удавшейся операціи далеко не всегда устраняются отмѣченные симптомы. Такое явленіе объясняется тѣмъ, что не разрывъ самъ по себѣ обуславливалъ наблюдаемые симптомы, но сопровождавшія его измѣненія слизистой болѣе глубокихъ частей шейки, и т. п. Приведенное обстоятельство побудило многихъ гинекологовъ (Schröder и др.) ограничить показанія къ производству операціи Emmet'a до *minimum'a*, предпочитая ей обычную ампутацію шейки, благодаря которой одновременно проявляется воздѣйствіе не только на самую шейку, но и на тѣло матки, попутно удаляется больше рубцовой ткани, и т. под. Этотъ взглядъ вполнѣ раздѣляется и нашей клиникой.



## ОПЕРАЦИИ ПРИ ФИБРОМИОМАХЪ МАТКИ.

Такъ какъ медицина по настоящее время не располагаетъ инымъ способомъ рациональнаго воздѣйствія на новообразованія помимо оперативнаго, то и въ дѣлѣ леченія фиброміомъ наши мѣропріятія сводятся почти исключительно къ различнымъ оперативнымъ приемамъ. Всѣ эти приемы могутъ быть раздѣлены на двѣ группы: одни имѣютъ задачей повліять на опухоль непосредственно,—путемъ удаленія тѣмъ или инымъ способомъ самой опухоли, или всего пораженнаго органа; другіе—стремятся бороться съ имѣющимися симптомами безъ удаленія самой опухоли, при посредствѣ перевязки сосудовъ, кастраціи, внутриматочной терапіи и т. под. Въ настоящее время эта послѣдняя группа палліативныхъ приемовъ все болѣе и болѣе отходитъ на задній планъ, такъ какъ они далеко не оправдали возлагаемыхъ на нихъ надеждъ; нѣкоторые же приемы, какъ напр. изсѣченіе здоровыхъ яичниковъ (операция Battey'я), можно сказать, вовсе вычеркнута изъ современнаго гинекологическаго оперативнаго леченія. Если же, тѣмъ не менѣе, только что указанная группа оперативныхъ приемовъ довольно долго пользовалась правомъ гражданства, то причину этого нужно видѣть главнымъ образомъ въ томъ, что всѣ оперативные приемы непосредственнаго удаленія фиброміомъ матки давали чрезмѣрно высокой % смертности. Такъ, по даннымъ Zweifel'я, смертность при надвлагалищной ампутаціи матки достигала 74%, при операціяхъ же фиброміомъ на ножкѣ—до 55%. Методъ внѣбрюшиннаго ухода за ножкой, предложенный Köberlé, содѣйствовалъ улучшенію этихъ результатовъ оперативнаго вмѣшательства, но все же еще какихъ нибудь 20—25 лѣтъ тому назадъ методы удаленія фиброміомъ давали значительную смертность.

Статистическія сопоставленія, приведенныя отдѣльными авторами, указываютъ, что % смертности къ этому времени былъ около 35% (по статистикѣ Guserow'a, обнимающей 533 случая, % смертности—34,8%, по статистикѣ Kaltenschach'a—917 случаевъ—35%). Лишь послѣднія 20—15 лѣтъ, благодаря работамъ въ этомъ направленіи Péan'a, Schröder'a, A. Martin'a, Zweifel'я, Treub'a, D. Отта, Douen'a и др., удалось % смертности въ значительной степени понизить, такъ что у большинства современныхъ операторовъ онъ не превышаетъ 4—5% всѣхъ оперируемыхъ больныхъ, страдающихъ фиброидами. При нѣкоторыхъ же методахъ смертность оказывается еще значительно ниже. По одной изъ послѣднихъ статистикъ,

данной Winter'омъ въ 1904 году для цѣлаго ряда операторовъ, ‰ смертности при 689 чревосѣченіяхъ, гдѣ пришлось прибѣгнуть къ надвлагалищному усѣченію фиброматозной матки, =4,6‰, въ 893 же случаяхъ, оперированныхъ влагалищнымъ путемъ, получилось лишь 2,6‰ смертности. Такой рѣзкій успѣхъ въ оперативной дѣятельности современныхъ гинекологовъ очевидно повелъ къ тому, что палліативные приемы отступили на задній планъ, и современная гинекологія сосредоточила свое вниманіе почти исключительно на способахъ коренного лѣченія, съ описанія коихъ я поэтому и начну.

### КОРЕННЫЕ СПОСОБЫ.

Прежде чѣмъ перейти къ изложенію отдѣльныхъ методовъ операций, я считаю необходимымъ пояснить, что собственно слѣдуетъ подразумѣвать подъ понятіемъ коренныхъ операций при фиброміомахъ матки. Кореннымъ приемомъ слѣдуетъ считать такое вмѣшательство, которое направлено къ непосредственному устраненію соответствующаго новообразованія, т. е. къ удаленію одного или нѣсколькихъ фиброзныхъ узловъ, или же, чаще, даже всего пораженнаго органа. По отношенію къ достигаемымъ результатамъ коренное исцѣленіе можетъ быть куплено подчасъ лишь жертвуя всей маткой, тѣмъ не менѣе очень нерѣдко достаточно удалить одинъ или нѣсколько фиброзныхъ узловъ, чтобы вполне возстановить здоровье больныхъ и даже иногда дѣтородную ихъ способность. Очевидно, что подобный приемъ имѣетъ полное право быть отнесеннымъ къ кореннымъ, хотя иногда, спустя болѣе или менѣе продолжительный срокъ, новый фиброзный узелъ, въ свое время не обнаруженный или даже сознательно оставленный при первомъ оперативномъ вмѣшательствѣ, можетъ съ теченіемъ времени дать поводъ къ новому вмѣшательству. Такія такъ наз. «консервативныя» операціи представляютъ много особенностей, и объ нихъ въ своемъ мѣстѣ сказано будетъ отдѣльно. Такъ какъ причины, обуславливающія развитіе отдѣльныхъ фиброміомъ или такъ наз. общаго фиброматоза матки, обыкновенно поражаютъ въ болѣе или меньшей степени всю паренхиму матки, то и фибромы, какъ правило, являются множественными, на развитіе же лишь отдѣльнаго фиброзаго узла можно смотрѣть какъ на исключеніе. Сказанное необходимо каждый разъ имѣть въ виду при выборѣ соответственнаго способа оперативнаго вмѣшательства, и особенно въ этомъ отношеніи строго индивидуализировать случаи. Поэтому въ случаяхъ, гдѣ нѣтъ опредѣленныхъ и настойчивыхъ показаній къ проведенію сохраняющей міомектоміи, практичнѣе сразу прибѣгнуть къ полному удаленію матки, въ виду того, что этотъ приемъ безусловно является не только болѣе кореннымъ, такъ какъ послѣ него болѣе уже не бываетъ возврата болѣзни, но кромѣ того онъ часто представляется и менѣе рискованнымъ.

Выборъ способа удаленія фиброміомъ въ значительной степени зависитъ отъ тѣхъ топографическихъ особенностей, которыя представляетъ всякій отдѣльный случай, хотя мы всегда принципиально должны стремиться удалять новообразованіе

по возможности *per vias naturales* и при томъ такъ, чтобы при этомъ сохранить весь половой аппаратъ, хотя въ дѣйствительности это далеко и не всегда удается достигнуть. Несомнѣнно однако, что, съ развитіемъ оперативной техники, къ поставленному идеалу мы ближе стоимъ, чѣмъ это имѣло мѣсто еще нѣсколько лѣтъ тому назадъ, и въ этомъ отношеніи стоитъ только указать на ретроцервикальные фиброиды или на подслизистые, удаляемые путемъ разсѣченія матки по влагалищному методу съ послѣдовательнымъ сохраненіемъ плодовмѣстилища.

Въ виду поставленнаго выше положенія объ удаленіи новообразованій—гдѣ это только возможно—*per vias naturales*, я начну съ тѣхъ случаевъ, въ которыхъ это показано, и приведу описаніе соответственныхъ оперативныхъ приѣмовъ.

#### А. КОНСЕРВАТИВНОЕ УДАЛЕНІЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЕРЕЗЪ ВЛАГАЛИЩЕ.

Къ категоріи новообразованій, удаляемыхъ черезъ влагалище, прежде всего относятся:

##### 1. Фиброміомы шейки матки.

Эти фиброиды могутъ представляться: а) на ножкѣ—въ видѣ полиповъ, исходящихъ почти исключительно изъ цервикальнаго канала, или же б) имѣютъ широкое основаніе, или, наконецъ, в) они развиваются межуточно въ толщѣ мускулатуры и въ такихъ случаяхъ представляютъ какъ бы увеличеніе одной изъ губъ влагалищной части. Въ исключительныхъ случаяхъ разросшаяся губа, съ внѣдреннымъ въ ея толщу фиброидомъ, можетъ выполнять все влагалище, причемъ непораженная другая губа растягивается по ея поверхности, а наружный зѣвъ представляетъ длинную дугообразно изогнутую растянутую щель. Оперативное удаленіе подобныхъ фиброидовъ влагалищной части обыкновенно особыхъ трудностей не представляетъ. При полипозныхъ образованіяхъ<sup>1)</sup> фиброзный полипъ можетъ быть отсѣченъ ножницами послѣ предварительнаго наложенія на ножку массовой лигатуры, или же перевязки ножки на два отдѣла при помощи проведенной черезъ толщу ея двойной лигатуры. Лигатуры нерѣдко черезъ день—другой сами отпадаютъ, или же удаляются черезъ 2—3 дня. Надо впрочемъ замѣтить, что въ виду обычно очень незначительнаго кровеотдѣленія можно обойтись даже вовсе безъ лигатуръ: достаточно кровоточащее мѣсто (ножку) обколоть, прижечь, или даже просто прижать тампономъ при тампонаціи влагалища. Въ исключительныхъ случаяхъ остатки ножки можно захватить гемостатическими щипцами, оставивъ ихъ на 24 часа.

Удаленіе  
фиброидовъ  
на ножкѣ.

Удаленіе  
фиброидовъ, имѣющихъ широкое основаніе, а также межуточныхъ.

При фиброидѣ на широкомъ основаніи удобнѣе всего, по его вылущеніи, вырѣзывать ткани клиномъ; полученное же ложе,—обыкновенно съ очень хорошо прилаживаемыми краями, благодаря клиновидному изсѣченію фибрознаго обра-

<sup>1)</sup> Слизистые полипы откручиваются корнцангомъ или соскабливаются.

зованія,— обколоть (зашить) нѣсколькими лигатурами. При фиброидахъ, имѣющихъ вполне междуточное развитіе, приходится разрѣзомъ (обыкновенно поперечнымъ) разрѣчь мышечную прослойку вплоть до опухоли, а затѣмъ таковую вылущить изъ ея ложа. Сократившееся ложе, какъ въ предшествующемъ случаѣ, безъ труда обыкновенно удается закрыть швами, предварительно подравнивавъ или срѣзавъ избытокъ тканей. Въ отдѣльныхъ случаяхъ, гдѣ этотъ болѣе совершенный способъ не приложимъ, можно прибѣгнуть къ тампонаціи. Кровотеченіе при подобныхъ операціяхъ обыкновенно бываетъ ничтожное.

## II. Фиброиды, развившіеся изъ надвлагалищнаго отдѣла матки.

Изъ этой категоріи нужно остановиться главнымъ образомъ на тѣхъ фиброидахъ, которые, развиваясь по периферіи надвлагалищной части, при дальнѣйшемъ ростѣ своемъ внѣдряются въ парацервикальную клетчатку, достигая иногда очень значительныхъ размѣровъ— до дѣтской головки и болѣе (рис. 246). Эти фиброиды, помѣщаясь въ клетчаткѣ, почти неподвижны и поэтому легко обуславливаютъ, особенно если они рас-



Рис. 246. Фиброидъ надвлагалищнаго отдѣла матки.

полагаются позади шейки, смѣщеніе отдѣльныхъ органовъ, придавливаніе полыхъ образований, какъ, напр., шейки мочевого пузыря, толстой кишки и т. под. При родовомъ актѣ подобнымъ образомъ расположенныя опухоли исключаютъ родоразрѣшеніе *per vias naturales* и въ виду этого должны считаться очень серьезнымъ осложненіемъ (рис. 278). Такъ какъ клетчатки больше всего по бокамъ отъ шейки, то подобныя *retrocervical'*ныя фиброміомы обыкновенно имѣютъ

Анатомическія особенности ретроцервикальныхъ фиброміомъ.





Рис. 247. Консервативное удаление ретроцервикального фиброида влагалищным путем. Разрѣзъ свода.



Рис. 248. Тоже. Вылущиваніе опухоли.

нѣсколько extramedian'ное расположение, а оттѣсенная кпереди и сильно вверх матка прощупывается какъ бы въ видѣ придатка къ главной опухоли. Въ подобныхъ случаяхъ брюшина задняго Дугласа обыкновенно очень сильно приподнята, и Дугласово пространство, можно сказать, изглажено. Верхняя граница мочевого пузыря вмѣстѣ съ маткой также очень высоко приподнята, не доходя до пупка иногда лишь на 2—3 поперечныхъ пальца. Указанныя категоріи фиброміомъ еще очень недавно считались наиболѣе неблагоприятными и наиболѣе трудными для оперативнаго вмѣшательства съ точки зрѣнія чисто технической и, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, даже противопоказующими попытку коренной операціи. Въ настоящее время наши воззрѣнія на подобные случаи кореннымъ образомъ измѣнились, и на основаніи своего опыта я отношу подобныя обособленныя ретроцервикально развившіяся фиброміомы съ оперативно-технической стороны къ наиболѣе простымъ, а предсказаніе — къ наиболѣе благоприятнымъ. Способъ опе-

раціи, котораго я въ такихъ случаяхъ придерживаюсь, состоитъ изъ слѣдующихъ моментовъ. Послѣ обычныхъ подготовительныхъ пріемовъ, я зеркалами обнажаю задній сводъ влагалища, соотвѣтственно наиболѣе выступающему мѣсту расположеннаго здѣсь отдѣла опухоли. Въ подобныхъ случаяхъ влагалищная часть матки сплошь да рядомъ настолько бываетъ приподнята и смѣщена опухолью кпереди, что обнажить ее, сдѣлать хорошо доступной зрѣнію—не представляется возможнымъ. По вставленному отдѣлу опухоли я провожу широкой, обыкновенно поперечный разрѣзъ черезъ всю толщю влагалищной стѣнки вплоть до самой опухоли. Если стѣнки влагалища кровоточатъ, то соотвѣтственныя мѣста обкалываются, нитки же не обрѣзаются, а оставляются длинными, что чрезвычайно удобно для фиксаціи краевъ разрѣза при дальнѣйшихъ манипуляціяхъ (рис. 247). Эти нитки обычно собираются въ два пучка—передній и задній и концы ихъ захватываются въ Рёан'овскіе щипцы. Когда кровотеченіе остановлено, я приступаю къ вылуциванію изъ окружающей клѣтчатки обнаженнаго сегмента опухоли, который фиксируется или крѣпкими зубчатыми щипцами, или еще лучше штопоромъ на длинной ручкѣ. При луценіи необходимо плотно придерживать самой опухоли, благодаря чему обыкновенно очень легко удается освободить изъ клѣтчатки сегментъ опухоли, насколько хватаетъ длина пальцевъ. Послѣ этого ложкообразныя зеркала, раздвигавшія раньше стѣнки влагалища, перемѣщаются въ пространство между клѣтчаткой и уже отдѣленными стѣнками опухоли, что въ свою очередь содѣйствуетъ еще большому отдѣленію рыхлой клѣтчатки, связанной съ опухолью (рис. 248). Въ виду того, что дальнѣйшее вылуциваніе опухоли безъ предварительнаго уменьшенія ея размѣра невозможно, приступаютъ къ вырѣзыванію изъ опухоли отдѣльныхъ кусковъ (кускованіе), имѣющихъ обыкновенно клиновидный или коническій видъ, причемъ основаніе конуса совпадаетъ съ периферіей вставленнаго сегмента. Благодаря такому постепенному уменьшенію опухоли, удается легко подтянуть отдѣлы ея съ краевъ, которые, въ виду сдѣланной къ центру опухоли значительной выемки ея существа при кускованіи, хорошо сближаются и низводятся, что въ свою очередь даетъ возможность продлить вылуциваніе опухоли все далѣе и далѣе вглубь. Систематически продолжая указанное кускованіе и луценіе, обыкновенно очень легко удается вылуцить постепенно всю опухоль. Послѣднимъ отдѣломъ вставляется обыкновенно тотъ участокъ опухоли, при посредствѣ котораго она болѣе или менѣе тѣсно прикрѣплена къ соотвѣтственному отдѣлу матки, причемъ обычно отмѣчается и небольшой сосудистый пучекъ, представляющій собою родъ ножки, который послѣ перевязки и отрѣзается. Вслѣдъ за этимъ приступаютъ къ осмотру образовавшагося послѣ удаленія опухоли ложа, для чего слѣдуетъ, при наклонномъ положеніи верхней части туловища больной, ввести освѣтительное зеркало. Такъ какъ при указанныхъ условіяхъ подъ вліяніемъ воздушнаго давленія все ложе расправляется (въ видѣ баллона), и внутренняя поверхность его хорошо освѣщена, то отчетливо видно всѣ топографическія особенности, а если гдѣ либо замѣчается кровоточащій сосудъ, то онъ захватывается въ щипцы, пере-

вязывается или обкалывается. Въ виду того, что ретроцервикальные фиброиды развиваются въ рыхлой ретроцервикальной клѣтчаткѣ, нерѣдко удается указаннымъ способомъ удалить новообразованіе, вовсе не вскрывъ брюшной полости, такъ что вся операція оказывается произведенной экстраперитонеально, при чемъ содержимое брюшной полости отдѣляется лишь тонкой просвѣчивающей брюшиной отъ сообщенія съ образовавшимся послѣ вылущиванія ложемъ, на стѣнкахъ коего иногда отчетливо видны прилегающіе мочеточники, крупные сосуды и т. под. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ цѣлость брюшины была нарушена во время хода операціи, или гдѣ это спеціально требуется—полученнымъ отверстіемъ слѣдуетъ воспользоваться для осмотра при помощи приѣмовъ Оттовской вентроскопіи органовъ брюшной полости, а, при необходимости, также для производства показаннаго дальнѣйшаго оперативнаго вмѣшательства. Убѣдившись въ надежной остановкѣ кровотеченія, обыкновенно уже сильно спавшееся (сократившееся) ложе рыхло тампонируютъ марлевой полосой, а на нижнюю часть живота кладется тяжесть въ видѣ пузыря со льдомъ, и т. под. По описанному способу мною было оперировано немало больныхъ, причемъ всѣ безъ исключенія больныя хорошо поправлялись, а во время хода операціи никакихъ осложненій не пришлось наблюдать. Пораненіе смежныхъ органовъ, какъ на это указываютъ авторы, конечно, возможно; но если соблюдать строгую систему во время оперированія и оперировать подъ обязательнымъ контролемъ глаза, то подобныя осложненія могутъ быть несомнѣнно доведены до минимума. Въ свой практикѣ я таковыхъ пораненій вовсе не наблюдалъ. Помимо указанныхъ выше преимуществъ описаннаго метода я считаю, что онъ заслуживаетъ особеннаго вниманія, когда ретроцервикально и экстраперитонеально развившійся фиброидъ осложняетъ родовой актъ. Я полагаю, что въ тѣхъ случаяхъ, когда нѣтъ какихъ либо побочныхъ соображеній, указанная операція съ успѣхомъ можетъ конкурировать съ кесарскимъ сѣченіемъ: въ виду сочности тканей, а поэтому болѣе легкой вылущиваемости новообразованія и при большей доступности, чѣмъ при внѣбеременномъ состояніи, операція безусловно становится болѣе легкой для выполнения, менѣе опасной по послѣдствіямъ и непосредственнымъ и отдаленнымъ, чѣмъ кесарское сѣченіе, и имѣетъ передъ этимъ послѣднимъ еще ту несомнѣнную выгоду, что больная не только получаетъ возможность разрѣшиться черезъ нормальные пути, но, кромѣ того, кореннымъ образомъ вылечивается отъ имѣвшагося недуга. Я думаю, что если оперировать даже во время беременности, то въ виду относительно небольшой травмы, сопровождающей указанный методъ, есть полное основаніе рассчитывать на сохраненіе беременности, и къ тому же въ болѣемъ % случаевъ, чѣмъ при другихъ операціяхъ, производимыхъ на беременной маткѣ. Конечно, это предложеніе не такъ легко ввести въ практику, какъ оно того достойно, но это участь всѣхъ новыхъ предложеній; въ этомъ отношеніи и наше—исключенія не составляетъ.

По этому поводу я не могу не указать на одинъ случай названной категоріи, въ которомъ я былъ приглашенъ на консультацію однимъ компетентнымъ товарищемъ, при чемъ я

изложилъ вышеприведенный взглядъ. Соглашаясь въ принципѣ со мной, онъ въ данномъ случаѣ однако произвелъ кесарское сѣченіе и лишь въ послѣдствіи, недѣль черезъ 6, приступилъ къ влагалищному удаленію опухоли, что и выполнилъ съ поразительной легкостью, хотя и оперировалъ по указанному методу впервые.



Рис. 249. Фиброидъ надвлагалищнаго отдѣла съ своеобразнымъ развитіемъ.

Хотя при ретроцервикальныхъ опухоляхъ, особенно расположенныхъ extra-peritoneal'но, путь влагалищный слѣдуетъ считать наиболѣе показаннымъ, но въ отдѣльныхъ случаяхъ, когда опухоль черезъ влагалище мало или вовсе недоступна, а также, когда независимо отъ ретроцервикальной опухоли приходится прибѣгнуть къ брюшностѣночному чревосѣченію, то этимъ послѣднимъ съ успѣхомъ можно

воспользоваться для удаленія опухолей указанной категоріи. Слѣдуетъ только отмѣтить, что вылущиваніе отдѣловъ, спускающихся вглубь малаго таза, въ такихъ случаяхъ происходитъ при меньшемъ контролѣ зрѣнія, чѣмъ при colpotomi'i. На рис. 249 изображенъ подобный случай, въ которомъ примѣнено было брюшностѣночное чревосѣченіе, обусловленное исключительно своеобразными топографическими свойствами опухоли, относительная же величина опухоли была незначительна и, конечно, не исключала влагалищнаго метода, причемъ сама операція была выполнена при очень значительныхъ техническихъ трудностяхъ.

Про тѣ опухоли, которыя изъ надвлагалищнаго отдѣла матки развиваются съ образованіемъ ножки, или, при отсутствіи таковой, вдаются въ цервикальный каналъ, я распространяться не буду, такъ какъ при удаленіи ихъ представляется много общаго съ изложеннымъ при описаніи соотвѣтственныхъ операцій на влагалищной части матки. Въ отдѣльныхъ случаяхъ, впрочемъ, можетъ потребоваться предварительное частичное разсѣченіе самой portio vaginalis для того, чтобы добраться до фибрознаго узла, дабы имѣть возможность удалить его lege artis. Послѣдовательно сдѣланный въ шейкѣ матки разрѣзъ зашивается.

### III. Фиброміомы, развившіяся въ тѣлѣ матки.

#### *А. Подслизистыя.*

Какъ и въ нижнемъ отдѣлѣ матки, подслизистыя фиброміомы тѣла ея могутъ быть на ножкѣ въ видѣ полиповъ или на широкомъ основаніи. Техника удаленія полипозныхъ образованийъ та же, какъ это описано было выше; существенная разница заключается лишь въ томъ, что въ виду значительно болѣе отдаленнаго прикрѣпленія новообразованія доступъ къ нему представляется нерѣдко очень затруднительнымъ, особенно если имѣется дѣло съ фиброидомъ значительной величины, когда матка закрыта, а влагалищная часть тверда и неподатлива. Въ большинствѣ подобныхъ случаевъ главная трудность операціи и заключается въ умѣнши создать достаточно свободный доступъ къ опухоли и извлечь ее наружу, самое же обращеніе съ имѣющейся ножкой, а при отсутствіи таковой съ полученнымъ послѣ вылущиванія ложемъ, какъ и въ раньше описанныхъ случаяхъ, не сопряжено съ существенными затрудненіями. При наличности подслизистыхъ фиброидовъ, особенно при подслизистыхъ полипахъ, снабженныхъ болѣе или менѣе длинной ножкой, опухоль, какъ постороннее тѣло, помѣщающееся въ полости матки, вызываетъ сокращенія органа, направленныя къ удаленію своего содержимаго (фиброида). Подъ вліяніемъ подобныхъ сокращеній, которыя иногда могутъ наблюдаться по многу недѣль, нижній сегментъ матки растягивается, шейка истончается и зѣвъ открывается. При благопріятныхъ условіяхъ рождается и самъ фиброзный полипъ, послѣдовательно отекая и воспаляясь, а иногда и омертвѣвая при соотвѣтственномъ усиленіи наблюдавшейся гиперсекреціи. Удаленіе подобныхъ фиброидовъ обыкновенно трудностей не представляетъ, за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, когда опухоль достигла громадныхъ

размѣровъ и выполняетъ все влагалище, а иногда еще кромѣ того значительнымъ сегментомъ выдается extra rima pudendorum, какъ это изображено на приложенномъ рисункѣ (рис. 250) случая, который мнѣ пришлось оперировать. У подобныхъ больныхъ, до оперативнаго вмѣшательства, прежде всего необходимо установить точный діагнозъ и обязательно выяснить взаимное топографическое расположеніе частей. Такъ какъ подобные случаи легче всего смѣшать съ выворотомъ матки,



Рис. 250. Родившійся объемистый фиброзный полипъ, подвергшійся гангреноценціи, при одновременной наличности объемистыхъ фиброидовъ въ полости живота.

то на это необходимо всегда обращать особое вниманіе, и если удастся исключить полное *inversio uteri*, то во всякомъ случаѣ слѣдуетъ имѣть въ виду, что частичный выворотъ матки является сравнительно нерѣдкимъ спутникомъ фиброидовъ на ножкѣ, прикрѣпленныхъ гдѣ либо въ области дна матки. Съ этимъ обстоятельствомъ нельзя не считаться при дальнѣйшихъ оперативныхъ манипуляціяхъ, особенно же важно помнить объ этомъ при отсѣченіи ножки полипа, чтобы не прорѣзать отверстія въ толщѣ маточной стѣнки. Установивъ ясный діагнозъ соответственной

объемистой опухоли, для выведения ее из влагалища практичнѣ всего предварительно ее уменьшить, для чего выгоднѣ всего вырѣзать одинъ или нѣсколько клиновидныхъ кусковъ, обращенныхъ своимъ остриемъ въ толщу опухоли. Захвативъ образовавшіеся края опухоли крѣпкими зубчатыми щипцами, остальную часть опухоли удастся обыкновенно подтянуть настолько хорошо, что обработка ее ножки уже существенныхъ трудностей не представляетъ. Для выведения опухоли наружу предлагаютъ также примѣненіе акушерскихъ щипцовъ, чтобы ими захватить опухоль, какъ при выведении головки во время родового акта. Не отрицая возможной практичности этого совѣта, я тѣмъ не менѣ полагаю, что много цѣлесообразнѣе бываетъ произвести предварительное уменьшеніе объема новообразованія, такъ какъ, при неподготовленныхъ и мало податливыхъ наружныхъ путяхъ и влагалища, этимъ приемомъ возможно избѣгнуть почти всякой травмы, и къ тому же онъ при выполненіи удобнѣе, такъ какъ предоставляетъ по выведеніи новообразованія больше простора оператору. Послѣ удаленія подобныхъ фиброзныхъ полиповъ полость матки и влагалище тампонируются іодоформенной марлей, какъ съ цѣлью остановки кровотеченія, буде таковое имѣется, такъ равно и съ цѣлью выведения путемъ капиллярнаго дренажа имѣющихся выдѣленій. При гангренизирующихъ фиброидахъ иногда наблюдается образование гнойнаго или ихорознаго скопленія въ яйцеводахъ. Съ подобнымъ осложненіемъ надо считаться при операціяхъ, причѣмъ удаленіе отмѣченнаго *sactosalpinx*'а становится неизбѣжнымъ.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ подслизистый полипъ еще находится въ полости матки, существенное значеніе имѣетъ состояніе нижняго сегмента матки. Если онъ истонченъ, а зѣвъ полуоткрытъ, можно обойтись болѣе или менѣ глубокими насѣчками, чтобы извлечь опухоль цѣликомъ, или же предварительно уменьшивъ ее объемъ кускованіемъ. При небольшихъ фиброзныхъ узлахъ, захвативъ узелъ крѣпкимъ корнцангомъ, его можно открутить и извлечь наружу. Въ другомъ рядѣ случаевъ, особенно когда шейка вполне сохранена, чтобы создать себѣ доступъ къ подслизистой расположенной фиброміомъ тѣла матки, рекомендуется разсѣченіе шейки и нижняго отдѣла матки въ сагитальномъ направленіи. Для этого предварительно (какъ при обычной *hysteromyometomi*'и, или влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи) отдѣляется мочевоу пузырь, благодаря чему подымается передняя брюшная складка, и уже послѣдовательно передняя стѣнка матки разсѣкается ножомъ въ продольномъ направленіи, благодаря чему создается хорошій доступъ въ ее полость (см. Общ. часть, рис. 18, стр. 34). Вслѣдъ за этимъ приступаютъ къ удаленію подслизистой фибромы, вылуцивая ее, уменьшаютъ путемъ кускованія и т. под. По удаленіи опухоли матка зашивается, и поверхъ нея приторачивается отслоенный пузырь. Такъ какъ этотъ послѣдній моментъ операціи не всегда удается выполнить въ совершенствѣ, то практично заложить небольшой дренажъ (марли) между шейкой и пузыремъ.

Хотя въ большинствѣ случаевъ приходится производить переднюю *hysterotomi*'ю, но въ отдѣльныхъ случаяхъ можетъ потребоваться и задняя, при которой, очевидно, больше данныхъ вскрыть брюшину въ области задняго Дугласова про-



Рис. 251. Консервативная миомектомия через влагалище. Выведение матки с опухолью через разрез заднего свода.

странства. Въ исключительныхъ случаяхъ показуется одновременное разсѣченіе матки по задней и передней ея поверхности. Указаннымъ путемъ могутъ быть



удаляемы опухоли очень значительных размѣровъ, что находится въ полной аналогіи съ техникой влагалищнаго кесарскаго сѣченія. При случайномъ вскрытіи брюшнаго мѣшка поступаютъ по общимъ правиламъ — или наглухо зашиваютъ брюшину, или, что еще практичнѣе, рыхло вводятъ кусочекъ марлеваго тампона въ расчетѣ на закрытіе отверстія путемъ пластического процесса.

### *Б. Межуточныя фиброіомы.*

Въ исключительныхъ случаяхъ по указанному выше способу возможно также и удаленіе межуточныхъ фиброидовъ, которые, при особой необходимости

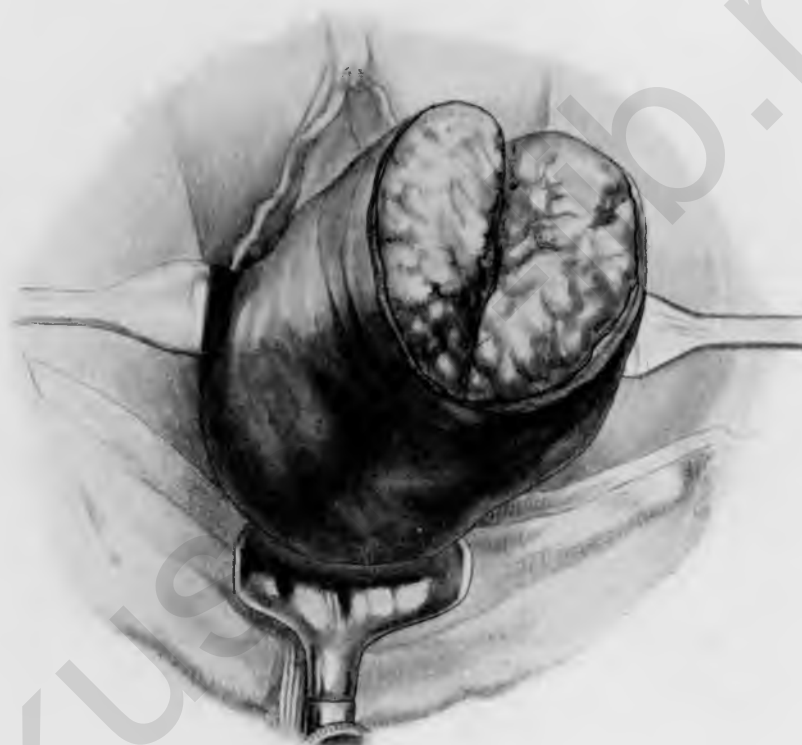


Рис. 252. Консервативная міомектомія черезъ влагалище. Разсѣченіе капсулы узла.

сберечь плодовместилище, много чаще однако удаляются со стороны серознаго покрова матки, какъ это имѣетъ мѣсто при опухоляхъ, представляющихъ подбрюшинное развитіе. Особенности оперативныхъ пріемовъ этой категоріи случаевъ ниже будутъ изложены подробно; здѣсь же я считаю необходимымъ замѣтить, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ при интерстиціальномъ развитіи опухолей для больныхъ безусловно выгоднѣе, отказавшись отъ консерватизма, подвергнуться полному удаленію матки: такъ какъ при интерстиціальномъ развитіи фиброидовъ

довъ заболѣваніе обыкновенно бываетъ множественнымъ, то и рецидивы при такъ называемыхъ консервативныхъ міомектоміяхъ явленіе нерѣдкое; далѣе, достигнуть дѣторожденія удастся лишь въ маломъ процентѣ случаевъ и, наконецъ, quo

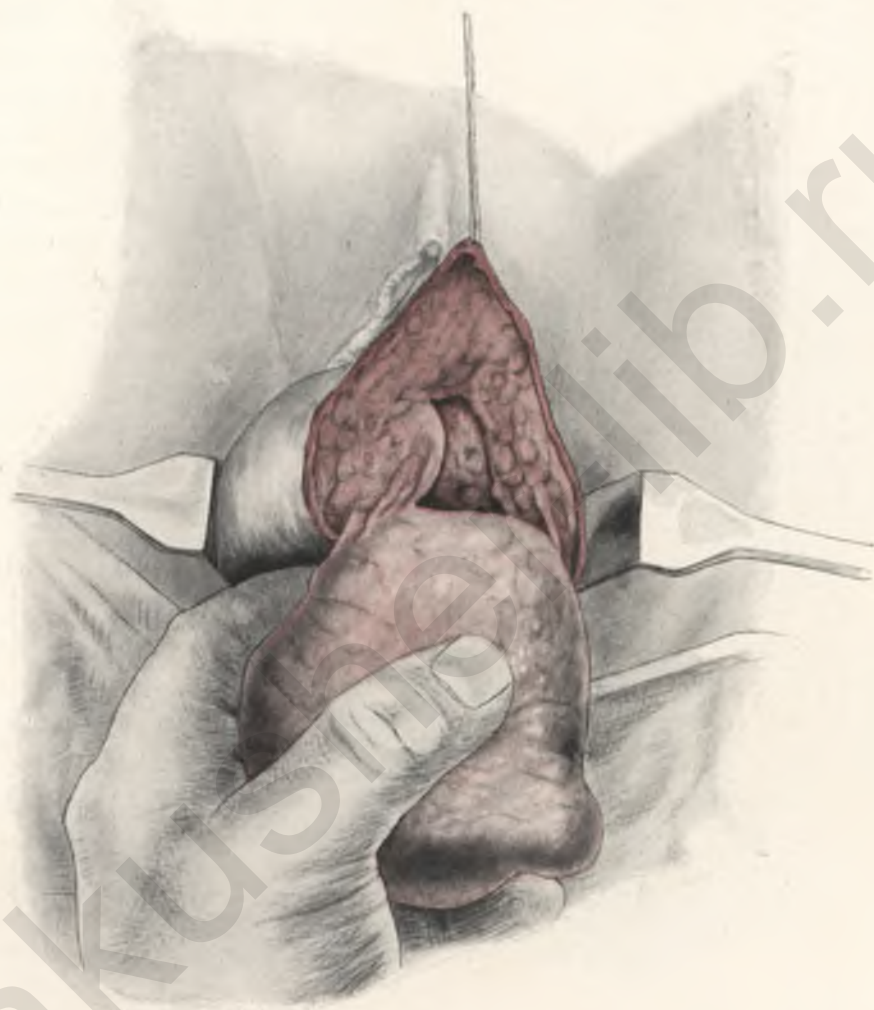


Рис. 253. Консервативная міомектомія черезъ влагалище. Вылуциваніе узла.

ad vitam по общепринятому мнѣнію полное вырѣзываніе матки, какъ правило, менѣе опасно; судя, однако, по нашему матеріалу, этотъ взглядъ требуетъ дальнѣйшей провѣрки, такъ какъ всѣ больныя (51 случай) этой категоріи, оперированныя мною влагалищнымъ путемъ, поправились. Техника полного удаленія пораженной фиброміомами матки, какъ операція, чаще всего примѣняемая при фиброидахъ, ниже будетъ подробно описана.

### В. Подсывороточныя фиброміомы.

Фиброзные узлы этой категории всегда удаляются со стороны брюшной полости, причемъ въ подходящихъ случаяхъ влагалищный путь, какъ менѣе опасный, съ успѣхомъ можетъ быть также примѣняемъ: соотвѣтственно расположенію новообра-

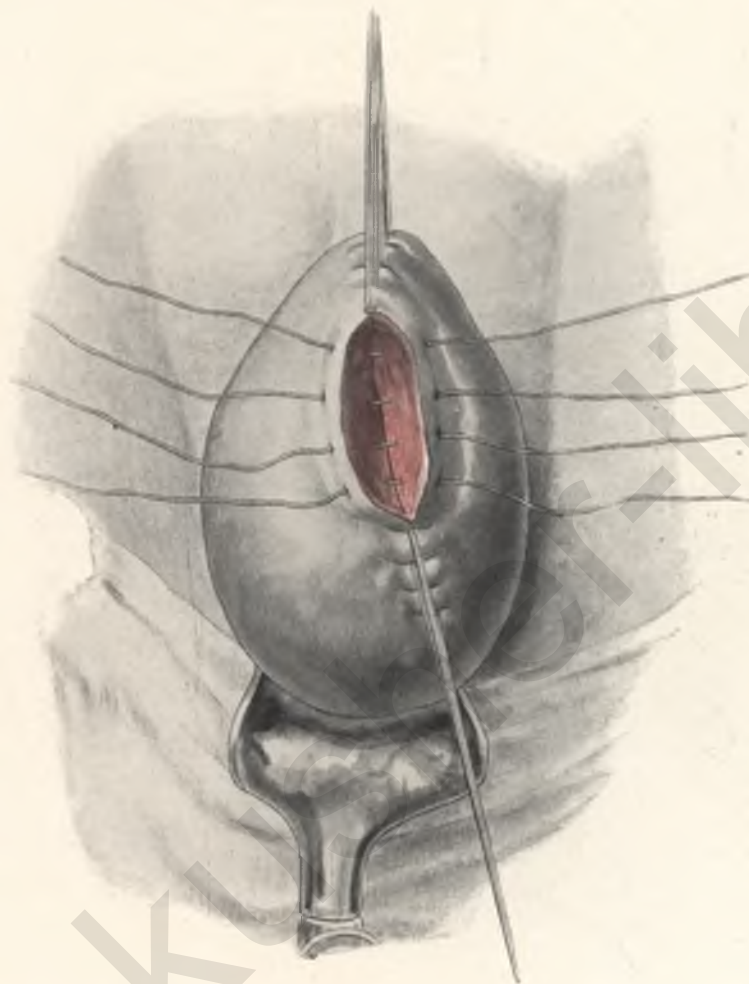


Рис. 254. Консервативная міомектомія черезъ влагалище. Зашиваніе ложа опухоли.

зованія, вскрывается брюшная полость черезъ задній или передній своды. Въ исключительныхъ случаяхъ, когда опухоль развилась въ области прикрѣпленія мочевого пузыря къ маткѣ, она можетъ быть вылучена экстраперитонеально, вовсе безъ вскрытія брюшной полости.

Операція удаленія подсывороточныхъ узловъ влагалищнымъ путемъ складывается изъ слѣдующихъ моментовъ: поперечнымъ (рѣже продольнымъ) разрѣзомъ свода вскрывается брюшина, и края разрѣза обкалываются, при чемъ, какъ всегда, лигатуры для фиксаціи краевъ не обрѣзаются, а захватываются въ

передній и задній пучки. Убѣдившись (при надобности освѣтивъ брюшную полость Оттовскими свѣтовыми зеркалами) въ топографическихъ данныхъ, въ сдѣланный разрѣзъ вставляемъ наиболѣе доступный сегментъ опухоли, а при невозможности это сдѣлать, то и *in situ*, но непремѣнно подъ контролемъ зрѣнія (освѣтительное зеркало), приступаемъ къ уменьшенію объема опухоли кускованіемъ ея на части, все время обстоятельно фиксируя ее при помощи крѣпкихъ зубчатыхъ щипцовъ. Когда опухоль

окажется настолько уменьшенной, что часть ея, связанную съ тѣломъ матки, можно, подтянувъ, сдѣлать вполне доступной, то заканчиваютъ операцію, обстоятельно обколовъ ложе ея для прекращенія кровотеченія. Подобное обкалываніе нерѣдко возможно сдѣлать *in situ*, не выводя для этого тѣла матки во влагалище; въ затруднительныхъ случаяхъ, потягивая за остатокъ новообразованія, обыкновенно очень легко извлечь матку черезъ разрѣзь свода и обколотъ кровоточащее ложе внѣ брюшной полости, послѣ чего матка вправляется обратно (рис. 251—254). Послѣдній приемъ, правда, легче, чѣмъ обкалываніе *in situ*, но за то онъ сопряженъ съ нанесеніемъ значительно большей травмы, менѣе асептиченъ и подвергается значительному растяженію или перекручиванію связочный аппаратъ, благодаря чему, по вправленіи матки обратно въ брюшную полость, вновь появляется кровотежденіе изъ обколотыхъ и до того не кровоточившихъ участковъ. По окончаніи описанной операціи я никогда отверстіе въ сводѣ наглухо не зашиваю, иногда лишь уменьшая его наложенными съ краевъ швами, и всегда обязательно дренирую марлевымъ выпускникомъ. Если по истеченіи однѣхъ—двухъ сутокъ мы убѣждаемся, что нѣтъ ни кровотеченія, ни выдѣленій изъ раневого участка, то марлевая полоска замѣняется совершенно поверхностной тампонаціей, и отверстіе ведется къ закрытію.

#### ПОЛНОЕ ВЛАГАЛИЩНОЕ УДАЛЕНІЕ МАТКИ.

##### Техника операціи.

Всѣ вышеразобранные оперативные приемы имѣютъ мѣсто лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда существуетъ показаніе и возможность сохранить матку, удаляя лишь развившееся новообразованіе. Въ цѣломъ рядѣ случаевъ, и къ тому же въ значительномъ большинствѣ, эта возможность отсутствуетъ, или нѣтъ достаточныхъ показаній къ такому образу дѣйствій,—тогда входитъ въ свои права операція полного влагалищнаго удаленія матки.

Полное влагалищное удаленіе матки, въ виду приведенныхъ выше соображеній и обычно множественнаго развитія фиброміомъ, имѣетъ наиболее частое практическое примѣненіе и, въ виду блестящихъ результатовъ, достигнутыхъ этимъ методомъ, представляетъ непосредственно наименьшую опасность и къ тому же безъ риска рецидива болѣзни въ дальнѣйшемъ. При незначительномъ увеличеніи объема матки, когда органъ можно удалить цѣликомъ, техника операціи ничѣмъ не отличается отъ описанной на стр. 205 (см. *Общ. часть*), и поэтому я здѣсь остановлюсь лишь на случаяхъ, въ которыхъ новообразованіе достигаетъ болѣе или менѣе значительныхъ размѣровъ, не можетъ быть удалено цѣликомъ и требуетъ предварительнаго уменьшенія своего объема. Приступая къ подобнымъ операціямъ (объ этомъ подробнѣе будетъ сказано въ главѣ о показаніяхъ), необходимо всегда имѣть достаточный доступъ къ операціонному полю, чтобы возможно было тщательно и при полномъ контролѣ провести всѣ отдѣльные моменты операціи,

Удаленіе  
матки безъ  
предварительнаго ея  
уменьшенія.



особенно же надежнымъ образомъ обезпечить гемостазъ. Для этой цѣли, особенно у лицъ не рожавшихъ, иногда приходится начать операцію со срединнаго разсѣченія промежности до самаго жома, чтобы создать хорошей доступъ къ вышеле-

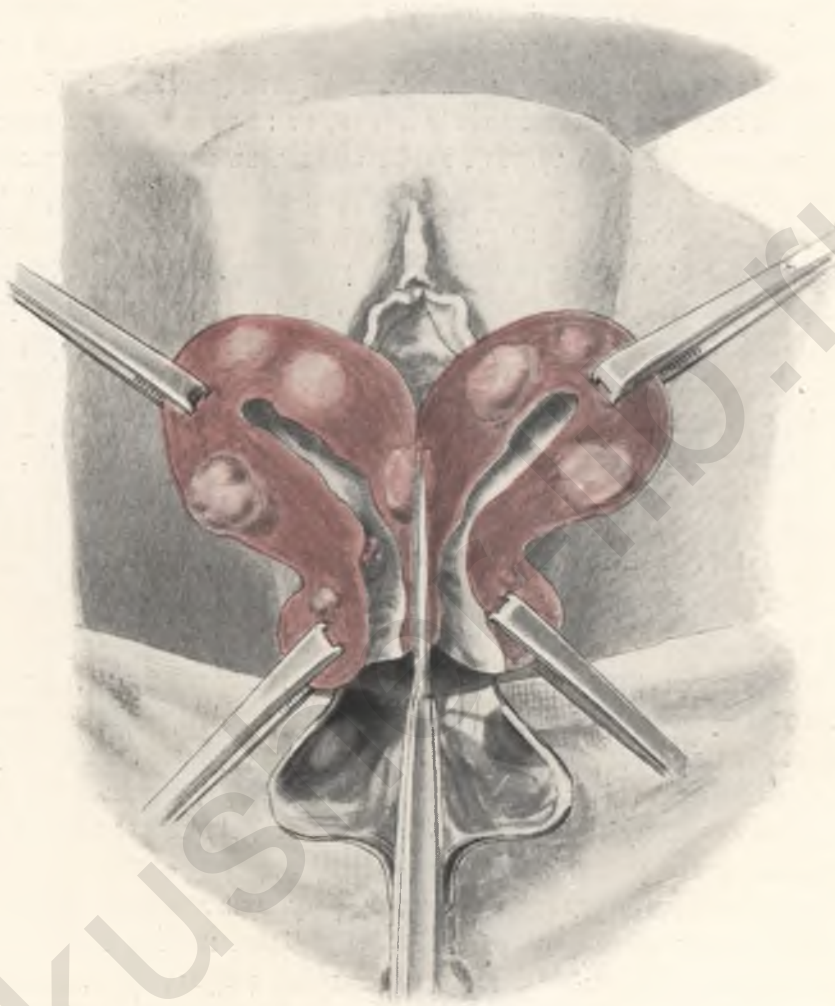


Рис. 255. Множественное развитіе фиброзныхъ узловъ. Срединное разсѣченіе матки при ея выведеніи.

жащимъ отдѣламъ. Этотъ приемъ, многократно проверенный, я могу рекомендовать предпочтительно передъ предложеніемъ Schuchardt'a производить разсѣченіе влагалища и промежности по направленію къ сѣдалищному бугру, какъ объ этомъ упомянуто было на стр. 212.

Обнаживъ и сильно подтянувъ влагалищную часть крѣпкими двузубцами, прежде всего циркулярнымъ разрѣзомъ отдѣляютъ передней сводъ вмѣстѣ съ моче-

вымъ пузыремъ, всегда смѣщаемымъ тупымъ путемъ при помощи пальца или же ватнаго шарика, послѣ чего, какъ уже было сказано, толща отдѣленнаго свода тщательно обкалывается, и концы нитокъ собираются въ пучекъ, захватываемый въ гемостатическій пинцетъ. Послѣ этого, фиксируя этими нитками передній сводъ, а зубчатыми щипцами маточную шейку, отслойку пузыря производятъ *ad maximum*; иногда для этого употребляются щипцы съ захваченнымъ ватнымъ шарикомъ; при этомъ въ нерѣдкихъ случаяхъ вскрывается передній Дугласъ. Затѣмъ полукружнымъ разрѣзомъ отдѣляется задній сводъ и вскрывается дно Дугласа, а края свода подвергаются также тщательному обкалыванію. Послѣ этого, при сильномъ подтягиваніи за маточную шейку, стараются, чтобы наиболѣе рельефно выдѣлилось основаніе широкихъ связокъ, и тогда начинаютъ обкалываніе ихъ по отдѣламъ съ послѣдовательной перерѣзкой, направляясь постепенно кверху. Очень полезно, чтобы нижняя изъ этихъ лигатуръ захватила и часть влагалищнаго свода, что мѣшаетъ дальнѣйшему ея соскальзыванію и устраняетъ

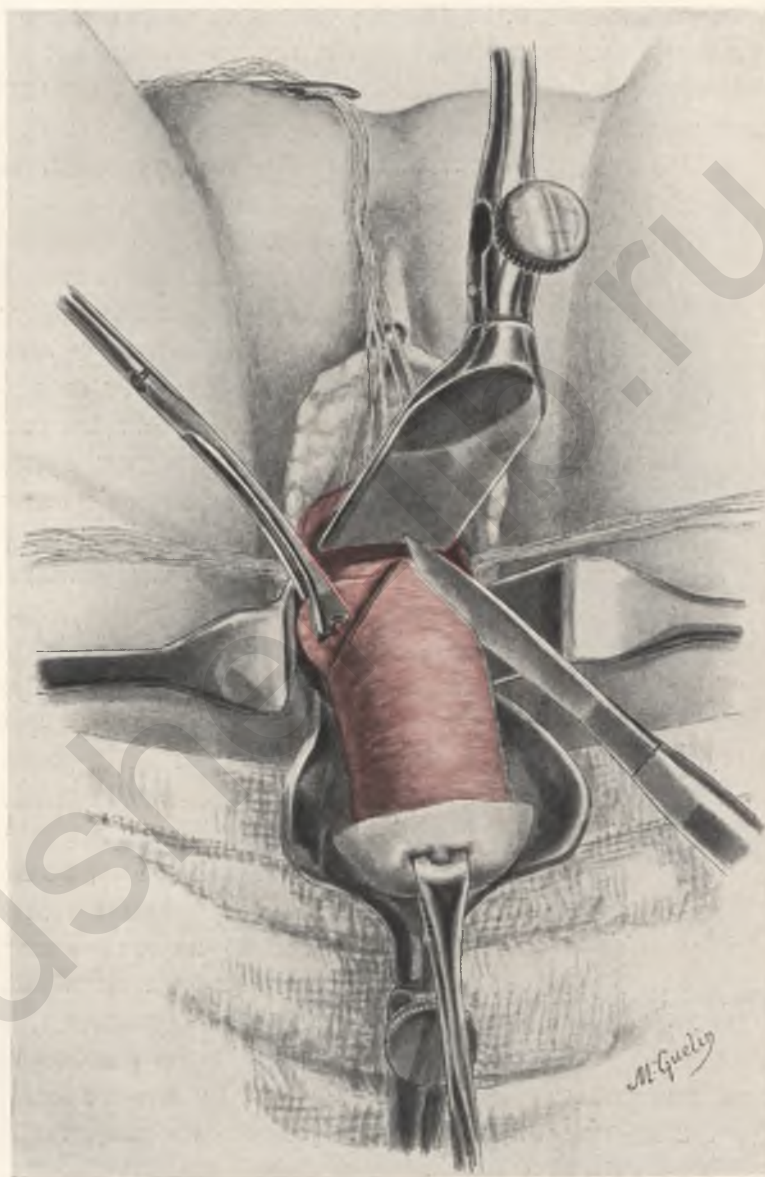


Рис. 256. Первый моментъ кускованія матки. Удаленіе шейки.

выдѣлилось основаніе широкихъ связокъ, и тогда начинаютъ обкалываніе ихъ по отдѣламъ съ послѣдовательной перерѣзкой, направляясь постепенно кверху. Очень полезно, чтобы нижняя изъ этихъ лигатуръ захватила и часть влагалищнаго свода, что мѣшаетъ дальнѣйшему ея соскальзыванію и устраняетъ

нерѣдко наблюдаемое къ концу операціи кровотеченіе изъ этого участка. Въ большинствѣ случаевъ удается не только вполне ясно видѣть маточныя артеріи и вены, но и удается изолированно ихъ перевязать, что настойчиво слѣдуетъ рекомендовать. При объемистыхъ опухоляхъ всегда полезно отдѣлить связки насколько возможно выше, дабы облегчить себѣ дальнѣйшія манипуляціи; причемъ особенно важно, чтобы каждая лигатура была наложена съ педантичной точностью, дабы имѣть абсолютную увѣренность, что приводящія кровь сосуды надежнымъ образомъ перевязаны. При такой работѣ опи-



Рис. 257. Изогнутый дву-зубецъ.

Соединное  
разсѣченіе  
матки.

санные моменты операціи обыкновенно протекають почти безкровно (см. рис. 167—170). Въ тѣхъ случаяхъ, когда представляется затруднительнымъ отчетливо перевязать сосудистый пучекъ, плохо или вовсе недоступный, благодаря низко расположенному фиброному узлу, иногда очень практично, непосредственно по вскрытіи свода, до всякой перевязки, направить вниманіе на соотвѣтственный узелъ и вылущить его, если нужно даже путемъ кускованія (причемъ кровопотеря обыкновенно бываетъ ничтожная) и, лишь по удаленіи этого мѣшавшаго узла, создавъ себѣ хорошій просторъ, приступить къ перевязкѣ крупныхъ сосудовъ. Обыкновенно же лишь послѣ перевязки сосудовъ переходятъ къ уменьшенію новообразованія; для этого ложка нижняго зеркала вводится въ заднее Дугласово пространство, а верхней отсѣняется и поднимается предварительно уже отслоенный пузырь. Черезъ вскрытый Дугласъ въ брюшную полость очень практично ввести марлевый компрессъ, какъ это дѣлается при брюшностѣночномъ чревосѣченіи для защиты кишечника, хотя кишечникъ, въ виду того, что операція производится съ опущеннымъ головнымъ концомъ, обычно не мѣшается, и въ подобныхъ случаяхъ компрессъ одновременно служитъ для впитыванія излившейся крови.

Если матка не очень увеличена, для выведенія ея достаточно бываетъ лишь разсѣченія передней ея стѣнки, или же необходимо бываетъ разсѣчь ее всю въ сагитальномъ направленіи (рис. 255); при большихъ же опухоляхъ производится кускованіе новообразованія въ строгой системѣ. Кускованіе (*morcellement*) фиброміомъ мы начинаемъ съ клиновиднаго иссѣченія шейки, стараясь, чтобы остріе клина пришлось бы какъ можно болѣе выше, вглубь опухоли (рис. 256). По мѣрѣ проведенія разрѣзовъ края опухоли захватываются крѣпкими зубчатыми щипцами для удержанія ихъ *in situ* (чтобы выиграть мѣсто, особенно при первыхъ разрѣзахъ, очень удобно употреблять щипцы изогнутые по ихъ длиннику—рис. 257). Благодаря тому, что шейка вырѣзана клиномъ

Уменьшеніе  
объема  
опухоли  
кускова-  
ніемъ.

изъ прилегающихъ отдѣловъ опухоли, эти послѣдніе удается захватывающими ихъ щипцами сблизить и такимъ образомъ сдѣлать болѣе доступными для дальнѣйшаго вырѣзыванія кусковъ, которые въ свою очередь тоже выгоднѣе изсѣкать клиновидной формы (рис. 258). Перехватывая все дальше и дальше, вырѣзывая все новые куски и вылучивая попадающіеся попутно фиброзные узлы, постепенно уменьшаютъ объемъ всей

опухоли настолько, что ее, а вмѣстѣ съ тѣмъ и придатки, удается вывести изъ брюшной полости (рис. 259 представляетъ одинъ изъ моментовъ кускованія верхнихъ отдѣловъ матки съ прилегающимъ фибридомъ; рис. на табл. III изображаетъ объемистый кусокъ, полученный въ концѣ кускованія).

Къ концу кускованія связь съ организмомъ остается при посредствѣ круглыхъ связокъ и *lig. infundibulopelvicum*. Перевязавъ, а затѣмъ и перерѣзавъ круглыя связки, накладываютъ послѣдовательно лигатуры на *lig. ovarii* и фаллопиевы трубы, если придатки рѣшено оставить, или же, при удаленіи ихъ, на *lig. infundibulopelvicum* (*vasa spermatica*).

При кускованіи особенно важно всегда точно ориентироваться въ топографическомъ отношеніи: не говоря уже про то, что ни одного удара ножа не слѣдуетъ дѣлать безъ точнаго контроля зрѣніемъ, но необходимо еще отдавать себѣ отчетъ, въ какомъ отдѣлѣ опухоли происходитъ кускованіе. Въ этомъ отношеніи слѣдуетъ руководствоваться брюшной поверхностью новообразованія, мѣстами отхожденія яйцеводовъ, прикрѣпленіемъ яичниковъ и т. под. Въ случаяхъ, когда одинъ край опухоли становится недоступнымъ для кускованія, надо перейти къ другому болѣе доступному, не снимая съ перваго захватываю-

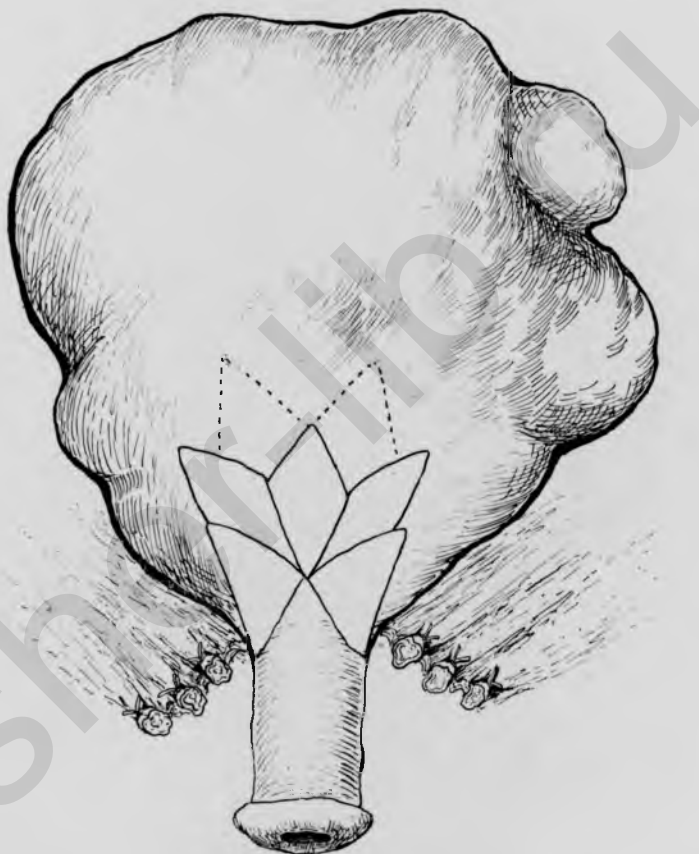


Рис. 258. Схема захвата и послѣдовательнаго изсѣченія клиновидныхъ кусковъ.



щихъ его щипцовъ, чтобы во всякое время имѣть возможность вновь его подтянуть, и т. д. Въ отдѣльныхъ случаяхъ приходится прибѣгать къ вырѣзыванію кусковъ не съ края, а изъ толщи опухоли; но на такой приемъ можно рѣ-

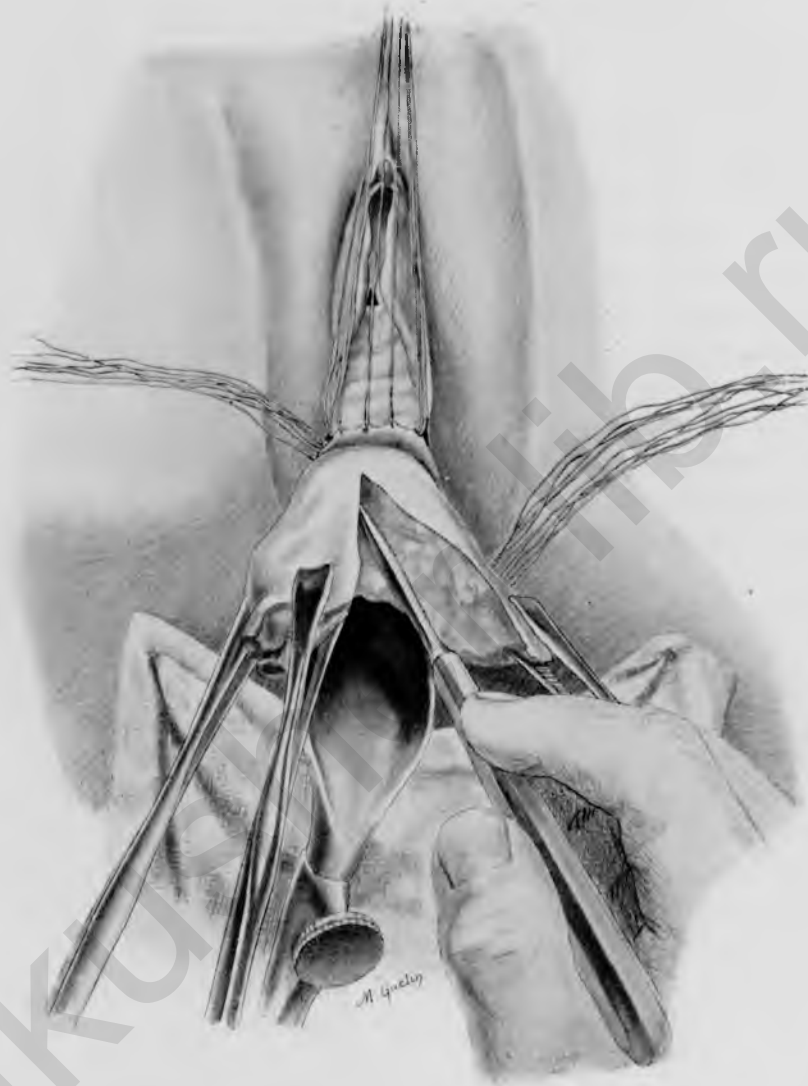
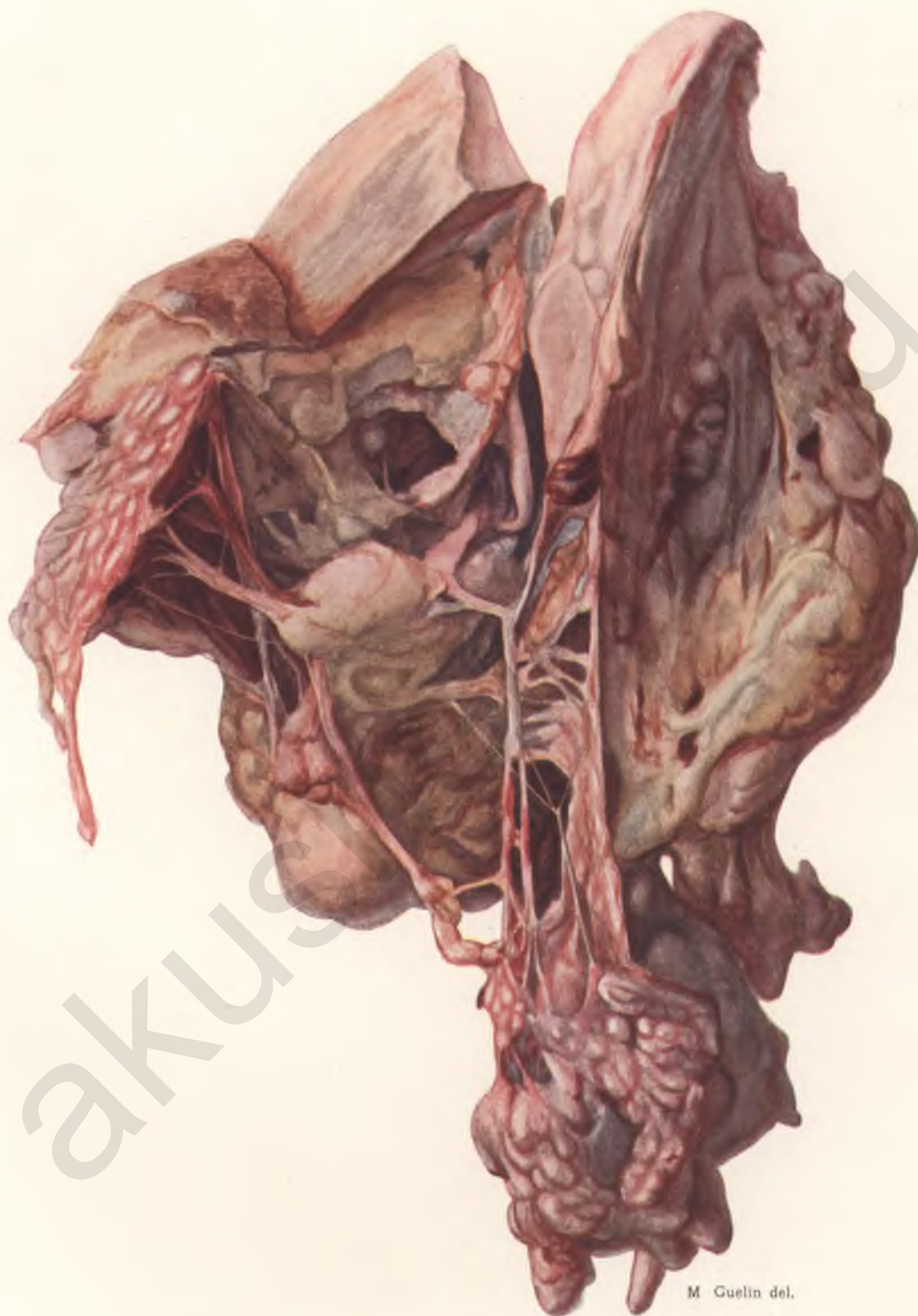


Рис. 259. Одинъ изъ моментовъ кускованія матки.

шаться лишь тогда, когда существуетъ абсолютная увѣренность, что рѣзущій инструментъ дѣйствительно работаетъ въ толщѣ опухоли, и что до периферіи ея еще далеко, и такимъ образомъ исключена всякая возможность случайнаго пораненія органовъ брюшной полости. Для указаннаго способа уменьшенія объема опухоли Доуенъ предложилъ различной толщины металлическіе цилиндры съ



Стѣнка матки, полученная подѣ концѣ кускаванія, съ частью опухоли, представляющей своеобразное развитіе съ массой мелкихъ фиброзныхъ узловъ (натур. велич.).

рѣзущимъ краемъ, при помощи коихъ изъ толщи опухоли можно вырѣзывать соотвѣтственные куски (см. рис. 94, стр. 105). Если сочетать этотъ приемъ съ предварительнымъ введеніемъ въ толщу опухоли штопора съ длинной ручкой и одѣтъ на нее подобный рѣзущій цилиндръ, какъ это много лѣтъ тому назадъ мною было предложено, то удастся особенно удобно вырѣзывать изъ опухоли очень объемистыя и длинныя пробки (рис. 260). Примѣненіе штопора имѣетъ ту выгоду, что меньше шансовъ случайно повредить рѣзущимъ краемъ цилиндра внутренніе органы, если бы таковой, прорѣзавъ всю толщу опухоли, проскочилъ за ее предѣлы: въ виду фиксаціи подлежащей удаленію пробки штопоромъ, моментъ,

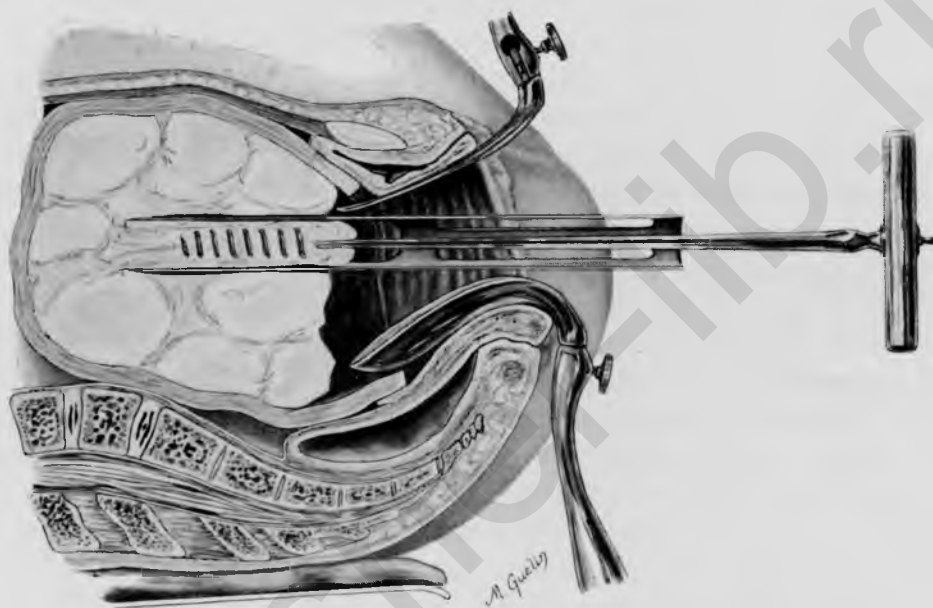


Рис. 260. Примѣненіе штопора и рѣзущей трубки при кускованіи матки.

когда вся толща прорѣзана, будетъ сразу отмѣченъ, и случайное поврежденіе такимъ образомъ устраняется. Послѣдніе годы однако я этимъ, всетаки довольно сложнымъ приемомъ, вовсе не пользуюсь, такъ какъ всегда возможно обойтись при помощи длинныхъ ножа или ножницъ. Для успѣшной работы въ брюшной полости *per vaginam* вообще необходимо имѣть длинные инструменты различной величины. Если обычные ходовые инструменты имѣютъ длину въ 25 и 40 смт., то не мѣшааетъ имѣть подъ рукой пинцеты и щипцы въ 50—60 смт., на тотъ случай, если бы пришлось достать изъ подъ діафрагмы кусокъ отдѣлившейся опухоли, компрессъ и т. п. При производствѣ кускованія необходимо особенно заботиться о томъ, чтобы во время удаленія части опухоли смежный отдѣлъ всегда былъ надежно захваченъ щипцами и хорошо подтянутъ,—это полезно не только для того, чтобы ориентироваться, но и въ виду того, что подобнымъ подтягиваніемъ и фиксаціей уменьшается кровотежденіе изъ существа опухоли. Если, тѣмъ не менѣе, по какимъ либо

причинамъ фиксирующіе щипцы срываются, и не удается быстро захватить тотъ или иной участокъ опухоли, необходимо не мѣшкая прибѣгнуть къ освѣтительнымъ зеркаламъ. Благодаря хорошо освѣщенной брюшной полости всегда удается легко ориентироваться, захватить опухоль, вставить наиболѣе выгодный отдѣлъ ея въ отверстие сводовъ и закончить операцію безъ лишней потери крови. Считаю впрочемъ необходимымъ замѣтить, что при систематическомъ веденіи дѣла кровопотеря бываетъ умѣренной, а иногда удается провести операцію даже почти безкровно. Всѣ моменты операціи не только могутъ, но обязательно должны быть проводимы при строгомъ контролѣ зрѣнія, и упрекъ, будто подобныя операціи дѣлаются «въ слѣпую», совершенно неоснователенъ и конечно основанъ на недостаточномъ знакомствѣ съ современной постановкой дѣла. По окончаніи каждой операціи я считаю за правило непременно осмотрѣть операціонное поле, а также и брюшную полость, предварительно освѣтивъ ихъ. Такой осмотръ считаю необходимымъ для того, чтобы вполнѣ реально убѣдиться, повсемѣстно и совершенно ли проведенъ гемостазъ, не осталось ли въ брюшной полости частей опухоли или другого инороднаго тѣла, въ какомъ состояніи находится *appendix vermicularis*, и т. д. Примѣненіе указаннаго пріема тѣмъ важнѣе, что только при непосредственномъ осмотрѣ глазомъ возможно опредѣлить нѣкоторыя изъ вышеуказанныхъ измѣненій, присутствіе посторонняго тѣла и т. под. По окончаніи контрольнаго осмотра брюшной полости лигатуры коротко отрѣзаются (и то лишь въ случаяхъ завѣдомо не инфицированныхъ) съ *vasa spermatica* и съ яичниковъ, дабы ихъ не фиксировать въ ранѣ, остальные же лигатуры выводятся наружу, а отверстие въ брюшную полость рыхло тампонируется іодоформенной марлей. Тампонъ этотъ не слѣдуетъ глубоко вводить въ брюшную полость, если къ тому нѣтъ спеціальныхъ показаній въ наличности участковъ, подлежащихъ спеціальному дренированію. Тампонъ доводится по возможности лишь *до брюшины* и весь располагается между краями раны. Для того, чтобы тампонъ случайно не проскользнулъ въ брюшную полость, конецъ его всегда необходимо фиксировать, напр., захлестнувъ раза два имѣющимися длинными концами лигатуръ. Помимо этого «глубокаго», мы вкладываемъ еще два тампона, которые подлежатъ обыкновенно частой смѣнѣ, по мѣрѣ пропитыванія ихъ отдѣленіями. Дней черезъ 5—6 обыкновенно снимаются сначала поверхностные швы, а затѣмъ, на 7—10-ый, и глубокіе. Гранулирующія раны въ случаѣ значительнаго некроза или при не асептическомъ теченіи ежедневно заново тампонируются, въ дальнѣйшемъ теченіи два раза въ день назначаются дезинфицирующія спринцеванія. Встаютъ съ кровати больныя обыкновенно черезъ двухнедѣльный срокъ, и, какъ правило, послѣопераціонное теченіе бываетъ или вовсе безлихорадочное, или же съ единичными субфебрильными цифрами.

Описанный способъ удаленія черезъ влагалище путемъ кускованія фиброматозной матки представляется, можно сказать, типичнымъ, и, если педантично исполнять всѣ детали, то рѣдко приходится отступать отъ приведеннаго описанія. Въ отдѣльныхъ случаяхъ, благодаря главнымъ образомъ предшествовавшимъ измѣненіямъ въ тканяхъ (инфильтраты), гдѣ не представляется возможнымъ надежнымъ спосо-

бомъ наложить лигатуры для обезпеченія кровотока, мы вынуждены прибѣгнуть къ форципрессурѣ, и взаимно лигатуръ накладываемъ необходимое число гемостатическихъ щипцовъ, которые и оставляются на 24—48 часовъ. Этотъ способъ, какъ уже было сказано въ общей части, въ значительной степени уступаетъ способу лигатурному, поэтому при экстирпации матки мы къ нему прибѣгаемъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ; всегда же, гдѣ только возможно, мы употребляемъ лигатуры, которыхъ больныя вовсе не чувствуютъ, тогда какъ щипцы à demeure всегда ихъ беспокоятъ. Гемостатическіе щипцы необходимо всегда снимать при такой обстановкѣ, чтобы, въ случаѣ неудовлетворительности гемостаза, можно было бы немедленно вновь наложить щипцы на кровоточащее мѣсто.

Влагалищное удаленіе матки путемъ кускованія, предложенное еще Réan'омъ, вообще должно быть отнесено къ одной изъ благодѣтельнѣйшихъ операций; и въ настоящее время она несомнѣнно должна быть признана операцией выбора, за что говорятъ и тѣ блестящіе результаты, которые достигнуты отдѣльными авторами. Въ своей практикѣ я имѣю серію въ 131 случай вовсе безъ смертельнаго исхода. Hofmeier <sup>1)</sup> говоритъ, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ только возможно удалить матку влагалищнымъ путемъ, нужно въ интересахъ больныхъ настоятельно рекомендовать подвергнуться именно этой операци. Въ отдѣльныхъ случаяхъ, правда, операциа удаленія матки влагалищнымъ путемъ довольно кропотлива и требуетъ извѣстной технической сноровки, но разъ что при этомъ методѣ достигаются неизмѣримо лучшіе результаты, чѣмъ при другихъ способахъ, то, очевидно, наша задача усовершенствовать отдѣльныя стороны влагалищнаго метода, а никоимъ образомъ не держаться другихъ методовъ потому только, что они легче и болѣе доступны: въ выборѣ метода должны играть рѣшающую роль интересы не оператора, а оперируемыхъ.

#### Показанія и противопоказанія для полнаго удаленія матки.

Показанія для производства полнаго удаленія матки влагалищнымъ путемъ слагаются изъ двухъ главныхъ моментовъ: во 1-хъ—въ интересахъ ли больной вообще подвергнуться удаленію всего пораженнаго органа, и во 2-хъ—возможно ли это сдѣлать путемъ влагалищнаго метода? Что касается перваго вопроса, то въ положительномъ смыслѣ онъ рѣшается тогда, когда нѣтъ возможности примѣнить методъ сохраняющаго леченія, или же когда состояніе больной настолько плохое, что не въ ея интересахъ прибѣгать къ методу, хотя и консервативному, но менѣе надежному, и требуется быстрое и коренное прекращеніе наличныхъ болѣзненныхъ симптомовъ. При рѣшеніи этого вопроса, кромѣ цѣлаго ряда индивидуальныхъ особенностей каждаго отдѣльнаго случая, возрастъ больной подчасъ можетъ служить рѣшающимъ обстоятельствомъ. Очевидно, что послѣ сорока лѣтъ несравненно легче рѣ-

Возрастъ  
больной.

<sup>1)</sup> См. Hofmeier—Grundriss der gynäkologischen Operationen. 1909, стр. 309.

шиться на удаленіе всей матки, чѣмъ въ молодомъ возрастѣ, хотя въ отдѣльныхъ случаяхъ и при такихъ условіяхъ сплошь да рядомъ коренная операція выгоднѣе, чѣмъ консервативная. Эта послѣдняя лишь въ очень незначительномъ % всѣхъ случаевъ ведетъ къ восстановленію дѣтородной способности <sup>1)</sup>, рецидивъ же основного заболѣванія, встрѣчающійся довольно часто, требуетъ въ будущемъ новаго оперативнаго вмѣшательства. Невыгоду полнаго удаленія матки нѣкоторые авторы видятъ въ томъ, что послѣ этой операціи наступаютъ симптомы, нерѣдко сопровождающіе климактерическій періодъ (*Ausfallerscheinungen*—нѣмецкихъ авторовъ). Не отрицая подобной возможности, я долженъ, однако, замѣтить, что на своемъ обширномъ матеріалѣ я подобныхъ явленій почти вовсе не наблюдалъ: при всѣхъ своихъ операціяхъ я всегда сохранялъ яичники, гдѣ это только было возможно. У молодыхъ субъектовъ приходилось иногда, путемъ резекціи завѣдомо больныхъ отдѣловъ яичника, ограничиваться сохраненіемъ лишь большей или меньшей части яичниковой ткани. Что при удаленіи матки яичники продолжаютъ функционировать, врядъ ли подлежить сомнѣнію, и поэтому, при сохраненіи ихъ, мы не лишаемъ организмъ внутренней секреціи этихъ органовъ и общаго вліянія яичниковъ на экономію всего организма. Какъ долго сохраняютъ свою функцію оставленные яичники—этотъ вопросъ слѣдуетъ считать пока невыясненнымъ; въ отдѣльныхъ случаяхъ, однако, эта функція несомнѣнно можетъ продолжаться очень долгое время. Съ другой стороны надо считать установленнымъ фактомъ, что особенно быстро растущія фиброміомы матки оказываютъ замѣтное вліяніе на строеніе, а слѣдовательно и отправленіе яичниковъ. Гиперсекреція отдѣльныхъ фолликуловъ, обуславливающая мелко-кистовидное перерожденіе всего органа, а также рѣзкое увеличеніе всѣхъ элементовъ желтаго тѣла, нерѣдко даже превышающее размѣры его во время беременности,—суть явленія, очень часто наблюдаемая при фиброміомахъ. Въ виду этого мы въ полномъ правѣ поставимъ вопросъ, въ противовѣсьнѣнію о вредномъ вліяніи удаленія матки,—не оказываетъ ли въ свою очередь операція удаленія матки, пораженной фиброміомами, нѣкоторое благотворное вліяніе на дѣятельность самихъ яичниковъ и на сохраненіе ихъ функціи? Какъ бы то ни было, затронутый вопросъ слѣдуетъ считать далеко еще не рѣшеннымъ, а то, что по этому поводу пока опубликовано,—далеко не убѣдительнымъ, чтобы измѣнить взглядъ на показанія къ производству столь благодѣтельной операціи, какъ полное удаленіе фиброматозной матки.

Что касается второго вопроса, а именно—о показаніяхъ къ удаленію матки путемъ влагалищнаго ея изсѣченія, то въ отдѣльныхъ случаяхъ очень трудно установить границы для подобнаго вмѣшательства. Въ виду во много разъ лучшихъ результатовъ, получаемыхъ путемъ влагалищнаго метода по сравненію съ брюшностѣноч-

<sup>1)</sup> На соотвѣтственномъ матеріалѣ нашей клиники, обработанномъ д-ромъ А. Н. Григорьевымъ, процентъ зачатія послѣ предшествовавшей сохраняющей міомектоміи равняется 9,6%, а срочныхъ родовъ—4%.

нымъ, очевидно нами должно руководить положеніе: *здѣ только есть возможность примѣнить влагалищный способъ и не существуетъ къ тому спеціальныхъ противопоказаній, необходимо всегда оперировать именно по этому указанному методу!* Въ виду сказаннаго, разъ нѣтъ этихъ противопоказаній, ставится вопросъ, возможно ли вообще провести этотъ методъ выбора? При оцѣнкѣ этого вопроса рѣшающую роль играетъ сознаніе, можно ли создать *per vaginam* достаточный доступъ къ подлежащей удаленію опухоли вообще, и, въ частности, возможно ли будетъ хорошо перевязать крупные сосуды (*art. uterina*). Такъ какъ главное—перевязка сосудовъ, то собственно успѣшнымъ выполненіемъ этого основного требованія рѣшается и вопросъ о возможности осуществленія влагалищнаго метода. Объемъ опухоли стоитъ во всякомъ случаѣ на второмъ планѣ и имѣетъ значеніе по преимуществу тѣмъ, что чрезмѣрный объемъ опухоли, исключаящій возможность вдавить нижній ея сегментъ въ малый тазъ настолько, чтобъ сдѣлать доступной перевязку *vasa uterina*, исключаетъ предварительный гемостазъ. Въ указанномъ отношеніи бѣльшее значеніе, чѣмъ объемъ опухоли, имѣетъ ея форма, консистенція и, главное, топографическое расположеніе. Межсвязочное развитіе фиброміомъ отнюдь не можетъ считаться безусловнымъ противопоказаніемъ для примѣненія влагалищнаго метода. Если опухоль, хотя и очень большая, заходящая даже выше пупка, связана съ верхнимъ отдѣломъ тѣла матки, причемъ шейка и нижній сегментъ матки при подтягиваніи щипцами настолько доступны, что есть возможность хорошо перевязать *vasa uterina*, самый объемъ опухоли имѣетъ второстепенное значеніе, и операція безъ особаго труда можетъ быть доведена до конца <sup>1)</sup>. Въ этомъ отношеніи нагляднымъ примѣромъ могутъ послужить случаи, осложненные беременностью, такъ какъ даже при срочной беременности матка безъ особыхъ затрудненій можетъ быть удалена черезъ влагалище. Этому существенно содѣйствуетъ возможность уменьшить размѣръ органа предварительнымъ удаленіемъ его содержимаго—плоднаго яйца. Подобную операцію (влагалищное кесарское сѣченіе) мнѣ пришлось впервые произвести приблизительно за годъ до публикаціи *Dührssen's*, причемъ я могъ убѣдиться, равно какъ и всѣ присутствующіе, въ томъ, что этотъ пріемъ предварительнаго опорожненія плодовмѣстности удается провести безъ особыхъ техническихъ трудностей, тѣмъ болѣе, что опорожненная послѣродовая матка при податливости и легкой растяжимости частей и мягкости своихъ стѣнокъ удобно акомодируется къ отверстию въ сводахъ. Въ раннихъ стадіяхъ беременности съ технической стороны операція представляется еще значительно легче, какъ въ этомъ я многократно могъ убѣдиться.

Напротивъ того, если опухоль занимаетъ нижній сегментъ матки, причемъ шейка, почти непосредственно расширяясь, переходитъ въ новообразованіе, то, въ виду значительно меньшей доступности крупныхъ сосудовъ въ подобныхъ случаяхъ, относительно меньшія опухоли оказываются мало или вовсе не подходящими для вла-

Объемъ опухоли и возможность предварительной перевязки маточныхъ артерій.

Показанія къ комбинированному методу.

<sup>1)</sup> Наибольшая по вѣсу фиброміома, удаленная мною влагалищнымъ путемъ, равнялась 2800 грм.

галищнаго метода, особенно, если путемъ вылуциванія низколежащихъ отдѣльныхъ узловъ или опорожненіемъ осложняющихъ кистовидныхъ образований не удастся создать большаго доступа. Въ подобныхъ случаяхъ, какъ впрочемъ и вездѣ, опытность и техническое совершенство оператора играютъ не послѣднюю роль; но, при невозможности окончить операцію намѣченнымъ путемъ, всегда есть исходъ перейти къ чревосѣченію и окончить операцію по такъ наз. комбинированному методу. Поступая въ подобныхъ случаяхъ указаннымъ образомъ, мы отнюдь не идемъ въ разрѣзъ съ интересами больныхъ, такъ какъ сдѣланная per vaginam работа не пропадаетъ даромъ: благодаря ей, продолжительность вскрытія брюшной полости во время чревосѣченія обыкновенно сокращается, что въ свою очередь благоприятно вліяетъ на предсказаніе. Считаю настоятельно необходимымъ при оцѣнкѣ случая для выбора метода всегда изслѣдовать больную подъ наркозомъ, что удобнѣе всего дѣлать непосредственно передъ операціей. Благодаря условіямъ, создаваемымъ наркозомъ, раньше установленная картина иногда настолько измѣняется, что случай, признанный до того стоящимъ на границѣ возможности для влагалищнаго метода, оказывается совершенно нетруднымъ, и т. под. Примѣненіе за послѣднія 12 лѣтъ способа освѣщенія брюшной полости значительно расширило показанія для влагалищнаго метода при операціяхъ фиброміомъ матки, такъ какъ получилась возможность не только работать при полномъ контролѣ зрѣнія, но, благодаря ventroscopi'и, сдѣлались доступными такіе отдѣлы, которые раньше совершенно были недоступны. *Противопоказаніемъ* для влагалищнаго метода служатъ тѣ случаи, гдѣ имѣется какое либо непреодолимое суженіе родовыхъ путей, особенно же костнаго таза, благодаря экзостозамъ или инымъ опухолямъ. Рѣзкія степени измѣненія самага костяка, напр. при osteomalaci'и, какъ мнѣ однажды пришлось наблюдать, совершенно исключаютъ влагалищный методъ. Хотя суженія влагалища нерѣдко съ успѣхомъ могутъ быть устранены временнымъ разсѣченіемъ его, тѣмъ не менѣ атрезіи его или сильныя степени рубцового суженія нерѣдко также служатъ абсолютнымъ противопоказаніемъ. Невозможность уменьшить опухоль, какъ это наблюдается, напр., при ея окаменѣніи, также противопоказуетъ влагалищный методъ.

#### Предсказаніе.

Предсказаніе при разбираемой операціи между другими способами коренного вмѣшательства при фиброміомахъ должно быть отнесено къ наиболѣе благоприятнымъ. Статистическія данныя, приведенныя Winter'омъ въ 1904 г., показали, что  $\%$  смертности при полномъ влагалищномъ удаленіи фиброматозной матки  $\text{=}2,6\%$ . У отдѣльныхъ авторовъ процентъ смертности еще ниже. Въ моей клиникѣ, считая всѣ произведенныя экстирпаціи, не только мною самимъ, но и моими помощниками, валовой процентъ смертности на 904 случая  $\text{=}1,3\%$ <sup>1)</sup>. Если же взять случаи, погибшіе исклю-

<sup>1)</sup> Къ 877 случаямъ, указаннымъ въ таблицѣ на стр. 378, здѣсь прибавлены еще случаи за 1913 г. (серія въ 27 случаевъ безъ смертельнаго исхода).



чительно въ связи съ самой операціей, то получается  $\%$  смертности=0,7%. Изъ послѣдней серіи въ 321 случай не погибла ни одна, что даетъ 0% смертности. Послѣдній смертельный исходъ наблюдался въ началѣ 1908 года.

Такъ какъ приведенныя цифры не принадлежатъ одному болѣе опытному оператору, а сюда включены результаты подчасъ только начинающихъ врачей, то полученные результаты не могутъ считаться исключительными и вполне могутъ служить для объективной оцѣнки достигаемыхъ методомъ результатовъ.

Для полной оцѣнки разбираемаго способа необходимо остановиться, помимо непосредственной смертности, еще и на теченіи послѣопераціоннаго періода. По этому поводу необходимо отмѣтить, какъ я уже указалъ, что теченіе почти безъ исключенія наблюдается самое благопріятное, самочувствіе больныхъ—хорошее, и поправленіе идетъ быстро. Если открытый способъ веденія раны сопряженъ съ нѣкоторыми неудобствами и требуетъ повторныхъ перевязокъ, то съ другой стороны онъ имѣетъ то преимущество, что послѣдовательное развитіе экссудатовъ наблюдается рѣже, и, главное, эти экссудаты всегда протекаютъ очень благопріятно. Въ худшихъ случаяхъ, когда происходитъ нагноеніе въ лигатурахъ, приходится послѣдовательно доставать нагноившійся узелокъ, или же онъ самостоятельно выходитъ спустя болѣе или менѣе продолжительный срокъ, иногда почти незамѣтно для больной. Ни разу намъ не приходилось прибѣгать къ какимъ либо энергичнымъ мѣрамъ при леченіи подобныхъ экссудатовъ, такъ какъ таковые, благодаря свободному оттоку, самостоятельно быстро проходили.

#### УДАЛЕНІЕ НОВООБРАЗОВАНІЯ ПУТЕМЪ БРЮШНОСТѢНОЧНАГО ЧРЕВОСЪЧЕНІЯ.

Этотъ путь для удаленія фиброміомъ матки—значительно болѣе старый, чѣмъ влагалищный методъ; по указанному способу въ прежнее время оперировались вообще всѣ фиброміомы, требовавшія вскрытія брюшины. Въ настоящее время, когда добрая половина всѣхъ случаевъ приходится на долю влагалищнаго метода, брюшностѢночное сѣченіе, которое, несмотря на множество усовершенствованій, и въ настоящее время даетъ значительно бѣльшій  $\%$  смертности, находитъ себѣ примѣненіе въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ опухоль достигла значительныхъ размѣровъ, или когда по инымъ причинамъ исключается менѣе рискованный влагалищный способъ оперированія. Изъ только что сказаннаго явствуетъ, что брюшностѢночный методъ имѣетъ свои столь же опредѣленныя показанія, какъ и влагалищный, почему, слѣдовательно, оба эти метода и не могутъ считаться конкурирующими другъ съ другомъ. Вскрытіе брюшины можетъ быть производимо или продольнымъ сѣченіемъ, или же поперечнымъ; въ нашей практикѣ мы исключительно пользуемся разрѣзомъ брюшной стѣнки по l. alba, такъ какъ этотъ разрѣзъ даетъ больше всего простора при операціи, и опухоли значительной величины могутъ быть лучше всего извлечены лишь при такомъ способѣ вскрытія брюшной полости. Въ случаѣ необходимости разрѣзъ можетъ быть увеличенъ до самага меча, а тщательнымъ, послѣдо-

вательнымъ наложеніемъ шва <sup>1)</sup> мы страхуемъ больную отъ возможности развитія впослѣдствіи грыжъ бѣлой линіи. Къ методу Pfannenstiel'я мы вовсе не прибѣгаемъ, такъ какъ опухоли, при которыхъ авторами обычно примѣняется поперечный разрѣзъ брюшной стѣнки, мы обыкновенно удаляемъ влагалищнымъ путемъ. При чревосѣченіи въ равной степени, какъ при влагалищныхъ операціяхъ, въ подходящихъ случаяхъ приходится руководствоваться правилами сохраняющей хирургіи, и поэтому съ принципиальной стороны то, что сказано при разборѣ влагалищныхъ операцій, приложимо и въ этомъ случаѣ. Придерживаясь вышеприведеннаго изложенія, мы и для случаевъ, требующихъ разрѣза брюшной стѣнки, рассмотримъ отдѣльные оперативные приемы, сообразуясь съ анатомическими данными по мѣсту развитія опухоли.

### Подслизистые фиброиды.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда подслизисто развившійся фиброидъ достигъ очень значительныхъ размѣровъ и со стороны влагалища недоступенъ, показуется чревосѣченіе. Если данный случай не осложненъ подсывороточными узлами матки и, особенно, если фиброидъ мягкой консистенціи, то онъ чрезвычайно напоминаетъ по физическимъ своимъ свойствамъ беременность, отсутствуетъ лишь характерное для беременности баллотированіе частей и сердцебіеніе плода. Если подслизистый узелъ состоитъ изъ отдѣловъ, то они нерѣдко даже симулируютъ части плода. Если рѣшено поступить консервативно, то обыкновенно по средней линіи матки проводится продольный разрѣзъ достаточной величины вплоть до опухоли, чтобы возможно было черезъ него вылущить и удалить новообразование. При подобныхъ операціяхъ, какъ правило, почти всегда вскрывается полость матки, и по типу своему операція совершенно походить на кесарское сѣченіе. Самый разрѣзъ чаще всего приходится вести по передней стѣнкѣ матки, хотя, въ зависимости отъ мѣста прикрѣпленія, развитія и формы опухоли, необходимо сообразоваться при выборѣ мѣста разрѣза съ каждымъ отдѣльнымъ случаемъ: слѣдуетъ вести разрѣзъ по задней или боковой поверхности или, наконецъ, поперечно въ области дна, но при этомъ стараясь по возможности выбирать наименѣе сосудистый отдѣлъ органа. Очень существенно отчетливо попасть при разрѣзѣ въ самое ложе новообразованія, что въ значительной степени облегчаетъ процессъ вылущиванія, причемъ нерѣдко приходится помогать рѣжущими инструментами для рассѣченія неподдающихся тупому разъединенію тяжей. Кровотеченіе при подобныхъ операціяхъ обыкновенно бываетъ умеренное, и во всякомъ случаѣ, при извѣстномъ опытѣ, съ нимъ можно справиться безъ какихъ либо специальныхъ предварительныхъ приспособленій: перевязавъ отдѣльно кровоточащіе сосуды, приступаютъ къ зашиванію ложа, оставшагося послѣ вылущиванія опухоли, въ одинъ или нѣсколько ярусовъ, причемъ въ заключеніе захватыва-

<sup>1)</sup> См. Общая часть, стр. 174.

ють часть, покрытую брюшиной. Наложениемъ швовъ достигается основательный гемостазъ. При показаніи провести всю операцію съ наименьшей потерей крови, или при неуверенности справиться съ кровотечениемъ инымъ способомъ, слѣдуетъ рекомендовать обезпечиваніе гемостаза предварительнымъ наложениемъ на нижній отдѣлъ матки резинового жгута (см. Общая часть, стр. 153), который остается вплоть до окончательнаго наложенія швовъ.

Тѣ мѣста, въ которыхъ показывается кровотечение по снятіи жгута, подвергаются послѣдовательному обкалыванію. По остановкѣ кровотечения матка вправляется въ брюшную полость, и приступаютъ къ зашиванію брюшныхъ стѣнокъ. Передъ окончательнымъ закрытіемъ полости матки швами всегда выгодно, въ видѣ выпускника, вложить въ нее полоску марли, конецъ которой выводится черезъ шейку во влагалище, во избѣжаніе скопленія секрета. Въ подобныхъ случаяхъ шейка нерѣдко представляется расширенной; если же этого нѣтъ, то со стороны полости матки ее легко расширить Негар'овскими расширителями или даже просто пальцемъ.

Если, по удаленіи подслизистыхъ фиброидовъ, стѣнки матки окажутся настолько измѣненными, что уже не представляется возможнымъ возстановить органъ, или если будутъ во время операціи обнаружены новые узлы или такія измѣненія, что примѣненіе сохраняющихъ операцій уже не имѣетъ *raison d'être*, тогда приходится перейти къ удаленію всего плодовместилища по одному изъ способовъ, которые будутъ описаны ниже. Въ тѣхъ случаяхъ, когда при вылуциваніи подслизистаго узла остается очень тонкая прослойка тканей, отдѣляющихъ его отъ полости матки, я считаю практичнѣе создать тѣмъ не менѣе сообщеніе съ полостью



Рис. 261. Удаленіе фиброидовъ путемъ чревосѣченія. Вылуциваніе опухоли вслѣдъ за разрѣзомъ маточной стѣнки.

матки, резецируя для этого соответственный отдѣлъ тканей, въ томъ расчетѣ, что при подобныхъ условіяхъ устраняется возможный застой отдѣляемаго раны и со-

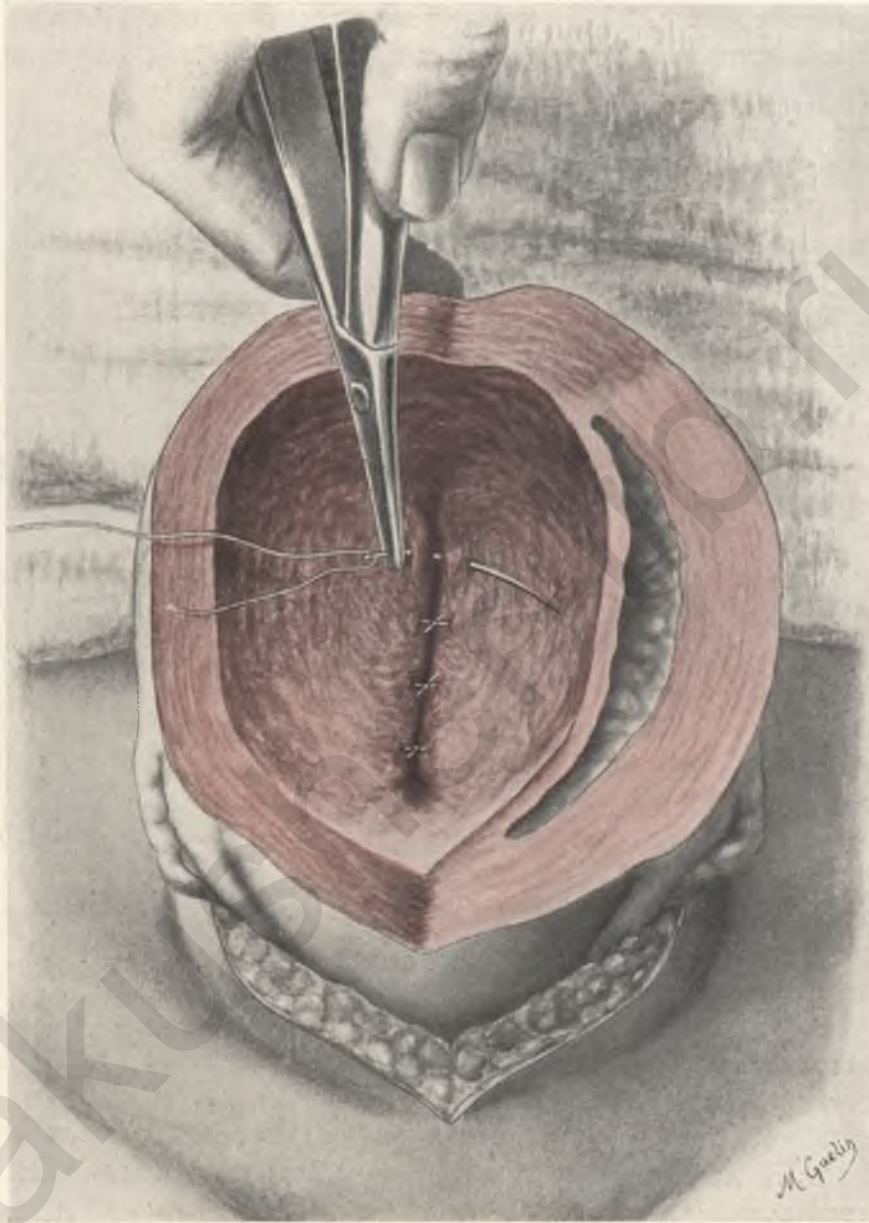


Рис. 262. Этажный шовъ ложа опухоли.

здаются болѣе благопріятныя условія для дальнѣйшаго выздоровленія. Такой образъ дѣйствія имѣетъ мѣсто обыкновенно при вылущеніи опухолей, достигшихъ большаго размѣра.





Объемистая фиброміома, удаленная путем консервативной міомектоміи (натур. велич.).

### Межуточные фиброиды.

Съ этой категоріей фиброміомъ приходится встрѣчаться чаще всего, тѣмъ болѣе, что первоначально, при своемъ возникновеніи, всѣ фиброиды, имѣя почвой своего развитія mesometrium, представляются interstitial'ными, впоследствии лишь становясь въ соотвѣтственныхъ случаяхъ то подсывороточными, то послизистыми. При той степени развитія объема опухоли, когда вопросъ идетъ уже о необходимости

чревосѣченія, примѣненіе сохраняющихъ операций обыкновенно встрѣчается лишь рѣдкое показаніе. Техника подобныхъ оперативныхъ приемовъ совершенно аналогична выше описанной и отличается развѣ тѣмъ, что, въ виду болѣе или менѣе значительнаго отстоянія новообразованія отъ слизистой матки, полость этой послѣдней не вскрывается при вылучиваніи имѣющейся опухоли, и такимъ образомъ главный интересъ сводится къ способу, какъ поступить съ образовавшимся ложемъ, обладающимъ нерѣдко мало податливыми и вслѣдствіе этого плохо прилаживающимися стѣнками. Въ

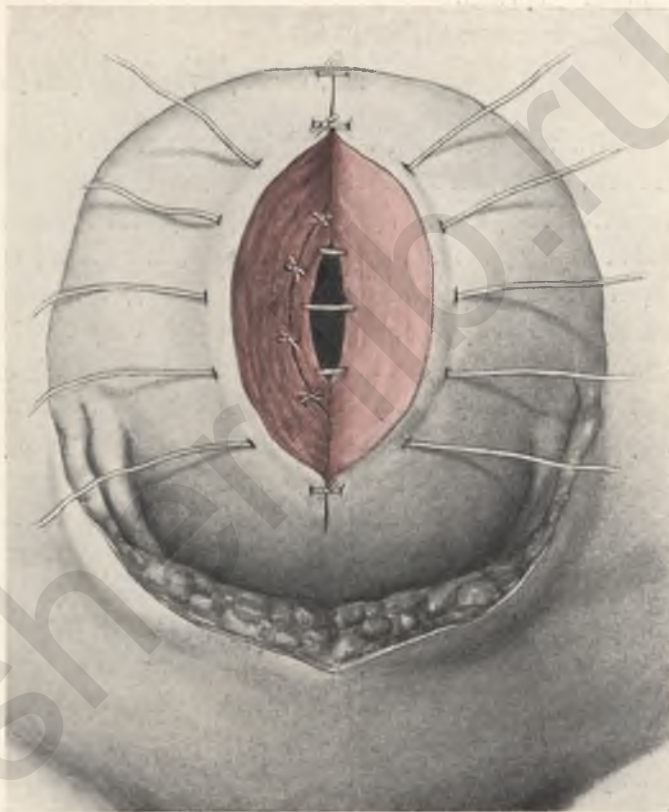


Рис. 263. Зашиваніе маточной стѣнки послѣ вылученія опухоли.

такихъ случаяхъ обыкновенно принято зашивать образовавшееся ложе путемъ наложенія необходимаго числа ярусныхъ швовъ (рис. 262). Необходимымъ условіемъ подобнаго приема должно быть по возможности повсемѣстное и отчетливое прилаживаніе стѣнокъ ложа другъ къ другу, чтобы во что бы то ни стало избѣжать образованія такъ наз. мертвыхъ пространствъ, въ которыхъ могъ бы произойти застой выдѣляемаго раны. Выполнить однако постановленное законное требованіе далеко не всегда возможно въ той степени, какъ это необходимо для успѣшнаго дальнѣйшаго теченія случая; въ виду этого, особенно въ случаяхъ завѣдомо неблагоприятныхъ, я предпочитаю такъ же, какъ и при под-

слизистыхъ фиброидахъ, ложе наглухо зашивать лишь со стороны брюшной части раны; въ тѣхъ же отдѣлахъ, гдѣ это неудобно сдѣлать, оставшуюся часть дренировать марлей, предварительно проложивъ оттокъ черезъ полость матки во влагалище, а въ крайнемъ случаѣ дренировать черезъ одинъ изъ сводовъ или даже черезъ участокъ разрѣза брюшныхъ стѣнокъ. Въ большинствѣ случаевъ для подобныхъ больныхъ представляется выгоднѣе, отказавшись отъ мало надежной и рискованной консервативной операціи, подвергнуться удаленію всего больного органа.

#### Подсывороточные фиброиды.

Въ техническомъ отношеніи эта категорія случаевъ трудностей не представляетъ, и оперативная техника находится въ зависимости исключительно отъ анатомическихъ условій прикрѣпленія опухоли къ маткѣ. Если имѣется болѣе или менѣе тонкая ножка, то можно обойтись простой ея перевязкой съ послѣдующей перитонизаціей культи или даже и безъ этого. Надо всегда помнить, что, отрѣзая ножку очень коротко, при дальнѣйшемъ сокращеніи ея, очень легко можно получить соскальзываніе лигатуры; поэтому иногда практично перевязать культию въ два отдѣла, проколовъ ее предварительно тупой иглой, снабженной двойной лигатурой. При широкомъ основаніи, соответственный участокъ изсѣкается или вылушивается, а ложе обкалывается, чѣмъ одновременно достигается и гемостазъ, и перитонизація соответственнаго участка. Къ этой же категоріи фиброміомъ слѣдуетъ отнести *межсвязочно развитыяся* и расположенныя внѣбрюшинно. Такъ какъ подобныя опухоли обыкновенно лежатъ больше сбоку отъ матки, то часто поверхъ опухоли тянется сильно напряженная и въ большинствѣ случаевъ расплющенная круглая связка, что облегчаетъ распознаваніе топографическихъ условій. Подобныя внѣбрюшинно расположенныя фиброиды соединяются съ маткой обыкновенно лишь относительно малымъ сегментомъ, всей же массой внѣдряются въ рыхлую подбрюшинную клѣтчатку. Доступъ къ такимъ опухолямъ создается очень легко, для чего стоитъ рѣжущимъ инструментомъ лишь расщепить покрывающую ихъ брюшину, напимѣръ перерѣзавъ для этого въ поперечномъ направленіи круглую связку или, что рациональнѣе, провести параллельный ей разрѣзъ, послѣ чего опухоль обыкновенно вылушивается безъ особаго затрудненія (рис. 264). Такъ какъ, благодаря своему межсвязочному развитію, новообразование располагается по сосѣдству съ мочеточникомъ и крупными сосудами, то приходится во время вылушиванія опухоли изъ ея ложа всегда вплотную придерживаться самой опухоли, а если при этомъ оказываются плотныя сращения или тяжи, то не примѣнять грубой силы и перерѣзывать ихъ всегда подъ контролемъ зрѣнія. Рис. 265 изображаетъ объемистую опухоль, развившуюся нижними двумя третями межсвязочно—брюшинный покровъ занимаетъ лишь верхнюю треть опухоли; для лучшаго представленія о величинѣ опухоли и ея топографическихъ отношеній она изображена помѣщенной

въ скелетированный тазъ. Кровоточащія мѣста, по удаленіи опухоли, обкалываются, и, когда кровотеченіе остановлено, приходится распорядиться съ оставшимся послѣ вылущенія опухоли ложемъ, которое обыкновенно очень сильно сокращается, что въ отдѣльныхъ случаяхъ даетъ возможность наглухо его зашить. При проведеніи съ этой цѣлью швовъ, необходимо проводить иглы довольно поверхностно, чтобы также не поранить подлежащихъ образований—сосудовъ или мочеточниковъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда не представляется возможнымъ наглухо зашить оставшееся

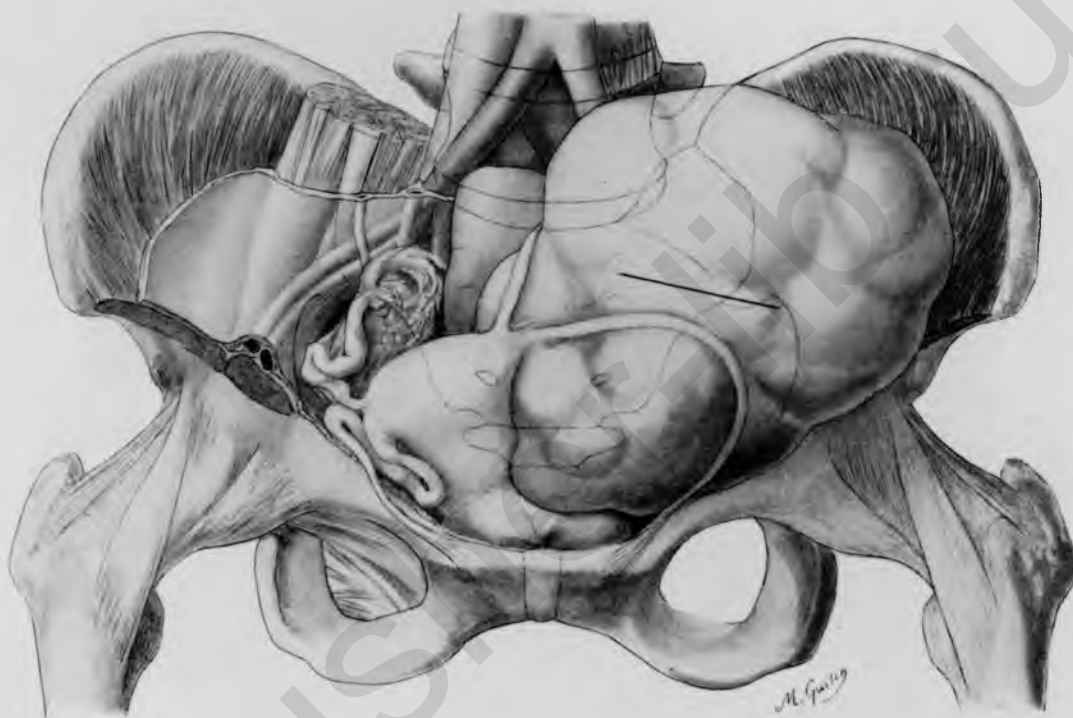


Рис. 264. Межсвязочное развитіе фиброида (очертанія костей обведены тонкой линіей, мѣсто проведенія разрѣза обозначено чертой, параллельной круглой связкѣ).

ложе, слѣдуетъ образовать сообщеніе по возможности наиболѣе отлагаго его участка съ влагалищемъ, проложивъ для этой цѣли отверстіе, что удобнѣ всего достигается при помощи корнцанга, концы котораго заострены. Затампониравъ рыхло оставшееся ложе марлевой полосой, разошедшіеся края брюшины надъ нею тщательно соединяють швами, и такимъ путемъ оставшееся ложе, хорошо дренированное, вполне изолируется отъ сообщенія съ брюшной полостью. Указанный пріемъ съ успѣхомъ можетъ быть примѣняемъ и въ тѣхъ случаяхъ, когда нарушены были обширныя срощенія, и требуется изолировать сецернирующія поверхности. Съ этой цѣлью указаннымъ остроконечнымъ корнцангомъ со стороны



влагалища (через задній сводъ) прокладывается отверстие. Это отверстие, во избѣжаніе ущемленія дренажа, затѣмъ нѣсколько увеличиваютъ, расширяя для этого вѣтви корнцанга, которыми послѣдовательно и протаскивается конецъ марлевой полосы со стороны брюшины во влагалище. Верхній конецъ марлевой полосы располагается

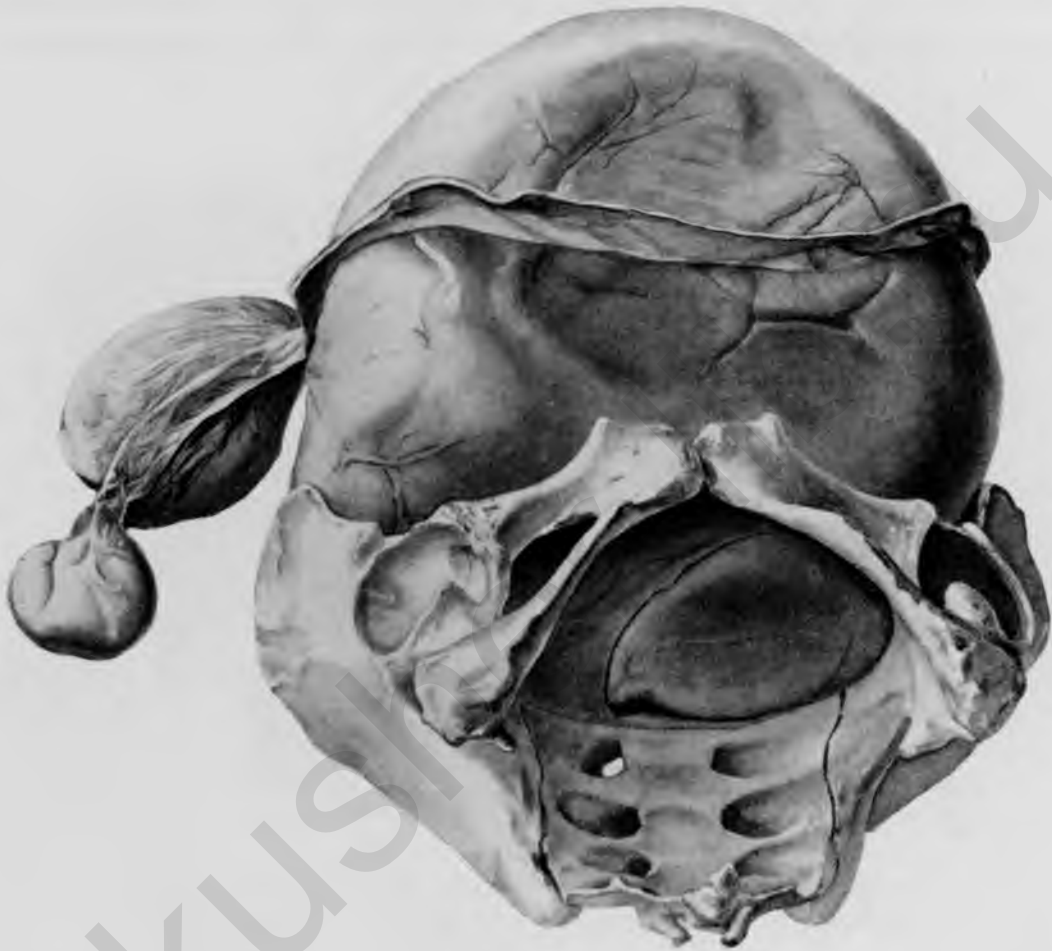


Рис. 265. Межсвязочно развившійся фиброидъ, удаленный вмѣстѣ съ маткой и кистой яичника. (Опухоль изображена вложенной въ скелетированный тазъ).

(обыкновенно зигзагами) въ подлежащихъ дренированію участкахъ. Если есть избытокъ брюшины, то послѣдняя натягивается поверхъ марли и, будучи фиксирована швами, содѣйствуетъ изоляціи марли отъ вышележащихъ отдѣловъ. Съ этой же цѣлью можно утилизировать и смежные органы, какъ то матку, пузырь, прямую кишку, приближая ихъ другъ къ другу и въ случаѣ надобности фиксируя ихъ въ такомъ положеніи швами.

## УДАЛЕНИЕ МАТКИ ПУТЕМЪ ЧРЕВОСЪЧЕНІЯ.

Удаленіе матки путемъ чревосъченія имѣеть своимъ показаніемъ невозможность примѣнить сохраняющій методъ или же когда онъ противопоказанъ. Въ такихъ случаяхъ прибѣгаютъ къ

надвлагалищному усъченію матки—*amputatio uteri supravaginalis*,

а послѣднее время авторы склоняются къ полному удаленію всей матки—*exstirpatio uteri totalis s. panhysteromyomectomy*.

## Надвлагалищное усъченіе матки.

Болѣе совершеннымъ способомъ надвлагалищнаго усъченія матки мы обязаны Рѣан'у, а также нѣкоторымъ нѣмецкимъ авторамъ, которые разработкой этого метода содѣйствовали значительному пониженію бывшей въ то время громадной смертности. Операция надвлагалищнаго усъченія матки раньше производилась по такъ наз. *внѣбрюшинному спо-*

Методъ  
внѣбрюшин-  
наго ухода  
за ножкой.

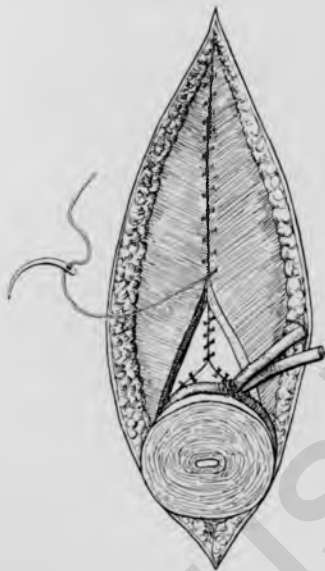


Рис. 266. Внѣбрюшинная фиксація ножки при надвлагалищномъ усъченіи матки.

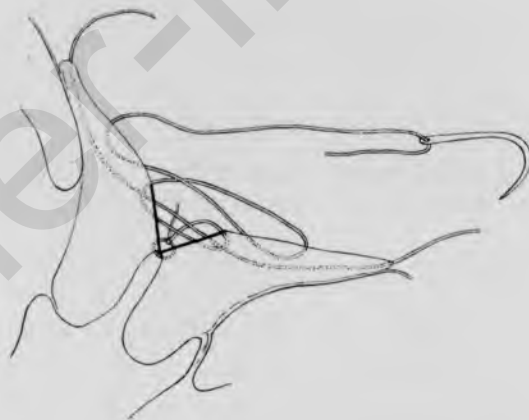


Рис. 267. Зашиваніе культи по Schröder'у послѣ надвлагалищной ампутаціи.

собу ухода за ножкой, при чемъ культя, состоящая изъ шейки, фиксировалась между краями брюшной стѣнки. Приведенный классическій рисунокъ наглядно передаетъ указанный способъ (рис. 266). На этомъ рисункѣ виденъ также наложенный резиновый жгутъ, употреблявшійся для обезпеченія гемостаза. Черезъ культю, кромѣ того, еще протыкались накрестъ крѣпкія булавки для того, чтобы предотвратить втягиваніе ея внутрь брюшной полости. Брюшина и брюшныя стѣнки тщательно приторачивались къ оставленной шейкѣ. Заживленіе шло обычно при нагноеніи; по сокращеніи культи резиновый жгутъ отдѣлялся

черезъ 1—2 недѣли, и въ концѣ концовъ получался втянутый рубецъ, обыкновенно осложнявшійся грыжей бѣлой линіи. Въ настоящее время описанная операція представляетъ, можно сказать, лишь историческій интересъ, совершенно оставлена и можетъ найти примѣненіе, какъ *faute de mieux*, развѣ лишь въ какомъ либо исключительномъ случаѣ.

Способъ  
Schröder'a.

Въ виду тѣхъ невыгодъ, которыя связаны были съ указаннымъ внѣбрюшиннымъ способомъ, онъ былъ оставленъ, и появился цѣлый рядъ предложеній погружать культю въ брюшную полость, послѣ соответственной обработки ея, и наглухо зашивать брюшную стѣнку,—такъ наз. «*внутрибрюшинный методъ*». Прототипомъ этого метода явился способъ Schröder'a, который состоялъ въ слѣдующемъ. Послѣ того, какъ были перевязаны *ligg. infundilulo-pelvica* и отдѣлены придатки, такъ что матка оставалась въ связи съ организмомъ лишь при посредствѣ шейки, тѣло

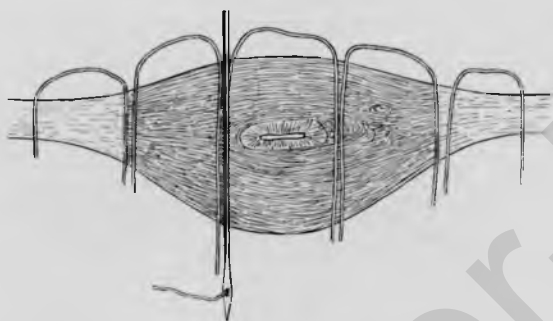


Рис. 268. Способъ Zweifel'я наложенія лигатуръ на культю шейки послѣ надвлагалищной ампутаціи матки.



Рис. 269. Видъ культы шейки, перевязанной по Treub'у послѣ надвлагалищной ампутаціи шейки.

матки отсѣкалось клиновиднымъ разрѣзомъ, а полученные послѣ этого изъ шейки передній и задній лоскуты другъ къ другу прилаживались при помощи крѣпко завязываемыхъ лигатуръ, а также непрерывнаго кѣтгутоваго шва. Особенно тщательно вырѣзывалась изъ цервикальнаго канала смежная съ мѣстомъ срѣза часть слизистой оболочки, въ виду опасеній, чтобы отсюда не развилась инфекція (рис. 267). Во избѣжаніе большой потери крови во время операціи на шейку, ниже мѣста предполагавшагося усѣченія, накладывался временный, а нѣкоторыми авторами и постоянный (*à demeure*) резиновый жгутъ. Слабой стороной этого способа несомнѣнно являлся недостаточно надежный гемостазъ, такъ какъ на крупныя сосуды не накладывалось отдѣльныхъ лигатуръ, что, впрочемъ, устранено въ другихъ аналогичныхъ методахъ (Оттъ). Zweifel, предлагая возможно большую часть нижняго отдѣла матки сохранять, обратилъ особое вниманіе на гемостазъ и, какъ видно изъ приложеннаго рисунка (рис. 268), рядомъ наложенныхъ лигатуръ всю культю разбиваетъ на отдѣлы, благодаря чему ни одной частицы тканей не остается неперевазанной; брюшина соединяется отдѣльными швами. Н. Treub и Kocher предложили

Способъ  
Zweifel'я.

Способъ  
Treub'a.

упрощенный способъ: по отдѣленіи придатковъ на маточную шейку накладывается массовая лигатура, поверхъ которой производится усѣченіе тѣла матки вмѣстѣ съ фибридомъ. Простота и быстрота производства упомянутого способа, составляющія его отличіе, однако сопряжены и съ существенными невыгодами: во 1-хъ, культя, затягиваемая лигатурой, слишкомъ объемиста и, во 2-хъ, при затягиваніи лигатура перетягиваетъ цервикальный каналъ на подобіе песочныхъ часовъ, чѣмъ устраняется оттокъ секрета изъ вышележащаго отдѣла (какъ это изображено на рисункѣ 269), что можетъ въ свою очередь оказать очень неблагоприятныя послѣдствія. Съ цѣлью устраненія указанныхъ недочетовъ мною было предложено слѣдующаго рода видоизмѣненіе приведеннаго метода: послѣ надежной перевязки *ligg. infundibulopelvica* и обезпеченія гемостаза сѣменныхъ артерій, связки отсѣкаются вплотъ до маточной шейки. Вмѣсто одной массовой лигатуры черезъ шейку спереди назадъ параллельно по обѣ стороны, кнаружи отъ цервикальнаго канала, проводится по крѣпкой лигатурѣ, изъ коихъ въ одну



Рис. 270. Наложеніе лигатуръ по способу Отта при над-  
влагалищномъ усѣченіи матки, и проведеніе фитиля черезъ  
каналъ шейки.

затягивается правая, въ другую—лѣвая половина маточной шейки. Преимущество двухъ лигатуръ вмѣсто одной состоитъ въ томъ, что въ каждую захватывается меньше тканей, онѣ не могутъ соскользнуть, и поэтому гемостазъ надежнѣе (рис. 270); впрочемъ, всегда слѣдуетъ рекомендовать перевязать при этомъ отдѣльно *art. uterina*. Затѣмъ, при употребленіи двухъ лигатуръ сохраняется проходимость цервикальнаго канала. По усѣченіи матки, съ цѣлью

Способъ  
Отта (Міо-  
мектомія  
по способу  
оварио-  
томіи).

дезинфекціи, термокаутеромъ прожигается цервикальный каналъ, и для избѣжанія возможной задержки секрета проводится черезъ каналъ іодоформенный фитиль, конецъ котораго соприкасается съ марлей, выполняющей влагалище, чѣмъ еще болѣе обезпечивается оттокъ секрета (рис. 271). Чтобы устранить всякую секрецію съ поверхности срѣза шейки, полезно и ее поверхностно прижечь вслѣдъ за обработкой цервикальнаго канала. Изъ прилагаемыхъ схематическихъ



Рис. 271. Видъ культи шейки и дренирующихъ ее фитиля и марли по окончаніи надвлагалищнаго усѣченія матки.

рисунковъ ясно видны отдѣльные моменты операціи. Приведенный способъ обработки ножки по своей простотѣ и быстротѣ напоминаетъ таковой при удаленіи кисты яичника, поэтому я назвалъ предложенный мною способъ «міомектомія по способу оваріотоміи»<sup>1)</sup>. Въ случаяхъ, гдѣ жизненные показанія требуютъ возможно быстрѣйшаго производства операціи, предложенный методъ и въ настоящее время заслуживаетъ вниманія, въ прошломъ же указанные упрощенные приемы несомнѣнно должны быть отмѣчены, въ ряду остальныхъ предложеній, какъ несомнѣнно содѣйствовавшихъ усовершенствованію достигаемыхъ результатовъ. Такъ, Н. Treub опубликовалъ 100 случаевъ со смертностью лишь въ 7%; достигнутый мною процентъ смертности былъ еще меньше—4,3%, что несомнѣнно достойно вниманія, такъ какъ примѣнявшіеся въ моей клиникѣ въ то время методы давали результаты, во много разъ худшіе, и % смертности былъ 24,4%. Впрочемъ, необходимо отмѣтить, что и другіе способы надвлагалищной ампутаціи матки, путемъ постепеннаго усовершенствованія техники, стали давать также не худшіе результаты, особенно когда было обращено особое вниманіе на надежный гемостазъ и разработа-

<sup>1)</sup> Д. О. Оттъ.—Надвлагалищная ампутація матки по упрощенному способу. Докладъ на IV Пироговскомъ Съѣздѣ.—Ueber die Radikalbehandlung der Fibromyoma des Uterus. Centralb. f. Gynäk., 1894. № 26.

ны способы проведения строгой асептики. Въ настоящее время слѣдуетъ признать общепринятыми приемами при всѣхъ надвлагалищныхъ усѣченіяхъ

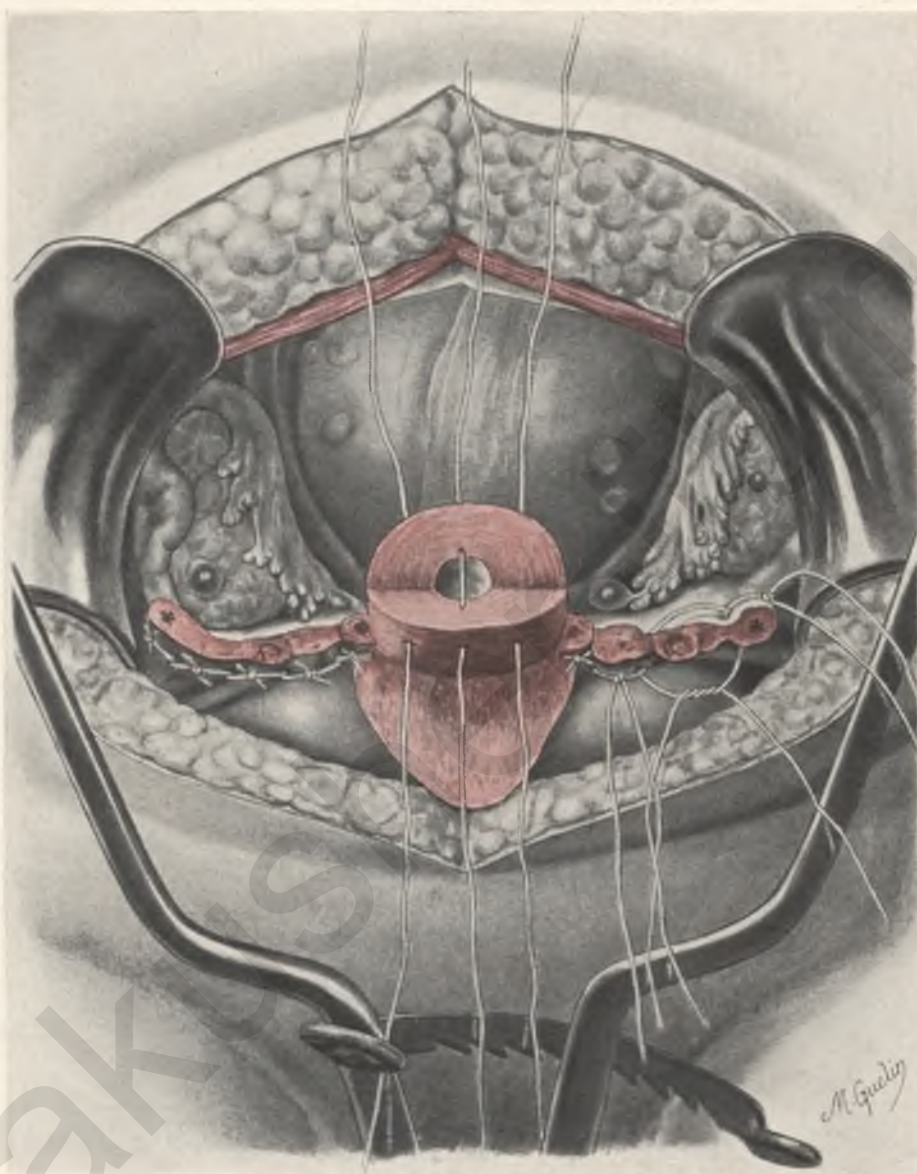


Рис. 272. Обколь широкихъ связокъ и наложеніе швовъ на культу шейки послѣ отпрепаровки брюшиннаго лоскута.

матки, во 1-хъ, отдѣльную перевязку маточныхъ артерій и, во 2-хъ, тщательное обшиваніе образованной культуры брюшиной для того, чтобы по возможности совершенно изолировать раневую поверхность отъ брюшной полости.



Прикрытіе  
культи шей-  
ки брюш-  
ной.

Для достиженія послѣдняго требованія стараются такъ выкраивать культю, чтобы брюшинный ея покровъ могъ быть безъ напряженія и хорошо прилаженъ; предвари- тельно отпрепаровываютъ отдѣльные лоскуты изъ брюшины, отдѣляя для этого часть

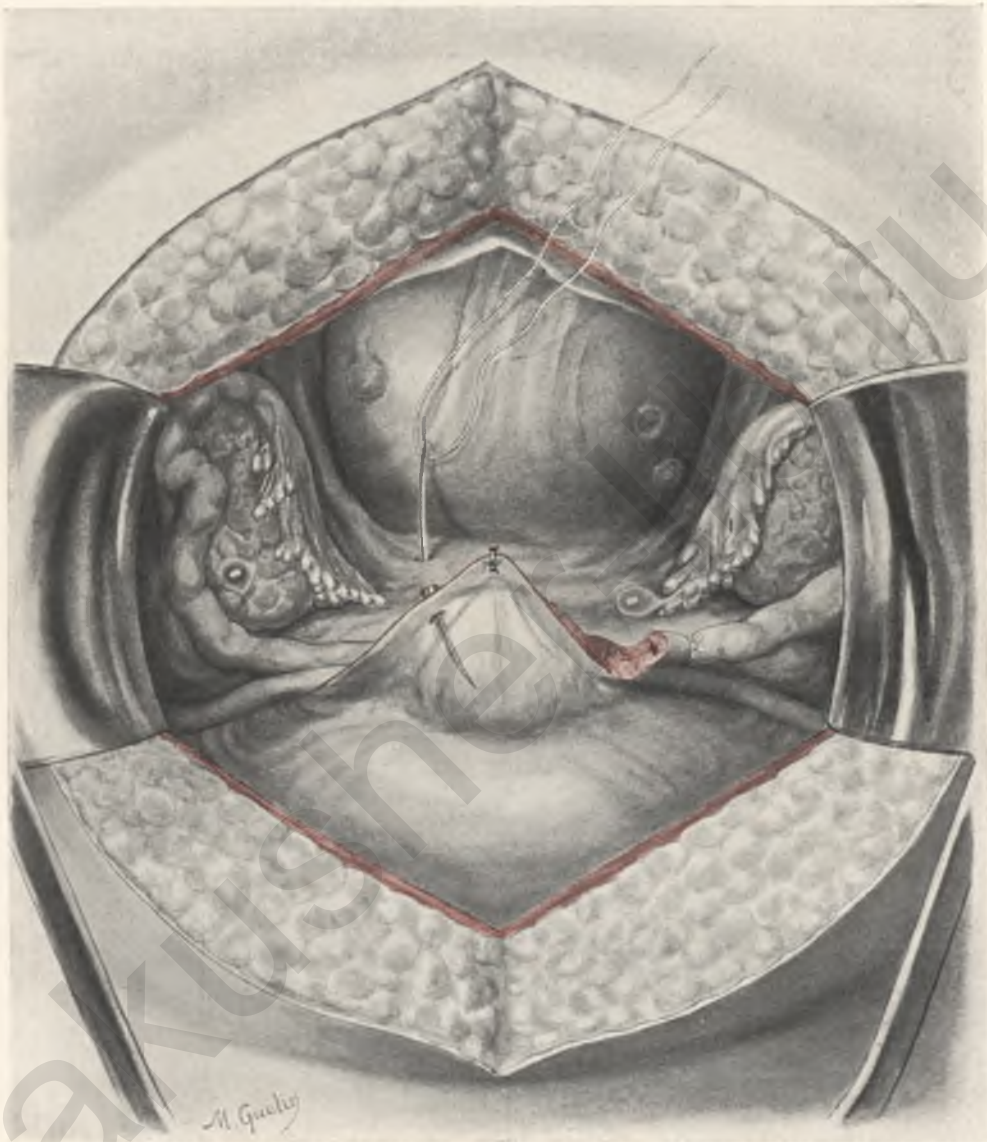


Рис. 273. Перитонизація культи шейки послѣ надвлагалищной ампутаціи тѣла матки.

ея отъ нижняго отдѣла опухоли (рис. 272), или, наконецъ, пользуются избыткомъ брюшины послѣ вылуциванія новообразованія. Главная задача всевозможныхъ модификацій, предложенныхъ съ этою цѣлью (Chrobak, Kelly, Noble и др.), сводится къ тому, чтобы срѣзь культы былъ хорошо прикрытъ брюшиной (рис. 273). Указанныя усо-



вершенствованія, нынѣ общепризнанныя, въ свою очередь также сильно понизили процентъ смертности. Zweifel на 185 случаевъ приводитъ 2,7% смертности, которая въ послѣдствіи уменьшилась до 1,5%. Статистическія данныя, приводимыя Döderlein'омъ въ его «Оперативной гинекологіи», показываютъ, что при надвлагалищной операціи на 2.025 случаевъ у различныхъ авторовъ % смертности=8,64%, а при такъ наз. «забрюшинной» обработкѣ культи—на 893 случаевъ % смертности=6,81%.

#### Полное удаленіе матки путемъ чревосѣченія.

*Полное удаленіе матки путемъ чревосѣченія* (exstirpatio uteri totalis s. panhysteromyometomia) въ настоящее время слѣдуетъ признать операціей, не только съ успѣхомъ конкурирующей съ надвлагалищной ампутаціей, но, можно сказать, постепенно ее вытѣсняющей изъ гинекологическаго обихода. По послѣднимъ статистическимъ сопоставленіямъ, приводимымъ Döderlein'омъ, смертность на 1.668 случаевъ, оперированныхъ различными операторами,=8,27%, хотя онъ самъ на 170 случаевъ имѣлъ лишь 3,5% смертельныхъ исходовъ. Въ своей клиникѣ я наблюдаю на 292 случая 5,8% смертности. Изъ этихъ цифръ видно, что въ настоящее время panhysteromyometomia даетъ почти такой же % смертности, какъ надвлагалищная ампутація; поэтому особенно интересно выяснитъ, благодаря какимъ своимъ преимуществамъ она тѣмъ не менѣе нерѣдко предпочитается надвлагалищному усѣченію матки, тѣмъ болѣе, что и въ техническомъ отношеніи она болѣе сложная? Отвѣчая на этотъ вопросъ, прежде всего нужно отмѣтить, что исѣченіе всей матки представляется операціей болѣе коренной, такъ какъ пораженный органъ удаляется цѣликомъ вмѣстѣ съ шейкой. Выгода такого образа дѣйствій несомнѣнно заключается въ томъ, что, при склонности фиброміомъ къ множественному фокусному заболѣванію, мы боимся себя отъ рецидива, такъ какъ, при менѣе коренномъ надвлагалищномъ усѣченіи матки, случается, что оставленный незамѣченный узелъ разрастается и требуетъ послѣдовательнаго оперативнаго вмѣшательства (способъ Zweifel'я). Мнѣ нѣсколько разъ приходилось оперировать подобныхъ больныхъ, у которыхъ приверженцами надвлагалищной ампутаціи была сдѣлана эта операція за болѣе или менѣе продолжительный до того срокъ. Приведенное соображеніе особенно выигрываетъ въ значеніи въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣется дѣло съ тѣмъ или инымъ злокачественнымъ перерожденіемъ удаляемыхъ опухолей. Я въ этомъ случаѣ даже не касаюсь возможности раковаго пораженія оставляемой при прежнемъ методѣ влагалищной части, на что, однако, указываютъ нѣкоторые авторы. Второе обстоятельство, которому я придаю не малое значеніе, это то, что при полномъ удаленіи матки получается въ послѣоперационномъ теченіи несравненно меньше экссудатовъ, которые сами по себѣ иногда ставятъ жизнь больныхъ въ опасность, а выздоровленіе оказывается далеко не столь совершенное и подчасъ достигается лишь послѣ хлопотливаго и длительнаго леченія. При полномъ же удаленіи органа, въ виду широкаго отверстія въ сводахъ, имѣется свободный оттокъ

Преимущества полного удаленія матки.

секрета съ раневой поверхности, и возможно хорошо ее дренировать. Въ частности, благодаря тому, что своды наглухо не зашиваются, очень легко сразу обнаружить, если бы наступило послѣдовательное кровотеченіе, и своевременно принять мѣры къ остановкѣ его, не доводя больную до значительной потери крови. Все вышеприведенное представляетъ настолько существенныя выгоды, что для того, чтобы отъ нихъ отказаться, нужны вѣскія доказательства въ пользу оставленія маточной шейки, какъ это имѣеть мѣсто при надвлагалищномъ методѣ. Указанія на то, что при надвлагалищномъ методѣ уменьшаются непріятныя явленія, связанныя съ наступленіемъ климактерія (искусственнаго), не находятъ достаточно убѣдительныхъ научныхъ основаній, и защитники этого взгляда обыкновенно ссылаются только на клиническія наблюденія. За всю мою дѣятельность мнѣ почти вовсе не приходилось наблюдать подобныхъ явленій, и если въ этомъ отношеніи я, можетъ быть, становлюсь въ противорѣчіе съ нѣкоторыми авторами, то возможно, что это зависитъ отъ того, что, гдѣ это только не шло въ разрѣзъ съ интересами больныхъ, я прибѣгалъ къ сохраняющимъ операціямъ по отношенію къ яичникамъ; большинство больныхъ кромѣ того оперировано въ преклонномъ возрастѣ; наконецъ, допустимо, что установившееся у нѣкоторыхъ авторовъ мнѣніе менѣе основано на точныхъ клиническихъ наблюденіяхъ, чѣмъ на рутинныхъ соображеніяхъ. При рѣшеніи подобныхъ вопросовъ существенно важно знать, были ли удалены вмѣстѣ съ маткой и яичники, или же они оставлены въ организмѣ, такъ какъ и при наличности матки, разъ что удалены оба яичника, климактерическія явленія могутъ наступить съ полной силой, и сама матка тутъ не при чемъ. Въ пользу оставленія маточной шейки приводили и то предположеніе, что къ ней прикрѣплены своды, и шейка, такъ сказать, представляетъ изъ себя какъ бы заключительный камень, содѣйствующій устою архитектуры сводовъ и смежныхъ внутренностей. Такъ какъ мною проведена не одна тысяча полныхъ экстирпацій, какъ путемъ чревосѣченія, такъ особенно по влагалищному методу, причѣмъ мнѣ не только никогда не приходилось наблюдать развитія грыжъ или иныхъ существенныхъ смѣщеній внутренностей,— я полагаю, что имѣю право вовсе отвергнуть приведенное выше опасеніе, а за методомъ полного удаленія матки признать существенное усовершенствованіе въ дѣлѣ оперативнаго вмѣшательства при леченіи фиброміомъ матки. Методъ полного удаленія фиброматозной матки введенъ въ систему трудами А. Martin'a, хотя еще до него это предложеніе было сдѣлано Vardenheuer'омъ и проведено въ нѣсколькихъ случаяхъ. Въ 1891 году, имѣя дѣло съ большой фиброміомой, перешедшей въ нагноеніе, я въ этомъ обстоятельствѣ усмотрѣлъ показаніе къ полному удаленію всей матки *per coeliotomiam*, каковую операцію мнѣ и удалось успѣшно провести, и больная вполнѣ послѣ этого оправилась <sup>1)</sup>. Въ виду несомнѣннаго преиму-

<sup>1)</sup> Д. О. Оттъ.—Гнилостный распадъ подслизистаго фиброида, какъ показаніе къ полному удаленію матки. Журн. акушер. и женск. бол. 1891. № 7 и 8. См. также Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge, № 34. (1891).

щества рaнhysteromyoectomi'i при выборѣ метода, когда требуется удалить матку путемъ чревосѣченія, я въ настоящее время всегда предпочитаю названную

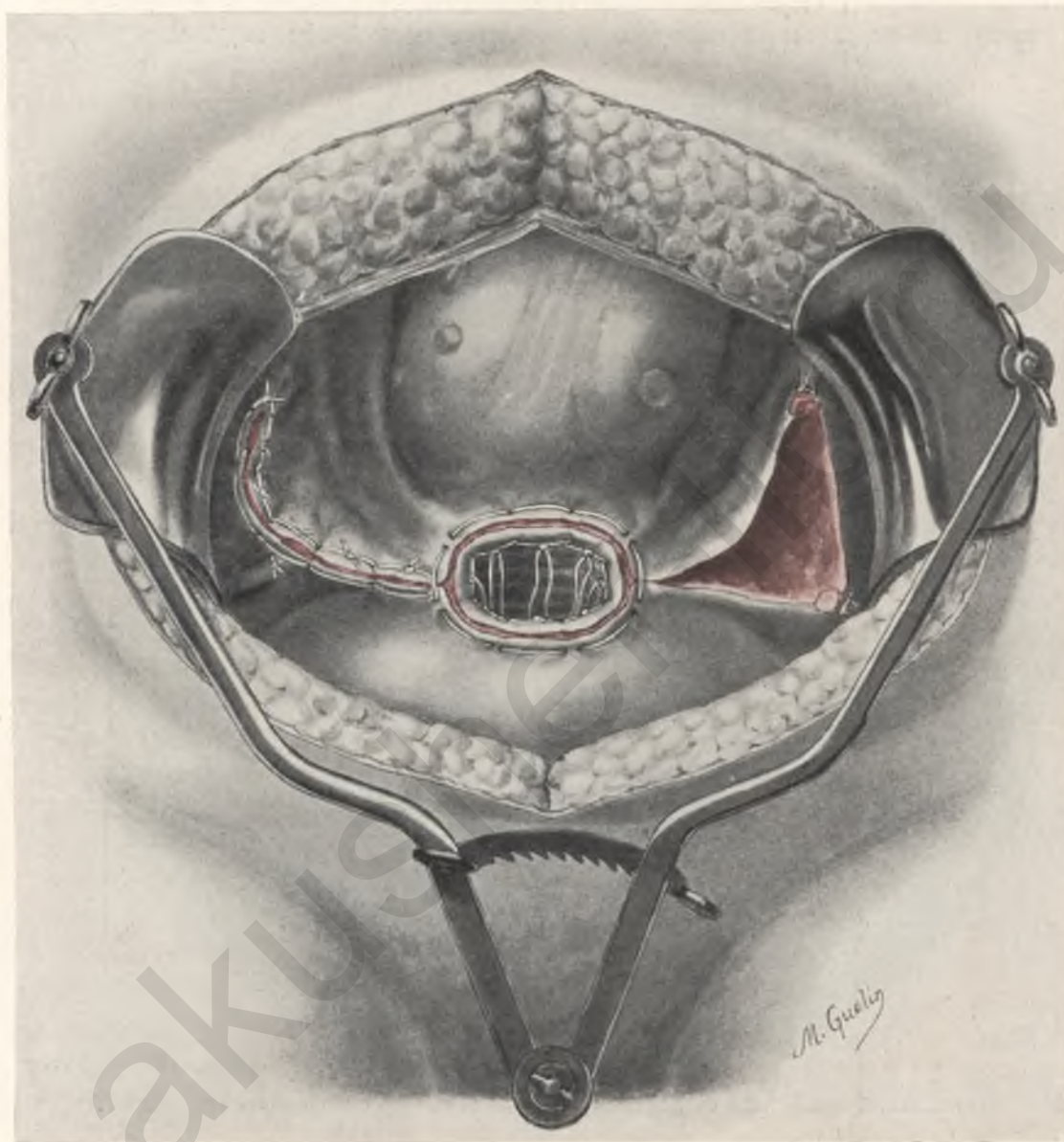


Рис. 274. Обколь влагалища со стороны брюшной полости при полномъ удаленіи матки.

операцию надвлагалищному усѣченію матки, отводя этой послѣдней лишь тѣ немногіе случаи, когда рaнhysteromyoectomia невыполнима или противопоказана. Къ этой категоріи относятся тѣ случаи, когда, въ силу чрезмѣрнаго суженія въ области родового канала, доступъ и послѣдовательный уходъ за раной со стороны

влагалища исключается (опухоли тазовой полости, высокая степень остеомалъци и т. под.), а также, когда, въ виду крайняго упадка силъ больной и сердечной ея дѣятельности, приходится отдать предпочтеніе хотя и менѣ совершенному методу, но легче выполнимому, сопровождающемуся болѣе короткимъ вскры-



Рис. 275. Cysto-fibroma съ межсвязочнымъ развитіемъ ( $\frac{2}{3}$  натуральной величины).

тіемъ брюшной полости и требующему вообще меньше времени для своего выполненія.

Техника  
полнаго уда-  
ленія матки.

Съ технической стороны операція довольно типична. По вскрытіи брюшной стѣнки и по выведеніи опухоли (лучше всего захваченной крѣпкимъ штопоромъ), для достиженія ббльшей подвижности выгодно начать съ перевязки и перерѣзки круглыхъ связокъ; затѣмъ накладываются лигатуры на *lig. infundi-*

*bulo-pelvicum* и *vasa spermatica*, причемъ, смотря по случаю, оставляются или же удаляются одинъ или оба яичника. При оставленіи придатковъ лигатуры накладываются на *lig. ovaricum* и соответствующую часть трубы на мѣстѣ отхожденія ихъ отъ матки. Для того, чтобы послѣ перерѣзки перевязанныхъ отдѣловъ не текла кровь изъ опухоли, кровоточащія мѣста этой послѣдней или обкалываются, или же, что проще, на нихъ накладываются временные зажимы. Послѣ этого приступаютъ къ отдѣленію мочевого пузыря, для чего нужно точно опредѣлить его верхнюю границу, параллельно которой и проводится разрѣзь брюшины. Отдѣленіе мочевого пузыря обыкновенно происходитъ тупымъ путемъ, и, благодаря рыхлой клѣтчаткѣ, которая его соединяетъ съ маткой, онъ легко, такъ сказать, сдвигается марлевымъ компрессомъ или ватнымъ шарикомъ. Когда такимъ образомъ отдѣленъ пузырь, и уже нѣтъ опасности



Рис. 276. Тотъ-же препаратъ, что на рис. 275, въ поперечномъ сѣченіи ( $\frac{5}{9}$  натур. велич.).

его поранить, приступаютъ къ перевязкѣ маточныхъ артерій и къ отдѣленію сводовъ. Маточныя артеріи обыкновенно удаётся отыскать безъ особаго труда, причемъ онѣ перевязываются отдѣльно. Въ крайнемъ случаѣ допустимо иаложеніе на соответственныя мѣста тупой иглой временныхъ, крѣпкихъ лигатуръ, впоследствии замѣняемыхъ самостоятельными лигатурами на *art. uterina*. Когда перерѣзаны хорошо перевязанные сосуды, кровотеченіе изъ опухоли прекращается, и раньше наложенные на нее кровоостанавливающіе щипцы могутъ быть

сняты. Отдѣленіе сводовъ обыкновенно начинаютъ съ задняго, такъ какъ, благодаря топографическимъ условіямъ, его легче вскрыть. При недостаточномъ опытѣ предварительно можно со стороны брюшной полости нащупать двумя руками шейку, чтобы лучше опредѣлить мѣсто прикрѣпленія сводовъ, и чтобы разрѣзь дѣйствительно пришелся въ области свода, или же можно для этой цѣли выпятить сводъ, введя въ него предварительно со стороны влагалища изогнутый корнцангъ или катетеръ. Надрѣзь дѣлается обыкновенно поперечный (перпендикулярно къ длиннику шейки); будучи въ послѣдствіи продолженъ въ обѣ стороны, онъ циркулярно отдѣляетъ своды отъ шейки. Задній сводъ можно также вскрыть продольнымъ разрѣзомъ, послѣ чего уже легко вести циркулярный разрѣзь, отдѣляющій своды отъ шейки (Доуен предлагаетъ въ этотъ разрѣзь особыми щипцами вставить влагалищную часть и начать отдѣленіе пузыря снизу). По мѣрѣ того, какъ перерѣзываются своды, ихъ слѣдуетъ обкалывать, для чего удобнѣе всего накладывать лигатуры, дѣлая вколь и выколь въ сторону слизистой влагалища, разбивая такимъ образомъ сръзь на небольшіе отдѣлы, захваченные матрацными лигатурами (рис. 274). Эти лигатуры не слѣдуетъ коротко отрѣзать, такъ какъ длинные концы удобнѣе, чтобы фиксировать края разрѣза во время дальнѣйшаго обкалыванія; въ послѣдствіи всѣ лигатуры выводятся черезъ влагалище, оставленные же длинные концы облегчаютъ снятіе соотвѣтственныхъ швовъ. Черезъ влагалище вообще выводятся всѣ тѣ лигатуры, которыя въ послѣдствіи подлежатъ снятію. Лигатуры, наложенныя на оставляемые яичники, во избѣжаніе фиксаціи этихъ органовъ въ дальнѣйшемъ, всегда слѣдуетъ коротко обрѣзать. Если опухоль очень объемиста, благодаря чему затрудняется обработка сводовъ, очень практично опухоль отрѣзать, остатокъ матки (resp. шейки) захватить крѣпкими зубчатыми щипцами и, создавъ себѣ такимъ образомъ свободный доступъ, закончить операцію. По изсѣченіи шейки, буде нужно, перитонизируются соотвѣтственныя мѣста, изъ брюшины проводится во влагалище марлевая полоса, и приступаютъ къ закрытію брюшной полости. Въ тѣхъ случаяхъ, когда, напр., опухоль лежала межсвязочно, и имѣются въ распоряженіи значительныя лоскуты брюшины, возможно, соединяя ихъ тонкими швами, изолировать весь раневой участокъ отъ сообщенія съ остальной брюшиной. При подобныхъ условіяхъ достигается внѣбрюшинное расположеніе всего раневого участка, что особенно выгодно, когда имѣются обширныя сецернирующія поверхности; хорошо дренируя ихъ марлевой полосой, выводимой черезъ влагалище, мы достигаемъ быстрого разобщенія ихъ съ брюшной полостью.

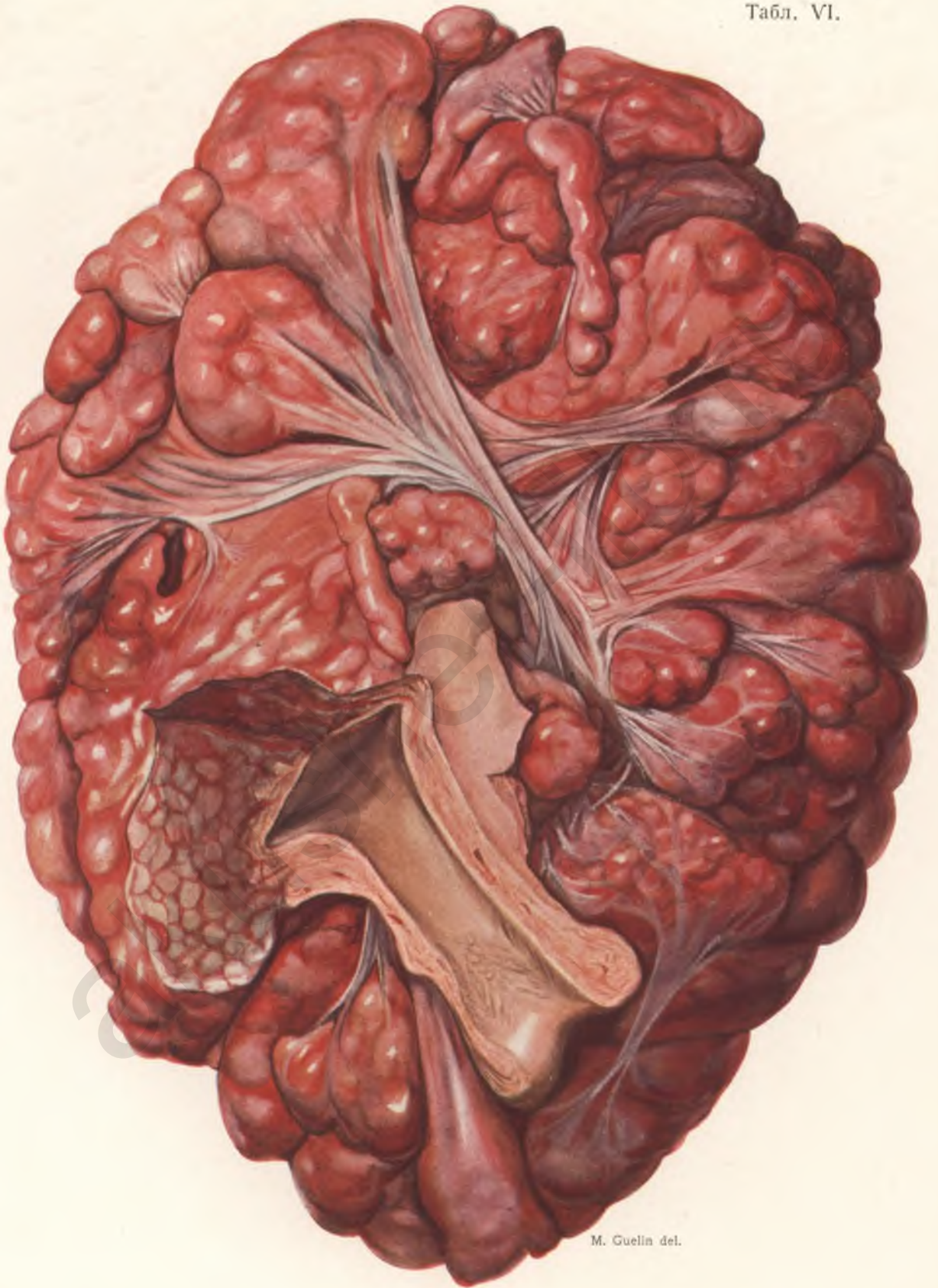
Когда имѣется дѣло съ фиброміомами матки, имѣющими въ большей или меньшей степени межсвязочное развитіе, оперативная техника не представляетъ существенныхъ отличій отъ только что описанной и осложняется лишь тѣми приемами, кои необходимы, чтобы вылущить межсвязочно расположенный узелъ (рис. 275—276), что обыкновенно не представляетъ значи-





Рѣдкая форма фиброміомы, въ верхнемъ своемъ отдѣлѣ напоминающая по виду ткань печени.





Рѣдкая форма множественной субсерозной фиброміомы дольчатого вида ( $\frac{6}{7}$  натур. велич.).

тельныхъ затрудненій и производится по правиламъ, изложеннымъ уже выше (см. стр. 56—58).

Рисунки на таблицахъ V и VI представляютъ рѣдкіе виды фиброміомъ, полученныхъ путемъ полного удаленія матки.

### ПАЛЛІАТИВНЫЕ СПОСОБЫ.

Какъ сказано выше, способы палліативнаго леченія фиброміомъ матки въ настоящее время все болѣе и болѣе отходятъ на задній планъ, такъ какъ, во 1-хъ, совершенно не могутъ конкурировать со способами кореннаго леченія, и, во 2-хъ, примѣненіе ихъ само по себѣ сопряжено иногда съ значительнымъ рискомъ, представляя кромѣ того немало побочныхъ отрицательныхъ сторонъ. Изъ этихъ способовъ укажу на кастрацію (операція Battey'я), перевязку маточныхъ сосудовъ, на выскабливаніе слизистой оболочки матки и другіе приемы внутриматочной терапіи.

#### Удаленіе яичниковъ (Castratio).

Названная операція несомнѣнно представляетъ одну изъ темныхъ страницъ гинекологіи въ дѣлѣ леченія фиброміомъ. Эта операція представляетъ яркое свидѣтельство бывшей безпомощности гинекологовъ съ практической стороны въ борьбѣ съ явленіями, вызванными фиброидами, и не выдерживаетъ критики съ точки зрѣнія теоретическихъ соображеній, положенныхъ въ ея основу. Достаточно отмѣтить, что приносили въ жертву здоровые органы—яичники, а сохраняли завѣдомо больной—фиброматозную матку; столь важное железистое образованіе, какъ яичникъ, регулирующее всѣ фізіологическія функціи женскаго организма, удалялось, а большое плодовмѣстилище, утратившее всякое значеніе послѣ удаленія отличительной железы пола,—сберегалось, тогда какъ логически слѣдовало бы поступать совершенно обратно. Задача антигуманной операціи Battey'я направлена была къ тому, чтобъ ускорить наступленіе climax'a,—какъ говорится, вызвать antecipi'рованный климактерій въ расчетѣ на прекращеніе мѣсячныхъ кровопотерь, какъ это бываетъ при нормальныхъ условіяхъ въ пожиломъ возрастѣ. Для этого предлагалось, по вскрытіи брюшной полости и послѣ наложенія обыкновенно двойной лигатуры, изсѣкать оба яичника. Ошибочность подобнаго образа дѣйствій вытекаетъ изъ неправильнаго положенія, будто въ періодъ климактерическаго возраста неизбѣжно наступаетъ прекращеніе кровопотерь у лицъ, имѣющихъ фиброміомы, тогда какъ въ дѣйствительности подобное прекращеніе кровоотдѣленія должно быть отнесено лишь къ крайне ничтожному ряду случаевъ, и, какъ правило, у лицъ, страдающихъ фиброидами матки, потери крови сплошь да рядомъ затягиваются до 55—60-лѣтняго возраста и долѣе. Нерѣдко даже наблюдается появленіе первыхъ симптомовъ (кровопотерь) нѣсколько лѣтъ спустя послѣ того, какъ съ насту-

плением климактерія кровопотери уже вовсе прекратились. Вообще, какъ въ томъ согласно въ настоящее время большинство авторовъ, расчетъ на близость климактерія совершенно не выдерживаетъ критики, и поэтому медлить съ производствомъ коренной операціи для больныхъ крайне невыгодно, такъ какъ это равносильно ухудшенію прогноза, благодаря новымъ кровопотерямъ и связанному съ этимъ ухудшенію общаго состоянія обыкновенно уже и безъ того обезкровленныхъ больныхъ. Въ виду того громаднаго значенія, которое имѣютъ яичники для всего организма, современная гинекологія стремится всемѣрно сохранять яичники, а если не удастся сберечь весь органъ, то путемъ резекціи сохранять здоровые его отдѣлы, и справедливо направляетъ свои дѣйствія на удаленіе пораженнаго фибрознымъ процессомъ плодовмѣстилища. Съ приложеніемъ на практикѣ этого принципа не слѣдуетъ медлить, такъ какъ извѣстно, что особенно быстро растущія опухоли неблагоприятно отзываются на строеніи яичниковъ, что вѣроятно зависитъ отъ общей гипереміи частей—спутника всякаго быстро растущаго новообразованія. Такъ наз. мелко-кистовидное перерожденіе яичниковъ, resp. hypersecretio folliculorum, а также появленіе очень объемистыхъ желтыхъ тѣлъ, иногда во много разъ превышающихъ *corpora lutea vera*—явленіе крайне частое при фиброміомахъ матки, указывающее на вредное вліяніе усиленнаго притока крови, обусловленнаго новообразованіемъ на строеніе, а слѣдовательно и на функцію яичниковъ. Въ виду сказаннаго, современной гинекологіей кастрація осуждена безповоротно, и мы въ настоящее время подвергаемъ удаленію болѣзненно-измѣненныя части для сохраненія здоровыхъ органовъ, а не наоборотъ. Помимо вышеприведеннаго нельзя не отмѣтить, что сама операція удаленія яичниковъ, какъ сопряженная со вскрытіемъ брюшной полости, несомнѣнно представляетъ не малый рискъ, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда яичники окружены плотными сращеніями и очень трудно могутъ изъ нихъ быть выдѣлены. Извѣстны случаи, когда вовсе не удавалось розыскать яичниковъ, и операція оставалась невыполненной. По статистикѣ Olshausen'a на 573 случая оскотленія, произведеннаго различными авторами при фиброміомахъ, наблюдалось 48 смертельныхъ исходовъ, что=8%. Позднѣйшія статистическія сопоставленія Hermes'a на 639 случаевъ дали 30 смертей или 4,6%, и Träger'a на 1025 случаевъ—58 смертей или 5,7%. Приведенный столь высокій % смертности, конечно, не можетъ найти себѣ оправданія ни научнаго, ни тѣмъ менѣе гуманнаго, тѣмъ болѣе, что въ настоящее время при коренныхъ методахъ получается не только не болѣе, но обыкновенно болѣе низкій % смертности. Нельзя не отмѣтить однако, что приверженцы кастраціи при фиброміомахъ указываютъ на нерѣдкое уменьшеніе симптомовъ и даже сморщиваніе самой опухоли послѣ произведенной операціи. Съ другой стороны немало случаевъ извѣстно и по литературѣ, да и мнѣ самому приходилось не разъ оперировать больныхъ, раньше подвергавшихся кастраціи и даже описанныхъ какъ совершенно излеченныхъ, между тѣмъ какъ болѣзненные симптомы возвращались вновь и къ тому же съ болѣею силой, чѣмъ было до кастраціи: кровотеченіе усиливалось, ростъ опухоли увеличивался.

### Перевязка сосудовъ.

Перевязка сосудовъ предложена Rydiger'омъ и имѣеть цѣлью значительнымъ уменьшеніемъ притока крови содѣйствовать прекращенію роста опухоли, или даже вызвать обратное ея развитіе. Операция состоитъ въ отысканіи, обыкновенно *per vaginam*, обѣихъ *art. uterinae*, и перевязки ихъ. Техника этого пріема аналогична перевязкѣ сосудовъ, производимой во время полнаго удаленія матки черезъ влагалище, и поэтому нерѣдко при этомъ приходится вскрыть въ томъ или иномъ случаѣ брюшную полость. Опытъ показалъ, что на практикѣ теоретическія соображенія, положенныя въ основу этого метода, далеко не вполнѣ подтверждались: перевязка сосудовъ иногда оказывала лишь ничтожное и къ тому же временное вліяніе на самую опухоль, и вызываемые ею симптомы чаще всего оставались безъ всякихъ послѣдствій, подвергая больныхъ напрасному оперативному риску. Предлагалось также перевязывать, помимо *art. uterina*, сосуды, расположенные въ верхнемъ отдѣлѣ широкихъ связокъ (и круглыхъ), что уже безусловно требуетъ вскрытія брюшины. Вообще нужно сказать, что приведенный способъ въ практикѣ не привился, что, впрочемъ, понятно, такъ какъ сопряженный съ нимъ рискъ не окупается результатами, и въ настоящее время каждый предпочтетъ коренную операцию, въ сущности не болѣе опасную, но съ обезпеченными результатами. Въ моей практикѣ мнѣ пришлось 4 раза сдѣлать двухстороннюю перевязку маточной артеріи черезъ влагалище, при чемъ я только въ одномъ случаѣ видѣлъ нѣкоторое уменьшеніе новообразованія (оно было съ яблоко), съ замѣтнымъ уменьшеніемъ раньше бывшихъ кровопотерь. Какъ долго продолжалось это улучшеніе, мнѣ неизвѣстно. Объемистыя опухоли для леченія ихъ перевязкой сосудовъ считаются непригодными.

### Выскабливаніе полости матки.

Выскабливаніе полости матки многократно предлагалось для устраненія кровотеченій, обусловленныхъ наличиемъ фиброміомъ. Въ лучшемъ случаѣ (какъ и другіе пріемы внутриматочной терапіи при фиброміомахъ) выскабливаніе матки слѣдуетъ считать мѣрой палліативной и обыкновенно лишь временной; иногда же этотъ пріемъ не только безцѣленъ, но даже прямо можетъ принести болѣе или меньшій вредъ. Для болѣе вѣрной оцѣнки выскабливанія при фиброміомахъ нужно имѣть въ виду, что слизистая оболочка при фиброміомахъ, быть можетъ, лишь въ меньшей половинѣ всѣхъ случаевъ представляется гиперплазированной, при чемъ эта гиперплазія поддерживается гипереміей, обусловленной наличиемъ новообразованія. Въ другомъ рядѣ случаевъ, напротивъ того, констатируется атрофія слизистой. Поэтому очевидно, что въ этой послѣдней категоріи случаевъ выскабливаніе собственно безцѣльно и при недостаточно бережномъ его примѣненіи, при нарушеніи капсулы того или другого узла, можетъ дать поводъ къ некротическимъ процессамъ; а если, вдобавокъ, пріемъ былъ проведенъ не вполнѣ асептично, то некрозъ опухоли можетъ принять септическое теченіе со всѣми осложненіями и опас-

ностью этого состоянія. Лишь въ случаяхъ, когда имѣется гиперплазія слизистой (а это далеко не всегда можетъ быть діагносцировано), выскабливаніе, сдѣланное *lege artis*, можетъ иногда принести уменьшеніе кровеотдѣленія; но этотъ успѣхъ обыкновенно бываетъ временнымъ, такъ какъ новая слизистая вновь подвергается гиперплазіи подъ вліяніемъ гипереміи, обусловленной растущей опухолью. Это обстоятельство иногда можетъ служить хорошимъ подспорьемъ для установки діагноза въ сомнительныхъ случаяхъ: рецидивы кровотеченія обыкновенно говорятъ за наличность фиброміомы. Необходимо замѣтить, что провести *lege artis* систематическое выскабливаніе удастся при относительно очень небольшихъ фиброидахъ и при незначительныхъ размѣрахъ полости матки. Если же полость длинна и извилиста, подъ вліяніемъ вдающихся въ просвѣтъ ея фиброзныхъ узловъ, то обыкновенно вовсе не удастся соскоблить слизистую, тѣмъ болѣе, что соотвѣтственные участки недоступны для скобящаго инструмента. Приведенныя соображенія въ значительной степени уменьшаютъ значеніе выскабливанія слизистой матки, какъ способа леченія кровоточивыхъ фиброміомъ. Въ качествѣ мѣры палліативной, оно несомнѣнно однако въ отдѣльныхъ случаяхъ можетъ быть примѣнено, съ нѣкоторой пользой, какъ пріемъ терапевтической, позволяющій выиграть время, чтобы больную укрѣпить и подготовить къ болѣе раціональному коренному леченію. Въ томъ же смыслѣ, хотя и въ меньшей степени, дѣйствуютъ внутриматочныя впрыскиванія вяжущихъ, или слегка прижигающихъ средствъ, какъ то—таннина, 5% раствора *ol. martis*, *tr. jodii* и т. под. Противъ сильно прижигающихъ химическихъ или физическихъ агентовъ, какъ напр. примѣненія хлористаго цинка или перегрѣтаго пара, слѣдуетъ предостеречь въ виду того, что степень ихъ разрушающаго (прижигающаго) вліянія почти не поддается опредѣленію и дозировкѣ, благодаря чему возможны крайне тяжкія осложненія, не исключая даже смертельнаго исхода.

#### ПОКАЗАНІЯ КЪ ОПЕРАТИВНОМУ ВМѢШАТЕЛЬСТВУ.

Показанія для оперативнаго вмѣшательства существенно измѣнились съ усовершенствованіемъ оперативной техники и послѣдующимъ рѣзкимъ уменьшеніемъ % смертности. вмѣстѣ съ тѣмъ всевозможные палліативные пріемы, обыкновенно мало или вовсе не дѣйствительные, отошли на второй планъ, уступивъ мѣсто кореннымъ мѣропріятіямъ. Еще болѣе содѣйствовало расширенію показаній къ коренному оперативному вмѣшательству сознаніе, что фиброміомы сами по себѣ, хотя гистологически причисляемыя къ доброкачественнымъ опухолямъ, въ клиническомъ отношеніи суть опухоли далеко не доброкачественныя и, если не непосредственно, то съ теченіемъ времени оказываютъ обыкновенно очень пагубныя послѣдствія на здоровье и жизнь больныхъ. Къ этому необходимо еще прибавить тѣ перерожденія самой опухоли, которыя нерѣдко заставляютъ ставить показаніе къ непосредственному и неотложному энергичному вмѣшательству. Можно считать доказаннымъ, что въ извѣстномъ % всѣ случаи фиброміомъ перерождаются въ злокачественныя опу-

Значеніе  
дегератив-  
ныхъ про-  
цессовъ и  
злокаче-  
ственныхъ  
перерожде-  
ній.

холи—sarcoma, myoma malignum (на моемъ матерьялѣ свыше 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>); еще чаще наблюдаются трофическія разстройства новообразованія, обусловленные впервые мной отмѣченнымъ развитіемъ инфарктовъ<sup>1)</sup>, некроза, нагноенія и т. под. Помимо острого наступленія симптомовъ подъ вліяніемъ тѣхъ или иныхъ переменъ въ новообразованіи, нельзя при постановкѣ показаній оставить безъ вниманія вредное вліяніе новообразованія на остальные органы полового аппарата (яичники) и малаго таза вообще (прямую кишку, мочевой пузырь), а также на болѣе отдаленные органы кровообращенія—сердце, пищеваренія—кишечникъ, мочевыделенія—мочеточники, почки и др.). Если взять въ расчетъ всѣ указаннныя измѣненія и связанную съ этимъ опасность для больной при обычно очень плохомъ самочувствіи, потери трудоспособности и проч., то естественно возникаетъ вопросъ, что для больной представляетъ больше риска,—выжиданіе, обѣщающее обыкновенно лишь ухудшеніе съ теченіемъ времени состоянія больной, при чемъ ухудшается и прогнозъ въ большинствѣ случаевъ неизбежной операціи, или же тотъ относительно ничтожный рискъ, который связанъ съ своевременнымъ оперативнымъ вмѣшательствомъ, и доведенный при настоящемъ развитіи дѣла до минимальныхъ цифръ, особенно при возможности воспользоваться влагалищнымъ путемъ? Я полагаю, что на поставленный вопросъ, не колеблясь, слѣдуетъ принципиально высказаться за активное леченіе, хотя само собой очевидно, что строгая индивидуализація каждаго отдѣльнаго случая необходима не въ меньшей степени, чѣмъ при каждой другой операціи. Если трудно отстоять взглядъ, что достаточно одной наличности фиброміомы, чтобы усмотрѣть показаніе къ удаленію таковой, то я думаю, что *наличность прогрессированія симптомовъ, обусловленныхъ фиброміомой, если только нѣтъ какихъ либо спеціальныхъ противопоказаній къ операціи, какъ правило, должна служить показаніемъ для активнаго вмѣшательства*. Помимо этого основного положенія не послѣднюю роль играетъ вопросъ, по какому методу можетъ быть произведена операція, такъ какъ не всѣ способы въ одинаковой мѣрѣ безопасны: на влагалищную экстирпацію, почти не дающую смертности, очевидно легче рѣшиться, чѣмъ на операцію, сопряженную съ брюшностѣбнымъ чревосѣченіемъ, въ нѣсколько разъ болѣе опасную, чѣмъ влагалищный методъ. Не безъ значенія, кромѣ того, и вопросъ, предстоитъ ли сохраняющая операція и какая именно, или же требуется удаленіе всей пораженной матки? Необходимо имѣть въ виду, что по свойству самаго заболѣванія результаты, достигаемые въ настоящее время сохраняющими операціями, далеко не могутъ считаться блестящими въ смыслѣ коренного исцѣленія и восстановленія, или пріобрѣтенія дѣтородной способности; поэтому, если только это послѣднее требованіе не поставлено на первый планъ, зачастую въ интересахъ больныхъ, особенно хворающихъ множественными фиброміомами, подвергнуться не сохраняющему вылушиванію діагносцированныхъ отдѣльныхъ узловъ, а удаленію всего переро-

Вліяніе фиброміомъ на другіе органы.

Выборъ коренного или консервативнаго метода.

<sup>1)</sup> Д. О. Оттъ.—Kurze Notiz über einen Fall von Infarkt im Parenchym eines Uterusmyoms.—Centralbl. für Gynäk. 1888, № 17.



жденнаго органа. При этомъ способѣ, при процентѣ смертности, равномъ почти нулю, больная гарантирована отъ возможности рецидива, чего нельзя сказать, если только удалены узлы, опредѣлявшіеся въ данный моментъ, такъ какъ



Рис. 277. Фиброміома, осложняющая беременность.

расположенные въ толщѣ mesometri'я зачастую вовсе не могутъ быть распознаны и, при склонности къ фиброматозу, черезъ болѣе или менѣе короткое время, скрыто лежащіе разрастаются, становятся доступными опредѣленію и сопровождаются наступленіемъ вновь симптомовъ, которые временно отсутствовали. Впрочемъ, рискъ ради цѣлей дѣторожденія можетъ найти полное оправданіе, тѣмъ болѣе, что, при необходимости, послѣдовательно всегда можно еще про-





Рис. 278. Ретроцервикальный фиброидъ, осложняющій беременность.

извести и коренную операцию, а отказать больной въ консервативной операции, если больная сознательно идетъ на нее, врачъ не имѣетъ права.

Въ одномъ случаѣ мнѣ пришлось у 42-лѣтней женщины, бывшей до того безплодной, *per vaginam*, черезъ вскрытые своды, вылущить изъ толщи матки пять узловъ величиной отъ средняго яблока до грецкаго орѣха. Больная послѣ операции два раза родила здоровыхъ дѣтей. Въ другомъ случаѣ, у женщины 32-хъ лѣтъ, до того имѣвшей только выкидыши, мною изъ толщи матки, тоже черезъ вскрытые своды, пришлось вылущить семь узловъ, величиной отъ кулака до обыкновеннаго орѣха. Этой больной я сдѣлалъ *colpotomy* ради трубной беременности, при чемъ соответственная труба была вскрыта по длинѣ, вылущено обмершее яйцо, и труба вновь зашита. Кистовидно перерожденный яичникъ соответственной стороны пришлось изсѣчь; на противоположной сторонѣ яичникъ оказался здоровымъ, но труба была настолько измѣнена и растянута серознымъ содержимымъ, что ею пришлось пожертвовать. Указанные фиброзные узлы были вылущены попутно, и со-

ответственныя мѣста брюшины тщательно обшиты. Съ небольшимъ черезъ годъ я получилъ извѣстіе, что больная благополучно родила своего первенца: очевидно не только матка, но и сшитый послѣ трубной беременности яйцеводъ были въ состояніи нормально функционировать. Этотъ случай интересенъ еще тѣмъ, что въ немъ несомнѣнно можно было установить *migratio ovuli externa*.

Осложненіе  
фибро-  
міомъ бе-  
ремен-  
ностью.

Особенное значеніе для установки показаній къ оперированію пріобрѣтаютъ случаи, гдѣ фиброміома матки осложняется беременностью. Фиброміомы, осложняющія беременность, обыкновенно представляются или межучточными, или подсывороточными, такъ какъ при подслизистыхъ беременность или вовсе не наступаетъ, или прекращается въ начальныхъ стадіяхъ. Показаніе для оперативнаго вмѣшательства имѣется въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ расположеніе фиброида въ нижнихъ отдѣлахъ полового аппарата, какъ, напр., при ретроцервикальномъ развитіи опухоли (рис. 278), является механическимъ препятствіемъ для родоразрѣшенія, въ виду чего опухоль и подлежитъ удаленію (см. стр. 325). Другое показаніе къ оперативному вмѣшательству представляютъ опухоли съ подсывороточнымъ или межучточнымъ развитіемъ въ случаяхъ, когда онѣ достигаютъ болѣе или менѣе значительнаго объема и вызываютъ сдавленіе органовъ брюшной полости <sup>1)</sup>. Въ подобныхъ случаяхъ предпринимаемая операція въ техническомъ отношеніи существенныхъ отличій отъ вышеописанныхъ способовъ не представляетъ. Определеніе времени для оперативнаго вмѣшательства находится въ зависимости отъ срока беременности и другихъ условій. Во всякомъ случаѣ, въ виду часто наблюдаемыхъ дегенеративныхъ процессовъ, связанныхъ съ беременностью и особенно съ послѣродовымъ состояніемъ, подобныя больныя нуждаются въ весьма тщательномъ наблюденіи, чтобы своевременно было принято оперативное вмѣшательство. Консервативныя операціи во время беременности чаще показуются въ первой ея половинѣ; въ концѣ же беременности вмѣшательству, носящему характеръ коренной операціи, иногда предшествуетъ родоразрѣшающая операція—кесарское сѣченіе съ цѣлью спасти жизнь ребенка. Въ случаяхъ, когда роды происходятъ *per vias naturales*, если только не наблюдается остраго перерожденія опухоли, требующаго немедленнаго активнаго вмѣшательства, операція откладывается до полнаго окончанія послѣродового періода. Въ виду того, что подлежащія удаленію части отличаются особой доступностью вскорѣ послѣ родовъ вслѣдствіе легкости подтягиванія и аккомодации ихъ, влагалищный методъ является особенно удобнымъ.

#### ПРЕДСКАЗАНІЕ.

Говорить о предсказаніи при операціяхъ фиброміомъ вообще очень трудно, такъ какъ имѣющіяся въ литературѣ большія цифры (отчасти уже приведенныя выше)

<sup>1)</sup> Е. Сперанская-Бахметева—Некрозъ фиброида беременной матки, какъ этиологическій моментъ непроходимости кишечника.—Труды II-го Съѣзда Россійск. акуш. и гинекол., 1907 г.

обнимаютъ довольно пестрый матерьяль, разнородный по времени и по качеству. Лучшимъ доказательствомъ сказаннаго можетъ служить примѣръ изъ завѣдуемой мною клиники: когда въ 1893 г. я ввелъ свой новый упрощенный способъ надвлагалищной ампутаціи матки «по типу оваріотоміи» (см. стр. 359),  $\%$  смертности упалъ съ 24,4 $\%$  на 4,3 $\%$ . Очевидно, выводить изъ приведенныхъ данныхъ среднее пропорціональное для характеристики современнаго положенія было бы совершенно неправильно и не отвѣчало бы настоящему положенію дѣла. Чтобы выразить въ цифрахъ истинное положеніе, требовалось имѣть цифры, касающіяся отдѣльныхъ оперативныхъ методовъ и къ тому же сгруппированныхъ хотя бы, напр., по 5-тилѣтіямъ. Такого матерьяла пока очень мало, чтобы можно было составить убѣдительныя систематическія таблицы; поэтому я пока ограничусь приведеніемъ результатовъ нѣсколькихъ новѣйшихъ авторовъ, наглядно свидѣтельствующихъ, насколько велико достигнутое за послѣднее время усовершенствованіе, и насколько удалось понизить  $\%$  смертности, а благодаря этому расширить и рамки показаній къ операціи. На прилагаемой таблицѣ видно, какъ возростала по годамъ цифра міомотомій въ завѣдуемой мною клиникѣ. Не безынтересно отмѣтить также, — и съ этимъ согласны всѣ авторы, — что наименьшій процентъ смертности приходится на долю влагалищнаго чревосѣченія. Блестящія цифры приводитъ въ послѣдней своей публикаціи К. Franz: на 276 операцій, сдѣланныхъ имъ за 5½-лѣтній періодъ, онъ имѣлъ общій процентъ смертности = 1,1 $\%$ . Его случаи распредѣлялись слѣдующимъ образомъ: 16 случаевъ удаленія подслизистыхъ міомъ, 25 брюшностѣночныхъ чревосѣченій съ сохраненіемъ матки, 2 случая вылущиванія путемъ передней кольпотоміи, 3 надвлагалищныхъ ампутаціи, — итого 46 случаевъ съ 3,7 $\%$  смертности; затѣмъ 109 случаевъ полного удаленія матки (кускованіе) черезъ влагалище съ однимъ смертельнымъ исходомъ, что = 0,9 $\%$ , и 126 случаевъ раныстероміомектоміи abdominalis тоже съ одной смертью, или 0,8 $\%$  смертности. Döderlein на 170 полныхъ удаленій матки чревосѣченіемъ отмѣчаетъ всего 3,5 $\%$  смертности, на 190 вагинальныхъ экстирпацій—4,7 $\%$ . Zweifel за періодъ въ 6 лѣтъ (1892—1898) смертность при міомотоміи довелъ до 1,5 $\%$ , при чемъ въ послѣднихъ 80 случаяхъ вовсе не наблюдалъ смертельныхъ исходовъ. У многихъ другихъ авторовъ получаютъ аналогичныя цифры, отличающіяся другъ отъ друга на 1—2 $\%$ , что несомнѣнно лежитъ въ границахъ случайностей, и поэтому приведенныя цифры нельзя принимать за нѣчто незыблемое. Не послѣднее мѣсто занимаетъ качество оперативнаго матерьяла, а также число случаевъ. Серіи въ 109—126 случаевъ, какъ это приводитъ К. Franz, въ настоящее время уже недостаточны для окончательнаго сужденія, такъ какъ одна—другая случайная неудача сразу измѣняетъ результаты на 1 — 2 $\%$ .

Въ руководимыхъ мною клиникахъ (см. приложенную таблицу) за срокъ съ 1885 по 1912 г. было произведено всего 1.454 операцій удаленія фиброміомъ со вскрытіемъ брюшной полости съ 53 смертельными исходами, что составляетъ 3,7 $\%$ ; изъ этого числа въ 527 случаяхъ операція сдѣлана путемъ брюшностѣночнаго чревосѣченія съ 41 смертельнымъ исходомъ, слѣдовательно съ 7,8 $\%$  смертности, и въ

ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ФИБРОМИОМЪ ПУТЕМЪ ЧРЕВОСЪЧЕНІЙ.		Съ 1885 г. по 1892 г.		Съ 1893 г. по 1897 г.		Съ 1898 г. по 1902 г.		Съ 1903 г. по 1907 г.		Съ 1908 г. по 1912 г.		За все время.
		Число слу- чаевъ.	Число смертныхъ случаевъ.	Число слу- чаевъ.	Число смертныхъ случаевъ.	Число слу- чаевъ.	Число смертныхъ случаевъ.	Число слу- чаевъ.	Число смертныхъ случаевъ.	Число слу- чаевъ.	Число смертныхъ случаевъ.	
Брюшинночревосъченія.	Сохраняющая міомектомія . .	3	2	15	0	13	3	17	2	17	0	65 съ 7 смерт.=10,8%
	Надвлагалищное усъченіематки (amputatio supravaginalis) . .	18	3	46	6	28	2	9	0	23	0	124 съ 11 смерт.=8,9%
	Полное удаленіе матки (Raphysteromyomectomy) . . . . .	7	1	29	4	65	2	87	5	104	5	292 съ 17 смерт.=5,8%
	Удаленіе матки комбиниров. путемъ (exstirpatio uteri per vagin. et per abdomen) . . . . .			10	3	14	1	12	1	10	1	46 съ 6 смерт.=13%
	Всего случаевъ . .	28	6	100	13	120	8	125	8	154	6	527 съ 41 смерт.=7,8%
Процентъ смертности . .	17,9%		13%		6,6%		6,4%		3,9%			
Влагалищночревосъченія	Сохраняющая міомектомія . .					18	0	20	0	12	0	50 съ 0 смерт.=0%
	Полное удаленіе матки (exstirpatio uteri, morcellement) . . . . .			76	2	169	3	272	6	360	1	877 съ 12 смерт.=1,4%
	Всего случаевъ . .			76	2	187	3	292	6	372	1	927 съ 12 смерт.=1,3%
	Процентъ смертности . .			2,6%		1,6%		2,1%		0,27%		
Всѣхъ оперированныхъ случаевъ.	28	5	176	15	307	11	417	14	526	7	1454 съ 53 смерт.=3, %	
Процентъ смертности . . . . .	17,9%		8,5%		3,6%		3,4%		1,3%			



M. Guelin del.

Саркома салъника ( $\frac{1}{2}$  нат. велич.).

927 случаяхъ—путемъ влагалищнаго чревосъченія, съ 12 летальными исходами, слѣдовательно съ 1,3% смертности. Приведенныя валовыя цифры за 27-лѣтній періодъ не даютъ однако представленія о результатахъ, достигаемыхъ нами въ настоящее время. Такъ, за послѣднія 5 лѣтъ изъ оперированныхъ 526 больныхъ умерло всего 7, что составляетъ 1,3% смертности; изъ этого числа въ 154 случаяхъ операція была произведена брюшноствѣчнымъ путемъ, съ 6 смертельными исходами, т. е. съ 3,9% смертности, и влагалищнымъ путемъ—въ 372 случаяхъ, съ 1 смертельнымъ исходомъ, т. е. съ 0,27% смертности; необходимо при томъ отмѣтить, что съ 1908 г., въ серіи изъ 321 случая влагалищнаго чревосъченія, мы не наблюдали ни одного смертельнаго исхода. Консервативныя міомектоміи, сдѣланныя также путемъ влагалищнаго чревосъченія, за весь періодъ времени вовсе не дали смертельныхъ исходовъ (50 случаевъ).

Какъ бы то ни было, приведя примѣры достигнутаго, мы въ правѣ въ настоящее время признать рискъ отъ самыхъ крупныхъ операцій для удаленія фиброміомъ матки доведеннымъ до ничтожнаго размѣра, что, въ свою очередь, позволяетъ и показанія ставить несравненно шире, чѣмъ это имѣло мѣсто еще въ самое недавнее время.



## ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКѢ МАТКИ.

Краткій  
историче-  
скій очеркъ.

Еще не такъ давно ракъ матки считался болѣзнью неизлечимой, и лишь за послѣднія 20—25 лѣтъ гинекологія обогатилась фактами, позволяющими несомнѣнно опровергнуть столь пессимистическое отношеніе къ случаямъ пораженія матки ракомъ. Правда, и въ болѣе старой литературѣ уже отмѣчались отдѣльные случаи кореннаго излеченія (С. Braun и др.), но, въ виду крайне ничтожнаго числа подобныхъ случаевъ, къ тому же не всегда удовлетворительно обследованныхъ съ патолого-анатомической стороны,—эти случаи не внушали достаточнаго довѣрія и не были въ состояніи поколебать установившагося взгляда на неизлечимость рака матки. W. A. Freund'у принадлежитъ заслуга въ томъ, что онъ далъ энергичный толчокъ систематическому изученію новыхъ путей для борьбы съ ракомъ, а именно предложеніемъ вырѣзывать путемъ чревосѣченія всю пораженную ракомъ матку (въ 1878 г.) съ захватомъ по возможности бѣльшаго количества прилегающихъ къ ней тканей. Въ 1881 г. мнѣ пришлось присутствовать на одной изъ подобныхъ операций, произведенной въ Страсбургѣ самимъ Freund'омъ, который, по окончаніи операціи обратилъ вниманіе присутствующихъ на то, что «въ маломъ тазу остался лишь пузырь и прямая кишка», такъ какъ вся матка съ придатками и съ окружающею ея клѣтчаткою была имъ экстирпирована. Со времени Freund'a принципъ *удаленія всего органа* при пораженіи отдѣловъ его раковымъ процессомъ уже не сходилъ съ очереди, и дальнѣйшіе авторы продолжали трудиться надъ развитіемъ соотвѣтственныхъ оперативныхъ методовъ. Въ виду очень большой смертности, которую особенно въ началѣ давала операція Freund'a, нѣмецкими же авторами (Czerny, Billroth'омъ и др.) сдѣлана была попытка удаленія матки *per vias naturales*, операція, которая задолго передъ тѣмъ, а именно въ 1821 г., впервые съ успѣхомъ была произведена Sauter'омъ въ Констанцѣ и въ 1847 г. Киттеромъ и Елачичемъ въ Казани.

Влагалищный способъ удаленія матки, въ виду значительно лучшихъ результатовъ, чѣмъ операція Freund'a, почти вытѣснилъ эту послѣднюю, сдѣлавшись господствующимъ. На ряду съ указанными коренными операціями, продолжалъ, однако, существовать еще нѣкоторое время и прежній методъ леченія рака шейки матки путемъ ея ампутаціи. Признавая раковое пораженіе шейки матки, согласно господствующему мнѣнію, всетаки за процессъ мѣстный, нѣкоторые авторы, и особенно Schröder и его школа, на ряду съ полнымъ удаленіемъ матки продолжали въ под-



ходящихъ случаяхъ примѣнять ампутацію шейки. Schröder ввелъ въ практику высокую, такъ называемую суправагинальную ампутацію, желая доказать, что и этимъ менѣ рискованнымъ пріемомъ возможно коренное излеченіе, исходя изъ предположенія, что ракъ только мѣстное заболѣваніе. Работы Schröder'a и его послѣдователей дали очень интересные результаты, подтвердившіе вѣрность приведенныхъ предположеній, но все таки число достигнутыхъ излеченій было настолько ограниченное, что не могло конкурировать съ полнымъ удаленіемъ матки, и самъ методъ, какъ совершенно неудовлетворительный, былъ потому окончательно оставленъ. Между тѣмъ влагалищнымъ способомъ, который подвергся значительному усовершенствованію, не только удалось понизить первичный % смертности, но вмѣстѣ съ тѣмъ и число коренныхъ исцѣленій замѣтно увеличилось. Такъ напр. въ 1900 г. на Международномъ Съѣздѣ, бывшемъ въ Парижѣ, сообщая отдаленные результаты случаевъ оперированныхъ въ моей клиникѣ, я привелъ слѣдующія данныя: изъ 62 больныхъ, оперированныхъ не менѣ шести лѣтъ назадъ и страдавшихъ ракомъ шейки и тѣла матки, въ 18 случаяхъ, т. е. въ 29% всѣхъ больныхъ, подвергшихся операціи, можно было установить полное излеченіе отъ раньше бывшаго недуга. Нельзя обойти молчаніемъ, что % первичной смертности уже тогда равнялся лишь 1, 6 %, при чемъ всего было оперировано мною 189 случаевъ. Хотя приведенные результаты, нашедшіе подтвержденіе и въ другихъ клиникахъ, составляютъ крупный успѣхъ въ дѣлѣ оперативнаго леченія рака матки, тѣмъ не менѣ вполне понятно стремленіе найти еще болѣе совершенный методъ, особенно въ смыслѣ кореннаго излеченія рака матки. Стремленіе это выразилось въ попыткахъ примѣнить въ нашемъ дѣлѣ тотъ принципъ, который въ хирургической практикѣ основательно считается общепринятымъ, а именно: вырѣзывать при удаленіи злокачественнаго новообразованія какъ можно больше смежныхъ тканей и, кромѣ того, какъ это практикуется напр. при ракѣ mammae, удалять по возможности и всѣ железы, расположенныя по ходу лимфатическихъ сосудовъ. Такъ какъ соблюденіе этого принципа обусловило при операціяхъ рака грудной железы достиженіе несомнѣнно лучшихъ результатовъ, то стремленіе примѣнять этотъ пріемъ и при операціяхъ рака матки можетъ считаться вполне законнымъ и логичнымъ (Volkman). На сколько, однако, при данныхъ условіяхъ этотъ принципъ приложимъ и главное выполнимъ на практикѣ—это, конечно, вопросъ иной. Постараюсь ниже дать на него отвѣтъ, теперь же укажу, что осуществленія этой задачи авторы Rumpf, Jonesco, Kelly и особенно Wertheim пытались достигнуть при посредствѣ чревосѣченія, вернувшись къ прежнему методу Freund'a, усовершенствовавъ и пополнивъ отдѣльныя стороны оперативной техники. Благодаря болѣе широкому удаленію окружающихъ тканей, отдаленные результаты кореннаго исцѣленія замѣтно улучшились, но, къ сожалѣнію, въ виду все еще значительной первичной смертности непосредственно послѣ операціи, равняющейся въ среднемъ 18%—20%, указанный пріемъ и въ настоящее время не можетъ еще считаться операціей выбора. Какъ на послѣднее усовершенствованіе оперативнаго леченія рака матки, нужно указать

на стремленіе систематически примѣнять принципъ возможно широкаго оперирования при экстирпаціи матки влагалищнымъ путемъ. Хотя отдѣльныя особенности соотвѣтственныхъ приѣмовъ, какъ напр. удаленіе вмѣстѣ съ маткой значительной части влагалища (Драницынъ), въ моей клиникѣ практикуются уже около 20 лѣтъ, и подобное стремленіе отмѣчено и другими авторами (Staude, Orthmann, Schuchardt и др.), тѣмъ не менѣе Schauta принадлежитъ главная заслуга популяризованія этого метода, при чемъ названный авторъ описалъ спеціальныи способъ влагалищной



Рис. 279. Ракъ шейки матки, удаленной расширеннымъ влагалищнымъ способомъ.

экстирпаціи матки по такъ называемому «расширенному методу» и привелъ очень интересныя клиническія данныя, достигнутыя при употребленіи указаннаго имъ способа. Заканчивая краткій историческій очеркъ развитія и успѣховъ, достигнутыхъ въ дѣлѣ оперативнаго леченія рака матки, нужно отмѣтить, что за этотъ періодъ, обнимающій около 30 послѣднихъ лѣтъ, мы несомнѣнно въ гинекологіи твердо установили лишь отрадныи фактъ дѣйствительной возможности кореннаго исцѣленія рака матки, но достигнутыя результаты несомнѣнно еще далеки отъ того идеала, къ которому мы имѣемъ право и обязанность стремиться. Отрицательная сторона современнаго положенія дѣла однако состоитъ въ томъ, что достигнутый успѣхъ зиждется на данныхъ, добытыхъ главнымъ образомъ *эмпирическии*

путемъ, при чемъ всесторонняя разработка научныхъ данныхъ раковаго пораженія вообще и въ частности рака матки двигается очень медленно. Успѣшное же леченіе болѣзни всегда находится въ прямой зависимости отъ правильнаго и всесторонняго освѣщенія ея этиологіи, анатомическихъ свойствъ и другихъ, связанныхъ съ ней, особенностей, поэтому всѣ наши приемы, пока не будетъ успѣшно рѣшена «проблема рака», всегда будутъ носить характеръ эмпиризма, извѣстной случайности и неудовлетворенности. Не смотря на множество всевозможныхъ предложеній,



Рис. 280. Ракъ полости матки, удаленной обыкновеннымъ влагалищнымъ способомъ.

не исключая фульгураціи, электрокоагуляціи и др., оказавшихся несостоятельными, мы въ настоящее время располагаемъ при леченіи рака лишь оперативными приемами, къ описанію коихъ я и перехожу <sup>1)</sup>. Эти приемы даютъ намъ по крайней мѣрѣ возможность излечивать не малый % обращающихся къ намъ больныхъ ракомъ матки,

<sup>1)</sup> За самое послѣднее время большой интересъ возбудило предложеніе лечить ракъ при-  
мѣненіемъ мезоторія, иногда комбинируемаго съ рентгенизаціей. Несмотря на восторженные  
отзывы нѣкоторыхъ авторовъ, было бы однако пока преждевременнымъ дѣлать окончательные  
выводы, такъ какъ, помимо существующихъ противорѣчій, прошло еще слишкомъ мало времени,  
чтобы судить о коренномъ исцѣленіи больныхъ, подвергавшихся леченію новымъ средствомъ.

хотя несомнѣнно бѣльшая половина нашихъ паціентокъ погибаетъ, въ лучшемъ случаѣ получивъ лишь временное устраненіе тяжкихъ симптомовъ.

Въ настоящее время при операціи рака матки употребляются два способа—удаленіе органа путемъ брюшно-стѣночнаго сѣченія и черезъ влагалище, при чемъ какъ въ томъ, такъ и въ другомъ существуетъ стремленіе оперировать по такъ называемому «расширенному методу». Я начну съ описанія влагалищнаго метода, такъ какъ онъ несравненно безопаснѣе и поэтому даетъ результаты, которые съ успѣхомъ могутъ быть противопоставлены брюшно-стѣночному, тѣмъ болѣе, что въ хронологическомъ отношеніи можно сказать, что въ сущности именно полное удаленіе матки путемъ влагалищнымъ открыло намъ тѣ благопріятные горизонты возможности кореннаго исцѣленія рака матки, которые въ настоящее время послужили толчкомъ для дальнѣйшихъ усовершенствованій способовъ хирургическаго леченія рака матки.

### ВЛАГАЛИЩНЫЙ СПОСОБЪ.

Хотя способъ удаленія матки влагалищнымъ путемъ, какъ сказано, былъ извѣстенъ и ранѣе, тѣмъ не менѣе описаны были лишь единичные случаи, и настоящее систематическое развитіе этого способа нужно отнести къ концу семидесятыхъ и началу восьмидесятыхъ годовъ прошлаго столѣтія, когда почти одновременно, въ различныхъ странахъ онъ былъ поставленъ на очередь. Первые случаи этого періода принадлежать у насъ въ Россіи д-рамъ А. И. Байкову, А. Н. Соловьеву, С. С. Заяицкому и др., при чемъ Д. О. Оттъ тогда уже описалъ 30 случаевъ влагалищной экстирпаціи матки подъ рядъ безъ смертельнаго исхода. Экстирпація матки того времени очевидно не могла претендовать на такое совершенство и обоснованность отдѣльныхъ моментовъ оперативной техники, до которой она доведена въ настоящее время, тѣмъ не менѣе очевиднымъ стремленіемъ операторовъ было захватить въ разрѣзъ по возможности больше смежныхъ тканей. Въ моей дѣятельности этой задачѣ съ самаго начала мною было посвящено особое вниманіе, при этомъ я не отказывался отъ операціи въ такъ называемыхъ запущенныхъ случаяхъ, тѣмъ болѣе, что оперативное вмѣшательство для нихъ представляло *ultimum refugium*.

### Оперативная техника.

Общая техника операціи удаленія раковой матки сходна съ подобнымъ же пріемомъ, употребляемымъ при всякомъ удаленіи матки при другихъ показаніяхъ, и такъ какъ эта операція подробно описана уже на стр. 205 и слѣд., то считаю излишнимъ здѣсь повторяться и остановлюсь лишь на тѣхъ особенностяхъ операціонной обстановки и техническихъ пріемовъ, которые вызваны спеціально раковымъ заболѣваніемъ. Въ этомъ отношеніи на первомъ планѣ стоитъ вопросъ о надежной дезинфекціи операціоннаго поля, что представляется далеко не легко исполнимой

задачей. Хотя большинство авторов считает, что полная дезинфекция пораженного раком участка не достижима, я тем не менее с этим положением согласиться не могу, тем более, что в ряде случаев мне удалось бактериологическими исследованиями доказать обратное. В моей клинике дезинфекция больных непосредственно перед операцией обставляется следующим образом. Вымытая и подготовленная обычным образом больная вносится в операционную занаркотизированной и помещается на операционном столе, где и подвергается одним из помощников дальнейшим приемам дезинфекции. Если оператор самолично желает проводить соответственные манипуляции, то он обязательно надевает резиновые перчатки, дабы не загрязнить своих рук к предстоящей операции. Набор инструментов, необходимый при дезинфекции, так равно и все другие потребные предметы по окончании дезинфекции уносятся и заменяются для предстоящей операции свежими. Подготовительные приемы обеззараживания состоят в следующем. Обнажив зеркала соответственный пораженный раком участок, маточную шейку фиксируют пулевыми щипцами и подвергают новообразование систематическому и энергичному соскабливанию, пока не будет соскоблено все, что только возможно. Такое соскабливание чередуется с орошениями сулемового раствора 1 : 2000, чтобы смывать кровь для лучшего обозрения операционного поля. Когда соскабливание закончено, соответственный район осушается, и последовательно все участки его систематически выжигаются термокаутером. После прижигания зеркала удаляются, и половой канал подвергается обычной самостоятельной дезинфекции, как это описано в «Общей части». Описанный способ дезинфекции, как показали предпринятые ad hoc бактериологические исследования (Поволоцкая), дает возможность, если не всегда, то во всяком случае в немалом числе случаев достигнуть вполне удовлетворительных результатов.

Второе обстоятельство, заслуживающее быть отмеченным, это необходимость хорошо обнажить операционное поле и вообще создать себе достаточный простор, чтобы иметь возможность не только отчетливо и под контролем провести все моменты операции, но также и для того, чтобы удобно было иссечь возможно больше смежных тканей. С этой целью, задолго до аналогичного предложения Schuchardt'a, мною производилось срединное разсечение промежности (perineotomia mediana), вновь зашиваемое по окончании операции. Модификация принципа разсечения владалища и части тазового дна, предложенная значительно позже Schuchardt'ом, заключается в совете проводить разрез не по средине, а сбоку, направляя его к сфдалищному бугру, а при необходимости, для другой подобный разрез с противоположной стороны (рис. 173, стр. 214). Указанным приемом достигается наибольший доступ к глубоким частям, и вообще введение в практику указанного принципа разсечения тканей для создания большего доступа безусловно имеет в подходящих случаях большое практическое значение. Необходимо только иметь, в зависимости от каждого случая, установить, какой разрез выгоднее. Срединное разсечение значительно меньше кровоточит, и его легче и удобнее

Обнажение операционного поля.

зашить, но достигаемый просторъ уступаетъ получаемому при боковомъ и особенно двухстороннемъ Schuchardt'овскомъ разсѣченіи. При послѣднемъ методѣ кровопотеря бѣльшая и иногда достигаетъ значительныхъ степеней, и, кромѣ того, хорошо зашить боковой разрѣзъ много труднѣе, такъ какъ, вслѣдствіе сокращенія различныхъ отдѣловъ раны, получается значительная ассиметрія частей. У женщинъ многорожавшихъ, съ разслабленнымъ тазовымъ дномъ, при проведеніи такъ называемаго расширеннаго метода, употребленіе предварительнаго разсѣченія вовсе не требуется, такъ какъ и безъ того имѣется хорошей доступъ къ глубокимъ частямъ.

Удаленіе  
смежныхъ  
тканей.

Не послѣднее значеніе представляетъ *принципъ возможно большаго удаленія тканей*, смежныхъ съ маткою. Я думаю, что для практическихъ цѣлей выгодно особо рассмотретьъ, въ какомъ отдѣлѣ полового аппарата удаляются эти смежные органы и ткани. Резекція смежной съ шейкой верхней части влагалища нами практикуется давно и, какъ я отмѣтилъ, А. А. Драницынъ въ Акушерско-Гинекологическомъ Обществѣ въ Спб. не разъ демонстрировалъ препараты экстирпированныхъ пораженныхъ ракомъ матокъ, при которыхъ въ видѣ манжетки было резецировано значительно болѣе одной трети влагалища. Надо сказать, что вообще резекція стѣнокъ влагалища существенныхъ трудностей не представляетъ, и при нуждѣ можно безъ особаго затрудненія удалить стѣнки хотя бы и всего влагалища. Намѣтивъ круговымъ разрѣзомъ границу участка, подлежащаго удаленію вмѣстѣ съ маткою, отдѣляютъ стѣнки влагалища путемъ постепенной препаровки отъ подлежащей клѣтчатки. Технически труднѣе захватить вмѣстѣ съ маткой болѣе или менѣе значительное количество клѣтчатки какъ самыхъ связокъ, такъ особенно клѣтчатки, переходящей на стѣнки таза, тѣмъ болѣе, что при неосторожномъ оперированіи отмѣчено не мало случаевъ пораненія смежныхъ органовъ, особенно же мочеточниковъ, а также и пузыря. Въ своей практикѣ я долженъ, однако, отмѣтить, что не смотря на очень значительное количество (свыше 1200) сдѣланныхъ мною вырѣзываній матки, мнѣ ни разу не пришлось поранить ни пузыря, ни мочеточниковъ, ни кишки. Это обстоятельство слѣдуетъ поставить въ зависимость съ правиломъ выработанной мной техники—*прежде всего* отдѣлять и смѣщать пузырь кверху *ad maximum*. При выполненіи этого приѣма неизбѣжно поднимаются вмѣстѣ съ пузыремъ и мочеточники, и поэтому въ значительной степени отпадаетъ и рискъ ихъ перевязки или пораненія. Въ случаяхъ запущенныхъ, въ которыхъ инфильтрированы отчасти уже стѣнки пузыря, подчасъ встрѣчаются значительныя затрудненія при отдѣленіи его отъ матки, тѣмъ болѣе, что щипцы, захватывающія шейку, легко прорѣзываютъ и плохо поэтому фиксируютъ матку. Въ подобныхъ случаяхъ вмѣсто двузубца практичнѣе захватить шейку цѣлымъ рядомъ (6—8) пулевыхъ щипцовъ, такъ какъ при этомъ сила захвата распредѣляется на много точекъ, и въ общемъ фиксація представляется поэтому болѣе надежной. Въ такихъ случаяхъ отдѣленіе пузыря рекомендуется начать съ боковъ шейки, гдѣ рыхлая клѣтчатка еще не поражена инфильтратомъ. Подкапываясь подъ пузырь съ боковъ, удается много легче справиться

Техника от-  
дѣленія пу-  
зыря въ за-  
пущенныхъ  
случаяхъ.

съ инфильтрированнымъ мѣстомъ и такимъ путемъ и съ отдѣленіемъ пузыря. Если при такихъ условіяхъ на отдѣленномъ пузырьѣ окажутся раковыя массы, ихъ легче

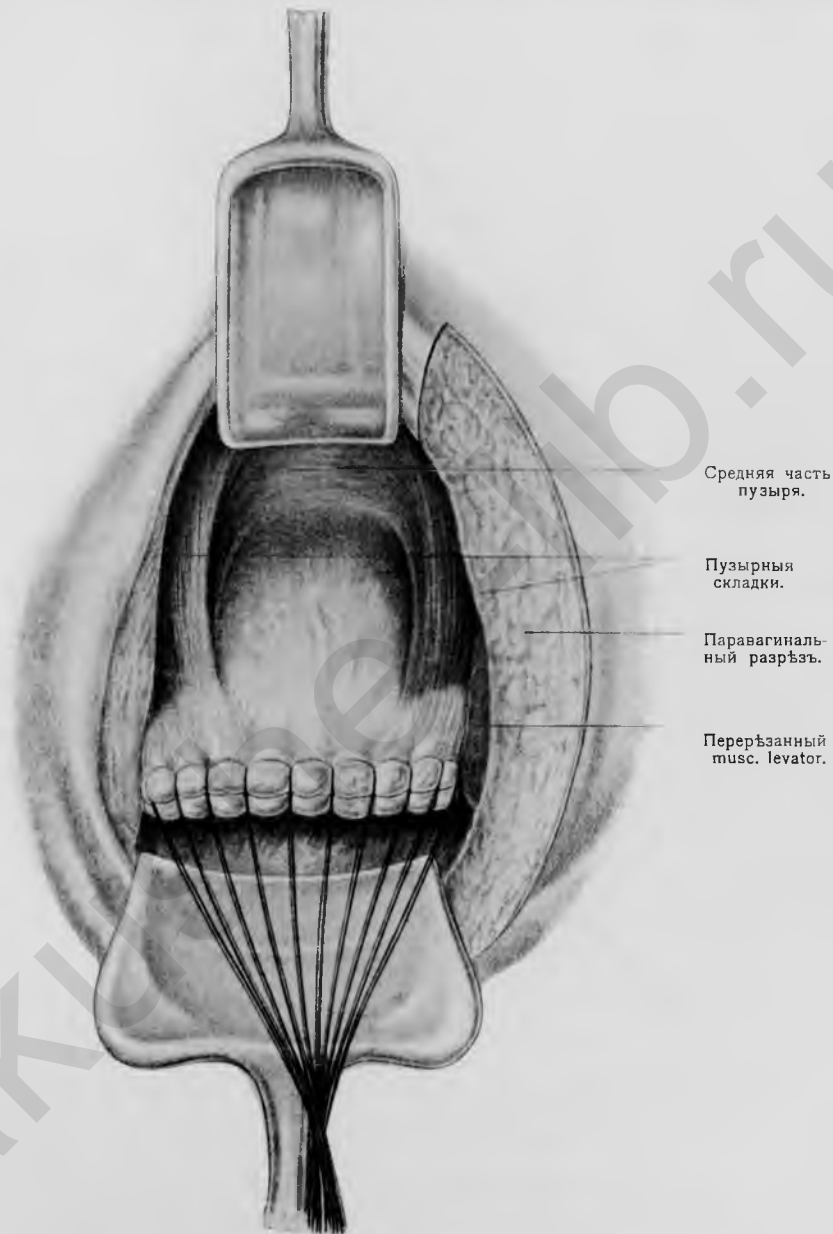


Рис. 281. Удаленіе раковой матки по расширенному влагалищному способу (Schauta).

удалить послѣдовательно. Въ случаяхъ, когда при значительномъ распространеніи новообразованія при отсепаровкѣ пузырь будетъ вскрытъ, слѣдуетъ немедленно наложить *lege artis* необходимое число швовъ, и къ тому же лучше всегда въ два

\*



яруса. При предварительной резекции влагалища с отпрепаровкой манжетки, эта последняя может служить хорошим захватом для фиксации матки во время отделения пузыря.

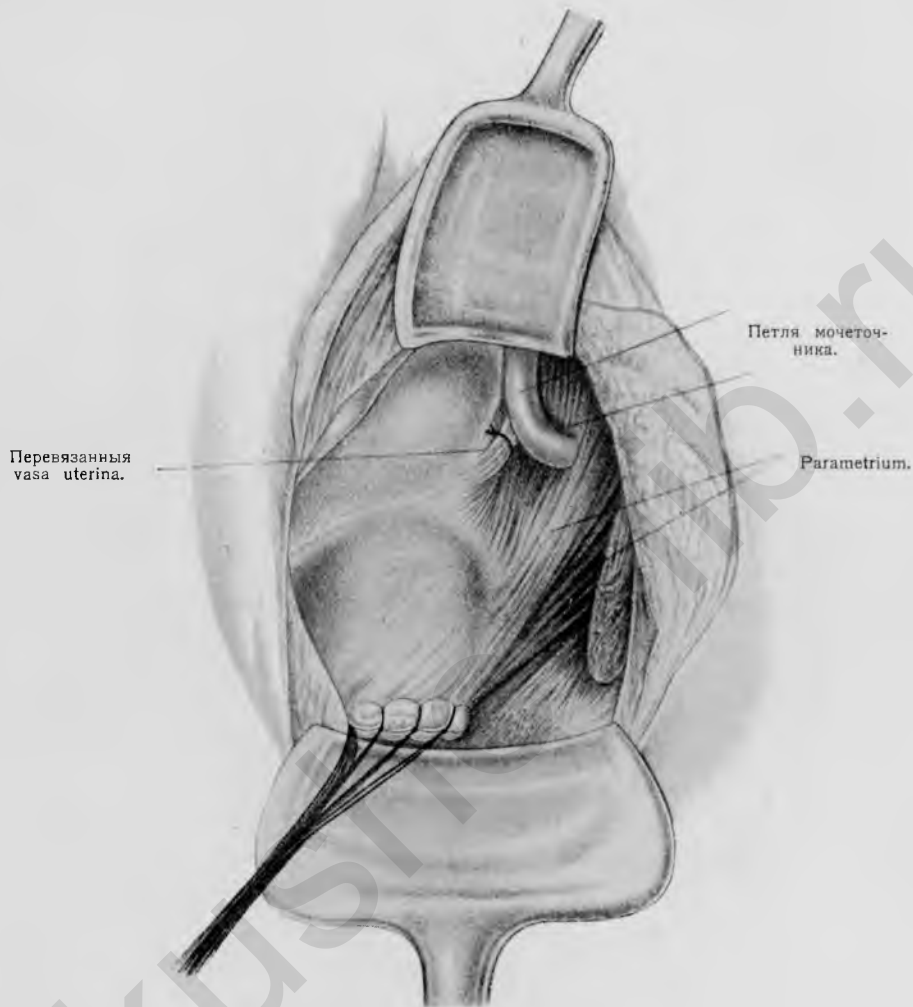


Рис. 282. Удаление раковой матки по расширительному влагалищному способу. Обнажение мочеочника (Schauta).

Накладывая лигатуры на отделы связочного аппарата и перерезая последние, мы удаляем не только клетчатку, оставшуюся по разрезанию связок при самой матке, но и способствуем отторжению путем последовательного некроза периферического отрезка участка, захваченного в лигатуру, что нельзя не учесть в смысле определения всего количества клетчатки, удаляемой во время операции.

Удаление  
придатковъ.

Не менее существенным представляется вопрос, *как поступать с яичниками?* Современное направление требует безусловного их удаления вместе с

маткой, тѣмъ болѣе, что при этомъ удастся несомнѣнно удалить и больше клѣтчатки. Вполнѣ присоединяясь къ стремленію удалить возможно больше клѣтчатки, я не считаю удаленіе яичниковъ, и при этомъ обязательно во всѣхъ случаяхъ, безъ

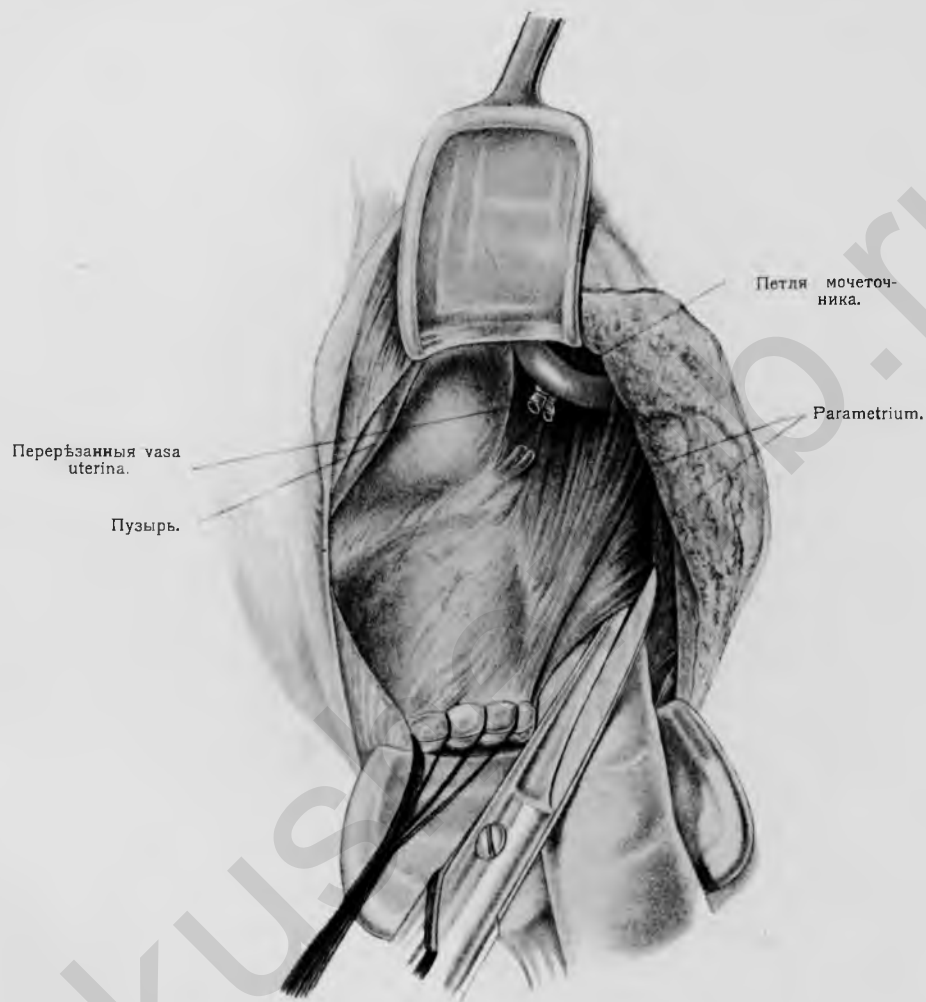


Рис. 283. Удаленіе раковой матки по расширенному влагалищному способу. Перерѣзка широкой связки (Schauta).

разбора, правильнымъ и достаточно мотивированнымъ приѣмомъ. Въ своей практикѣ, въ виду того громаднаго значенія, которое имѣеть этотъ железистый органъ въ экономіи всего тѣла, а также на самочувствіе больныхъ, я прибѣгала къ вырѣзыванію яичниковъ лишь у больныхъ въ болѣе преклонномъ возрастѣ, или при самостоятельномъ измѣненіи яичниковъ, оставляя яичники въ болѣе молодомъ возрастѣ. Для научнаго рѣшенія этого вопроса требуются, очевидно, болѣе мотивированныя и опедѣленные данныя, пынѣ почти отсутствующія.

Изъ вышеприведеннаго видно, что матеріалъ моей клиники, положенный въ основу приводимыхъ сужденій, если не считать оставленія въ отдѣльныхъ случаяхъ яичниковъ, весь былъ проведенъ по способу очень близкому къ нынѣ описываемому

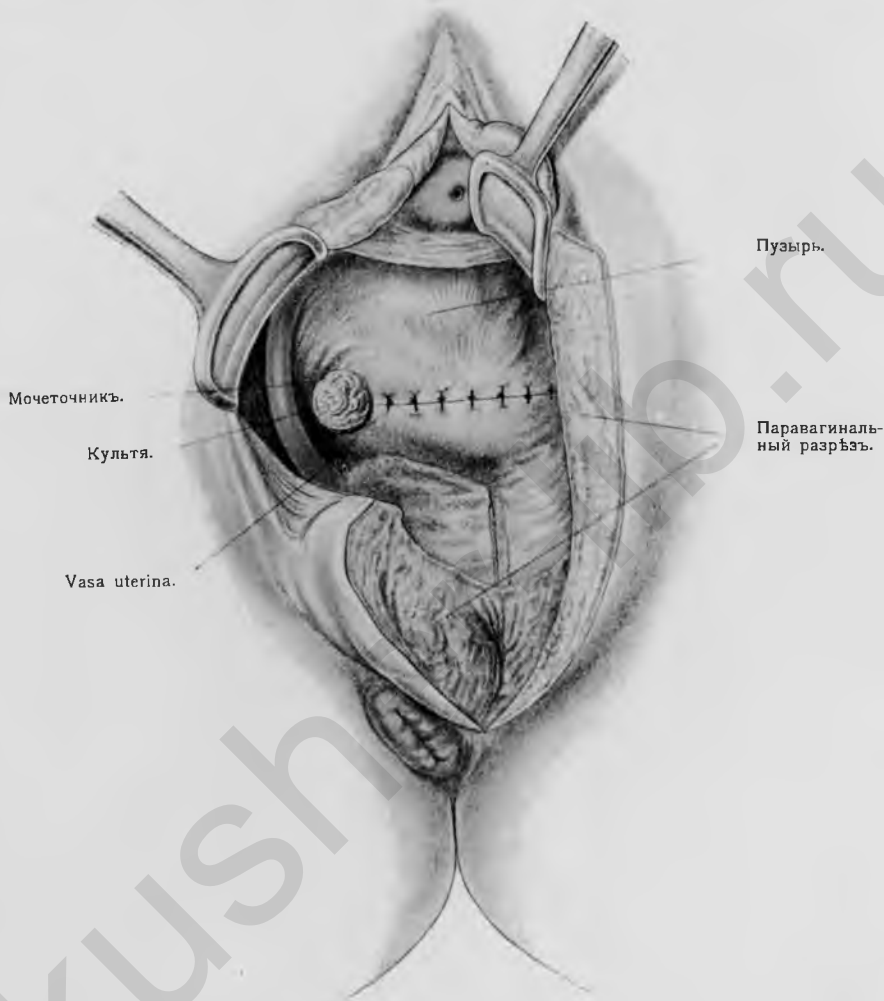


Рис. 284. Удаленіе раковой матки по расширенному влагалищному способу. Видъ послѣ удаленія матки (Schauta).

ваемому подъ названіемъ «расширеннаго», и количество захваченной кѣтчатки въ нѣкоторыхъ случаяхъ отнюдь было не меньше, чѣмъ въ препаратахъ, иногда получаемыхъ при чревосѣченіяхъ по методу Wertheim'a (см. рис. 279).

Влагалищная экстирпация по расширенному методу.

Въ виду существеннаго значенія при ракѣ матки «широко» оперировать, я считаю практичнымъ ниже изложить описаніе влагалищнаго метода по расширенному способу, предложенному Schauta, какъ операциі, выражающей наиболѣе совершенно это современное направленіе. Операциія Schauta слагается изъ слѣдующихъ

отдѣльныхъ моментовъ. 1) Производится разсѣченіе промежности по способу Schuchardt'a. 2) Циркулярнымъ разрѣзомъ намѣчается граница того лоскута влагалищной стѣнки, который вслѣдъ за этимъ, будучи отпрепарованъ, остается въ связи съ шейкой въ видѣ манжетки. Отдѣляется пузырь, а образованная и вывернутая книзу манжетка изъ влагалищныхъ стѣнокъ зашивается рядомъ узловатыхъ швовъ поверхъ изъязвленной злокачественнымъ процессомъ влагалищной части, дабы таковую изолировать отъ дальнѣйшаго сообщенія съ операционнымъ полемъ во избѣжаніе инфекціи <sup>1)</sup>. 3) Отысканіе и выпрепаровка мочеточниковъ и *art. uterina*, которая послѣ перевязки и перерѣзывается. Этотъ моментъ операціи представляется наиболѣе существеннымъ, такъ какъ предварительная изоляція мочеточниковъ и смѣщеніе ихъ зеркалами кверху должны дать возможность удалить относительно много клѣтчатки безъ риска перерѣзать или поранить мочеточники <sup>2)</sup>. 4) Перерѣзка широкихъ связокъ съ удаленіемъ возможно большаго количества клѣтчатки и съ захватомъ яичниковъ, послѣ предварительной перевязки *lig. infundibulo-pelvicum* и *vasa spermatica*. 5) Наложеніе швовъ на края брюшины съ цѣлью изоляціи ея полости и послѣдовательная тампонація раневаго ложа и влагалища (рис. 281—284).

Влагалищный методъ хирургическаго леченія рака матки, по крайней мѣрѣ при настоящемъ положеніи дѣла, несомнѣнно долженъ считаться наиболѣе цѣлесообразнымъ, такъ какъ, примѣняя этотъ способъ, мы больныхъ подвергаемъ наименьшему риску погибнуть непосредственно послѣ операціи, и, кромѣ того, какъ показало послѣднее сообщеніе Schauta, такъ наз. «операбельность» при употребленіи расширеннаго влагалищнаго способа отнюдь не ниже и даже превышаетъ расширенный брюшностѣночный способъ. Если, въ смыслѣ отдаленныхъ результатовъ, описанный методъ и стоитъ несомнѣнно нѣсколько ниже только что упомянутаго, то во всякомъ случаѣ указанныя его преимущества позволяютъ пока отдать ему первенство. Затронутый вопросъ, впрочемъ, подробнѣе будетъ мною изложенъ въ главѣ о показаніяхъ при выборѣ соотвѣтственнаго оперативнаго пріема. Несомнѣннымъ преимуществомъ влагалищнаго метода представляется болѣе легкое послѣоперационное теченіе, а также и уходъ за больными.

<sup>1)</sup> Такъ какъ при прикрываніи шейки отпрепарованными лоскутами влагалища получается изоляція не герметическая, то на нее и нельзя полагаться. Предварительная, особенно тщательная, самостоятельная дезинфекція шейки въ этомъ отношеніи надежнѣе.

<sup>2)</sup> Принципъ предварительной изоляціи и препаровки мочеточниковъ въ настоящее время безспорно представляется общепризнаннымъ, проведеніе же этого принципа на практикѣ не рѣдко встрѣчаетъ существенныя затрудненія. Такъ, напр., Schauta отмѣчаетъ пораненія мочеточниковъ и пузыря въ 9,1% (3,5%+5,6%) всѣхъ своихъ случаевъ. На основаніи личнаго своего опыта я долженъ сказать, что отысканіе мочеточниковъ по способу Schauta представляетъ не мало затрудненій, чѣмъ быть можетъ и объясняется столь большой процентъ пораненія ихъ въ рукахъ даже самого автора описанной операціи. Лично я и по настоящее время, во избѣжаніе пораненія мочеточниковъ, большое значеніе придаю предварительному смѣщенію пузыря, содѣйствующему удаленію мочеточниковъ изъ операционнаго поля; благодаря этому пріему совершенно устранено ихъ пораненіе.

### Послѣопераціонный уходъ.

Послѣопераціонный уходъ по существу не отличается отъ обычнаго ухода послѣ экстирпаціи матки, сдѣланной по другому поводу. Въ виду того, что при бывшемъ раковомъ пораженіи мы стремимся къ возможно большому послѣдовательному некрозу и отторженію тканей, для чего и лигатуры накладываются возможно болѣе центрально съ захватомъ большихъ отдѣловъ тканей, то естественно въ послѣопераціонномъ періодѣ представляется и большее количество омертвѣлой клѣтчатки,—обстоятельство, требующее болѣе тщательнаго наблюденія и болѣе частой смѣны повязки. Если омертвеніе осложняется септическимъ процессомъ, или явленія гнилостнаго распада болѣе или менѣе рѣзко выражены, слѣдуетъ рекомендовать обязательно ежедневную перемѣну повязки: по удаленіи ранъше положенныхъ тампоновъ, операціонное поле освобождается отъ омертвѣлыхъ частей тканей, удаляются и оставшіяся лигатуры, рана дезинфицируется, осушается и вновь тампонируется іодоформенной марлей; вполне умѣстна, особенно при обилии мокнущей клѣтчатки, обильная присыпка ксероформомъ. Когда операціонная поверхность совершенно очистится отъ клѣтчатки и гранулирующая поверхность уже не велика, можно прекратить тампонацію и перейти къ дезинфицирующимъ спринцеваніямъ, примѣняемымъ не рѣже двухъ разъ въ сутки. Въ случаяхъ, осложненныхъ образованіемъ выпота, леченіе ведется по общимъ правиламъ. Такъ какъ причиной выпотовъ не рѣдко служатъ оставленныя пѣтли лигатуръ, поддерживающія нагноительный процессъ, то необходимо озаботиться о скорѣйшемъ ихъ удаленіи, какъ объ этомъ сказано въ «Общей части» на стр. 218.

### Показанія.

Показанія для производства влагалищнаго вырѣзыванія матки я ставлю очень широко и примѣняю эту операцію *во всѣхъ случаяхъ, гдѣ только технически операція представляется выполнимой*. Возможность удаленія всей матки выясняется нерѣдко только во время самой операціи, такъ какъ до того далеко не всегда возможно правильное сужденіе о границахъ распространенія злокачественнаго процесса. Сплошь и рядомъ только во время производства предварительнаго выскабливанія новообразованныхъ массъ (какъ это чаще отмѣчается при сапсгоид'ѣ цервикальнаго канала) можно болѣе или менѣе опредѣленно судить о степени распространенія новообразованія. Подчасъ, ранѣе казавшаяся сравнительно мало поврежденной, маточная стѣнка оказывается на протяженіи всей своей толщи изъѣденной новообразованіемъ, достигшимъ смежной клѣтчатки. Въ другомъ рядѣ случаевъ при отдѣленіи мочевого пузыря новообразованныя массы настолько оказываются проросшими въ его стѣнку, что, помимо риска вскрытія пузыря, утрачивается всякая возможность рассчитывать на удаленіе вмѣстѣ съ вырѣзываемой маткой всего новообразованія. Очевидно, что въ подоб-

ныхъ запущенныхъ случаяхъ, если и удастся операцію довести до конца, все же нѣтъ почти никакой возможности рассчитывать на коренное исцѣленіе; тѣмъ не менѣе мы не отклоняемъ операціи, руководясь слѣдующими соображеніями: если мы будемъ смотрѣть на экстирпацію матки въ подобныхъ случаяхъ, какъ на мѣру палліативную, то мы несомнѣнно нашимъ больнымъ принесемъ не малую пользу и облегченіе: отсрочивая смертельный исходъ зачастую на годъ—два и болѣе, устраняя кровопотери, зловонныя выдѣленія и боли, мы создаемъ за этотъ періодъ вполне сносное существованіе, причѣмъ не нужно забывать, что покупается все это небольшимъ рискомъ, во всякомъ случаѣ не превышающимъ 1,8%, выражающимъ общій процентъ смертности всего матеріала, прошедшаго черезъ обѣ мои клиники. Кромѣ того, операція, правда въ исключительно рѣдкихъ случаяхъ, все таки даетъ хотя и минимальный шансъ на исцѣленіе. Какъ объяснить подобную возможность при указанныхъ условіяхъ—это конечно иной вопросъ, и если объясненіе подобной возможности не умѣщается въ современныя рамки нашихъ скудныхъ теоретическихъ познаній о сущности рака матки вообще, то самый фактъ такихъ, хотя и крайне рѣдкихъ, возможностей не исключается. Я увѣренъ, что всякій клиницистъ, располагающій болѣе или менѣе значительнымъ матеріаломъ, вспомнить изъ своей дѣятельности одинъ—другой подобный примѣръ, что впрочемъ не идетъ въ разрѣзъ съ намеками послѣднихъ анатомическихъ изысканій (Улезко-Строганова) о возможности самоисцѣленія раковыхъ новообразованій, анатомическая картина коихъ установлена была современными методами гистологическаго изслѣдованія. Если пожелать въ цифрахъ опредѣлить, какъ это въ настоящее время общепринято, процентъ такъ наз. операбельности, то въ моей дѣятельности онъ=42,8% всѣхъ больныхъ, обращавшихся за помощью при страданіи ракомъ матки. У Wertheim'a, оперирующаго по расширенному брюшностѣночному методу, операбельность, и то лишь взятая за самое послѣднее время,=43,2%, раньше же она=42,2%. Schauta за послѣднее время операбельность довела до 49,7%. Хотя приведенныя цифры и довольно близки другъ къ другу, тѣмъ не менѣе онѣ безотносительно не могутъ служить критеріемъ для оцѣнки большей или меньшей приложимости соотвѣтственнаго оперативнаго способа, такъ какъ въ такомъ вопросѣ, какъ «своевременность» (?) обращенія за врачебной помощью, далеко не послѣднюю роль играютъ условія культурно-соціальныя. Разновидность раковаго пораженія того или иного отдѣла матки при установкѣ показаній къ влагалищной экстирпаціи имѣетъ лишь второстепенное значеніе, и играетъ болѣе существенную роль главнымъ образомъ въ дѣлѣ предсказанія.

### Предсказаніе.

Предсказаніе при вышеописанномъ способѣ удаленія матки и *достигаемые результаты* какъ *непосредственные*, такъ и *отдаленные* въ смыслѣ коренного излеченія, очевидно, находятся въ зависимости отъ многихъ факторовъ: тутъ играютъ

роль и качества клинического материала, и широта устанавливаемых для операции показаний, и самый оперативный метод, и ряд других условий, подчас не поддающихся реальному учету. Если оперировать с некоторым разбором, отклоняя запущенные случаи, то, очевидно, можно путем подбора улучшить и получаемые результаты, поэтому очень важно для правильного суждения о конечных результатах возможно точно охарактеризовать материал, послуживший для заключения. С этой целью Winter'омъ и Waldstein'омъ предложены специальные формулы, выражающія достигнутые конечные результаты. Эти результаты (А) по Winter'у =  $\frac{O \times D}{100}$ , гдѣ *O* выражаетъ процентъ операбельности, а *D*—число коренныхъ исцѣлений при давности не менѣе 5 лѣтъ; по Waldstein'у конечные результаты А =  $\frac{O \times D (100 - M)}{10000}$ , при чемъ *M* есть первичная смертность, выраженная въ процентахъ. Въ это условное выраженіе получаемыхъ результатовъ Winter'омъ въ дальнѣйшемъ внесена еще поправка, въ которой вычисляется абсолютный процентъ выздоровленій изъ всего числа обратившихся больныхъ, ушедшихъ и такимъ образомъ устранившихся отъ дальнѣйшаго совѣта и наблюдений, и наконецъ погибшихъ отъ побочныхъ причинъ. Число, которому = А, будетъ различной величины въ зависимости отъ того, по какой формулѣ произведенъ подсчетъ. Внесеніе въ первую формулу Winter'a поправки Waldstein'a, а затѣмъ и самого Winter'a, говоритъ за несовершенство попытки путемъ математическаго приѣма дать критерій для сравненія достигаемыхъ результатовъ. Не отрицая идеи, положенной въ основу приведеннаго приѣма (формулы), я считаю однако, что безъ специальной характеристики клиническаго матеріала обойтись нельзя, тѣмъ болѣе, что каждая клиника имѣетъ свои особенности, совокупность коихъ и характеризуетъ направленіе той или иной школы. Если лозунгъ нашей школы гласитъ, что при ракъ матки мы оперируемъ, какъ бы случай ни былъ запущенъ, если только возможно технически произвести экстирпацію даже при малыхъ шансахъ захвата всего болѣзненно измененнаго, то, очевидно, конечные результаты отъ этого неизбѣжно ухудшатся,—процентъ коренныхъ исцѣлений завѣдомо понизится, и число, выражающее «А» въ формулѣ Winter'a также понизится,—однимъ словомъ процентъ коренныхъ исцѣлений будетъ болѣе низкимъ, чѣмъ это могло бы быть при другихъ условіяхъ, но несомнѣнно при такомъ направленіи дѣятельности больныя только выиграютъ, какъ на это выше подробно было уже указано. Въ такомъ отношеніи къ клиническому матеріалу выражается направленіе «школы» и, очевидно, при сравнительной оцѣнкѣ достигнутыхъ результатовъ по способу операции, котораго мы придерживаемся по сравненію съ другими методами, приведенное обстоятельство «очень широкихъ показаній» должно быть взято въ расчетъ.

Непосредственный исходъ операции.

Первичная смертность на матеріалѣ моей клиники, охватывающемъ свыше 350 экстирпацій ракомъ пораженной матки, оказалась равной лишь 1,7%. Для характеристики достигнутыхъ результатовъ долженъ отмѣтить, что въ указанное число вошелъ безъ исключенія весь клинической матеріалъ, причемъ не мало случаевъ было оперировано только что начинающими молодыми ассистен-



тами, и, слѣдовательно, столь благопріятные результаты достижимы не только операторомъ съ исключительной техникой. Достигаемый низкій процентъ смертности, несомнѣнно, является результатомъ примѣненія всѣхъ выше описанныхъ пріемовъ и проведенія ихъ съ педантической точностью. Приведенный нами низкій процентъ смертности для влагалищной экстирпаціи матки не составляетъ, впрочемъ, исключенія, и въ литературѣ имѣются аналогичныя данныя, какъ, напр., у Olshausen'a, O. Küstner'a, Leopold'a и др.

Примѣненіе операцій по такъ наз. расширенному способу, какъ описанный, напр., способъ Schauta, даетъ пока еще значительно большій процентъ первичной смертности, хотя въ послѣднихъ своихъ случаяхъ Schauta низвелъ эту смертность съ 19,1% до 8,9%—4,6%. Съ своей стороны долженъ указать, что, оперируя по способу Schauta, правда всего лишь 20 разъ, я пока вовсе не наблюдалъ смертельнаго исхода. Такъ какъ раньше примѣнявшійся мною методъ экстирпаціи матки очень немногимъ отличался отъ способа, описаннаго Schauta, то я считаю себя въ правѣ, взявъ въ расчетъ и мой вышеприведенный опытъ, утверждать, что смертность, получаемая при операціяхъ по этому методу, въ будущемъ не превыситъ того процента, который достигнуть въ моей клиникѣ, а именно 1,7%, и который можетъ быть признанъ вполне утѣшительнымъ.

Помимо оперативнаго метода на исходъ операціи, конечно, вліяетъ и рядъ другихъ, какъ общихъ, такъ и мѣстныхъ условій. По отношенію къ этимъ послѣднимъ я долженъ отмѣтить, что случаи запущенные, конечно, являются болѣе неблагопріятными въ смыслѣ прогноза; при этомъ не столько играютъ роль тѣ или иныя техническія трудности, сколько менѣе благопріятныя условія для проведенія пріемовъ обеззараживанія пораженнаго ракомъ участка матки. Въ этомъ отношеніи особенно невыгодны запущенные случаи пораженія цервикальнаго канала, исключающіе возможность, вслѣдствіе неблагопріятныхъ топографическихъ условій, отчетливо манипулировать при проведеніи отдѣльныхъ моментовъ акта дезинфекціи.

Заболѣваніе, захваченное въ началѣ своего развитія, въ отношеніи предсказанія несравненно выгоднѣе, особенно же ранніе случаи заболѣванія ракомъ полости тѣла матки, дающіе, кстати сказать, во много разъ лучшее предсказаніе и въ смыслѣ кореннаго исцѣленія больныхъ. Не лишнимъ считаю прибавить, что мною приведены были непосредственные результаты, достигнутые при удаленіи матки per vaginam, тѣхъ авторовъ, у которыхъ имѣются наиболѣе благопріятные исходы, причемъ слѣдуетъ однако отмѣтить, что съ развитіемъ оперативной техники наблюдается повсемѣстное улучшеніе достигаемыхъ результатовъ. Если у нѣкоторыхъ авторовъ въ настоящее время не удалось понизить процентъ смертности до вышеприведеннаго, то это свидѣтельствуетъ лишь о томъ, что во всей обстановкѣ и въ техникѣ имѣются дефекты, которыхъ можно и слѣдуетъ избѣгнуть.

При оцѣнкѣ такъ наз. *отдаленныхъ результатовъ или кореннаго излеченія*, наблюдаемыхъ послѣ влагалищнаго метода, мы, согласно общепринятому взгляду, считаемъ за излеченныхъ кореннымъ образомъ тѣхъ больныхъ, которыя по истече-

Отдаленные  
результаты.

нии не менѣе 5 лѣтъ со дня перенесенной операціи представляются совершенно здоровыми. Такой 5-ти-лѣтній срокъ въ видѣ критерія установленъ современной гинекологической практикой въ виду того, какъ показалъ опытъ, послѣ этого времени обычно уже возвратовъ новообразований не наблюдается, или, во всякомъ случаѣ, они представляются рѣдкими, не превышая 2—3%.

Время смертельнаго исхода отъ появленія рецидивовъ по годамъ на матеріалѣ клиники Fritsch'a выразилось въ слѣдующихъ цифрахъ:

На 1 и 2 году со времени операціи умерло . . . . .	61,5%
» 3 году . . . . .	23,07%
» 4 » . . . . .	9,6%
» 5 » . . . . .	3,8%
» 6 » . . . . .	2,9%

Аналогичныя данныя наблюдаются и у другихъ авторовъ. Изъ своей практики я долженъ отмѣтить два случая, въ которыхъ смерть послѣдовала значительно позже отъ злокачественнаго процесса не тазовыхъ, а другихъ внутреннихъ органовъ (легкихъ, желудка), причемъ органы малаго таза представлялись совершенно здоровыми. Отмѣчая подобные случаи (для полноты интересующаго насъ вопроса), конечно, невозможно утверждать, чтобы это были «рецидивы»; несравненно больше основанія указанныя пораженія считать за самостоятельный процессъ, допуская скорѣе предположеніе о предрасположеніи къ заболѣванію организма ракомъ. Сдѣланный мною для Международнаго Съѣзда въ Будапештѣ подсчетъ коренныхъ исцѣленій, иначе говоря тѣхъ случаевъ, гдѣ послѣ операціи прошло 5 и болѣе лѣтъ, показалъ, что изъ 187 <sup>1)</sup> больныхъ съ пятилѣтнимъ и болѣе срокомъ послѣ операціи мнѣ удалось получить свѣдѣнія лишь о 152, объ остальныхъ же 35 свѣдѣній добыть не удалось. Изъ этихъ 152 больныхъ свободными отъ рецидива по истеченіи названнаго срока оказалось 55, что составитъ 36,2%.

Объ послѣднія цифры въ дѣйствительности, вѣроятно, нѣсколько болѣе благоприятны, такъ какъ всѣ 35 случаевъ, судьба коихъ оставалась неизвѣстной, при иодсчетѣ трактовались, какъ умершія. Очевидно столь пессимистическое отношеніе къ судьбѣ этихъ 35 больныхъ—совершенно произвольное и допущено мною только ради осторожности и во избѣжаніе искусственнаго увеличенія достигнутаго благоприятнаго результата, если бы процентъ коренныхъ исцѣленій былъ выведенъ мною не изъ всѣхъ оперированныхъ 5 и болѣе лѣтъ тому назадъ 187 случаевъ, а лишь изъ 152. При такихъ условіяхъ по истеченіи 5 лѣтъ изъ всѣхъ обратившихся больныхъ, страдавшихъ ракомъ матки, процентъ сохраненныхъ жизней былъ бы не 28,8%, а значительно выше, именно—35,3%, что дало бы однако право на основательный упрекъ по отношенію допущеннаго мною подсчета <sup>2)</sup>.

Такъ какъ о достоинствѣ метода слѣдуетъ судить по тому, въ какомъ числѣ случаевъ изъ *всѣхъ*, подвергшихся операціи, удалось достигнуть коренного излеченія, вычтя погибшихъ въ зависимости отъ операціи, а затѣмъ и отъ рецидивовъ, то для нашего матеріала мы можемъ сказать, что это количество во всякомъ случаѣ не менѣе

<sup>1)</sup> Теперь—295 случаевъ (см. таблицу на стр. 418).

<sup>2)</sup> См. мой докладъ въ Будапештѣ—«Сравнительная оцѣнка способовъ хирургическаго леченія рака матки»—«Русскій Врачъ» № 34, 1909 г.

28,8% (по расширенному способу Schauta—30,3%), и что на 13,8 случаевъ коренного выздоровленія приходится лишь одинъ смертельный исходъ, обусловленный операціей; иначе говоря, немного менѣе, чѣмъ въ одной трети всѣхъ случаевъ, операціей (которая сама представляетъ рискъ около 2%) достигается коренное исцѣленіе. При этомъ необходимо замѣтить, что приведенныя цифровыя данныя относятся къ наименѣе благопріятнымъ случаямъ, а именно взяты случаи пораженія только шейки и цервикальнаго канала, дающіе, какъ извѣстно, во много разъ худшіе результаты, чѣмъ при пораженіи ракомъ тѣла матки. Процентъ коренного выздоровленія, при аналогичныхъ пораженіяхъ матки, колеблется у нѣмецкихъ авторовъ между 21 и 50%, и въ среднемъ приблизительно = 31,5%. Такъ какъ нерѣдко саркоидъ шейки отъ саркоид'а цервикальнаго канала не удается отграничить, то приведенная и для моей клиники, и у большинства авторовъ статистика обнимаетъ вмѣстѣ обѣ указанныя формы заболѣванія шейки.

Операція рака *тѣла матки*, произведенная по вышеописанному методу въ моей клиникѣ, дала 68,2% коренного исцѣленія, у отдѣльныхъ же авторовъ (Leopold, Fritsch, Döderlein) процентъ выздоровленій удалось довести даже до 100%. Возможность достиженія столь благопріятныхъ результатовъ путемъ влагалищнаго удаленія матки показываетъ, что при пораженіи тѣла матки предсказаніе несравненно благопріятнѣе, а также съ очевидностью говоритъ за особую пригодность для такихъ случаевъ именно влагалищнаго метода, такъ какъ, при ничтожной первичной смертности, число коренныхъ выздоровленій удалось довести до 100%. Въ виду сказаннаго несомнѣнно, что при ракъ тѣла матки влагалищная экстирпация матки должна быть признана операціей выбора.

#### ВРЮШНОСТѢНОЧНЫЙ СПОСОБЪ.

Способъ, предложенный въ 1878 году А. W. Freund'омъ—удалять пораженную ракомъ матку путемъ чревосѣченія, а затѣмъ, въ 1881 году, не ограничиваясь удаленіемъ одной матки, захватывать возможно больше смежной клѣтчатки, а также пораженныя железы (évidemment pelvien)—прививался на практикѣ очень туго, главнымъ образомъ въ виду громадной непосредственной смертности, доходившей первоначально до 67%, а затѣмъ доведенный до 33%. Спустя лишь довольно долгое время—около 15 лѣтъ послѣ предложенія А. W. Freund'а, авторы вновь взялись за разработку этого метода, во 1-хъ, въ виду того, что за этотъ періодъ убѣдились въ несомнѣнной пользѣ полного (влагалищнаго) удаленія матки вообще и, во 2-хъ, въ виду законнаго желанія улучшить уже достигнутые результаты, удаляя вмѣстѣ съ маткой возможно больше смежной клѣтчатки, для чего чревосѣченіе представлялось способомъ несомнѣнно болѣе удобнымъ: при этомъ явилось стремленіе при заболѣваніяхъ матки ракомъ примѣнить принципъ удаленія не только клѣтчатки, но и соотвѣтственныхъ лимфатическихъ путей—железъ (Rumpf, Riess), какъ это не безъ успѣха вошло во всеобщее употребленіе при операціи рака грудной же-

лезы (Volkman). Естественно, что съ этимъ стремленіемъ совпало и болѣе тщательное изученіе соответственной лимфатической системы, причемъ было установлено, что наиболѣе удаленныя группы желѣзъ, связанныхъ съ лимфатической системой поло-

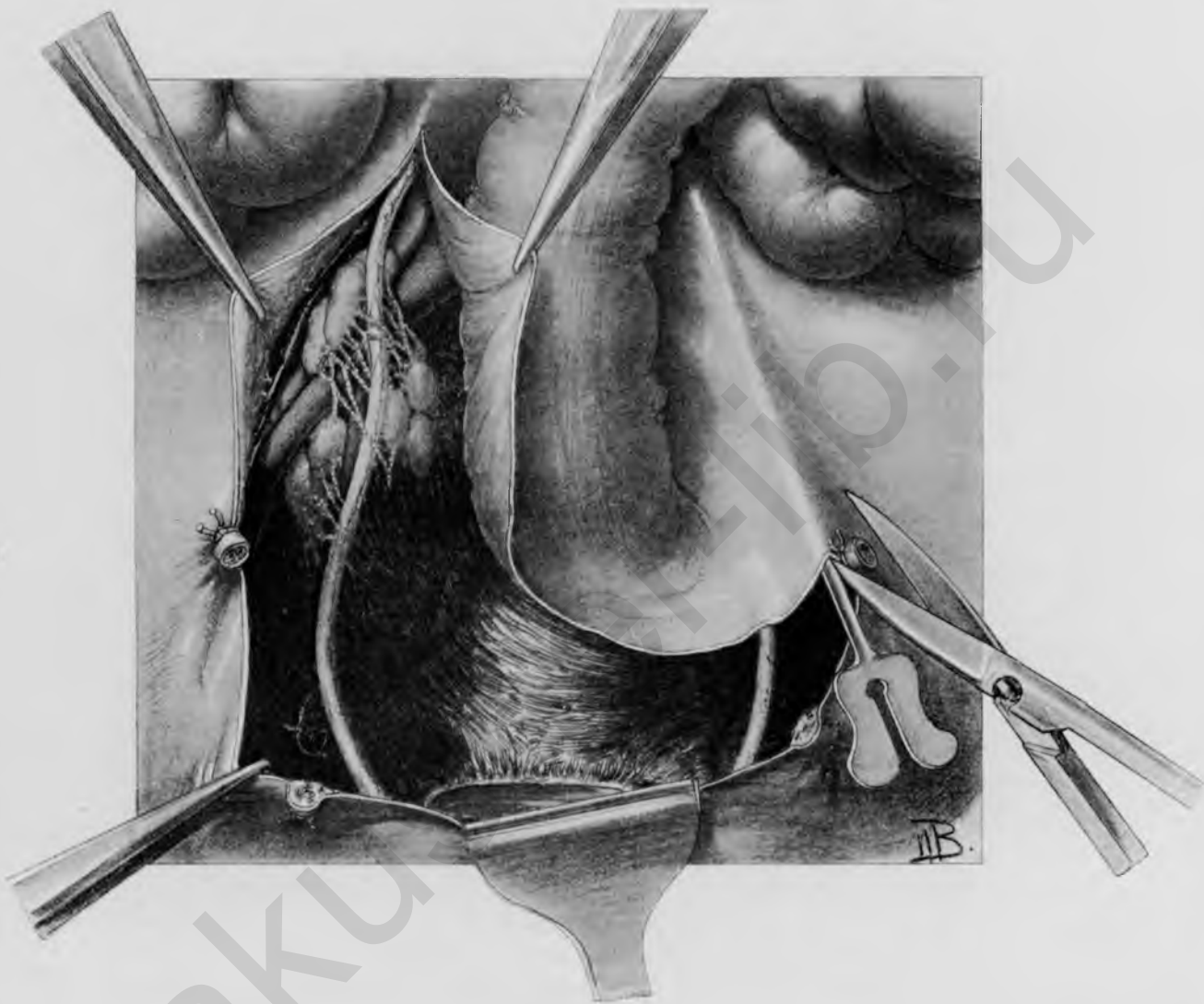


Рис. 285. Удаленіе измѣненныхъ желѣзъ по удаленіи раковой матки путемъ чревосѣченія (Kelly).

вого аппарата, располагаются непосредственно по близости отъ почекъ, остальные же желѣзы, прилегая къ крупнымъ кровеноснымъ сосудамъ и отчасти къ мочеточникамъ, располагаются на этомъ протяженіи, помѣщаясь въ клетчаткѣ основанія широкихъ связокъ (см. рис. на табл. VIII). Основываясь на приведенномъ принципѣ удалять при злокачественномъ новообразованіи попутно и всѣ желѣзы, нѣкоторые авторы—

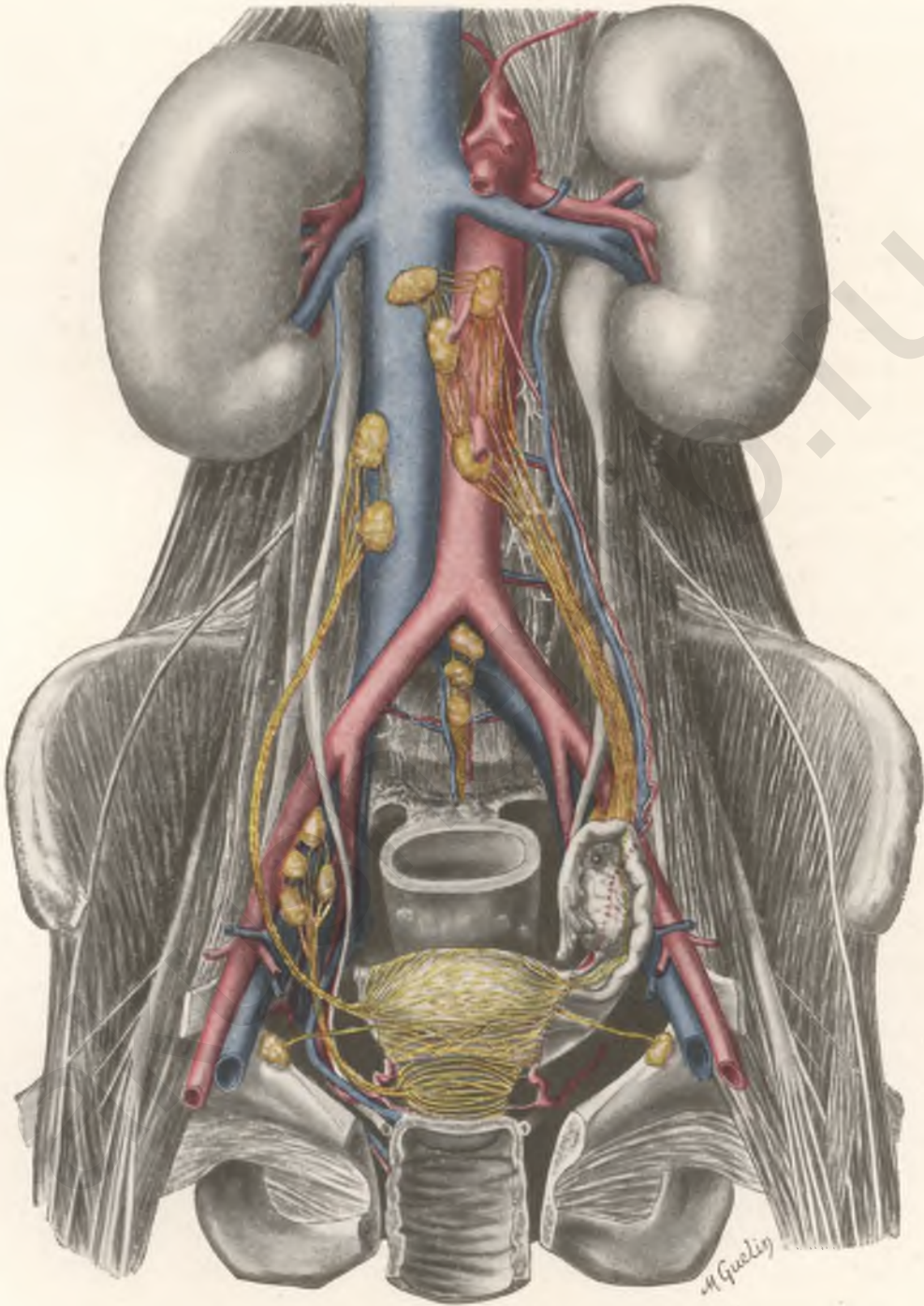


Схема расположения лимфатической системы.

Kelly, Jonnesco, Mackenrodt и др.—поставили требование во всех без исключения случаях, вскрывая для этого брюшину по протяжению крупных сосудов, удалять все измененные железы вплоть до почек (рис. 285). Не отрицая верности положенного в основу такой операции принципа, тем не менее а priori можно было предвидеть невозможность, даже при огромном риске для больных, осуществить его в действительности, как на то мною было указано в 1900 году на Парижском Международном Съезде. Если возможно обнаружить во время операции больше или меньше резко измененные железы, то больше мелкие, ввиду их расположения в жировой клетчатке и под брюшиной, не поддаются способам нашего исследования. Следовательно, с этой точки зрения предложение удалять «все» железы вообще неосуществимо, и речь может быть разве об удалении некоторого количества желез, и то лишь значительно увеличенных; а раз, что нет уверенности и возможности совершенного удаления желез, то естественно страдает весь принцип, и метод оказывается несостоятельным; риск же очень велик, так как % смертности подобных операций превышал 30%. Другое обстоятельство, сильно отразившееся на ограничении применения в практике погоны за железами, это результаты анатомического исследования экстирпированных желез, признававшихся во время операции пораженными раковым новообразованием. Оказалось (и с этими выводами в общем согласны представители различных клиник), что лишь в меньшей части экстирпированных желез, а именно приблизительно лишь в 20%, определялось злокачественное перерождение, в остальной же увеличении желез вызвано было реактивным процессом. Наконец, в настоящее время, когда уже накопилось достаточно материала, и, так сказать, есть возможность подвести итоги предложения разыскивать и обязательно удалять железы, выяснилось, что у больных с раковыми поражениями желез достигнуто коренное (не менее 5 лет) выздоровление лишь в самом ничтожном числе случаев. По сборной статистике Jacobson'a из 2765 случаев, где удаленные железы были раково-перерождены, выздоровело 18 больных, что составляет лишь 0,65% всего числа оперированных. Очевидно, столь мало благоприятные, можно сказать случайные результаты, в связи с большой опасностью самой операции, в настоящее время совершенно заставили гинекологов отказаться от специального отыскания желез, удаляя таковые лишь попутно. Таким образом, современный способ оперировать чревосечением по так наз. расширенному способу сводится главным образом лишь к тому, чтобы удалить вместе с маткой, елико возможно, больше прилегающих к ней тканей. Хотя современная расширенная операция рака матки путем чревосечения и дает еще очень значительный процент смертельных исходов (15—20%), тем не менее, благодаря тому, что коренных исцелений в общем отмѣчается больше, чем при простой экстирпации, а постепенно усовершенствующаяся методика ведет к некоторому несомненному улучшению первичных результатов, можно сказать, что приведенный метод завоевал право гражданства и в настоящее время конкурирует с методом влагалищного иссечения матки.

## Оперативная техника.

Помимо общих усовершенствований в технике чревосечений и проведения принципов асептики при удалении матки по расширенному способу, существенное значение имеет способ усовершенствованной Wertheim'омъ *предварительной препаровки* мочеточниковъ и перекрещивающихъ ихъ art. uterinae. Этимъ приемомъ, независимо отъ вполне надежнаго гемостаза, операторъ страхуетъ себя отъ случайнаго поранения мочеточника, а тѣмъ болѣе отъ его перерѣзки. Въ этомъ способѣ Wertheim'а отличается отъ прежней Freund'овской операціи, и въ виду того, что Wertheim очень много потрудился надъ усовершенствованіемъ интересующаго насъ расширеннаго способа, эта операція обыкновенно и носитъ названіе Wertheim'овской операціи, хотя въ отдѣльныхъ частностяхъ различными авторами (Bumm, Krbnig и др.) она производится различно.

Ходъ опера-  
ции.

Опишу технику *операціи* такъ, какъ она производится въ нашей клиникѣ. Послѣ предварительной систематической дезинфекціи, какъ это описано при изложеніи влагалищной экстирпаціи (стр. 384), больная помѣщается въ Trendelenburg'овское положеніе, и брюшная полость вскрывается по бѣлой линіи. По освобожденіи малаго таза отъ кишечныхъ петель, эти послѣднія, будучи смѣщены по направленію къ діафрагмѣ, защищаются компрессами, такъ сказать изолирующими весь верхній отдѣлъ брюшной полости. По ощупываніи смежныхъ съ маткой отдѣловъ, опредѣленіи подвижности инфильтратовъ, измѣненныхъ железъ и пр., буде таковыя имѣются, тѣло матки захватывается надежными щипцами и сильно подтягивается; при этомъ я прежде всего приступаю къ перевязкѣ и перерѣзкѣ сперва круглыхъ связокъ, а затѣмъ и ligg. infundibulo-pelvicæ какъ можно ближе къ стѣнкамъ таза. Послѣ перерѣзки указанныхъ связокъ получается значительно болѣе подвижность матки, что въ дальнѣйшемъ облегчаетъ слѣдующіе затѣмъ приемы. Обезпечивъ гемостазъ изъ перерѣзанныхъ участковъ, приступаемъ къ отдѣленію пузыря отъ шейки матки, для чего поверхностнымъ разрѣзомъ, параллельно верхней границѣ прикрѣпленія пузыря, разсѣкаемъ брюшину и подбрюшинную клѣтчатку, направляя разрѣзъ отъ мѣста перерѣзки одной круглой связки къ другой. Послѣ этого пузырь, обыкновенно тупымъ путемъ, легко смѣщается книзу и отдѣляется отъ соединенія съ маткой и передней стѣнкой влагалища на значительномъ пространствѣ. Вслѣдъ затѣмъ переходимъ къ наиболѣе отвѣтственной части операціи: къ *отысканію и препаровкѣ мочеточника* по возможности вплоть до впаденія его въ пузырь. Для того, чтобы легче это удалось сдѣлать, приходится матку сильно подтянуть вверхъ по направленію къ лонному сочлененію, при этомъ обыкновенно хорошо напрягаются крестцово-маточныя связки, и нерѣдко мочеточникъ виднѣется черезъ просвѣчивающую брюшину, что, конечно, облегчаетъ его отысканіе. Чаше, однако, приходится предварительно разсѣчь брюшину на предполагаемомъ мѣстѣ расположенія мочеточника и тупымъ путемъ раздвинуть соотвѣтственную клѣтчатку, пока не представится возможнымъ вполне ясно убѣдиться, что имѣешь дѣло съ мочеточникомъ



(рис. 286 <sup>4)</sup>). Разъ, что мочеточникъ найденъ, продолжая тупымъ путемъ раздвигать клетчатку и по возможности избѣгая всякой излишней травмы мочеточника, мы

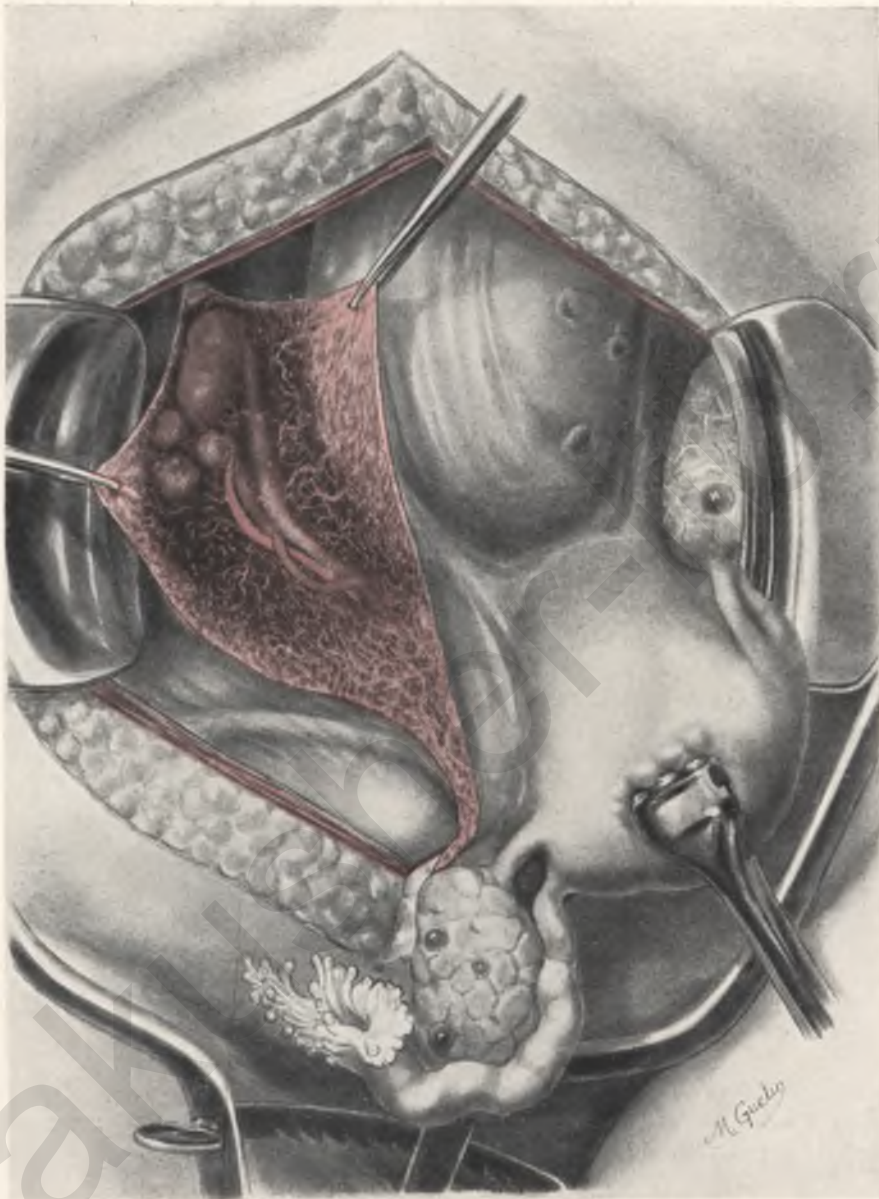


Рис. 286. Удаленіе пораженной ракомъ матки брюшностѣночнымъ путемъ.  
Разрѣзь для обнаженія и освобожденія мочеточника.

<sup>4)</sup> Предложеніе для болѣе легкаго отысканія мочеточниковъ—предварительное введеніе въ нихъ мочеточниковыхъ зондовъ путемъ cystoscopi'i—заслуживаетъ полнаго вниманія; въ своей практикѣ я, однако, всегда обходился и безъ этого способа.

доходимъ постепенно до мѣста перекреста его съ маточной артеріей и веной, которая, будучи изолированы отъ смежныхъ тканей, отдѣльно перевязываются по возможности центрально. Когда обезпечены крупныя сосуды, и мочеточникъ

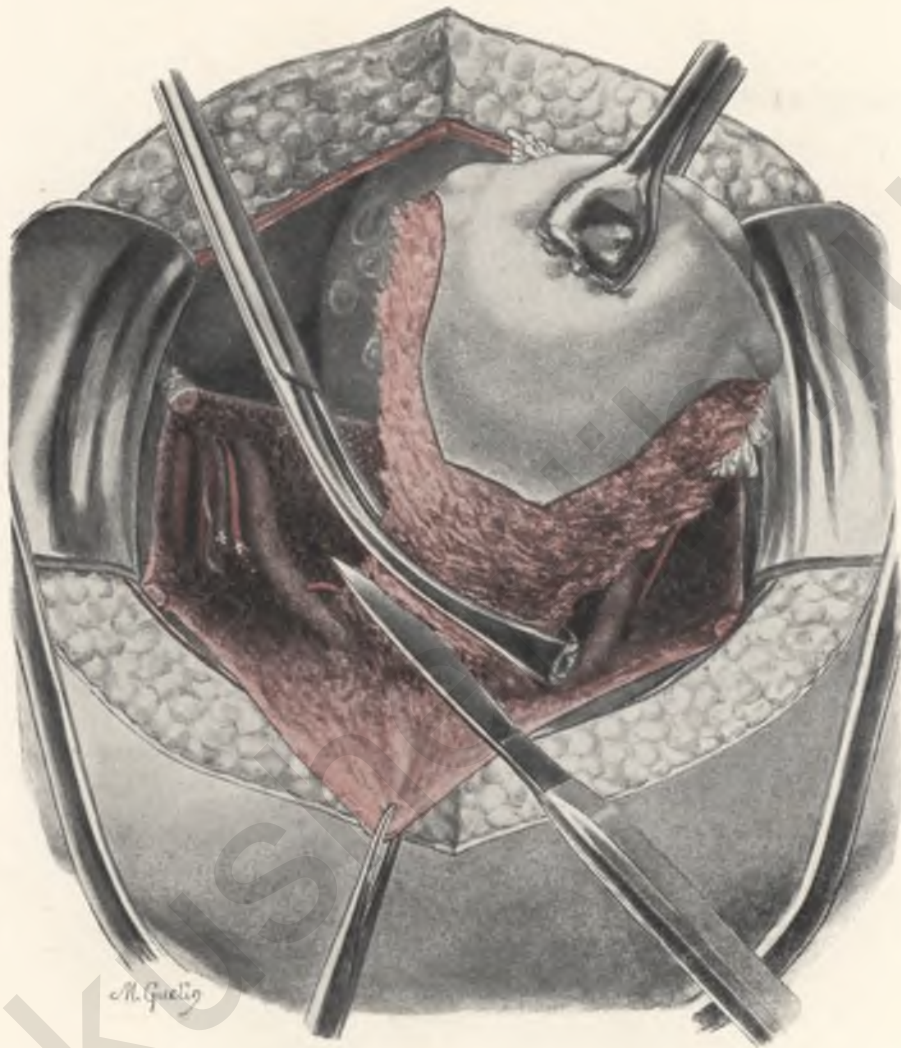


Рис. 287. Удаленіе пораженной ракомъ матки брюшностѣночнымъ путемъ.  
Изсѣченіе матки послѣ перевязки маточной артеріи.

можетъ быть свободно смѣщенъ въ сторону для избѣжанія пораненія его, захватывается возможно больше клетчатка у основанія широкихъ связокъ, если возможно, вплоть до стѣнокъ таза, и перерѣзаются крестцово-маточныя связки также возможно ближе къ стѣнкамъ таза, послѣ чего матка остается въ связи съ организмомъ только при посредствѣ влагалища. Остановивъ обкалываніемъ геморрагію изъ мелкихъ сосудистыхъ стволовъ, частью тупымъ путемъ, частью при по-

мощи поверхностныхъ ударовъ ножницъ отпрепаровываютъ влагалище на болѣе или менѣе значительномъ протяженіи отъ окружающей его клѣтчатки. Наложивъ на верхній выпрепарованный отдѣлъ влагалища зажимы (рис. 287), а иногда и безъ этого, мы резецируемъ влагалище возможно ниже, послѣ чего остается только обколотъ кровоточащіе отдѣлы его стѣнокъ. При такомъ способѣ оперирования удаляются вся матка, часть влагалищной трубки и всѣ связки вмѣстѣ съ трубами, яичниками и прилегающей клѣтчаткой. По удаленіи матки производится повторный осмотръ операціоннаго поля съ тѣмъ, чтобы удалить измѣненныя увеличенныя железы, если таковыя будутъ обнаружены. По окончаніи этого момента операціи я провожу полосу іодоформенной марли во влагалище, а верхней частью этой полосы тщательно выполняю все раневое пространство, стараясь выполнить всѣ углубленія, дабы не осталось мертвыхъ пространствъ. Поверхъ такимъ образомъ вложеннаго марлеваго дренажа передніе отдѣлы брюшины поверхностными тонкими швами соединяются съ задними ея отдѣлами такъ, чтобы вполне и на всемъ пространствѣ изолировать верхній отдѣлъ брюшной полости отъ сообщенія съ раневымъ участкомъ (экстраперитонеальный способъ—рис. 288—289). По зашиваніи разрѣза брюшной стѣнки операція заканчивается рыхлой тампонаціей влагалища полосой іодоформенной марли, тѣсно прилегающей къ уже раньше вложенной. По только-что описанному способу мною проведено относительно небольшое число операцій, такъ что я не могу себя считать особенно компетентнымъ въ этомъ отношеніи; но долженъ отмѣтить, что ни разу я не встрѣтилъ какихъ-либо затрудненій при проведеніи операціи по расширенному способу, никакихъ осложненій, а также и пораненій смежныхъ органовъ не наблюдалъ, равно какъ и смертельныхъ исходовъ, и поэтому, на основаніи своего личнаго опыта, не могу подыскивать объясненій, почему авторы получаютъ столь высокій % смертельныхъ исходовъ и, кромѣ того, отмѣчаютъ такое частое пораненіе смежныхъ полыхъ органовъ? Сдается мнѣ, что если въ системѣ и съ крайнимъ педантизмомъ (что всегда при операціяхъ представляется необходимымъ) проводить отдѣльныя фазы операціи, то указанные недочеты могли бы сойти на нѣтъ.

Отмѣчу отдѣльные моменты операціи и прежде всего опять вопросъ о *предварительной дезинфекціи* мѣста раковаго пораженія. Безусловно долженъ въ этомъ отношеніи энергично протестовать противъ установившагося взгляда, будто проводить манипуляціи, связанныя съ дезинфекціей (какъ это между прочимъ выше и мною описано), рискованно въ томъ отношеніи, что раковые элементы, а вмѣстѣ съ ними и патогенные микроорганизмы при этихъ манипуляціяхъ искусственно внѣдряются и заносятся въ болѣе глубокіе отдѣлы организма; способу же Wertheim'a приписываютъ между прочимъ и то преимущество (Döderlein, стр. 458), что до послѣдняго момента операція проходитъ внѣ соприкосновенія съ раковымъ изъязвленіемъ, которое герметически (?) обособляется отщепленіемъ влагалища, непосредственно до его перерѣзки, специальными щипцами Wertheim'a. Я считаю приведенное мнѣніе вдвойнѣ несостоятельнымъ. Во 1-хъ, если бы даже фактически была доказана возможность искусственнаго внѣдренія раковыхъ элементовъ, то, оперируя, особенно по расширенному

Значеніе дезинфекціи раковаго очага.



способу, казалось бы, этого непосредственно передъ операцией происшедшаго вѣдренія нѣтъ основанія бояться, такъ какъ оно вполне нейтрализуется полнымъ удаленіемъ матки съ окружающей клетчаткой. Если съ этимъ доводомъ не согласиться, то спрашивается, какая же цѣна вообще экстирпации въ борьбѣ съ раковымъ процессомъ? Во 2-хъ, «герметичность» отщепляемаго ниже раковаго пораженія влагалища въ бактерійномъ смыслѣ—конечно иллюзорная сама по себѣ, тѣмъ болѣе,

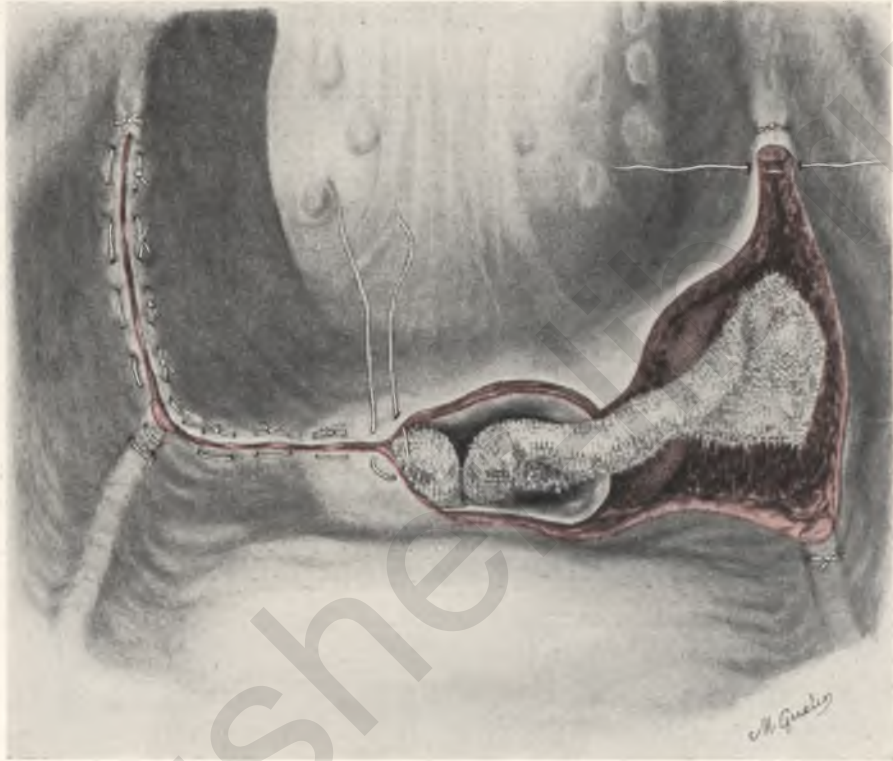


Рис. 288. Удаленіе пораженной ракомъ матки брюшностѣночнымъ путемъ. Дренажъ клетчатки марлевой полосой, выведенной во влагалище.

что нижележащій отдѣлъ влагалищной трубки отнюдь нельзя признать асептичнымъ такъ какъ онъ все время непосредственно соприкасался съ раковымъ изъязвленіемъ шейки, и, очевидно, вложенная передъ операцией марлевая полоса въ этомъ отношеніи существеннаго значенія имѣть не можетъ. На практикѣ мы дѣйствительно и видимъ, что при общей высокой послѣоперационной смертности у авторовъ значительное количество больныхъ погибаетъ отъ септическихъ процессовъ. Такъ, напр., у Krönig'a 80%, у Wertheim'a 40%, у Franz'a 47,9% всѣхъ смертельныхъ исходовъ приходится на послѣоперационные септические процессы. Приведенныя данныя настолько краснорѣчивы, что дальнѣйшихъ комментаріевъ не требуется, и они конечно не могутъ насъ заставить отказаться отъ энергичной подготовительной дезинфекціи

пораженной ракомъ шейки путемъ тщательнаго соскоба, выжиганія и пр. (вопреки выщипитированымъ опасеніямъ), чтобы этимъ путемъ значительно понизить шансы на инфекцію.

Одной изъ существеннѣйшихъ сторонъ оперативной техники, какъ выше Препаровка мочеточниковъ. было указано, является вопросъ, какъ обращаться съ мочеточниками. Для успѣха операціи необходимо имѣть полный контроль надъ мочеточникомъ: нужно



Рис. 289. Удаленіе пораженной ракомъ матки брюшноствѣчнымъ путемъ. Перитонизація культи по удаленіи матки и проведеніе дренажа во влагалище.

*хорошо* его видѣть, чтобы не поранить и имѣть возможность легко смѣщать въ сторону при удаленіи прилегающей клѣтчатки. Для этого обыкновенно тупой препаровкой отдѣляется, и то лишь на необходимомъ протяженіи, клѣтчатка, въ которой и проходит мочеточникъ; выпрепаровывать же мочеточникъ на большомъ протяженіи—рискованно, такъ какъ въ подобныхъ случаяхъ имѣется рискъ омертвѣнія его стѣнокъ со всѣми послѣдствіями такого явленія. Особенно важно сберечь ту клѣтчатку, которою, какъ бы футляромъ, окруженъ весь мочеточникъ на подобіе адвентиціи, такъ какъ въ ней расположены сосуды, питающіе стѣнки мочеточника. Конечно, оставляя эту ближайшую къ мочеточнику клѣтчатку, мы дѣйствуемъ въ разрѣзъ съ принципомъ удалять «возможно всю клѣтчатку», но въ оправданіе такого компромисса авторами выдвигается мнѣніе, будто мочеточникъ долѣе другихъ смежныхъ образованій противостоитъ раковой инфильтраціи. Мнѣ случалось нѣсколько разъ, но не при ракъ матки, обнажать мочеточникъ на значительномъ про-

тяженіи—до 15 смт., такъ что соотвѣтственная его часть на всемъ протяженіи лишена была связи съ организмомъ, и въ указанныхъ случаяхъ, въ дальнѣйшемъ, никакихъ функціональныхъ разстройствъ не наблюдалось. Тѣмъ не менѣе въ подобныхъ случаяхъ, въ виду возможнаго некроза стѣнокъ мочеточниковъ, необходимо очень бережно съ нимъ обходиться, не захватывать инструментами, а главное, при окончаніи операціи озаботиться, чтобы его стѣнки, срастаясь со смежными тканями, быстро получили питаніе изъ вновь образующихся сосудовъ. Для этого, если можно, мочеточникъ погружается въ ближайшіе отдѣлы клѣтчатки,



Рис. 290. Сшиваніе перерѣзаннаго мочеточника. Наложеніе швовъ для введенія верхняго отрѣзка въ разрѣзъ нижняго.

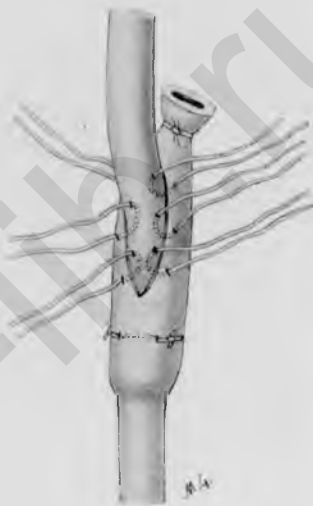


Рис. 291. Сшиваніе перерѣзаннаго мочеточника. Видъ послѣ соединенія концовъ.

или, что часто практикуется, его прикрываютъ смежной брюшиной, которая надъ нимъ фиксируется при помощи пластическихъ швовъ. Если не удастся мочеточники выдѣлить изъ окружающаго его раковаго инфильтрата — (по моему убѣжденію подобныя операціи безцѣльны)—мочеточникъ на соотвѣтственномъ протяженіи приходится резецировать съ тѣмъ, чтобы впослѣдствіи вновь соединить оба его конца, а если это почему-либо невозможно, то вшить центральный конецъ въ мочевой пузырь. Въ техническомъ отношеніи указанныя операціи существенныхъ трудностей не представляютъ. При сшиваніи перерѣзанныхъ концовъ мочеточника очень практиченъ способъ Weller van Hoek (Kelly), изображенный на приложенныхъ рис. 290 и 291. Верхній конецъ мочеточника вставляется (resp. втягивается) въ нижній отрѣзокъ, въ которомъ для этой цѣли дѣлается продольный разрѣзъ необходимой длины, а перерѣзанный конецъ наглухо завязывается. Когда соотвѣтственный конецъ фиксированъ достаточнымъ

количеством тонких швовъ, паложенныхъ такъ, чтобы они не проникали въ просвѣтъ мочеточника, весь соответственный участокъ обшивается брюшиной, вслѣдствіе чего оказывается расположеннымъ экстранеритонеально. Возможно также возстановить мочеточникъ простой инвагинаціей верхняго конца его въ нижній и фиксаціей ихъ въ такомъ положеніи швами. Техника вшиванія мочеточника въ пузырь пожалуй еще легче. Съ этой цѣлью въ пузырь вставляется изогнутый корнцангъ, которымъ поднимается и выпячивается стѣнка пузыря. Въ этомъ мѣстѣ со стороны брюшины проводится разрѣзъ, черезъ который продвигаются вѣтки корнцанга. Захвативъ верхній участокъ мочеточника корнцангомъ, этотъ конецъ протягиваютъ въ просвѣтъ пузыря и въ такомъ положеніи фиксируютъ швами, какъ это описано въ предыдущемъ способѣ (рис. 292). Вшиваніе мочеточниковъ въ кишечникъ нельзя рекомендовать, такъ какъ въ подобныхъ случаяхъ, если больная даже поправится послѣ операціи, послѣдовательно развивается *pyelo-nephritis ascendens*, обычно оканчивающійся смертельнымъ исходомъ.

Въ отдѣльныхъ, хотя и рѣдкихъ случаяхъ, *перевязка* маточныхъ *сосудовъ* можетъ встрѣтить нѣкоторое затрудненіе. Если до перерѣзки не удастся самостоятельно перевязать сосудовъ, то приходится захватить гемостатическимъ пинцетомъ кровоточащій сосудъ и послѣдовательно наложить лигатуру. При значительно развитой венозной системѣ и легкой ея ранимости при отсепаровкѣ сосудовъ иногда наблюдается довольно обильное кровоизліяніе, и если подобное раненіе произойдетъ раньше, чѣмъ мочеточникъ былъ хорошо обнаженъ, то при гемостазѣ имѣется рискъ захватить въ лигатуру мочеточникъ. Въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ рекомендовать временно зажать въ пинцетъ кровоточащее мѣсто и приступить къ паложенію на сосуды лигатуры лишь послѣ того, какъ мочеточникъ достаточно будетъ отпрепарованъ, и тѣмъ устраненъ будетъ рискъ его перевязки или перерѣзки. Полный гемостазъ, прежде чѣмъ приступлено будетъ къ закрытію брюшной полости, вообще представляется необходимымъ, и недостаточно строгое исполненіе этого требованія обычно ведетъ къ осложненіямъ и такимъ образомъ невыгодно вліяетъ на благоприятный исходъ операціи.

Способъ *обращенія съ раневой поверхностью* по удаленіи матки имѣетъ существенное вліяніе на дальнѣйшее теченіе послѣоперационнаго періода. Я настоятельно рекомендую придерживаться такъ наз. открытаго способа и широко поль-

Оперативные приемы при пораненіяхъ мочеточниковъ.



Перевязка *art. uterinae*.

Рис. 292. Вшиваніе мочеточника въ пузырь.

Обращеніе съ раневымъ ложемъ.



зваться примѣненіемъ выпускниковъ. Если есть возможность обособить раневую поверхность отъ сообщенія съ брюшной полостью, то проведеніе этого приѣма всегда желательна, тѣмъ болѣе, что онъ отнюдь не противорѣчитъ проведенію открытаго способа, защищая брюшину отъ выдѣленій ниже расположеннаго раневаго участка. Рекомендующий методъ, несомнѣнно содѣйствовавшій достиженію нами столь низкаго % смертности послѣ операціи, имѣетъ особое значеніе при ракъ матки, такъ какъ предварительная дезинфекція подобныхъ случаевъ несовершенна; затѣмъ извѣстно, что въ клѣтчаткѣ и железахъ, по даннымъ Liermann'a и Barth'a, сплошь да рядомъ находятся даже гемолитическіе стрептококки, поэтому я не могу согласиться съ совѣтомъ—наглухо безъ дренажа зашивать раневое ложе, какъ это описано и изображено на рисунокѣ <sup>1)</sup> въ руководствѣ Döderlein'a и Krönig'a.

#### Послѣоперационный уходъ.

Послѣоперационный уходъ послѣ удаленія раковой матки путемъ чревосѣченія по расширенному способу чего-либо спеціальнаго не представляетъ, развѣ что требуется болѣе частая смѣна тампоновъ въ послѣоперационномъ періодѣ, по мѣрѣ ихъ пропитыванія, въ виду бѣльшихъ сецеринирующихъ поверхностей, чѣмъ при обыкновенной экстирпаціи матки, а затѣмъ выступаетъ леченіе тѣхъ осложненій, которыя при этой операціи наблюдаются чаще, чѣмъ при другихъ методахъ. Въ этомъ отношеніи пораненіе мочевыхъ путей, а также кишечника, выступаетъ на первый планъ. Отсылая читателя къ тѣмъ главамъ, которыя спеціальна посвящены оперативному леченію нарушенія цѣлости пузыря, мочеточниковъ и кишечника, я здѣсь отмѣчу, что, хотя принципы сохраняющей хирургіи должны быть, какъ правило, поставлены всегда на первый планъ, тѣмъ не менѣе извѣстно не мало случаевъ, въ которыхъ приходилось, какъ во время еще производства самой операціи, такъ еще болѣе часто послѣдовательно, прибѣгать къ полному вылученію соотвѣтственной почки.

#### Показанія.

Взгляды на показанія, обуславливающія примѣненіе расширеннаго брюшно-стѣночнаго способа, въ настоящее время слѣдуетъ признать далеко еще не установившимися, и въ этой области несомнѣнно отмѣчается не мало увлеченій, особенно тѣхъ авторовъ, которые рекомендуютъ этотъ методъ для всѣхъ видовъ пораженія матки раковымъ процессомъ. Въ этомъ отношеніи за послѣднее время, однако, вполнѣ реально выяснилось положеніе—оперировать по этому способу лишь раки шейки матки, такъ какъ при пораженіи тѣла (кромѣ развѣ запущенныхъ случаевъ) путемъ

<sup>1)</sup> См. Krönig & Döderlein, Operative Gynäkologie, II изд. стр.

влагалищной экстирпации достигнуты превосходные какъ непосредственные, такъ равно и отдаленные результаты. Чтобы лучше разобраться въ показаніяхъ къ примѣненію интересующаго насъ метода, я попытаюсь, отбросивъ пока вообще вопросъ о смертности непосредственно послѣ операціи, освѣтить дѣло съ принципиальной стороны, и поставлю прежде всего вопросъ: какіе случаи раковаго пораженія матки мы вообще еще можемъ рассчитывать излѣчить хирургическимъ путемъ? При рѣшеніи этого вопроса, очевидно, главнѣйшее значеніе имѣетъ степень распространенія раковаго заболѣванія. Я пойду путемъ исключенія. Практика послѣдняго времени доказала, что въ тѣхъ случаяхъ, когда уже железы поражены ракомъ, на коренное исцѣленіе рассчитывать нельзя, и дѣйствительно, если по статистикѣ Jacobson'a процентъ смертныхъ исходовъ около 99,5%, по Wertheim'у онъ равенъ менѣе чѣмъ 97%, а Döderlein и Krönig въ своемъ руководствѣ (3-е изд.) во *всей* литературѣ могли найти *всего лишь 25 случаевъ*, въ которыхъ послѣ удаленія ракомъ пораженныхъ железъ наблюдалось радикальное исцѣленіе, то, очевидно, въ этой категоріи наши оперативные методы оказываются совершенно несостоятельными. Поэтому вполне понятно, почему въ настоящее время приверженцы расширеннаго способа себя сами «ограничили», отказавшись отъ «погони» за железами, и довольствуются удаленіемъ лишь смежныхъ тканей на возможно большемъ протяженіи, стараясь «операбельность» своего матеріала довести до возможно большаго процента. Разберемся въ этомъ стремленіи и возьмемъ для примѣра ту категорію случаевъ, гдѣ мочеточникъ окруженъ раковыми массами, изъ которыхъ онъ съ трудомъ или вовсе не можетъ быть вылушенъ, такъ какъ раковыми элементами инфильтрированы всѣ окрестные участки <sup>1)</sup>. Что въ подобныхъ случаяхъ съ громаднѣйшей вѣроятностью тоже нужно рассчитывать на рецидивъ въ болѣе или менѣе кратчайшій срокъ, врядъ ли можно сомнѣваться, тѣмъ болѣе, что въ цѣломъ рядѣ случаевъ нельзя имѣть даже увѣренности, что не было оставлено *in loco operationis* частицы ткани, уже пораженной новообразовательнымъ процессомъ. Правда, здѣсь нельзя установить такой критерій, какъ при удаленіи железъ, и оцѣнка случая зависитъ отъ индивидуальности оператора, но во всякомъ случаѣ подобныя больныя, гдѣ раковый инфильтратъ захватилъ уже околоматочную клѣтчатку, какъ правило, не могутъ рассчитывать на коренное избавленіе отъ своего недуга. Если и представляется невозможнымъ, какъ при пораженіи железъ, въ процентахъ выразить неудачу данной группы операціи, то несомнѣнно этотъ процентъ не далекъ отъ вышеприведеннаго при раковомъ пораженіи железъ—равнаго 97—99,5% смертности. Остаются случаи свѣжіе, направленные къ гинекологу во-время, въ которыхъ окружающія матку ткани вовсе еще не захвачены, или гдѣ имѣется ничтожный инфильтратъ, не поддающійся подчасъ вовсе клиническому опредѣленію и устанавливаемый только послѣ операціон-

<sup>1)</sup> Въ руководствѣ Döderlein-Krönig'a описанъ подобный случай: мочеточникъ, проходившій черезъ раковый инфильтратъ, удаленъ вмѣстѣ съ почкой соотвѣтственной стороны; большая послѣ операціи поправилась. Дальнѣйшая судьба ея неизвѣстна.

нымъ гистологическимъ изслѣдованіемъ. Въ этой категоріи случаевъ съ начальнымъ процессомъ и не запущенныхъ, какъ извѣстно, достиженіе коренного исцѣленія вполне возможно и реально. Въ виду приведенныхъ соображеній въ этой послѣдней категоріи показаніе къ расширенной брюшностѣночной операціи принципиально можетъ быть вполне хорошо мотивировано и допущено на практикѣ, такъ какъ операція несомнѣнно даетъ больнымъ шансы на полное выздоровленіе, поэтому показаніе собственно и должно бы ограничиваться этими предѣлами.

У тѣхъ операторовъ, которые работаютъ при однихъ и тѣхъ же условіяхъ (соціальныхъ и др.) и, располагая слѣдовательно однороднымъ матеріаломъ, стали расширять показанія и увеличили процентъ операбельности, иначе говоря, стали оперировать болѣе запущенные случаи, отмѣчается, я бы сказалъ, *какъ правило, ясное увеличеніе смертности послѣ операціи*. Такъ, у Wertheim'a въ послѣдней сотнѣ операцій, когда онъ процентъ операбельности повысилъ съ 50 на 62%, смертность повысилась до 19%;

у Zweifel'я . . . . .	при 45%	операбельности,	смертность =	8,5%,
» Döderlein'a . . . . .	» 59%	»	»	= 18%,
» Bumm'a (Berlin) . . . . .	» 65%	»	»	= 21%,
» Krönig'a . . . . .	» 77%	»	»	= 25,5%,
» Bumm'a (Halle) . . . . .	» 80%	»	»	= 29,7%,
» Граматикати и Тихова.	» 88%	»	»	= 31%;

у Граматикати и Тихова въ случаяхъ, гдѣ производилось удаленіе пузыря, смертность достигала колоссальныхъ размѣровъ—55%.

Изъ приведенныхъ цифръ вполне очевидно, что безграничное повышеніе операбельности приводитъ къ такому повышенію послѣопераціонной смертности, которое уже не можетъ оправдать оперативнаго вмѣшательства.

Все сказанное наглядно показываетъ, что въ запущенныхъ случаяхъ мы почти безсильны и можемъ себя до извѣстной степени считать хозяевами положенія лишь въ случаяхъ свѣжихъ и незапущенныхъ. Опирируя по расширенному способу, мы при этомъ, конечно, обеспечиваемъ себѣ и лучшій процентъ коренныхъ исцѣленій, такъ какъ, согласно хирургическому принципу, захватываемъ тканей несравненно больше, чѣмъ, напр., при старомъ обыкновенномъ влагалищномъ способѣ.

Помимо всего выше приведеннаго, при установкѣ показаній для выбора метода нельзя оставить безъ вниманія вопроса, какой цѣной покупается это широкое оперированіе; и въ этомъ отношеніи, по современнымъ даннымъ, брюшностѣночный способъ представляетъ несравненно худшія условія, чѣмъ влагалищный. Какъ выше было сказано, первичную смертность можно оцѣнить въ среднемъ 18%—20%. Столь высокій процентъ смертности (по современнымъ даннымъ) является крупнымъ

минусомъ метода и, конечно, не говорить въ его пользу. Какъ это видно изъ ниже помѣщенной таблицы, шансы на коренное исцѣленіе по Wertheim'у—42,9%, слѣдовательно раза въ полтора лучше, чѣмъ при влагалищномъ способѣ, тогда какъ рискъ непосредственно умереть послѣ операціи—почти въ 15 разъ *большій*. Такъ какъ въ послѣднее время, благодаря усовершенствованной техникѣ расширеннаго влагалищнаго метода, возможно удалять не меньше клѣтчатки, чѣмъ при брюшностѣночномъ, то, въ виду значительно большей опасности этого послѣдняго, показанія къ примѣненію должны быть значительно сужены, тѣмъ болѣе, что съ другой стороны процентъ коренныхъ выздоровленій (на матеріалѣ Schauta) при расширенномъ влагалищномъ способѣ за послѣднее время нѣсколько повысился противъ прежняго.

#### Предсказаніе.

Въ отдѣлѣ показаній пришлось уже отчасти затронуть предсказаніе при Wertheim'овской операціи, такъ какъ при установкѣ показаній предсказаніе играетъ не послѣднюю роль: чѣмъ больше рискъ отъ операціи, тѣмъ больше приходится ограничивать и показанія къ ней, и при расширенномъ брюшностѣночномъ методѣ эта сторона вопроса выступаетъ особенно рельефно, такъ какъ, при огромномъ рискѣ умереть непосредственно послѣ операціи, шансы на коренное излеченіе лишь немногимъ больше, чѣмъ при другихъ много менѣе рискованныхъ оперативныхъ методахъ. Кажущееся преимущество метода, а именно, что операція вплоть до момента перерѣзки влагалища происходитъ при условіяхъ асептическихъ, на практикѣ не подтверждается, такъ какъ процентъ смертности отъ септическихъ процессовъ очень значительный. Не оправдало также надежды избѣгнуть пораненія или перерѣзки мочеточниковъ предложеніе предварительной ихъ препаровки, и процентъ подобныхъ пораненій выше, чѣмъ при другихъ способахъ. Такъ по статистикѣ Wertheim'a у этого автора общее число нарушеній цѣлости мочеточниковъ—10%, мочевого пузыря—тоже 10%. Кишечникъ поранень у 6 больныхъ, что составитъ 1,2%. Такимъ образомъ, общее число нарушеній цѣлости смежныхъ органовъ у названнаго автора наблюдалось изъ 500 операцій въ 106 случаяхъ (21,2%), т. е. больше, чѣмъ въ  $\frac{1}{3}$  всѣхъ оперированныхъ больныхъ. Подобныхъ крупныхъ недочетовъ не наблюдается при другихъ способахъ: такъ, въ моей дѣятельности пораненій при операціи рака матки вовсе не наблюдалось. При оцѣнкѣ показаній нельзя не отмѣтить, что названныя тяжкія пораненія сами по себѣ нерѣдко ведутъ къ смертельному исходу: у Wertheim'a отмѣчено 23 смертельныхъ случая или 12,7%. Помимо указаннаго выше, на матеріалѣ Wertheim'a отмѣчается громадный процентъ нагноенія брюшныхъ стѣнокъ (42,4%), при чемъ въ 20 случаяхъ (4%) отмѣчено выпаденіе внутренностей вслѣдствіе расхожденія брюшныхъ стѣнокъ. Получаемыя авторами неудачи при расширеніи показаній, связанномъ съ увеличеніемъ процента смертности, находятъ оправданіе лишь въ томъ, что весь вопросъ о расширенныхъ операціяхъ находится въ періодѣ изученія, и что, не-

смотря на полученные неудачи и ухудшение предсказанія, ими несомнѣнно руководило стремленіе отыскать болѣе цѣлесообразное оружіе въ борьбѣ съ столь тяжелымъ недугомъ, какъ ракъ матки.

#### **ОПЕРАЦІЯ ПРИ РАКѢ МАТКИ, ОСЛОЖНЕННОМЪ БЕРЕМЕННОСТІЮ.**

Осложненіе рака матки беременностью съ принципиальной стороны не вліяетъ ни на выборъ метода операціи, ни на показанія къ оперативному вмѣшательству; по существу моему мнѣнію, процессъ при беременности протекаетъ быстрѣе, и предсказаніе менѣе благопріятно, поэтому, гдѣ только имѣются данныя рассчитывать на коренное исцѣленіе, и гдѣ своды свободны отъ инфильтрата, тамъ интересы больной ставятся на первый планъ. Объ интересахъ же плода вообще рѣчь можетъ быть тогда, когда по сроку беременности онъ можетъ считаться жизнеспособнымъ, т. е. начиная съ восьмого луннаго мѣсяца. Такимъ образомъ представляется практичнымъ подраздѣлить всѣ случаи рака матки, осложненные беременностью, на достигшіе 8 мѣсяцевъ беременности и на стадіи болѣе раннія. Въ послѣдней категоріи съ практической стороны заслуживаютъ вниманія тѣ случаи, когда беременность превышаетъ три мѣсяца, такъ какъ въ болѣе раннихъ періодахъ, благодаря сочности, податливости и растяженію тканей, не смотря на увеличеніе объема органа, сама операція протекаетъ не труднѣе, чѣмъ при обычныхъ случаяхъ, не осложненныхъ беременностью. Въ болѣе позднихъ стадіяхъ беременности для успѣшнаго хода операціи представляется существеннымъ предварительно уменьшить объемъ беременной матки. Съ этой цѣлью во время хода операціи слѣдуетъ органъ предварительно опорожнить отъ содержимаго: проколомъ выпустить околоплодные воды и удалить плодъ цѣликомъ или по частямъ. Удобнѣе всего это сдѣлать послѣ того, какъ отдѣленъ отъ матки мочевоу пузырь и перевязаны основанія связокъ. Разрѣзомъ шейки по срединной линіи или клиновиднымъ изсѣченіемъ ея достигается полный просторъ для опорожненія ея полости. По удаленіи содержимаго спавшіяся стѣнки матки поддаются очень легко дальнѣйшему удаленію по общимъ правиламъ. Въ виду болѣе вялости тазовой мускулатуры и обычно нѣскольکو болѣе обширнаго отверстія въ сводахъ послѣ изсѣченія беременной матки, рекомендуется до тампонаціи предварительно нѣскольکو сузить наложеніемъ швовъ отверстіе, ведущее въ брюшную полость, и именно въ средней его части, чтобы имѣть возможность провести тампонъ къ наиболее отвѣтственнымъ участкамъ (культямъ). Много разъ оперируя при беременности въ 6—7 мѣс., я не могу не отмѣтить чрезвычайной легкости выполненія операціи съ технической стороны, что при другихъ равныхъ условіяхъ позволяетъ горячо рекомендовать производить ее описаннымъ способомъ. Такое «влагилицное кесарское сѣченіе» я поэтому счелъ себя въ правѣ рекомендовать, какъ естественно и логически само собой вытекающее изъ сопоставленія отдѣльныхъ техническихъ моментовъ, еще въ сентябрѣ 1894 г., когда современное влагилицное

кесарское сѣченіе (Dührssen), можно сказать, развѣ мелочами отличающееся от моего тогдашняго предложенія, еще не было извѣстно <sup>1)</sup>.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда по сроку беременности плодъ представляется жизнеспособнымъ, удаленію матки всегда должно предшествовать кесарское сѣченіе и преимущественно влагалищное, какъ значительно менѣе рискованное.

Интересы матери всегда должны ставиться на первый планъ, кромѣ случаевъ, въ которыхъ болѣзненный процессъ зашелъ уже на столько далеко, что на радикальное излеченіе больной нѣтъ никакой надежды.

Въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ беременность въ интересахъ плода довести, по возможности, до нормальнаго срока. При родоразрѣшеніи больной брюшно-стѣночное кесарское сѣченіе представляется наиболѣе выгодной операціей не только въ интересахъ плода, но часто и потому, что, въ силу распространенности процесса, способъ влагалищный представляется невыполнимымъ.

Если злокачественный процессъ былъ опредѣленъ въ послѣродовомъ періодѣ, то, согласно общему правилу, слѣдуетъ, не откладывая, подвергнуть больную коренной операціи удаленія матки. Въ такихъ случаяхъ я считаю наиболѣе цѣлесообразнымъ влагалищный путь, какъ путь наименѣе опасный (подобная операція мною произведена была еще въ 1885 г.), тѣмъ болѣе, что, благодаря податливости и доступности тканей, операція можетъ быть произведена съ особо широкимъ захватомъ смежныхъ тканей. Сравнительно труднымъ моментомъ является отдѣленіе мочевого пузыря, вслѣдствіе вялости маточныхъ стѣнокъ, почему этотъ моментъ долженъ обставляться особенно педантично (см. Общій отдѣлъ, отдѣленіе пузыря, стр. 203). Что же касается самаго удаленія матки, то оно производится очень легко путемъ разсѣченія матки по средней линіи, при постепенномъ ея подтягиваніи, или, въ крайнемъ случаѣ, путемъ кускованія.

#### **ОБЩІЯ ЗАМѢЧАНІЯ И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦѢНКА ОТДѢЛЬНЫХЪ ОПЕРАТИВНЫХЪ МЕТОДОВЪ.**

Излечимость оперативнымъ путемъ рака матки, особенно при пораженіи этимъ новообразованіемъ маточной шейки, далеко еще не достигла тѣхъ результатовъ, которые отмѣчаются при пораженіи тѣла. Если въ этой послѣдней категоріи случаевъ благопріятные результаты доведены чуть ли не до 100% излеченія, то при пораженіи шейки матки, можно сказать, не достигнуто еще и 50%. Во всякомъ случаѣ на основаніи уже имѣющихся данныхъ твердо устанавливается фактъ возможности несомнѣнной излечимости рака матки, что еще столь недавно считалось недостижимымъ. Этотъ отраднѣйшій фактъ добытъ путемъ хирургическаго воздѣйствія, которое въ настоящее время и представляется единственнымъ способомъ нашей борьбы

<sup>1)</sup> Таковая операція до меня была произведена при ракъ матки только Ассонсі, который, какъ извѣстно, оспаривалъ у Dührssen'a приоритетъ влагалищнаго кесарскаго сѣченія.

съ ракомъ; очевидно поэтому, что главное вниманіе наше было сосредоточено на наблюденіяхъ клиническаго вліянія хирургическаго леченія, разработкѣ методовъ и сравнительной ихъ оцѣнкѣ при разновидностяхъ проявленія раковыхъ заболѣваній. Патологическая анатомія въ практическую сторону дѣла внесла относительно лишь очень немного, если не считать приѣмовъ, связанныхъ съ распознаваніемъ заболѣванія злокачественнымъ процессомъ вообще и отчасти степени его злокачественности. Усиленное дѣленіе ядеръ, разнообразіе каріокинетическихъ фигуръ ихъ—вотъ почти единственные признаки, которыми мы располагаемъ, и если эти скудныя свѣдѣнія все таки намъ служатъ подспорьемъ для оцѣнки случая и дальнѣйшаго предсказанія, то нельзя не сознаться, что пока наши дѣйствія и заключенія носятъ главнымъ образомъ эмпирической характеръ. Самый хирургическій принципъ при операціи рака—захватывать какъ можно больше окружающихъ тканей—представляется нагляднымъ выраженіемъ этого эмпиризма. Въ леченіи рака матки этотъ принципъ впервые получилъ надлежащее подтвержденіе, когда стали при ракъ удалять *всю* матку. Этотъ приѣмъ, оказавшійся вполнѣ удовлетворительнымъ при пораженіи тѣла матки, при ракъ шейки оказался не вполнѣ состоятельнымъ. Въ виду этого и начались дальнѣйшія эмпирическія изысканія, давшія въ настоящее время очень цѣнный матеріалъ, охватывающій цѣлыя серіи случаевъ, оперированныхъ по различнымъ методамъ, въ анатомическомъ отношеніи систематизированныхъ; это придаетъ большое значеніе уже теперь накопившемуся матеріалу, въ которомъ обнаружены ошибки и неудачи подчасъ не менѣе поучительныя, чѣмъ достигнутые успѣхи. Такъ, подтверждая вѣрность хирургическаго принципа широкаго захвата и улучшивъ при различныхъ методахъ шансы кореннаго излеченія въ полтора раза (1,5) противъ простой экстирпаціи, мы убѣдились, что, независимо отъ громаднаго риска, этому методу долженъ быть положенъ извѣстный предѣлъ, такъ какъ рекомендованное удаленіе железъ не оправдало возлагаемыхъ на него надеждъ. Отказавшись отъ этого приѣма, мы несомнѣнно понизили и рискъ отъ соотвѣтственной операціи такъ называемыхъ запущенныхъ случаевъ, гдѣ процессъ завѣдомо уже захватилъ околоматочную клѣтчатку, т. е. отъ такихъ случаевъ, гдѣ вмѣшательство хирурга не можетъ рассчитывать на радикализмъ и представляетъ лишь приѣмъ палліативный. Матеріалъ, теперь имѣющійся въ нашемъ распоряженіи, даетъ право на подобный выводъ уже въ настоящее время. Подобный матеріалъ удалось получить потому, что операторы пробовали оперировать всякій случай, гдѣ только это было возможно выполнить, при чемъ такой образъ дѣйствій находилъ оправданіе въ желаніи дать больнымъ, обреченнымъ на вѣрную гибель, хотя бы ничтожный шансъ на спасеніе,—операбельность расширяли до крайнихъ предѣловъ. Подобныя попытки допустимы, если съ ними связанъ ничтожный рискъ, но безусловно подлежатъ осужденію, если сопряжены съ большой опасностью. При оцѣнкѣ накопившагося матеріала, если стремиться выработать наивыгоднѣйшія показанія для больныхъ отъ примѣненія различныхъ способовъ, необходимо сдѣлать соотвѣтственныя поправки и, такъ сказать, установить границы примѣне-



нія каждого способа въ отдѣльности; при такихъ условіяхъ и оцѣнка каждого оперативнаго способа существенно должна измѣниться. Начну съ расширеннаго брюшностѣночнаго способа, дающаго въ настоящее время наихудшіе первичные и наилучшіе отдаленные результаты. Этотъ способъ и въ томъ и другомъ отношеніяхъ выиграетъ, если отказаться отъ операціи вышеупомянутыхъ запущенныхъ случаевъ, особенно съ пораженьемъ железъ, иначе говоря, если операбельность его будетъ понижена, и мы сознательно отнесемъ къ тому, что есть предѣлъ въ коренномъ излеченіи рака въ зависимости отъ степени его распространенія; или, продолжая примѣнять этотъ способъ, всѣ случаи будемъ по крайней мѣрѣ дѣлить на двѣ категоріи: признаваемые излечимыми и, съ другой стороны, безнадежные и запущенные, давая при этомъ параллельно и два ряда выводовъ. Въ послѣдней категоріи случаевъ результатъ обязательно ухудшится: первичная смертность будетъ бѣльшая, процентъ коренныхъ исцѣленій почти сойдетъ на нѣтъ; зато въ первой категоріи несомнѣнно, при уменьшеніи процента первичной смертности, рѣзко подыметъ число радикальныхъ исцѣленій. Къ слову долженъ сказать, что на основаніи своего личнаго оперативнаго опыта я никакъ не могу мириться съ тѣмъ громаднымъ процентомъ непосредственной смертности, который въ настоящее время фигурируетъ въ отчетахъ отдѣльныхъ авторовъ, придерживающихся брюшностѣночнаго метода, особенно если взять въ расчетъ, что операція брюшностѣночнаго расширеннаго удаленія матки представляется болѣе типичной, и всѣ отдѣльные моменты операціи предусмотрѣны и изучены. Впрочемъ, какъ извѣстно, у отдѣльныхъ авторовъ процентъ смертности уже теперь пониженъ на половину, до 20% (вышеприведенныхъ мною). Конечно, такая разница въ результатахъ кроется въ несоблюденіи тѣхъ или иныхъ пріемовъ асептики или неудачнаго выполненія и выбора отдѣльныхъ частныхъ оперативной техники, какъ это наблюдается, впрочемъ, и при влагалищномъ методѣ: у нѣкоторыхъ авторовъ процентъ смертности не превышаетъ 2%, у другихъ онъ близокъ къ 10%. Если при разбираемомъ методѣ, дающемъ пока наибольшій процентъ коренныхъ исцѣленій, достигнуть ничтожной первичной смертности, то этимъ будетъ несомнѣнно сдѣланъ крупный шагъ впередъ.

Обратимся теперь къ такъ называемой простой экстирпаціи. Если тоже отрѣшиться отъ тенденціи оперировать завѣдомо запущенные случаи, то % коренныхъ выздоровленій несомнѣнно замѣтно улучшится. Удастся ли понизить замѣтно первичную смертность, это большой вопросъ, такъ какъ она и теперь доведена до очень низкихъ чиселъ—1%—2%. Но можно впередъ сказать, что въ смыслѣ коренныхъ результатовъ этотъ методъ никогда не сравнится съ брюшностѣночнымъ, такъ какъ при немъ околоматочной клѣтчатки удаляется значительно меньше, по крайней мѣрѣ въ верхнихъ отдѣлахъ, а слѣдовательно онъ представляется менѣе радикальнымъ, и лишь съ усовершенствованіемъ этой его стороны онъ можетъ приравняться къ брюшностѣночному. Эта сторона вопроса послѣднее время, впрочемъ, обратила на себя особое вниманіе гинекологовъ, которые не перестаютъ трудиться надъ усовершенствованіемъ именно этой стороны оперативной техники, достиг-

шей значительнаго развитія, благодаря особенно усовершенствованіямъ, предложеннымъ Schauta, Staude и др. Коренные результаты улучшились, и несомнѣнно, что въ отдѣльныхъ случаяхъ при расширенномъ влагалищномъ методѣ удастся вмѣстѣ съ маткой удалить подчасъ не меньше клѣтчатки, чѣмъ при брюшностѣночномъ (см. рис. 279),—залогъ къ уравнию съ брюшностѣночнымъ методомъ по отношенію къ кореннымъ отдаленнымъ результатамъ. На все еще большую первичную смертность (у Schauta она сведена съ прежнихъ 11,1% на 8,9% и послѣднее время до 4,6%) можно смотрѣть еще болѣе оптимистично, чѣмъ при брюшностѣночныхъ операціяхъ, такъ какъ на основаніи личнаго моего опыта при влагалищныхъ операціяхъ вообще и при той системѣ, которая практикуется въ моей клиникѣ, можно съ увѣренностью рассчитывать на уменьшеніе смертности до 2%, какъ это уже и осуществлено. Если придерживаться вышеприведенной сравнительной оцѣнки по крайней мѣрѣ при современномъ развитіи вопроса, нужно предпочесть преимущественно передъ остальными влагалищный расширенный методъ, такъ какъ онъ при наименьшей смертности даетъ возможность удалить вмѣстѣ съ маткой подчасъ не меньше клѣтчатки, чѣмъ брюшностѣночный, и поэтому въ этомъ направленіи необходимо развивать дальнѣйшія усовершенствованія. Къ такому выводу насъ приводятъ и гуманныя соображенія. Судя по моему матеріалу (лишь приближающемуся къ современному расширенному способу), врядъ ли можетъ быть колебаніе при выборѣ способа между брюшностѣночнымъ и расширеннымъ влагалищнымъ, такъ какъ первый представляетъ почти въ 15 разъ большій рискъ умереть во время операціи, чтобы пріобрѣсти лишь въ 1,5 разъ больше шансовъ на коренное излеченіе; и если это преимущество при брюшностѣночномъ методѣ покупается цѣною многихъ жертвъ въ интересахъ переживающихъ пятилѣтній срокъ, то невольно возникаетъ вопросъ: на столько ли блестящ активъ операціи, чтобъ покрыть ея пассивъ, не говоря уже о цѣнности каждой жизни въ отдѣльности? Приведенныя ниже таблицы сравнительной оцѣнки результатовъ, достигнутыхъ по разнымъ оперативнымъ методамъ, выражаютъ наглядно преимущества и недостатки различныхъ сторонъ приводимыхъ способовъ. Для сравненія мною взяты лишь тѣ авторы, которые, придерживаясь соответственнаго способа, достигли наилучшихъ результатовъ. Таблицы эти, въ свое время составленныя мною для Международнаго Съѣзда въ Будапештѣ, въ настоящее время являются пополненными и исправленными согласно публикаціямъ, появившимся впоследствии <sup>1)</sup>.

Всѣ приведенныя выше соображенія, конечно, относятся лишь къ современной постановкѣ хирургической терапіи рака матки. Если бы суждено было отказаться отъ современнаго увлеченія расширять показанія къ операціи часто вопреки даннымъ клиническимъ и патологической анатоміи, а иногда даже и здравому смыслу, то несомнѣнно получились бы цифры иного значенія и характера. Предсказать, въ какую сторону онѣ выльются, конечно очень трудно,

<sup>1)</sup> См. Труды XVII Международнаго Съѣзда въ Лондонѣ въ 1913 г.

но мы без всякаго сомнѣнія получили бы цифры, противоположныя господствующему крайнему направленію, которыя бы освѣтили вопросъ съ другой стороны и во всякомъ случаѣ были бы ближе къ гуманнымъ цѣлямъ и менѣе дискредитировали бы наши оперативные приемы.

Думается, что, предпринимая тотъ или иной рискованный ультра-расширенный приемъ, мы во всякомъ случаѣ, гдѣ это только возможно, должны получить вполне сознательное согласіе больныхъ, дающее намъ право примѣнять операцію, до крайности опасную и рискованную. Если подобнаго сознательнаго отношенія со стороны больной получить не представляется возможнымъ, то на врача всецѣло ложится тяжелая отвѣтственность выбора метода операціи. Когда, мы взвѣсимъ всѣ данныя каждаго отдѣльнаго случая, чувство гуманности подскажетъ намъ, что выгоднѣе—палліативнымъ ли вмѣшательствомъ дать возможность больной просуществовать болѣе или менѣе сносно еще извѣстный срокъ времени, или же ради ничтожнаго шанса на коренное исцѣленіе подвергать ее риску смертельной операціи?

Таблица 1-я. Непосредственные результаты.

Оперативный методъ.	Расширенные способы.		Обыкновенный (?) влагалищный способъ.
	Чревосъченіемъ.	Влагалищнымъ путемъ.	
Операторъ.	Wertheim.	Schauta (по 1910 г.).	Оттъ (по 1913 г.).
1. Общее число оперированныхъ, страдавшихъ ракомъ шейки матки . . . . .	500	445	345
2. Число смертныхъ случаевъ послѣ операціи . . . . .	97	40	6
3. Процентъ смертности . . . . .	19,4%	8,9%	1,7%
4. Число нарушеній цѣлости мочеточника (Kontinuitätstrennungen) . . . . .	50 10%	16 3,5%	0,0%
5. Число нарушеній цѣлости мочевого пузыря . . . . .	50 10%	25 5,6%	0,0%
6. Число нарушеній цѣлости кишечнаго тракта . . . . .	6 1,2%	5 1,1%	0,0%
7. Общее число нарушеній цѣлости смежныхъ органовъ (Kontinuitätstrennungen).	106 21,2%	46 10,3%	0,0%
8. Процентъ нагноеній брюшной стѣнки . . . . .	42,4%	—	—
9. Число расхожденій брюшной стѣнки съ выпаденіемъ внутренностей . . . . .	20 4%	—	—
10. Число незаконченныхъ операцій . . . . .	79 13,6%	26 5,5%	—

Таблица 2-я. Отдаленные результаты.

Оперативный методъ.	Расширенные способы.		Обыкновенный (?) влагалитный способъ.
	Чревосъченіемъ.	Влагалищнымъ путемъ.	
Операторъ.	Wertheim.	Schauta (по 1911 г.).	Оттъ (по 1913 г.).
1. Число оперированныхъ не менѣе 5 лѣтъ назадъ . . . . .	250	258	295
2. Число смертныхъ исходовъ послѣ операціи . . . . .	63 25,2%	29 11,2%	5 1,7%
3. Процентъ операбельности за тотъ же періодъ (O) . . . . .	43,2%	54%	42,8% <sup>1)</sup>
4. Остались послѣ операціи въ живыхъ . . . . .	187	229	290
5. Число случаевъ погибшихъ до истеченія 5 лѣтъ безъ рецидива . . . . .	3	5	3
6. Число случаевъ, гдѣ исходъ остался неизвѣстнымъ (безъ вскрытія или свѣдѣній) . . . . .	4	12 <sup>2)</sup>	41
7. Число оперированныхъ, прослѣженныхъ послѣ операціи въ теченіе 5 и болѣе лѣтъ . . . . .	180	172 <sup>2)</sup>	246
8. Число излеченныхъ кореннымъ образомъ (D) . . . . .	106 57,6%	85 37,9%	84 34,1%
9. Процентъ сохраненныхъ жизнью въ 5-лѣтній срокъ изъ всего числа оперированныхъ (D) . . . . .	42,9%	33,6%	28,7%
10. Число случаевъ коренного выздоровленія на 1 смертный случай . . . . .	1,7 : 1	< 3 : 1	17 : 1
11. Сравнительная вѣроятность смертнаго исхода въ пропорціональныхъ числахъ.	14,8	6,6	1,0
12. Сравнительная вѣроятность коренного выздоровленія въ пропорціональныхъ числахъ . . . . .	1,5	1,1	1,0

1) За 1908 г.

2) Число случаевъ по 1910 г.

### ОПЕРАЦІИ РАКА ЗАВЪДОМО ПАЛЛІАТИВНЫИ.

Подобныя операціи предпринимаются лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, благодаря очень значительному поражению раковымъ процессомъ, уже нѣтъ никакой возможности, вслѣдствіе распространенія новообразованія, рассчитывать на достиженіе однимъ изъ вышеописанныхъ методовъ коренного исцѣленія. Подобныя палліативныя операціи преслѣдуютъ цѣль—путемъ устраненія или уменьшенія болѣзненныхъ симптомовъ оказать благопріятное воздѣйствіе на дальнѣйшее теченіе болѣзни и на самочувствіе больныхъ. Такъ какъ при запущенныхъ формахъ рака эти симптомы сводятся главнымъ образомъ къ кровопотерямъ, зловоннымъ истеченіямъ и болямъ, то на эти симптомы и направлены наши мѣропріятія, причемъ слѣдуетъ отмѣтить, что съ первыми двумя указанными симптомами—кровопотерями и гнилостными истеченіями—иногда удается справиться настолько удовлетворительно, что больныя даже считаютъ себя въ теченіе извѣстнаго срока какъ бы совершенно излеченными. Про симптомъ болевыхъ ощущеній этого сказать нельзя, и оперативное вмѣшательство въ этомъ отношеніи иногда почти вовсе не приноситъ пользы, уступая первенство употребленію морфія.

Такъ какъ кровотеченія и выдѣленія (зловонныя) находятся въ зависимости отъ разрастающихся массъ новообразованія, крайне мало стойкихъ, легко изъязвляющихся, гангренизирующихъ и т. п., то наше вмѣшательство сводится къ возможно полному и совершенному удаленію этихъ массъ съ послѣдовательнымъ прижиганіемъ. Техническая сторона этого пріема ничѣмъ не отличается отъ уже описаннаго выше (стр. 384) при подготовительной дезинфекціи раковыхъ больныхъ къ кореннымъ операціямъ, но такъ какъ приходится имѣть дѣло съ болѣе запущенными случаями, то во время производства выскабливанія и особенно послѣдовательнаго прижиганія приходится быть очень осторожнымъ, чтобы при скобленіи и прижиганіи не нарушить цѣлости смежныхъ полыхъ органовъ, какъ то: пузыря, кишечника или брюшины. Во избѣжаніе этого никогда не слѣдуетъ надавливать въ подозрительныхъ случаяхъ наконечникомъ прижигателя, а пользоваться главнымъ образомъ лучистой теплотой. Само собой понятно, что актъ прижиганія долженъ быть такъ обставленъ, чтобы смежныя здоровыя части не подвергались ожогамъ, для чего онѣ должны быть отодвинуты въ сторону зеркалами, и къ тому же лучше всего деревянными. Съ той же цѣлью прижиганіе должно чередоваться съ промываніями дезинфицирующими жидкостями относительно низкой температуры. Наблюдаемое обычно при соскабливаніи раковыхъ массъ кровотеченіе останавливается послѣдовательнымъ прижиганіемъ; въ случаяхъ артеріальной кровопотери, не поддающейся жару, приходится иногда прибѣгнуть къ обкалыванію соотвѣтственнаго мѣста: Паренхиматозное кровоотдѣленіе, какъ впрочемъ иногда и артеріальное, обыкновенно хорошо прекращается подъ вліяніемъ всегда примѣняемой послѣдователь-

ной плотной тампонаціи. Вложенные тампоны мѣняются по мѣрѣ надобности. Если удалось хорошо удалить раковыя разрощенія, то получается по истеченіи короткаго срока хорошо гранулирующая поверхность, иногда даже покрывающаяся плоскимъ эпителиемъ, благодаря чему наступаетъ полное благосостояніе больныхъ. При послѣдовательномъ новомъ разрощеніи раковыхъ образованийъ вышеуказанный приемъ соскабливанія и прижиганія можетъ быть вновь повторенъ. Вполнѣ понятно, что удаленіе кровоточивыхъ и омертвѣвающихъ массъ имѣеть слѣдствіемъ устраненіе или уменьшеніе кровяныхъ или ихорозныхъ выдѣленій; но, помимо того, этотъ приемъ ведетъ и къ прекращенію болевыхъ ощущеній, что, въ свою очередь, зависитъ отъ устраненія непосредственнаго сдавленія нервныхъ образованийъ разрастающимися массами; кромѣ того, этимъ же приемомъ достигается уменьшеніе реактивнаго инфильтрата, тоже вызывающаго сдавленіе нервовъ и обусловленнаго и поддерживаемаго всасываніемъ гниlostнаго распада. Въ виду этого, помимо наркотиковъ, на боли, вызванныя воспалительнымъ инфильтратомъ, подчасъ очень недурно вліяютъ назначаемые въ подобныхъ случаяхъ и горячіе влагаліщные души.

Предложенныя въ послѣднее время фульгурація (Keating Hart) и электрокоагуляція (Doуen) не оправдали возлагавшихся на нихъ надеждъ, что доказано и экспериментальными изслѣдованіями, произведенными въ нашемъ Институтѣ Р. Г. Лурье <sup>1)</sup>.

Операция  
при рециди-  
вахъ.

За послѣднее время, особенно въ нѣмецкой литературѣ, раздаются голоса за необходимость повторнаго оперативнаго вмѣшательства при рецидивахъ, появляющихся послѣ перенесенныхъ больными т. наз. коренныхъ операций. Fran z описываетъ случай, гдѣ онъ, послѣ сдѣланной имъ операціи по Wertheim'у, послѣдовательно дважды произвелъ чревосѣченіе для удаленія рецидивировавшаго новообразованія, причемъ больная послѣ послѣдняго вмѣшательства нѣсколько лѣтъ чувствовала себя хорошо, и новаго рецидива обнаружено не было. Несомнѣнно подобныя наблюденія заслуживаютъ полнаго вниманія; и теоретически возможно допустить въ отдѣльныхъ случаяхъ достиженіе благопріятныхъ результатовъ, но, конечно, дѣлать въ этомъ отношеніи какія-либо обобщенія было бы крайне неосновательно, между прочимъ въ виду лишь единичныхъ наблюденій. Современное, однако, положеніе вопроса о раковомъ процессѣ a priori даетъ намъ право при появленіи рецидивовъ держаться очень неблагоприятнаго прогноза и поэтому требовать болѣе научно-обоснованныхъ показаній къ операціи, чѣмъ это теперь имѣеть мѣсто.



<sup>1)</sup> Р. Лурье.—Action du Radium, des R. X., de la fulguration et de l'électrocoagulation sur les tumeurs des souris. Travaux du V Congrès internat. d'obst. et de gynéc., St. Pétersbourg, 1910. Vol. II.

## ОВАРИОТОМІЯ.

Первая ovariectomy была произведена въ 1809 г. въ Кентукки Мс. Down'емъ, введена же она въ хирургическую практику благодаря Spencer Wells'у въ Лондонѣ и Koeberlé во Франціи. Первые попытки у насъ въ Россіи Северина-Галензовскаго въ Вильнѣ (въ 1827 г.), Ванцетти въ Харьковѣ (въ 1848 г.) и Гартмана въ Гельсингфорсѣ (въ 1849 г.) — были неудачны, и только въ 1862 г. А. Я. Крассовскимъ въ Петербургѣ была произведена первая овариотомія съ благопріятнымъ исходомъ.

Подъ именемъ овариотоміи принято понимать удаление яичника, пораженного новообразованиемъ. Удаление здоровыхъ яичниковъ носитъ названіе кастраціи <sup>1)</sup>. Удаление только пораженной части съ оставленіемъ здоровой ткани называется резекціей яичника. Къ операціямъ съ сохраненіемъ органа относятся также пункція мелкихъ кистъ яичника, выжиганіе полости небольшой кисты приборомъ Rasquelin'a (cauterisatio), разрѣзъ кисты и нѣкоторыя другія. О неполной овариотоміи скажемъ отдѣльно.

### ПОКАЗАНІЯ.

Въ современной гинекологіи къ удаленію яичника служитъ обыкновенно показаніемъ пораженіе его новообразованиемъ, происходящимъ или изъ его паренхимы или изъ стромы, какъ доброкачественнаго, такъ и злокачественнаго характера. Къ паренхиматогеннымъ относятся опухоли эпителиальнаго типа, какъ доброкачественныя—кисты, кистомы железистыя и сосочковыя, такъ и злокачественныя—раки.

Къ строматогеннымъ надо отнести доброкачественныя —фиброміомы и папилломы—и злокачественныя—саркомы, эндотеліомы и миксомы. Рѣдко встрѣчающіяся ангиомы, энхондромы, остеомы—опухоли строматогенныя. Показаніемъ къ удаленію органа часто служатъ и опухоли, развивающіяся изъ остатковъ зародышевой жизни, paroovarium'a (органа Rosenmüller'a, epoophoron Waldeyer'a) и изъ paroopho-

<sup>1)</sup> Въ прежнія и еще недавнія времена эта операція часто производилась по поводу фиброміомъ матки. Литература и исторія этого вопроса собрана въ диссертациі Н. М. Какушкина: „О хирургическихъ способахъ леченія фиброміомъ матки“ изъ клиники Д. О. Отта.



гон'а. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ удаётся удалить опухоль, сохранивъ яичникъ; это особенно касается пароваріальныхъ опухолей, даже развивающихся межсвязочно и не образующихъ никакой ножки. Далѣе dermoid'ы служатъ также показаніемъ къ операціи. Констатированіе опухоли яичника уже служить показаніемъ къ оперативному вмѣшательству, и чѣмъ раньше новообразование будетъ удалено, тѣмъ лучше прогнозъ. Исключеніемъ изъ этого, признаннаго почти всѣми гинекологами, правила служатъ только воспалительныя кисты, развивающіяся на почвѣ сращеній. При этихъ послѣднихъ показаніе къ операціи слагается изъ симптомовъ, которые онѣ даютъ, ихъ клиническаго теченія и безрезультатности неоперативнаго леченія (бальнеотерапіи, массажа и т. д.).

Злокачественность опухоли.

Возможно раннее удаленіе злокачественныхъ опухолей является необходимымъ на основаніи общихъ хирургическихъ принциповъ, такъ какъ злокачественныя новообразованія яичниковъ—карциномы, саркомы и др. имѣютъ всѣ особенности этихъ опухолей въ другихъ органахъ: неограниченный ростъ, образованіе метастазовъ и быстрое пораженіе жизни.

Доброкачественныя опухоли.

Но и доброкачественныя опухоли яичника показываютъ возможно раннее удаленіе. Эти новообразованія (пролиферирующія кистомы) растутъ беспредѣльно и вызываютъ, достигнувъ извѣстной величины, опасныя для жизни состоянія, требующія настоятельно оперативнаго леченія. Такъ даже еще оставаясь въ маломъ тазу и достигнувъ извѣстныхъ размѣровъ, опухоли яичника вызываютъ цѣлый рядъ явленій сдавленія смежныхъ органовъ (пузыря, прямой кишки) съ соответственными физиологическими расстройствами (задержанное мочеиспусканіе, механическіе запоры и т. д.).

Давленіе на смежные органы.

Но если даже такая опухоль безпрепятственно выходитъ въ большой тазъ и, продолжая расти, достигаетъ величины матки въ срочную беременность, она вызываетъ растяженіе брюшныхъ покрововъ, иногда съ расширеніемъ пупочнаго кольца и часто съ образованіемъ пупочной грыжи, отекомъ кожи живота. Сдавленіе кишечныхъ петель большою опухолью разстраиваетъ пищевареніе; сдавленіе мочеоточника грозитъ гидронефрозомъ, а иногда и уреміей. Дальнѣйшее увеличеніе кистомъ ведетъ къ прижатію большихъ венъ брюшной полости, что въ свою очередь вызываетъ отекъ нижнихъ конечностей, появленіе асцита, ишурію. Сращенія съ передней брюшной стѣнкой, сальникомъ и т. д.—довольно частое явленіе при кистахъ такой величины. Дальнѣйшее увеличеніе опухоли вызываетъ измѣненіе въ органахъ дыханія и кровообращенія со всѣми послѣдствіями нарушенія функціи этихъ важныхъ для жизни органовъ, съ глубокимъ расстройствомъ питанія всего организма (см. рис. 293).

Механическія расстройства.

Сращенія.

Асцитъ.

Въ сосочковыхъ кистамахъ сосочки при быстромъ ихъ ростѣ могутъ, выполняя полости кистомы и продырявливая стѣнку, появиться на наружной поверхности опухоли. Такіе сосочки могутъ давать и диссеминаціи по брюшинѣ, вызывая скопленіе асцитической жидкости въ животѣ. Папиллярныя кистомы относительно легко переходятъ въ злокачественныя опухоли.



Рис. 293. Женщина съ огромной кистою яичника, послѣ того, какъ труакаръ было выпущено изъ нея 2 ведра жидкости.

Перекру-  
чиваніе  
ножки.

Изъ осложненій, угрожающихъ жизни больной при наличности кистомы яичника, мы должны поставить на первомъ планѣ перекручиваніе ножки. Теченіе и результаты такого перекручиванія весьма различны—отъ венозной гипереміи опухоли, мѣстныхъ небольшихъ воспалительныхъ процессовъ и незначительныхъ сращеній опухоли до кровотечения въ полость кисты, разрывовъ кисты, гангрены опухоли и общаго перитонита, быстро убивающаго больную. Грозящее такими осложненіями перекручиваніе наблюдается гораздо чаще, чѣмъ это принималось прежними авторами.

Кромѣ другихъ причинъ измѣненіе давленія въ брюшной полости, особенно быстро происходящее, какъ, напримѣръ, при беременности и родахъ, въ послѣ-родовомъ періодѣ есть частая причина перекручиванія ножки.

Конечно послѣдствія такого перекручиванія будутъ различны въ зависимости отъ быстроты его происхожденія и интенсивности сжатія въ ножкѣ кровеносныхъ сосудовъ. Въ то время, какъ происходящая медленно торзія можетъ, не давая рѣзкихъ симптомовъ, повести даже къ полному откручиванію ножки, быстро возникшее перекручиваніе даетъ явленія сильнаго раздраженія брюшины. Если ножка перекручена настолько, что сдавлены только болѣе тонкостѣнные сосуды—вены, то получается венозный стазъ въ опухоли, отекъ ея, часто кровоизліяніе въ нее. Если же ножка перекручена такъ, что сдавливаются и артеріи, то опухоль лишается своего питанія, а это ведетъ къ явленіямъ уже бурнаго перитонита, слѣдствіемъ котораго являются сращения по всей поверхности съ кишечными петлями, стѣнкой живота, сальникомъ, съ брюшиной и со смежными органами.

Кровотече-  
ніе въ по-  
лость ки-  
сты.

Разрывы  
кисты.

Нагноеніе  
опухоли.

Кромѣ перекручиванія ножки, для кровотечения въ полость кисты существуютъ и другія причины (разрывы перегородокъ при ростѣ опухоли, травматическія причины и т. д.). Подъ вліяніемъ травмы наблюдались и разрывы кистъ. Дегенеративные процессы, главнымъ образомъ жировое перерожденіе въ стѣнкахъ опухоли благопріятствуютъ разрыву кисты.

Изъ другихъ осложненій очень грозными являются нагноеніе и распадъ тканей опухоли, что можетъ, между прочимъ, имѣть мѣсто и при протекающихъ не асептично послѣродовыхъ процессахъ. Операція при такихъ осложненіяхъ представляетъ часто массу техническихъ затрудненій и даетъ понятнымъ образомъ значительно худшій прогнозъ.

Злокаче-  
ственное  
перерожде-  
ніе.

Надо помнить о возможности злокачественнаго перерожденія опухоли. Вообще частота злокачественныхъ новообразованій яичника очень велика, и можно считать, что каждая 5-я опухоль злокачественно перерождена <sup>1)</sup>; дифференціальная же діагностика далеко не всегда возможна.

<sup>1)</sup> *Е. П. Улезко-Строганова* по матеріалу Клинико-Гин. Института приводит за послѣдніе 4 года на 202 опухоли яичника—10 солидныхъ и 192 кисты. Изъ кистъ было: 86 простыхъ однополостныхъ, 31 дермоидъ, 53 пролиферирующихъ кистомъ (20 сосочковыхъ и 33 железистыхъ) и 22 раково-перерожденныхъ. Русскій Врачъ 1913 г. № 18.

Чаще всего бываетъ карцинома;  $\frac{3}{4}$  случаевъ злокачественныхъ опухолей приходится на раковыя новообразованія.

На основаніи всего вышесказаннаго можно дѣйствительно признать, что *разъ распознана опухоль яичника—это уже служитъ показаніемъ къ оперативному ея удаленію*. Этотъ тезисъ за послѣднее время нашелъ себѣ еще большее подтвержденіе со введеніемъ въ число оперативныхъ методовъ влагалищнаго чревосѣченія.

### ПРОТИВОПОКАЗАНІЯ.

По мѣрѣ того, какъ все рельефнѣе выступало положеніе, что діагнозъ новообразованія яичника составляетъ уже показаніе къ оперативному вмѣшательству—число противопоказаній все падало, и въ настоящее время они встрѣчаются въ исключительныхъ случаяхъ.

Всѣ противопоказанія къ оваріотоміи можно раздѣлить на абсолютныя и временныя. Абсолютными противопоказаніями считаются заболѣванія, осложняющія присутствіе опухоли и заставляющія отказать совершенно отъ оперативнаго вмѣшательства; ко временнымъ относятся тѣ состоянія организма, при которыхъ оперативное леченіе должно быть отложено до болѣе благопріятныхъ условій.

Абсолютныя противопоказанія

Абсолютными противопоказаніями слѣдовательно являются тяжелыя разстройства важныхъ для жизни органовъ, грозящія въ близкомъ будущемъ летальнымъ исходомъ; сюда надо отнести пораженія органовъ дыханія, кровообращенія и почекъ въ той стадіи, гдѣ наличность пораженія ведетъ къ смертельному исходу. Надо при этомъ, однако, замѣтить, что наличность такихъ даже заболѣваній, какъ туберкулезъ, пораженіе сердечныхъ клапановъ и нефритъ, сама по себѣ не служитъ противопоказаніемъ къ оперативному вмѣшательству, и оваріотомія даже уменьшаетъ опасность для жизни, вызванную со стороны этихъ осложняющихъ заболѣваній. Все въ этихъ случаяхъ зависитъ отъ степени развитія процесса и общаго состоянія организма. Асцитъ и выпотной плевритъ, осложняющій асцитъ, тоже не должны заставлять оператора отказываться отъ оперативнаго вмѣшательства. Такія изліянія въ плевру могутъ исчезать, если устранена причина асцита, т. е. сама опухоль (конечно, если дѣло идетъ не о злокачественной опухоли и метастазахъ въ плевральномъ мѣшкѣ). Далѣе, маразмъ, рѣзко выраженный и особенно старческій, заставляютъ воздержаться отъ оперативнаго пособія.

Возрастъ же самъ по себѣ не составляетъ противопоказанія къ операціи. Въ литературѣ извѣстно очень много случаевъ, гдѣ чревосѣченіе для удаленія кисты производилось у старухъ съ блестящими результатами; и въ нашей клиникѣ имѣются случаи оперативнаго вмѣшательства у женщинъ 76—78 лѣтъ, благопріятно протекашіе.

Въ дѣтскомъ возрастѣ извѣстно также не мало случаевъ удачно оперированныхъ кистъ (Küstner, Schröder, Römer, у насъ въ отечественной литературѣ

Оттъ, Феноменовъ и др.). Все же въ дѣтскомъ возрастѣ результаты операцій далеко не такъ блестящи, какъ у взрослыхъ, что отчасти зависитъ оттого, что операціи вообще въ первые годы жизни переносятся хуже, а главнымъ образомъ оттого, что большая часть опухолей, требующихъ настоящей операціи въ этотъ періодъ жизни, злокачественнаго характера (Alibert, Rothfuchs).

Къ противопоказаніямъ въ прежнее время относили цѣлый рядъ анатомическихъ условій, но съ теченіемъ времени, съ развитіемъ хирургической техники, эти осложненія были преодолены и вычеркнуты изъ числа моментовъ, заставлявшихъ хирурга отказаться отъ примѣненія ножа. Таковыми неблагоприятными условіями считались, на примѣръ—интерлигаментарное расположеніе опухоли, сильныя и распространенныя сращения и пр. Конечно, съ развитіемъ хирургической техники случаи неоконченныхъ и неполныхъ оваріотомій стали въ жизни всѣхъ клиникъ рѣдкостью. Гораздо труднѣе разрѣшается вопросъ о злокачественныхъ опухоляхъ. Въ случаяхъ метастазовъ и при обширныхъ пораженіяхъ и теперь приходится иногда ограничиться пробнымъ чревосѣченіемъ; но и въ такихъ горькихъ случаяхъ ясное представленіе объ анатомическихъ отношеніяхъ и возможности вмѣшательства, а часто и распознаваніе злокачественной природы опухоли становятся очевидными только по вскрытіи брюшной полости. Конечно, даже и въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ попытаться удалить опухоль; если прогнозъ этихъ оваріотомій и значительно хуже, то надо помнить, что это единственное средство спасти больную отъ неизбѣжной гибели. Только полное сознаніе въ невыполнимости операціи можетъ заставить хирурга остаться при покойномъ сознаніи выполненнаго долга. Иногда пробное чревосѣченіе является лечебной, хотя и палліативной мѣрой, давая возможность вывести жидкость изъ брюшной полости, если опухоль осложнена асцитомъ. Вопросъ,—когда приходится ограничиться только пункцией живота для опорожненія асцита или когда лучше сдѣлать разрѣзъ,—рѣшается клиническимъ опытомъ и изученіемъ даннаго случая.

Временныя  
противопо-  
казанія.

Маразмъ, встрѣчающійся при запущенныхъ случаяхъ доброкачественныхъ опухолей, не можетъ считаться противопоказаніемъ къ оперативному вмѣшательству. Впрочемъ, такіе случаи все рѣже и рѣже встрѣчаются съ развитіемъ хирургической помощи.

Противопоказанія, заставляющія отложить на время операцію, могутъ быть или со стороны общаго состоянія организма, или со стороны половой сферы.

Со стороны общаго состоянія организма къ преходящимъ противопоказаніямъ надо отнести лихорадочныя общія инфекціонныя болѣзни, острые катарры дыхательныхъ, пищеварительныхъ путей, явленія слабости, вызванныя кровопотерями, и нѣкоторыя другія.

Къ мѣстнымъ противопоказаніямъ въ свое время относили періодъ менструаціи въ виду гипереміи полового аппарата, возможности геморрагіи и опасности инфекціи. Но въ дѣйствительности наибольшей приливъ крови къ половымъ орга-

намъ <sup>1)</sup> имѣеть мѣсто передъ наступленіемъ менструальнаго кровотеченія, и опасность инфекции въ этотъ періодъ нисколько не увеличивается; бактериологическіе же опыты показали, что менструація является очистительнымъ актомъ.

Осложненіе опухоли беременностью, родами и послѣродовымъ періодомъ разобрано нами въ отдѣльной главѣ (см. стр. 457).

Изъ мѣстныхъ воспалительныхъ осложненій въ прежнее время къ противоположаніямъ относили явленія перитонита. Современный клинический опытъ однако показалъ, что операція даже при осложненіи перитонитомъ даетъ благопріятный исходъ, такъ какъ большинство случаевъ воспаленія брюшины надо отнести къ причинамъ, обусловленнымъ измѣненіемъ въ самой опухоли; операція, устраняющая опухоль, уничтожаетъ и причину перитонита и связанную съ нимъ лихорадку.

#### ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ.

Въ современной гинекологіи примѣняются главнымъ образомъ два пути въ брюшную полость: одинъ — съ разсѣченіемъ передней брюшной стѣнки—брюшно-стѣночное чревосѣченіе—*coeliotomia abdominalis, laparotomia* <sup>2)</sup>, и другой—вскрытіе брюшной полости разрѣзомъ сводовъ влагалища—*colpocoeliotomia, colpotomia*. Удаленіе опухолей яичника первымъ путемъ носитъ названіе—*ovariotomia abdominalis, ovariotomia per coeliotomiam abdominalem, ovariotomia per laparotomiam*, вторымъ—*ovariotomia vaginalis, ovariotomia per colpocoeliotomiam, ovariotomia per colpotomiam*. Эти двѣ операціи въ настоящее время представляютъ вполне разработанныя типическія оперативныя вмѣшательства.

#### OVARIOTOMIA ABDOMINALIS.

Приготовленіе къ операціи чревосѣченія для удаленія кисты яичника такое же, какъ и для всякаго вскрытія брюшной полости (см. Общую часть, стр. 52). Послѣ обычной дезинфекціи брюшныхъ покрововъ живота, наружныхъ половыхъ частей и влагалища (см. Общую часть, стр. 55), послѣднее выполняется іодоформнымъ марлевымъ тампономъ для сохраненія его канала асептичнымъ, что необходимо на случай проведенія въ него дренажа; такая тампонація, приподнимая внутренніе отдѣлы полового аппарата кверху, дѣлаеть ихъ легче доступными оперативному вмѣшательству.

Передъ овариотоміей, какъ и передъ всякимъ другимъ вмѣшательствомъ, опоражнивается пузырь катетеромъ.

<sup>1)</sup> С. Жихаревъ.—Къ ученію о мѣсячныхъ. Дисс. 1896 г.

<sup>2)</sup> *Laparotomia*—названіе невѣрное, такъ какъ собственно значить разрѣзъ бока; названіе *coeliotomia* вѣрнѣе и значить вскрытіе брюшной полости, но слово *laparotomia* настолько вошло въ практику, что вполне узаконено, и подъ этимъ именемъ принято понимать брюшно-стѣночное чревосѣченіе.

Такая катетеризация не только служит для определения топографо-анатомических отношений пузыря к соседним органам, но и избавляет от диагностических ошибок; известны случаи, где наполненный пузырь принимался за кисту, и поэтому такая катетеризация является *обязательной*.

Техника производства овариотомии путем чревосечения распадается на 4 главных момента.

I. Вскрытие брюшной полости.

II. Извлечение опухоли из брюшной полости.

III. перевязка такъ называемой ножки кисты и операция на самихъ придаткахъ *sensu strictu*.

IV. Закрытие брюшной полости (шовъ брюшной стѣнки).

Вскрытие  
брюшной  
полости.

Разрѣзъ брюшной стѣнки производится, какъ и при всякомъ другомъ чревосеченіи (см. Общую часть, стр. 146). По вскрытіи брюшной полости предпринимается изслѣдованіе опухоли: осматривается поверхность опухоли, ея окраска и проч.; послѣ осмотра, войдя рукой въ брюшную полость, ощупываютъ и опредѣляютъ топографо-анатомическія отношенія опухоли: контуры и консистенцію ея, связь съ маткой и со стѣнками таза, наличность или отсутствіе сросеній и т. д.

Извлеченіе  
опухоли изъ  
брюшной  
полости.

При отсутствіи сросеній приступаютъ къ выведенію опухоли изъ брюшной полости. Если опухоль не велика, то, захвативши ее рукой, выкатываютъ кисту черезъ разрѣзъ брюшныхъ покрововъ. При выведеніи опухоли очень выгодно положеніе съ приподнятымъ тазомъ (Trendelenburg'овское положеніе), такъ какъ кишечныя петли при этомъ отходятъ къ діафрагмѣ, и извлеченіе кисты легче. Если опухоль велика, то приходится или увеличить разрѣзъ до размѣровъ діаметра опухоли, или же предварительно уменьшить объемъ самой опухоли. Такое уменьшеніе можетъ быть произведено при кистовидныхъ, наполненныхъ жидкостью опухольяхъ—пункціей, при плотныхъ новообразованіяхъ—кускованіемъ.

Нѣкоторые гинекологи категорически выступаютъ противъ такого уменьшенія опухоли. Увеличеніе разрѣза по ихъ мнѣнію не ухудшаетъ прогноза, а между тѣмъ удается избѣжать загрязненія операціоннаго поля и возможности такъ называемыхъ пересадочныхъ переносовъ (Impfimplantation). Въ особенности предостерегаютъ отъ кускованія при полуплотныхъ опухольяхъ—коллоидныхъ кистомахъ. Конечно, возможность загрязненія необходимо имѣть въ виду и съ этимъ серьезно считаться, но увеличивать разрѣзъ во всѣхъ случаяхъ при каждой опухоли не слѣдуетъ. Съ увеличеніемъ разрѣза увеличивается и опасность въ случаѣ послѣдующаго діастаза прямыхъ мышцъ живота.

Отсюда явилось и обратное стремленіе—ограничиваться относительно малыми разрѣзами (Pozzi). При маломъ разрѣзѣ брюшной стѣнки приходится вывести опухоль уменьшенной, при кистомахъ—опорожденной отъ жидкаго содержимаго. Передъ пункціей слѣдуетъ во всякомъ случаѣ марлевыми компрессами обложить края раны, чтобы по возможности избѣжать попаданія жидкости въ брюшную полость. Стерилизованные компрессы кладутся такимъ образомъ, что часть компресса



проводится между стѣнкой опухоли, вставленной въ разрѣзъ, и краемъ раны въ брюшную полость; другой конецъ остается снаружи на кожѣ. Обложивъ со всѣхъ сторонъ опухоль компрессами, операторъ вскрываетъ стѣнку опухоли, фиксируемой въ разрѣзѣ. Вскрытіе опухоли производится или ножомъ (Schroder), или трукаромъ. Лучше всего пользоваться изогнутыми трукарами (рис. 110, стр. 112), дающими возможность отводить токъ жидкости и, слѣдовательно, болѣе обезпечивающими отъ случайнаго попаданія содержимаго кисты на операционное поле и въ брюшную полость. Чтобы ускорить опорожненіе кисты, ассистенту рекомендуется нѣсколько сдавливать черезъ брюшные покровы опухоль. Если имѣется однополостная киста или многополостная киста съ одной большой полостью и остальными очень малыми, то этой пункціи достаточно, чтобы опухоль вывести изъ брюшной полости черезъ сдѣланный разрѣзъ; если же имѣются и другія большія полости, которыя должны быть уменьшены, то онѣ послѣдовательно пунктируются со стороны уже вскрытаго отдѣла тѣмъ же трукаромъ, или перегородки между полостями продырявливаются пальцами руки, введенной во вскрытую часть кисты. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ приходится пунктировать наружную поверхность опухоли въ другомъ мѣстѣ.

Послѣ достаточнаго уменьшенія объема опухоли, киста захватывается Nélaton'овскими щипцами (рис. 90, стр. 103) и выводится наружу. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ выгоднѣе наложить двѣ пары Nélaton'овскихъ щипцовъ на края пунктированного мѣста и ножомъ расширить отверстие. Послѣднее примѣняется въ случаѣ болѣе густого содержимаго полостей, когда киста не достаточно опорожнена. При такихъ условіяхъ для того, чтобы избѣжать загрязненія брюшины истекающей жидкостью, слѣдуетъ захваченные и подтянутые края опухоли сильно сдвинуть въ сторону отъ разрѣза брюшной стѣнки. По извлеченіи всей опухоли изъ брюшной полости осматривается ножка опухоли, и приступаютъ къ слѣдующему моменту операциі.

По выведеніи опухоли осматривается ея связь съ маткой и со стѣнками таза, иначе говоря, ея хирургическая ножка. Послѣдняя обыкновенно образуется трукбой, идущей по верхнему краю опухоли, mesosalpinx'омъ, lig. ovaricum proprium и lig. infundibulo-pelvicum. Иногда ножка бываетъ очень тонкой, иногда довольно широкой, объемистой. Если опухоль вырастаетъ изъ нижняго отдѣла яичника, изъ раgoorphoon'a или раgoovar'я, то при своемъ ростѣ она расщепляетъ широкую связку, давая въ такихъ случаяхъ интерлигаментарныя кисты. При кистахъ пароварія можетъ иногда подлежащая часть ligam. latі вытянуться и образовать ножку; также и яичниковыя опухоли иногда только нижней своей периферіей задаются въ широкую связку, и ниже границы кисты можетъ быть образована ножка, но въ другихъ случаяхъ опухоль настолько задается въ широкую связку, что ножки совсѣмъ не образуется. Эти послѣднія опухоли представляютъ много особенностей при оперативномъ вмѣшательствѣ и поэтому будутъ нами разобраны отдѣльно.

Операциія на придаткахъ въ тѣсномъ смыслѣ слова; перевязка ножки.

Возвращаясь къ обработкѣ ножки, мы должны отмѣтить, что перевязка ея идетъ въ зависимости отъ ея анатомическихъ свойствъ. Въ случаяхъ, гдѣ ножка была перекручена, до перевязки она должна быть раскручена.

Если ножка вытянута и не объемиста, то обычно она перевязывается въ 2 отдѣла. Для этого тупой иглой съ двойной лигатурой прокалываютъ ножку по срединѣ ея ширины, обыкновенно подъ *lig. ovaricum*, стараясь не проколоть сосуда (рис. 294). Тогда въ верхнюю лигатуру попадаетъ труба, *mesosalpinx* и *lig. ovaricum*,



Рис. 294. Перевязка ножки кисты двойной и массовой лигатурой.

въ нижнюю или, вѣрнѣе сказать, наружную—*lig. infundibulo-pelvicum* (съ *art. spermatica*). Послѣ завязыванія лигатуръ накладывается еще общая, захватывающая всю культю, массовая лигатура въ ту же борозду. Слѣдуетъ рекомендовать и отдѣльную перевязку сосудовъ, наиболѣе гарантирующую гемостазъ, такъ какъ въ отдѣльныхъ случаяхъ не исключена возможность послѣдовательнаго соскальзыванія лигатуры. Мы всегда пользуемся для перевязки только шелкомъ.

Труба удаляется изъ техническихъ соображеній. При нѣкоторыхъ условіяхъ *mesosalpinx*

бываетъ настолько не измѣненнымъ, что технически возможно оставить трубу. Послѣ завязыванія лигатуръ, двойная коротко обрѣзывается, а общая остается до окончательнаго закрытія брюшной полости, и только тогда, послѣ вторичнаго осмотра и полнаго убѣжденія въ основательномъ гемостазѣ, отрѣзывается, послѣ чего культя опускается въ брюшную полость.

При широкой ножкѣ придется накладывать лигатуры больше, и перевязка идетъ по отдѣламъ (рис. 295).

Tuffier, Doуen, желая устранить наложеніе лигатуръ, являющихся инороднымъ тѣломъ, предложили пользоваться для гемостаза особымъ инструментомъ, раздавителемъ сосудовъ—ангіотрибомъ (см. Общую часть, стр. 153).

Предварительное сдавливаніе ангиотрибомъ ножки опухоли для лучшаго наложенія лигатуры (Döderlein) по меньшей мѣрѣ излишне. Наложеніе общей лигатуры обусловлено тѣмъ, что, если между двумя лигатурами получился расщепъ широкой связки, онъ будетъ захваченъ общей лигатурой, подкрѣпляющей двойную. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при широкихъ ножкахъ слѣдуетъ обшить затѣмъ культю брюшиной.

Отсѣченіе опухоли производится ножницами или иногда Расquelin'омъ, а именно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ трубѣ можетъ быть инфекціонное содержимое. Ножку слѣдуетъ перерѣзывать на 1—1½ сант. отъ лигатуры, чтобы культя была достаточной длины, и лигатуры не соскользнули. Если же лигатура соскользнетъ, то культю захватываютъ Réan'овскимъ пинцетомъ и накладываютъ новую лигатуру. Для избѣжанія соскальзыванія лигатуръ надо ихъ затягивать очень сильно. Съ той же цѣлью не слѣдуетъ ножку перерѣзывать сразу, а отсѣкать постепенно, наблюдая, не происходитъ ли соскальзыванія лигатуры вслѣдствіе обычнаго сокращенія ножки.

Послѣ удаленія опухоли одного яичника осматриваются вторые придатки. Если яичникъ представляется измѣненнымъ, то съ нимъ поступаютъ въ зависимости отъ его пораженія, возраста больной, характера опухоли противоположной стороны и т. д. Особеннаго консерватизма требуетъ молодой возрастъ больныхъ. При пораженіи яичника мелкими кистами, онъ пунктируется, выжигается Расquelin'омъ, или же большая часть яичника резецируется.

Не слѣдуетъ забывать, что при доброкачественныхъ опухоляхъ одной половой железы, въ другой иногда наблюдается воспалительный процессъ сопровождающійся



Рис. 295. Перевязка широкой ножки кисты по отдѣламъ.

образованіемъ многихъ, похожихъ на кисты фолликуловъ—*oophoritis follicularis productiva* (*kleincystische Degeneration*). Такіе фолликулы обыкновенно достаточно пунктировать иглой; въ другихъ случаяхъ, при началѣ кистовиднаго новообразованія во второмъ яичникѣ, лучше выжечь его *Rasquelin*'омъ. При большемъ развитіи перерожденная часть должна быть изсѣчена клиновидно, и дефектъ зашить пластическими швами (см. ниже рис. 302).

Въ старческомъ возрастѣ, а также близкомъ къ климактерію консервативная операція конечно имѣетъ гораздо меньшее значеніе. При злокачественныхъ опухоляхъ двухсторонность пораженія, а также послѣдовательное заболѣваніе оставленнаго яичника настолько часты, что для всѣхъ случаевъ принято удалять оба яичника. При папиллярныхъ кистахъ, эндотелиомахъ, карциномахъ, мягкихъ саркомахъ давно уже отмѣчена склонность поражать обѣ стороны, и обыкновенно во второмъ яичникѣ находятъ также ясныя слѣды опухоли. Большинство хирурговъ въ настоящее время по почину *Velits'a* признаетъ необходимымъ профилактическое удаленіе второго яичника при злокачественныхъ опухоляхъ, не взирая на возрастъ. *Pfannenstiel* расширяетъ двухстороннюю овариотомію и на образованія доброкачественныя и вообще на всѣ дѣйствительныя новообразованія яичника, разъ женщина перешла 40-лѣтній возрастъ. *Pfannenstiel* убѣдился, что изъ такъ называемыхъ здоровыхъ яичниковъ лишь немногіе оказались дѣйствительно здоровыми при микроскопическомъ изслѣдованіи. Такому радикализму надо противопоставить преждевременный климактерій, который будетъ тѣмъ тяжелѣе, чѣмъ моложе больная. Поэтому у молодыхъ женщинъ всегда вопросъ будетъ колебаться между возможностью начального пораженія второго яичника и слѣдовательно возможностью рецидива, а съ другой стороны неизбѣжностью, при удаленіи яичника, тяжелыхъ явленій ранняго *climax'a*.

Закрытіе  
брюшной  
полости.

Разрѣзъ брюшныхъ покрововъ зашивается обычнымъ способомъ—этажнымъ швомъ: глубокими, проходящими черезъ всѣ слои брюшной стѣнки, апоневротическими и поверхностными швами (см. Общую часть, стр. 174).

Передъ закрытіемъ брюшной полости удаляются всѣ компрессы, и число ихъ тщательно провѣряется.

По окончаніи операціи на мѣсто разрѣза кладется стерилизованная марля и укрѣпляется полосами липкаго пластыря, обхватывающими весь животъ. Сверху накладывается вязаный бинтъ. Такая повязка даетъ возможность при желаніи примѣнить ледъ на животъ, меньше стѣсняетъ больную (чѣмъ прежнія ватныя повязки) и достаточно поддерживааетъ брюшную стѣнку при рвотѣ; кромѣ того, и осмотръ живота при ней въ послѣдующіе дни легче.

#### Осложненія.

Перекру-  
чиваніе  
ножки.

При перекручиваніи ножки кисты операція осложняется или явленіями, сопровождающими перекручиваніе, или послѣдствіями такового перекручиванія. Перекручиваніе ножки вызываетъ болѣе или менѣе серьезныя клиническія явленія въ зави-

симости отъ интенсивности перекручиванія и отъ болѣе или менѣе быстраго происхожденія его. При наличности перитонита, происшедшаго отъ перекручиванія, лучше немедленно оперировать. При этомъ послѣ операции обыкновенно явленія перитонита стихаютъ, и больныя гладко поправляются. Выжидательное леченіе менѣе выгодно, такъ какъ послѣдствія перекручиванія могутъ быть различны, и приходится имѣть дѣло съ болѣе старыми сращениями, отдѣленіе которыхъ труднѣе. Надо оговориться, что иногда мы встрѣчаемъ перекручиваніе ножки, прошедшее безъ особыхъ клиническихъ явленій, хотя въ большинствѣ случаевъ въ анамнезѣ у больныхъ всегда удается найти указанія на бывшіе болевые симптомы или на воспалительный процессъ въ брюшной полости, болѣе или менѣе интенсивно выраженный. При наличности перекручиванія ножки всѣ техническія трудности сводятся на отдѣленіе сращеній. По освобожденіи опухоли ножка раскручивается и затѣмъ уже перевязывается. Если борозда рѣзко выражена и ткани на этомъ мѣстѣ сильно спаяны, тогда слѣдуетъ пренебречь раскручиваніемъ и перевязать ножку ниже перетяжки или на ея мѣстѣ. Только въ исключительныхъ случаяхъ ножка оказывается совершенно открученной, и опухоль является припаянной къ другимъ органамъ (сальникъ, матка и др.), отъ которыхъ и получаетъ свое питаніе. При этомъ опухоль бываетъ окутана сращениями со всѣхъ сторонъ, а рвущіяся, измѣненныя воспалительнымъ процессомъ стѣнки ея сильно затрудняютъ удаленіе опухоли цѣликомъ. Гемостазъ, слѣдовательно, приходится производить при этомъ на мѣстахъ сращеній.

Въ случаяхъ, гдѣ перекручиваніе повело къ кровотеченію въ кисту или къ разрыву ея, операція также осложняется. Обыкновенно при кровотеченіи въ кисту, оно останавливается само, и мы налицо имѣемъ, какъ симптомъ, увеличеніе опухоли, что, конечно, заставляетъ насъ не откладывать оперативнаго вмѣшательства.

Кровотеченіе въ кисту послѣ перекручиванія ножки.

Если произошелъ разрывъ кисты до операціи или во время манипуляцій въ брюшной полости, какъ, на примѣръ, во время отдѣленія сращеній, то послѣ удаленія опухоли содержимое ея, попавшее въ брюшную полость, выбирается марлевыми компрессами или прямо рукой, если оно представляетъ изъ себя студенистую массу. Особое вниманіе слѣдуетъ обращать на отлогія мѣста брюшной полости, гдѣ въ силу закона тяжести и скопляется содержимое кисты, а именно пузырно-маточное пространство, полость Дугласа, область почекъ. Опасность оставленія жидкихъ и плотныхъ частей заключается въ возможности инфекціи брюшной полости, если содержимое кисты не стерильно, въ допускаемой нѣкоторыми имплантаціи и, наконецъ, во всякомъ случаѣ, въ реакціи брюшины (перитонитъ вокругъ инородныхъ тѣлъ). Промываніе брюшной полости при такихъ обстоятельствахъ въ настоящее время оставлено; туалетъ брюшины здѣсь не можетъ быть идеальнымъ, а съ другой стороны при промываніи жидкостью заносятся инфекціонныя начала въ такіе отдѣлы брюшной полости, которые были свободны отъ нихъ. При завѣдомо не стерильномъ содержимомъ показывается примѣненіе дренажа брюшной полости. Всякому клиницисту извѣстенъ фактъ, что оставленіе небольшого

Разрывъ кисты.

количества стерильнаго жидкаго содержимага кисты въ брюшной полости хорошо переносится и не нарушаетъ выздоровленія.

При псеидомиксомахъ промываніе брюшной полости даетъ болѣе шансовъ на удаленіе студенистыхъ массъ.

Надо упомянуть и о произвольномъ лопаніи кистъ, затѣмъ рецидивирующихъ. Мы наблюдали даже троекратное лопанье кисты, которая затѣмъ вновь наполнялась. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ ошупываемая раньше киста не констатируется на операціонномъ столѣ; при такомъ лопаніи кисты, если есть полное убѣжденіе, что киста существовала, слѣдуетъ оперировать и удалить мѣшокъ, такъ какъ иначе онъ можетъ вновь наполниться.

Клинически лопанье кистъ сопровождается временнымъ колляпсомъ, явленіями перитонитизма. Такое лопанье можетъ произойти для больной совершенно неожиданно и быть результатомъ узуры въ стѣнкѣ кисты.

Осложне-  
ніе сроще-  
ніями.

Однимъ изъ самыхъ неблагопріятныхъ условій для операціи овариотоміи является осложненіе срощеніями, дѣлающими технику болѣе или менѣе трудной въ зависимости отъ распространенія срощеній, ихъ расположенія, отношенія къ сосѣднимъ органамъ, ихъ плотности, однимъ словомъ отъ ихъ анатомо-топографическаго характера.

Свѣжія, недавно происшедшія спайки и склейки легко раздѣляются тупымъ путемъ: рукой, марлевымъ компрессомъ, тупферомъ; если же имѣются эксудативныя, неорганизованныя массы, то выдѣленіе опухоли представляетъ большія трудности. Болѣе старыя срощенія также отдѣляются труднѣе, хотя и ихъ иногда удается разъединить тупымъ путемъ. При болѣе старыхъ, болѣе плотныхъ срощеніяхъ пользуются Расquelin'омъ и рѣжущими инструментами: ножомъ и ножницами, обыкновенно послѣ предварительной перевязки.

Срощенія могутъ вызвать осложненіе каждаго момента операціи, начиная со вскрытія брюшной полости.

Срощенія  
съ передней  
брюшной  
стѣнкой.

При наличности срощеній съ передней брюшной стѣнкой, въ особенности плоскостныхъ и обширныхъ, иногда бываетъ трудно распознать брюшину отъ поверхности опухоли. Только педантичный послонный разрѣзъ брюшной стѣнки выручаетъ хирурга. Нерѣдко при такихъ обстоятельствахъ, увеличивая разрѣзъ кверху, за верхнюю периферію новообразованія, удается просто и легко вскрыть брюшную полость, что, конечно, возможно при не чрезмѣрно большихъ опухоляхъ. Если же опухоль по величинѣ достигаетъ подреберья, лучше всего вскрывать брюшную полость въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ пупочнымъ кольцомъ, такъ какъ здѣсь брюшина несравненно плотнѣе спаяна съ подлежащими слоями брюшной стѣнки, благодаря чему меньше шансовъ сдѣлать fosse route, отслоивъ брюшину отъ брюшной стѣнки. Проникнувъ уже въ брюшную полость, обыкновенно легко отдѣлится срощенія опухоли съ брюшной стѣнкой. Отдѣленіе срощеній здѣсь не представляетъ особыхъ опасностей, такъ какъ исключена возможность пораненія смежныхъ органовъ, съ кровотеченіемъ же справиться не трудно; въ большинствѣ случаевъ мы

имѣемъ дѣло съ паренхиматознымъ кровоточеніемъ; для его остановки достаточно положить на кровоточащую поверхность компрессъ изъ марли на то время, пока оперируютъ въ другихъ мѣстахъ, и черезъ 5—10 минутъ кровоточеніе останавливается. Иногда въ отдѣльныхъ мѣстахъ приходится коснуться Расquelin'омъ или наложить обкалывающій шовъ для остановки кровотоčenja.

Особенно часто встрѣчается приращеніе къ кистѣ сальника, причемъ его обыкновенно удается отдѣлить тупымъ путемъ. Если при этомъ отдѣленный участокъ сальника кровоточитъ, то онъ перевязывается пучками, послѣ чего ниже лигатуръ часть сальника резецируется. Лигатуры коротко отрѣзаются, и сальникъ опускается въ брюшную полость.

Срощенія  
съ сальни-  
комъ.

Особая трудности встрѣчаются при срощеніяхъ кистовидной опухоли со смежными органами, когда эти послѣднія закрываютъ ее, при чемъ самыми опасными являются срощенія съ кишечными петлями.

Срощенія  
съ киш-  
ками.

Въ большинствѣ случаевъ срощеній, окружающихъ всю опухоль, при выдѣленіи изъ спаекъ стѣнка кисты разрывается, и содержимое ея выливается наружу; поэтому въ такихъ случаяхъ опухоль должна быть хорошо обложена компрессами для защиты брюшной полости отъ загрязненія. Наиболѣе часто мы встрѣчаемъ такъ сильно распространенныя срощенія при ретенціонныхъ опухоляхъ и вообще послѣ перенесенныхъ воспалительныхъ процессовъ, перитонита, перекручиванія ножки.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при содержимомъ не гнойномъ, иногда выгодно вскрыть кисту, что даетъ возможность хорошо ориентироваться относительно стѣнки кисты. Выдѣливши хотя бы часть периферіи опухоли изъ срощеній, захватываютъ ее щипцами и нѣсколько подтягиваютъ изъ брюшной полости для того, чтобы сдѣлать доступными для отдѣленія подъ контролемъ глаза нижележащія части новообразованія. Самыми серьезными здѣсь являются срощенія съ кишечными петлями. При подтягиваніи опухоли удается подъ контролемъ зрѣнія, иногда даже тупымъ путемъ отдѣлить приращенныя кишечныя петли, обыкновенно представляющіяся распластанными по поверхности опухоли. Актъ отдѣленія срощеній кишекъ долженъ производиться осторожно, чтобы избѣжать пораненія ихъ стѣнокъ. Если тупымъ путемъ не удастся ихъ отдѣлить, то можно у самой опухоли отжечь срощенія Расquelin'омъ или, при очень тѣсномъ срощеніи, отдѣлить ихъ ножемъ.

Кровоточащія мѣста на кишкѣ такъ же, какъ и дефекты брюшиннаго покрова ея, должны быть закрыты серо-серозными швами. Если же стѣнка кишки вслѣдствіе воспалительнаго процесса стала слишкомъ ломкой и прорѣзывается отъ шва, кровоточеніе останавливается временнымъ наложеніемъ компресса. Въ нѣкоторыхъ тяжелыхъ случаяхъ, при пораненіи на большемъ протяженіи поверхности или стѣнки кишки, приходится и резецировать петлю кишки.

Если не удастся отдѣлить срощеній, плотно спаивающихъ кишку съ опухолью, можно, подрѣзавши наружный слой стѣнки кисты, оставить его на кишкѣ, внутренняя же поверхность опухоли должна быть устранена или выжжена Расquelin'омъ.



Благодаря развитію техники этотъ пріемъ примѣняется рѣдко; въ большинствѣ случаевъ удается отдѣлить кишку отъ срощеній безъ ея пораненія, кромѣ случаевъ злокачественныхъ новообразованій, проростающихъ прилегающую кишечную петлю.

Чрезвычайной осторожности требуетъ и отдѣленіе срощенныхъ частей mesenterium'a съ кистой. Послѣ отдѣленія прирощенной брыжжейки, она осматривается относительно кровоточенія, и если таковое есть и не останавливается отъ прижатія компрессомъ, приходится эти мѣста обколотъ, но по возможности лишь самый кровотокающій сосудъ, чтобы не пострадало питаніе кишки.

Срощенія  
съ пузы-  
ремъ.

Такъ же осторожно надо отдѣлять срощенія съ пузыремъ. При отдѣленіи срощеній въ нижнемъ отдѣлѣ сбоку матки, надо всегда имѣть въ виду расположеніе здѣсь мочеточника, топографія котораго можетъ сильно мѣняться въ зависимости отъ положенія опухоли, рубцовыхъ сморщиваній клѣтчатки широкихъ связокъ, смѣщенія матки, срощеній съ паріетальной брюшиной и т. д. Къ вопросу о мочеточникѣ намъ придется еще вернуться при разборѣ интралигаментарныхъ кистъ. Крайне рѣдко встрѣчаются срощенія съ печенью или почками.

При отдѣленіи срощеній, окутывающихъ опухоль, часто мѣшаетъ кровоточеніе изъ пораненій не только отдѣленныхъ частей, но и самой опухоли въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ были нарушены спайки ея. Въ такихъ случаяхъ рекомендуется, какъ только выяснились топографическія отношенія опухоли и обнаружена *lig. infundibulo-pelvicum*, наложить лигатуру на связку, слѣдовательно перевязать *arteria spermatica*, затѣмъ наложить лигатуру на маточный конецъ трубы и *lig. ovaricum proprium*. Такая перевязка избавляетъ насъ отъ излишней кровопотери во время дальнѣйшаго отдѣленія срощеній. Надо при этомъ отмѣтить, что при всестороннихъ срощеніяхъ далеко не всегда легко отыскать ножку.

Пораненія  
смежныхъ  
органовъ.

Вообще, надо все же сказать, что при отдѣленіи срощеній глубокія пораненія смежныхъ органовъ бывають сравнительно рѣдко.

Чаще другихъ встрѣчается пораненіе стѣнки кишки, особенно прямой. Въ большинствѣ случаевъ пораненіе ограничивается нарушеніемъ цѣлости брюшиннаго покрова при отдѣленіи срощеній, рѣже уже встрѣчается пораненіе и *muscularis*; и только при очень неблагоприятномъ стеченіи обстоятельствъ или при неосторожности наблюдаются проникающія пораненія. Надо помнить и о возможности образованія отверстія въ кишку въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ послѣ нагноенія кисты было предварительное опорожненіе ея *per rectum*. Такія явленія чаще бывають при *pyosalpinx*'ахъ. При поверхностныхъ пораненіяхъ показанъ серо-серозный шовъ; при прободающихъ пораненіяхъ кишки слѣдуетъ дефектъ послѣ освѣженія краевъ закрыть этажнымъ швомъ по общимъ правиламъ зашиванія полыхъ органовъ и, при необходимости, дренировать брюшную полость. Образованіе *anus praeternaturalis* есть операція только самой крайней необходимости; намъ и въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ не приходилось къ ней прибѣгать.

Точно также поступаютъ, если былъ пораненъ пузырь. На мѣсто пораненія накладываются этажные узловатые швы, обеспечивающіе хорошее заживленіе.

Пораненіе мочеточника, хотя и рѣдко, но все же встрѣчается. Оперативные приемы, показанные въ подобныхъ случаяхъ, см. на стр. 406.

Когда всѣ срощенія отдѣлены, ножка опухоли перевязана и сама опухоль удалена, осматриваются всѣ мѣста, въ которыхъ были отдѣлены срощенія. Тѣ отдѣлы, которые лишены брюшиннаго покрова, должны быть перитонизированы. Если же остаются пространства, лишенные брюшиннаго покрова, могуція сецернировать, или имѣется паренхиматозное кровоотдѣленіе, то эти мѣста дренируются марлей. Еще въ 1878 году Д. О. Оттъ <sup>1)</sup> доказалъ экспериментальнымъ путемъ непригодность дренажной трубки. Мы всегда примѣняемъ марлевый дренажъ, конецъ котораго выводится въ рукавъ. Мы съ успѣхомъ примѣняемъ дренажъ для изолированія инфицированныхъ или подозрительныхъ отдѣльныхъ участковъ брюшины. Поэтому примѣненіе капиллярнаго дренажа показано въ случаяхъ инфицированныхъ и нагноившихся кистъ, при большихъ пространствахъ, лишенныхъ брюшиннаго покрова и не перитонизированныхъ. Такіе отдѣлы брюшной полости часто даже могутъ быть изолированы отъ всей остальной ея части шиваніемъ брюшины надъ ними. Дренажъ въ этихъ случаяхъ отводитъ выдѣленія и предохраняетъ отъ всасыванія ихъ. Для дренажа мы обыкновенно употребляемъ стерилизованный марлевый бинтъ, иногда іодоформенную марлю; употребленія послѣдней слѣдуетъ избѣгать у ослабленныхъ субъектовъ.

Дренажъ и тампонада при обширныхъ срощеніяхъ.

Марля, вложенная въ брюшную полость, держится тамъ болѣе или менѣе продолжительно въ зависимости отъ цѣли, съ которой она введена. Въ общемъ можно сказать, что тампонъ, вложенный для гемостаза, удаляется раньше—черезъ 48 часовъ; при примѣненіи съ цѣлью дренажа марлю удаляютъ въ зависимости отъ количества выдѣленій, и иногда слѣдуетъ ее замѣнить новой; такая смѣна производится, пока продолжаютъ выдѣленія. По мѣрѣ уменьшенія дренируемой полости и отверстія, ведущаго въ нее, марлю приходится замѣнять резиновой трубкой. Технику примѣненія дренажа см. Общую часть, стр. 130 и слѣд.

Въ исключительныхъ случаяхъ въ силу очень обширныхъ срощеній небольшія частицы стѣнки кисты приходится оставлять, какъ о томъ было сказано выше. Въ строгомъ смыслѣ слова и это есть уже неполная оваріотомія, но обыкновенно подъ именемъ неполной оваріотоміи мы понимаемъ такія операціи, при которыхъ болѣе или менѣе значительная часть опухоли остается неудаленной вслѣдствіе неопреодолимыхъ техническихъ трудностей. При невозможности удалить всю кисту, что въ современной брюшной хирургіи встрѣчается все рѣже и рѣже, мѣшокъ кисты вытягивается насколько это удастся, возможно большая часть его резецируется, а оставшаяся вшивается въ брюшную рану, обыкновенно въ нижній ея уголь. Мѣшокъ кисты тампонируется. Иногда прокладываютъ еще отверстіе и во влагалище. Такой приемъ вшиванія кисты въ брюшную стѣнку или такъ называемая марсуپیализація кисты есть только operatio necessitatis и имѣетъ крайне неблагоприятныя

Неполная оваріотомія и марсупіализація кисты.

<sup>1)</sup> Д. Оттъ.—Дренажъ послѣ лапаротоміи. Мед. Вѣстникъ 1878 г., №№ 51 и 52.

послѣдствія въ видѣ долго длящихся свищей, продолжительнаго нагноенія со всѣми опасностями, связанными съ этимъ, и возможности дальнѣйшаго роста новообразованія. Кромѣ того дренажъ черезъ брюшную стѣнку способствуетъ въ будущемъ обязательному образованію грыжи въ этомъ мѣстѣ. Martin предложилъ для избѣжанія послѣдняго обстоятельства пользоваться только дренажемъ черезъ влагалище: мѣшокъ кисты выполняется марлей, выведенной во влагалище черезъ отверстіе, проложенное съ этой цѣлью въ Дугласъ, а сверху мѣшокъ зашивается наглухо. При такихъ условіяхъ представляется возможнымъ закрыть брюшную стѣнку *lege artis*. Olshausen совѣтовалъ въ такихъ случаяхъ совсѣмъ обходиться безъ дренажа, а резецировать возможно большую часть опухоли, а затѣмъ опустить ее въ брюшную полость. Всѣ подобные приемы не могутъ быть рекомендованы, и на нихъ надо смотрѣть, какъ на *ultimum refugium* для оператора. При современной техникѣ недоконченныя операціи при кистахъ являются рѣдкостью.

Осложне-  
ніе скопле-  
ніемъ жид-  
кости въ  
животѣ, ас-  
цитомъ.

Присутствіе жидкости въ животѣ для техники операціи не причиняетъ большихъ трудностей. Асцитическую жидкость постепенно выпускаютъ, для чего пользуются небольшимъ разрѣзомъ брюшной стѣнки, дабы сразу не пало давленіе въ брюшной полости. У очень ослабленныхъ больныхъ полезно произвести пункцію за день—за два до операціи. Оставшуюся жидкость по увеличеніи разрѣза или выбираютъ компрессами, или предоставляютъ жидкости вытекать при боковомъ положеніи больной, придерживая кишечникъ, дабы онъ не выпалъ. Характеръ выпускаемой асцитической жидкости даетъ иногда возможность предугадать, съ какой опухолью мы имѣемъ дѣло. Кровянистое, наприимѣръ, содержимое говоритъ чаще всего за злокачественное образованіе, и т. п. По освобожденіи брюшной полости отъ жидкости дальнѣйшія оперативныя мѣропріятія идутъ обычнымъ порядкомъ.

Осложне-  
ніе кисты  
нагное-  
ніемъ.

При осложненіи нагноеніемъ въ кистѣ главная забота должна лежать въ томъ, чтобы содержимое кисты не попало на операціонное поле, для чего и слѣдуетъ стремиться удалить опухоль, не нарушивъ ея цѣлости. Это обстоятельство и представляетъ главную трудность въ виду того, что такія кисты обычно оказываются сильно сращенными съ окружающими частями. Отдѣленіе сращеній, производимое даже крайне осторожно, шагъ за шагомъ, можетъ повести къ тому, что хрупкая, измѣненная воспалительнымъ процессомъ, стѣнка кисты разорвется, что въ свою очередь поведетъ къ загрязненію поля операціи гноемъ. Въ виду послѣдняго обстоятельства, при вылушеніи кисты съ подозрительнымъ содержимымъ изъ сращеній, слѣдуетъ особенно тщательно предварительно защитить остальную брюшную полость компрессами. Если тѣмъ не менѣе гнойное содержимое попало въ брюшную полость, необходимо немедленно сдѣлать туалетъ, дезинфицировать загрязненные участки (вытерши ихъ компрессами или тупферами, смоченными въ растворѣ сулемы) и обыкновенно дренировать марлей. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣлась фистула въ кишку или въ пузырь, требуется послѣ отдѣленія опухоли закрыть свищевые ходы иногда послѣ резекціи краевъ свища пластическими швами, при чемъ лучше дренировать раневое ложе.

Нѣкоторыми хирургами рекомендовалось оперировать гнойныя опухоли въ 2 сеанса, при чемъ пришиваютъ мѣшокъ къ брюшной стѣнкѣ, откладывая опорожненіе его на нѣкоторое время, необходимое для образованія изолирующихъ его срощеній. Послѣдовательно, если нужно, оперируютъ и радикально, послѣ того какъ полость кисты совершенно очистилась отъ гноя. Однако такой двухмоментный (resp. трехмоментный) способъ въ общее употребленіе не вошелъ.

Если опухоль лежитъ близко къ влагалищу и является доступной для вмѣшательства съ этой стороны, то иногда можно вскрытіемъ опухоли снизу и дренажемъ ея полости достигнуть полнаго излеченія; но въ большинствѣ случаевъ, какъ, напримѣръ, при пролиферирующихъ кистахъ, рано или поздно приходится дѣлать радикальную операцію.

Въ прежнія времена при попаданіи гноя въ брюшную полость рекомендовалось промываніе ея безвредными дезинфицирующими (борной кислотой, перекисью водорода и т. п.) растворами. Въ послѣднее время такое промываніе большинствомъ хирурговъ оставлено, главнымъ образомъ потому, что оно не достигаетъ цѣли, распространяя инфекцію въ мѣста, которыя были ранѣе не затронуты.

Злокачественныя новообразования встрѣчаются въ 27% всѣхъ опухолей яичниковъ, при чемъ въ  $\frac{3}{4}$  случаевъ злокачественнаго пораженія мы имѣемъ карциному (какъ на то указано выше на стр. 425). Кромѣ анатомически злокачественныхъ опухолей, папиллярныя кисты при проростаніи сосочковъ на поверхность опухоли могутъ дать распространеніе папиллярныхъ разрощеній на другіе органы брюшной полости.

Злокачественныя опухоли и поражение брюшной полости метастазами.

Въ огромномъ большинствѣ случаевъ при злокачественныхъ процессахъ (а при раковыхъ опухоляхъ—почти всегда) оказываются поражены оба яичника. Само собой понятно, что при злокачественныхъ опухоляхъ требуется наиболѣе радикальное удаленіе пораженныхъ частей, въ виду чего приходится удалять при малѣйшемъ сомнѣніи и придатки другой стороны (пораженные начальнымъ процессомъ), а въ запущенныхъ случаяхъ—и матку вмѣстѣ съ окружающими тканями.

Если при вскрытіи брюшной полости оказывается, что злокачественная опухоль дала уже метастатическіе узлы, то операція явится мѣрой палліативной, при чемъ приходится поступать различно въ зависимости отъ особенностей случая. Принципіально желательно и въ такихъ случаяхъ стремиться къ полному удаленію опухоли. Если только технически выполнимо, слѣдуетъ удалить первичную опухоль, резецировать пораженные участки сальника, удалить разрощенія въ Дугласѣ соскабливаніемъ и прижиганіемъ Rasquelin'омъ и т. д. Такое вмѣшательство, конечно, не излечитъ больную радикально, но отдаляетъ роковую развязку на извѣстное время, обезпечивая больнымъ временное благосостояніе.

Въ случаяхъ же, гдѣ имѣются папиллярныя разрощенія, такая операція особенно показана, такъ какъ распознать натуру этихъ опухолей не всегда возможно, и рѣшить вопросъ, имѣемъ ли мы дѣло съ метастазами злокачественной опухоли или съ имплантаціями папиллярныхъ разрощеній, можно только микроскопическимъ

изслѣдованіемъ. Въ случаяхъ сосочковыхъ кистъ, удаляя опухоль и видимые пораженные участки сальника, брюшины Дугласа и т. д., мы иногда достигаемъ и полного излеченія.

При пораженіи злокачественными процессами пузыря, кишечныхъ петель, прямой кишки, слѣдуетъ ограничиться палліативнымъ удаленіемъ возможныхъ отдѣловъ опухоли или даже только опорожненіемъ асцита. и не производить тяжелыхъ операций, какъ-то: резекціи пузыря, кишки и т. д., такъ какъ рискъ такихъ вмѣшательствъ не соотвѣтствуетъ выгодамъ, которыя могутъ быть достигнуты.

### Операции при интерлигаментарномъ развитіи новообразованій яичника.

Болѣе или менѣе серьезнымъ осложненіемъ операции является интерлигаментарное развитіе опухоли. Смотря по степени внѣдренія новообразованій въ широкую связку, по характеру связи съ листками *ligamenti latii*, вмѣшательство будетъ представлять большія или меньшія трудности.

Интерлигаментарныя кисты по отношенію къ техникѣ удаленія ихъ рѣзко могутъ быть раздѣлены на двѣ категоріи: во первыхъ, кисты, имѣющія ножку (или опухоли, въ которыхъ таковая можетъ быть образована вытягиваніемъ подлежащей части широкой связки), и, во вторыхъ, кисты съ вполне межсвязочнымъ развитіемъ.

Операции кистъ, обладающихъ ножкой, ничѣмъ не отличаются отъ таковыхъ при типичныхъ яичниковыхъ опухоляхъ. Кисты, имѣющія ножку, въ хирургическомъ отношеніи являются переходной ступенью отъ обычныхъ къ чисто интралигаментарнымъ формамъ. Если ножка весьма коротка, то приходится уже прибѣгать къ вылуценію. Послѣ надрѣза брюшины по периферіи нижняго сегмента опухоли и по вылуценіи внѣдренной части кисты, небольшое оставшееся ложе, послѣ перевязки кровотокающихъ сосудовъ, обшивается серо-серозными швами.

При глубоко внѣдренныхъ въ широкую связку кистахъ приходится вылуцивать опухоль на всемъ ея протяженіи. Съ технической стороны вылуциваніе иногда совершается чрезвычайно легко, въ нѣкоторыхъ же случаяхъ оно сопряжено съ значительными трудностями въ зависимости отъ состоянія клѣтчатки, окружающей кисту. Наболѣе легко вылуциваются однополостныя съ жидкимъ содержимымъ пароваріальныя кисты. Легкость вылуценія пароваріальныхъ кистъ даетъ возможность дѣйствовать консервативно даже тогда, когда можно было бы образовать ножку изъ широкой связки ниже яичника. При вылуценіи такой опухоли яичникъ можетъ быть сохраненъ.

Значительная опасности представляетъ глубокое внѣдреніе опухоли въ широкую связку, въ виду возможности пораненія мочеточника, въ такихъ случаяхъ расположеннаго въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ опухолью. Для вылуценія межсвязочной опухоли въ томъ мѣстѣ, гдѣ она начинаетъ внѣдряться въ широкую связку, разсѣкаютъ брюшину, стараясь, конечно, не поранить сосудовъ, послѣ

чего серозный покровъ отдѣляется; при дальнѣйшемъ вылуценіи необходимо отчетливо придерживаться стѣнки кисты. Легче вылуцать кисты неопорожненными, и только очень объемистыя приходится предварительно пунктировать. Кровотеченіе бываетъ обыкновенно лишь паренхиматозное. При всѣхъ операціяхъ вылуценія рационально отыскать сперва приводящія сосуды (art. spermatica) и перевязать ихъ, прежде чѣмъ приступать къ вылуценію. Часто при межсвязочныхъ опухоляхъ lig. infundibulo-pelvicum неясно выражена, но тѣмъ не менѣе сосуды не трудно найти. Подобнымъ образомъ перевязывается связь опухоли съ маткой, что и даетъ возможность по разрѣзѣ этого отдѣла попасть въ клітчатку широкой связки, откуда удобно начинать вылуциваніе кисты изъ ея ложа. При этомъ въ нѣкоторыхъ участкахъ имѣются болѣе плотныя прикрѣпленія къ ложу, изъ котораго удаляется опухоль; такіе участки разсѣкаются ножницами; здѣсь также надо быть чрезвычайно осмотрительнымъ относительно мочеточника, такъ какъ пораненіе его чаще всего бываетъ именно въ такихъ случаяхъ.

По вылуценіи внѣдренной въ широкую связку кисты и остановкѣ кровотеченія остается полость, ложе кисты. Всегда надо стремиться къ тому, чтобы эту полость закрыть швами наглухо. Но это возможно лишь при условіи, если при наложеніи швовъ удастся избѣгнуть мертвыхъ пространствъ.

Накладываютъ швы подъ все ложе, но при этомъ иглой надо идти поверхностно, *чтобы не захватить и не поранить подлежащихъ органовъ—крупныхъ сосудовъ, мочеточниковъ*. При значительной величинѣ и глубинѣ ложа, когда не удается все раневое пространство закрыть швами, а между тѣмъ оставшееся мертвое пространство можетъ служить причиной эксудата, мы прибѣгаемъ къ примѣненію дренажа черезъ влагалище. Техника проведенія дренажа такая же, какъ описано выше (стр. 130).

Пройдя корнцангомъ черезъ задній сводъ влагалища въ наиболѣе отлогій участокъ мѣста расположенія кисты и захвативъ имъ нижній конецъ марлевого бинта, вытягиваютъ этотъ конецъ во влагалище. Этимъ бинтомъ рыхло выполняютъ все дренируемое пространство, а сверху закрываютъ ложе, соединяя швами брюшину, и такимъ образомъ изолируютъ отъ остальной брюшной полости.

Показаніемъ къ дренажу полости, изъ которой вылучена киста, кромѣ возможности скопленія выдѣленій, иногда служитъ и неудовлетворительный гемостазъ. Вообще, въ случаяхъ, гдѣ ложе кровоточитъ, весьма полезно его на время затампонировать и, пользуясь этимъ временемъ, произвести другія манипуляціи въ брюшной полости: осмотръ и очистку брюшной полости, осмотръ и операціи на другихъ придаткахъ, если таковыя показаны и т. д. По прошествіи нѣсколькихъ минутъ, удаляя тампонъ, легко удастся увидѣть отдѣльную кровоточащія мѣста и произвести ихъ обкалываніе или, послѣ захвата торзіоннымъ пинцетомъ, перевязку. Съ обкалываніемъ надо быть особенно осторожнымъ въ области расположенія мочеточниковъ и крупныхъ сосудовъ, какъ это уже было сказано.

## OVARIOTOMIA VAGINALIS.

Влагалищной овариотоміей (*ovariotomia vaginalis*, *ovariotomia per colpocoeliotomiam*) принято называть удаленіе новообразованій яичника черезъ влагалище. Для влагалищнаго удаленія опухолей яичника мы имѣемъ два пути. Первый, болѣе практичный путь—черезъ задній сводъ влагалища—*per colpotomiam posteriorem* или, правильнѣе *per colpocoeliotomiam posteriorem*<sup>1)</sup>—операция американскихъ хирурговъ Atlee, Battey, Byford'a, очень процвѣтавшая одно время, однако, вскорѣ забытая, затѣмъ вновь призванная къ жизни Львовымъ въ Казани (1892 г.) и разработанная въ клиникѣ Д. О. Отта; второй путь, это—путь черезъ передній сводъ влагалища, народившійся въ Германіи и разработанный Dührssen'омъ и Martin'омъ (*colpocoeliotomia anterior*).

## Показанія къ кольпотоміи.

Разбирая показанія къ кольпотоміи при опухоляхъ яичника, надо, собственно говоря, установить границы примѣненія влагалищнаго метода, что является трудной задачей, такъ какъ примѣненіе операции черезъ влагалище зависитъ не только отъ топографическихъ и анатомическихъ условій самой опухоли и смежныхъ съ ней частей, но до извѣстной степени и отъ владѣнія операторомъ техникой влагалищныхъ операций. Показанія же собственно къ удаленію опухолей яичника сводятся къ тѣмъ, которыя мы уже изложили въ главѣ «показанія къ овариотоміи» (стр. 421).

Само собой разумѣется, что какъ съ развитіемъ метода, такъ и съ развитіемъ техники у оператора границы показаній будутъ ставиться шире, и рѣже будутъ встрѣчаться осложненія, невозможность разобраться въ топографіи опухоли въ виду тѣсноты операціоннаго поля и малаго его освѣщенія, и т. д.

Конечно, начинать слѣдуетъ со случаевъ технически легкихъ, и по мѣрѣ развитія техники расширять показанія. Никогда не слѣдуетъ форсировать съ показаніями къ влагалищному методу, но не слѣдуетъ его и такъ рѣзко ограничивать, какъ это безосновательно нѣкоторыми дѣлается. Въ общемъ можно сказать, что влагалищная овариотомія должна быть примѣнена тамъ, гдѣ только она выполнима, и нѣтъ къ примѣненію названнаго метода специальныхъ противопоказаній, тѣмъ

<sup>1)</sup> Название „*colpotomia*“, хотя и привилось для обозначенія операции вскрытія брюшной полости черезъ влагалище, но дословно обозначаетъ только разрѣзъ влагалища (*kolpos*) и правильнѣе, конечно, название „*colpocoeliotomia*“ для опредѣленія вскрытія брюшной полости. Принципиально, конечно, нужно различать кольпотомію отъ кольпоцеліотоміи, но въ практическомъ употребленіи пользуются этими названиями для обозначенія одной и той же операции. Название „*laparotomia vaginalis*“, данное Dührssen'омъ, и еще болѣе сложное „*elytro-peritoneotomia*“ Kossman'n'a имѣютъ меньшее распространеніе.



болѣе, что при ней имѣется та же ясность, осмотрительность и увѣренность, какъ и при брюшностѣночномъ чревосѣченіи.

Переходя къ деталямъ показаній къ влагалищной оваріотоміи, мы должны рассмотреть условія, представляемыя со стороны величины опухоли, подвижности ея, т. е. отсутствія срощеній, а слѣдовательно и осложненія ими, и вообще условія со стороны топографо-анатомическихъ отношеній новообразованія, характера опухоли, ея злокачественнаго перерожденія и т. д.

Со стороны величины кистъ, могущихъ быть оперированными черезъ влагалище, не существуетъ противопоказаній. Въ клиникѣ Д. О. Отта удалялись опухоли, превосходившія значительно величину матки при срочной беременности. При удаленіи такихъ большихъ опухолей приходится ихъ для выведенія черезъ разрѣзъ свода уменьшать пункціей.

Условія со стороны величины опухоли.

Что касается не стерильнаго содержимаго кисты, могущаго при вмѣшателствѣ черезъ влагалище загрязнить поле операціи, то, если бы такое и случилось, условія для дренажа при кольпотоміи представляются неизмѣримо болѣе благоприятными, чѣмъ при чревосѣченіи. Возможность загрязненія брюшины при нарушении цѣлости кистъ попаданіемъ содержимаго опухоли въ брюшную полость при операціи и черезъ влагалище не будетъ имѣть основанія, если при рукавномъ чревосѣченіи заботиться о томъ, чтобы при разрѣзѣ или пункціи кистъ черезъ сводъ содержимое истекало по зеркалу наружу. Такимъ образомъ величина опухоли не играетъ рѣшающаго значенія въ смыслѣ показанія къ удаленію кисты черезъ влагалище.

Характеръ анатомическаго строенія кисты имѣетъ извѣстное значеніе для выбора метода—кольпотоміи или брюшностѣночнаго чревосѣченія. Кистомы многополостныя легко удаляются черезъ влагалище; если опухоль состоитъ изъ отдѣльныхъ большихъ полостей, то онѣ и пунктируются послѣдовательно одна за другой, какъ и при чревосѣченіи брюшностѣночномъ. Кистомы, не поддающіяся уменьшенію, какъ то тератомы, кистомы, состоящія изъ очень мелкихъ, похожихъ на соты, полостей, удобнѣе оперировать разрѣзомъ брюшной стѣнки. Плотныя опухоли при небольшой величинѣ могутъ быть удалены кускованіемъ, при очень значительныхъ размѣрахъ удаляются чревосѣченіемъ.

Характеръ опухоли.

Ограничивать примѣненіе влагалищной оваріотоміи при кожевикахъ яичника не имѣетъ достаточно основанія. Неудобство удаленія дермоидовъ черезъ рукавъ заключается въ возможности загрязненія ихъ содержимымъ брюшной полости при пункціи опухоли, что явилось бы опаснымъ, еслибъ содержимое кожевика подверглось гнилостному или ихорозному распаду. Попаданіе такого загрязненнаго содержимаго въ брюшную полость вызоветъ тотъ или другой процессъ со стороны брюшины въ зависимости отъ вирулентности находящихся въ немъ микробовъ. Если же въ брюшную полость попадетъ содержимое кисты неизмѣненное, не инфицированное, то такое загрязненіе проходитъ обыкновенно безъ реакціи, что доказано рядомъ клиническихъ фактовъ и экспериментальнымъ путемъ (Wunderli). За

Осложненіе орощеніями.

періодъ времени съ 1895 г. (введеніе у насъ метода кольпотоміи) на 85 оперированныхъ дермоидовъ мы не наблюдали осложненій. Во всякомъ случаѣ пункція дермоидовъ должна производиться аккуратно, дабы избѣжать попаданія содержимаго въ брюшную полость, и если таковое случилось, то рекомендуется тщательный туалетъ брюшины во избѣжаніе осложненій. Въ такихъ случаяхъ защита вышележащихъ отдѣловъ брюшной полости введеннымъ предварительно черезъ разрѣзь свода компрессомъ является мѣрой крайне цѣлесообразною. Кромѣ того, загрязненіе при кольпотоміи если въ отдѣльныхъ случаяхъ и происходитъ, то лишь въ непосредственномъ со-сѣдствѣ съ разрѣзомъ свода влагалища.

Что касается злокачественныхъ опухолей, то удаленіе ихъ черезъ влагалище примѣнимо въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется увѣренность въ отчетливомъ, полномъ удаленіи новообразованія.

Располо-  
женіе опу-  
холи.

Въ смыслѣ расположенія опухоли играетъ большую роль для операціи— достигимъ ли нижній сегментъ ея черезъ сводъ, т. е. удастся ли опухоль низвести хоть однимъ какимъ либо сегментомъ къ разрѣзу свода. Если опухоль большого размѣра и лежитъ надъ безымянной линіей такъ, что обнажить ея нижній сегментъ не удастся, то въ прежнее время въ подобныхъ случаяхъ исключался влагалищный методъ; съ введеніемъ же зеркалъ съ освѣщеніемъ и длинныхъ инструментовъ легко удастся обнажить полюсъ такой кисты, пунктировать ее и вывести послѣ опорожненія наружу (см. рис. 54, стр. 77).

Интерлигаментарныя кисты не представляютъ противопоказанія, вопреки мнѣнію большинства авторовъ, для удаленія опухоли черезъ влагалище; напротивъ того, при интерлигаментарномъ развитіи кисты примѣненіе влагалищнаго метода представляется особо удобно выполнимымъ и можетъ даже считаться «методомъ выбора». Рукавнымъ путемъ легко достигнуть нижняго сегмента опухоли, такъ какъ по разрѣченіи заднебокового свода влагалища нижній полюсъ кисты дѣлается доступнымъ для дальнѣйшаго вылушенія.

Осложне-  
ніе сроще-  
ніями.

Наиболѣе легкими для операціи черезъ влагалище являются случаи безъ срощеній, но и наличность таковыхъ отнюдь не можетъ считаться противопоказаніемъ. Надо при этомъ замѣтить, что и опредѣленіе подвижности опухоли не всегда можетъ быть безупречно. Если при малыхъ и среднихъ по величинѣ опухоляхъ подвижность опредѣляется легко, то при опухоляхъ большихъ размѣровъ установить подвижность иногда чрезвычайно трудно. Въ такихъ случаяхъ особенно слѣдуетъ рекомендовать изслѣдованіе подъ наркозомъ (и примѣненіе наклонной плоскости).

Конечно, отсутствіе подвижности опухоли главнымъ образомъ зависитъ отъ срощеній, спаекъ съ сосѣдними частями, а характеромъ и распространеніемъ ихъ обуславливается бoльшая или меньшая трудность, въ исключительныхъ случаяхъ и невозможность влагалищной операціи. Небольшія срощенія, иногда распознаваемые только во время операціи, при вытягиваніи мѣшка опухоли, въ видѣ длинныхъ тяжей, не служатъ противопоказаніемъ для влагалищной оваріотоміи.

Только плоскостныя срощенія и главнымъ образомъ съ паріетальной (неподвижной) брюшиной крайне затрудняютъ проведеніе кольпотоміи; хотя и такія срощенія, при искусственномъ освѣщеніи брюшной полости свѣтовыми зеркалами, удастся между прочимъ при помощи длинныхъ тупферовъ отдѣлить *in situ*. Срощенія съ подвижными органами (сальникъ, кишечныя петли) отдѣляются подъ контролемъ зрѣнія еще легче, такъ какъ они легко подтягиваются.

Срощенія съ паренхиматозными органами, какъ то: печенью, селезенкой и т. д., а также сомнительность діагноза въ смыслѣ возможности встрѣтить опухоль не полового аппарата (а опухоль кишки, сальника, печени, почекъ, железъ и т. д.) противопоказываютъ вмѣшательство черезъ влагалище.

Даже при рубцовомъ измѣненіи въ области *lig. infundibulo-pelvicі* всегда удается наложить на нее лигатуру.

Въ общемъ надо сказать, что при отдѣленіи срощеній главное условіе для операціи черезъ влагалище—это полная и точная оріентировка въ каждый моментъ операціи относительно топографо-анатомическихъ особенностей случая. Разъ топографо-анатомическія отношенія становятся неясными, слѣдуетъ переходить къ чревосѣченію, при чемъ рана въ заднемъ сводѣ можетъ послужить для дренажа.

Узость и неподатливость влагалищнаго канала, обусловленная рубцовыми процессами, старческими измѣненіями и тому подобными причинами, въ отдѣльныхъ случаяхъ могутъ послужить противопоказаніемъ къ влагалищному пути, но въ общемъ онѣ не представляютъ серьезнаго препятствія къ кольпотоміи, тѣмъ болѣе, что въ подобныхъ случаяхъ можно воспользоваться разрѣзомъ Schuchardt'a или срединнымъ разрѣзомъ Отта.

Узость  
влагалища.

### Техника операціи.

Приготовленіе больной къ операціи *colpосоeliotomіае* должно быть такое же, какъ и къ чревосѣченію черезъ брюшныя стѣнки.

Послѣ обычной дезинфекціи покрововъ живота, наружныхъ половыхъ частей, влагалища и шеечнаго канала, въ случаяхъ, гдѣ имѣется сопутствующій основному заболѣванію эндометритъ, производится выскабливаніе матки, съ послѣдовательнымъ смазываніемъ ея полости *tinct. jodi*. Такой пріемъ, показанный и въ другихъ подобныхъ случаяхъ, имѣетъ цѣлью, кромѣ леченія эндометрія, еще и достиженіе полной стерильности операціоннаго поля (см. Общая часть, стр. 53).

Для операціи *colpосоeliotomіае* больная помѣщается въ положеніе съ подтянутыми къ животу бедрами при помощи ногодержателя, какъ и при всякой другой операціи во влагалищѣ.

Въ виду неблагоприятныхъ условій освѣщенія при влагалищныхъ операціяхъ, лобная лампа Д. О. Отта является въ такихъ случаяхъ цѣннымъ подспорьемъ (см. Общая часть, стр. 70).

Современная гинекологія пользуется двумя методами вскрытія брюшной полости черезъ влагалище для операцій на придаткахъ матки: передней и задней кольпотоміей. Мы начнемъ описаніе съ задней кольпотоміи, которая въ клиникѣ Д. О. Отта производится гораздо чаще въ силу своихъ преимуществъ.

*Задняя кольпотомія (colpotomia posterior, colpo-coeliotomia posterior).*

Въ задней кольпотоміи мы будемъ имѣть слѣдующіе четыре момента:

- I. Разрѣзъ задняго свода влагалища и вскрытіе Дугласова пространства.
- II. Извлеченіе опухоли изъ брюшной полости.
- III. перевязка ножки опухоли и операція на придаткахъ въ тѣсномъ смыслѣ слова.
- IV. Закрытіе свода.

I-й  
моментъ.  
Вскрытіе  
задняго  
свода.

Задній сводъ вскрывается обычнымъ путемъ, описаннымъ въ Общей части, стр. 179. Иногда, впрочемъ, при вскрытіи встрѣчаются затрудненія, обусловленные или тѣмъ, что разрѣзъ проведенъ ниже Дугласовой складки, или зарощеніемъ Дугласова пространства. Въ первомъ случаѣ брюшина, покрывающая заднюю стѣнку матки, отслаивается на нѣкоторомъ протяженіи; для того, чтобы ее вскрыть, слѣдуетъ захватить пинцетомъ отслоенную складку брюшины и вскрыть ее ножницами. Если же вскрыть брюшину затруднительно вслѣдствіе зарощенія Дугласа, то, устранивъ постоянное заливаніе кровью изъ краевъ разрѣза стѣнки влагалища обколкомъ ихъ лигатурами, приходится отдѣлять срощенія шагъ за шагомъ, постоянно контролируя свои дѣйствія зрѣніемъ, въ особенности, когда приходится разъединять срощенія рѣзущими инструментами.

При извѣстномъ терпѣннн и владѣннн техникой даже и въ такихъ трудныхъ случаяхъ удается добраться до свободной брюшной полости.

По вскрытіи задняго свода, въ случаѣ надобности, производится и детальное ручное изслѣдованіе внутреннихъ половыхъ органовъ, при чемъ наружной рукой операторъ помогаетъ себѣ такъ же, какъ при обычномъ двуручномъ изслѣдованіи, или же вводятся освѣтительныя зеркала.

II-й  
моментъ  
Извлеченіе  
опухоли изъ  
брюшной  
полости.

Передъ выведеніемъ опухоли изъ брюшной полости отошедшія кверху петли кишекъ (при наклонномъ положеніи больной, см. Общую часть, рис. 48 на стр. 73) защищаются компрессомъ.

Края разрѣзаннаго свода раздвигаются зеркалами, и опухоль фиксируется въ заднемъ сводѣ черезъ брюшные покровы ассистентомъ; стѣнка опухоли захватывается подъ контролемъ зрѣнія пулевыми щипцами, и опухоль выводится наружу. Если, въ силу большихъ размѣровъ, опухоль цѣликомъ выведена быть не можетъ, то она пунктируется ножомъ или труакаромъ, и жидкость изъ нея вытекаетъ наружу. Если опухоль многокамерная, то такъ же пунктируется вторая полость, третья и т. д. Для того, чтобы избѣгнуть попаданія жидкости въ брюшную полость, въ этотъ

моментъ больная переводится изъ косога въ горизонтальное или слегка приподнятое положеніе, благодаря чему жидкость вытекаетъ наружу. По опорожненіи содержимаго, мѣшокъ опухоли выводится изъ брюшной полости.



Рис. 296. Перевязка ножки кисты, извлеченной путемъ кольпотоміи, въ два отдѣла.  
Проведеніе лигатуры.

Значительнымъ осложненіемъ этого момента операціи являются сращения въ брюшной полости. Когда эти сращения рыхлы, они отдѣляются тупымъ путемъ. Если сращения имѣются съ подвижными органами, какъ напримѣръ съ сальникомъ, то таковыя отдѣляются послѣ наложенія лигатуръ. Если сращения окутываютъ опухоль со всѣхъ сторонъ, то приходится подъ контролемъ зрѣнія отдѣлять сращения шагъ за шагомъ. Вообще, при сращенияхъ требуется постоянный контроль

зрѣнія какъ въ смыслѣ опредѣленія характера сращеній, такъ и въ смыслѣ послѣдательной остановки кровотока.

III-й  
моментъ.

Послѣ выведенія опухоли при кистовидныхъ новообразованіяхъ придатковъ, имѣющихъ при этомъ ножку, таковая перевязывается, въ большинствѣ случаевъ,

Перевязка  
ножки  
опухли и  
операция на  
придаткахъ  
sensu stri-  
ctu.



Рис. 297. Перевязка ножки кисты при кольпотоміи. Завязываніе лигатуры.

въ два отдѣла или, въ случаѣ надобности, накладывается общая лигатура, словомъ, дѣлается типическая овариотомія съ перевязкой хирургической ножки такъ же, какъ при чревосѣченіяхъ (рис. 296 и 297). Если въ силу топографо-анатомическихъ отношеній приходится обколотъ значительную часть широкой связки,

какъ, напримѣръ, при опухоляхъ трубъ обколоть mesosalpinx, то это можетъ быть сдѣлано такимъ же путемъ, какъ и при чревосѣченіи.

При соотвѣтственныхъ пораженіяхъ придатковъ, на нихъ, по выведеніи изъ брюшной полости, могутъ быть произведены всѣ консервативныя операціи, какъ то: резекція яичника или трубы, пункція и выжиганіе кистъ Rasquelin'омъ, salpingostomatia и т. д. По окончаніи оперативнаго вмѣшательства на придаткахъ одной стороны—осматриваются вторые придатки.

Особенно важнымъ моментомъ является отсѣченіе опухоли послѣ перевязки ея ножки. Такое отсѣченіе ножницами, какъ и при брюшностѣночномъ чревосѣченіи, должно дѣлаться съ осмотрительностью, во избѣжаніе возможности соскальзыванія лигатуръ. Эти послѣднія оставляются до конца операціи для вторичнаго осмотра, и обрѣзываются коротко передъ закрытіемъ брюшной полости.

Нѣкоторое затрудненіе можетъ встрѣтиться при наложеніи лигатуръ на lig. infundibulo-pelvicum, особенно при рубцовыхъ сморщиваніяхъ этой связки, бывающихъ послѣ перенесенныхъ въ этой области воспалительныхъ процессовъ. При извѣстной техникѣ, конечно, удастся наложить лигатуру на это мѣсто или, въ крайнемъ случаѣ, при неувѣренности въ надежности гемостаза, можно захватить зажимомъ, оставляемымъ на 48 часовъ.

Закрытіе свода наглухо въ послѣдніе годы нами никогда не практикуется на основаніяхъ, изложенныхъ въ «Общей части» (стр. 195). Въ чистыхъ случаяхъ, не требующихъ дренированія, мы оставляемъ открытымъ лишь ничтожное отверстіе въ средней части разрѣза; на боковыя же части накладываемъ рядъ глубокихъ и поверхностныхъ швовъ. Въ оставленное незашитымъ отверстіе вводится тонкая полоска марли, удаляемая на вторыя сутки и предназначенная для контроля на случай послѣдовательной геморрагіи. Въ случаяхъ, гдѣ показанъ дренажъ, таковой примѣняется изъ іодоформенной марли, вводимой въ разрѣзъ свода.

### *Передняя кольпотомія (colpotomia anterior, colpocoeliotomia anterior).*

Передняя кольпотомія распадается на тѣ же четыре момента, какъ и вскрытіе брюшной полости черезъ задній сводъ.

I. Разрѣзъ стѣнки передняго свода влагалища, отдѣленіе мочевого пузыря и вскрытіе брюшины пузырно-маточнаго пространства (excavatio vesico-uterina).

II. Извлеченіе опухоли изъ брюшной полости безъ предварительнаго выведенія матки (Оттъ) или съ предварительнымъ выведеніемъ матки (Dührssen, Martin).

III. Перевязка ножки опухоли и операція на придаткахъ въ тѣсномъ смыслѣ слова.

IV. Закрытіе свода.



I-ый  
моментъ.

Разрѣзь слизистой оболочки передняго свода влагалища дѣлается или поперечный, или продольный. Въ клиникѣ Д. О. Отта пользуются обыкновенно поперечнымъ разрѣзомъ (см. «Общая часть», стр. 203).

Разрѣзь  
передняго  
свода влага-  
лища, отдѣ-  
ление моче-  
вого пузыря  
и вскрытіе  
пузырно-ма-  
точного про-  
странства.

Нѣмецкіе хирурги при передней кольпотоміи пользуются продольнымъ разрѣзомъ, какъ производили Dührssen и Martin. Первый совѣтовалъ къ поперечному разрѣзу, проведенному ниже границы пузыря, прибавить продольный, идущій отъ середины перваго, чтобы создать большій доступъ къ операционному полю; послѣ отдѣленія пузыря отъ матки и отчасти отъ передней стѣнки влагалища онъ разсѣкалъ брюшину также въ сагитальномъ направленіи. Второй производилъ продольный сагитальный разрѣзь, начиная его подъ наружнымъ отверстіемъ мочеиспускательнаго канала; затѣмъ, отдѣливъ пузырь, онъ вскрывалъ ножницами брюшину и расширялъ отверстіе въ ней тупымъ способомъ.

II-ой  
моментъ.

По вскрытіи брюшной полости опухоль вставляется въ разрѣзь, пунктируется и выводится наружу.

Извлеченіе  
опухоли изъ  
брюшной  
полости.

При способахъ Martin'a и Dührssen'a послѣ вскрытія брюшины для дальнѣйшаго проведенія оперативнаго вмѣшательства требуется выведение матки наружу; съ этой цѣлью захватывается острыми крючками видимая наивысшая точка матки и подтягивается къ разрѣзу влагалища; затѣмъ захватывается стѣнка матки еще выше и также подтягивается книзу. Такое переключиваніе инструментовъ продолжается до тѣхъ поръ, пока удастся захватить ими дно матки и вывести его наружу, и лишь послѣ этого производится вмѣшательство на больныхъ придаткахъ. Послѣ окончанія операціи матка, все время находившаяся снаружи, вновь вправляется. Такое выведение матки, являясь лишнимъ моментомъ операціи, ведетъ къ пораненіямъ маточной ткани, что имѣетъ особенно мѣсто при наличности сращеній въ Дугласѣ или вокругъ придатковъ; захватывающіе инструменты срываются, вызывая кровоотдѣленіе—или паренхиматозное, легко останавливаемое, или требующее наложенія швовъ. Особенно трудно справиться съ кровоотдѣленіемъ при гипереміи матки, какъ, на примѣръ, при беременности (resp. при внематочной беременности), при застойной маткѣ и т. д. Не разъ хирургамъ приходилось жертвовать маткой, которую удаляли вслѣдствіе кровотеченія изъ пораненій, сдѣланныхъ во время выведения ея (Döderlein, Martin, Chiarleoni и др.). Бóльшая доступность къ операционному полю послѣ выведения матки является проблематичной, такъ какъ выведенная матка ограничиваетъ операционное поле. Нахожденіе матки во влагалищѣ ведетъ и къ извѣстному ея загрязненію, чѣмъ утрачивается въ значительной мѣрѣ сама цѣнность влагалищнаго метода.

III-ий  
моментъ.

Всѣ эти отрицательныя стороны устраняются, если оперировать безъ выведения матки, какъ это практикуется въ нашей клиникѣ.

Перевязка  
ножки и  
операція на  
придаткахъ  
sensu stri-  
ctu.

Перевязка ножки опухоли и оперативныя вмѣшательства на самихъ придаткахъ производятся такъ же, какъ и при задней кольпотоміи (стр. 448).

IV-ый  
моментъ.

Убѣдившись въ полномъ гемостазѣ, производятъ закрытіе свода швами. Мы пользуемся съ этой цѣлью шелкомъ и накладываемъ швы въ два яруса: глубокіе, проходящіе черезъ слизистую оболочку влагалища и брюшину, и поверхностные, захватывающіе только стѣнку влагалища.

Закрытіе  
свода.

При операції передній кольпотоміи нѣкоторые авторы производять передъ закрытіемъ свода вагинофіксацію.

Кромѣ уже указанныхъ въ «Общей части» преимуществъ задней кольпотоміи, а именно простоты операції разрѣза свода, несравненно меньшей возможности пораненій смежныхъ органовъ и идеальнѣйшаго дренажа и т. д., мы должны отмѣтить, что гораздо чаще измѣненные придатки располагаются въ заднемъ сводѣ, въ немъ же обыкновенно и локализируются выпоты и вообще скопленія жидкости въ брюшной полости. Такое расположеніе болѣзненныхъ частей дѣлаетъ путь черезъ задній сводъ наиболее цѣлесообразнымъ. Дренировать черезъ передній сводъ крайне неудобно, почему сторонники передній кольпотоміи примѣняютъ для дренажа отдѣльно разрѣзъ задняго свода.

Сравненіе вскрытія передняго и задняго свода для операцій на придаткахъ.

Старый вопросъ, при какой кольпотоміи больше свѣта, при передній или при задней, падаетъ самъ собой съ введеніемъ въ технику влагалищныхъ операцій метода освѣщенія брюшной полости.

Образованіе периметритическихъ тяжей сзади матки, въ особенности послѣ примѣненія дренажа, и, какъ слѣдствіе такихъ срощеній, неправильное положеніе матки—ретропозиція и фиксированная ретрофлексія—относятся къ первому періоду кольпотоміи. Если срощеній не было въ Дугласѣ во время операції, никакихъ выпотовъ послѣ нея не получилось, зарощеніе свода прошло гладко, то не можетъ быть и рѣчи объ измѣненіи положенія матки. Если же нарушены обширныя срощенія между кишкой и маткой, при чемъ послѣ операції остались поверхности неперитонизированныя, лишеныя своего брюшиннаго покрова и сецернирующія жидкость, или имѣются налицо другіе моменты для выпота, то, какимъ бы путемъ ни была произведена оваріотомія, въ результатѣ—произойдутъ срощенія. При такихъ условіяхъ дренажъ, обезпечивающій хорошій оттокъ, не только не повредитъ, но явится если не полнымъ избавителемъ, то во всякомъ случаѣ ограничивающимъ эти скопленія и ихъ послѣдствія, уменьшая область образующихся срощеній. Конечно, полость, закрывающаяся по тампону, даетъ склейки и можетъ вызывать измѣненія положенія матки, давая ретропозицію; но если эти срощенія произошли асептично, не плотны и свѣжи, то они легко нарушаются механическимъ путемъ—массажемъ.

Подводя итоги сказанному, мы должны подчеркнуть слѣдующія выгоды разрѣза задняго свода.

1. Задняя кольпотомія представляетъ путь наиболее короткій къ больнымъ придаткамъ.

2. Разрѣзъ задняго свода представляетъ болѣе простую и легкую операцію, чѣмъ вскрытіе пузырно-маточной складки брюшины; будучи удаленнымъ отъ всѣхъ важныхъ сосудовъ, онъ даетъ незначительную, легко останавливаемую геморагію.

3. Опасность пораненія окололежащихъ органовъ является наименьшей.

4. Благодаря анатомическимъ отношеніямъ задняго кольпотомія даетъ возможность проложить идеальнѣйшій дренажъ, если таковой требуется.

Передняя кольпотомія будетъ имѣть мѣсто въ случаяхъ, въ которыхъ опухоль фиксирована въ переднемъ сводѣ и не можетъ быть смѣщена въ Дугласъ даже подъ наркозомъ изъ-за сращеній. Также передняя кольпотомія можетъ быть примѣнена тамъ, гдѣ, кромѣ вмѣшательства на придаткахъ, производятся еще операціи на передней поверхности матки (удаленіе фиброидовъ) или на круглыхъ связкахъ (укороченіе ихъ при ретрофлексіи).

#### ПРОГНОЗЪ ОВАРІОТОМІИ.

При современной асептикѣ прогнозъ оваріотоміи въ общемъ надо считать благопріятнымъ. Конечно, предсказаніе будетъ въ зависимости отъ тяжести случая. У крѣпкихъ субъектовъ при благопріятныхъ анатомическихъ условіяхъ со стороны опухоли, при отсутствіи осложненій, какъ то: большихъ сращеній, нагноенія опухоли, злокачественнаго перерожденія—предсказаніе обыкновенно очень хорошее. Однако, прогнозъ ухудшается пропорціонально техническимъ трудностямъ и особенно неблагопріятенъ при осложненіи злокачественностью опухоли, дающей метастазы и распространяющейся на окололежащія части. Все зависитъ отъ подбора случаевъ.

Статистика  
смертности.

Статистика смертности, даваемая авторами, крайне различна.			
Döderlein	даетъ . . . . .	3,5%	смертности.
Pfannenstiel	» . . . . .	5,1%	»
Zweifel	» . . . . .	5,19%	»
Werth, Fritsch, Winter и Hofmeier	даютъ		
отъ . . . . .	8 до	9%	»
Martin	даетъ . . . . .	9,01%	»
Schauta	» . . . . .	9,55%	»
Segalowitz (сборн. статистика—1.953 сл.)	даетъ	7,6%	»
Fehling	» » 3.369 » » .	7,8%	»
Hofmeier	» » 4.875 » » .	13%	»

Злокачественно же перерожденныя кисты дали въ Лейпцигской клиникѣ 13,3%, въ Вюрцбургской и Кенигсбергской по 17,1% и 24%. Klein даетъ для злокачественныхъ новообразованій яичника 40%, Martin—даже 41%.

Мы на 876 брюшностѣночныхъ чревосѣченій имѣли 92 смерти—10,5%. Такой сравнительно высокій процентъ смертности находитъ себѣ объясненіе въ томъ, что на долю лапаротоміи приходится большинство злокачественно-перерожденныхъ кистъ, гдѣ оперативное вмѣшательство примѣнялось какъ ultima ratio (до 20%), и случаи, не доступные влагалищному вмѣшательству, благодаря полной неподвижности опухоли.

При удаленіи рукавнымъ путемъ опухолей яичника мы на 530 операціяхъ имѣли 7 смертныхъ исходовъ, что составляетъ 1,3% смертности.

Еще въ 1903 г. нами были опубликованы статистическія данныя, говорящія въ пользу влагалищныхъ методовъ, а именно—на 496 случаевъ чревосъченія по поводу новообразованій придатковъ мы имѣли 11,25% смертности, между тѣмъ какъ на 126 кольпотомій, произведенныхъ для удаленія придатковъ, смертный исходъ былъ 1 разъ, т. е. процентъ смертности—0,8. Цифровыя данныя ясно доказывали меньшую смертность при кольпотоміи. Надо, однако, оговориться, что огромное большинство брюшностѣночныхъ чревосъченій падаетъ на случаи тяжелаго и обширнаго пораженія внутреннихъ половыхъ органовъ, когда часто и силы больной еще до операціи пришли въ полный упадокъ, между тѣмъ какъ при кольпотоміяхъ большинство операцій относится къ начальному періоду развитія болѣзненнаго процесса при полномъ сохраненіи силъ заболѣвшей. Отсюда уже а priori нужно ожидать, что исходъ влагалищныхъ вскрытій брюшины при новообразованіяхъ придатковъ въ общемъ всегда будетъ благопріятнѣе, чѣмъ это приходится наблюдать при брюшностѣночныхъ чревосъченіяхъ. Введеніе кольпотоміи несомнѣнно, однако, улучшило статистику гинекологическихъ операцій. Такъ, въ клиникѣ Д. О. Отта съ 8 Мая 1888 г. по 8 Мая 1895 г., т. е. за 7 лѣтъ до введенія кольпотоміи, на 107 оваріотомій путемъ вскрытія передней брюшной стѣнки было 3 смертныхъ исхода, что составляетъ 2,8% смертности; съ 8 Мая 1895 г. по 8 Мая 1902 г., т. е. за 7 лѣтъ послѣ введенія кольпотоміи, на 302 оваріотоміи путемъ влагалищнымъ и вентральнымъ было 5 смертныхъ исходовъ—1,65%, т. е. вдвое меньше. Несомнѣнно, такія цифры показываютъ, что травматическій коэффициентъ при брюшностѣночныхъ чревосъченіяхъ значительно выше, чѣмъ при влагалищныхъ операціяхъ, что и понятно уже теоретически въ виду той массы осложнений, которыя влечетъ за собой чревосъченіе.

Изъ этихъ осложнений самымъ грознымъ является септический перитонитъ. Раскрытая брюшная полость, приходящая въ непосредственное соприкосновеніе съ окружающей средой, кишечныя петли, подвергающіяся вліянію воздуха и травмированныя руками оператора, ассистентовъ и инструментами, несомнѣнно даютъ массу поводовъ къ поступленію инфекции въ брюшную полость; если при этомъ принять во вниманіе огромную всасывательную энергію брюшины и вспомнить, какъ трудно поручиться за абсолютную вѣрность нашихъ асептическихъ и антисептическихъ мѣропріятій, то станетъ понятной легкость, съ которой наступаетъ инфицированіе брюшины; кромѣ того, продолжительное вліяніе воздуха само по себѣ и хирургическія манипуляціи въ брюшной полости считаются частыми причинами шока и коллапса. Не говоря уже о непосредственномъ летальномъ исходѣ, они, нарушая регуляторную способность организма, облегчаютъ поступленіе заразныхъ началъ. При влагалищныхъ операціяхъ условія для заживленія раны въ случаѣ заноса зародышей болѣе благопріятны, чѣмъ при брюшностѣночномъ чрево-

Осложненія  
послѣопе-  
раціоннаго  
теченія.

1) В. Л. Якобсонъ.—Къ вопросу о влагалищномъ чревосъченіи при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ придатковъ матки. Дисс. Спб., 1903, стр. 150.

сѣченіи. При colposcoeliotomi'и процессъ можетъ легче ограничиться воспаленіемъ только тазовой брюшины, тогда какъ при операціяхъ съ разрѣзомъ брюшной стѣнки инфицируется значительная часть брюшной полости. Еще Mikulicz показалъ, что операціи въ области mesogastrii и epigasrtii опаснѣе, чѣмъ въ области hypogastrii, и, вѣроятно, это надо отнести къ вышеприведеннымъ причинамъ. Наконецъ, что самое главное, возможность проведенія асептическихъ мѣропріятій при влагалищныхъ операціяхъ достигается значительно легче и совершеннѣе (см. «Общ. часть», стр. 194).

Изъ 92 случаевъ смертнаго исхода, которые мы имѣли при брюшностѣночномъ чревосѣченіи, 30 оперированныхъ при наличности злокачественнаго новообразованія погибли отъ кахексіи, перехода злокачественнаго процесса на другіе органы брюшной полости, при чемъ часто операція оказывалась или пробнымъ чревосѣченіемъ, или палліативнымъ вмѣшательствомъ. Изъ остальныхъ (62) больше чѣмъ въ половинѣ случаевъ больныя погибли при явленіяхъ септического процесса (39), и только у 22 были другія причины летальнаго исхода (жирноперерожденное сердце, пневмонія, уремія и т. д.).

Далѣе, для перенесшихъ чревосѣченіе, хотя и рѣдко, но все же грознымъ бичемъ является ileus. Не говоря уже объ ошибкахъ оперативной техники, непроходимость кишекъ можетъ быть обусловлена развитіемъ volvulus'a и перегиба кишечной петли. Наболѣе благопріятныя условія для развитія перекручиванія кишечной петли создаются въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при операціи приходится вправлять въ безпорядкѣ выпавшіе конгломераты кишекъ. Но даже и тамъ, гдѣ эвентераціи кишекъ не было, срощенія сальника или кишекъ могутъ способствовать происхожденію заворота. При влагалищныхъ операціяхъ явленіе ileus'a—большая рѣдкость <sup>1)</sup>.

Въ послѣдующее время—для перенесшихъ чревосѣченіе не исключена возможность образованія грыжъ, даже при томъ техническомъ совершенствѣ, съ которымъ закрывается теперь разрѣзъ брюшной стѣнки. Слѣдуетъ при этомъ замѣтить, что чѣмъ болѣе удобныя условія для операціи въ смыслѣ простора операціоннаго поля создаются увеличеніемъ разрѣза брюшныхъ стѣнокъ, тѣмъ въ большей степени и пропорціонально этому возрастаетъ опасность для образованія грыжи бѣлой линіи. При кольпотоміи возможность образованія грыжи абсолютно устранена.

Осложненія  
при кольпо-  
томіи.

Изъ осложненій, наблюдаемыхъ при кольпотоміи, на первомъ планѣ по жизненной опасности и частотѣ надо поставить возможность кровотеченія и пораненія смежныхъ органовъ.

Вообще, кровотеченіе, осложняющее кольпотомію, можетъ быть: 1) изъ разрѣзаннаго свода, 2) изъ культи (arteria spermatica), 3) изъ отдѣленныхъ срощеній

<sup>1)</sup> Martin на 496 операціи имѣлъ 1 смерть отъ ileus'a (XII Congrès internat., Moscou), Dührssen на 503 кольпотоміи—1 разъ (Die Einschränkung des Bauchschnittes durch die vaginale Laparotomie. Berlin, 1899). Мы на 530 операціи при овариотоміи не имѣли ни одного ileus'a, равно какъ и при всѣхъ другихъ влагалищныхъ операціяхъ.

и пораненій серознаго покрова околележащихъ органовъ. Кровотеченіе изъ свода легко избѣжать обкалываніемъ его лигатурами, и, если въ концѣ операціи изъ какого-либо его отдѣла имѣется кровоотдѣленіе, то послѣдовательно наложеніемъ одной, двухъ лигатуръ кровотеченіе останавливается. Кровотеченіе изъ культи представляется уже гораздо болѣе серьезнымъ осложненіемъ.

Однимъ изъ самыхъ отвѣтственныхъ моментовъ операціи является наложеніе лигатуры на хирургическую ножку опухоли. Обыкновенно накладываютъ двойную лигатуру и, предосторожности ради, общую; всѣ лигатуры должны быть затянуты туго, и если въ культѣ виденъ сосудъ послѣ отрѣзыванія опухоли, то его необходимо перевязать отдѣльно; культя должна быть не особенно коротка, тогда не будетъ опасности соскальзыванія лигатуры. Указывалось, что соскальзываніе лигатуры очень часто происходитъ въ моментъ опусканія перевязанной культи въ брюшную полость, при чемъ невозможно осмотрѣть по окончаніи операціи лежащую на своемъ мѣстѣ культю. Этотъ упрекъ совершенно падаетъ, такъ какъ съ введеніемъ освѣтительныхъ зеркалъ операціонное поле при кольпотоміи можетъ быть осмотрѣно съ такой же отчетливостью, какъ и при чревосѣченіи передъ закрытіемъ брюшной полости, и въ случаѣ необходимости—обезпеченъ гемостазъ. Кровотеченія изъ срощеній, изъ пораненій паренхиматозныхъ органовъ можно также избѣжать при отдѣленіи срощеній подъ контролемъ глаза. Въ клиникѣ Д. О. Отта на 530 случаевъ влагалищнаго удаленія придатковъ послѣдовательное кровотеченіе наблюдалось только 2 раза изъ *lig. infundilulo-pelvicum*, при чемъ черезъ имѣвшійся вскрытый сводъ при помощи брюшнаго освѣщенія кровотеченіе было остановлено наложеніемъ лигатуръ съ дальнѣйшимъ благопріятнымъ исходомъ.

Въ упрекъ влагалищнымъ методамъ при оваріотоміи ставятъ возможность пораненія лежащихъ въ тазу органовъ, какъ то—кишекъ, прямой кишки, мочеточника и мочевого пузыря.

Пораненія прямой кишки при кольпотоміяхъ въ началѣ развитія этого метода встрѣчались нерѣдко. Однако, съ развитіемъ техники (при проведеніи поперечнаго послоннаго разрѣза задняго свода), такое пораненіе можетъ случиться только при особо неблагопріятныхъ условіяхъ. Раненіе прямой кишки въ клиникѣ Д. О. Отта имѣло мѣсто въ 3 случаяхъ (на 530 операцій): въ одномъ случаѣ пролиферирующей кистомы, въ одномъ—гнойнаго сальпингита и въ одномъ—двухсторонняго ретенціоннаго заболѣванія трубъ при рѣзкихъ рубцовыхъ срощеніяхъ въ Дугласѣ; при разрѣзѣ задняго свода была вскрыта прямая кишка, сейчасъ же зашита, и давшая во всѣхъ трехъ случаяхъ въ послѣопераціонномъ теченіи *prima intentio*.

Въ двухъ случаяхъ мы имѣли пораненіе петли тонкой кишки. Оба они относятся къ началу примѣненія кольпотоміи (еще безъ брюшнаго освѣщенія) въ клиникѣ Д. О. Отта. Оба случая въ техническомъ отношеніи сопровождались громадными трудностями изъ-за сплошныхъ плотныхъ срощеній съ петлями тонкихъ кишекъ, спаянныхъ въ то же время между собой. Одинъ разъ раненіе было обусловлено свѣжимъ инфильтратомъ стѣнки кишки, другой разъ—при выведеніи опухоли

черезъ вскрытый сводъ вмѣстѣ съ мѣшкомъ кисты въ пулевые щипцы попала и петля тонкой кишки. Въ одномъ случаѣ фистула зажила самостоятельно, въ другомъ—зашита съ хорошимъ исходомъ.

Надо оговориться, что пораненія кишечныхъ петель имѣютъ мѣсто и при брюшностѣночномъ чревосѣченіи, при отдѣленіи срощеній особенно вокругъ гнойныхъ опухолей. Большею частью пораненія поверхностны,—только въ серозномъ покровѣ, который закрывается серо-серозными швами съ хорошимъ успѣхомъ. Въ одномъ случаѣ мы потеряли больную при пораненіи кишечной петли отъ перфоративнаго перитонита.

Schauta на 220 влагалищныхъ операцій имѣлъ 4 случая кишечныхъ фистулъ, при чемъ въ 3-хъ фистула зажила произвольно и въ одномъ потребовала дальнѣйшаго леченія; на 216 случаевъ брюшностѣночнаго чревосѣченія имъ отмѣчено 8 разъ пораненіе кишекъ съ 3 смертями и 3 оставшимися фистулами.

Пораненіе мочеточниковъ бываетъ только при самыхъ неблагопріятныхъ условіяхъ, и мы наблюдали случай мочеточниковаго свища: онъ имѣлъ мѣсто при удаленіи межсвязочной многополостной кистомы, раково-перерожденной, съ инфильтратомъ въ окружности мочеточника. Больная, поправившись послѣ операціи, выписалась со свищемъ.

Что касается пораненій пузыря, то они встрѣчаются при передней кольпотоміи въ моментъ отдѣленія пузыря отъ передней поверхности матки <sup>1)</sup>. Эти случайности бываютъ при воспалительномъ измѣненіи клѣтчатки между пузыремъ и маткой, что принуждаетъ иногда къ раздѣленію этихъ органовъ острымъ путемъ. Такіе случаи рѣдки, и во всѣхъ случаяхъ, извѣстныхъ въ литературѣ (Martin), пузырь былъ зашитъ съ полнымъ успѣхомъ.

При разборѣ послѣоперационнаго періода кольпотоміи нельзя не подчеркнуть, что даже защитники брюшностѣночнаго чревосѣченія признаютъ болѣе легкое теченіе послѣ влагалищнаго вмѣшательства. Еще Veit ярко подчеркнул, что на всякую больную, которой была сдѣлана операція черезъ влагалище, и операція прошла безъ кровотеченія и пораненія смежныхъ органовъ, можно смотрѣть, какъ на выздоровѣвшую, между тѣмъ какъ послѣ брюшностѣночнаго чревосѣченія рѣшеніе вопроса, перенесетъ ли больная операцію, тянется нѣсколько дней.

Раздраженіе брюшины послѣ лапаротоміи вызываетъ цѣлый рядъ рефлекторныхъ явленій: такъ, напримѣръ, учащеніе пульса до 100 ударовъ въ минуту далеко не рѣдкое явленіе послѣ брюшностѣночной оваріотоміи. Послѣ кольпотоміи такого учащенія пульса не наблюдается; ббольшая часть больныхъ послѣ влагалищной оваріотоміи проходитъ безъ замѣтнаго повышенія температуры.

Тошнота и рвота послѣ кольпотоміи носитъ характеръ обычной хлороформенной рвоты и стихаетъ въ концѣ первыхъ сутокъ; на 2-я сутки бываетъ въ видѣ очень

<sup>1)</sup> Martin имѣлъ на 496 операцій colpotomiae anterioris 5 случаевъ пораненія пузыря, которыя были зашиты и зажили. XII Congr. intern., Moscou. 1897.

рѣдкаго исключенія. Самочувствіе больныхъ послѣ кольпотоміи довольно бодрое; у нѣкоторыхъ даже совсѣмъ не бываетъ болей, у другихъ въ теченіе первыхъ сутокъ существуютъ незначительныя боли, и то лишь рѣдко принимающія болѣе острый характеръ и требующія наркотическихъ средствъ. Вообще больныя послѣ влагалищной оваріотоміи болѣе напоминаютъ такихъ, которыя перенесли пластическую операцію во влагалищѣ или на шейкѣ матки.

Болѣе легкое теченіе послѣоперационнаго періода даетъ возможность ранѣе начать питаніе больныхъ, болѣе смѣло разрѣшать имъ поворачиваться и начинать ходить, чѣмъ послѣ брюшностѣночнаго чревосѣченія. Послѣоперационное теченіе не только легче послѣ кольпотоміи, но и для полного возстановленія силъ требуется гораздо меньше времени. Наконецъ, нельзя обойти молчаніемъ и то обстоятельство, что больныя, къ какому бы классу онѣ ни принадлежали, гораздо легче соглашаются на влагалищную операцію, чѣмъ на разрѣзъ брюшной стѣнки. Это тѣмъ болѣе важно, что оперировать возможно въ раннихъ стадіяхъ пораженія придатковъ опухолями, когда организмъ обладаетъ еще значительными силами.

#### ОСЛОЖНЕНІЕ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКА БЕРЕМЕННОСТЬЮ, РОДАМИ И ПОСЛѢРОДОВЫМЪ ПЕРІОДОМЪ.

Опухоли яичниковъ, осложняющія беременность, встрѣчаются сравнительно рѣдко <sup>1)</sup>, несмотря на то, что новообразованія половой железы наблюдаются всего чаще въ возрастѣ наиболѣе интенсивной половой дѣятельности—между 20 и 40 годами. Такая рѣдкость объясняется тѣмъ, что опухоли яичниковъ представляютъ условія, не благопріятствующія зачатію. Наиболѣе часто изъ опухолей яичника, осложняющихъ беременность, встрѣчаются пролиферирующія кистомы, затѣмъ идутъ дермоиды, рѣже интерлигаментарныя кисты и злокачественныя <sup>2)</sup>.

Установить показанія къ оваріотоміи во время беременности можно, лишь взвѣсивъ тѣ опасности и осложненія, съ которыми сопряжено одновременное существованіе беременности и кисты яичника.

<sup>1)</sup> Löhlein отмѣчаетъ на 1.300 беременныхъ 2 раза осложненія опухолями яичниковъ; Mc. Kegg по вычисляетъ 1 случай—на 2.500 беременностей; Martin насчитываетъ на 1.732 родовъ—20 случаевъ осложненія новообразованіемъ яичника, Ярцевъ приводитъ изъ Повив.-Гинек. Инст. на 5.414 родовъ 1 случай такого осложненія. Въ клиникѣ Д. О. Отта оваріотоміи на беременныхъ встрѣчаются въ 3% всѣхъ оваріотомій; у Olshausen'a—въ 3,9% (см. А. И. Ярцевъ.—Къ патологии и лѣченію кистъ яичника, осложняющихъ беременность. СПб. 1905).

<sup>2)</sup> Злокачественныя опухоли при беременности встрѣчаются въ 4% по Гордону (Оваріотомія при беременности. Дисс. Спб. 1894) и 3,7% по Williams'у (Frommel's Jahresber. 1897, p. 223). Интерлигаментарныя кисты встрѣчаются также рѣдко, въ 5%. Частота дермоидовъ по различнымъ авторамъ доходитъ до 25%.



Вліяніе  
новообразо-  
ванія на  
беремен-  
ность, роды  
и послѣ-  
родовой  
періодъ.

При малой величинѣ опухоли беременность можетъ протекать совершенно правильно и безъ особо тягостныхъ симптомовъ, несмотря на присутствіе кисты яичника. Въ большинствѣ же случаевъ появляются болѣе или менѣе тягостныя разстройства, далеко выходящія изъ границъ обычныхъ симптомовъ беременности. Быстрое увеличеніе живота, въ силу ли быстрого роста опухоли или въ силу обычнаго увеличенія матки и опухоли, ведетъ къ поднятію діафрагмы—отсюда одышка. Далѣе, больныя съ опухолью яичника обнаруживаютъ повышенное предрасположеніе къ альбуминуриі, отекамъ нижнихъ конечностей, варикознымъ расширеніямъ. Разстройства мочеиспусканія, боли, запоры, иногда неукротимая рвота связаны съ опухолью, осложняющей беременность. Ущемленіе опухоли въ тазу даетъ соответственныя симптомы сдавленія органовъ таза.

Появленіе осложнений со стороны опухоли, какъ то—перекручиваніе ножки, разрывы опухоли, сращенія, нагноенія и т. д., сопровождаются тѣми же симптомами, какъ и внѣ беременности.

Надо имѣть въ виду и возможность выкидыша (отъ 12 до 17%), при чемъ осложненія со стороны опухоли особенно благоприятствуютъ прерыванію беременности.

Опасность для матери и плода возрастаетъ при наступленіи родовъ. При опухольяхъ, лежащихъ внѣ полости малаго таза, роды въ большинствѣ случаевъ оканчиваются силами природы, хотя и при нормальномъ теченіи родовъ могутъ появиться опасныя осложненія со стороны опухоли (ушибы, кровоизліянія, разрывы кисты, особенно же перекручиваніе ножки и т. д.). При большихъ опухольяхъ работа брюшнаго пресса затруднена. Гораздо болѣе опасность представляютъ во время родовъ опухоли, лежащія въ маломъ тазу и такимъ образомъ заграждающія младенцу выходъ *per vias naturales*. Осложненія здѣсь могутъ быть очень тяжелыя: разрывы опухоли, разрывы матки и проч. Отсюда понятна и извѣстная гибель матерей и еще болѣе дѣтей. Если къ этому прибавить еще особенно частыя осложненія со стороны опухоли въ послѣродовомъ періодѣ, то ярко выступаютъ тѣ опасности, которымъ подвергается рожаящая женщина, имѣющая опухоль яичника.

Вліяніе  
беремен-  
ности на  
новообразо-  
ваніе.

Беременность въ извѣстномъ рядѣ случаевъ способствуетъ быстрому росту кисты.

Осложненія въ самой опухоли во время беременности въ общемъ довольно часты. Перекручиваніе ножки не рѣдкое явленіе при беременности, и послѣдняя предрасполагаетъ къ появленію этого осложненія. Гораздо чаще, чѣмъ во время беременности, происходитъ перекручиваніе ножки во время послѣродового процесса и особенно непосредственно послѣ родовъ. Анатомическія послѣдствія перекручиванія ножки во время беременности и послѣ родовъ такія же, какъ и внѣ беременности, а именно: кровоизліянія въ стѣнку или полость кисты, разрывъ кисты, воспаленія и нагноенія кисты и образованіе сращеній. Разрывы кисты во время беременности (около 4%) могутъ происходить послѣ перекручиванія ножки или вслѣдствіе непосредственнаго давленія растущей беременной матки на опухоль послѣ постепен-

наго размягченія стѣнки новообразованія. Далѣе, разрывы кистъ обусловливаются изслѣдованіемъ, попытками при вправленіи ущемленной кисты и проч. При наступленіи родовъ еще болѣе возрастаетъ опасность разрыва: во время потужной дѣятельности, при окончаніи родовъ щипцами при опухоли, ущемленной въ тазу, и даже послѣ произвольныхъ родовъ.

Сравнительно часто возникаютъ во время беременности срощенія опухоли съ окружающими частями. Такія срощенія развиваются послѣ перекручиванія ножки, но могутъ возникать и помимо этого.

Нагноеніе кистъ рѣдко наблюдается во время беременности, но за то особенно часто это осложненіе появляется во время послѣродового періода.

Изъ всего вышеприведеннаго мы видимъ, что одновременное существованіе беременности и кисты яичника грозитъ съ одной стороны беременностью—возможность выкидыша, большой процентъ патологическихъ родовъ и тяжелыхъ заболѣваний въ послѣродовомъ періодѣ, угрожающихъ жизни матери и плода; съ другой стороны оно грозитъ и осложненіями въ теченіе самихъ кистъ, усугубляющими опасность настоятельно показанной операціи.

Показанія  
къ операціи.

Въ виду этого операція при кистахъ, осложняющихъ беременность, является, какъ правило, настоятельно показанной. Такое положеніе можно принять тѣмъ болѣе, что прогнозъ оваріотоміи при беременности ни чуть не хуже, чѣмъ во внѣбеременномъ состояніи. По нѣкоторымъ авторамъ прогнозъ оваріотоміи даже благоприятнѣе при беременности, что объясняется рѣдкостью при этой послѣдней злокачественныхъ опухолей, а также тѣмъ, что беременность чаще возможна при неосложненныхъ опухоляхъ малой и средней величины, чѣмъ при большихъ и осложненныхъ. Слѣдуетъ отмѣтить, что оваріотомія, произведенная при наличности беременности, даетъ извѣстный процентъ прерыванія ея, по Olshausen'у въ  $\frac{1}{3}$  всѣхъ случаевъ, что, однако, нельзя считать особенно неблагоприятнымъ, если учесть, что и само присутствіе опухоли (а также часто встрѣчающаяся при кистахъ ретрофлексія) можетъ повести къ выкидышу, къ преждевременнымъ родамъ или, при срочныхъ родахъ, къ патологическому ихъ теченію. Въ клиникѣ Д. О. Отта на 36 операцій прервалась беременность 4 раза, что составляетъ  $\frac{11}{36}$ .

Клинической опытъ показываетъ, что послѣ оваріотоміи прерываніе беременности рѣже бываетъ при раннихъ срокахъ, на 2, 3 и 4-мъ мѣсяцахъ, чѣмъ при болѣе позднихъ стадіяхъ.

Для удаленія опухолей яичника при беременности мы можемъ пользоваться какъ брюшностѣночнымъ чревосѣченіемъ, такъ и влагалищнымъ.

Брюшностѣночная оваріотомія во время беременности въ нѣкоторыхъ случаяхъ облегчается, благодаря высокому положенію опухоли и мѣста ея прикрѣпленія къ маткѣ. Въ другихъ случаяхъ при опухоляхъ, ущемленныхъ въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ, во второй половинѣ беременности, наоборотъ, извлеченіе опухоли представляется затруднительнымъ, и приходится прибѣгать къ эквентераціи матки, что является уже неблагоприятнымъ моментомъ въ смыслѣ возмож-

Брюшно-  
стѣночная  
оваріотомія.

ности маточных сокращений. Одно из неудобств брюшностъночного чревосъченія при беременности заключается въ томъ, что если послѣ оваріотоміи наступить прерываніе беременности, то всѣ наружныя манипуляціи крайне затруднены изъ-за свѣжей раны брюшной стѣнки. Если приходится производить чревосъченіе незадолго до родовъ, то въ случаяхъ, гдѣ опухоль родамъ не препятствуетъ, выгоднѣе даже отложить оперативное вмѣшательство и оперировать непосредственно послѣ родоразрѣшенія, такъ какъ свѣжій рубецъ брюшной раны грозитъ во время родовъ недостаточностью дѣйствія брюшного пресса и мѣшаетъ возможности всякихъ манипуляцій черезъ брюшные покровы.

Влагалищ-  
ное чрево-  
съченіе.

Всѣ эти невыгоды устраняются примѣненіемъ влагалищнаго чревосъченія. Кромѣ того, влагалищное вскрытіе брюшной полости въ беременномъ состояніи облегчается разрыхленіемъ тканей и бѣльшей растяжимостью влагалища. Кольпотомія при беременности представляетъ для больной болѣе безопасную операцію и, въ виду своихъ преимуществъ, обезпечиваетъ отъ позднихъ прерываній беременности, происходящихъ, напр., на почвѣ сращеній матки съ рубцомъ брюшной стѣнки.

Изъ влагалищныхъ чревосъченій преимущества заслуживаетъ задняя кольпотомія въ силу анатомическихъ соображеній, расположенія опухоли, трудности при беременности вскрытія *excavationis vesico-uterinae*, меньшей травмы беременной матки и т. д.

Противопоказана оваріотомія черезъ влагалище во время беременности при обширныхъ сращеніяхъ съ органами, лежащими выше уровня тазового входа, а также въ тѣхъ случаяхъ, когда во второй половинѣ беременности короткая ножка опухоли помѣщается слишкомъ высоко надъ тазовымъ входомъ и не можетъ быть подтянута къ разрѣзу влагалищнаго свода. Высокое положеніе самой опухоли не служитъ противопоказаніемъ къ кольпотоміи, такъ какъ при помощи длинныхъ зеркалъ съ освѣщеніемъ явилась возможность удалять опухоли, нижній сегментъ которыхъ помѣщается надъ тазовымъ входомъ.

Такимъ образомъ явствуетъ, что если при беременности распознана киста, она должна быть удалена, при чемъ операціей выбора будетъ кольпотомія. Относительно времени операціи, кромѣ предпочтительности оперировать въ ранніе сроки беременности, какъ нами упомянуто выше, и неудобства чревосъченія непосредственно передъ родами, мы должны указать еще на одно соображеніе, а именно—если присутствіе опухоли установлено въ то время, когда плодъ становится жизнеспособнымъ, то слѣдуетъ принять и это обстоятельство въ соображеніе и при благоприятныхъ условіяхъ можно отложить операцію на нѣкоторое время, чтобы въ случаѣ, если произойдутъ роды, получить жизнеспособный плодъ, тѣмъ болѣе, что и при такихъ условіяхъ—при 28—32-недѣльной беременности—не исключается болѣе выгодная для больной операція черезъ влагалище.

Осложненія  
родами и  
послѣродо-  
вымъ періо-  
домъ.

Если киста констатирована во время родового акта, при чемъ она своимъ положеніемъ дѣлаетъ произвольные роды невозможными, то на первомъ планѣ надо поставить репозицію кисты.

Такое вправленіе опухоли слѣдуетъ попытаться произвести или на косо́й плоскости, или въ колѣбно-локтевомъ положеніи, а при необходимости, подъ наркозомъ, при чемъ въ тяжелыхъ случаяхъ, въ виду возможности разрыва опухоли, не слѣдуетъ особенно форсировать. Если опухоль выведена, желательнo воспрепятствовать новому внѣдренію ея въ малый тазъ, съ каково́й цѣлью и рекомендуется иногда прорвать пузырь, что дастъ возможность вставиться подлежащей части.

Если выведеніе опухоли не удастся, то слѣдуетъ удалить ее путемъ кольпотоміи, и только если влагалищная оваріотомія не выполнима, то, въ исключительныхъ случаяхъ, можно произвести инцизію опухоли съ пришиваніемъ стѣнокъ кисты къ влагалищному разрѣзу, съ тѣмъ, чтобы позднѣе ее удалить. Даже послѣдняя мѣра предпочтительнѣе пункции, могущей при всѣхъ нашихъ асептическихъ предосторожностяхъ повести къ ряду осложнений. Если же невозможно удалить опухоль *per vaginam* или же по крайней мѣрѣ уменьшить ее пункцией, скажемъ, при плотной опухоли, то показано чревосѣченіе, при чемъ сначала дѣлается кесарское сѣченіе, а затѣмъ оваріотомія. Вслѣдствіе введенія кольпотоміи случаи кесарскаго сѣченія при осложненіи родовъ кистами яичниковъ, ущемленныхъ въ тазу, вообще значительно уменьшились.

Если опухоль констатирована въ послѣродовомъ періодѣ, то также показана оваріотомія въ виду осложнений, которыя могутъ быть въ этомъ періодѣ.

Въ прежнее время при осложненіи беременности кистами яичниковъ считалось показаннымъ и преждевременное прерываніе беременности. Въ настоящее время такая мѣра оставлена съ одной стороны потому, что она давала неутѣшительный прогнозъ, большую смертность матерей (до 22%), а съ другой—не излечивало больную, тогда какъ оваріотомія даетъ при беременности хорошій прогнозъ. Hofmeister приводитъ 1,5% смертности, въ нашей клиникѣ мы на 36 больныхъ потеряли одну, при чемъ беременность сохранилась въ 32 случаяхъ.



## ОПЕРАТИВНЫЯ ВМЪШАТЕЛЬСТВА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХЪ ПОРАЖЕНІЯХЪ ЯЙЦЕВОДОВЪ.

Воспалительныя заболѣванія придатковъ, дающія ретенціонныя опухоли, могутъ быть различнаго характера по своей этиологіи, анатомическому строенію, клиническому теченію, а слѣдовательно и по значенію для жизни и здоровья женщины.

Въ виду этого, при разборѣ показаній къ операціи намъ приходится разбирать особо отдѣльныя группы заболѣваній. Особенно тяжелымъ поражениемъ являются гнойныя заболѣванія трубъ, поэтому съ этихъ заболѣваній мы и начнемъ изложеніе.

### ОПЕРАТИВНЫЯ ВМЪШАТЕЛЬСТВА ПРИ ГНОЙНЫХЪ ПОРАЖЕНІЯХЪ ТРУБЪ.

Въ послѣднее время отчетливо выяснились троякого рода гнойныя пораженія трубъ: гонорройный *sactosalpinx* (наиболѣе частая форма), септический (сюда относится и сапрофитный) и туберкулезный. Современная діагностика выработала дифференціальное распознаніе этихъ поражений. Должно сознаться, что, конечно, есть и будутъ случаи, гдѣ точно діагносцировать не будетъ возможности, но все же при современныхъ методахъ въ огромномъ большинствѣ удастся установить характеръ пораженія. Это тѣмъ болѣе важно, что установка этиологическаго момента играетъ извѣстную роль и въ показаніяхъ къ операціи. Еще такъ недавно казалось, что хирургическое правило «ubi pus, ibi incisio» является непогрѣшимымъ, а между тѣмъ при пораженіяхъ гнойныхъ придатковъ далеко не всегда приходится проводить этотъ принципъ. Тутъ нужно индивидуализировать каждый случай, и это особенно касается перелойныхъ заболѣваній. Ранѣе считали, что констатированіе утолщенныхъ трубъ, опредѣленіе гноя въ трубахъ сами по себѣ показываютъ оперативное вмѣшательство. Но подъ вліяніемъ болѣе точнаго изученія теченія гонорройныхъ процессовъ показанія начали ставиться все осторожнѣе. Тутъ приходилось всегда взвѣшивать съ одной стороны прогнозъ самаго заболѣванія, съ другой— прогнозъ оперативнаго вмѣшательства. Для того, чтобы выяснитъ предсказаніе пораженія трубъ гонорреей, мы позволимъ себѣ въ нѣсколькихъ словахъ нарисовать

главныя черты клинической картины этого заболѣванія, что дастъ намъ возможность установить показанія къ оперативному вмѣшательству.

Восхожденіе инфекции въ трубы при гонорреѣ можетъ наступить во всякое время. Иногда заразное начало, безостановочно пробираясь въ глубокіе отдѣлы полового аппарата, черезъ 10—14 дней доходитъ до трубъ, но обыкновенно инфекция держится въ нижнемъ отдѣлѣ полового аппарата (въ шейкѣ матки, или въ ея полости) и только впоследствии, подъ вліяніемъ какого либо момента, проникаетъ въ трубы. Всякій перелойный сальпингитъ носить въ началѣ острый характеръ; возникновеніе трубной гонорреи всегда сопровождается внезапно наступающими, рѣзкими симптомами; лихорадка, иногда ознобъ сопровождаютъ переходъ перелоя въ трубы. Температура падаетъ черезъ нѣсколько дней или держится повышенной 2—3 недѣли и затѣмъ постепенно падаетъ. Интенсивность мѣстныхъ явленій различна. Наиболѣе рельефно выступаютъ симптомы сальпингита, если они присоединяются къ ставшей хронической гонорреѣ матки. Боли локализируются сбоку матки и обыкновенно сильнѣе на одной сторонѣ; при пальпаціи обнаруживается повышенная чувствительность и на другой сторонѣ. Боли—чаще тупыя; колики въ началѣ трубнаго пораженія рѣдко бываютъ ясно выражены. Изслѣдованіе при остромъ сальпингитѣ обнаруживаетъ лишь чувствительность, такъ какъ рефлекторное напряженіе брюшныхъ покрововъ не даетъ возможности детальному ощупыванію. Изслѣдованіе подъ наркозомъ даетъ возможность прослѣдить заболѣвшія трубы, въ видѣ плотныхъ, слегка извитыхъ образований. Тазовая брюшина въ этомъ періодѣ болѣзни можетъ еще мало участвовать въ воспалительномъ процессѣ. Пока процессъ не пошелъ дальше, еще можетъ наступить излеченіе, и даже не совѣмъ исключена возможность беременности; хотя все же случаи полнаго излеченія, понимая подъ таковымъ возстановленіе функций полового аппарата, являются рѣдкими. Обыкновенно послѣ остраго періода трубной гонорреи больныя сохраняютъ извѣстную чувствительность въ тазу или въ одной сторонѣ таза; часто страдая отъ неправильныхъ и болѣзненныхъ менструацій, больныя все же могутъ вести свою обычную жизнь и занятія. Такое состояніе съ временными ухудшеніями и улучшеніями тянется много лѣтъ; больныя обыкновенно остаются безплодными и хотя серьезно не болѣютъ, но и не вполне здоровы. Объективное изслѣдованіе обнаруживаетъ утолщенныя трубы, часто спаянныя съ яичникомъ и съ маткой, лежація сбоку, сзади или спереди матки, т. е. картину *salpingoophorit'a*. Гонорреи обыкновенно въ это время уже не опредѣляются; катарральныя выдѣленія изъ матки упорно держатся.

На ряду съ такимъ еще благопріятнымъ теченіемъ перелоя наблюдается и другая клиническая картина. Въ одной или въ обѣихъ трубахъ образуются значительныя скопленія гноя. Вытеканіе его изъ абдоминальныхъ отверстій трубъ вызываетъ воспаленіе брюшины, результатомъ чего является фибринозный выпотъ, склеиваніе трубъ, яичника, сальника, кишекъ, и т. д. Чѣмъ чаще бываетъ такое истеченіе гноя, тѣмъ болѣе обширныя происходятъ сраще-

Показанія  
при гонор-  
ройныхъ  
руosalpi-  
нх'ахъ.

нія. Дѣло въ такихъ случаяхъ идетъ о сравнительно довольно быстро проходящемъ локализованномъ перитонитѣ. Съ теченіемъ времени спайки организуются, превращаясь въ плотную соединительную ткань. На этотъ процессъ надо смотрѣть, какъ на борьбу организма съ гнойнымъ очагомъ. Брюшные концы трубъ запаиваются, и гнойныя скопленія инкапсулируются. Нерѣдко, однако, какіе либо инсульты, иногда и очень невинные (перистальтика кишекъ, напряженія брюшного пресса и т. д.), обуславливаютъ надрывы спаекъ и распространеніе гноя на новыя мѣста брюшины. Пораженіе при такихъ условіяхъ всей брюшины является рѣдкимъ. Самопроизвольное распространеніе гонококка черезъ всю брюшину по изслѣдованіямъ Витт'а встрѣчается только у дѣтей и у очень молодыхъ лицъ. Все же въ литературѣ извѣстны случаи остраго гнойнаго перитонита, возникшаго въ связи съ разрывомъ гонорройнаго гнойника при форсированныхъ движеніяхъ, при попыткахъ выпрямленія матки и т. п., либо въ связи съ воспалительными процессами, распространившимися послѣ выкидыша или родовъ и т. д. Во всякомъ случаѣ такія осложненія являются рѣдкими. Но даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣются участковые воспалительные процессы брюшины, они являются однимъ изъ главныхъ источниковъ болей. Мѣстныя явленія при такомъ пораженіи сказываются гораздо рѣже, и общее состояніе больной сильно разстраивается. Больныя послѣ ряда обостреній воспаленія тазовой брюшины, иногда раздѣленныхъ большими или меньшими періодами благополучія, становятся блѣдными, съ подорваннымъ питаніемъ, съ цѣлымъ рядомъ нервныхъ явленій; жалуются на постоянныя боли внизу живота и поясницѣ, отсутствіе аппетита, расстройство пищеваренія, постоянныя истеченія, неправильныя менструаціи, вызывающія усиленіе страданій, и т. д. Больныя чувствуютъ себя лучше при лежаніи и полномъ покоѣ. Иногда послѣ долгаго лежанія наступаетъ улучшеніе, но вставаніе, движенія, работа вызываютъ возвратъ. При такихъ условіяхъ мы находимъ въ половомъ аппаратѣ массивныя, величиной до кулака и больше, опухоли, расположенныя съ боковъ и сзади отъ матки, или въ Дугласѣ, малоподвижныя и очень чувствительныя къ давленію. Въ опухоль входитъ болѣе или менѣе измѣненный яичникъ и превращенная въ гнойную полость труба, обыкновенно обвивающая яичникъ. Сальникъ, смежныя части толстыхъ и тонкихъ кишекъ срастаются со спаянными придатками, отчего опухоль кажется больше, чѣмъ она есть на самомъ дѣлѣ. Вслѣдствіе уплотненія и сморщиванія спаекъ вокругъ нагноившихся органовъ, инкапсуляціи ихъ, можетъ случиться, что возвраты становятся рѣже, и болѣзненные явленія стихаютъ, но для этого требуется много времени. Въ другихъ случаяхъ мы наблюдаемъ постоянныя возвраты въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ, и больныя не видятъ выхода изъ своего положенія.

Когда трубы превращены въ мѣшки, наполненные гноемъ, и никакое леченіе не даетъ длительного результата, приступы пельвиперитонита повторяются, тогда единственная возможность излеченія является въ оперативномъ удаленіи пораженныхъ частей (см. рис. на табл. IX). Конечно, иногда и въ случаяхъ, гдѣ мы



M. Guelin del.

Трубы, наполненные гноем (pyosalpinx), полученные путем влагалищной двухсторонней сальпингоэктомии (натур. велич.).



имѣемъ дѣло съ не очень часто повторяющимися рецидивами и могущими дать при продолжительномъ леченіи улучшение состоянія—намъ тѣмъ не менѣе приходится прибѣгать къ оперативному вмѣшательству изъ за соціального положенія женщины, когда въ силу жизненныхъ условій больныя не могутъ подвергнуться продолжительному выжидательному леченію.

Септические и сапрофитные pyosalpinx'ы ведутъ свое начало отъ септического послѣродового процесса, или, еще чаще, наблюдаются послѣ септическихъ выкидышей. По сравненію съ перелойными sactosalpinx'ами они встрѣчаются рѣже. Септическій гной мы опредѣляемъ по нахожденію въ немъ специфическаго возбудителя, который, однако, часто погибаетъ въ своихъ собственныхъ токсинахъ и утрачиваетъ свою вирулентность. Въ прежнее время септические и сапрофитные гнойники трубъ наблюдались послѣ внутриматочныхъ хирургическихъ манипуляцій, произведенныхъ безъ надлежащей хирургической чистоты. Въ наше время это является рѣдкостью, и если мы таковыя встрѣчаемъ, то чаще всего послѣ преступныхъ выкидышей.

Септические и сапрофитные sactosalpinx'ы попадаютъ подъ наше наблюденіе или въ скоромъ времени послѣ своего происхожденія, когда мы наблюдаемъ септическій послѣродовой (послѣвыкидышный) процессъ, или черезъ болѣе или менѣе продолжительный періодъ времени отъ своего возникновенія. Въ первомъ случаѣ мы будемъ имѣть на лицо септическія явленія со стороны органовъ таза, какъ то: эндометритъ, метритъ, воспалительный процессъ брюшины и т. д. Такіе процессы приходится лечить въ настоящее время общими терапевтическими мѣрами, и показанія къ хирургическому леченію приходится ставить очень осмотрительно. Были попытки при такихъ показаніяхъ удалять черезъ рукавъ даже весь половой аппаратъ, но результаты были далеко не ободряющіе. Во второмъ случаѣ мы будемъ имѣть оставшіяся гнойники въ трубѣ, когда острые процессы со стороны другихъ органовъ таза прошли, или такой гнойникъ образовался спустя извѣстное время послѣ того, какъ явленія со стороны эндометрія утихли, и больныя даже считали себя здоровыми. Подобные гнойные sactosalpinx'ы представляются сращенными съ окружающими органами и осложняются заболѣваніями сосѣднихъ частей. Такія пораженія, обуславливая постоянныя обостренія или вызывая болѣзненные явленія, подлежатъ оперативному вмѣшательству <sup>1)</sup>.

Показанія  
при септи-  
ческихъ  
pyosal-  
pinx'ахъ

### Техника операціи.

Для оперативнаго вмѣшательства при гнойномъ заболѣваніи трубъ имѣются два пути: путь влагалищный и брюшностѣночное чревосѣченіе.

Техника  
операціи.

<sup>1)</sup> Показанія къ оперативному вмѣшательству при туберкулезномъ пораженіи трубъ нами вынесены въ особую главу—«Оперативныя вмѣшательства при туберкулезномъ пораженіи полового аппарата», см. стр. 474.

Къ влагалищному пути относятся простой опорожняющей разрѣзь гнойной полости, удаленіе гнойныхъ трубъ путемъ задней colpocoeliotom'и и удаленіе большихъ придатковъ послѣ предварительнаго изсѣченія, матки—такъ называемая влагалищная радикальная операція. Путемъ брюшностѣночнаго чревосѣченія пользуются или для удаленія однихъ только большихъ придатковъ, или для удаленія ихъ вмѣстѣ съ маткой.

Каждый изъ этихъ методовъ обладаетъ извѣстными преимуществами и недостатками и имѣетъ свои показанія.

Наиболѣе простой операціей является разрѣзь съ цѣлью опорожненія гнойной полости черезъ задній сводъ влагалища.

Пробный  
проколъ.

Разрѣзь задняго свода влагалища производится такъ же, какъ при всякой задней кольпотоміи. Въ случаяхъ сомнѣнія передъ операціей производится пробный проколъ опухоли шприцемъ, снабженнымъ длинной иглой (см. рис. 22, стр. 35). Игла вводится подъ контролемъ пальцевъ оператора, при чемъ опухоль сверху фиксируется рукой ассистента. При введеніи иглы желательнo идти сзади шейки во избѣжаніе пораненія кровеносныхъ сосудовъ или другихъ важныхъ органовъ. Удостоверившись въ присутствіи гноя, приступаютъ ко вскрытію гнойной полости.

Опорож-  
няющій раз-  
рѣзь черезъ  
влагалище.

Вскрытіе ея можетъ быть сдѣлано или Lagoenne'овскимъ труакаромъ (см. рис. 25), или послоннымъ разрѣзомъ. Обнаживъ задній сводъ влагалища короткимъ зеркаломъ Fritsch'a и подтянувъ кпереди (къ симфизъ) шейку, захваченную одними или двумя пулевыми щипцами, вонзаютъ въ опухоль, фиксируемую сверху рукой ассистента, труакаръ Lagoenne'a, причемъ проводятъ инструментъ, руководствуясь тѣми же предосторожностями, какъ и при проведеніи иглы. Затѣмъ вынимаютъ стилетъ труакара, послѣ чего изъ трубки, остающейся въ полости, начинается вытекать гной. Для того, чтобы расширить ходъ, сдѣланный для опорожненія гнойника, по желобу трубки труакара проводится небольшой корнцангъ въ гнойную полость, и раскрытіемъ его концовъ увеличивается отверстіе. При нахожденіи въ полости гнойника корнцанга, трубку труакара можно вынуть. Очень полезно проникнуть въ полость гнойника пальцемъ и обслѣдовать ее, а также прощупать другія гнойныя скопленія, и если таковыя имѣются—вскрыть ихъ. При всѣхъ этихъ манипуляціяхъ лучше оставлять въ полости гнойника всегда инструментъ для того, чтобы имѣть возможность легко проникнуть въ нее черезъ образованное отверстіе, что очень важно для будущей хорошей тампонаціи полости гнойника. При необходимости очень полезно обслѣдовать полость гнойника зрѣніемъ, для чего вводятся узкія освѣтительныя зеркала. Когда гнойникъ опорожненъ, мы обыкновенно промываемъ его подъ небольшимъ давленіемъ антисептическими растворами или физиологическимъ растворомъ соли, и затѣмъ вводимъ полоску іодоформенной марли. Нѣкоторые хирурги не промываютъ гнойника, боясь всасыванія гноя; мы же никогда не наблюдали осложненій отъ подобнаго образа дѣйствія. Вскрытіе гнойника при помощи труакара Lagoenne'a является болѣе легкимъ.

Опорожненіе гнойной полости можетъ быть сдѣлано и послойнымъ разрѣзомъ. Для этого, обнаживъ сводъ, какъ это было описано выше, дѣлають поперечный разрѣзъ слизистой оболочки влагалища въ области задняго свода. Края разрѣза обкалываются швами, концы которыхъ оставляются длинными и служатъ держалками. Проникая послойно въ глубь, мы достигаемъ нижняго полюса гнойнаго скопленія, и этотъ послѣдній вскрывается; по опорожненіи гнойника поступаютъ такъ же, какъ въ предыдущемъ способѣ.

Что касается послѣоперационнаго ухода, то онъ является крайне простымъ: черезъ 2—3 сутокъ тампонъ изъ гнойной полости вынимается, и вкладывается новый, если размѣры полости еще велики, или вставляется резиновая дренажная



Рис. 298. Способъ введенія резинового дренажа на зондѣ въ полости съ узкимъ ходомъ.

трубка (см. рис. 298), черезъ которую совершается періодическое (ежедневное или черезъ день) промываніе гнойной полости до полного ея закрытія.

Операція опорожненія гнойника черезъ влагалище является почти безопасной при строгомъ соблюденіи техническихъ предосторожностей и показана въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ гнойникъ доступенъ вмѣшательству черезъ сводъ, т. е. если опухоль лежитъ въ Дугласѣ или вообще сзади матки недалеко отъ задняго свода. Въ большинствѣ случаевъ воспалительныхъ заболѣваній придатковъ, послѣдніе располагаются сзади и сбоку отъ матки. Если же опухоль лежитъ высоко надъ безымянной линіей таза, то влагалищная операція является противопоказанной. Показанія.

Въ упрекъ опорожняющему разрѣзу можно поставить возможность рецидивовъ, и именно при перелойныхъ пораженіяхъ трубъ. Гонорройные pyosalpinx'ы образуютъ расположенныя четкообразно гнойныя полости, чаще двухстороннія. Опорожненіе одной большой полости не гарантируетъ насъ отъ возможности оставить небольшой фокусъ, который въ будущемъ разовьется въ новый гнойникъ. Возможность такихъ рецидивовъ нельзя отрицать даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ

удаётся помимо одной уже опорожненной полости вскрыть и другія, такъ какъ небольшія скопленія не поддаются опредѣленію. При тѣхъ же скопленіяхъ гноя въ трубахъ, которыя склонны образовать одну полость, опорожняющей разрѣзь ведетъ къ полному излеченію. Такъ какъ сапрофитные и септические *sactosalpinx*'ы чаще образуютъ однополостные и односторонніе гнойники, то для нихъ операціей выбора и является разрѣзь черезъ влагалище.

Вскрытіе  
гнойниковъ  
разрѣзомъ  
брюшной  
стѣнки.

Въ случаяхъ, гдѣ опухоль лежитъ высоко и не достижима для опорожняющаго разрѣза черезъ влагалище, а въ то же время въ силу какихъ либо условій не можетъ быть удалена, прибѣгають къ вскрытію гнойной полости разрѣзомъ черезъ брюшныя стѣнки. При этомъ послонный разрѣзь брюшной стѣнки ведется или по бѣлой линіи, или въ томъ мѣстѣ, гдѣ опухоль спаяна съ брюшной стѣнкой. Такія операціи являются въ настоящее время сравнительно рѣдкими и производятся при гнойникахъ трубы, достигшихъ большого размѣра и не доступныхъ, какъ сказано выше, со стороны влагалищнаго свода. Въ подобныхъ случаяхъ во избѣжаніе попаданія гноя въ брюшную полость слѣдуетъ съ особой тщательностью защитить ее предварительно вложенными компрессами. Предложенія, сдѣланныя съ той же цѣлью—пришиванія паріетальной брюшины къ опухоли или къ брюшинѣ задней стѣнки таза, въ практическомъ отношеніи не заслуживаютъ вниманія, почему нами и не примѣняются.

Colpocoe-  
liotomia  
при *sacto-  
salpinx*'ахъ.

Для удаленія больныхъ придатковъ можно пользоваться и кольпотоміей. Изъ методовъ кольпотоміи при *ruosalpinx*'ахъ слѣдуетъ пользоваться вскрытіемъ задняго свода, дающаго возможность идеальнѣйшаго дренажа. Больные придатки лежатъ въ огромномъ большинствѣ случаевъ сзади матки въ Дугласѣ. Единственно, что затрудняетъ пользованіе кольпотоміей при гнойно-зараженныхъ придаткахъ—это обширность сращеній. Послѣднее обстоятельство иногда заставляетъ предпочитать путь чревосѣченія. Тутъ многое зависитъ отъ владѣнія техникой кольпотоміи, распространенности сращеній, расположенія опухоли и другихъ обстоятельствъ. Техника кольпотоміи въ общемъ такая же, какъ и при кистахъ яичника; поэтому во избѣжаніе повторенія мы отмѣтимъ здѣсь только тѣ особенности, которыя имѣютъ значеніе при примѣненіи этого метода удаленія гнойно-пораженныхъ трубъ, и укажемъ тѣ затрудненія, которыя обычно имѣютъ здѣсь мѣсто.

Послѣ поперечнаго разрѣза задняго свода влагалища иногда трудно добраться до свободной брюшной полости, вслѣдствіе спаекъ; въ этихъ случаяхъ рекомендуется обколоть края разрѣза швами съ цѣлью гемостаза, а затѣмъ подъ контролемъ зрѣнія отдѣлять сращенія шагъ за шагомъ. Когда будетъ вскрыта брюшная полость, слѣдуетъ хорошо защитить марлевымъ компрессомъ вышележащіе ея отдѣлы и только послѣ этого приступать къ дальнѣйшему вылуценію опухоли изъ сращеній. Если опухоль освобождена и можетъ быть выведена черезъ разрѣзь свода, то дальнѣйшія манипуляціи—а именно удаленіе одной трубы, или трубы вмѣстѣ съ яичникомъ—производятся тѣми же способами, какъ и при чревосѣченіи.

При удалені гнойныхъ мѣшковъ трубы путемъ чревосѣченія, по разрѣзѣ брюшной стѣнки и вскрытіи брюшной полости, отыскиваютъ *lig. infundibulo-pelvicum*, свободный край *mesosalpinx*'а и маточный конецъ трубы. Съ указанной цѣлью приходится выдѣлнить придатки изъ срощеній съ прилегающими органами. Разъединеніе срощеній производится осторожно, чаще всего тупымъ путемъ, при чемъ слѣдуетъ предварительно хорошо защитить всю остальную брюшную полость компрессами на случай пораненія гнойной полости при раздѣленіи срощеній; конечно, всемѣрно надо избѣгать возможности пораненія стѣнки гнойнаго скопленія, а также срощенныхъ кишечныхъ петель, такъ какъ то и другое можетъ повести къ инфекціи. Пораненіе кишечныхъ петель здѣсь особенно возможно, такъ какъ стѣнки ихъ вслѣдствіе воспалительныхъ измѣненій предста-

Чревосѣченіе для удаленія руюsalpinx'овъ.

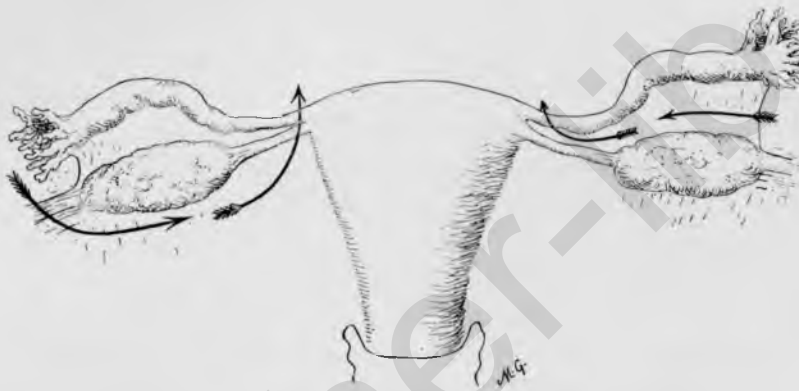


Рис. 299. Схема удаленія одной трубы (справа) и трубы вмѣстѣ съ яичникомъ (слѣва).

вляются инфильтрированными. По выдѣленіи изъ срощеній накладываются лигатуры: при удаленіи только трубы—на свободный край *mesosalpinx*'а, на маточный конецъ трубы, и иногда еще третья лигатура на среднюю часть *mesosalpinx*'а; если удаляется при этомъ и яичникъ, то лигатура накладывается на *lig. infundibulo-pelvicum*, на маточный конецъ трубы, *lig. ovaricum*, и при широкой ножкѣ приходится накладывать третью лигатуру между ними (рис. 299). Послѣ перерѣзки трубы для дезинфекціи культи рекомендуется ее прижечь *Racquelin*'омъ. Съ той же цѣлью было рекомендовано изсѣкать маточный конецъ трубы клиновидно изъ угла дна матки и эту часть закрывать швами.

Относительно вторыхъ придатковъ поступаютъ или также радикально, или, если ихъ пораженіе не велико, то производятъ ту или другую консервативную операцію (*salpingostomia*, *resectio ovarii* и т. д.).

Оставленіе второй трубы возможно, конечно, лишь въ томъ случаѣ, если она будетъ въ состояніи функционировать, и не содержитъ въ себѣ инфекціоннаго или хоть сколько нибудь сомнительнаго въ этомъ отношеніи секрета. Сохраненіе такой трубы даетъ возможность даже рассчитывать на будущую беременность,

Какъ поступить со вторыми придатками?

хотя извѣстны и случаи рецидивовъ процесса въ оставленной трубѣ, потребовавшихъ вторичной операціи. Относительно яичника всѣ авторы согласны, что желательно оставить хоть одну железу, или, по крайней мѣрѣ, часть ея. Надо въ общемъ отмѣтить, что чѣмъ болѣе давность заболѣванія, тѣмъ болѣе шансовъ на то, что процессъ закончился, и тѣмъ болѣе консервативно можно проявить оперативное вмѣшательство.

Если при операціи произведено отдѣленіе срощеній на большомъ протяженіи, и остаются участки, лишенные брюшиннаго покрова, при чемъ ихъ перитонизировать не удастся, то слѣдуетъ примѣнить дренажъ марлевой полосой черезъ задній сводъ влагалища. Также рекомендуется примѣнять дренажъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ было поступленіе гноя изъ опухоли на раневую поверхность, хотя этотъ гной далеко не всегда вирулентный. По изслѣдованіямъ многихъ авторовъ (Wertheim, Menge, Keiffer, Hermann и др.) въ 50% случаевъ операцій гной pyosalpinx'овъ стерилень, что объясняется тѣмъ, что возбудители заболѣванія быстро гибнуть въ собственныхъ продуктахъ обмѣна. При содержащихъ гонококки полостяхъ, даже при попаданіи гноя на раневое поле, нѣкоторыми на основаніи теоретическихъ соображеній, а именно, что гонококки не нарушаютъ теченія раны, отвергается примѣненіе дренажа. Однако, статистическія данныя говорятъ противъ такого положенія. Въ случаяхъ, гдѣ попадаетъ гной на раненую поверхность, мы всегда примѣняемъ антисептическія мѣропріятія и пользуемся дренажемъ. Въ свѣжихъ случаяхъ мы имѣемъ больше шансовъ встрѣтить гной, содержащій бактеріи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при очень обширныхъ срощеніяхъ, при очень большомъ пораженіи придатковъ иногда лучше экстирпировать и матку, чтобы получить свободный оттокъ и совершеннѣе примѣнить дренажъ. На такую операцію тѣмъ легче рѣшиться, чѣмъ болѣе поражена сама матка (пораненія матки, метритическія измѣненія, пораженія фиброміомой и т. д.) и чѣмъ старше и ближе къ климактерію больная.

Полное удаление полового аппарата при pyosalpinx'ахъ.

Наиболѣе радикальной операціей является полное удаленіе полового аппарата, понимая подъ этимъ удаленіе матки и придатковъ въ томъ смыслѣ, что, если возможно сохранить, при молодомъ возрастѣ больной, хотя одну половую железу—одинъ яичникъ,—то таковой долженъ быть сохраненъ.

На такое удаленіе полового аппарата тѣмъ легче рѣшиться, чѣмъ старше больная и чѣмъ ближе она къ климактерическому возрасту. Такая операція будетъ тѣмъ необходимѣе, чѣмъ безуспѣшнѣе были примѣняемыя другія мѣры, какъ терапевтическія, такъ иногда и хирургическія, между тѣмъ, какъ субъективныя страданія женщины и объективныя данныя со стороны полового аппарата и общаго состоянія являются рѣзко выраженными.

Для удаленія полового аппарата существуютъ два пути: путь влагалищный и путь чревосѣченія. Путь влагалищный ведетъ свое начало отъ операціи маточной кастраціи «castration utérine», созданной Réan'омъ и Douen'омъ. Удаленіе матки для того, чтобы добраться до гнойныхъ фокусовъ съ цѣлью ихъ вскрытія и дре-

нированія, или даже ихъ удаленія, встрѣтило упрекъ въ излишнемъ радикализмѣ. Приверженцы операціи «castration utérine» во главѣ съ Segond'омъ утверждали, что удаленіе матки больной, пораженной воспалительнымъ процессомъ, не можетъ быть поставлено въ упрекъ операціи, тѣмъ болѣе, что консервативные оперативные приемы—удаленіе только трубъ путемъ чревосѣченія, давая большую смертность, въ то же время оставляютъ пораженную катарромъ матку. Съ теченіемъ времени операція «castration utérine» стала вполне разработаннымъ вмѣшательствомъ, и hysterectomia vaginalis съ удаленіемъ придатковъ заняла видное мѣсто среди другихъ операцій гнойниковъ придатковъ.

При влагалищной радикальной операціи для того, чтобы добраться до придатковъ, предварительно изсѣкается матка.

Удаленіе матки мы производимъ по обычному способу (см. стр. 205). Когда матка удалена, приступаютъ къ отдѣленію придатковъ изъ сращеній сначала съ одной стороны. Выдѣливъ придатки изъ окружающихъ спаекъ, накладываютъ двойную лигатуру на образованную ножку. Послѣ наложенія лигатуръ опухоль изсѣкается, и приступаютъ къ операціи на вторыхъ придаткахъ. Лигатуры съ широкихъ связокъ выводятся во влагалище, и вкладывается тампонъ изъ іодоформенной марли на общемъ основаніи.

Для облегченія операціи, низведенія и вывихиванія матки черезъ передній сводъ было предложено Doyen'омъ hemisectio uteri, т. е. разрѣзъ передней поверхности матки по средней линіи. Съ этой цѣлью послѣ низведенія шейки и поперечнаго разрѣза передняго свода отдѣляютъ пузырь отъ матки и вскрываютъ excavatio vesico-uterina. Затѣмъ разсѣкаютъ ножницами переднюю поверхность матки, подтягивая двузубцами всѣ выше лежащія части матки. По разсѣченіи всей передней поверхности обыкновенно удается матку вывернуть въ передній сводъ. При наличности сращеній въ Дугласѣ такое выведеніе матки не удается и можетъ повести къ разрыву ихъ. Далѣе такое вывихиваніе матки въ силу воспалительной инфильтраціи тканей можетъ вызвать отрываніе трубы отъ матки или даже разрывъ lig. infundibulo-pelvisi.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ было рекомендовано прибѣгать къ полному разсѣченію матки. Döderlein производитъ разсѣченіе по средней линіи задней поверхности матки, начиная съ задней губы шейки, ножомъ или ножницами. При удлиненіи разрѣза вскрывается задній сводъ. Для лучшихъ пространственныхъ отношеній разрѣзъ этого послѣдняго увеличивается прибавленіемъ къ нему поперечнаго разсѣченія. Видимыя въ Дугласѣ сращенія нарушаются, и производится разсѣченіе всей задней поверхности матки по средней линіи, для чего всѣ выше лежащія части задней стѣнки подтягиваются къ разрѣзу двузубцами, захватывающими высшую точку уже разрѣзанной стѣнки. По разсѣченіи fundus uteri матка, вывернутая черезъ задній сводъ во влагалище, разрѣзывается по передней поверхности; пузырь отдѣляется тупымъ путемъ, и затѣмъ передній сводъ влагалища отсѣкается поперечно

Удаленіе  
матки и  
придатковъ  
черезъ вла-  
галище.

Hemisectio  
uteri no  
Doyen'y.

Полное раз-  
сѣченіе  
матки.

отъ шейки. Разсѣченіе передней поверхности матки можетъ быть произведено и начиная отъ шейки, какъ при способѣ Doyen'a.

Каждая половина матки представляетъ хорошій захватъ, пользуясь которымъ можно легко подтянуть придатки, сдѣлать доступными вмѣшательству сращения, и по выдѣленіи придатковъ изъ спаекъ легко наложить лигатуры на широкою связку и на *lig. infundibulo-pelvicum*, или зажимы при ломкости и недоступности послѣдней связки.

Несравненно практичнѣй, какъ это принято въ нашей клиникѣ, разсѣкать матку послѣ предварительнаго вскрытія сводовъ и перевязки доступнаго нижняго отдѣла связокъ (см. стр. 339—340). Въ отдѣльныхъ случаяхъ приходится прибѣгать даже къ кускованію матки.

Единовременное удаленіе матки значительно расширяетъ доступъ къ органамъ малаго таза и облегчаетъ хирургическія вмѣшательства на воспалительно пораженныхъ придаткахъ. Обзоръ операціоннаго поля представляется гораздо болѣе ширимъ, чѣмъ безъ удаленія плодовмѣстилища, не говоря уже о совершеннѣйшемъ дренажѣ, создаваемомъ такимъ иссѣченіемъ матки. Конечно и въ этомъ способѣ есть отрицательныя стороны. Къ послѣднимъ надо отнести особенно возможность діагностическихъ ошибокъ, при которыхъ такой радикализмъ явится излишнимъ. Въ этомъ отношеніи вскрытіе задняго свода влагалища должно служить послѣднимъ діагностическимъ актомъ.

Въ упрекъ радикальной влагалищной операціи ставили частое пораненіе полыхъ органовъ, кишекъ, пузыря и мочеточниковъ. Дѣйствительно, въ началѣ развитія влагалищныхъ методовъ пораненіе кишечныхъ петель и мочевыхъ путей отмѣчалось многими авторами; однако, съ развитіемъ техники такія пораненія становятся все рѣже<sup>1)</sup>. Отъ пораненій полыхъ органовъ не гарантируетъ и чревосѣченіе, такъ какъ именно при гнойномъ пораженіи придатковъ имѣются обширныя сращения съ кишками, при чемъ стѣнка послѣднихъ часто измѣнена воспалительнымъ процессомъ. Schauta на 220 радикальныхъ влагалищныхъ операцій имѣлъ поврежденіе кишечныхъ петель 6 разъ, и на 216 чревосѣченій—8 разъ. Поврежденіе мочеточника также встрѣчается рѣдко: у Schauta на 200 влагалищныхъ вмѣшательствахъ—2 раза, при брюшностѣночномъ чревосѣченіи на 38 операцій—1 разъ.

Влагалищная гистеректомія даетъ непосредственные исходы очень благопріятные. Такъ Schauta имѣлъ 2,6% смерти при удаленіи черезъ влагалище матки и придатковъ, и 5% при брюшностѣночномъ пути.

Мы имѣли на 24 случая удаленія *ruosalpinx*'овъ чревосѣченіемъ 5 смертныхъ исходовъ, на 10 случаевъ съ удаленіемъ матки—2 смерти. При влагалищномъ удаленіи гнойныхъ *sactosalpinx*'овъ безъ удаленія матки на 50 случаевъ—2 смерти, и на 26 съ удаленіемъ матки—также 2 смерти.

<sup>1)</sup> В. Л. Яковсонъ.—Къ вопросу о влагалищномъ чревосѣченіи при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ придатковъ матки. СПБ. 1903 г.



Нѣкоторыми хирургами предлагается при операціи гнойныхъ поражений придатковъ удалять ихъ вмѣстѣ съ маткой путемъ чревосѣченія—это такъ называемая абдоминальная радикальная операція. Большинство операторовъ при этомъ предпочитаетъ полную экстирпацію матки надвлагалищной ампутаціи ея, въ виду возможности лучшаго примѣненія дренажа, тѣмъ болѣе, что оставленіе шейки, пораженной гонорреей, не имѣетъ основанія.

Удаленіе  
матки и  
придатковъ  
чревосѣче-  
ніемъ.

Удаленіе матки производится или послѣ освобожденія придатковъ изъ срощеній, или какъ предварительный актъ операціи. Мы обыкновенно удаляемъ сначала пораженные придатки, а затѣмъ удаляемъ плодовмѣстилище, если къ тому существуютъ особыя показанія. Такъ намъ приходилось удалять матку или въ силу ея пораженія новообразовательнымъ (фиброміома) или воспалительнымъ процессомъ (метритъ, метроэндометритъ), или въ силу техническихъ соображеній у немолодыхъ женщинъ, при значительныхъ пораненіяхъ матки въ случаяхъ обширныхъ срощеній, при необходимости наилучшаго дренажа и т. д. Техника производства такая же, какъ и при другихъ операціяхъ удаленія плодовмѣстилища. Послѣ перевязки верхнихъ отдѣловъ широкой связки (*ligg. infundibulo-pelvica, mesosalpinx, ligg. rotunda*), надрѣзается брюшина передняго Дугласа и отдѣляется пузырь. Затѣмъ обкалывается и перевязывается *art. uterina*, вскрывается и обкалывается задній сводъ влагалища и наконецъ передній. Тампонъ изъ іодоформенной марли выводится во влагалище. Брюшная рана наглухо закрывается. *Doyen, Faure, Kelly* рекомендуютъ сначала удалить матку, что облегчаетъ освобожденіе придатковъ изъ срощеній благодаря возможности выдѣленія ихъ отъ средней линіи по направленію къ стѣнкѣ таза.

По *Doyen*'у отдѣляютъ срощенія въ заднемъ сводѣ, затѣмъ сагитальнымъ разрѣзомъ вскрываютъ задній сводъ влагалища. Захваченная шейка освобождается отъ пузыря и отъ широкой связки, какъ при экстирпаціи фиброміоматозной матки по методу того же автора. Въ случаѣ гнойныхъ поражений далеко не всегда эти моменты облегчаютъ операцію; выполненіе ихъ представляется часто весьма затруднительнымъ. Шейка плохо подтягивается въ силу осложняющаго часто рубцово-го перерожденія клѣтчатки; задній сводъ вскрывается также съ трудомъ изъ за старыхъ воспалительныхъ срощеній.

Операція по  
*Doyen*'у.

*Faure, Krönig* совѣтуютъ при сильныхъ срощеніяхъ разсѣченіе матки по средней линіи. Съ этой цѣлью *Krönig* рекомендуетъ захваченную двузубцами и подтянутую кверху и кпереди матку разсѣчь по средней линіи задней поверхности; когда вскрыется полость матки, дальнѣйшее разсѣченіе ведется ножницами, одна вѣтвь которыхъ вводится въ полость матки. Такимъ образомъ разсѣкаютъ всю матку и шейку, при чемъ вскрываютъ задній сводъ влагалища. Затѣмъ разсѣкаютъ переднюю стѣнку матки по средней линіи. Дойдя до пузырно-маточной складки брюшины, отодвигаютъ пузырь тупымъ путемъ отъ матки. Затѣмъ разсѣкается шейка и отрѣзывается передній сводъ влагалища отъ шейки. Послѣ этого отсѣкаютъ небольшими отдѣлами клѣтчатку отъ шейки матки; брызжущая при этомъ *arteria*

uterina захватывается и перевязывается. Каждая половина матки тогда остается въ связи только съ верхнимъ отдѣломъ широкой связки и съ придатками. При такихъ условіяхъ отдѣленіе сросшейся начинается отъ матки, направляясь постепенно къ стѣнкамъ таза. Послѣ перевязки сѣмянной артеріи придатки изсѣкаются.

Невыгодная сторона разсѣченія матки заключается въ возможности инфекціи изъ ея полости; мнѣніе нѣкоторыхъ авторовъ, что въ подобныхъ случаяхъ матка не содержитъ другихъ микробовъ кромѣ гонококковъ, не нарушающихъ при этомъ, по ихъ мнѣнію, заживленія раны,—не безупречно. По изсѣченіи матки и придатковъ дальнѣйшая обработка отверстія во влагалище различна. Döderlein рекомендуетъ, если только гемостазъ былъ совершененъ, зашить передній и задній сводъ влагалища кетгутонъ наглухо. При не вполне установленномъ гемостазѣ имъ примѣняется тампонація. Мы же въ случаѣ, гдѣ удалена матка, гдѣ, слѣдовательно, были обширныя сращения, отверстіе во влагалище выполняемъ марлевымъ тампономъ, конецъ котораго выводится въ рукавъ. Иногда, для отдѣленія тампона отъ брюшной полости, надъ нимъ брюшина пузыря и брюшина задней стѣнки таза соединяется нѣсколькими швами (перитонизація).

Далѣе, если при освобожденіи гнойниковъ придатковъ была поранена стѣнка гнойнаго скопища, что сопровождалось попаденіемъ гноя на раневое поле, то въ этихъ случаяхъ чрезвычайно существенно, былъ ли гной свободенъ отъ микробовъ, или, если онъ имѣлъ таковыя, то насколько они вирулентны. Если гной не содержалъ микробовъ, то независимо отъ того, примѣнялся ли дренажъ или нѣтъ, обыкновенно всѣ случаи кончались выздоровленіемъ; такихъ случаевъ опубликовано много: Bürger'омъ—35, Hermann'омъ (клиника Küstner'a)—34 случая и т. д. Случаи, гдѣ оказывались въ гною микробы, дали смертность значительно выше (изъ 23 случаевъ Schauta, въ которыхъ найдены были гонококки, умерли 3 больныхъ). Показанія къ дренажу въ случаяхъ, гдѣ имѣлось попаданіе гноя на раневую поверхность, должны быть особенно широки.

#### **ОПЕРАТИВНЫЯ ВМѢШАТЕЛЬСТВА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМЪ ПОРАЖЕНІИ ПОЛОВОГО АППАРАТА.**

Туберкулезное пораженіе полового аппарата подверглось особо тщательному изученію за послѣдніе годы. Благодаря этимъ работамъ выяснилось, что пораженіе туберкулезомъ половой сферы далеко не такъ рѣдко, какъ предполагали раньше, а именно туберкулезъ придатковъ встрѣчается въ 10% и болѣе процентахъ всѣхъ пораженій воспалительнаго характера въ этой области. Рапковъ даетъ даже 22%, при 43% гонорройныхъ пораженій и 13% септическихъ. Далѣе, бугорчатка полового аппарата обыкновенно бываетъ вторичнымъ пораженіемъ, а первичный фокусъ локализуется или въ легкихъ, или въ кишечномъ трактѣ.

Инфекція туберкулезомъ половой сферы происходитъ путемъ кровеносной системы, и чаще всего поражается труба. Только для немногихъ случаевъ, извѣстныхъ въ литературѣ, признается возможность инфекции genitalia восходящимъ путемъ и, именно, sub coitu—переносомъ туберкулезныхъ бациллъ при наличности туберкулезнаго орхита у мужчинъ. Но даже такіе случаи первичнаго пораженія туберкулезомъ полового аппарата многими оспариваются (Amman).

При наличности такого возрѣнія естественно явился вопросъ о показаніяхъ къ оперативному вмѣшательству, сферѣ его примѣненія и тѣхъ методахъ, которые явились бы наиболѣе цѣлесообразными въ случаяхъ, гдѣ должно быть примѣнено хирургическое леченіе разбираемаго страданія.

Ни при одномъ заболѣваніи полового аппарата мы не встрѣчаемъ столь разнорѣчивыхъ взглядовъ въ оцѣнкѣ оперативнаго вмѣшательства, какъ при туберкулезѣ женской половой сферы. До появленія работъ изъ клиники Негар'а существовало отрицательное отношеніе къ оперативному леченію, но подъ вліяніемъ хорошихъ результатовъ, полученныхъ при хирургическомъ вмѣшательствѣ (Negar, Spencer Wells, König и мн. др.), развивалось все больше и больше тяготѣніе къ оперативному леченію, и въ концѣ концовъ оно было возведено въ принципъ, при условіи отсутствія рѣзкихъ измѣненій въ другихъ органахъ. Въ послѣднее же время вновь стало превалировать болѣе консервативное направленіе. Такой перемѣнѣ взглядовъ способствовали работы (Sellheim, Pribram, Hildebrandt, Rose и др.), съ достовѣрностью показавшія, что туберкулезъ полового аппарата и брюшины имѣетъ не малую тенденцію къ произвольному излеченію. Сопоставленіе сравнительныхъ статистическихъ данныхъ излеченія туберкулеза консервативнымъ и хирургическимъ путемъ не давало основательнаго повода предпочитать тотъ или другой способъ. Въ то время, какъ одни авторы давали преобладающій процентъ излеченія хирургическимъ путемъ (Veit—75% длительного успѣха), другіе видѣли лучшіе результаты при терапевтическомъ леченіи (Frank); наконецъ, нѣкоторые, предпочитая хирургическое леченіе, отмѣчали все же малый процентъ длительныхъ излеченій (Mikulicz, Runge и др.). Всѣми авторами отмѣчается, что особенно плохіе результаты получаютъ при оперативномъ леченіи сухихъ (адгезивныхъ) формъ бугорковаго перитонита.

При такихъ разнорѣчивыхъ взглядахъ трудно установить точно и показанія къ оперативному вмѣшательству. Къ этому надо еще прибавить, что діагностика туберкулеза полового аппарата представляетъ всегда трудную задачу. Здѣсь приходится основываться на анамнестическихъ данныхъ и наличности заболѣваній придатковъ, при чемъ этиологическаго момента послѣднихъ не удается установить (отсутствіе гонорреи, септическихъ процессовъ и т. д., заболѣваніе трубъ у дѣвственницъ); такимъ образомъ къ распознаванію туберкулеза приходятъ обыкновенно лишь путемъ исключенія другихъ формъ. Заболѣванія легкихъ дѣлаютъ болѣе вѣроятнымъ подобный діагнозъ. Діагностическіе приемы Calmette'a и Pirquet въ

последнее время составляют предмет спора, и имъ придается только относительное значеніе; при этомъ они только указываютъ на присутствіе тbc. въ организмѣ.

Birnbaum изъ клиники Runge, примѣняя съ діагностической цѣлью подкожныя вспрыскиванія туберкулина, получалъ и общую и мѣстную реакцію. Мѣстная реакція при бугорчаткѣ, напримѣръ, брюшины характеризуется появленіемъ или усиленіемъ болей и часто поносами; при заболѣваніи придатковъ — болями въ нихъ, чувствомъ полноты и тяжести въ тазу.



Рис. 300. Часть стѣнки воспалительной кисты при туберкулезѣ полового аппарата (стѣнка кисты вся пронизана бугорками, въ полость кисты вдаются фимбриальныя отверстія обѣ трубы).

ность туберкулеза половой сферы, спрашивается, въ какихъ случаяхъ мы должны примѣнить хирургическое вмѣшательство.

На вопросъ, имѣемъ ли мы при пораженіи туберкулезомъ половой сферы—*indicatio vitalis*, Döderlein отвѣчаетъ отрицательно. Онъ основывается на разборахъ Schlimpert'омъ секціоннаго матеріала Schmorl'я и Rankow'ымъ—матеріала Aschoff'a, при чемъ на 144 случая вскрытія ни въ одномъ туберкулезѣ полового аппарата не былъ причиной смерти; только въ двухъ случаяхъ было высказано сомнѣніе, не могъ ли туберкулезъ полового аппарата способствовать смертельному исходу.

Туберкулезныя пораженія половой сферы въ общемъ считаются не такъ рѣдкими; наиболѣе часто, какъ мы упоминали выше, поражается труба, при чемъ въ половинѣ случаевъ туберкулезный сальпингитъ сопровождается туберкулезомъ полости матки, и въ одной трети — туберкулезомъ яичника. Такое частое сочетаніе бугорчатого пораженія полости матки и трубы даетъ возможность въ извѣстномъ рядѣ случаевъ, при наличности пораженія трубъ, установить діагнозъ пробнымъ соскобомъ слизистой полости матки. Всѣ эти данныя приводятъ къ тому, что въ огромномъ большинствѣ случаевъ нашъ діагнозъ до операціи является предположительнымъ.

Разъ установлена съ извѣстной вѣроятностью налич-

Если туберкулезъ половой сферы и не ведетъ самъ къ непосредственному смертельному исходу, то, распространяясь на брюшину, онъ вызываетъ общій перитонитъ. Нѣкоторыя клиническія наблюденія, правда, указываютъ намъ, что туберкулезъ имѣетъ малую тенденцію къ такому распространенію. По крайней мѣрѣ, такой выводъ мы должны сдѣлать изъ тѣхъ случаевъ, гдѣ была произведена операція не полная, и въ половомъ аппаратѣ оставлены изъ за техническихъ трудностей части, пораженныя туберкулезнымъ процессомъ.

Слѣдовательно, одна только наличность заболѣванія не показываетъ еще операціи, и вмѣшательства производятся постолько, поскольку симптомы заболѣванія являются тяжелыми и нарушаютъ общее состояніе больной (конечно, при скрытомъ или хорошемъ состояніи первичнаго очага).

Симптомы со стороны пораженныхъ органовъ половой сферы бываютъ очень различными. Въ однихъ случаяхъ мы не встрѣчаемъ никакихъ жалобъ и больныя страдаютъ только бесплодіемъ, въ другихъ—мы наблюдаемъ цѣлый рядъ разстройствъ со стороны менструаціи и болевые симптомы. Разстройства менструаціи встрѣчаются чаще въ видѣ аменорреи и олигоменорреи, чѣмъ въ видѣ мено- и метроррагій. Наблюдались и такія сильныя кровопотери, которыя заставляли удалять матку. Болевья ощущенія бываютъ отъ скоро проходящихъ до невыносимыхъ страданій. Далѣе, къ операціи насъ вынуждаетъ ростъ и величина опухоли, переходъ на брюшину, скопленія жидкости въ животѣ и т. п.

Если на основаніи этихъ данныхъ намъ приходится прибѣгнуть къ оперативному вмѣшательству, то спрашивается, какъ мы должны оперировать, радикально или консервативно?

Этотъ вопросъ является чрезвычайно важнымъ потому, что въ огромномъ большинствѣ случаевъ мы имѣемъ дѣло съ женщинами молодыми, въ 60% случаевъ моложе 30 лѣтъ.

Если бы мы стремились придерживаться принципа удалять все больное, то въ огромномъ большинствѣ случаевъ принуждены были бы удалять весь половой аппаратъ. Мы знаемъ, что въ  $\frac{1}{2}$  случаевъ задѣтъ яичникъ, и въ  $\frac{1}{3}$ —также и матка; распознать микроскопически пораженіе яичника возможно лишь въ случаяхъ, гдѣ пораженіе далеко зашло; въ остальныхъ діагнозъ пораженія невозможенъ. Но, такъ какъ мы имѣемъ дѣло съ женщинами молодого возраста, а туберкулезъ полового аппарата имѣетъ извѣстную тенденцію къ излеченію, мы въ такихъ

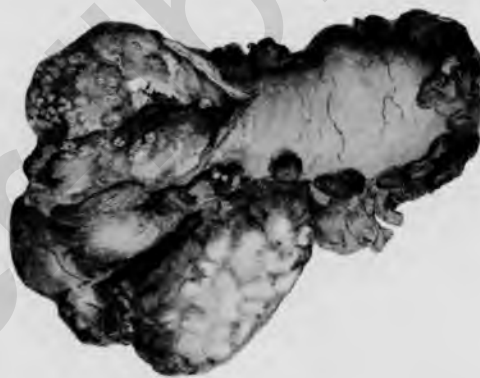


Рис. 301. Туберкулезъ придатковъ (утолщенная, покрытая туберкулами труба разрѣзана въ брюшномъ своемъ концѣ для обнаженія внутренней поверхности, тоже покрытой бугорками).

случаяхъ яичники оставляемъ, и только тамъ, гдѣ яичникъ образуетъ опухоль или абсцессъ, мы считаемъ нужнымъ его удалить. Трубы имѣютъ особое предрасположеніе давать язвенныя формы съ образованіемъ опухолей, нерѣдко съ гнойными скопленіями, къ которымъ часто присоединяется и вторичная инфекция; поэтому трубы особенно часто подлежатъ удаленію.

Матку удалять можно только у больныхъ, близкихъ къ климактерію, или при сильныхъ кровотеченияхъ. Радикальныя операціи при туберкулезныхъ пораженіяхъ даютъ и большой процентъ смертности (10%); консервативныя операціи даютъ результаты значительно лучшіе (Schickele, Döderlein). Въ нашей клиникѣ на 13 консервативныхъ операцій мы имѣли 1 смерть. Само собой разумѣется, что при далеко зашедшемъ туберкулезномъ процессѣ въ первичномъ очагѣ (напр., легкомъ) оперативное вмѣшательство противопоказано.

Вопросъ, какимъ путемъ—кольпотоміей или брюшностѣночнымъ чревосѣченіемъ оперировать пораженные туберкулезомъ придатки, рѣшается на основаніи общихъ соображеній (см. главу «кольпотомія»). Надо здѣсь принимать въ расчетъ обширность срощеній и анатомическое расположеніе придатковъ.

Туберкулезъ матки.

Изолированный туберкулезъ матки встрѣчается рѣдко, обыкновенно онъ осложняетъ пораженія трубъ. Въ маткѣ поражается обыкновенно эндометрій; такое пораженіе можетъ быть въ видѣ остраго милиарнаго туберкулеза или въ видѣ хроническаго диффузнаго казеознаго процесса; только въ единичныхъ случаяхъ процессъ распространяется на mesometrium. Пораженіе послѣдняго самостоятельное, безъ пораженія слизистой, крайне рѣдко и описано только въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ. Показаніемъ къ операціи обыкновенно бываетъ кровотеченіе. Еще Negar указывалъ на возможность излеченія путемъ простаго выскабливанія. Нѣкоторые авторы и въ настоящее время указываютъ на abrasio слизистой, какъ на мѣру, обезпечивающую длительный успѣхъ (Halbertsma, Sippel, Walther), другіе—смотрятъ какъ на палліативную мѣру (Schauta, Pozzi, Fehling и др.) при кровотеченияхъ и предпочитаютъ удаленіе матки.

Такое удаленіе матки предпочтительно дѣлать черезъ влагалище; при экстирпаціи матки слѣдуетъ удалять и трубы.

Что касается длительныхъ результатовъ, то въ виду немногочисленности еще наблюденій сказать что нибудь опредѣленное трудно, хотя имѣются уже указанія на возможность пораженія рубца туберкулезнымъ процессомъ какъ во влагалищѣ, такъ и въ брюшной стѣнкѣ (Zweifel).

Пораженія туберкулезомъ шейки очень рѣдки, и описаны формы—язвенная и въ видѣ папиллярной опухоли; рекомендуется удалять матку.

Туберкулезъ брюшины.

Въ вопросѣ о леченіи туберкулеза брюшины мнѣнія также различны. Со времени удачной операціи Spencer Wells'a (въ 1872 г.), произведшаго вмѣшательство случайно по поводу кисты, осложненной туберкулезнымъ перитонитомъ, и послѣ работъ F. König'a, опредѣленно указавшаго (въ 1884 г.) на благотворное вліяніе операціи при туберкулезѣ брюшины, хирургическое вмѣ-

шательство при разбираемомъ страданіи заняло первое мѣсто. Въ настоящее время, хотя хирургическое леченіе и превалируетъ надъ другими методами, но энтузіазмъ, съ которымъ было встрѣчено оперативное вмѣшательство, сильно ослабѣлъ.

Такое измѣненіе возрѣній основано съ одной стороны на работахъ, указавшихъ на возможность исцѣленія туберкулеза брюшины и терапевтическими мѣрами (Rose, Borchgrevink, Wunderlich), а съ другой—на увлеченіи оперативнымъ вмѣшательствомъ, которое примѣнялось при всѣхъ случаяхъ туберкулезнаго перитонита. Исцѣляющее дѣйствіе лапаротоміи объяснялось различно: специфическимъ дѣйствіемъ свѣта, удаленіемъ съ асцитической жидкостью токсиновъ, вхожденіемъ воздуха въ брюшную полость, активной гипереміей непосредственно послѣ операціи, а затѣмъ пассивной, повышеніемъ жизнеспособности брюшины послѣ опорожненія брюшной полости отъ эксудата. Микроскопическими изслѣдованіями было установлено проростаніе бугорковъ соединительной тканью, что въ свою очередь вело къ ихъ уничтоженію. Повторными чревосѣченіями было доказано, что брюшина можетъ справиться съ бугорками, и они исчезаютъ (Israël, Chrobak, Bumm, Hirschberg).

Наилучшіе результаты оперативнаго вмѣшательства получены при эксудативныхъ формахъ съ разсѣянными по брюшинѣ бугорками, значительно хуже при слипчивой формѣ перитонита, и очень плохіе при язвенныхъ формахъ. Статистическія данныя излеченія оперативнымъ путемъ различны (отъ 20 до 60%), что отчасти зависитъ и отъ того, производились ли вмѣшательства при всѣхъ формахъ туберкулеза брюшины, или только при эксудативной. Оперативному вмѣшательству, конечно, не подлежатъ случаи, въ которыхъ первичный очагъ, легкія или кишечный трактъ, даетъ острыя явленія или ярко выраженные симптомы.

Сама операція должна заключаться въ освобожденіи отъ жидкости брюшной полости. Отдѣленіе сращеній должно имѣть свои особыя показанія, такъ какъ здѣсь особенно легко образуются кишечныя фистулы. Послѣднія бываютъ даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ кишечникъ не подвергался никакому вмѣшательству. Wunderlich, напримѣръ, на 81 чревосѣченіи при слипчивыхъ формахъ приводитъ 13 фистулъ. Krönig имѣлъ на 50 чревосѣченій, при которыхъ удалена была только жидкость, 4 фистулы. Мы на 8 чревосѣченій имѣли 1 разъ пораненіе кишечной петли и пузыря, но безъ образованія фистулы.

Для оперативнаго вмѣшательства при туберкулезѣ брюшины можетъ быть примѣнена и задняя кольпотомія. Она особенно будетъ показана въ случаяхъ эксудативныхъ, гдѣ скопленіемъ жидкости выпячивается задній сводъ, а также въ случаяхъ, гдѣ требуется діагностическое вскрытіе брюшной полости. Нами была примѣнена кольпотомія 2 раза, въ одномъ случаѣ для опорожненія асцита и въ другомъ для удаленія придатковъ. Невыгода чревосѣченія заключается въ осложненіяхъ со стороны заживленія брюшной раны: вялое заживленіе, частичное расхожденіе краевъ, вялая грануляціи и т. д.

### КОНСЕРВАТИВНЫЯ ОПЕРАЦИИ НА ЯИЧНИКАХЪ И ТРУБАХЪ.

Консервативными операциями мы называемъ такія хирургическія вмѣшательства въ половомъ аппаратѣ, при которыхъ больные, пораженные отдѣлы исцѣляются, а части органовъ, еще способныя къ функціональной дѣятельности или необходимыя для общаго обмѣна веществъ организма, сохраняются.

Вопросъ о консервативныхъ операцияхъ на придаткахъ матки выросталъ передъ глазами гинекологовъ по мѣрѣ развитія знаній о физиологіи отдѣльныхъ частей полового аппарата, ихъ значенія въ общемъ обмѣнѣ веществъ, а также и по мѣрѣ развитія техники оперативныхъ вмѣшательствъ.

Сознаніе, что обоюдостороннее удаленіе половыхъ железъ не только лишаетъ женщину возможности выполнять свое назначеніе—быть матерью, но и кромѣ того нарушаетъ весь строй организма, заставляло все строже и бережливѣе относиться къ яичнику. Кромѣ того, вполне естественно, изъ побужденій сохранить за женщиной дѣтородную способность, мѣропріятія были направлены и къ сохраненію функцій яйцевода.

Первыя попытки консерватизма сказались еще въ операцияхъ Hadra и Mundé; дальнѣйшему развитію способствовали William M. Polk въ New York'ѣ, Pozzi во Франціи, A. Martin въ Германіи и Д. Оттъ въ Россіи. По мѣрѣ развитія консерватизма въ гинекологическихъ операцияхъ стали сохранять, при удаленіи кистовидныхъ опухолей одной стороны, придатки другой стороны, если они здоровы; далѣе, стали сохранять яичникъ, пораженный кистовидными фолликулами, пунктируя послѣдніе и т. д. Въ концѣ концовъ развились и оперативныя пріемы, при которыхъ удалялась только часть яичника, восстанавливалось отверстіе въ зарощенной трубѣ, освобождались придатки изъ сросеній и т. п.

Консервативныя операции могутъ имѣть двоякаго рода слѣдствіе.

1. Можетъ восстановиться вполне функція полового аппарата, т. е. возможность беременности и родовъ.

2. Могутъ сохраниться только нѣкоторыя отправленія половой сферы, напримеръ, менструація, или только быть устранены «явленія выпаденія» (Ausfallerscheinungen) при удаленіи одной только матки.

Для восстановленія полной функціональной способности полового аппарата, слѣдовательно возможности беременности, требуется, чтобы, по крайней мѣрѣ, имѣлась одна труба, само собой разумѣется, проходима, и одинъ яичникъ, или даже часть его, способная образовать зрѣлыя фолликулы, герм. яйца. Клиническій опытъ намъ показалъ, что при сохраненіи иногда даже на различныхъ сторонахъ одного яичника и одной трубы, которые въ свою очередь подверглись соотвѣтственнымъ оперативнымъ пріемамъ, можетъ наступить беременность и роды. Изъ 72 больныхъ, оперированныхъ такимъ путемъ, мы имѣли у 6 беременность (8,3%),



при чемъ у одной была только сохранена половина одного яичника. Очень поучителенъ также случай, приведенный изъ практики Д. О. Отта въ отдѣлѣ сохраняющей міотоміи (стр. 375); при удаленіи яичника съ той стороны, въ которой имѣлась трубная беременность, и трубы другой стороны, сохранена разрывомъ и опорожненіемъ беременная труба; эта больная имѣла затѣмъ двое срочныхъ родовъ.

Если удалены обѣ трубы, то беременность является уже невозможной, и вопросъ можетъ идти только о сохраненіи функций яичника. Еще Negar показалъ, что для сохраненія менструальной функции достаточно самой небольшой части яичниковой ткани. Нашъ клиническій опытъ вполне это подтвердилъ. У 16 больныхъ, оперированныхъ нами, при чемъ съ одной стороны были удалены придатки, а съ другой, послѣ удаленія трубы, яичникъ сохраненъ консервативной операцией — резекціей, — менструальная функция сохранилась.

Развитіе консерватизма можно отмѣтить и въ операціяхъ внѣматочной трубной беременности, при которыхъ есть надежда на возстановленіе функции трубы; въ такихъ случаяхъ труба опорожняется или черезъ абдоминальный конецъ ея, или черезъ разрывъ трубы въ томъ мѣстѣ, гдѣ лежитъ яйцо, послѣ чего сдѣланное отверстіе закрывается швами (подробности см. главу о внѣматочной беременности, стр. 503). Даже послѣ удаленія матки мы стремимся всегда сохранить хоть одинъ яичникъ во избѣжаніе преждевременнаго климакса у молодыхъ женщинъ. Что касается такихъ операцій, какъ выдѣленіе придатковъ изъ сросеній, выжиганія мелкихъ кистъ яичника Расquelin'омъ, пункціи мелкихъ кистъ въ яичникѣ иглой, то о нихъ мы говорили выше (см. главу «Оваріотомія», стр. 431). Здѣсь же мы позволимъ себѣ остановиться на двухъ операціяхъ—удаленіи больной части яичника и образованіи искусственнаго устья трубы при его зарощеніи.

Резекція яичника показана при кистахъ желтаго тѣла, ретенціонныхъ образованіяхъ и проч., при чемъ иногда удается сохранить яичникъ даже при очень объемистыхъ кистахъ, когда уцѣлѣвшая часть яичника представляется распластанной по поверхности кисты. Резекція яичника производится слѣдующимъ образомъ: та часть яичника, которая является измѣненной, изсѣкается по возможности клиновиднымъ разрывомъ. Оставшееся ложе закрывается тонкими



Рис. 302. Наложеніе швовъ послѣ резекціи яичника.

Резекція  
яичника.

швами,—глубокими, проходящими под все ложе (см. рис. 302), и поверхностными. Въ извѣстномъ рядѣ случаевъ небольшія кисты, развившіяся въ яичникѣ, удается даже вылущить изъ его ткани, и оставшійся дефектъ закрыть швами. Такой пріемъ намъ нерѣдко приходилось примѣнять при дермоидахъ.

Salpingo-  
stomatoma.



Рис. 303. Сальпингостомія.

или дѣлается въ зарощенномъ концѣ отверстіе, или, если этотъ конецъ сильно измѣненъ, его резецируютъ. На мѣстѣ вновь образованнаго отверстія слизистая трубы тонкими узловатыми швами пришивается къ брюшинному покрову (см. рис. 303). При этомъ всегда слѣдуетъ убѣдиться въ проходимости трубы зондомъ.

Нельзя, конечно, отрицать, что консервативныя операціи могутъ иногда дать рецидивы, но при правильной оцѣнкѣ случаевъ рецидивы рѣдки. Мы на 92 операціи имѣли 2 рецидива. Что же касается вообще послѣдовательнаго состоянія больныхъ, то его надо считать благоприятнымъ.

Образованіе искусственнаго отверстія въ трубѣ, salpingo-stomatoma, имѣетъ свое показаніе въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ желательно сохранить яйцеводъ, возстановивши его проходимость, когда труба была зарощена, при чемъ въ ней обыкновенно наблюдается содержимое (не инфекціонное). Слѣдовательно такія показанія мы имѣемъ при воспалительныхъ зарощеніяхъ и водянкѣ трубы. Операція производится слѣдующимъ образомъ. Брюшной конецъ трубы выдѣляется тупымъ путемъ изъ сращеній (при брюшностѣночномъ или влагалищномъ чревосѣченіи—безразлично), и затѣмъ

## ОПЕРАЦИИ, ПРОИЗВОДИМЫЯ НА БРЮШИНѢ И ОКОЛОМАТОЧНОЙ КЛѢТЧАТКѢ.

### ОПЕРАЦИИ НА БРЮШИНѢ (СОХРАНЯЮЩІЯ ОПЕРАЦИИ).

Къ числу этихъ операций, производимыхъ на брюшинѣ, нужно отнести тѣ случаи, когда оперативное вмѣшательство предпринимается спеціально ради того, чтобы устранить сращения, которыя развились въ брюшной полости подъ вліяніемъ перенесеннаго воспаления ея (перитонита), и возстановить нормальное положеніе и отправленіе тѣхъ органовъ, которые вовлечены были въ процессъ. Такъ какъ въ подобныхъ случаяхъ этиологическій моментъ можетъ подчасъ находиться даже совершенно внѣ половой сферы, а съ другой стороны, какъ это чаще и наблюдается, въ процессѣ единовременно принимаютъ участіе всѣ вообще органы малаго таза, а не только полового аппарата, то ради чисто практическихъ и принципиальныхъ соображеній я выдѣляю хирургическое лѣченіе подобныхъ больныхъ въ отдѣльную главу.

Какъ извѣстно, леченіе организованныхъ остатковъ, какъ послѣдствій перенесеннаго перитонита (*residua peritonitidis*), относятся къ заболѣваніямъ, поддающимся излеченію обыкновенно очень плохо. Въ тѣхъ случаяхъ, когда мѣропріятія такъ называемаго рассасывающаго леченія (горячіе души, грязи, массажъ и пр.) уже исчерпаны, и послѣ всасыванія инфильтратовъ остаются лишь вполнѣ организованныя образованія, тогда гинекологъ становится въ довольно безпомощное состояніе, такъ какъ, помимо лишь одного механическаго леченія (массажъ, растяженіе, леченіе тяжестью и т. п.), не имѣется другихъ средствъ. Въ подобныхъ случаяхъ, когда выступаютъ болѣе или менѣе существенное нарушеніе отправленій организма или не поддающіяся другимъ способамъ леченія болевья ощущенія, естественно приходится думать о болѣе энергическомъ леченіи—оперативномъ вмѣшательствѣ. Но, прежде чѣмъ осуществить подобное законное требованіе, естественно поставить вопросъ—возможно ли хирургическимъ вмѣшательствомъ нарушая обнаруженные сращения, достигнуть желаемой цѣли? На этотъ счетъ не существуетъ однороднаго установившагося мнѣнія, такъ какъ и до сихъ поръ многіе не признаютъ спеціальныхъ операций для отдѣленія сращеній, мотивируя это, главнымъ образомъ, тѣмъ, что разобщенные сращения вновь появляются. Если подобный взглядъ и не лишенъ нѣкотораго основанія, то было бы, однако,

совершенно не въ интересахъ больныхъ становиться на эту точку зрѣнія, и въ этомъ отношеніи несомнѣнно перевѣсъ стоитъ на сторонѣ тѣхъ, которые, какъ на примѣръ Надга, настаиваютъ на активномъ вмѣшательствѣ. Названный авторъ, какъ извѣстно, описалъ специальную операцію, направленную къ возстановленію нормальнаго положенія вещей путемъ хирургическаго нарушенія существующихъ перитонеальныхъ сращеній. Наша точка зрѣнія, хотя и чуждая оптимизма, тѣмъ не менѣе совпадаетъ съ мнѣніемъ о необходимости въ соответствующихъ случаяхъ попытки непосредственнаго хирургическаго воздѣйствія для нарушенія ненормальныхъ сращеній и спаекъ между отдѣльными органами. Такой взглядъ можно вполне реально подкрѣпить цѣлымъ рядомъ примѣровъ изъ дѣятельности всякаго гинеколога-оператора и, наконецъ, тѣми указаніями и положеніями, которыя сдѣлались достояніемъ даже руководствъ. Такъ, на примѣръ, кто въ настоящее время будетъ отрицать необходимость отдѣленія сальника въ случаяхъ его приращенія къ отдѣльнымъ органамъ, когда этимъ обуславливаются или болевья ощущенія, лишаящія иногда работоспособности, или тѣмъ болѣе, ущемленіе кишечника. Развѣ непроходимость кишекъ въ силу обширныхъ сращеній между отдѣльными кишечными петлями, или сращенія съ отдѣлами полового аппарата и т. п. многократно не давали повода къ оперативному вмѣшательству, и къ тому же съ отличными результатами? Подобныхъ примѣровъ можно было бы привести множество, и всѣ эти примѣры съ очевидностью говорятъ за цѣлесообразность хирургическаго вмѣшательства, причемъ въ цѣломъ рядѣ случаевъ бывшія сращенія не возвращаются, и наступаетъ коренное ихъ устраненіе. Это имѣетъ мѣсто особенно, когда искусственно разобщаются подвижные органы, которые были фиксированы другъ къ другу: мѣста сращеній совершенно разобщаются и далеко отходятъ отъ взаимнаго соприкосновенія, такъ что о возвратѣ процесса не можетъ быть и рѣчи. Слѣдовательно *raison d'être* подобныхъ сохраняющихъ операцій слѣдуетъ считать вполне установленнымъ, а если и не всегда получается полный успѣхъ, и даже если допустить въ отдѣльныхъ случаяхъ возвратъ сращеній, то это отнюдь не можетъ послужить мотивомъ къ полному отрицанію интересующаго насъ оперативнаго пріема, тѣмъ болѣе, что даже и при подобныхъ обстоятельствахъ мы можемъ извлечь выгоду для больныхъ. Во первыхъ, мы обязаны соответственными діететическими предписаніями поставить больныхъ въ условія, препятствующія новому образованію склеекъ, и во вторыхъ, лечить такую свѣжеобразовавшуюся склейку гинекологическимъ путемъ, массажемъ и другими механическими пріемами, значительно легче, въ расчетѣ на полное ея устраненіе.

Оперативная техника.

Оперативная техника въ подобныхъ случаяхъ сводится къ возможно бережному нарушенію обнаруженныхъ сращеній. Это нарушеніе можетъ быть достигнуто тупымъ способомъ, при помощи рѣжущихъ инструментовъ или при помощи термокаутера, особенно, если сращенія представляются сосудистыми. По раздѣленіи сращенныхъ частей, необходимо позаботиться о хорошемъ гемостазѣ, такъ какъ въ случаѣ дальнѣйшаго кровеотдѣленія всегда создаются благоприят-

ныя условія къ образованію новыхъ склеекъ между органами, прилегающими къ кровотокающему участку. Въ случаѣ отслойки брюшины, необходимо путемъ наложенія ряда тонкихъ швовъ закрыть образованный дефектъ во избѣжаніе развитія эксудата, который повлечетъ къ новымъ склейкамъ. При большихъ дефектахъ брюшины можно съ успѣхомъ ихъ прикрывать сальникомъ, фиксируя его на обнаженномъ мѣстѣ швами. Доступъ къ операціонному полю можно себѣ создать, идя путемъ брюшностѣночнаго, равно какъ и влагалищнаго вскрытія брюшины; выборъ метода будетъ существенно зависѣть отъ того мѣста, гдѣ существуютъ срощенія. При срощеніяхъ кишечныхъ и вообще въ области большого таза предпочтительно чревосѣченіе; при пораженіи въ маломъ тазу, особенно въ заднемъ Дугласѣ болѣе умѣстнымъ представляется примѣненіе кольпотоміи, при условіи располагать возможностью осмотрѣть и всѣ вышележащіе отдѣлы, хотя при выборѣ метода все же нужно имѣть въ виду, что послѣопераціонное теченіе при влагалищномъ методѣ во много разъ протекаетъ лучше и безъ осложнений, чѣмъ при брюшностѣночномъ вскрытіи живота. Когда на первомъ планѣ выступаютъ кишечныя срощенія, слѣдуетъ рекомендовать не ограничиваться разобщеніемъ срощеній на одномъ какомъ либо мѣстѣ, но также просмотрѣть и *всѣ* смежныя участки кишечнаго тракта, произведя для этого, въ случаѣ необходимости, эвентрацію кишечника, чтобы имѣть полную увѣренность, что не осталось неустраненной та или иная перетяжка, которая можетъ впослѣдствіи имѣть для больной роковое значеніе. Въ одномъ случаѣ мнѣ пришлось оперировать чревосѣченіемъ больную, которая до того уже три раза безуспѣшно подвергалась чревосѣченію, благодаря тому, что не было соблюдено вышеизложеннаго правила. Мною было обнаружено въ нѣкоторомъ отдаленіи отъ операціоннаго поля замаскированное срощеніе кишечныхъ петель между собой и съ брыжжейкой толстой кишки, сузившее на протяженіи около 15 смт. просвѣтъ толстой кишки до размѣровъ не болѣе 0,5 смт. въ поперечникѣ. Этотъ суженный отдѣлъ кишки, впрочемъ, удалось опредѣлить и до операціи, произведя изслѣдованіе моими длинными кишечными зеркалами. Пройдимость кишечника была вполне восстановлена, и прежніе симптомы болей, жженія и заваловъ исчезли. Подобныхъ случаевъ мнѣ приходилось оперировать нѣсколько, достигая вполне удовлетворительныхъ результатовъ. Въ послѣопераціонномъ періодѣ приходится особое вниманіе обращать на то, чтобы кишечникъ хорошо работалъ, поэтому умѣстно раннее, съ перваго же дня, періодическое его опоражниваніе, и нужно избѣгать всѣхъ средствъ, понижающихъ перистальтику. Рекомендуются также разрѣшать больнымъ непосредственно послѣ операціи поворачиваться съ боку на бокъ, а также сравнительно рано присаживаться. Въ подобныхъ случаяхъ умѣстно также раннее вставаніе. Въ тѣхъ случаяхъ, когда пришлось разъединять плоскостныя срощенія особенно между мало подвижными органами, какъ на примѣръ, яичникомъ и стѣнками таза, гдѣ поэтому есть много шансовъ рассчитывать на то, что произойдутъ новыя срощенія, слѣдуетъ назначить гинекологическій массажъ въ ближайшее время

послѣ операціи (въ отдѣльныхъ случаяхъ даже по истеченіи недѣли), объемистые клистиры и т. п. режимъ, дабы органы не оставались долгое время въ соприкосновеніи, и указанными мѣрами устранить новую фиксацію. Очевидно, что въ случаяхъ примѣненія влагалищной coeliotomi'и можно приступить къ массажу раньше, чѣмъ въ случаяхъ, гдѣ пришлось нарушить при операціи брюшную стѣнку.

Само собой понятно, что если признать вполне научно-обоснованнымъ производство самостоятельнаго вскрытія брюшной полости ради устраненія сращеній, то во время каждаго чревосѣченія, предпринимаемаго при другихъ показаніяхъ, всегда обязателенъ не только всесторонній осмотръ брюшныхъ органовъ, но, при наличности сращеній, попутное ихъ устраненіе при строгомъ соблюденіи всѣхъ тѣхъ мѣръ, которыя даютъ намъ возможность вообще избѣгнуть развитія новыхъ.

#### ОПЕРАЦИИ ПРИ НАГНОЕНІЯХЪ ВЪ ОКОЛОМАТОЧНОЙ КЛѢТЧАТКѢ.

Оперативное леченіе параметрита примѣняется при нагноеніи тазовой клѣтчатки. Такой процессъ, обусловленный занесеніемъ въ клѣтчатку патогенныхъ микроорганизмовъ послѣ родовъ или выкидыша или вообще послѣ раненій, открывающихъ доступъ гноероднымъ микробамъ въ параметрій, можетъ вести къ образованію большей или меньшей величины изолированнаго гнойника или къ гнойному пропитыванію клѣтчатки въ видѣ мелкихъ фокусовъ, имѣющихъ иногда наклонность сливаться въ общую полость.

Относительно оперативнаго вмѣшательства существуютъ два направленія; одни хирурги предостерегаютъ отъ ранняго вмѣшательства и рекомендуютъ разрѣзъ только въ случаяхъ, когда размягченіе распространилось отъ центра до самой периферіи, т. е. когда вполне явственна флюктуация—съ чѣмъ въ принципѣ едва-ли можно согласиться; другіе настаиваютъ на возможно раннемъ вмѣшательствѣ. Конечно каждый случай долженъ быть индивидуализированъ и, въ зависимости отъ тяжести субъективныхъ и объективныхъ данныхъ, слѣдуетъ проявить оперативное вмѣшательство болѣе или менѣе быстро, и наоборотъ, мы бываемъ вынуждены откладывать оперативное вмѣшательство, когда въ силу неблагоприятной локализациі операція является очень рискованной.

Выборъ для оперативнаго вмѣшательства того или другого пути зависитъ отъ топографо-анатомическаго расположенія гнойника.

Если мы имѣемъ дѣло съ абсцессомъ, проложившимъ уже себѣ путь къ покровамъ тѣла (какъ то къ передней брюшной стѣнкѣ и т. п.) или къ сводамъ влагалища, то произведенный разрѣзъ въ соответствующемъ мѣстѣ даетъ выходъ гною, и, при примѣненіи дренажа, гнойная полость закрывается. При глубоко расположенныхъ гнойныхъ очагахъ, эти послѣдніе достигаются труднѣе, и наиболѣе трудными для

излеченія являются абсцессы, вскрывшіеся уже въ полые органы (прямую кишку или пузырь), если при этомъ нагноеніе продолжается.

При абсцессахъ, спаявшихся уже съ передней брюшной стѣнкой обыкновенно около *lig. Pupartii*—разрѣзь параллельно названной связкѣ имѣющагося здѣсь инфильтрата даетъ прямо доступъ въ гнойную полость. Въ тѣхъ же случаяхъ, когда абсцессъ не прилежитъ еще къ брюшной стѣнкѣ, но, поднимаясь до подвздошной впадины, лежитъ высоко въ тазу, показуется также разрѣзь передней брюшной стѣнки. Разрѣзь обыкновенно ведется на поперечный палецъ выше Пупартовой связки и параллельной ей въ средней ея части, длиной около 6 смт. Послойно разрѣзаются кожа, подкожная клѣтчатка, *m. m. obliquus externus, internus* и *transversus* и *fascia transversa*; затѣмъ тупымъ путемъ, идя по внутренней поверхности горизонтальной вѣтви лобковой кости, подбрюшинно достигаютъ гнойнаго фокуса (причемъ этимъ путемъ можно дойти до основанія широкихъ связокъ). Существенной заботой хирурга должно быть—не вскрыть брюшины; избѣжать пораненія брюшины не трудно, если держаться кости, тѣмъ болѣе, что въ случаяхъ параметральныхъ абсцессовъ, занимающихъ и верхній отдѣлъ широкихъ связокъ, брюшина *excavationis vesico-uterinae* рѣзко приподнята кверху. Вокругъ самаго абсцесса обыкновенно имѣется уплотненіе тканей (инфильтратъ), которымъ и приходится руководствоваться при работѣ тупымъ путемъ; послѣ разрѣза инфильтрата и проникаютъ въ полость гнойника. По освобожденіи отъ гноя полости должно обзислѣдовать внутреннюю ея поверхность пальцемъ, или даже свѣтовыми зеркалами. Если нижняя периферія вскрытой полости лежитъ глубоко въ маломъ тазу, то иногда очень выгодно сдѣлать контр-апертуру во влагалище, такъ какъ проведеніе дренажа книзу наилучшимъ способомъ обезпечиваетъ оттокъ гною. Для того, чтобы проложить отверстіе во влагалище, слѣдуетъ нащупать между пальцами, введенными во влагалище и пальцами другой руки, находящимся въ полости гнойника, наиболѣе истонченное мѣсто, раздѣляющее полость абсцесса отъ свода влагалища, и проложить корнцангомъ (со стороны рукава) отверстіе. Мы обыкновенно прокладываемъ контр-апертуру въ задне-боковомъ сводѣ; нѣкоторые хирурги предпочитаютъ провести ходъ для дренажа въ передній сводъ влагалища, что по нашему мнѣнію опаснѣе въ виду возможности раненія пузыря. Въ случаѣ необходимости проложить контр-апертуру въ передній сводъ слѣдуетъ строго держаться передне-боковой стѣнки таза.

При гнойникахъ, лежащихъ въ маломъ тазу, приходится идти со стороны влагалища.

Если эксудатъ лежитъ сбоку или сзади сбоку матки, то разрѣзь проводится въ задне-боковомъ сводѣ влагалища, какъ при интерлигаментральныхъ кистахъ (см. главу «*Ovariectomy vaginalis*», стр. 444), причемъ, если гнойникъ лежитъ въ широкой связкѣ, то разрѣзь задается болѣе въ сторону; если же инфильтратъ располагается въ клѣтчаткѣ крестцово-маточной связки, то разрѣзь болѣе лежитъ въ заднемъ сводѣ, и, наконецъ, если скопленіе находится въ заднемъ сводѣ (*perimetritis postica*), то инцизія производится, какъ при задней кольпотоміи. Разрѣзавъ стѣнку вла-

Вскрытіе  
гнойниковъ  
разрѣзомъ  
передней  
брюшной  
стѣнки.

Вскрытіе  
со стороны  
влагалища.

галища и обколовъ края разрѣза швами, послѣдно добиваются преимущественно тупымъ путемъ до капсулы гнойника и плотныхъ массъ эксудата, которыя и вскрываютъ. Работа тупымъ путемъ представляется болѣе бережной, такъ какъ рѣжущимъ инструментомъ болѣе риска поранить прилегающіе органы, какъ то—крупные кровеносные сосуды, мочеточникъ и т. п. Въ нашей дѣятельности ни разу не пришлось наблюдать ни пораненія *arteriae uterinae*, ни мочеточниковъ, и это отчасти объясняется тѣмъ, что названныя образования представляются отгѣсненными къ периферіи гнойнымъ скопленіемъ. Какъ только покажется гной, нужно войти въ полость и расширить отверстіе въ нее. Иногда для лучшаго послѣдовательнаго дренажа слѣдуетъ фиксировать нѣсколькими швами стѣнку абсцесса къ краямъ влагалищнаго разрѣза. Преимущество влагалищнаго разрѣза на столько велико, въ силу даже наилучшаго оттока секрета, что во всѣхъ случаяхъ, гдѣ можно добраться до гнойной полости этимъ путемъ, слѣдуетъ предпочесть инцизію со стороны рукава.

Если гнойное скопленіе имѣется въ переднемъ сводѣ влагалища, то проводится поперечный разрѣзъ ниже границы пузыря (см. главу «Передняя кольпотомія», стр. 450). и послѣ отдѣленія послѣдняго отъ шейки легко добраться до гнойной полости.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно пользоваться и труакарѣмъ Laroyenne'a, какъ нами это описано въ главѣ о гнойномъ воспаленіи трубъ (стр. 466). Но при пропитываніи мелкими гнойными фокусами клѣтчатки, какъ и вообще при раннемъ вскрытіи абсцессовъ, предпочтительно идти разрѣзомъ, такъ какъ послѣднимъ легче и вѣрнѣе можно найти и небольшіе гнойные очаги. Пробная пункція играетъ при параметральныхъ абсцессахъ ту же роль какъ при другихъ гнойныхъ образованіяхъ (см. главу о *ruosalpinx*'ахъ, стр. 466).

Дальнѣйшій уходъ за раной такой же, какъ при вскрытіи другихъ гнойниковъ (см. стр. 467).

Чтобы добраться до параметральнаго абсцесса, было также предложено идти черезъ промежность Hegar'омъ и Sänger'омъ. Названные авторы предложили боковой сагитальный разрѣзъ промежности.

Кожный разрѣзъ ведется отъ задней трети большой губы въ сагитальномъ направленіи посрединѣ между сѣдалищнымъ бугромъ и заднимъ проходомъ, оканчиваясь сант. на 2 ниже послѣдняго. Черезъ *cavum ischio-rectale* доходятъ до *levator ani* и, раздѣливъ его волокна, подходятъ къ параметральному абсцессу. Операция Hegar'a—Sänger'a можетъ быть показана при гнойныхъ эксудатахъ, лежащихъ глубоко сбоку влагалищной трубки (паракольпитахъ), или при распространеніи гнойнаго процесса въ *cavum ischio-rectale*.

При пораженіи гнойнымъ процессомъ кишечно-влагалищной клѣтчатки или при распространеніи на нее гнойнаго пропитыванія, можно добраться до гнойнаго фокуса поперечнымъ разсѣченіемъ промежности (*perineotomia transversalis*), причемъ раздѣляется *septum rectovaginale* до нижней периферіи гнойной полости.



Методы съ резекціей, хотя бы временной, крестца (сакральный Kraske и парасакральный Zuckerkandl-Wölfler'a—см. стр. 218), предложенные при локализации абсцессовъ сзади матки и при гнойныхъ парапроктитахъ, не вошли въ общее употребленіе въ виду возможности примѣненія другихъ, менѣе сложныхъ оперативныхъ приѣмовъ.

Предложенная Réan'омъ при гнойныхъ пораженіяхъ, операція, такъ называемая castration utérine—изсѣченіе матки (см. стр. 470) находитъ свое показаніе лишь при особо тяжелыхъ пораженіяхъ, какъ то: при мелко-гнѣздномъ пропитываніи околوماتочной клѣтчатки, при диффузно распространенной флегмонѣ, т. е. въ случаяхъ, гдѣ нельзя установить локализованной гнойной полости, между тѣмъ какъ на лицо имѣются угрожающія клиническія явленія. Рекомендуемый приѣмъ даетъ возможность вскрыть клѣтчатку на большомъ протяженіи, обезпечивая наилучшій оттокъ гною. Съ этой же цѣлью предложено надвлагалищное изсѣченіе всей или части шейки матки.

Крайне рѣдкіе затечные абсцессы на передней поверхности бедра между *mm. adductores*, подъ Пупартовой связкой, въ *regio glutea* или въ *fossa ischio-rectalis*, происшедшіе отъ прохожденія гноя изъ полости таза черезъ паховой каналъ, *foramen ischiadicum majus* или *foramen obturatorium*, вскрываются по общимъ правиламъ хирургіи. Въ томъ мѣстѣ, гдѣ констатируется скопленіе гноя—проводится разрѣзь, и полость дренируется.

#### ОПЕРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХЪ ПОРАЖЕНІЯХЪ СВЯЗОКЪ И КЛѢТЧАТКИ.

Однимъ изъ очень частыхъ и подчасъ тягостнымъ страданіемъ представляется рубцовое перерожденіе отдѣловъ околوماتочной клѣтчатки, являющееся послѣдствіемъ перенесеннаго воспалительнаго заболѣванія. Въ подобныхъ случаяхъ, вызывающихъ обыкновенно смѣщеніе матки, ограниченіе ея нормальной подвижности, расстройство кровообращенія и ущемленіе нервныхъ образований, методы разсасывающаго леченія результатовъ не даютъ, такъ какъ мы имѣемъ дѣло уже съ вполне организованной тканью, а не съ инфильтратомъ. Оставляя въ сторонѣ способы палліативнаго леченія, намъ приходится съ подобными рубцовыми процессами (*residua parametritidis*) бороться исключительно путемъ механическаго воздѣйствія и главнымъ образомъ путемъ гинекологическаго массажа—этого цѣннаго приобрѣтенія послѣдняго времени. Хотя въ указанной категоріи случаевъ массажъ даетъ обыкновенно превосходные результаты, но вслѣдствіе существующей крайней болѣзненности или другихъ какихъ либо причинъ онъ не всегда примѣнимъ, да и при успѣшно идущемъ леченіи обыкновенно требуется сравнительно долгій срокъ для достиженія желаемыхъ результатовъ. При очень же обильномъ развитіи и къ тому же плотныхъ рубцовъ леченіе массажемъ можетъ потребовать около полугода и болѣе. Вполнѣ естественно, что въ подобныхъ случаяхъ возникаетъ стремленіе

сократить срокъ леченія, воспользовавшись подходящимъ кореннымъ хирургическимъ вмѣшательствомъ—вырѣзываніемъ или по крайней мѣрѣ перерѣзкой рубцовъ. Сдѣланныя въ этомъ отношеніи попытки въ хирургической практикѣ показали, однако, что перерѣзанная рубцовая ткань, вновь срастаясь, быстро сводитъ на нѣтъ результаты перерѣзки рубцовъ. Наиболее частое примѣненіе этого пріема, главнымъ образомъ при стриктурахъ полыхъ органовъ, увѣчалось успѣхомъ лишь съ тѣхъ поръ, когда стали разобщать концы перерѣзаннаго рубца, вставляя между ними здоровыя ткани, не подлежащія рубцовому сокращенію. Для достиженія этой цѣли, какъ напр., при рубцовыхъ суженіяхъ желудка и т. под., въ хирургіи съ успѣхомъ примѣняется способъ разсѣченія рубцового суженія въ одномъ направленіи, а шиваніе разсѣченныхъ стѣнокъ въ направленіи перпендикулярномъ къ линіи разсѣченія, такъ что точки начала и окончанія первичнаго разрѣза приходятся посреди линіи, по которой проходитъ соединеніе разрѣза (рис. 304—305). Разрѣзъ соединенныхъ такимъ образомъ стѣнокъ, какъ изображено на прилагаемомъ



Рис. 304. Схема разсѣченія стѣнки кишки (или желудка) при рубцовомъ ея суженіи.



Рис. 305. Схема зашиванія разрѣза стѣнки кишки (или желудка) для устраненія рубцового суженія.

схематическомъ рисункѣ, разобщаетъ концы рубцовой ткани, которые, вслѣдствіе расположенія между ними здоровой (не рубцовой) ткани, вновь срастись не могутъ, и результатъ подобныхъ операцій получается стойкій. Изложеннымъ принципомъ мнѣ казалось возможнымъ воспользоваться въ подходящихъ случаяхъ рубцового перерожденія околоматочной клѣтчатки, разсѣкая рубцово-перерожденную укороченную связку въ поперечномъ направленіи и соединяя разрѣзы такъ, чтобы линія швовъ была расположена въ перпендикулярномъ направленіи къ линіи разсѣченія.

При описанныхъ условіяхъ получаютъ совершенно аналогичныя данныя, какъ въ упомянутыхъ хирургическихъ случаяхъ: между разобщенными концами рубцовыхъ тканей вставляется здоровая, и при этомъ устраняется смѣщеніе матки, обусловленное рубцовымъ напряженіемъ. Прилагаемые схематическіе рисунки (рис. 306—308) поясняютъ сказанное. На этихъ рисункахъ изображена перерѣзка рубцовъ въ широкой связкѣ; очевидно, что при разсѣченіи крестцовоматочной связки соответственно измѣнится по отношенію къ маткѣ и линія расположенія швовъ: линія швовъ въ подобныхъ случаяхъ будутъ имѣть расположеніе радіусообразное по отношенію къ поперечному сѣченію матки. При техническомъ выполне-

ниі описаної операції, суттєвнє значеніє представляєть тщательнє наложеніє швовів въ цѣляхъ достигнути первое натяженіє, такъ какъ въ случаяхъ заживленія вторымъ натяженіємъ результаты операції могутъ существенно пострадать. Поэтому не только недопустимы такъ наз. мертвыя пространства, но необходимо не въ меньшей степени заботиться и о надежномъ гемостазѣ; самостоятельная перевязка *art. uterinae* или болѣе крупныхъ ея стволовъ представляется поэтому всегда желательной, а такъ какъ нерѣдко перерѣзка рубцовъ сопровождается изсѣченіємъ шейки (*amputatio colli*), то при часто сопровождающей ампутацію отслойкѣ сводовъ доступъ къ сосудамъ облегченъ, и обкалываніє ихъ, въ случаѣ надобности, труда не представляетъ.

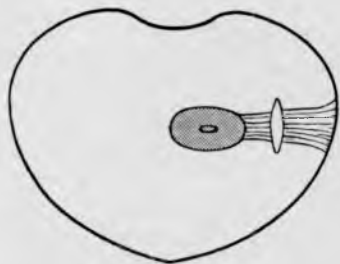


Рис. 306. Поперечное разсѣченіє рубца въ широкой связкѣ матки.

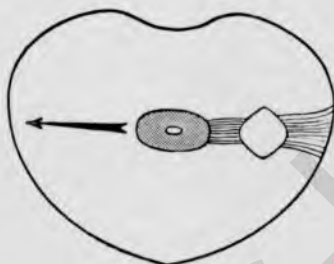


Рис. 307. Разобненіє концовъ разрѣзаннаго рубца.

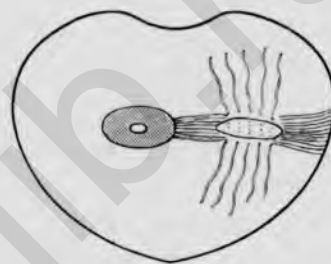


Рис. 308. Зашиваніє разрѣзаннаго рубца въ направленіи перпендикулярномъ къ линіи разсѣченія.

Самостоятельное показаніє для перерѣзки рубцовъ встрѣчается не часто, и эту операцію приходится производить обыкновенно лишь попутно при ампутаціяхъ маточной шейки и т. под., хотя несомнѣнно попадаются и такіє случаи, гдѣ болѣе разумно прибѣгнуть къ описанному приему, и получаемые при этомъ результаты не оставляютъ желать лучшаго. Укажу на одинъ случай, гдѣ непосредственно послѣ операції совершенно исчезли боли въ лѣвой паховой области, и больная, кромѣ того, получила возможность свободно пользоваться лѣвой ногой, чего она была лишена въ теченіи многихъ лѣтъ до производства операції. Въ другомъ случаѣ послѣ операції совершенно прошли припадкы кашля, появлявшієся каждый разъ при дотрагиваніи къ рубцу, расположенному въ лѣвомъ сводѣ. Менѣе рѣзко выраженное облегченіє наблюдалось нами очень часто, и если раньше наблюдавшієся симптомы не сразу исчезали, то во всякомъ случаѣ состояніє больныхъ замѣтно улучшалось, а срокъ дальнѣйшаго леченія массажемъ значительно сокращался.



## **ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕСВОЕМЪСТНЫХЪ (ЭКТОПИЧЕСКИХЪ) ФОРМАХЪ БЕРЕМЕННОСТИ.**

Многочисленность клиническихъ и патолого-анатомическихъ формъ, представляемыхъ въ своемъ теченіи внѣматочной беременностью, является причиною и чрезвычайнаго разнообразія примѣняемыхъ при этомъ страданіи лечебныхъ методовъ и пріемовъ, отъ чисто консервативныхъ мѣропріятій, обходящихся безъ помощи ножа, до экстренныхъ операций по жизненнымъ показаніямъ, и отъ простыхъ инцизій задняго свода до сложныхъ чревосѣченій, требующихъ немалой техники, хорошей оріентировки и находчивости хирурга. Въ силу этого, то общее, что должно быть отмѣчено относительно терапіи всѣхъ вообще видовъ внѣматочной беременности, можно высказать лишь въ формѣ принциповъ, опредѣляющихъ общее хирургическое направленіе въ леченіи этихъ многочисленныхъ болѣзненныхъ формъ, и покоящихся, конечно, на общемъ происхожденіи этихъ послѣднихъ. Эти принципы будутъ указаны нами ниже. Но подробное разсмотрѣніе всѣхъ оперативныхъ пріемовъ возможно лишь въ связи съ отдѣльными формами, такъ какъ онѣ, благодаря своимъ клиническимъ и анатомическимъ особенностямъ, и обуславливаютъ показанія къ тому или иному вмѣшательству. Поэтому мы позволимъ себѣ предварительно передъ изложеніемъ предмета привести краткій перечень формъ внѣматочной беременности, представляющихся важными въ клиническомъ отношеніи.

Формы внѣмат. беременности, важныя въ клинич. отношеніи.

Среди различныхъ формъ внѣматочной беременности нужно, прежде всего, имѣть въ виду общее клиническое подраздѣленіе на:

- А) прогрессирующія формы, съ развивающимся плодомъ;
- Б) формы въ остромъ стадіи прерыванія;
- В) регрессирующія формы, съ мертвыми остатками яйца, кровоизліяніями и воспалительными отложеніями.

Далѣе, важенъ возрастъ беременности, сообразно съ которымъ различаютъ обыкновенно:

I) формы раннихъ стадій, приблизительно до 2—3-яго мѣс., гдѣ главную массу опухоли составляетъ плодывмѣстилище и придатки яйца, а самый плодъ—малъ и относительно легко подвергается разсасыванію;

II) формы болѣе позднія, когда плодъ пріобрѣтаетъ уже значительные размѣры, и обладаетъ болѣе плотнымъ скелетомъ и сформированнымъ послѣдомъ;

III) формы съ доношеннымъ или близкимъ къ доношенности плодомъ, когда живой плодъ является уже и вполне жизнеспособнымъ.

Кромѣ указанныхъ клиническихъ формъ, имѣють значеніе также и анатомическія формы по мѣсту развитія беременности, а именно важно различать слѣдующіе виды, имѣющіе практическое значеніе:

при *беременности въ трубѣ*—формы: а) ампулярную (grav. ampullaris, въ брюшномъ концѣ трубы); б) собственно трубную (grav. tubaria propria, въ средней части трубы, и grav. isthmica, въ маточномъ ея концѣ); в) интерстиціальную (grav. interstitialis, въ той части трубы, которая проходитъ въ толщѣ маточной стѣнки);

далѣе г) *внѣтрубныя* формы (однѣ изъ нихъ образуются съ нѣкоторымъ участіемъ трубы—grav. fimbriae ovaricae, tubo-ovarialis, tubo-abdominalis; другія—безъ участія ея въ образованіи плодовмѣстища:—grav. ovarialis, grav. abdominalis s. peritonealis);

наконецъ, д) беременность въ *рудиментарномъ рогѣ* матки (grav. in cornu rudimentario).

Необходимо еще отмѣтить, что въ случаяхъ со свѣже-прервавшейся внѣматочной беременностью очень важно въ практическихъ цѣляхъ обращать вниманіе также и на самую форму прерыванія (трубный абортъ, разрывъ плодовмѣстища, ложные роды) и видъ кровотеченія (осумкованное кровоизліяніе, свободное кровотеченіе въ брюшную полость), а при регрессирующихъ формахъ—на расположеніе кровоизліянія (haematosalpinx, haematocele retrouterina, haematocele intraligamentaris), а также и на вторичныя измѣненія продуктовъ беременности и плода (нагноенія въ кровоизліяніяхъ и плодовмѣстищѣ, обызвествленія, скелетированіе плода), не говоря уже объ индивидуальныхъ измѣненіяхъ, вносимыхъ воспалительными процессами, возникающими въ брюшинѣ и окружающихъ органахъ.

Такъ какъ первоначальная оцѣнка каждаго случая внѣматочной беременности основывается прежде всего на опредѣленіи ея фазы и возраста, то дальнѣйшее изложеніе раздѣлено, соотвѣтственно этому и согласно съ приведенной клинической классификаціей, на отдѣлы, рассматривающіе оперативное леченіе въ фазахъ: А) прогрессирующей, Б) острой и В) регрессирующей, и въ каждой фазѣ при возрастахъ I) раннихъ, до 4-го мѣс., и II) позднихъ. Такое подраздѣленіе является и наиболѣе принятымъ. Другія клиническія и патолого-анатомическія формы, во избѣжаніе мелкихъ дробленій главъ и повтореній, разбираются попутно въ соотвѣтствующихъ мѣстахъ упомянутыхъ отдѣловъ. Въ началѣ каждаго отдѣла мы сочли цѣлесообразнымъ кратко коснуться нѣкоторыхъ діагностическихъ моментовъ, важныхъ въ цѣляхъ дифференцировки и какъ показаній для выбора метода и времени вмѣшательства. Изложенію оперативнаго леченія различныхъ формъ внѣматочной беременности мы предпошлемъ характеристику общаго направленія въ хирургическомъ леченіи внѣматочной беременности, на основаніи руководящихъ началъ, принятыхъ въ нашей клинической дѣятельности и провѣренныхъ

Планъ изложенія оперативнаго леченія внѣматочной беременности.

многочисленным опытом<sup>1)</sup>; а в заключение мы укажем на прогноз и результаты, которые получаются при современном положении оперативного лечения внематочной беременности.

**ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАПРАВЛЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПОКАЗАНИЯ КЪ ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.**

Необходимость оперативного лечения.

В настоящее время существенным рациональным методом лечения внематочной беременности, при всех ее формах, должен быть признан лишь путь оперативный, за исключением немногих случаев—объ этомъ рѣчь будетъ ниже,— в которыхъ, в силу индивидуальных свойствъ, консервативная терапия можетъ оказаться болѣе выгодной, чѣмъ активная. Что касается формъ, гдѣ имѣется плодъ значительной величины, то ясно само собою, что излечить ихъ возможно только оперативнымъ путемъ, хотя бы развитіе яйца уже и прекратилось. Лишь по отношенію къ болѣе раннимъ формамъ возникалъ вопросъ, необходимо ли ихъ оперировать, такъ какъ здѣсь извѣстнымъ доводомъ противъ активного вмешательства являлась надежда на благополучный исходъ прерыванія и на рассасываніе продуктовъ беременности. Статистическая разработка результатовъ выжидательнаго и оперативнаго методовъ леченія внематочной беременности, в чемъ принимали участіе в свое время лучшія силы гинекологіи, привела къ торжеству мнѣнія, уподоблявшаго, по формулировкѣ Werth'a, развивающуюся беременность злокачественному новообразованію,—которое нужно оперировать—чѣмъ раньше, тѣмъ лучше. Всякая прогрессирующая форма несетъ въ себѣ зародышъ смертельной опасности, увеличивающейся съ ростомъ беременности и разражающейся при ее прерываніи. Грозныя явленія, возникающія въ моментъ катастрофы, представляютъ *indicatio vitalis* для операціи съ цѣлью остановить источникъ кровотеченія. Если же острый періодъ прошелъ благополучно безъ активного вмешательства, то все же операція впоследствии является необходимой для устраненія продуктовъ беременности, оставляющихъ инфильтраты, рубцы и даже цѣлыя неразсасывающіяся опухоли, лишаящія больную трудоспособности. Такимъ образомъ клинической опытъ подчеркнул цѣлесообразность оперативнаго вмешательства какъ при свѣжепрервавшихся, такъ и при болѣе старыхъ регрессирующихъ формахъ. Нужно, однако, отмѣтить, что въ установкѣ показаній къ операціи, особенно при регрессирующихъ формахъ, до послѣдняго времени у многихъ гинекологовъ существовала нѣкоторая неувѣренность и даже скептицизмъ, заставлявшіе ихъ суживать показанія иногда до предѣловъ *indicatio vitalis*.

<sup>1)</sup> Эти руководящія начала были изложены Д. О. Оттомъ въ 1890 г. въ его статьѣ «Матеріалы къ ученію объ эктопическихъ формахъ беременности», затѣмъ въ монографіи «Матеріалы къ ученію о внематочной беременности» (1893 г.) и послѣдующихъ работахъ его и его учениковъ.

Въ этомъ отношеніи русскимъ гинекологамъ принадлежитъ несомнѣнная заслуга въ дѣлѣ расширенія показаній принципиально на всѣ случаи регрессирующихъ формъ. Въ своемъ докладѣ на I Международномъ Акушерско-гинекологическомъ Конгрессѣ въ Брюсселѣ Д. О. Оттъ подчеркнул, что при регрессирующихъ формахъ имѣютъ мѣсто: 1) повторныя внутреннія кровотеченія, подвергающія большую опасности; 2) расстройства вслѣдствіе присутствія въ брюшной полости посторонняго тѣла, сказывающіяся нарушеніемъ отправленій смежныхъ органовъ, болями, общими явленіями нарушенія питанія и т. п.; 3) воспалительные процессы въ брюшинѣ и клѣтчаткѣ, могущіе дать даже общій перитонитъ; 4) переходы опухоли въ нагноеніе и ихорозный распадъ съ послѣдующими прободеніями въ смежные органы; наконецъ, даже при отсутствіи этихъ опасныхъ осложнений, 5) всегда поддерживаются въ половой сферѣ сочувственныя измѣненія (гиперемія, subinvolutio uteri и т. д.), истощающія больную. Принимая во вниманіе, что указанныя послѣдствія внѣматочной беременности тѣмъ труднѣе устранимы, чѣмъ болѣе она запущена, мы должны признать въ нихъ совершенно достаточное показаніе къ оперативному вмѣшательству, имѣющему цѣлью радикально устранить причину разстройствъ. Лишь въ сравнительно немногихъ случаяхъ регрессирующихъ формъ, послѣ прерыванія беременности въ очень раннихъ стадіяхъ, гдѣ при повторныхъ изслѣдованіяхъ черезъ короткіе промежутки времени ясно отмѣчается быстрое рассасываніе продуктовъ беременности и уменьшеніе опухоли, можно предпочесть консервативную терапію оперативному вмѣшательству, при которомъ коренная операція все же представляетъ извѣстный, хотя и незначительный рискъ.

Показанія къ оперативному вмѣшательству при регрессирующихъ формахъ.

Изъ всѣхъ указанныхъ выше условій, показывающихъ необходимость оперативнаго вмѣшательства при внѣматочной беременности, вытекаетъ также необходимость оперировать возможно раньше,—иначе говоря, какъ только поставленъ діагнозъ. Неотложность операціи становится особенно острой въ моментъ прерыванія беременности, когда больной грозитъ гибель отъ внутренняго кровотечения, и жизненныя показанія требуютъ немедленнаго вмѣшательства даже безъ точной установки дифференціального діагноза. Впрочемъ, въ практикѣ внѣматочной беременности сравнительно нерѣдко встрѣчаются и такія условія, которыя заставляютъ насъ выжидать нѣкоторое время, прежде чѣмъ осуществить операцію. Такія условія вынужденнаго выжиданія имѣютъ мѣсто, въ 1-хъ, при отсутствіи опасныхъ симптомовъ и еще невыясненномъ точно діагнозѣ, съ цѣлью установить таковой; во 2-хъ, при острыхъ явленіяхъ, когда предполагаютъ, что кровотеченіе остановилось, и желаютъ дать больной нѣсколько оправиться и окрѣпнуть въ теченіе 1—2 дней, чтобы лучше перенести операцію; въ 3-хъ, при регрессирующихъ формахъ раннихъ стадій беременности, съ цѣлью опредѣлить, подлежитъ ли случай оперативному леченію, или же опухоль имѣетъ наклонность къ рассасыванію; въ 4-хъ, при прогрессирующихъ беременностяхъ, близкихъ къ сроку, когда плодъ становится жизнеспособнымъ, и стремятся получить живого ребенка. Указанныя условія будутъ подробно разобраны ниже, въ соответствующихъ мѣстахъ; здѣсь

Неотложность операціи и показанія къ выжиданію.

же умѣстно будетъ указать, что почти во всѣхъ случаяхъ выжиданія больная должна находиться, при соотвѣтствующемъ режимѣ, подъ строгимъ клиническимъ наблюдениемъ, чтобы возможно было проявить вмѣшательство въ необходимый моментъ.

Радикализмъ и консерватизмъ въ операціяхъ внѣмат. беременности.

Совершенно ясно, что операція должна быть по возможности радикальной, т. е. должны быть удалены всѣ патологическія образования, именно — несвоемѣстно развившееся яйцо (плодъ и его придатки), кровоизліянія, ложныя сращения и т. д. Въ понятіе о радикальной операціи при внѣматочной беременности до послѣдняго времени многіе вводили также и непремѣнное удаленіе плодовмѣстилица, въ какомъ бы состояніи оно ни было, что, однако, нельзя признать справедливымъ для всѣхъ случаевъ. Въ раннихъ формахъ (а таковыхъ въ нашей практикѣ оказывается большинство), плодовмѣстилищемъ является труба, нерѣдко лишь умѣренно растянутая и почти неповрежденная. Такая труба, освобожденная отъ своего содержимаго, сокращается подобно маткѣ послѣ родовъ, и если она не потеряла своей проходимости, и вообще можно рассчитывать на возстановленіе ея функций, то она должна быть сохранена. Возраженіе, дѣлавшееся противъ консервативныхъ операцій на трубахъ въ томъ смыслѣ, что сохраненная труба можетъ послужить вновь мѣстомъ возникновенія внѣматочной беременности, и потому ее слѣдуетъ всегда удалять, столь же несостоятельно, какъ и предложеніе попутно удалять и другую трубу потому только, что замѣчено, что внѣматочная беременность часто повторяется и на другой сторонѣ. Такое повтореніе заболѣванія является лишь гадательнымъ, между тѣмъ, какъ удаленіе еще могущихъ функционировать трубъ наноситъ организму реальный вредъ, затрудняя или даже совершенно лишая женщину возможности нормально забеременѣть, ибо несомнѣнно, что консервативно прооперированная труба можетъ провести яйцо въ матку и дать правильную беременность. Такимъ образомъ радикализму слѣдуетъ положить разумныя предѣлы, не принося реальное въ жертву гадательному, и скорѣе нужно направлять его въ другую сторону, именно къ возможному возстановленію полового аппарата *ad integrum*, путемъ устраненія ложныхъ склеекъ, сращеній, смѣщеній и т. д. <sup>1)</sup>). Такъ какъ эти воспалительныя измѣненія играютъ большую роль въ этиологіи внѣматочной беременности, то ясно, что возстановленіемъ нормальныхъ условий въ половомъ аппаратѣ мы получаемъ извѣстную гарантію въ неповтореніи страданія. На ряду съ такими воспалительными продуктами, какъ сращения, организованные тяжи и т. д., подлежатъ удаленію и стѣнки плодовмѣстилица тамъ, гдѣ онѣ сильно растянуты, обезображены разрывами и сращеніями, и гдѣ, слѣдовательно, не приходится думать о возстановленіи функций трубы. Особенно слѣдуетъ обращать вниманіе на удаленіе капсулы *haematocoele*, имѣющей воспалительное происхожденіе и въ старыхъ случаяхъ достигающей значительной толщины, такъ что масса составляющихъ ее тканей можетъ явиться при ея оставленіи причиною немаловажныхъ разстройствъ въ организмѣ. Конечно, правило радикаль-

<sup>1)</sup> См. случай, описанный въ главѣ фиброміомъ матки, стр. 375.



наго оперирования, какъ и всякое правило, необходимо индивидуализировать, такъ какъ возможны нерѣдко условія, при которыхъ настаивать на дальнѣйшемъ раздѣленіи срощеній и удаленіи всѣхъ воспалительныхъ продуктовъ во чтобы то ни стало окажется нежелательнымъ.

Для оперативнаго вмѣшательства при внѣматочной беременности оба пути— брюшностѣночный и влагалищный—имѣютъ свои показанія и опредѣленную сферу примѣненія. Брюшностѣночное чревосѣченіе должно примѣняться при плодахъ, достигшихъ уже значительной величины, именно перешедшихъ во вторую половину беременности; далѣе, оно умѣстно *in extremis*, при прерываніи беременности съ свободнымъ кровотеченіемъ въ брюшную полость, такъ какъ широкой брюшной разрѣзъ даетъ возможность быстро отыскать и легче справиться съ источникомъ продолжающагося кровотечения. Въ остальныхъ случаяхъ, при прогрессирующихъ и остановившихся формахъ въ первой половинѣ беременности, а также въ острыхъ случаяхъ съ образованіемъ ограниченаго кровоизліянія, или когда свободное кровотеченіе въ брюшную полость уже остановилось, безусловно предпочтительнѣе влагалищный путь. Помимо общихъ преимуществъ влагалищныхъ операций, кольпотомія при внѣматочной беременности имѣетъ особыя выгоды: она представляетъ ближайшій путь къ патологическимъ продуктамъ, располагающимся обычно въ Дугласѣ или близко къ нему; она сопровождается несравненно меньшимъ операционнымъ шокомъ, что особенно цѣнно въ острыхъ случаяхъ, гдѣ уже имѣется шокъ отъ кровотечения въ брюшную полость; наконецъ, при кольпотоміяхъ, въ случаяхъ тяжелаго общаго состоянія больной, возможно бываетъ сдѣлать все наиболѣе важное (обезопасить источникъ кровотечения, удалить части яйца и кровь), иногда даже не вскрывая свободной брюшной полости, слѣд. съ самымъ ничтожнымъ рискомъ для больной. Такъ какъ влагалищная операція, производимая при условіяхъ, указываемыхъ выше, позволяетъ технически осуществить все, что предписывается самыми строгими правилами радикальнаго оперирования при внѣматочной беременности, то ее слѣдуетъ считать, въ виду общихъ выгодъ влагалищнаго пути и только что перечисленныхъ спеціальныхъ преимуществъ, избранной операціей во всѣхъ тѣхъ случаяхъ внѣматочной беременности, гдѣ нѣтъ особыхъ показаній къ брюшностѣночному чревосѣченію. Само собою разумѣется, что этотъ, болѣе выгодный методъ—влагалищный путь—получилъ такое значеніе лишь послѣ того, какъ введеніемъ въ практику освѣщенія (по способу Д. О. Отта) была достигнута возможность проводить всѣ отдѣльные моменты операціи подъ контролемъ зрѣнія.

Выборъ пути при оперативномъ вмѣшательствѣ.

#### ДОБАВОЧНЫЕ ДІАГНОСТИЧЕСКІЕ ПРИЕМЫ ПРИ РАСПОЗНАВАНІИ ВНѢМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.

При распознаваніи внѣматочной беременности очень рѣдко удается, на основаніи данныхъ, добываемыхъ путемъ обычнаго опроса и ручнаго изслѣдованія больной, поставить діагнозъ съ тою увѣренностью, которая особенно необходима въ виду энергичной терапіи, показуемой

при этомъ страданіи. Даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется характерный анамнестическій симптомокомплексъ, и всѣ данныя объективнаго изслѣдованія не противорѣчатъ внѣматочной беременности, діагнозъ послѣдней устанавливается лишь съ извѣстной вѣроятностью, и нерѣдко требуется еще тщательная дифференцировка, чтобы исключить, напр., внутриматочную беременность, особенно осложненную заболѣваніями придатковъ, воспалительныя измѣненія этихъ послѣднихъ, кисты и т. д. Съ цѣлью дифференцировать страданіе и точнѣе опредѣлить его форму мы примѣняемъ добавочные методы изслѣдованія, иногда носящіе характеръ маленькихъ

оперативныхъ вмѣшательствъ. Хотя большая часть этихъ діагностическихъ вмѣшательствъ съ технической стороны уже была описана въ «Общей части», но здѣсь еще разъ придется ихъ коснуться нѣсколько подробнѣе, въ виду ихъ существеннаго значенія при внѣматочной беременности.

Однимъ изъ наиболѣе рекомендуемыхъ приѣмовъ добавочнаго изслѣдованія является зондированіе матки, предпринимаемое обыкновеннымъ маточнымъ зондомъ, конечно, при антисептическихъ предосторожностяхъ. Однако зондированіемъ мы можемъ только констатировать увеличеніе полости матки, слѣд. получить признакъ, который можетъ пригодиться лишь въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда объемъ матки не удается опредѣлить ручнымъ изслѣдованіемъ. О томъ, пуста матка или нѣтъ, зондъ сужденія не даетъ, такъ какъ можетъ легко проникать между оболочками яйца и стѣнкою матки, и потому онъ не примѣнимъ для дифференцированія между внутри- и внѣматочной бере-

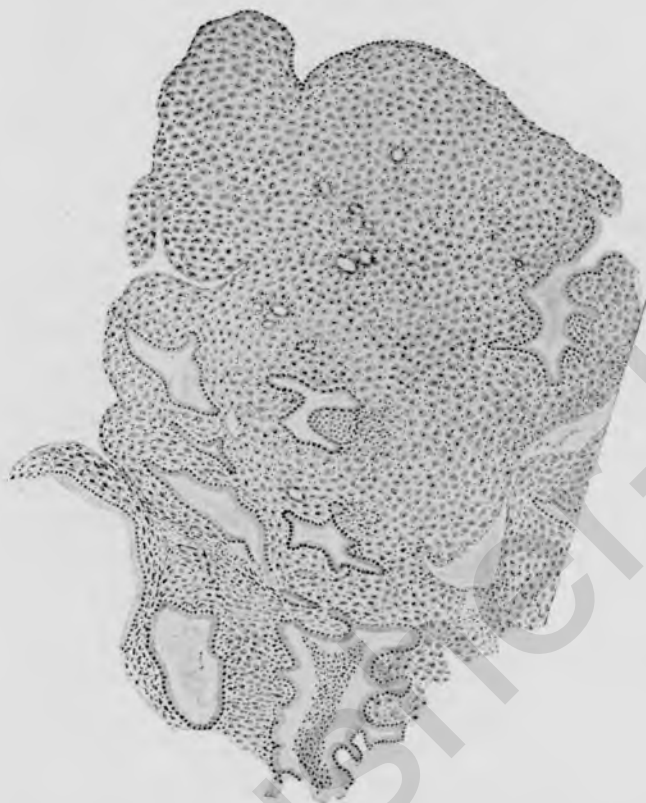


Рис. 310. Децидуальная ткань въ соскобѣ слизистой изъ матки (Улезко-Строганова).

Зондирова-  
ніе матки.

менностью; скорѣе наоборотъ, подозрѣніе на внутриматочную беременность должно являться противопоказаніемъ къ зондированію въ виду возможности повредить яйцо. Среди другихъ отрицательныхъ сторонъ зондированія слѣдуетъ отмѣтить, что разрыхляющіяся при беременности стѣнки матки иногда удивительно легко могутъ быть перфорированы, причѣмъ это даже можетъ остаться вначалѣ незамѣченнымъ, и дать поводъ къ ложнымъ заключеніямъ. Такъ, напр., Дераул описываетъ случай, гдѣ зондъ проткнулъ стѣнку матки и, проникнувъ во внѣматочный плодный мѣшокъ, повлекъ излитіе околоплодныхъ водъ наружу, симулировавъ такимъ образомъ разрывъ оболочекъ у внутриматочно развившагося плода. Въ виду незначительности данныхъ, даваемыхъ зондированіемъ, и его опасностей, этотъ діагностическій методъ теперь на практикѣ находитъ очень мало показаній и примѣняется рѣдко.

При внѣматочныхъ беременностяхъ во второй половинѣ ихъ развитія, въ моментъ наступленія ложной родовой дѣятельности, когда шейка матки раскрывается во время схватокъ, вмѣсто

зонда полость матки удаётся прекрасно *обследовать пальцемъ*. Мы имѣли возможность въ одномъ случаѣ доношенной внѣматочной беременности, гдѣ матка отдѣльно не опухивалась и діагнозъ еще не былъ окончательно дифференцированъ между внѣ- и внутриматочной беременностью, въ моментъ начавшихся схватокъ проникнуть черезъ внутренній зѣвъ пальцемъ въ полость матки и убѣдиться въ томъ, что она пуста. Черезъ 2 часа схватки прекратились, и зѣвъ оказался уже закрытымъ. Опухиваніе пальцемъ полости матки не имѣетъ опасностей зондирования; но, къ сожалѣнію, оно доступно бываетъ очень рѣдко; а нарочитое расширеніе шейки матки при подозрѣніи на внѣматочную беременность, особенно до предѣловъ пропусканія пальца, должно считаться противопоказаннымъ, какъ грубый пріемъ; хотя осторожное небольшое расширеніе, напр. съ цѣлью введенія острой ложечки для соскоба, допускается нѣкоторыми (А. А. Муратовъ) и, повидимому, не влечетъ за собою дурныхъ послѣдствій.

Болѣе совершеннымъ діагностическимъ пріемомъ, сравнительно съ зондированіемъ, является *пробное выскабливаніе матки*, которое даетъ намъ представленіе не только о величинѣ поло-

Пробное  
выскабли-  
ваніе матки.

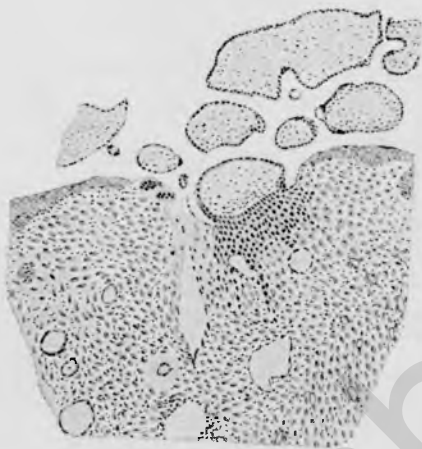


Рис. 311. Децидуальная ткань съ ворсиками (Улезко-Строганова).

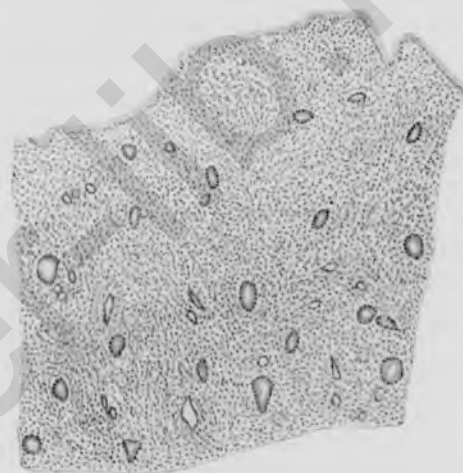


Рис. 312. Соскобъ слизистой оболочки матки съ воспалит. процессомъ. (Улезко-Строганова).

сти матки, но и объ измѣненіяхъ ея слизистой. Пріемъ этотъ, предложенный Сohnstein'омъ и разработанный Wuder'омъ, Carsten'омъ и Оттомъ, примѣнимъ главнымъ образомъ для дифференцированія внѣматочной беременности отъ другихъ опухолей придатковъ, а также, при регрессирующихъ формахъ, отъ обыкновеннаго (внутриматочнаго) выкидыша. Подготовка къ выскабливанію такая же, какъ и къ зондированію. Фиксировавъ шейку матки пулевыми щипцами, острую петлю небольшого калибра (см. «Общую часть», рис. 21) берутъ изъ нѣсколькихъ мѣстъ полости матки полоски слизистой оболочки, которыя и изслѣдуются подъ микроскопомъ. Въ случаяхъ внѣматочной беременности онѣ оказываются состоящими изъ чистой децидуальной ткани (рис. 310), при обыкновенномъ выкидышѣ содержать, кромѣ того, остатки ворсинокъ (рис. 311), а при воспалительныхъ заболѣваніяхъ придатковъ даютъ картину обыкновенной слизистой оболочки матки, со слѣдами воспалительнаго процесса или безъ него (рис. 312).

Выскабливаніе также имѣетъ свои темныя стороны: острой петлею можно перфорировать стѣнку матки такъ же легко, какъ и зондомъ; наоборотъ, страхъ, что примѣненіе острой ложечки можетъ вызвать рефлекторныя сокращенія плодовместилища и острую картину прерыванія беременности со всѣми ея тяжелыми послѣдствіями, нужно считать сильно преувеличеннымъ. Въ

значительно большей мѣрѣ неудовлетворительность выскабливанія сказывается въ томъ, что оно нерѣдко даетъ результаты недостаточные и даже могущіе повести къ неправильнымъ заключеніямъ. Такъ, напр., при изслѣдованіи соскоба обнаруживающаяся микроскопическая картина иногда оказывается недостаточно типичной и убѣдительною, благодаря примѣшавшемуся интерстиціальному процессу съ большимъ количествомъ инфильтрирующихъ элементовъ. Далѣе, нужно имѣть въ виду, что, напр., отсутствіе децидуальной ткани въ соскобѣ не имѣетъ рѣшающаго значенія, такъ какъ она или не могла еще успѣть образоваться (въ раннихъ стадіяхъ внѣматочной беременности, въ первыя недѣли ея), или могла уже быть извергнутой (регрессирующія формы, смерть плода). Съ другой стороны, возможно получить децидуальную ткань въ соскобѣ, не подозрѣвая о существующей внутриматочной беременности, и такимъ образомъ ошибочно принять послѣднюю за эктопическую. Наконецъ, ошибочное заключеніе можно сдѣлать и при неполномъ внутриматочномъ выкидышѣ, если случайно въ выскобленныхъ кусочкахъ тканей не окажется ворсинъ.

Пробная  
пункція.

Болѣе цѣнныя данныя, особенно при прервавшихся внѣматочныхъ беременностяхъ, даетъ *пробная пункція*. Техника этого діагностическаго приема уже описана въ общей части, на стр. 35. Шприцъ, вколотый въ подозрительную эластическую опухоль, насасываетъ кровь или, чаще, мелкіе сгустки съ малымъ количествомъ кровянистаго жидкаго содержимаго, что является очень характернымъ для haematocеле. Такъ какъ очень немногія и рѣдкія формы, помимо прервавшейся внѣматочной беременности, сопровождаются образованіемъ кровяныхъ скопленій или выпотовъ, то появленіе въ шприцѣ крови и сгустковъ представляетъ, конечно, весьма важный признакъ при дифференцированіи эктопической беременности отъ другихъ мѣшеччатыхъ опухолей. Нужно замѣтить, что и пункція можетъ повести въ нѣкоторыхъ случаяхъ къ ложнымъ заключеніямъ: такъ, напр., игла шприца иногда сразу забивается сгустками, и при насасываніи поршнемъ получается такое впечатлѣніе, какъ будто игла попала въ солидное тѣло; далѣе, игла можетъ проникнуть, миновавъ кровяное скопленіе, въ какой нибудь осумкованный перитонитъ, расположенный рядомъ и при изслѣдованіи сливающейся съ гематомой въ общую опухоль, и дать прозрачную жидкость.

Рентгено-  
графическое  
изслѣдова-  
ніе.

Изъ остальныхъ добавочныхъ методовъ изслѣдованія, уже носящихъ иной, а не оперативный характеръ, мы упомянемъ о *рентгенографическомъ* изслѣдованіи больной, при которомъ наши стремленія направляются на опредѣленіе костяка плода (доказательство беременности) и его несвоемѣстнаго внѣматочнаго расположенія. При помощи этого метода можно ожидать результатовъ только въ болѣе позднихъ стадіяхъ беременности, когда плодъ обладаетъ скелетомъ, достаточно задерживающимъ X-лучи, и то далеко не всегда, вслѣдствіе невозможности соблюсти всѣ условія довольно трудной техники рентгенографированія беременныхъ.

Клиниче-  
ское наблю-  
деніе.

Наиболѣе часто, однако, въ сомнительныхъ случаяхъ приходится обращаться къ выжиданію, гсрр. къ наблюденію клиническаго теченія болѣзни, изъ котораго и стараются почерпнуть опорные пункты для болѣе увѣреннаго діагноза. Недостаточность первоначальныхъ данныхъ изслѣдованія, особенно при противопоказаніяхъ къ примѣненію зондированія, пробнаго выскабливанія и т. д. (какъ, напр., при дифференцированіи между внѣ- и внутриматочной беременностью), заставляетъ прибѣгать къ наблюденію даже при прогрессирующихъ формахъ, когда существуетъ извѣстный рискъ, что во время этого вынужденнаго выжиданія вдругъ произойдетъ прерываніе беременности. Тамъ же, гдѣ рѣчь можетъ идти только о регрессирующихъ формахъ, выжиданіе не имѣетъ этой непріятной стороны и потому находитъ болѣе частое примѣненіе. Въ послѣднихъ случаяхъ, при повторныхъ изслѣдованіяхъ, кровяныя скопленія (haematocеле) обнаруживаютъ характерныя измѣненія формъ, какъ, напр., колебанія размѣровъ кровяной опухоли въ зависимости отъ расасыванія и повторныхъ новыхъ кровоизліяній, появленіе съ теченіемъ времени болѣе ясныхъ контуровъ опухоли и оплотнѣваніе ея консистенціи (всасываніе жидкихъ частей крови, организациія сгустковъ). Цѣнность выжиданія особенно выступаетъ тамъ, гдѣ выясняется вопросъ, слѣдуетъ-ли оперировать больную, или лучше лечить ее консервативно. Основой для рѣшенія

этого вопроса является быстрота рассасыванія продуктовъ внѣматочной беременности, судить о которомъ можно лишь по даннымъ повторнаго изслѣдованія.

Наконецъ, въ качествѣ послѣдняго діагностическаго приема остается еще пробное чревосѣченіе, допустимое, разумѣется, въ тѣхъ случаяхъ, когда колебанія діагноза происходятъ между страданіями, которыя лечатся путемъ вскрытія брюшной полости. Когда рѣчь идетъ о распознаваніи раннихъ формъ внѣматочной беременности (т. е. въ первой ея половинѣ), то лучшимъ путемъ для пробнаго чревосѣченія долженъ считаться путь влагалищный (вскрытіе задняго свода), наиболѣе безопасный, при примѣненіи котораго можно индивидуально раздвигать нѣсколько шире рамки показаній къ пробному чревосѣченію.

Пробное  
чревосѣче-  
ніе.

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНІЕ ОТДѢЛЬНЫХЪ ФОРМЪ ВНѢМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.

### А. Прогрессирующія формы раннихъ стадій.

Хотя прогрессирующія формы внѣматочной беременности въ раннихъ стадіяхъ ея развитія относительно рѣдко попадаютъ врачу, однако намъ придется остановиться на ихъ леченіи довольно подробно, въ цѣляхъ систематическаго изложенія, такъ какъ именно при прогрессирующихъ формахъ, еще не осложненныхъ кровоизліянiями, сращениями и др. послѣдовательными измѣненіями, ярче обрисовываются тѣ типы оперативныхъ вмѣшательствъ, которыя мы примѣняемъ при различныхъ анатомическихъ разновидностяхъ внѣматочной беременности. Разъ установленъ діагнозъ развивающейся внѣматочной беременности, то тѣмъ самымъ устанавливается показаніе къ ея устраненію—оперативнымъ путемъ. Неоперативные способы воздѣйствія на внѣматочную беременность—съ цѣлью вызвать лишь прекращеніе ея развитія—въ настоящее время должны быть признаны достояніемъ исторіи: таковы—раздавливаніе яйца, проколъ плодовмѣстилища (Красовскій), введеніе въ полость плоднаго мѣшка іодной настойки (v. Winkel), впрыскиваніе морфія, электрической токъ и т. д. Продукты беременности при этихъ способахъ не удаляются изъ организма, и женщина остается больною; а для кореннаго излеченія требуется не только прекращеніе беременности, но и полное ея устраненіе.

Коренная операція производится, какъ это было уже указано на стр. 497, выгодноѣ всего путемъ влагалищнымъ. Операція идетъ по типу обычной кольпотоміи при заболѣваніяхъ придатковъ. Вскрывается задній (рѣже, если опухоль лежитъ впереди матки, передній) сводъ; губы раны, передняя и задняя, обкалываются простыми провизорными швами, играющими роль держалокъ и ограничивающими кровотеченіе изъ раны. Введенными въ брюшную полость зеркалами обнажается задняя поверхность матки, затѣмъ соотвѣтствующій боковой рогъ и, наконецъ, самая опухоль. Иногда опухоль, если она достаточно велика, сейчасъ же вставляется въ просвѣтъ зеркаль по ихъ введенію и узнается по своему синеватому цвѣту и значительной сосудистой инъекціи стѣнокъ. Обыкновенно вокругъ опухоли встрѣчаются довольно рыхлыя перитонеальныя сращения,

Производ-  
ство кольпо-  
томіи.



Рис. 313. Консервативная влагалищная операция на беременной трубѣ при освѣщеніи.  
Труба вскрыта, черезъ разрѣзь выступаютъ ворсинки яйца.



Рис. 314. Тотъ же случай, что на рис. 313. Разрѣзь трубы, по удаленіи яйца, зашить.

соединяющія плодовмѣстилище съ маткой, брюшиной свода или кишки, и серознымъ покровомъ широкой связки. Срощенія въ случаяхъ прогрессирующихъ формъ довольно легко отсепаровываются тупымъ путемъ; освобожденная опухоль извлекается пальцами, пулевыми щипцами или корнцангомъ ко входу и здѣсь тщательно обследуется въ смыслѣ топографическихъ отношеній, послѣ чего съ нею поступаютъ, смотря по представляющимся условіямъ, консервативнымъ или радикальнымъ образомъ.

Консервативныя операціи на трубѣ были впервые произведены при внѣматочной беременности Prochownik'омъ, Bröse, Martin'омъ, а въ Россіи Оттомъ. Смотри по положенію яйца и состоянію трубы, онѣ бываютъ нѣсколькихъ типовъ. Если яйцо развилось вблизи брюшного конца трубы (*graviditas ampullaris* — наиболѣе частая форма внѣматочной беременности), то, подражая естественному процессу изгнанія яйца черезъ *ostium abdominale tubae*, можно попытаться расширить его, фиксировавъ конецъ трубы, подобно тому, какъ мы расширяемъ шейку матки при искусственномъ выкидышѣ; затѣмъ яйцо удаляется черезъ полученное отверстіе корнцангомъ, ложе его тщательно выскабливается ложечкой, послѣ чего труба сокращается и больше не кровоточитъ, если всѣ части яйца и ворсины удалены хорошо.

Если яйцо развилось въ отдѣлахъ трубы, болѣе отдаленныхъ отъ брюшного конца, или если расширение *ostium abdominale tubae* при ампулярной формѣ почему-либо не удалось, трубу необходимо вскрыть по опухоли вдоль, придерживаясь стороны, противоположной прикрѣпленію брыжейки («*sectio caesarea tubaria*»). Величина разрѣза должна быть такова, чтобы черезъ него свободно можно было удалить яйцо (рис. 313). Выскобливъ затѣмъ все старательными, но осторожными движеніями, провѣряють зондомъ проходимость всей трубы, разрушаютъ срощенія

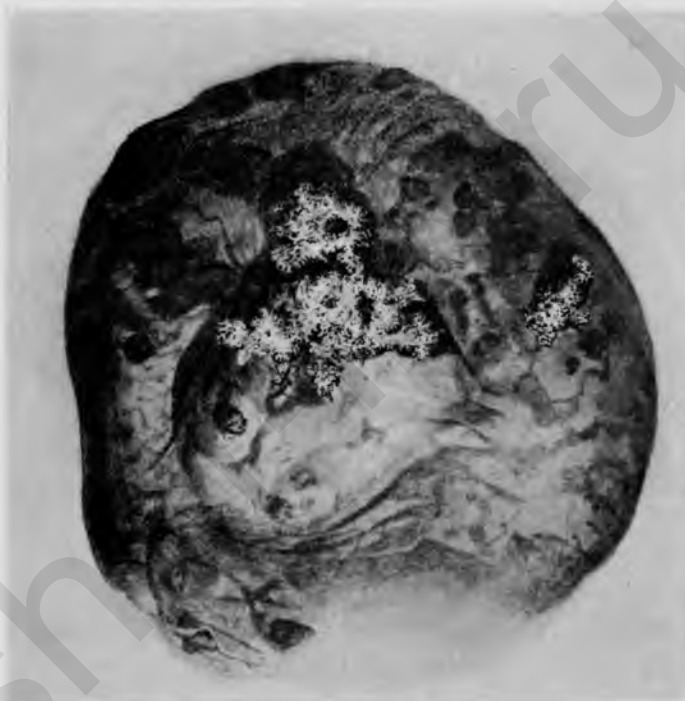


Рис. 315. Препаратъ беременной трубы съ проѣданіемъ стѣнки ея ворсинками.

Методы консервативн. оперирова- нія трубы.

въ области брюшного конца ея, если бы онъ оказался облитерированнымъ, и возстановливаютъ цѣлость трубы, закрывая разрѣзь швами (рис. 314).

Если измѣненія въ трубѣ окажутся таковыми, что возстановить ея проходимость будетъ нельзя, то мы имѣемъ основаніе удалить весь яйцеводъ. Такъ же приходится поступать и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ труба окажется обезображенной, проѣденной ворсинами (см. рис. 315), или растянутой настолько, что трудно будетъ ожидать ея полной инволюціи. Однако и при перечисленныхъ условіяхъ мы должны стараться, насколько возможно, щадить яйцеводъ, и если измѣненія (resp. беременность) локализованы въ брюшномъ концѣ трубы, то мы удаляемъ только послѣдній—резецируемъ трубу—въ надеждѣ остальную ея часть сберечь для функцій яйцевода. Поэтому при резекціи трубы маточный конецъ ея не перевязывается, а въ лигатуры захватывается только брыжжейка (*mesosalpinx*), соответствующая удаляемому участку трубы. Обрѣзанный маточный конецъ трубы можно обработать по типу сальпингостоміи, т. е. приторочить швами края слизистой къ краямъ брюшины, если это технически окажется исполнимымъ (см. рис. 303); въ противномъ случаѣ можно оставить маточный отрѣзокъ въ покоѣ, такъ какъ извѣстно, что простая перерѣзка не исключаетъ шанса на забеременѣваніе, слѣд. оставляетъ яйцеводы способными къ ихъ физиологической функціи. Мы не останавливаемся подробнѣе на описаніи самой техники различныхъ консервативныхъ операцій на плодовмѣстилищѣ, такъ какъ онѣ индентичны съ уже описанными выше консервативными операціями на трубѣ (см. главу объ операціяхъ на придаткахъ, стр. 480).

Радикаль-  
ная опера-  
ція

При невозможности, или нежелательности, по какимъ-либо соображеніямъ, сохранить плодовмѣстилище (трубу), мы производимъ полную радикальную операцію—удаленіе всего плодовмѣстилища черезъ влагалище (*kelyphectomy per colpotomy post.*),—которая имѣетъ мѣсто также и при внѣтрубныхъ формахъ беременности (яичниковой и т. п.). При извлеченіи опухоли *ad fixam* за нею вытягивается какъ бы толстая ножка, въ которой можно разобрать маточный конецъ трубы, идущій къ рогу матки, и *mesosalpinx*, латеральной своей частью подходящій къ яичнику. Вся ножка перевязывается двойной лигатурой: игла вкалывается въ истонченную среднюю часть брыжжейки; одна петля захватываетъ медиальный участокъ послѣдней и маточный конецъ трубы, а другая—латеральный участокъ, съ отдѣломъ связки, направляющимся къ яичнику. Если ножка очень толста, то, перевязавъ отдѣльно трубу съ небольшой частью брыжжейки и отдѣливъ ее, остальную часть перевязываютъ въ два пучка. Перевязка должна быть произведена особенно тщательно въ виду значительнаго, въ зависимости отъ беременности, развитія сосудовъ, и обезпечена, послѣ удаленія опухоли, по возможности еще и перевязкою отдѣльныхъ сосудовъ. Если опухоль окажется настолько значительной, что представитъ затрудненія при извлеченіи ея черезъ отверстіе въ сводѣ, то она можетъ быть уменьшена въ объемѣ пункціей или разрѣзомъ съ удаленіемъ околоплодныхъ водъ и даже самаго плода. Во избѣжаніе кровотеченія края разрѣза сейчасъ же захватываются въ пинцеты *Richelot*; вслѣдствіе подтягиванія сосуды стѣнокъ мѣшка вытягиваются



и перестают кровоточить, а опухоль вмѣстѣ съ тѣмъ постепенно выводится наружу.

Полное удаленіе плодовмѣстища примѣняется также и при интерстиціальной внѣматочной беременности, гдѣ, въ виду своеобразныхъ отношеній между плодовмѣстищемъ и маткою, консерватизмъ удастся проявить лишь въ сохраненіи этой послѣдней. Правда, имѣлись попытки (Koblanck) даже возстановленія анатомическихъ отношеній между трубой и маткою путемъ пересадки, послѣ изсѣченія плодовмѣстища, отдѣленной трубы въ рану матки, но насколько таковой образъ дѣйствій рационаленъ, мы не имѣемъ данныхъ судить. Интерстиціальныя формы довольно рѣдки, попадаясь въ 1—2% всѣхъ случаевъ несвоемѣстной беременности. Распознаваніе *sub operatione* довольно просто, благодаря чрезвычайно характерной формѣ матки съ косо расположеннымъ дномъ, при-

Радикальная операція при интерстиціальной беременности.



Рис. 316. Схематическое изображеніе интерстиціальной беременности.



Рис. 317. Схематическое изображеніе беременности въ рудиментарномъ рогѣ матки.

чемъ на беременной сторонѣ, въ области рога матки, выступаетъ полукруглая опухоль, растущая кверху и кнаружи, съ истонченной на верхушкѣ мышечной стѣнкой; труба (и круглая связка) соединяются съ маткой въ области этой опухоли (см. рис. 316). Плодовмѣстище удаляется въ этихъ случаяхъ путемъ двухъ полулунныхъ разрѣзовъ, проводимыхъ на выпяченномъ рогѣ матки по обѣимъ сторонамъ трубы; вглубь разрѣзы конвертируютъ такъ, что плодовмѣстище изсѣкается клиновидно, причемъ можетъ быть иногда вскрыта и полость матки. Ложе затѣмъ зашивается рядомъ глубокихъ и поверхностныхъ швовъ; швы нужно очень тщательно накладывать, въ виду значительнаго кровоснабженія тканей и возможности послѣдовательныхъ геморагій. Радикальная операція при интерстиціальной формѣ, вопреки мнѣнію Werth'a и согласно съ теоретическимъ предположеніемъ Бекмана, можетъ быть свободно произведена влагалищнымъ путемъ, какъ это показалъ одинъ нашъ случай.

Беремен-  
ность въ за-  
чаточномъ  
рогѣ матки.

Что касается послѣдней разновидности несвоемѣстной беременности—беременности въ зачаточномъ рогѣ матки, то распознается она *sub operatione* благодаря тому, что опухоль, соединяющаяся съ развитою частью матки при помощи ясно выраженной ножки, имѣетъ на своемъ свободномъ полюсѣ отхождение трубы и круглой связки (см. рис. 317). Сохранять зачаточный рогъ представляется нераціональнымъ, такъ какъ остающаяся аномалія развитія легко можетъ подать поводъ къ повторенію несвоемѣстной беременности. Плодовмѣстилице удаляется цѣликомъ, послѣ перевязки круглой связки, трубы, ножки и обкола соответствующей части широкой связки.

Заключи-  
тельный мо-  
ментъ опе-  
раціи.

Послѣ обработки плодовмѣстилица тѣмъ или инымъ способомъ производится, при помощи освѣтительныхъ зеркалъ, раздѣленіе сросшей около другихъ придатковъ и вообще въ доступныхъ зрѣнію областяхъ, осушеніе отъ крови и т. п. Передъ завершеніемъ операціи еще разъ провѣряется надежность гемостаза операціоннаго поля, и въ отверстіе раны въ сводѣ рыхло вводится марлевый выпускникъ.

#### Прогрессирующія беременности позднихъ сроковъ.

Діагностиче-  
скія примѣ-  
чанія.

При эктопическихъ беременностяхъ во второй половинѣ развитія, когда ясно ощупывается самый плодъ, діагностическія усилія направляются къ тому, чтобы подтвердить несвоемѣстное развитіе беременности. Ощупавъ отдѣльное отъ плодовмѣстилица дно матки, особенно съ отходящими отъ роговъ связками, или прозондировавъ ея полость, можно съ достовѣрностью опредѣлить, что плодъ находится не въ маткѣ. Къ сожалѣнію, матку не всегда удается контурировать, а внутриматочные приемы изслѣдованія въ большинствѣ случаевъ оказываются противопоказанными, такъ какъ обыкновенно идетъ рѣчь о возможности смѣшенія съ внутриматочной беременностью. Возможно, что иногда нѣкоторую пользу для діагноза принесетъ рентгенографическое изслѣдованіе; но, въ значительномъ большинствѣ случаевъ, для тщательнаго дифференцированія приходится выжидать, пытаясь путемъ клиническаго наблюденія и повторныхъ изслѣдованій исключить внутриматочную беременность, особенно формы послѣдней при ретро- и латеро-флексіяхъ, ассиметрическихъ развитіяхъ матки, удлиненіи надвлагалищной части, а также (въ исключительно рѣдкихъ случаяхъ) беременность при раннемъ отхожденіи водъ и продолжающемся развитіи плода (*graviditas extraamnialis*). Задачею изслѣдованій является точное опредѣленіе матки, мѣста отхождения придатковъ и связокъ—круглыхъ и крестцово-маточныхъ,—чему можно помочь, вытягивая шейку матки пулевыми щипцами. Особенно важно бываетъ изслѣдованіе въ моментъ наступленія схватокъ (ложныхъ родовъ при внѣматочной беременности), когда шейка матки раскрывается, позволяя пройти пальцемъ въ полость и констатировать ее пустою.

Согласно общимъ правиламъ, разъ установленъ діагнозъ, необходимо оперировать. Однако, если имѣется беременность, близкая къ тѣмъ срокамъ, когда уже можно получить способный къ внѣутробной жизни плодъ, то естественно появляется мысль, нельзя ли еще немного выждать, чтобы сохранить обѣ жизни, и матери, и ребенка? Этотъ вопросъ многими, особенно нѣмецкими школами, рѣшается отрицательно: выжиданіе при внѣматочной прогрессирующей беременности всегда сопровождается рискомъ, а плоды получаются плохого развитія и малаго вѣса, и въ значительномъ %—съ различными уродливостями и деформациями (v. Winkler). При такихъ условіяхъ, является какъ будто бы совершенно нецѣлесообразнымъ примѣнять рискованное выжиданіе при весьма малыхъ шансахъ получить жизнеспособный плодъ.

Примѣненіе  
выжиданія  
въ интере-  
сахъ плода.

Нужно, однако, отмѣтить, что указанное мнѣніе рисуетъ положеніе дѣла слишкомъ мрачными красками. Послѣ сформированія послѣда опасность остраго кровотечения уменьшается, такъ какъ измѣняется самый характеръ прерыванія беременности, теперь начинающаго приближаться къ типу ложныхъ родовъ: передъ катастрофой появляются предвѣстники въ видѣ схватокъ, на высотѣ которыхъ можетъ наступить разрывъ плодывмѣстища, происходящій на мѣстѣ истонченномъ, иногда безсосудистомъ; нерѣдко стѣнки трубы не рвутся вовсе, не говоря о тѣхъ случаяхъ, гдѣ плодывмѣстище, какъ при вторичной брюшинной беременности, состоитъ изъ новообразованныхъ несокращающихся тканей и потому разорваться не можетъ. Такимъ образомъ, стадій предвѣстниковъ, позволяющихъ больную своевременно прооперировать, и очень малая опасность внутренняго кровотечения заставляютъ признать, что рискъ отъ выжиданія представляется для матери относительно незначительнымъ. Что касается плода, то замѣчаемая уродства его при внѣматочной беременности суть простыя деформации, возникающія вслѣдствіе небольшого количества водъ, тѣсноты амніотического мѣшка и давленія со стороны стѣнокъ плодывмѣстища; такія деформации могутъ наблюдаться (въ видѣ исключенія, при скудости водъ) и у внутриматочныхъ плодовъ, и исправляются затѣмъ сами на свободѣ или при помощи ортопедическаго леченія; настоящія же уродства, вродѣ гемицефалии, spina bifida и т. д., имѣютъ для своего возникновенія при внѣматочной беременности, нужно думать, такіе же шансы, какъ и при внутриматочной. Упомянутое давленіе со стороны стѣнокъ и плохія условія для развитія послѣда являются, вѣроятно, причинами дѣйствительно плохого вѣса и относительной слабости внѣматочныхъ плодовъ; а за неимѣніемъ критерія для установки срока, съ котораго можно считать ихъ жизнеспособными для внѣутробной жизни, мы должны оперировать возможно позже, примѣрно недѣли за 2—4 до срока, соответствующаго нормальному родоразрѣшенію,—чтобы только не пропустить прерыванія беременности, при которомъ плодъ можетъ погибнуть.

На основаніи вышесказаннаго, выжиданіе срока жизнеспособности плода при внѣматочной прогрессирующей беременности, уже близкой къ этому сроку, слѣдуетъ признать отвѣчающимъ общей тенденціи—стремиться спасти какъ жизнь

матери, такъ и плода; оно допустимо не ранѣе, какъ съ 5-го мѣсяца, когда вѣроятность остраго кровотеченія вслѣдствіе разрыва плодовмѣстилица становится незначительной, должно быть съ согласія больной и проводится при клинической обстановкѣ, всегда готовой для экстреннаго чревосѣченія.

Выборъ пути и радикализмъ при оперированіи.

Операциі при внѣматочной беременности позднихъ стадій производятся путемъ брюшностѣночнаго чревосѣченія.

Прежде примѣнялся въ этихъ случаяхъ довольно часто влагалищный путь и даже, въ виду плохихъ прогнозовъ, дававшихся чревосѣченіями, представлялъ въ глазахъ многихъ хирурговъ—до 90-хъ годовъ прошлаго столѣтія—операцию предпочтительную: не говоря о сохраненіи цѣлости брюшнаго пресса, подкунала еще для влагалищнаго пути близость расположенія плода къ заднему своду и возможность быстро закончить операцию (собственно удаленіе плода) акушерскимъ инструментаріемъ безъ вскрытія свободной брюшной полости; при этомъ, однако, послѣдъ, оболочки яйца и плодовмѣстилице оставались неудаленными, приходилось выжидать элиминаціи мертвыхъ частей очень долго и подвергать больную опасности нагноительныхъ процессовъ въ глубинѣ; попытки же удалять послѣдъ, часто оказывавшійся крѣпко сросшимся съ подлежащими тканями, не обладающими сократительностью, кончались сильными кровотечениями. Эти несовершенства, равно какъ и послѣдующія осложненія при незаконченныхъ (палліативныхъ) операцияхъ, каковыми являлись влагалищныя удаленія внѣматочнаго плода, повели къ необходимости искать путь радикальнаго вмѣшательства при помощи брюшностѣночныхъ чревосѣченій (Litzmann). Однако и при послѣднихъ—богатое содержаніе сосудовъ, широкое развитіе сросшеній и кровотеченія при отдѣленіи послѣда—долго еще заставляли бояться оперировать при развивающемся плодѣ и въ свѣжихъ случаяхъ прекратившейся беременности; во избѣжаніе операционныхъ осложненій рекомендовалось или оставлять послѣдъ такъ же, какъ это дѣлали при влагалищныхъ операцияхъ, рискуя всѣми послѣдствіями этого пріема, или оперировать по прерываніи беременности, выждавъ еще нѣкоторое время по смерти плода, пока запусуютъ плацентарныя сосуды. Лишь съ развитіемъ техники, съ 80-хъ годовъ, статистика первичныхъ операциій (т.е. при живомъ или только-что погибшемъ плодѣ) стала значительно лучше (Breisky, Olshausen), и послѣ того, какъ была разработана техника удаленія всего плоднаго мѣшка, окончательно установилась тенденція (Litzmann 1881, Martin, Лазаревичъ, Treub, Breisky 1887) оперировать радикально. Werth выставляетъ какъ положеніе—всегда стремиться къ удаленію плоднаго мѣшка, что, по даннымъ нашего времени, возможно вполне въ большинствѣ случаевъ, и считаетъ всякія ограниченія вмѣшательства, напр., удаленіемъ плода и шиваніемъ мѣшка въ брюшную стѣнку,—технической ошибкой. Принципъ радикальнаго вмѣшательства упрочилъ положеніе брюшностѣночнаго чревосѣченія, какъ метода при оперированіи внѣматочной беременности позднихъ сроковъ, дающаго, какъ это требуютъ техническія соображенія, широкій разрѣзъ и позволяющаго свободный доступъ къ болѣе высокимъ отдѣламъ брюшной полости при работѣ сверху.

При радикальной операциі внѣматочной беременности позднихъ сроковъ могутъ встрѣтиться двѣ анатомическихкія формы, допускающія въ нѣкоторыхъ случаяхъ предварительный діагнозъ: 1) форма съ сохранившимся трубнымъ плоднымъ мѣшкомъ; 2) форма съ внѣтрубнымъ положеніемъ плода.

Операциі при цѣломъ плодовмѣстиищѣ.

Формы съ *сохранившимся плоднымъ мѣшкомъ* представляются значительно болѣе легкими. Единственныя осложненія здѣсь создаются только сросненіями, могущими нарушить топографическія отношенія и спутать распознаваніе послѣднихъ; тѣмъ не менѣе, обладая извѣстною рыхлостью, они позволяютъ легко раз-

личить, что плодовмѣстилище—органическаго происхожденія. Если плодъ жизнеспособенъ или вообще значительной величины, то первымъ моментомъ, по вскрытіи брюшной полости, является удаленіе плода; стѣнки плоднаго мѣшка, обыкновенно очень тонкія, вскрываются разрѣзомъ по возможности въ малососудистомъ мѣстѣ, извлекается плодъ, перевязывается пуповина, послѣ чего приступаютъ къ выдѣленію плодовмѣстилища. Если плодъ не жизнеспособенъ, начинаютъ прямо со второго момента, т. е. съ раздѣленія сросшейся кругомъ плоднаго мѣшка. Сросшенія отдѣляются пальцами, болѣе плотныя—надрѣзаются на опухоли ножомъ и оттираются далѣе ватнымъ шарикомъ; наиболѣе сосудистыя изъ нихъ прижимаются Расquelin'омъ, перевязываются лигатурами. Послѣ раздѣленія сросшейся опухоль оказывается или сидящей на ножкѣ, или развившейся болѣе или менѣе межсвязочно, или, наконецъ, тѣсно связанной съ маткой (интерстициальная форма).

Сообразно съ этими особенностями происходитъ дальнѣйшая обработка опухоли. Въ первомъ случаѣ ножка просто перевязывается лигатурами, въ нѣсколько пучковъ, смотря по своей толщинѣ. Въ составъ этой ножки входитъ, помимо соединенія съ рогомъ матки, еще и часть *lig. infundibulo-pelvicum*, такъ какъ яичникъ при большихъ опухоляхъ трубы оказывается въ довольно тѣсномъ соединеніи съ ними, въ виду этого его также приходится удалять. Такимъ же образомъ поступаютъ и при беременности въ рудиментарномъ рогѣ, такъ какъ эта форма, какъ упоминалось выше, чаще всего представляется съ хорошо выраженной ножкой (рис. 315). Кстати слѣдуетъ отмѣтить, что, вопреки ожиданіямъ, мы иногда не находимъ при послѣдней формѣ ясно обозначенной круглой связки, которая, распластываясь по плодовмѣстилищу, теряется въ немъ и среди сросшейся съ окружающими органами. Иногда плодный мѣшокъ при беременности въ зачаточномъ рогѣ можетъ также оказаться и съ признаками межсвязочнаго развитія.

Второй случай—межсвязочное развитіе плодовмѣстилища—получается вслѣдствіе востанія нижняго полюса опухоли между листками широкой связки. Иногда за такую форму можетъ быть принята и первая форма на ножкѣ, именно въ случаѣ значительныхъ плоскостныхъ сросшейся опухоли съ прилегающими частями. По отдѣленіи этихъ сросшейся обнаруживается и настоящая форма опухоли. Въ случаяхъ настоящаго межсвязочнаго развитія требуется вылушеніе вросшаго сегмента опухоли, съ постепенной перевязкой подходящихъ къ нему сосудовъ, причемъ остающееся большое раневое ложе отчасти зашивается, отчасти дренируется.

Третій случай—межуточная беременность въ позднихъ стадіяхъ развитія—представляется крайней рѣдкостью. Опухоль по мѣрѣ своего увеличенія подтягиваетъ къ себѣ мышечные пучки матки и обезображиваетъ ее настолько, что едва ли въ такихъ случаяхъ можетъ идти рѣчь о сохраненіи послѣдней. Опухоль удаляется обыкновенно вмѣстѣ съ маткой, изсѣкаемой цѣликомъ, или путемъ надвлагалищной ампутаціи: послѣдній способъ примѣняется, напр., для скорости, въ острыхъ случаяхъ прерыванія.

Послѣ отдѣленія опухоли осматривается весь половой аппаратъ и въ немъ производятся необходимыя исправленія, затѣмъ операціонное ложе осматривается вновь, и если въ немъ отмѣчаются сецернирующія поверхности (послѣ раздѣленія срощеній, межсвязочнаго вылущенія опухоли), оставшіяся неперитонизированными, то онѣ дренируются марлевымъ тампономъ, который выводится черезъ задній сводъ, нарочито вскрытый для этой цѣли со стороны влагалища.

Операція  
при внѣ-  
трубномъ  
положеніи  
плода.

Вторая форма—съ *внѣтрубнымъ положеніемъ плода*—представляетъ несравненно болѣе сложныя отношенія, благодаря тѣмъ же срощеніямъ, но достигаю-



Рис. 318. Беременность въ рудиментарномъ рогѣ съ доношеннымъ плодомъ (ручка плода вышла черезъ разрывъ плодотѣстища).  
( $\frac{2}{3}$  натур. величины).

щимъ здѣсь сильнаго развитія и значительной крѣпости и образующимъ воспалительную капсулу, въ которой сидитъ плодъ. Больныя съ подобной анатомической формою имѣютъ въ своемъ анамнезѣ острые припадки, которыми, очевидно, сопровождался разрывъ трубнаго мѣшка, причемъ плодъ однако не погибъ, а продолжалъ развиваться, по выходѣ совсѣмъ или частью изъ трубы, отдѣляясь постепенно отъ окружающихъ органовъ реактивной капсулой<sup>1)</sup>. Если разрывъ произошелъ давно, то капсула можетъ достигнуть значительной солидности; она, понятнымъ образомъ, бываетъ спаяна со всевозможными брюшными органами. Кромѣ срощеній капсулы, большія осложненія (въ видѣ кровотеченія) можетъ доставить послѣдъ, иногда прирастающій и питающійся сосудами окружающихъ органовъ, напр. кишечника

и брыжжейки. Вслѣдствіе этихъ анатомическихъ особенностей, весьма индивидуальныхъ въ каждомъ случаѣ, радикальная операція становится атипической и технически настолько трудной, что въ иныхъ случаяхъ удаленіе всей капсулы становится, изъ-за жизненной опасности, неосуществимымъ. Тѣмъ не менѣе, радикальныя стремленія должны быть проводимы здѣсь насколько возможно, такъ какъ случайное или даже нарочитое оставленіе капсулы и послѣда должно давать, какъ это и доказано статистиками (Sittner), послѣдующія осложненія съ плохими результатами.

<sup>1)</sup> Въ рѣдкихъ случаяхъ, когда острыхъ припадковъ въ анамнезѣ не отмѣчалось, можно подозрѣвать въ такихъ формахъ беременность яичниковую, тубо-оваріальную или даже первичную брюшинную, что можетъ быть иногда, при благоприятныхъ обстоятельствахъ, подкрѣплено микроскопическимъ анализомъ.

Общій ходъ операціи таковъ. Послѣ вскрытія брюшной полости удостовѣряются въ положеніи плоднаго мѣшка и его анатомическихъ особенностяхъ и затѣмъ, защитивъ полость живота компрессами, вскрываютъ стѣнку капсулы на мѣстѣ, безопасномъ отъ срощеній съ кишками и отъ послѣда; послѣднее условіе приблизительно опредѣляется ясностью ошупыванія частей плода и отсутствіемъ сильно



Рис. 319. Тотъ же препаратъ, что на рис. 318, послѣ разрѣза плодномѣстилица.

развитыхъ сосудовъ. Плодъ извлекается, перерѣзается пуповина, и затѣмъ приступаютъ къ удаленію капсулы и послѣда. Послѣдъ можетъ гнѣздиться не только на мѣстѣ своего первоначальнаго прикрѣпленія въ трубѣ, но распространяться тощими лопастями на сосѣдніе органы—матку, широкую связку, брыжжейку кишечника—и даже оказаться только на послѣднихъ, внѣ всякаго соотношенія съ трубою. Первый случай имѣетъ мѣсто, если катастрофа (разрывъ трубы) произошла въ болѣе поздніе сроки беременности, когда мѣсто развитія послѣда уже опредѣлилось; послѣдъ

тогда мясистъ и сидить на широкой массѣ остатковъ первоначальнаго плодвмѣстилица, сократившихся и окруженныхъ сращениями; кровотечение, по удаленіи послѣда, удается въ такихъ случаяхъ остановить обколами въ толщѣ самой массы, или, еще лучше, перевязавъ трубно-яичниковые сосуды и удаливъ основную массу. При разрывѣ трубы въ раннихъ стадіяхъ беременности и при первичной брюшной беременности мы встрѣтимъ атипическія расположенія послѣда. Такія прикрѣпленія послѣда даютъ самыя опасныя кровотечения, особенно тамъ, гдѣ имѣется связь съ кишечникомъ. Отдѣленіе послѣда должно вестись при постепенномъ обколѣ или защемленіи въ пинцеты приводящихъ сосудовъ, могущихъ питаться не только изъ системы анастомоза между *aa. uterina* и *spermatica*, но и изъ брыжжечныхъ и др. сосѣднихъ артерій, почему было сдѣлано, напр., предложеніе, для остановки кровотечения, прижимать аорту на высотѣ 4-го, или даже 2-го или 3-го поясничныхъ позвонковъ, чтобы захватить отхождение *a. mesentericae sup.*

Справившись съ послѣдомъ, приступаютъ къ удаленію капсулы, представляющей иногда, смотря по давности процесса, образованіе съ довольно мощными стѣнками (до 1 смт. толщиной). Она удаляется частями, причемъ нужно всегда помнить о возможной близости важныхъ органовъ (кишечника, пузыря, мочеточниковъ). Остающіяся послѣ удаленія капсулы и послѣда большія обнаженныя поверхности необходимо дренировать — какъ съ цѣлью удаленія раневого секрета, такъ и для контроля за кровотеченіемъ. Лучше всего проводить дренажъ черезъ задній сводъ, для чего его вскрываютъ со стороны влагалища острымъ корнцангомъ и расширяютъ отверстіе до необходимыхъ размѣровъ; лишь когда сращения въ Дугласѣ дѣлаютъ его малодоступнымъ, приходится довольствоваться дренажемъ (также марлевымъ) черезъ нижній уголь брюшной раны (видоизмѣненный дренажъ Mikulicz'a).

Несмотря на всѣ старанія оперировать радикально при внѣтрубномъ положеніи плода, все-же нерѣдко приходится оставлять большія или меньшія части капсулы, которые технически невозможно удалить, не повредивъ важныхъ органовъ. Можетъ случиться, что по тѣмъ же причинамъ придется оставить всю капсулу и даже части послѣда, съ расчетомъ на постепенное ихъ отторженіе; тогда, съ цѣлью обезпечить свободный выходъ выдѣленій и омертвѣвающимъ частямъ, шиваютъ стѣнки мѣшка въ рану брюшной стѣнки (*marsupialisatio*) и марлевымъ бинтомъ выполняютъ всю полость плодвмѣстилица.

Леченіе внѣматочной беременности въ остромъ стадіи прерыванія.

Наиболѣе важное значеніе для врача имѣеть внѣматочная беременность въ остромъ стадіи прерыванія, когда тяжесть симптомовъ и общаго состоянія больной вынуждаютъ большею частью къ экстренному оперативному вмѣшательству. Острые симптомы, представляющіе сочетаніе родовой дѣятельности (схваткообразныя сокращенія плодвмѣстилица и матки) и przypadковъ внутренняго кровотечения съ большими или меньшими явленіями перитонитизма и шока прибавляютъ къ прежнему



анамнестическому симптомокомплексу новый весьма важный и яркой диагностической признакъ. Тѣмъ не менѣе, и здѣсь бываетъ необходимо дифференціальное распознаваніе и примѣненіе иногда добавочныхъ методовъ изслѣдованія.

Въ зависимости отъ патологоанатомическаго процесса, ведущаго къ прерыванію беременности, клиническая картина прерыванія получаетъ извѣстныя индивидуальныя отличія, сказывающіяся въ интенсивности проявленія входящихъ въ симптомокомплексъ ингредиентовъ, и такимъ образомъ получается нѣсколько клиническихъ типовъ, къ разбору которыхъ мы и переходимъ.

### 1. *Haematosalpinx.*

Если при очень ранней беременности (1—2 мѣс.) на первый планъ выступаютъ рѣзкія, схваткообразныя боли, локализирующіяся главнымъ образомъ въ одномъ паху, доводящія иногда до обмороковъ, но безъ замѣтныхъ явленій остраго малокровія, то дѣло идетъ вѣроятно о кровоизліяніи въ полость трубы (*mola tubaria* или трубный абортъ) при зарощеніи ея абдоминальнаго конца, съ образованіемъ *haematosalpinx*'а. Сильныя боли объясняются схватками трубы, которая не въ силахъ изгнать своего содержимаго. При объективномъ изслѣдованіи находятъ эластическую опухоль трубы, но не встрѣчаютъ никакихъ скопленій въ Дугласѣ. Положеніе больной опасеній для жизни обыкновенно не внушаетъ, и настойчивыхъ показаній для немедленнаго оперированія—нѣтъ, тѣмъ болѣе, что схватки черезъ нѣкоторое время проходятъ, а съ ними и главная жалоба больныхъ. Однако оперировать, тѣмъ не менѣе, послѣ нѣ котораго выжиданія, въ большинствѣ случаевъ, приходится въ виду страданій, причиняемыхъ плохо рассасывающеюся опухолью придатковъ. Поэтому не будетъ ошибкою оперировать *haematosalpinx* и въ остромъ періодѣ.

*Haematosalpinx* оперируется путемъ задней кольпотоміи. Здѣсь особенно умѣстны консервативныя операціи на трубѣ—слѣд. раздѣленіе сращеній фимбрій и восстановленіе тупымъ или кровавымъ путемъ абдоминальнаго отверстія трубы (*salpingostomatia*—см. стр. 482), удаленіе кровяного содержимаго и выскабливаніе остатковъ острой ложечкой (*abrasio tubae*), съ послѣдующей провѣркой проходимости трубы зондомъ (см. стр. 503). При нежелательности или невозможности сохранить трубу, ее удаляютъ обычнымъ способомъ послѣ перевязки брыжжейки двойной лигатурой.

### 2. *Haematocele.*

Если при беременности на 2—4 мѣс. въ остромъ симптомокомплексѣ, помимо ясно выраженныхъ схватокъ, обнаруживаются припадки остраго малокровія (блѣдность, обморочное состояніе той или иной силы, тошнота, паденіе пульса и т. д.), но безъ рѣзкихъ явленій со стороны брюшины, то передъ нами вѣроятно картина прерыванія беременности съ ограниченнымъ кровоизліяніемъ,—результатъ, чаще всего,

Дифференциальная диагностика и показанія.

трубного аборта (рис. 320) или, рѣже, разрыва плодовместилища съ небольшимъ относительно истеченіемъ крови, собирающимся или въ Дугласъ, самомъ близкомъ и отлогомъ мѣстѣ брюшной полости (haematocoele retrouterina), или, въ силу анатомическаго положенія разрыва—между листками широкой связки (haematoma ligamenti lati). Такимъ образомъ эта клиническая форма сопровождается образованіемъ кровяной опухоли, прощупываемой при изслѣдованіи въ заднемъ или задне-боковомъ сводѣ, неподвижной, тѣстоватой, мѣстами флукутуирующей и болѣзненной, отѣсняющей матку кверху и въ сторону, и съ неясною верхнею границею. Хотя однократныя кровотеченія этого типа обыкновенно не достигаютъ такой силы, чтобы довести больную до жизнеопаснаго состоянія, но они повторяются, подобно кровотеченіямъ послѣ неполныхъ маточныхъ абортвъ, а повторныя кровотеченія, сопро-



Рис. 320. Трубный абортъ. Препаратъ трубы, изъ брюшиннаго отверстія которой торчитъ сгустокъ съ частями извергаемаго яйца. Сгустокъ и отчасти брюшинное отверстіе трубы разсѣчены.

вождаясь каждый разъ еще и нѣкоторымъ шокомъ, могутъ имѣть уже гибельныя послѣдствія. Поэтому здѣсь показана немедленная операція съ цѣлью остановить кровотеченіе навѣрняка и обезопасить больную отъ его повторенія; только въ случаяхъ, гдѣ больная настолько ослаблена кровотеченіемъ и шокомъ, что оперативное вмѣшательство вызываетъ опасенія потерять больную, а кровотеченіе повидимому прекратилось (состояніе больной не ухудшается, а скорѣе улучшается), бываетъ целесообразно дать больной нѣсколько опривиться, и затѣмъ прооперировать въ лучшемъ состояніи черезъ 2—3 дня. Само собою разумѣется, что выжиданіе это нахо-

дится подъ рискомъ повторенія кровотеченія и должно быть обставлено самымъ строгимъ покоемъ.

Такъ какъ страданіе въ этой формѣ можно смѣшать съ ущемившейся въ Дугласъ кистой, или, при имѣющихся повышеніяхъ температуры, и съ обострившимся тазовымъ выпотомъ или ruosalpinx'омъ, то для точнаго рѣшенія вопроса слѣдуетъ предварительно произвести пробную пункцію опухоли шприцемъ (черезъ задній сводъ). Послѣдній при кровяныхъ скопленіяхъ насасываетъ жидкую кровь, хотя обыкновенно съ нѣкоторымъ трудомъ, вслѣдствіе забивающихся въ иглу сгустковъ. Такъ какъ дифференцируемыя страданія всѣ требуютъ оперативнаго пособія, а для пробной пункціи необходимы антисептическія предосторожности, то лучше всего послѣднюю производить непосредственно передъ операціей.

Для операціи слѣдуетъ примѣнять влагалищный путь, именно заднюю кольпотомію. Задній сводъ вскрывается легко, такъ какъ онъ выпячивается кровоизліяніемъ; жидкая кровь и сгустки изъ полости haematocoele сейчасъ же начинаютъ

Операція  
при haema-  
tocele.

выдвляться через разрѣзъ. Послѣдній ножницами расширяется въ обѣ стороны настолько, чтобы легко можно было провести освѣтительныя зеркала, края разрѣза обшиваются провизорными швами, накладываемыми съ цѣлью остановки кровотеченія и для растягиванія раны; полость кровяного скопленія освобождается отъ крови и сгустковъ и освѣщается зеркалами. Съ помощью освѣтительныхъ зеркалъ продолжается работа очищенія полости отъ сгустковъ ватными шариками, зажатými въ длинные пинцеты (Richelot), или марлевыми компрессами, и такимъ путемъ легко обнаруживается источникъ кровотеченія. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ таковымъ оказывается *ostium abdominale* трубы, что указываетъ на трубный выкидышъ. Картина при освѣщеніи зеркалами получается ясная и очень демонстративная (рис. 321): въ верхнемъ отдѣлѣ полости видѣнъ раздутый абдоминальный конецъ трубы, съ отверстіемъ, прямо обращеннымъ къ наблюдателю; *ostium abdominale* трубы пріоткрыто, какъ зѣвъ матки во время родовъ; изъ него иногда сочится кровь, или оно бываетъ забито сгустками, или, наконецъ, въ отверстіи можетъ торчать еще не вполне извергнутое яйцо. Само яйцо или его остатки и сгустки очень легко удаляются изъ растянутой части трубы черезъ расширенное абдоминальное отверстіе при помощи корнцанга и ложечки, послѣ чего на глазахъ труба сокращается, и кровотеченіе останавливается. Послѣ этого остается убѣдиться въ цѣлости трубы, для чего она освобождается отъ рыхлыхъ спаекъ въ глубинѣ полости и подтягивается ближе къ выходу, далѣе—провѣрить ее проходимость зондомъ и, наконецъ, раздѣлить сращения въ половомъ аппаратѣ



Рис. 321. Трубный абортъ. Видъ беременной трубы (съ пріоткрытымъ брюшнымъ отверстіемъ), вдающейся въ просвѣтъ вскрытой, опорожненной и освѣщенной полости haematocele.

и нарушить рыхлые склейки между петлями кишек, маткою, сальником, арредисес ерплойсе и т. д. Такимъ образомъ вскрытіе свободной брюшной полости происходитъ при этой операціи лишь въ послѣдній моментъ. Заканчивается операція контрольнымъ осмотромъ трубы и дренированіемъ, какъ это описано при влагалитцной операціи въ прогрессирующихъ случаяхъ.

Значительно рѣже, послѣ удаленія всѣхъ сгустковъ изъ полости, обнаруживается, что источникомъ кровотечения является не брюшной конецъ трубы, а разрывъ ея стѣнки, причѣмъ изъ него иногда торчатъ части яйца. Кровотеченіе, если его не было, иногда возобновляется послѣ снятія сгустковъ. Труба отсепаровывается такимъ же образомъ, какъ и въ предыдущемъ случаѣ, отъ рыхлыхъ срощеній въ верхнемъ отдѣлѣ полости, подтягивается книзу и осматривается. Если разрывъ не великъ, съ трубою слѣдуетъ поступить консервативно: черезъ отверстіе разрыва удаляются корнцангомъ всѣ остатки яйца, ложе его выскабливается, провѣряется проходимость трубы, и разрывъ зашивается мышечно-серозными швами; иногда края разрыва приходится обрывать ножницами. Если труба оказывается, послѣ освобожденія ея изъ срощеній, слишкомъ травмированной, приходится ее удалять путемъ резекціи поврежденнаго участка, съ производствомъ стоматоластики или безъ нея (какъ это было описано при прогрессирующихъ формахъ). Операція заканчивается такъ же, какъ и въ предыдущемъ случаѣ.

Если при катастрофѣ произошло образованіе не haematocеле, а гематомы широкой связки, вслѣдствіе разрыва трубы по стѣнкѣ, прикрѣпляющейся къ брыжжейкѣ, то дифференцировать эту форму отъ haematocеле до операціи обыкновенно не удастся, развѣ что подозрѣваютъ о ней по положенію ея, слишкомъ сдвинутому въ сторону по сравненію съ положеніемъ haematocеле; признакъ этотъ однако не бываетъ рѣзко выраженъ. Sub operatione, попавъ въ полость гематомы, распознають ее по характеру строенія стѣнокъ, состоящихъ изъ клѣтчатки, и по отсутствію гладкихъ стѣнокъ органовъ, ограничивающихъ haematocеле (кишка, матка и т. д.).

### 5. Свободное кровотеченіе въ брюшную полость.

Значеніе  
діагностическихъ  
данныхъ;  
показанія.

При прерываніи беременности на 3—5 мѣс. случается, что картина припадковъ развивается очень бурно, съ быстрымъ прогрессированіемъ остраго малокровія и съ симптомами раздраженія брюшины и шока; явленія схватокъ отступаютъ въ этой картинѣ на второй планъ. Припадки развиваются внезапно и такъ быстро, что врачъ застаѣтъ больную въ тяжеломъ общемъ состояніи, съ плохимъ пульсомъ, помраченнымъ sensorium'омъ, съ болѣзненностью, умѣреннымъ вздутіемъ и напряженностью живота; объективное изслѣдованіе не даетъ больше ничего, кромѣ увеличенія матки и опухоли на мѣстѣ больныхъ придатковъ. Это—картина свободного кровотечения въ брюшную полость вслѣдствіе разрыва плодовмѣстилица; изъ поврежденной стѣнки трубы артеріальная кровь вытекаетъ непрерывно и

растекается между органами, не давая ограниченнаго скопленія. Въ рѣдкихъ случаяхъ свободное кровотеченіе можетъ быть вызвано и трубнымъ абортomъ при порядочномъ яйцѣ, но это не мѣняетъ сущности дѣла, такъ какъ показанія къ немедленному вмѣшательству устанавливаются наличностью жизнеопаснаго кровотечения. Невелико бываетъ здѣсь также и практическое значеніе предварительнаго точнаго дифференціальнаго діагностированія, о которомъ все-же нужно упомянуть, такъ какъ весьма сходныя по симптомамъ картины могутъ давать разрывы гнойныхъ скопленій въ тазу (напр. *sactosalpinx purulenta*), перекручиванія кистъ, сопровождающіяся разрывомъ послѣднихъ и кровотеченіемъ, и перфоративные перитониты: во всѣхъ этихъ случаяхъ тяжелое общее состояніе больныхъ представляетъ жизненное показаніе для операціи, и дальнѣйшіе вопросы діагностики и хода оперативнаго вмѣшательства получаютъ разрѣшеніе уже послѣ вскрытія брюшной полости.

По поводу цѣлесообразности немедленнаго вмѣшательства въ случаяхъ свободныхъ кровотеченій въ литературѣ возникалъ вопросъ, не выгоднѣе ли было бы оперировать больныхъ послѣ нѣкотораго выжиданія, чтобы дать имъ нѣсколько оправиться послѣ перенесенной катастрофы, чѣмъ вносить операціей новые минусы въ состояніе больныхъ, уже пострадавшихъ отъ кровопотери и шока (Pichevin, Robb, Писемскій—Хомякова). Случаи, сравнительно нерѣдкіе, потери больныхъ на операціонномъ столѣ при операціяхъ *in extremis* вызвали это предложеніе о выжиданіи, а основаніемъ для него послужила мысль, что наиболѣе опаснымъ моментомъ катастрофы является не потеря крови, количествомъ которой будто бы трудно бываетъ въ большинствѣ случаевъ объяснить смерть больной, а шокъ; и потому нерационально увеличивать этотъ шокъ операціей, предпринимаемой «немедленно» ради кровотечения, которое остановится само собою. Однако, предлагаемое основаніе—о значеніи шока—осталось недоказаннымъ; а такъ какъ, съ одной стороны, смерти отъ истеченія кровью при внутреннихъ кровотеченияхъ возможны, а съ другой—въ тяжелыхъ случаяхъ мы не имѣемъ возможности установить, остановилось кровотеченіе или еще продолжается, то, очевидно, остановка кровотечения будетъ оставаться повелительнымъ показаніемъ къ вмѣшательству, тѣмъ болѣе, что, пока оно продолжается, усиливается и шокъ.

Немедлен-  
ная опера-  
ція или вы-  
жиданіе?

Поэтому правиломъ долженъ остаться принципъ немедленнаго оперированія; и лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы будемъ имѣть признаки несомнѣнной остановки кровотечения, выжиданіе извѣстнаго улучшенія состоянія больной получаетъ *raison d'être*, вмѣстѣ съ чѣмъ вступаетъ въ свои права и влагалищная операція.

При наличности свободнаго кровотечения въ брюшную полость—предпочитаютъ идти брюшностѣпнымъ путемъ. Разрѣзъ при послѣднемъ значительно шире раскрываетъ брюшную полость, даетъ возможность скорѣе добраться до источника кровотечения и остановить его, что и является первою цѣлью операціи; кромѣ того, брюшностѣпный путь представляетъ извѣстныя преимущества при сомнительныхъ діагнозахъ, а послѣдніе не рѣдки, такъ какъ операторъ не

имѣть времени, да и возможности, заняться точнымъ дифференціальнымъ распознаваніемъ.

Производ-  
ство чрево-  
сѣченія in  
extremis.

Брюшная полость вскрывается обычнымъ разрѣзомъ по бѣлой линіи, послѣ чего быстро отыскивается дно матки, а съ него по рогу переходятъ на область придатковъ той стороны, гдѣ констатировалась опухоль и предполагается беременность. Отыскавъ опухоль, сейчасъ же извлекаютъ ее черезъ брюшную рану наружу и осматриваютъ. Кровотеченіе можетъ быть или въ видѣ отдѣльной артеріальной струи, которая останавливается зажатіемъ сосуда въ пинцетъ, или диффузное, заливающее область разрыва мѣшка и прекращающееся отъ сдавленія приводящихъ сосудовъ путемъ подтягиванія опухоли или наложенія зажимовъ Richelot съ двухъ сторонъ—на мѣсто связи опухоли съ маткой и на lig. infundibulo-pelvicum. Когда кровотеченіе остановлено, очищаютъ область поврежденія компрессами отъ сгустковъ и еще разъ тщательно осматриваютъ плодовмѣстилище, чтобы рѣшить вопросъ, какъ съ нимъ поступить, потому что и въ этихъ случаяхъ не всегда бываетъ исключена возможность сохранить трубу. Плодовмѣстилище обрабатывается консервативно или радикально (т. е. удаляется) по способамъ, уже описаннымъ раньше въ отдѣлѣ леченія прогрессирующихъ формъ (стр. 501—505).

Послѣ этого главнаго момента операціи возникаетъ вопросъ объ удаленіи *остальной излившейся въ брюшную полость крови*. Недавно еще нѣкоторые хирурги поддерживали мнѣніе, что кровь слѣдуетъ оставлять, такъ какъ она можетъ всосаться и пригодиться для обезкровленнаго организма, тѣмъ болѣе, что вытираніемъ трудно рассчитывать удалить всю кровь, а можно вызвать раздраженіе брюшины. Основное положеніе этого мнѣнія однако уже давно опровергнуто: разъ излившаяся изъ сосудовъ кровь для организма уже больше не годна (Д. О. Оттъ, Никольскій и др.), а такъ какъ, являясь хорошей средою для микроорганизмовъ, она увеличиваетъ для больныхъ опасность инфекціи, то и должна быть по возможности удалена. Само собою разумѣется, что при удаленіи крови (компрессами) слѣдуетъ избѣгать излишняго раздраженія брюшины.

Операція, какъ всегда, заканчивается осмотромъ половой сферы, устраненіемъ сросеній и провѣркой гемостаза въ области оперированныхъ придатковъ, послѣ чего брюшная стѣнка зашивается по общимъ правиламъ.

Влагалищ-  
ный путь  
при свобод-  
номъ крово-  
теченіи.

Влагалищный путь при операціяхъ по поводу свободного внутренняго кровотеченія нельзя, однако, считать противопоказаннымъ. Онъ имѣетъ свои преимущества и недостатки, и въ нѣкоторыхъ индивидуальныхъ случаяхъ можетъ оказаться болѣе подходящимъ, чѣмъ брюшностѣночное чревосѣченіе (Orthmann, Martin, Оттъ). Операція производится путемъ кольпотоміи; ея ходъ и задачи вполне ясны изъ сказаннаго по поводу кольпотоміи при прогрессирующей беременности и брюшностѣночнаго чревосѣченія in extremis. Главное преимущество влагалищнаго пути—это несомнѣнно меньшій операціонный шокъ; это соображеніе очень говоритъ въ его пользу, такъ какъ катастрофа безъ того уже сопровождается сильнымъ шокомъ, увеличивать который при оперативномъ вмѣшатель-

ствѣ конечно нежелательно; отрицательная сторона—болѣе медленная и затрудненная работа при отыскиваніи источника кровотеченія и, пожалуй, и остановки его. Влагалищный путь умѣстенъ, слѣдовательно, тамъ, гдѣ кровотеченіе или развивается не слишкомъ быстро, или можно думать, что оно временно прекратилось; о послѣднемъ, къ сожалѣнію, трудно судить въ острые моменты катастрофы; зато послѣ нѣкотораго выжиданія и наблюденія увѣренность въ остановкѣ кровотеченія можетъ окрѣпнуть, и тогда влагалищный путь является несомнѣнно предпочтительнымъ.

#### *4. Разрывъ плодovмѣстилица или ложные роды въ поздніе сроки беременности.*

При позднихъ срокахъ беременности мы имѣемъ 4-ую форму прерыванія внѣматочной беременности, безъ замѣтныхъ явленій внутренняго кровотеченія, но съ симптомами главнымъ образомъ шока и раздраженія брюшины, развившихся послѣ припадковъ родовыхъ болей. Состояніе это можно смѣшать съ самопроизвольнымъ разрывомъ беременной матки, съ упоминавшимися выше острыми процессами въ брюшной полости въ концѣ беременности (перфоративный перитонитъ, лопнувшій абсцессъ или киста) и, наконецъ, при вялости явленій, съ начинающимися нормальными родами. Вопросъ разрѣшается тщательнымъ изслѣдованіемъ живота (ощупываніе подъ наркозомъ плода и матки) и полости матки; при вялости явленій—сомнѣнія разрѣшаются послѣ непродолжительнаго наблюденія, а бурная картина показываетъ вмѣшательство даже при недостаточно выясненномъ діагнозѣ.

Операция производится путемъ брюшностѣночнаго чревосѣченія. Чаще всего мы находимъ настоящій разрывъ плодovмѣстилица, съ выходомъ плода въ брюшную полость. Извлеки и отдѣливъ плодъ и выбравъ воды и кровь компрессами, операторъ, ориентируясь по маткѣ, опредѣляетъ положеніе и анатомическія отношенія бывшаго плодovмѣстилица, сократившагося теперь въ общій комокъ съ послѣдомъ. Все это образование удаляется послѣ перевязки ножки или, при отсутствіи послѣдней, послѣ тщательнаго обкола питающихъ сосудовъ, послѣ чего операция заканчивается обычнымъ туалетомъ и зашиваніемъ брюшной стѣнки по общимъ правиламъ.

Операция при болѣе рѣдкихъ формахъ, когда плодovмѣстилице оказывается неповрежденною трубою или воспалительною капсулою, ничѣмъ не отличается отъ операций при аналогичныхъ формахъ при прогрессирующей беременности (см. «операция при цѣломъ плодovмѣстилицѣ», стр. 508 и «операция при внѣтрубномъ положеніи плода», стр. 510).

#### Леченіе регрессирующихъ формъ раннихъ сроковъ беременности.

Регрессирующія внѣматочныя беременности раннихъ сроковъ (съ яйцомъ, остановившимся въ развитіи до 3—4 мѣс.), суть наиболѣе частыя формы внѣ-

маточной беременности, съ коими приходится имѣть дѣло врачу (на матеріалѣ Клиническаго Повивально-Гинекологическаго Института эти формы составляютъ около 75% всѣхъ случаевъ внѣматочной беременности). Характернымъ, постояннымъ признакомъ этихъ формъ является наличие осумкованнаго кровяного скопленія (haematosalpinx, haematocoele), съ бѣльшимъ или меньшимъ развитіемъ по окружности воспалительныхъ сращеній (рис. 322—323), причемъ, въ болѣе давнихъ случаяхъ,

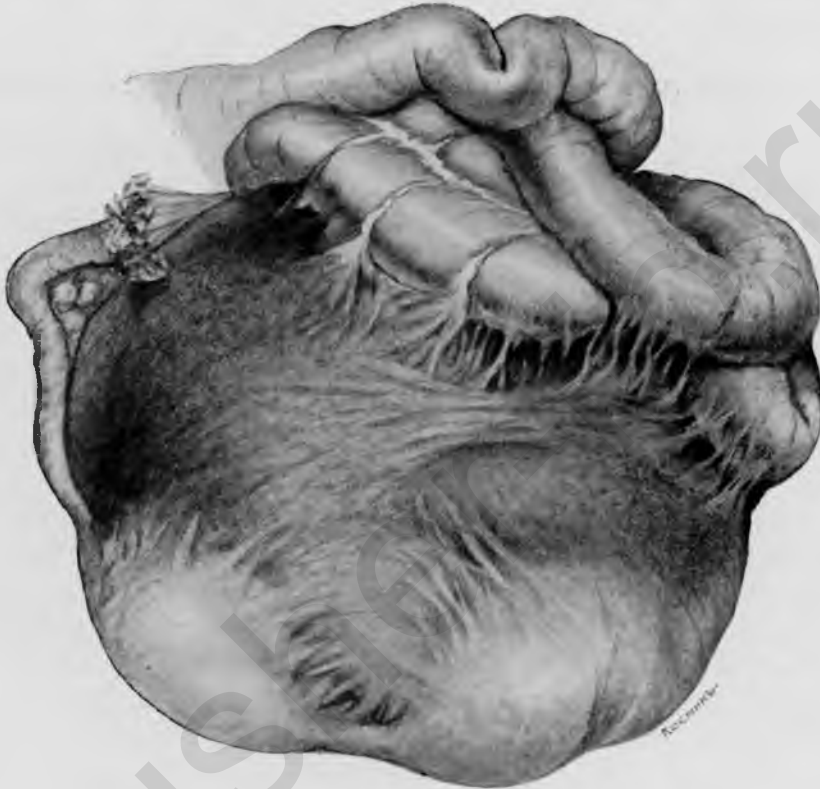


Рис. 322. Мѣшокъ haematocoele съ его анатомическими отношеніями къ окружающимъ органамъ (видъ при брюшнобѣночномъ чревосѣченіи).

сюда могутъ присоединяться вторичныя измѣненія въ видѣ нагноеній, перфораций, свищевыхъ ходовъ, обызвествленій остатковъ яйца и т. п. Опредѣленіе упомянутаго кровоизліянія, въ связи съ извѣстнымъ анамнестическимъ симптомокомплексомъ, является главнымъ моментомъ въ діагностикѣ заболѣванія; но для увѣренной постановки послѣдняго часто данныхъ обычнаго объективнаго изслѣдованія оказывается недостаточно, въ виду легкости смѣшенія, напр., съ воспалительными и другими новообразовательными процессами въ придаткахъ, почему и приходится прибѣгать къ упоминавшимся выше дополнительнымъ діагностическимъ приемамъ—пробной пункции, рѣже—пробному соскобу слизистой матки и разрѣзу



свода со вскрытіемъ брюшной полости (см. стр. 499). Что касается показаній къ оперативному вмѣшательству, то принципъ остается общимъ. Нужно, впрочемъ, замѣтить, что именно при регрессирующихъ формахъ—больше, чѣмъ при какихъ либо другихъ видахъ внѣматочной беременности,—наблюдается склонность проводить случаи консервативно, безъ оперативнаго вмѣшательства, такъ какъ считаютъ острый стадій—миновавшимъ, и надѣются на рассасываніе оставшихся патологическихъ продуктовъ. Поэтому мы позволяемъ еще разъ подчеркнуть, что



Рис. 323. Удаленный мѣшокъ haematocoele съ беременной трубой.

пассивное отношеніе (рассасывающее леченіе, выжиданіе) и при регрессирующихъ формахъ далеко не столь невинно, какъ это могло бы казаться съ перваго взгляда (см. стр. 495), и отказываться отъ операціи имѣетъ смыслъ лишь тамъ, гдѣ совершенно отчетливо со стороны незначительныхъ по объему продуктовъ беременности обнаруживается несомнѣнная склонность къ быстрому и гладкому рассасыванію.

Методомъ выбора при оперативномъ леченіи регрессирующихъ формъ внѣматочной беременности раннихъ стадій является несомнѣнно влагалищный путь (Оттъ). Его преимущества особенно проявляются здѣсь, во 1-хъ, въ виду близкой достижимости патологическихъ продуктовъ, подлежащихъ удаленію, и, во 2-хъ, въ возможности, какъ мы увидимъ ниже, при производствѣ операціи, закончить ее, въ интересахъ больной, на томъ или другомъ моментѣ—дозировать ее, такъ

Кольпото-  
мія.

сказать,—начиная от палліативнаго вскрытія haematocеле и другихъ операций безъ вскрытія брюшной полости и кончая полнымъ удаленіемъ всѣхъ продуктовъ беременности.

Операция начинается со вскрытія задняго свода. Идти путемъ передней кольпотоміи представляется выгоднымъ лишь въ крайне рѣдкихъ случаяхъ, когда продукты беременности оказываются лежащими въ переднемъ сводѣ. Захвативъ шейку матки пулевыми щипцами и оттянувъ ее кверху (впередъ), промежность и заднюю стѣнку влагалища отдавливаютъ книзу зеркаломъ Fritsch'a, и тогда haematocеле обыкновенно обнаруживается легкимъ флукуирующимъ выпячиваніемъ въ заднемъ сводѣ, между крестцово-маточными связками. Въ этомъ мѣстѣ вскрываютъ сводъ горизонтальнымъ разрѣзомъ, черезъ который начинаетъ вытекать темная кровянистая жидкость со сгустками. Въ случаяхъ старыхъ haematocеле толщина тканей свода бываетъ значительной, такъ какъ сюда присоединяется еще утолщеніе, даваемое брюшиной при развитіи реактивной капсулы. Нерѣдко эту капсулу удается подмѣтить во время самаго разрѣза свода и нѣсколько подлущить ее, если имѣется въ виду ея радикальное удаленіе.

Очистка полости haematocеле.

Расширивъ разрѣзъ, удаляютъ сгустки, фибринъ, затѣмъ промываютъ полость и, наконецъ, совершенно очищаютъ послѣднюю промываніемъ какимъ либо индифферентнымъ растворомъ съ послѣдовательнымъ обсушиваніемъ. Прежде нерѣдко и заканчивали на этомъ палліативную операцию при haematocеле (incisio haematoceles per elythrotomiam), которую въ настоящее время, въ описанномъ видѣ, можно рекомендовать только въ инфицированныхъ случаяхъ, гдѣ дальнѣйшія манипуляціи, сопряженныя съ раздѣленіемъ сроссений и вскрытіемъ брюшной полости, являются опасными для больной и потому противопоказуются. Впрочемъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ старыхъ кровяныхъ скопленій, съ сильными реактивными воспалительными измѣненіями и давно остановившимся источникомъ кровотока, гдѣ болѣзненные симптомы обуславливались главнымъ образомъ массою опухоли (механическое давленіе и т. п.), также бываетъ иногда цѣлесообразно закончить операцию опорожненіемъ кровяного скопленія, чѣмъ, собственно говоря, и будетъ удовлетворено главное показаніе къ оперативному вмѣшательству. Такой образъ дѣйствій допустимъ, если у насъ будетъ полное убѣжденіе въ томъ, что повтореніе кровотока уже невозможно, и сама труба, запаянная въ крѣпкихъ сроссеніяхъ и иногда даже съ трудомъ различаемая, не содержитъ уже продуктовъ беременности. Это убѣжденіе составляется на основаніи тщательнаго осмотра полости глазомъ, для чего слѣдуетъ принять за правило каждый разъ, послѣ опорожненія полости haematocеле, осматривать ее при помощи освѣтительныхъ зеркалъ, на косои плоскости. При рѣшеніи ограничить вмѣшательство палліативной операцией полость дренируютъ іодоформенной марлей и постепенно заживляютъ подъ перевязками; воспалительныя измѣненія долечиваются массажемъ.

Осмотръ трубы и манипуляціи съ нею.

Какъ правило, однако, на палліативной операциі останавливаться не слѣдуетъ, и, особенно въ болѣе свѣжихъ случаяхъ, какъ только полость кровяного

скопления опорожнена, нужно прежде всего найти источник бывшего кровотечения, чтобы обезопасить больную от повторения его. При осмотрѣ полости haematocoele, при посредствѣ освѣтительныхъ зеркалъ, въ верхней ея части безъ особеннаго труда удастся найти трубу, которую изслѣдуютъ и затѣмъ обрабатываютъ, отдѣливъ отъ сращеній, консервативнымъ или радикальнымъ образомъ, на основаніи совершенно тѣхъ же соображеній, которыя были указаны выше (см. стр. 503—504), гдѣ была изложена и техника какъ удаленія всего плодовмѣстилица, такъ и различныхъ консервативныхъ операций, примѣняемыхъ при внѣматочной беременности. Конечно, въ старыхъ случаяхъ условій для консервативныхъ манипуляцій надъ яйцеводомъ бываетъ меньше, чѣмъ въ случаяхъ прогрессирующихъ или свѣжепрервавшихся (хотя несомнѣнно, что и здѣсь онѣ нерѣдко удаются съ успѣхомъ). Поэтому при регрессирующихъ формахъ сравнительно чаще приходится, вслѣдствіе невозможности сохранить весь яйцеводъ, прибѣгать къ резекціи трубы, удаляя на большемъ или меньшемъ протяженіи ея ампулярный конецъ, въ которомъ чаще всего и наблюдаются измѣненія вслѣдствіе беременности и воспалительныхъ процессовъ. Оставляя здоровый маточный отдѣлъ, мы даемъ шансы на возможность сохраненія фізіологическихъ функций трубы.

Покончивъ съ бывшимъ плодовмѣстилицемъ, приступаютъ къ удаленію капсулы haematocoele и дальнѣйшему раздѣленію сращеній, если нѣтъ упоминавшихся выше противопоказаній къ вскрытію свободной брюшной полости, и если технически это удаленіе воспалительныхъ продуктовъ можетъ быть произведено безъ серьезныхъ поврежденій окружающихъ органовъ. Удаленіе воспалительныхъ отложеній, resp. капсулы haematocoele, имѣетъ то существенное значеніе, что образованіе это достигаетъ, особенно въ старыхъ случаяхъ, значительной толщины (см. рис. 323), плохо рассасывается и, благодаря этимъ условіямъ, можетъ причинять нѣкоторыя длительныя расстройства въ организмѣ. Однако, вылущиваніе капсулы слѣдуетъ вести съ большою осторожностью вслѣдствіе близости кишекъ, причемъ нужно помнить, что лучше оставить часть капсулы на кишкѣ, чѣмъ повредить послѣднюю. Раздѣленіе сращеній въ верхнемъ отдѣлѣ, надъ бывшимъ кровянымъ скопленіемъ, освобождаетъ половой аппаратъ и облегчаетъ ему дальнѣйшее правильное функционированіе. При этомъ вскрывается свободная брюшная полость, что, конечно въ чистыхъ случаяхъ, представляется совершенно безопаснымъ. Послѣ обработки больной стороны осматриваются придатки и другой стороны, и, по приведеніи въ поря-



Рис. 324. Старая форма регрессирующей внѣматочной беременности съ остатками костяка плода.

Удаленіе  
капсулы и  
сращеній.

докъ, сецернирующія поверхности дренируются рыхлымъ марлевымъ выпускникомъ.

Операция  
при haematosalpinx'ѣ.

Сравнительно нерѣдко при кровяныхъ скопленіяхъ мы имѣемъ дѣло не съ haematocеле, а съ haematosalpinx'омъ, что до операціи остается обыкновенно нераспознаннымъ. Наполненная кровью труба часто помѣщается въ Дугласѣ, даетъ нѣкоторое зыбленіе и въ діагностическомъ отношеніи вызываетъ необходимость



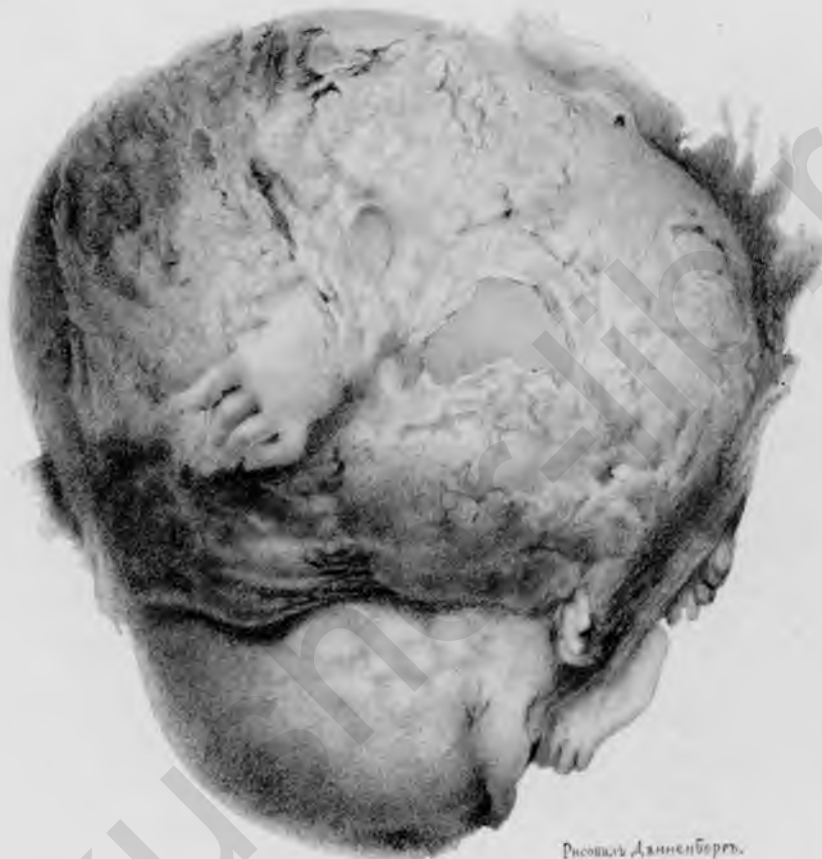
Рис. 325. Регрессирующая форма вѣматочной беременности съ доношеннымъ плодомъ.

дифференцированія между haematocеле и кистой. При подтягиваніи матки кверху задній сводъ при haematosalpinx'ѣ не выпячивается такъ рельефно, какъ при haematocеле, а послѣ вскрытія его операторъ попадаетъ въ брюшную полость, гдѣ и находитъ мѣшчатую опухоль, соединенную тяжами и спайками съ брюшиной Дугласа и поверхностями сосѣднихъ органовъ. Операція производится въ такихъ случаяхъ по типу операцій на придаткахъ, уже описанныхъ выше (см. стр. 468) въ соответствующемъ отдѣлѣ. Если haematosalpinx достигаетъ значительныхъ размѣровъ, то, плотно прилегая и срастаясь съ брюшиной Дугласова пространства, онъ можетъ быть вскрытъ одновременно со сводомъ и быть сначала

принятымъ за haematocеле. Въ такихъ случаяхъ, освѣщая полость, мы конечно не найдемъ въ ней трубы и ея отверстія, черезъ которое происходило кровотеченіе, и присутствіе которыхъ столь характерно для haematocеле. Наоборотъ, разсматривая края разрѣза свода, можно въ нихъ замѣтить и начать отсепаровывать стѣнку haematosalpinx'a и понемногу вылущить ее всю. Въ большинствѣ случаевъ, однако, кровяныя скопленія въ трубахъ не достигаютъ значительной величины и, по вскрытіи свода, довольно легко освобождаются отъ разныхъ сращеній, послѣ чего извлекаются наружу и удаляются.

Въ старыхъ регрессирующихъ формахъ, гдѣ мертвыя части продуктовъ беременности (плодъ, сгустки) еще не успѣли разсосаться, возможны нагноительные процессы и ихорозный распадъ. Эти нагноительныя формы въ отношеніи распознаванія и леченія ничѣмъ не отличаются отъ прочихъ тазовыхъ гнойниковъ, къ которымъ мы и отсылаемъ читателя.

Старыя (запущенныя) регрессирующія формы раннихъ стадій.



Рисованъ Дамменбергомъ.

Рис. 326. Тотъ же препаратъ, что на рис. 325; видъ съ другой стороны.

Нагноеніе представляетъ, однако, не столь частый исходъ haematocеле; большинство старыхъ регрессирующихъ формъ протекаетъ асептично, и если въ нихъ остаются неразсасывающіяся части, то онѣ въ концѣ концовъ представляются въ видѣ плотныхъ опухолей, состоящихъ изъ инфильтрата, окутывающаго обызвествленныя части яйца или конгломератъ костей плода (рис. 324). Диагнозъ природы опухоли въ такихъ случаяхъ бываетъ очень труднымъ, но показанія къ вмѣшательству есть, если опухоль вызываетъ боли и причиняетъ разстройства функцій органовъ (извѣстно, напр., что старые остатки внѣматочной беременности являлись препятствіемъ для родовъ и обуславливали необходимость кесарскаго

сѣченія—Sänger). Вмѣшательство заключается во вскрытіи (тупымъ путемъ или разрѣзомъ) инфильтрата и извлеченіи изъ него костныхъ и обызвествленныхъ частей, послѣ чего, въ силу удаленія раздражающей причины, начинаетъ исчезать понемногу и самый инфильтратъ.



Рис. 327. Регрессирующая форма внематочной беременности съ доношеннымъ, сильно деформированнымъ плодомъ и уже образовавшимися сращениями между плодомъ и капсулой.

Регрессирующія формы позднихъ сроковъ внематочной беременности.

Въ настоящей главѣ остается очень немного прибавить къ тому, что выше уже было сказано о беременностяхъ позднихъ сроковъ (2-ой половины) при формахъ прогрессирующихъ. Распознаваніе, какъ при всѣхъ регрессирующихъ формахъ, нѣсколько облегчается тѣмъ, что сюда присоединяются анамнестическія данныя прерыванія беременности съ явленіями послѣдующаго уменьшенія опухоли. Что касается оперативнаго леченія, то и его считали еще въ недавнее время болѣе простымъ и благопріятнымъ, чѣмъ въ случаяхъ развивающейся беременности, и притомъ настолько, что при этой послѣдней совѣтовали даже выжидать прерыванія и затѣмъ оперировать лишь черезъ нѣкоторое время. Мотивировалось это предложеніе боязнью сильныхъ кровотеченій изъ сѣти сосудовъ, питающихъ послѣдъ, которые послѣ смерти плода начинаютъ

запустѣвать. Несомнѣнно, запусѣваніе сосудовъ представляетъ извѣстный плюсъ при оперированіи регрессирующихъ формъ; но зато эти послѣднія пріобрѣтаютъ и весьма существенныя отрицательныя стороны, проявляющіяся именно въ развитіи плотныхъ воспалительныхъ сращеній. Эти сращения представляютъ результатъ естественнаго органическаго процесса, направленного къ рассасыванію инороднаго тѣла, каковымъ является мертвый плодъ

съ его придатками. Срощенія съ теченіемъ времени увеличиваются и уплотняются, тѣсно спаиваютъ плодъ съ окружающими органами и сильно нарушаютъ и спутываютъ топографическія отношенія. При этомъ въ разсасываемыхъ тканяхъ иногда начинается отложеніе извести въ болѣе или менѣе широкихъ предѣлахъ. При такихъ условіяхъ плодъ, остатки плодовмѣстилища и воспалительныя отложенія кругомъ нихъ начинаютъ представлять какъ бы одно цѣлое, общій, спаянный съ окружающими органами конгломератъ, въ которомъ трудно бываетъ различить, гдѣ кончаются ткани плода и гдѣ начинается воспалительное новообразованіе (см. рис. 325—327). Въ техническомъ отношеніи операціи въ этихъ случаяхъ представляются совершенно атипическими. Вскрывъ брюшную полость, стараются разобраться въ срощеніяхъ и, отдѣливъ важные органы (гл. обр. кишечныя петли), вылущить плодъ съ капсулой, обращая вниманіе на всѣ детали и частности случая.

Кромѣ организаціи и обызвествленія плода наблюдаются и другіе исходы регрессирующихъ формъ внѣматочной беременности: одинъ изъ наиболѣе частыхъ исходовъ, когда плодъ остается въ присутствіи жидкости (околоплодныхъ водъ), это—мацерация его съ послѣдующимъ скелеттированіемъ. Если случай течетъ асептично, то технически операція производится такъ же, какъ и въ предыдущемъ случаѣ. Но въ мацерированномъ состояніи плодъ довольно легко подвергается инфекціи и гнилоственному или гнойному распаденію, и въ такихъ случаяхъ радикализмъ оперативнаго вмѣшательства приходится очень сильно ограничивать. Въ нашихъ клиникахъ было два случая доношенной внѣматочной беременности съ гнилостно распавшимся плодомъ. Въ обоихъ случаяхъ при вскрытіи плоднаго мѣшка содержимое его издавало такой удушливый запахъ, что его едва возможно было переносить. Конечно, при такихъ обстоятельствахъ желательно вести операцію экстраперитонеально, и поэтому резекція плоднаго мѣшка или капсулы представляется противопоказанной. По удаленіи плода и другихъ гнилостно распавшихся частей мѣшковъ (или капсулу) вшиваютъ въ брюшную стѣнку (*marsupialisatio*), и полость заживляютъ путемъ тампонаціи. Въ случаяхъ нагноеній требуется не меньшая осторожность: пока еще гнойникъ не успѣлъ самъ вскрыться въ какую-либо полость, его слѣдуетъ вскрыть на мѣстѣ зыбленія, черезъ сводъ или брюшную стѣнку, и постараться опорожнить его полость, удаливъ изъ нея также и части плода—кости и т. п. Кромѣ абцессовъ, въ старыхъ случаяхъ приходится имѣть дѣло и съ фистулезными ходами, получающимися какъ отъ самопроизвольныхъ прорывовъ гнойниковъ, такъ и вслѣдствіе прободенія костями плода стѣнокъ сосѣднихъ органовъ. Понятна опасность этихъ осложненій, среди которыхъ извѣстны случаи прободеній въ кишку и пузырь, съ отхожденіемъ гноя и косточекъ, и перфоративныхъ перитонитовъ со смертельными исходами. Лечение этихъ случаевъ ведется по общимъ хирургическимъ правиламъ: свищевые ходы расширяются (разрѣзаются), полости промываются, очищаются отъ остатковъ и дренируются до заживленія.

### ПРЕДСКАЗАНИЕ.

#### Непосредственные результаты.

Предсказаніе при современномъ состояніи хирургическаго леченія внѣматочной беременности вообще можно назвать благопріятнымъ, хотя, конечно, нужно помнить, что многочисленныя формы разбираемаго страданія имѣютъ весьма различное клиническое значеніе, и въ отдѣльныхъ случаяхъ, особенно при формахъ прогрессирующихъ и въ остромъ стадіи прерыванія, слѣдуетъ съ прогнозомъ быть очень осторожнымъ. Ниже мы коснемся предсказанія при отдѣльныхъ формахъ страданія; что же касается вообще внѣматочной беременности, то слѣдуетъ отмѣтить, что въ настоящее время мы смотримъ на нее далеко не такими глазами, какъ въ началѣ нашей хирургической эры, когда пониженіе смертности отъ этого страданія до 26% считалось уже большимъ успѣхомъ (Муратовъ). Благодаря изученію самаго страданія и разработкѣ оперативныхъ методовъ, расширившихъ показанія къ коренному хирургическому леченію, исходы внѣматочной беременности удалось рѣзко улучшить не только *quoad vitam*, но и *ad valetudinem*. Современные статистики низводятъ теперь смертность при этомъ заболѣваніи до единицъ процентовъ (на нашемъ матеріалѣ—342 случая—общій % за 22 года—3,2, за послѣднія 5 лѣтъ—0,9). Приводимая ниже таблица съ цифрами нашего матеріала, сгруппированными по пятилѣтіямъ, отчасти иллюстрируетъ путь усовершенствованія методовъ леченія, заключавшійся въ постепенномъ вытѣсненіи выжидательной терапіи—оперативной, а затѣмъ въ уменьшеніи числа брюшностѣбныхъ чревосѣченій въ пользу кольпотомій.

Число внѣматочныхъ беременностей, леченныхъ:	З а г о д ы:				Всего.
	1890—1897	1898—1902	1903—1907	1908—1912	
а) выжидательно . . .	37 (42,5%)	20 (38,4%)	13 (14,1%)	12 (10,8%)	82 (24%)
смертность . . .	0	0	0	0	0
б) брюшностѣбн. чревос.	49 (56,4%)	19 (36,5%)	20 (21,7%)	35 (31,5%)	124 (36%)
смертность . . .	5	4	1	1	11
в) кольпотоміей . . .	1 (1,1%)	13 (25,1%)	59 (64,2%)	64 (57,7%)	137 (40%)
смертность . . .	0	0	0	0	0
Всего .	87 (100%)	52 (100%)	92 (100%)	111 (100%)	342 (100%)
Смертность	5 (5,8%)	4 (7,7%)	1 (1,1%)	1 (0,9%)	11 (3,2%)



Такимъ образомъ смертность имѣлась лишь при чревосѣченіяхъ (11 смертей на 123 случая, т. е. 8%, а за послѣднія 10 лѣтъ—менѣе 4%). Кольпотоміи не дали ни одной смерти, равно какъ и выжидательная терапія; послѣдняя категория, впрочемъ, заключала въ себѣ самые невинные случаи, такъ какъ наличие малѣйшихъ опасеній представляло уже показаніе къ операціи. Вообще мы все больше и больше удаляемся отъ выжидательнаго леченія, и это удаленіе, при современномъ положеніи дѣла, происходитъ невольно: во многихъ случаяхъ, которые первоначально предполагалось провести консервативно, потомъ приходилось все-таки оперировать, не только для того, чтобы избавить больную отъ риска, но и чтобы вѣрнѣе и скорѣе сдѣлать ее работоспособной; при этомъ, особенно за послѣднія 10—12 лѣтъ, мы всегда склонялись къ кольпотоміи, какъ операціи вполнѣ радикальной и наименѣе опасной: при 137 кольпотоміяхъ мы имѣли 0% смертности, хотя этимъ путемъ послѣднія 10 лѣтъ мы оперировали *всѣ* случаи съ ограниченнѣмъ кровоизліяніемъ. Возможность расширить, благодаря безопасности метода, показанія къ оперированію—отвѣчаетъ вполнѣ нашимъ главнымъ стремленіямъ въ дѣлѣ леченія внѣматочной беременности, почему кольпотомія безусловно заслуживаетъ здѣсь особаго вниманія.

#### Поздніе результаты.

Кромѣ непосредственныхъ результатовъ и смертности, современные методы леченія очень существенно отразились на другой сторонѣ предсказанія—позднихъ результатахъ и вопросѣ о возстановленіи работоспособности больной. Въ то время, какъ прежде потеря или уменьшеніе работоспособности отмѣчались довольно часто и служили даже критеріемъ для оцѣнки того или иного метода леченія внѣматочной беременности (Scanzoni, Prochownik), въ настоящее время о нихъ почти не возникаетъ рѣчи, такъ какъ принципиальный радикализмъ вмѣшательства устраняетъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ всѣ причины для возможныхъ послѣдующихъ осложненій отъ остатковъ несвоемѣстной беременности, и, слѣд., условія для неработоспособности могутъ возникать лишь въ крайне рѣдкихъ случаяхъ, въ зависимости отъ самага метода вмѣшательства (грыжи послѣ чревосѣченій) или отъ невозможности провести необходимый радикализмъ (случаи съ мертворожденнымъ плодомъ, запущенные случаи съ инфильтратами, свищами и т. п.).

Возстановленіе работоспособности.

Тотъ же принципъ при оперированіи—разумный радикализмъ и попутное возстановленіе правильныхъ отношеній въ половомъ аппаратѣ—долженъ отразиться и на правильномъ послѣдующемъ функционированіи послѣдняго и, въ частности, на наступленіи вновь правильной беременности. Еще прежніе авторы отмѣчали значительный % зачатій у оперированныхъ по поводу внѣматочной беременности (Scanzoni—17—45%, Prochownik—53%); болѣе новая статистика Sehlbach'a, правда на небольшомъ матеріалѣ (21 случай), дала 19% зачатій; у Engström'a (37 оперированныхъ больныхъ) зачатіе наступило у 23 (62%), но у трехъ изъ нихъ—

Послѣдующія беременности.

снова внематочно (8%); у Писемскаго (62 случая)—повторно забеременѣли 8 (13%), изъ нихъ внематочно 2 (3,2%). Вообще повтореніе внематочной беременности, послѣ разъ уже перенесенной и леченной консервативно или оперативнымъ путемъ, наблюдалось нерѣдко (что и послужило поводомъ къ упоминаемому выше предложенію—попутно стерилизовать женщинъ при каждой операціи внематочной беременности или, во всякомъ случаѣ, къ протестамъ противъ консервативнаго обращенія съ беременнымъ яйцеводомъ); но во всякомъ случаѣ, согласно статистикамъ, шансы на несвоевѣстную беременность у оперируемыхъ больныхъ несравненно меньше, чѣмъ шансы на правильное зачатіе; если же половой аппаратъ при операціи будетъ тщательно осматриваться и исправляться, то возможность повторенія внематочной беременности этимъ будетъ уменьшена, нужно думать, до минимума. У насъ въ серіи изъ 71 случая (за 1904—1908 гг.) повторная внематочная беременность встрѣтилась только у 2 больныхъ (2,8%), при этомъ оперировалась при первой своей внематочной беременности только одна изъ нихъ. Что касается случаевъ, оперированныхъ съ сохраненіемъ трубы, то убѣдительныхъ статистикъ относительно повторенія беременности въ оперированномъ яйцеводѣ не существуетъ; на нашемъ же матеріалѣ мы еще не встрѣчали повода раскисаться въ примѣненіи консервативныхъ операцій на яйцеводѣ.

#### Предсказаніе при отдѣльныхъ формахъ внематочной беременности.

Прогрессирующія формы.

Болѣе существенное значеніе имѣетъ разсмотрѣніе предсказанія при отдѣльныхъ формахъ внематочной беременности. Прогрессирующія формы раннихъ сроковъ, если только онѣ оперируются своевременно, до катастрофы, въ отношеніи прогноза, какъ и по технике, могутъ быть вполне приравнены къ другимъ заболѣваніямъ придатковъ, радикально оперируемымъ путемъ кольпотоміи. Предсказаніе здѣсь можно считать вполне благопріятнымъ какъ по отношенію къ непосредственному исходу операціи, такъ и позднѣйшимъ результатамъ. Иначе дѣло обстоитъ съ внематочной беременностью тѣхъ же сроковъ въ остромъ стадіи прерыванія.

Формы въ остромъ стадіи прерыванія.

Формы съ свободнымъ кровоточеніемъ въ брюшную полость (около 10% на нашемъ матеріалѣ) даютъ наибольшее количество смертельныхъ исходовъ, и здѣсь бываютъ случаи, гдѣ даже своевременно поданная оперативная помощь не спасаетъ больную отъ летальнаго исхода. Особенно осторожнымъ слѣдуетъ быть съ предсказаніемъ въ болѣе поздніе сроки первой половины беременности (4-ый мѣс.), при быстро и бурно развивающихся припадкахъ и явленіяхъ шока. Формы съ ограниченнымъ кровоизліяніемъ (70% на нашемъ матеріалѣ) рѣдко ведутъ къ смерти при первомъ же припадкѣ; но онѣ опасны повторяемостью припадковъ. Эта опасность понижается до мінімумъа, если вникать въ оцѣнку каждого случая, правильно выбирать время для вмѣшательства и оперировать наиболѣе бережнымъ для больной способомъ.

Въ случаяхъ менѣе свѣжихъ, гдѣ опасность кровотеченій миновала, нужно имѣть въ виду тѣ осложненія, которыя вызываютъ въ организмѣ неразсасы- вающіеся остатки беременности, и возможность ихъ инфекціи. Оперативное вмѣшательство, устраняющее и то, и другое, даетъ весьма хорошіе результаты. Schauta на 82 оперированныхъ имѣлъ 2 смерти (2,4%, редуцированный %—1,2), Küstner на 72—1 смерть (1,4%), Fehling на 130 больныхъ потерялъ 3 (2,3%, редуцированный %—0,8), Krönig на 63—ни одной. Мы вовсе не имѣли смертей за послѣднія 10 слишкомъ лѣтъ въ значительной серіи случаевъ съ ограниченнымъ кровоизліяніемъ (болѣе 150 сл.), при чемъ оперативное вмѣшательство какъ въ свѣжихъ, такъ и въ болѣе давнихъ случаяхъ производилось исключительно влагалищнымъ путемъ.

Регресси-  
рующія  
формы.

При беременностяхъ, близкихъ къ сроку доношенности, на предсказаніе вліяетъ много различныхъ причинъ, изъ которыхъ наибольшее значеніе имѣютъ—отношеніе плоднаго мѣшка къ окружающимъ органамъ, далѣе степень развитія сросшеній, давность гибели плода и измѣненія въ немъ, и, наконецъ, техническая возможность проведенія бѣльшаго или меньшаго радикализма при оперированіи. Извѣстная сборная статистика Sittner'a (за 1887—1900 гг.) исходовъ операций при живомъ плодѣ во 2-ой половинѣ беременности даетъ на 48 случаевъ съ удаленіемъ послѣда—12,5% смертей (въ періодъ 1896—1900 гг.—только 5%); на 35 случаевъ съ оставленіемъ послѣда—42,8% смертности (въ 1896—1900 гг.—33%), 7 случаевъ съ удаленіемъ плоднаго мѣшка—0% и 10 случаевъ съ полнымъ или почти полнымъ удаленіемъ мѣшка—20%. Э. Правосудъ собралъ въ литературѣ 190 случаевъ (1910 г.), поглотившихъ повидимому и случаи Sittner'a; онъ даетъ общую смертность въ 36,7%; при этомъ—въ 102 случаяхъ съ удаленіемъ послѣда—22,5% смертности (при удаленіи плоднаго мѣшка и дренажѣ брюшной полости—11,5%, при оставленіи плоднаго мѣшка и дренажѣ—27%, безъ дренажа—45%); въ 72 случаяхъ съ оставленіемъ послѣда—56,9% смертности. Производится ли операція при живомъ, или при мертвомъ плодѣ—вопросъ, на который прежде обращали очень большое вниманіе—по позднѣйшимъ статистикамъ не имѣетъ особеннаго значенія.

Формы,  
близкія къ  
сроку доно-  
шенности.

При беременности во 2-ой ея половинѣ и живомъ плодѣ рѣчь можетъ идти также и о предсказаніи по отношенію къ ребенку. При операціи въ ранніе сроки—на 7—8-мъ мѣсяцѣ предсказаніе абсолютно неблагоприятно, на 9-мъ—выживаетъ 18%, а на 10-мъ мѣсяцѣ—выживаетъ уже болѣе 50% плодовъ, почему, если принимаются въ расчетъ интересы ребенка, слѣдуетъ оперировать по возможности въ этотъ срокъ. Извѣстно не мало случаевъ, гдѣ внѣматочные плоды во внѣтробной жизни достигали 10-лѣтняго возраста (по статистикѣ Правосуда—не менѣе 5%), и это количество, несомнѣнно, еще увеличится, если выжиданіе жизнеспособности плода при извѣстныхъ условіяхъ признать принципиально допустимымъ; такой взглядъ, какъ это ясно изъ изложенныхъ выше основаній (см. стр. 507), имѣетъ вполне *raison d'être* и, кстатіи сказать, раздѣляется, въ противовѣсъ нѣмецкимъ гинекологамъ, многими представителями русскихъ школъ (Муратовъ, Оттъ, Рейнъ).

Предсказа-  
ніе для  
плода.

Одновременная внѣ- и внутриматочная беременность.

Въ заключеніе необходимо упомянуть объ одномъ осложненіи, имѣющемъ весьма большое практическое значеніе, именно, объ одновременной внѣ- и внутриматочной беременности. Это осложненіе весьма серьезнаго свойства, такъ какъ даетъ большую смертность: по сборной статистикѣ Ф. Нейгебауера—изъ 68 неоперированныхъ больныхъ погибло 32, т. е. 47%. Впрочемъ, оперативное вмѣшательство здѣсь, какъ и вообще при внѣматочной беременности, улучшаетъ результаты: на 207 оперированныхъ имѣлся всего 51 смертельный исходъ—25%, а если взять матеріалъ только послѣднихъ 3 лѣтъ его статистики (1907—1910), то на 55 случаевъ было лишь 4 смерти—7%. Оперативное вмѣшательство, помимо своего главнаго значенія въ смыслѣ жизненныхъ показаній, представляетъ еще и немаловажный шансъ для сохраненія внутриматочной беременности. Д. О. Оттъ въ своей монографіи «Матеріалы къ ученію о внѣматочной беременности» описываетъ одинъ такой случай (сл. XIII), оперированный имъ на 3-ьемъ мѣс. беременности и кончившійся срочными родами; случай этотъ весьма поучителенъ еще тѣмъ, что при немъ съ діагностическою цѣлью производились дважды зондированіе матки и затѣмъ пробный соскобъ слизистой, съ благопріятнымъ исходомъ для внутриматочной беременности, но давшіе о ней ложное представленіе.

Въ случаяхъ одновременной внѣ- и внутриматочной беременности, при подходящихъ условіяхъ (ранніе сроки беременности) особенно благопріятной является влагалищная операція, какъ вмѣшательство болѣе бережное, при которомъ избѣгаются излишнее раздраженіе и травма верхнихъ отдѣловъ матки—ея дна, и такимъ образомъ возникаетъ меньше инсультовъ для послѣдующаго преждевременнаго прерыванія внутриматочной беременности.



## КЕСАРСКОЕ СЪЧЕНІЕ.

Очень нерѣдко гинекологическія заболѣванія осложняются беременностью. Наличие беременности въ такихъ случаяхъ сама по себѣ служитъ отягощающимъ моментомъ основного гинекологическаго страданія, а оперативная помощь при ней становится болѣе сложной и нерѣдко не можетъ быть выполнена безъ предварительнаго опорожненія беременной матки. Поэтому въ руководствѣ оперативной гинекологіи и цѣлесообразно разсмотрѣть способы непосредственнаго опорожненія матки путемъ хирургическаго вмѣшательства, т. е. различные виды и способы производства кесарскаго съченія.

Въ исторіи развитія акушерства за послѣдніе годы отмѣчается живой интересъ къ примѣненію вообще хирургическихъ способовъ вмѣшательства. За короткое время цѣлый рядъ хирургическихъ методовъ родоразрѣшенія успѣлъ уже завоевать себѣ по идейному замыслу и хирургической законченности, а главное по результатамъ, которыхъ не давали конкурирующія съ ними прежнія операціи, почетное мѣсто въ оперативной гинекологіи.

Всякое хирургическое вмѣшательство, связанное съ разсѣченіемъ плодовмѣстилица беременной женщины ради извлеченія плода, принято въ настоящее время подводить подъ понятіе операціи кесарскаго съченія. Различаютъ консервативное кесарское съченіе съ сохраненіемъ плодовмѣстилица отъ такового, при которомъ послѣ извлеченія содержимаго удаляется также и матка. Въ техническомъ отношеніи эта послѣдняя операція ничѣмъ не отличается отъ обыкновеннаго удаленія матки. Операція кесарскаго съченія производится или брюшностѣночнымъ, или влагалищнымъ путемъ, или, наконецъ, комбинированнымъ способомъ. Показаніями къ кесарскому съченію служатъ съ одной стороны абсолютная или, чаще, относительная непроходимость родовыхъ путей, съ другой стороны такое стеченіе обстоятельствъ, при которыхъ является необходимымъ, ради спасенія матери и плода, быстрое и безотлагательное родоразрѣшеніе, не выполнимое обычными консервативными акушерскими мѣропріятіями. Наконецъ, эта операція будетъ производиться какъ предварительный актъ, когда гинекологическое заболѣваніе осложняется беременностью, и гдѣ оперативная помощь не можетъ быть выполнена безъ предварительнаго опорожненія плодовмѣстилица путемъ кесарскаго съченія.

Различныя возрѣнія на значеніе брюшины въ смыслѣ ея выносливости въ отношеніи инфекціи и травмы явились поводомъ къ технической разработкѣ раз-

личныхъ методовъ и типовъ кесарскаго сѣченія, предложенныхъ съ цѣлью улучшения результатовъ операціи. Всѣ виды операцій кесарскаго сѣченія цѣлесообразно по отношенію къ брюшинѣ раздѣлить на три категоріи. Въ первую категорію войдутъ всѣ методы со вскрытіемъ брюшной полости, такъ наз. интраперитонеальные методы; сюда относятся главнымъ образомъ операція классическаго кесарскаго сѣченія, а также всѣ предложенныя въ ней послѣдующія измѣненія. Во вторую категорію войдутъ тѣ методы, въ которыхъ хотя и производится вскрытіе брюшины, но провизорное, съ послѣдующимъ обособленіемъ брюшной полости до разсѣченія матки, съ цѣлью предохраненія брюшной полости отъ попаданія въ нее содержимаго плодовмѣстилища. Это такъ называемые трансперитонеальные методы кесарскаго сѣченія (Frank, Veit). Наконецъ, третью категорію будутъ составлять тѣ методы, въ которыхъ разсѣкается матка ради извлеченія плода, но безъ вскрытія брюшной полости,—такъ называемые экстраперитонеальные методы (Sellheim, Latzko). Къ этимъ послѣднимъ относится и влагалищное кесарское сѣченіе (Dührssen).

### КЛАССИЧЕСКОЕ КЕСАРСКОЕ СѢЧЕНІЕ.

#### Техника классическаго кесарскаго сѣченія.

Начнемъ съ описанія техники производства операціи классическаго кесарскаго сѣченія въ томъ видѣ, какъ она производится въ нашей клиникѣ.

Обстановка и инструментарій тѣ же, какъ и при всякомъ чревосѣченіи. Въ производствѣ операціи отмѣчаются слѣдующіе моменты.

Вскрытіе  
брюшной  
полости.

Разрѣзъ брюшной стѣнки ведется по бѣлой линіи и заходитъ приблизительно на одинаковое разстояніе внизъ и вверхъ отъ пупка, огибая его слѣва, длиною около 15 смт. Когда предполагается матку предъ вскрытіемъ ея вывести изъ брюшной полости наружу, то разрѣзъ слѣдуетъ продолжить кверху до размѣра, достаточнаго для выведенія матки. Этимъ кончается первый моментъ операціи. Необходимо только обратить вниманіе на то, что разсѣкать брюшную стѣнку слѣдуетъ осторожно и послойно, чтобы избѣжать пораненія матки, такъ какъ брюшная стѣнка у беременной въ области бѣлой линіи бываетъ рѣзко истонченной, апоневрозъ растянутымъ и прямыя мышцы далеко смѣщенными въ стороны. Кромѣ того, верхняя граница мочевого пузыря къ концу беременности представляется перемѣщенной кверху, почему разрѣзъ не слѣдуетъ начинать очень близко отъ лона.

Вскрытіе  
полости  
матки.

Для вскрытія полости матки разрѣзъ стѣнки ея производится или *in situ*, или послѣ предварительнаго выведенія матки изъ брюшной полости, длиною около 12 и болѣе смт., и долженъ быть во всякомъ случаѣ достаточнымъ для извлеченія плода. При разсѣченіи матки *in situ* слѣдуетъ поставить матку по средней линіи чтобы разрѣзъ не пришелся на боковой ея части, во избѣжаніе пораненія болѣе крупныхъ кровеносныхъ сосудовъ. (Разсѣченіе въ области дна матки, продольное по P. Müller'у и поперечное по Fritsch'у, требуетъ предварительнаго

выведенія матки наружу). Если же является необходимымъ извлечь матку наружу, то техника такой эвентераціи ничѣмъ не отличается отъ таковой же при выведеніи наружу всякой большой опухоли, напримѣръ міомы, и проще всего производится рукою, заведенной за дно матки (рис. 328). Вскрытіе матки *in situ* даетъ возможность ограничиться меньшимъ разрѣзомъ брюшныхъ стѣнокъ со всѣми его преимуществами (см. Общую часть), самый же разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ можно расположить значительно ниже, ближе къ лону, причѣмъ во время операціи избѣгается выходненіе кишечныхъ петель, охлажденіе ихъ, особенно въ положеніи Trendelenburg'a. Но при немъ труднѣе защитить брюшную полость отъ попаданія въ нее околоплодныхъ водъ, которыя уже сами по себѣ и безъ инфекціи не могутъ считаться вполне безразличными. Поэтому передъ вскрытіемъ матки необходимо предварительно обложить всю область операціи компрессами, предохраняя такимъ образомъ брюшную полость отъ загрязненія. Въ случаяхъ подозрительныхъ, нечистыхъ, мы рекомендуемъ обязательно вывести матку наружу. Послѣ выведенія матки, ее смѣщаютъ къ лонному соединенію и, закрывъ предварительно кишечникъ компрессами, зашиваютъ верхній уголь раны брюшной стѣнки тремя—четырьмя провизорными швами, во избѣжаніе выпячиванія кишечника. Обложивъ и нижній уголь раны компрессами, а также защитивъ выше лежащій провизорный шовъ брюшной стѣнки, приступаютъ ко вскрытію матки. Разрѣзъ проводится по передней стѣнкѣ матки сразу достаточной длины, рукой разрываются оболочки плоднаго пузыря (если онъ еще не вскрылся во время разрѣза матки), и быстро извлекаютъ плодъ за ножку. Пуповину захватываютъ Réan'овскимъ пинцетомъ и отсѣкаютъ, послѣ чего рукою выдѣляютъ дѣтское мѣсто съ оболочками (рис. 329). Слѣдуетъ помнить, что разрѣзъ можетъ попасть на мѣсто прикрѣпленія плаценты (*placenta praevia caesarea*), которую въ такихъ случаяхъ нужно отслоить въ подлежащей части ея. Мѣсто расположенія послѣда можно, впрочемъ, предварительно распознать по мѣсту отхожденія маточныхъ концовъ трубъ и отчасти круглыхъ связокъ.

Извлеченіе  
плода и по-  
слѣда.

Придерживаясь, при разсѣченіи стѣнки матки, строго средней линіи, мы ограничиваемъ въ значительной степени кровопотерю. Разсѣченіе стѣнки матки сопровождается обыкновенно болѣе или менѣе значительнымъ кровотеченіемъ, поэтому все производство этого момента операціи, т. е. разсѣченіе матки, извлеченіе плода и послѣда требуютъ, при быстротѣ дѣйствія, увѣренности и хладнокровія оператора.

Въ прежнее время примѣнялся профилактическій гемостазъ при помощи резинового жгута, для фиксаціи котораго былъ предложенъ Д. О. Оттомъ специальный жгут-зажиматель (см. рис. 140). Жгутъ накладывался по выведеніи матки на ея основаніе. Примѣненіе жгута и тому подобнаго, а также непосредственное сдавливаніе, руками ассистента, основанія широкихъ связокъ сослужило свою службу въ исторіи развитія гемостаза при операціяхъ кесарскаго сѣченія и чревосѣченій вообще. Предварительный гемостазъ въ настоящее время большинствомъ оставленъ, тѣмъ не менѣе для начинающихъ операторовъ его слѣдуетъ рекомендовать, но необходимо при этомъ помнить, что промежутокъ времени отъ наложенія жгута до

Гемостазъ.

извлеченія плода не долженъ превышать нѣсколькихъ минутъ, во избѣжаніе полученія асфиксіи плода.

Если кровотеченіе послѣ опорожненія матки продолжается, да еще присоединяется кровотеченіе изъ плацентарнаго мѣста, то мы рекомендуемъ слѣдующій



Рис. 328. Выведеніе матки изъ брюшной полости при кесарскомъ сѣченіи.

пріемъ, предложенный Д. О. Оттомъ. Въ полость матки, выведенной наружу, вкладывается компрессъ, сама же матка усиленно подтягивается вверхъ ассистентомъ, захватившимъ пальцемъ верхній уголь раны матки, какъ это изображено на рис. 330. Этотъ пріемъ обезпечиваетъ гемостазъ и, кромѣ того, фиксируетъ въ удобномъ положеніи матку для наложенія швовъ.

Во избѣжаніе атоническаго кровотеченія практично непосредственно передъ операцией впрыснуть подъ кожу эрготинъ.



Рана матки зашивается глубокими и поверхностными узловыми швами. Глубокие швы, на расстоянии приблизительно двух сантиметров друг от друга, проходят через брюшину и всю толщу мышечного слоя, не захватывая слизистой; пластические поверхностные швы захватывают брюшину и немного подлежащей

Зашивание  
матки.



Рис. 329. Отделение послѣда по удаленіи плода при кесарскомъ сѣченіи.

мышечной ткани, причемъ слѣдуетъ заботиться о тщательномъ прилаживаніи раневыхъ поверхностей. Брюшная рана зашивается обычнымъ способомъ.

Въ техническомъ отношеніи больше всего подвергался различнымъ измѣненіямъ второй моментъ операціи кесарскаго сѣченія, т. е. вскрытіе полости матки, а именно въ отношеніи мѣсторасположенія разрѣза матки. Р. Müller предложилъ разсѣкать матку въ области дна въ продольномъ направленіи, руководствуясь тѣмъ, что при этомъ разрѣзѣ кровотеченіе должно быть меньше, извлеченіе плода

Видоизмѣ-  
ненія клас-  
сическаго  
кесарскаго  
сѣченія.

совершается легче, и условия заживления, в силу более широких раневых поверхностей, представляются более благоприятными. Руководствуясь почти теми же соображениями и подчеркивая особенно резкое последовательное уменьшение и сокращение матки \* при его разрыве, Fritsch предложил вести поперечный разрыв по дну матки, начиная от места отхождения трубы одной стороны до маточного конца трубы другой стороны. Однако, на практике все теоретические преимущества разрыва матки в области дна не оправдались, отрицательные же стороны оказались очень существенными; например, описанный после разрыва по Fritsch'у случай сращения с кишечником осложнился до явления ileus'a, потребовавшего повторного чревосечения. Кроме того, в случаях осложнения раны матки абсцессом, последний может вскрыться в брюшную полость, между тем абсцесс в передней стенке матки доступен для своевременного хирургического вмешательства со стороны переднего свода.

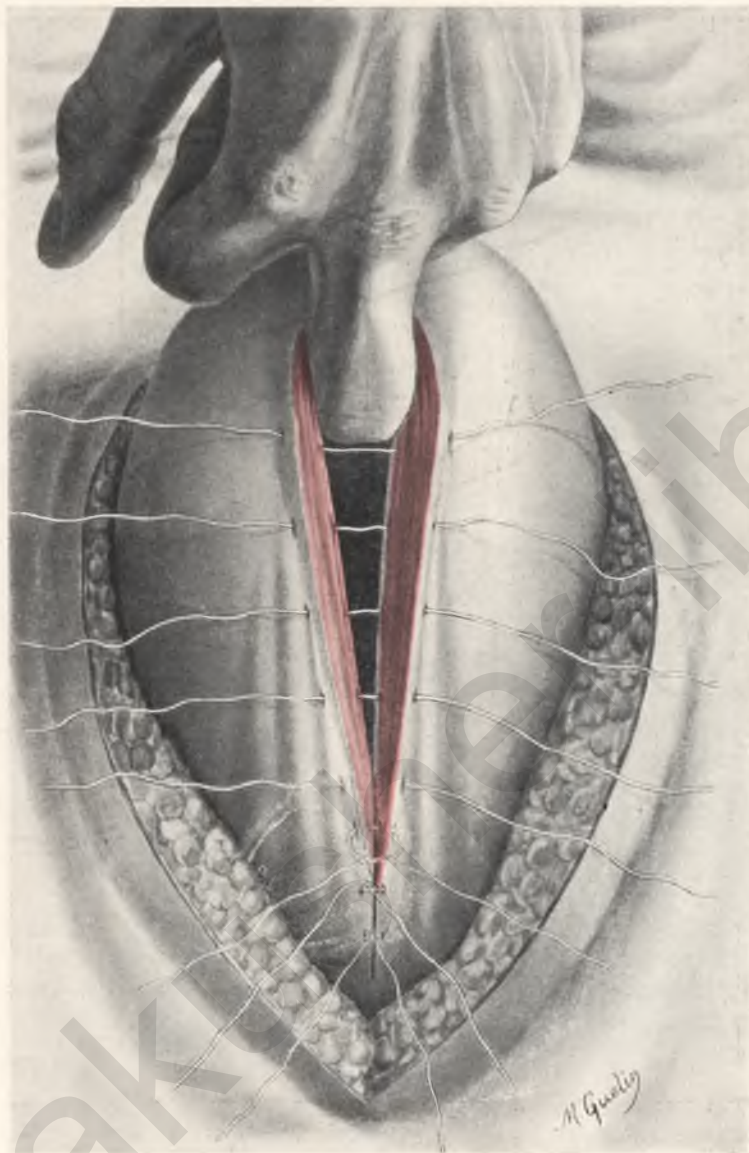


Рис. 330. Прием для остановки кровотечения после опорожнения матки и способ наложения швовъ.

Нѣкоторые авторы дѣлаютъ поперечный разрывъ черезъ дно матки при повторномъ кесарскомъ сѣченіи послѣ бывшаго раньше продольнаго разрыва,

послѣдній можетъ вскрыться въ брюшную полость, между тѣмъ абсцессъ въ передней стѣнкѣ матки доступенъ для своевременнаго хирургическаго вмѣшательства со стороны передняго свода.

Нѣкоторые авторы дѣлаютъ поперечный разрывъ черезъ дно матки при повторномъ кесарскомъ сѣченіи послѣ бывшаго раньше продольнаго разрыва,

а также въ тѣхъ случаяхъ, когда кесарское сѣченіе приходится сочетать со стерилизаціей при помощи эксцизии трубъ.

### Прогнозъ.

За послѣднее время, въ зависимости отъ развитія техники и отъ болѣе педантичнаго проведенія асептики, % смертности рѣзко понизился; такъ, у Hammerschlag'a на 456 случаевъ онъ равняется уже 7%, между тѣмъ какъ въ прежнее недалекое отъ насъ время онъ достигалъ значительной цифры, а въ доантисептическое время почти всѣ больныя погибали отъ этой операціи. Мы имѣли съ 1904 по 1907 гг. % смертности при классическомъ кесарскомъ сѣченіи 7,1; между тѣмъ съ 1893 по 1897 гг. % смертности равнялся 16,6, а до того времени (1883—1893) въ Повивально-Гинекологическомъ Институтѣ смертность доходила до 30—40%.

Если мы обратимся къ статистикѣ самыхъ послѣднихъ лѣтъ, то % смертности еще ниже падаетъ, и у отдѣльныхъ клиницистовъ онъ не превышаетъ 1,8%—3,3% (Zweifel, Schauta, Döderlein). Эти успѣхи зависятъ еще отъ другого фактора, а именно отъ болѣе правильной установки показаній въ отношеніи асептического состоянія родового канала женщины.

### Осложненія.

При классическомъ кесарскомъ сѣченіи заболѣваемость вообще очень высокая и колеблется, согласно различнымъ статистикамъ, отъ 17,2% (Schauta), 57% (Оттъ) до 86% (Döderlein).

Изъ осложненій и послѣдовательныхъ разстройствъ послѣ классическаго кесарскаго сѣченія чаще всего отмѣчаются срощенія съ органами брюшной полости и, главнымъ образомъ, съ передней брюшной стѣнкой (около 50%). Въ большинствѣ случаевъ они не стойки и поддаются легко массажу, но описаны случаи (Küstner, Döderlein), гдѣ эти срощенія повлекли за собою явленія ileus'a, потребовавшаго повторнаго чревосѣченія.

Что касается возможности разрыва матки на мѣстѣ рубца при послѣдующихъ беременностяхъ и родахъ, то со времени введенія существующихъ способовъ (этажный шовъ) зашиванія матки, дающихъ возможность рассчитывать на первичное натяженіе, разрывы матки становятся большою рѣдкостью; тѣмъ не менѣе большинство гинекологовъ не отрицаютъ ихъ возможности.

### Интраперитонеальные цервикальные методы.

Вотъ почему изъ всѣхъ модификацій классическаго кесарскаго сѣченія, направленныхъ на устраненіе упомянутыхъ осложненій, заслуживаютъ особаго вниманія тѣ интраперитонеальные методы, въ которыхъ мѣсто разрѣза матки переводится въ

нижній отдѣлъ ея, именно въ цервикальную часть. Цервикальную рану, въ виду подвижности надъ ней брюшины, удается особенно легко перитонизировать, такъ что шовъ располагается экстраперитонеально. Если же, тѣмъ не менѣе, со стороны цервикальнаго канала инфекция и проникнетъ въ рану, то опасность распространенія перитонита въ такихъ случаяхъ меньшая, такъ какъ воспалительные процессы протекають въ самыхъ глубокихъ частяхъ таза, въ видѣ мѣстной локализованной инфекции, легко доступной и для вмѣшательства.

Polano рекомендуетъ послѣ предварительной эвентераціи матки перевести ее въ рѣзкую антеверсію, перекинувъ черезъ лонное соединеніе, и разсѣкать матку по ея задней стѣнкѣ въ области нижняго ея отдѣла на мѣстѣ перехода въ шейку. Такъ какъ операція происходитъ почти въ области Дугласа, то въ нечистыхъ случаяхъ этотъ приемъ можетъ оказаться очень цѣлесообразнымъ, въ виду возможности дренированія операціоннаго поля черезъ задній сводъ влагалища.

Henkel, Krönig, Franz предложили производить передній цервикальный разрѣзъ. Krönig предложилъ предварительно отсепаровать пузырь и на этомъ мѣстѣ разсѣчь стѣнку матки. Плодъ онъ извлекаетъ щипцами, предварительно повернувъ головку пальцемъ, введеннымъ въ ротъ, лицомъ къ разрѣзу. Рана матки зашивается обычнымъ способомъ, послѣ чего поверхъ ея пришивается отслоенный пузырь. Преимущество этого ретровезикальнаго способа предъ классическимъ состоитъ, по Krönig'у, въ томъ, что при возможности послѣдующей инфекции раны матки ей труднѣе проникнуть въ брюшную полость; а предъ экстраперитонеальнымъ— въ томъ, что при его способѣ наносится очень незначительное раненіе клѣтчатки.

#### ТРАНС- И ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ КЕСАРСКАГО СЪЧЕНІЯ.

##### Трансперитонеальные методы.

Стремленіе къ улучшенію результатовъ кесарскаго съченія выразилось въ предложеніяхъ обособить полость брюшины до вскрытія матки. Сто лѣтъ тому назадъ уже Ritgen предлагалъ и разработалъ экстраперитонеальный путь къ маткѣ, тогда же и Physik рекомендовалъ надлобковое поперечное съченіе, съ совѣтомъ не разсѣкать брюшины, но отодвигать ее и разсѣкать цервикальный отдѣлъ матки въ поперечномъ направленіи. Но результаты попытокъ выполнить эти предложенія на живыхъ были въ то время столь неутѣшительны, что примѣненіе дальнѣйшихъ предложеній не пошло дальше воспроизведенія ихъ на трупахъ. Въ настоящее время условія для успѣшной хирургической дѣятельности въ акушерствѣ другія, и они то, подъ покровомъ современной асептики, дали возможность осуществить указанное стремленіе.

Первой попыткой въ этомъ направленіи слѣдуетъ считать предложеніе Frank'a, который стремился достигнуть полости матки внѣбрюшинно, путемъ отслойки брю-

шины отъ мочевого пузыря. Такъ какъ, однако, эта попытка сопровождалась пораненіемъ пузыря вслѣдствіе тѣснаго прикрѣпленія брюшины въ верхней его части, онъ разработалъ такъ называемый трансперитонеальный методъ. Онъ разсѣкалъ брюшную стѣнку въ поперечномъ направленіи (включая и *musc. recti*) на два поперечныхъ пальца надъ лоннымъ соединеніемъ. Вскрывъ такимъ образомъ брюшную полость, онъ надрѣзаль брюшину *plicae vesico-uterinae* у самаго пузыря также въ поперечномъ направленіи и, отсепаровавъ ее кверху, пришиваль ее къ соотвѣтствующему паріетальному листку. Обнаженный отъ брюшины, нижній отдѣлъ матки онъ разсѣкалъ также поперечно. Такимъ образомъ, путемъ сшиванія паріетального и висцерального листковъ брюшины между собою, брюшная полость обособлялась отъ попаданія въ нее содержимаго полости матки. На разрѣзъ матки онъ накладываль обычный шовъ. Брюшную рану онъ закрываль наглухо или дренировалъ.

Veit впослѣдствіи усовершенствовалъ трансперитонеальный способъ. Онъ проводилъ разрѣзъ какъ брюшной стѣнки (по *linea alba*), такъ и стѣнки матки, въ продольномъ направленіи. По вскрытіи брюшной полости брюшина нижняго отрѣза матки разсѣкалась продольно, начиная съ самаго глубокаго мѣста *plicae vesico-uterinae*, отсепаровывалась, сколько можно было, отъ матки и соединялась помощью зажимовъ или швами съ пристѣнной брюшиной. Обнаженный отъ брюшины отдѣлъ матки разсѣкался по средней линіи, и плодъ съ послѣдомъ извлекались. Послѣ этого края раны матки сшивались, и оба листка брюшины, какъ висцеральной, такъ и паріетальной, послѣ разъединенія ихъ, вновь соединялись, каждый въ отдѣльности. Такимъ образомъ, Veit считаль достаточнымъ временное обособленіе (?) брюшной полости.

#### Экстраперитонеальные методы.

Прежде чѣмъ приступить къ описанію типичныхъ экстраперитонеальныхъ методовъ операциі кесарскаго сѣченія, коснемся въ нѣсколькихъ словахъ топографіи того анатомическаго района, въ сферѣ котораго происходитъ производство этихъ операций, а также тѣхъ измѣненій и перемѣщеній, которыя отмѣчаются относительно брюшины и мочевого пузыря въ зависимости отъ беременности и родовъ.

Брюшина образуетъ въ самомъ глубокомъ мѣстѣ передняго отдѣла полости малаго таза (*excavatio vesico-uterina*) на мѣстѣ перехода ея съ передней брюшной стѣнки на мочевой пузырь—брюшностѣнно-пузырную складку—*plicae parieto-vesicalis*. Эта, такъ называемая, переходная складка брюшины находится при нормальныхъ условіяхъ у небеременной и при пустомъ пузырьѣ низко позади лоннаго соединенія, покрывая рыхлую клѣтчатку (*spatium Retzii*), находящуюся между лономъ и пузыремъ. Переходя спереди на пузырь и выше на матку, а съ боковъ на широкія связки, брюшинный листокъ рыхло и подвижно соединяется съ подлежащими

Топографическія данныя.



тканями, и только въ одномъ участкѣ пузыря, въ области верхушки его, брюшина неподвижно и тѣсно спаяна съ мышечной пузыря, такъ что тупымъ путемъ ее безъ нарушенія цѣлости брюшиннаго листка или стѣнки пузыря не удастся отслоить. Переходя выше съ пузыря на матку, брюшина образуетъ вторую переходную и подвижную складку, *plica vesico-uterina*, которая начинается отъ пузыря нѣсколько ниже уровня внутренняго зѣва и кончается немного выше послѣдняго уже въ нижнемъ отдѣлѣ передней стѣнки тѣла матки, гдѣ она плотно прикрѣпляется. По бокамъ же мочевого пузыря обѣ упомянутыя брюшинныя складки сливаются въ одну общую переходную складку (рис. 331).

Увеличивающаяся во время беременности матка, особенно въ своемъ нижнемъ отдѣлѣ, разрастаясь въ стороны, расщепляетъ широкія связки и, становясь до



Рис. 331. Топографія переходныхъ складокъ пузыря при наполненномъ его состояніи и нормальной маткѣ.

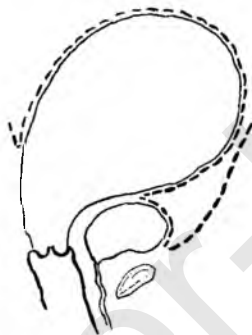


Рис. 332. Тоже, при беременной маткѣ.

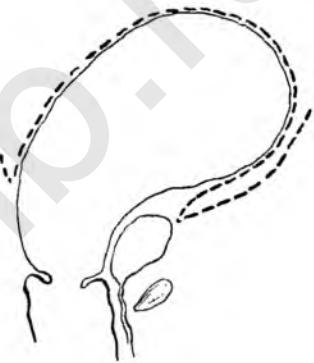


Рис. 333. Тоже, при срочной беременности и растянутомъ нижнемъ сегментѣ матки.

нѣкоторой степени межсвязочной, перетягиваетъ на себя и прилегающую сосѣдную брюшину. При дальнѣйшемъ ростѣ матка перетягиваетъ на себя и брюшину мочевого пузыря. Такимъ образомъ, къ концу беременности матка перетянула и перемѣстила для своего покрытія пограничную брюшину (точно также, какъ это дѣлаетъ мочевой пузырь, когда онъ наполняется, чѣмъ и пользуются при производствѣ на немъ операци *sectio alta*). При этомъ и рыхло связанная съ клѣтчаткой переходная складка брюшины, *plica vesico-parietalis*, со своего первоначально болѣе глубокаго положенія, перемѣщается соотвѣтственно кверху (рис. 332). Къ концу періода раскрытія матки или въ періодѣ изгнанія, вмѣстѣ съ перемѣщеніемъ вверхъ шейки и мочевого пузыря, *plica vesico-parietalis* поднялась уже выше верхняго края лона. Такъ же и вторая переходная складка брюшины *plica vesico-uterina* передвигается кверху и находится выше уровня внутренняго зѣва. Такимъ образомъ *excavatio vesico-uterina* или иначе передній Дугласъ къ концу перваго періода родовъ находится выше и внѣ малаго таза. Основываясь на вышеизложенномъ, мы должны себѣ представить переднюю нижнюю стѣнку матки на большомъ про-

тяженіи лежащей внѣбрюшинно, покрытой лишь отчасти мочевымъ пузыремъ (рис. 333). Такое положеніе вещей естественно должно уже было навести на мысль о выполнимости родоразрѣшенія путемъ вскрытія матки внѣбрюшинно.

Что касается самой области, въ которой при этомъ приходится работать, то она представляет собою рыхлую и податливую клѣтчатку, въ толщѣ которой заложена часть мочевого пузыря, и въ которой можно различить три отдѣла, а именно: превезикальную, паравезикальную и ретровезикальную клѣтчатку. Такимъ образомъ, по разрѣченіи задняго влагалища прямыхъ мышцъ, мы попадаемъ въ spatium Retzii. Черезъ эту рыхлую предмочепузырную клѣтчатку мы добираемся до передней поверхности мочевого пузыря и затѣмъ, обходя пузырь сбоку, мы отслаиваемъ его отъ шейки.

Брюшина тѣсно связана съ мочевымъ пузыремъ только въ области его верхушки и самыхъ верхнихъ отдѣловъ его задней поверхности. Въ другихъ же мѣстахъ она повсюду легко отслаивается и по передней поверхности матки отодвигается довольно высоко кверху. Особеннаго вниманія заслуживаетъ то обстоятельство, что область плотнаго прикрѣпленія брюшины къ передней стѣнкѣ матки къ концу родовъ всегда находится значительно выше уровня внутренняго зѣва.

Одновременно съ перемѣщеніемъ переходной складки брюшины кверху, верхняя граница мочевого пузыря перемѣщается въ концѣ беременности и родовъ также кверху и при подвижной головкѣ самъ мочевой пузырь располагается—особенно это замѣтно въ его наполненномъ состояніи—экстремедианно и именно большею частью вправо отъ средней линіи. Это обстоятельство имѣетъ большое практическое значеніе при выборѣ мѣста разрѣза нижняго отдѣла матки.

Sellheim, желая осуществить внѣбрюшинное вскрытіе матки, предложилъ свой способъ экстраперитонеального кесарскаго сѣченія. Брюшную стѣнку онъ вскрываетъ по Pfannenstiel'ю, брюшину отодвигаетъ отъ задней поверхности прямыхъ мышцъ и отслаиваетъ въ дальнѣйшемъ по средней линіи на мѣстѣ переходной складки отъ мочевого пузыря кверху, а мочевой пузырь отодвигаетъ отъ шейки книзу и обнаженный, такимъ образомъ, отдѣлъ нижняго сегмента матки и шейки вскрываетъ по возможности низко и извлекаетъ плодъ. Sellheim'у такой образъ дѣйствій удался лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣлось на лицо сильное растяженіе нижняго отдѣла матки, а переходная складка брюшины, въ виду этого, была уже высоко приподнятой. Поэтому въ начальныхъ стадіяхъ родовой дѣятельности или въ тѣхъ случаяхъ, когда брюшинная переходная складка лежитъ низко, Sellheim рекомендуетъ поступать по Frank'у, т. е. трансперитонеально, съ той только разницей, что разрѣзъ онъ проводитъ по средней линіи въ продольномъ направленіи. Если длина разрѣза не достаточна, то онъ рекомендуетъ отсепаровать мочевой пузырь внизъ и удлинять разрѣзъ внизъ уже по шейкѣ. Если и такимъ образомъ мало мѣста, то онъ продолжаетъ разрѣзъ кверху, предварительно пришивъ паріетальный листокъ брюшины повыше къ тѣлу матки. Sellheim рекомендуетъ въ случаяхъ трудной оріентировки и при трудной отсепаровкѣ брюшиннаго листка, про-

Операция  
Sellheim'a.

рѣзать умышленно въ брюшинѣ окошко, которое потомъ зашивается. Само собой понятно, что послѣднимъ приѣмомъ нарушается принципъ экстраперитонеального оперирования. Изъ сказаннаго видно, что добраться до матки экстраперитонеально въ области средней линіи съ отслоеніемъ брюшины отъ мочевого пузыря по Sellheim'у не всегда удается. Процессъ отслойки брюшины можетъ доставить особенно большія затрудненія въ тѣхъ, правда, рѣдкихъ случаяхъ, когда *plica vesico-parie-*

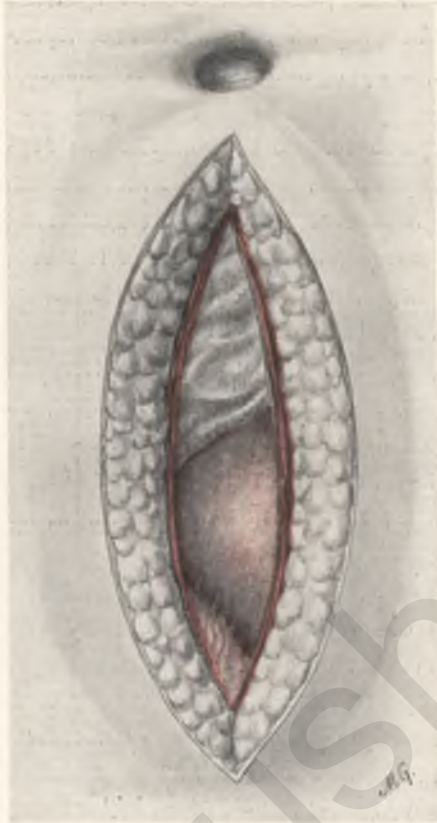


Рис. 334. Экстраперитонеальное кесарское сѣченіе по Latzko; отдѣленіе пузыря.

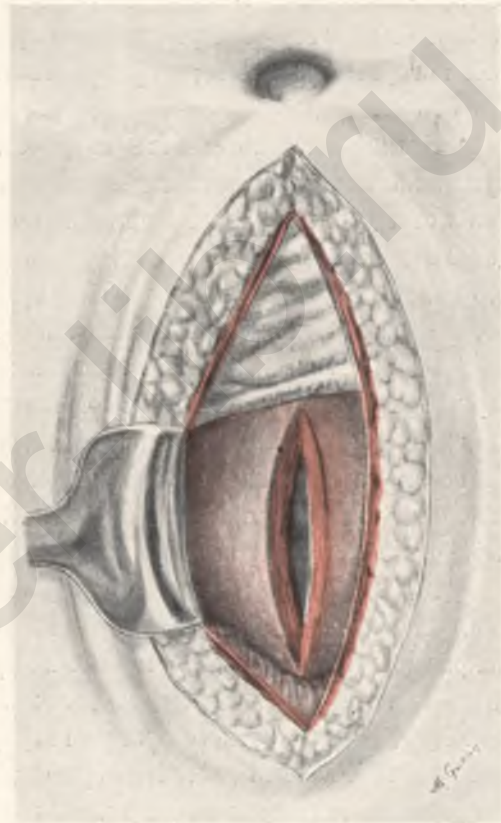


Рис. 335. То же. разрѣзъ матки.

*talis* образуетъ, какъ аномалію, дивертикуль, въ видѣ слѣпаго мѣшка (Waldeyer, Testut), при существованіи котораго доступъ къ передней стѣнкѣ пузыря загражденъ.

Способъ  
Latzko.

Усовершенствованіе этого метода, предложенное Latzko, состоитъ въ томъ, что онъ для экстраперитонеальнаго достиженія нижняго отдѣла матки воспользовался областью вышеописанной парацервикальной клетчатки, проникая тупымъ путемъ не по средней линіи, а сбоку между пузыремъ и шейкой матки. Относительная простота и легкая выполнимость этого метода была по достоинству всѣми



оцѣнена, самый методъ усовершенствованъ, и въ настоящее время экстраперитонеальное кесарское сѣченіе производится слѣдующимъ образомъ.

Передъ операцией предлагается наполнить мочевой пузырь жидкостью, напримеръ, растворомъ борной кислоты въ количествѣ 150—200 кб. смт. Въ положеніи съ высоко приподнятымъ тазомъ производится разрѣзъ брюшной стѣнки, начиная отъ лоннаго соединенія и кончая, не доходя до пупка на нѣсколько поперечныхъ пальцевъ. Разрѣзъ ведется осторожно, во избѣжаніе пораненія брюшины. Сбоку отъ пузыря расщепляется тупымъ путемъ предперитонеальная и далѣе парацервикальная клѣтчатка, при чемъ обнаруживается боковая часть пузыря и переходная складка брюшины—*plica vesico-uterina*, что особенно рельефно выступаетъ при предварительномъ наполненіи пузыря жидкостью. Döderlein съ этой же цѣлью рекомендуетъ ввести въ пузырь лампочку (цистоскопъ) и совѣтуетъ послѣ ориентировки въ топографіи опять опорожнить мочевой пузырь, такъ какъ послѣдній можетъ въ наполненномъ состояніи мѣшать въ дальнѣйшемъ ходѣ операциі. Отклоняя осторожно мочевой пузырь немного къ средней линіи, большею частью вправо, отслаиваютъ тупымъ путемъ брюшину между мочевымъ пузыремъ и шейкой, идя по нижнему отдѣлу тѣла

матки на сколько можно кверху (рис. 334). Отслойка брюшины удается паразитально легко. Если при отсепаровкѣ брюшины случайно происходитъ раненіе ея, въ видѣ разрыва, что можетъ случиться при недостаточно еще выработанной техникѣ или въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нижній сегментъ матки еще недостаточно раскрытъ, то слѣдуетъ это раненіе немедленно зашить, чтобъ сохранить принципъ экстраперитонеальной операциі. Манипуляціи съ мочевымъ пузыремъ рекомендуется производить крайне бережно; нужно помнить также, что въ глубинѣ внизу раны мы можемъ встрѣтить мочеточникъ обнаженнымъ. Отклонивъ

Техника  
экстраперитонеаль-  
наго кесарскаго  
сѣченія.

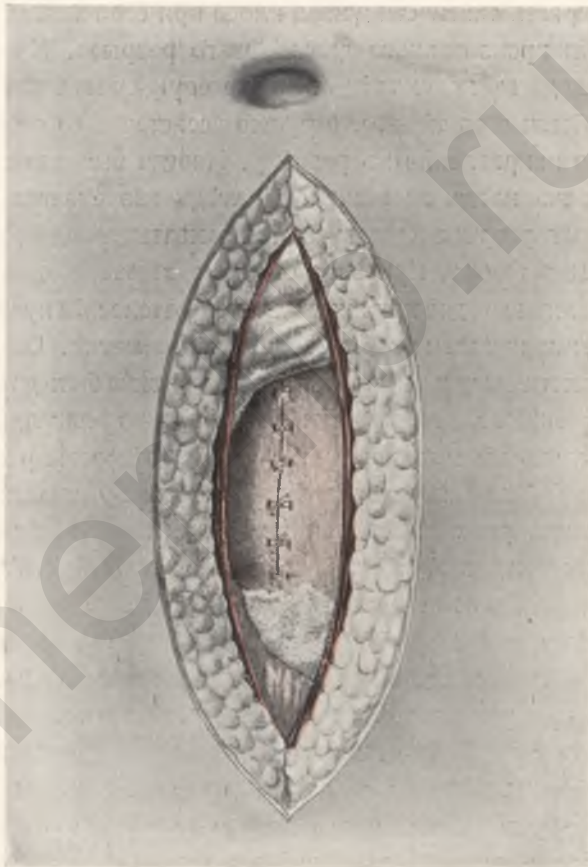


Рис. 336. Дренажъ послѣ экстраперитонеальнаго кесарскаго сѣченія.

въ сторону мочевої пузырь и, такимъ образомъ, обнаживъ нижній передній отдѣлъ матки, вскрываемъ продольнымъ разрѣзомъ ея стѣнку (рис. 335). Не слѣдуетъ проводить разрѣзь далеко отступая отъ средней линіи, иначе въ боковыхъ частяхъ шейки можно поранить большіе сосуды и получить довольно рѣзкое кровотеченіе. Наоборотъ, значительнаго кровотеченія почти вовсе не бываетъ, если придерживаться ближе средней линіи. Разрѣзь долженъ быть достаточно длиннымъ, чтобы не подвергать опасности жизнь плода при его извлеченіи, а также во избѣжаніе наступленія произвольнаго дальнѣйшаго разрыва. Иногда удобно производить извлеченіе плода въ положеніи съ низко опущеннымъ тазомъ. Иной разъ извлеченіе головки облегчается тѣмъ, что рукою ассистента со стороны влагалища головка смѣщается по направленію къ разрѣзу. Иногда выгодно наложить небольшіе щипцы или извлечь плодъ за ножку. Послѣдъ извлекается рукою. Послѣ опорожненія матки края разрѣза подтягиваются захватывающими инструментами и соединяются обычнымъ швомъ. Брюшная стѣнка зашивается обычнымъ путемъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ выгодно при значительномъ отслоеніи пузыря пристегнуть стѣнку его нѣсколькими швами къ обнаженной части матки. Въ нечистыхъ случаяхъ вся экстраперитонеальная область клѣтчатки должна быть дренирована широко или чрезъ нижнюю брюшностѣночную часть раны, или во влагалище, для чего вскрывается предварительно ножемъ передній сводъ, и отверстіе расширяется корнцангомъ (рис. 336).

Операція  
Solms'a.

Экстраперитонеальный методъ представляется легко выполнимымъ въ случаяхъ растяженія нижняго сегмента и, напротивъ, крайне затруднительнымъ при несглаженной еще шейкѣ. Предложеніе Solms'a въ послѣднихъ случаяхъ начинать операцію со стороны влагалища, а самое извлеченіе плода производить со стороны разрѣза брюшной стѣнки, заслуживаетъ поэтому полнаго вниманія. Въ его «Laparocolpohysterotomi'i» онъ предложилъ использовать влагалищное кесарское сѣченіе и при узкомъ тазѣ, и его методъ экстраперитонеальнаго кесарскаго сѣченія представляетъ собою комбинацію операцій влагалищнаго и надлобковаго кесарскаго сѣченія. Захвативъ двузубцами шейку матки, или низведя ее при помощи предварительне введеннаго метрейринтера, онъ проводитъ по передней влагалищной стѣнкѣ продольный разрѣзь и, дополнивъ его поперечнымъ, внизу въ области передняго свода, отсепаровываетъ затѣмъ отъ шейки мочевої пузырь, послѣ чего разсѣкаетъ переднюю стѣнку шейки на сколько возможно выше (подробности см. «Влагалищное кесарское сѣченіе») и вскрываетъ плодный пузырь. Затѣмъ идетъ вторая половина операціи уже со стороны брюшной стѣнки. Для этого онъ проводитъ разрѣзь параллельно пупартовой связкѣ на 1 смт. выше ея, длиною въ 20 смт., доходя почти до бѣлой линіи живота. Разсѣкаютъ кожу, подкожно-жирный слой и фасцію *musculi obliqui externi* (захвативъ гемостатическими пинцетами кровоточащіе сосуды), тупымъ путемъ разъединяютъ волокна *mm. obliqui* и *transversi* и доходятъ до брюшиннаго листка. Послѣ этого тупымъ путемъ доходятъ до цервикальнаго разрѣза. Плодъ извлекается за ножку, конецъ пуповины выводится во влагалище съ цѣлью выжидательнаго веденія послѣдоваго періода. Со стороны

брюшноствѣночнаго разрѣза накладывается шовъ на цервикальную рану; пространство между передней зашитой стѣнкой шейки и пузырьемъ дренируется марлей, конецъ которой выводится во влагалище. Брюшная стѣнка послойно зашивается наглухо. Послѣ отхожденія послѣда, зашиваютъ разрѣзь передней стѣнки влагалища, оставляя участокъ, черезъ который проведенъ дренажъ. Если на нижній участокъ раны шейки не удалось сверху наложить шовъ, то заканчиваютъ его уже со стороны влагалища.

Кромѣ вышеприведенныхъ способовъ, были предложены еще разныя модификаціи внѣбрюшиннаго и чрезбрюшиннаго кесарскаго сѣченія, которыя ничего новаго по существу не вносятъ.

Съ акушерской точки зрѣнія операція внѣбрюшиннаго кесарскаго сѣченія должна по мысли авторовъ замѣнить, уменьшить (а по нѣкоторымъ—даже совсѣмъ вытѣснить) всѣ такъ наз. профилактическія операціи, какъ профилактической поворотъ, преждевременные роды, высокіе щипцы и перфорацию на живомъ плодѣ. Клиника съ современнымъ хирургическимъ направлениемъ, имѣющая въ своемъ распоряженіи такую операцію, какъ внѣбрюшинное кесарское сѣченіе, въ состояніи еще больше проводить принципъ выжидательнаго веденія родовъ при узкомъ тазѣ (относительное показаніе въ кесарскомъ сѣченіи), а слѣдовательно должна и достигать гораздо большаго числа самопроизвольныхъ родовъ при узкомъ тазѣ, чѣмъ раньше, и понизить процентъ смертности, какъ для матерей, такъ и для плодовъ. Кромѣ того, внѣбрюшинное кесарское сѣченіе имѣетъ болѣе широкую, нежели пубіотомія, сферу примѣненія, такъ какъ не находится въ зависимости отъ степени суженія таза или отъ состоянія мягкихъ частей.

Преимущества внѣбрюшиннаго кесарскаго сѣченія передъ классическимъ оспариваются нѣкоторыми клиницистами (какъ Olshausen, Krönig и нѣк. др., а главнымъ образомъ Schauta). Отрицательная сторона внѣбрюшиннаго кесарскаго сѣченія лежитъ въ большей сложности техники. Не безъ значенія также и необходимость выжиданія въ нѣкоторыхъ случаяхъ для достаточнаго растяженія нижняго сегмента. Отрицательныя стороны трансперитонеальнаго метода заключаются въ томъ, что, изолируя временно при посредствѣ швовъ брюшную полость, нельзя рассчитывать на герметичность такой изолировки. Преимущества операцій экстраперитонеальнаго кесарскаго сѣченія будутъ состоять въ томъ, что въ брюшную полость не попадаютъ ни кровь, ни околоплодная вода, что рана матки находится внѣбрюшинно, а именно въ цервикальной части, что не захватывается мѣсто прикрѣпленія плаценты, что наложеніе шва совершается проще и быстрѣе, а самый шовъ располагается внѣбрюшинно, чѣмъ устраняется всякая опасность сращеній и другихъ осложненій, что отдѣленіе послѣда происходитъ при почти физиологическихъ условіяхъ и что ригрегитумъ проходитъ крайне благопріятно, безъ всякихъ перитонеальныхъ явленій. Наконецъ, самое главное преимущество экстраперитонеальнаго кесарскаго сѣченія передъ классическимъ сторонники его видятъ въ возможности оперировать и въ сомнительныхъ, нечистыхъ случаяхъ, т. е. на роженицахъ

Цѣль и назначеніе операціи.

Сравнительная оцѣнка трансперитонеальнаго и экстраперитонеальнаго кесарскаго сѣченія.

Показанія.

съ уже отошедшими водами, повторно изслѣдованныхъ и даже съ повышенной температурой. Въ этомъ отношеніи въ послѣднее время авторы расширяютъ показанія къ кесарскому сѣченію въ пользу экстраперитонеального. Küstner на послѣднемъ Международномъ Съѣздѣ представилъ результаты 72 случаевъ экстраперитонеального кесарскаго сѣченія при 0% смертности для матерей и съ 4 смертными случаями для плодовъ. Въ половинѣ всѣхъ случаевъ операція производилась послѣ изслѣдованія подозрительными руками внѣ клиники, при зловонныхъ водахъ, при *phusometra*, при повышенной, подчасъ даже высокой температурѣ, однимъ словомъ—явно инфицированныхъ случаяхъ, въ которыхъ противопоказана операція классическаго кесарскаго сѣченія. Мы полагаемъ, что введеніе внѣбрюшинныхъ методовъ значительно расширяетъ показанія для производства кесарскаго сѣченія, ограничивая въ то же время показанія къ классическому кесарскому сѣченію, для котораго остаются абсолютно чистые случаи. Нужно, однако, замѣтить, что при тяжелыхъ формахъ зараженія едва ли можно рассчитывать и при экстраперитонеальномъ методѣ на благопріятный исходъ, а такъ какъ мы не имѣемъ надежнаго критерія судить о тяжести инфекции, клиника же учитъ, что легкія, едва замѣтныя явленія зараженія во время родовъ даютъ подчасъ смертельное послѣродовое заболѣваніе и наоборотъ, то отсюда ясно, насколько трудно иногда установить показанія къ этой операціи при подозрѣніи на инфекцію. Будущность этой операціи зависитъ отъ результатовъ развитія бактериологической методики и изслѣдованій во время операціи. Въ общихъ чертахъ къ этому выводу приходятъ всѣ сторонники внѣбрюшиннаго кесарскаго сѣченія. Сравнить результаты этой операціи съ результатами, полученными при классическомъ кесарскомъ сѣченіи, нельзя, такъ какъ изъ вышесказаннаго ясно, что матеріалъ не однородный.

Что касается до отдаленныхъ результатовъ внѣбрюшиннаго кесарскаго сѣченія, то опасеніе, что тонкій рубецъ шейки при послѣдующихъ беременностяхъ и родахъ можетъ дать поводъ къ разрывамъ—пока не подтвердилось.

#### ВЛАГАЛИЩНОЕ КЕСАРСКОЕ СѢЧЕНИЕ.

Прежніе столь опасные для матери по своимъ послѣдствіямъ акушерскіе приемы, которые практиковались при такъ называемомъ *accouchement forcé* въ случаяхъ, требовавшихъ неотложнаго и быстраго родоразрѣшенія, и при неподготовленныхъ еще родовыхъ путяхъ, замѣнены въ настоящее время простой хирургической операціей—*hysterotomia vaginalis*. Сущность этой операціи, разработанная для акушерства Dührssen'номъ и опубликованная имъ въ 1896 году подъ названіемъ «*sectio caesarea vaginalis*» состоитъ въ томъ, что вскрытіе полости матки производится путемъ разсѣченія ножомъ или ножницами нижняго отдѣла матки со стороны влагалища, и, слѣдовательно, родоразрѣшеніе можетъ завершиться въ кратчайшій срокъ *per vias naturales*. Теоретически этотъ путь съ цѣлью удаленія плоднаго яйца изъ матки былъ еще раньше предугазанъ Д. О. Оттомъ по поводу влагалищ-

наго удаленія пораженной ракомъ беременной матки (такъ называемое радикальное влагалищное кесарское сѣченіе <sup>1)</sup>), и съ этой цѣлью эта операція потомъ не разъ производилась въ нашей клиникѣ. Тѣмъ не менѣ заслуга Dührssen'a состоитъ именно въ томъ, что онъ первый постигъ все громадное значеніе этого хирургическаго пути для акушерства и сумѣлъ первый оцѣнить по достоинству широкую перспективу возможныхъ показаній и примѣненій его въ акушерской практикѣ. Показанія къ операціи кесарскаго сѣченія, особенно въ прежнее время, сочетались съ понятіемъ терапіи узкаго таза, между тѣмъ при влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи узкій тазъ считается почти единственнымъ ограничивающимъ его примѣненіе условіемъ. Но въ современномъ акушерствѣ область показаній и примѣненія всякаго кесарскаго сѣченія, не исключая и классическаго, не ограничивается только узкимъ тазомъ, напротивъ, съ расцвѣтомъ хирургической эры и даже раньше, показанія къ кесарскому сѣченію вообще расширились и стали захватывать различные отдѣлы патологическаго акушерства.

Операція влагалищнаго кесарскаго сѣченія получила въ короткое время самое широкое распространеніе и разнообразное примѣненіе въ акушерствѣ и по своей технической простотѣ и хирургической законченности успѣла уже занять прочное и почетное мѣсто на ряду съ другими типичными акушерскими операціями.

Показанія къ влагалищному кесарскому сѣченію, резюмируя ихъ вкратцѣ, будутъ слѣдующія: опасныя положенія матери, которыя наступаютъ во время беременности или во время родовъ при нераскрытой еще шейкѣ въ зависимости отъ заболѣванія сердца, легкихъ или почекъ, и которыя могутъ быть устранены или облегчены опорожненіемъ матки и независимо отъ родовой дѣятельности; сюда же относятся случаи съ преждевременной отслойкой нормально сидящаго дѣтскаго мѣста. Во вторыхъ, опасныя положенія какъ для матери, такъ и для плода, когда родовая дѣятельность парализуется въ силу механическихъ препятствій или ненормальностей со стороны шейки и нижняго отдѣла матки. Въ третьихъ, операція, въ виду относительной ея безопасности для матери, иногда показывается въ интересахъ плода. Наконецъ, операція эта производится, какъ предварительный актъ при расширенныхъ методахъ хирургическаго леченія рака матки, осложненнаго беременностью, какъ сказано было выше.

Показанія.

Что касается противопоказаній къ влагалищному кесарскому сѣченію, то, собственно говоря, таковыхъ вовсе не имѣлось бы, если не считаться съ рѣдкими случаями, въ которыхъ въ силу неустранимыхъ ненормальностей со стороны introitus'a или влагалища, нижній сегментъ матки представлялся вообще недоступнымъ. Единственное условіе, которое требуется для производства этой операціи, состоитъ въ наличности нормальнаго таза: допускаемая степень суженія таза не должны выходить изъ границъ соответствія даннаго таза съ головкой плода. Подозрѣніе на

Противопоказанія и условія.

<sup>1)</sup> М. Зеленскій.—Къ вопросу объ осложненіи беременности и родовъ ракомъ матки. Дисс. Спб., 1897.



инфекцію или явно инфицированные случаи также не могут служить абсолютным противопоказанием для влагалищного кесарского сечения, в виду внутривагинального производства операции.

Техника.

Операция влагалищного кесарского сечения в техническом отношении в том виде, как она выполняется в настоящее время большинством гинекологов,

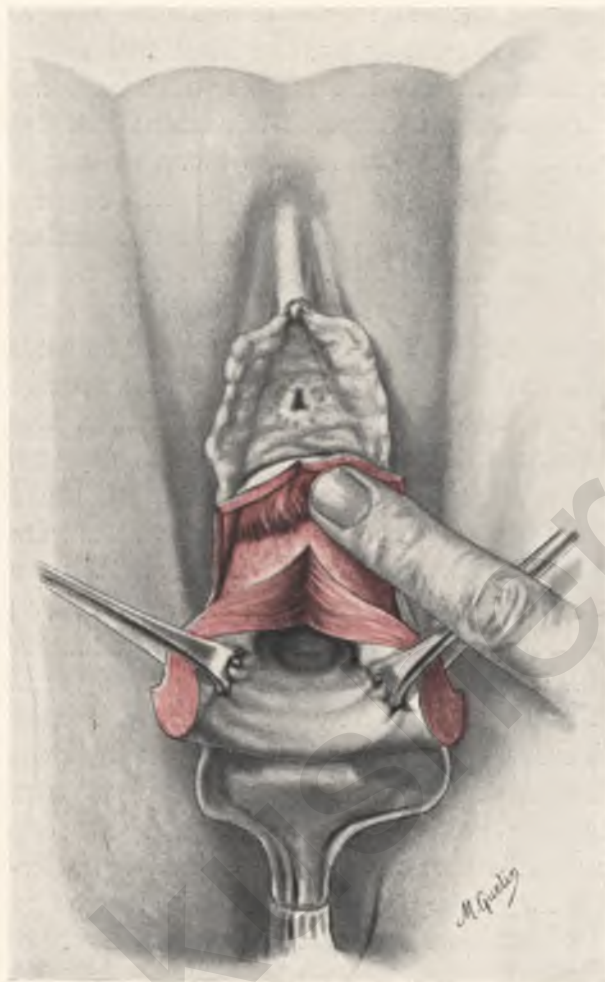


Рис. 337. Влагалищное кесарское сечение. Отодвигание пузыря.

тождественна в главных чертах с colpohysterotomia anterior (см. стр. 32). Влагалищная часть шейки матки обнажается зеркалами, захватывается двузубцами и подтягивается кпереди и вниз. В области прикрепления переднего свода, немного ниже границы прикрепления мочевого пузыря к шейке (что слѣдует проверить катетеромъ) проводится поперечный разрѣз влагалищной стѣнки по шейке матки от одного края его до другого длиной около 4—5 и болѣе смт. После этого приступаютъ къ отсепаровке мочевого пузыря от шейки матки тупымъ путемъ (ср. рис. 166), что совершается крайне легко в виду особенной рыхлости и сочности предцервикальной клетчатки, благодаря беременности. Все эти дѣйствія весьма облегчаются такъ называемыми лигатурами-держалками, которые слѣдуетъ наложить предварительно на верхний край раны влагалищного разрѣза (на передней сводѣ). Опытъ показалъ, что при доношенной беременности одинъ поперечный разрѣзъ недостаточенъ, в виду наблюдавшихся значительныхъ надрывовъ стѣнокъ влагалища при извлеченіи плода. Поэтому поперечный разрѣзъ дополняютъ продольнымъ, идущимъ отъ него по средней линіи по влагалищной стѣнке, такъ что получается Т-образная фигура разрѣза (см. рис. 339,aaa). Продолжая отслойку пузыря вверхъ (рис. 337), доходятъ до брюшины рlcae vesico-

говъ, тождественна в главных чертахъ съ colpohysterotomia anterior (см. стр. 32). Влагалищная часть шейки матки обнажается зеркалами, захватывается двузубцами и подтягивается кпереди и вниз. В области прикрепления переднего свода, немного ниже границы прикрепления мочевого пузыря к шейке (что слѣдуетъ проверить катетеромъ) проводится поперечный разрѣз влагалищной стѣнки по шейке матки от одного края его до другого длиной около 4—5 и болѣе смт. После этого приступаютъ къ отсепаровке мочевого пузыря от шейки матки тупымъ путемъ (ср. рис. 166), что совершается крайне легко в виду особенной рыхлости и сочности предцервикальной клетчатки, благодаря беременности. Все эти дѣйствія весьма облегчаются такъ называемыми лигатурами-держалками, которые слѣдуетъ наложить предварительно на верхний край раны влагалищного разрѣза (на передней сводѣ). Опытъ показалъ, что при доношенной беременности

uterinae, которую осторожно отслаивают от стѣнки матки сколько можно выше. При отсепаровкѣ пузыря, а также брюшины слѣдуетъ придерживаться средней линіи, не отслаивая далеко въ сторону, чтобы не нарушать цѣлости питающихъ ихъ сосудовъ. Послѣ этого захватываютъ влагалищную часть по бокамъ двузубцами и разсѣкаютъ ее переднюю стѣнку по средней линіи вверхъ, предварительно отгѣснивъ пластиной зеркала мочевоу пузырь кверху и кпереди. Перехватывая, затѣмъ, двузубцами края разрѣза все болѣе кверху и постепенно подтягивая ихъ книзу, продолжаютъ разсѣкать вышележащій отдѣлъ передней стѣнки матки до тѣхъ поръ, пока разрѣзъ становится достаточно длиннымъ для введенія руки и извлеченія плода. Разрѣзъ слѣдуетъ дѣлать возможно длиннымъ—отъ 8 до 12 смт.—во избѣжаніе наступленія разрыва при извлеченіи плода. Считаю нужнымъ здѣсь подчеркнуть, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ все же не удастся подтянуть въ достаточной мѣрѣ переднюю стѣнку матки для проведенія разрѣза ad oculos. Здѣсь незамѣнимую услугу можетъ оказать освѣтительный аппаратъ Д. О. Отта, для чего слѣдуетъ отгѣснить мочевоу пузырь верхней свѣтовой пластиной.

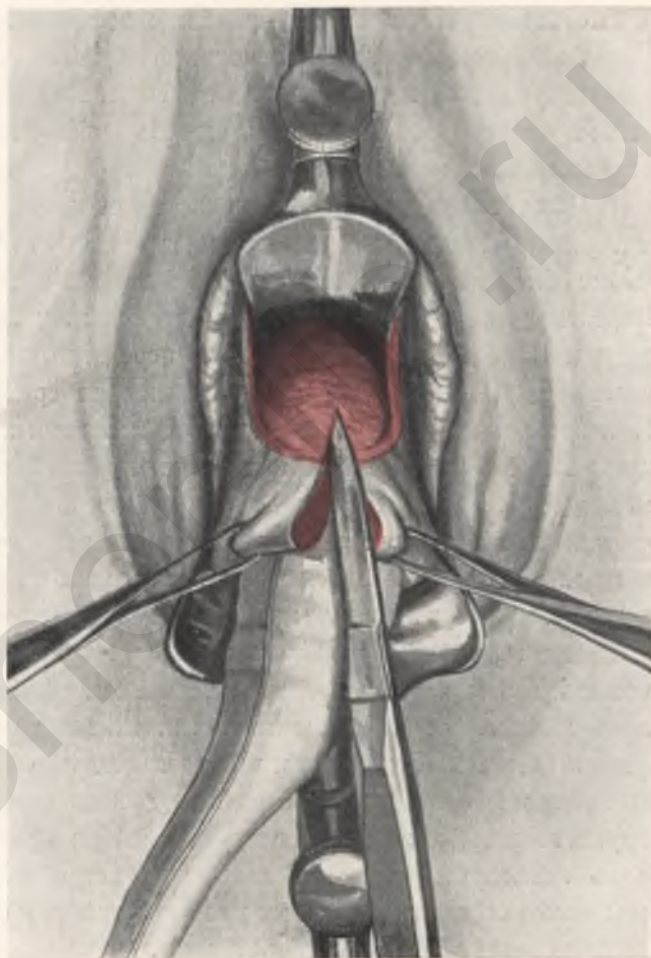


Рис. 338. Влагалищное кесарское сѣченіе по метрейринтеру.

При отсутствіи надлежащаго освѣщенія приходится продолжать разрѣзъ вверхъ на ощупь, что лучше всего удастся длинными ножницами подъ руководствомъ пальцевъ лѣвой руки.

Когда, такимъ образомъ, полость матки вскрыта, переходятъ къ оперативному родоразрѣшенію, повороту на ножку съ послѣдующимъ извлеченіемъ, наложенію щипцовъ и проч.

Если послѣдъ не отходитъ самостоятельно или по Crédé—его удаляютъ рукою.

Другіе спо-  
собы.

Какъ видно изъ вышесказаннаго, способъ выполненія влагалищнаго кесарскаго сѣченія въ нашей клиникѣ отличается въ нѣкоторыхъ деталяхъ отъ первоначально предложеннаго Dührssen'омъ метода. Dührssen, какъ извѣстно, предложилъ разсѣкать переднюю и заднюю стѣнку матки.

Въ настоящее время большинство гинекологовъ считаетъ вполне достаточнымъ ограничиться разрѣзомъ только одной передней стѣнки матки, а нѣкоторые (Döderlein) считаютъ даже предрасполагающими къ разрыву задніе разрѣзы.

Въ исключительныхъ случаяхъ, гдѣ шейка плохо подтягивается и головка низко опущена въ полость таза, вспомогательный разрѣзь по задней губѣ и задней стѣнкѣ матки можетъ, конечно, оказать большую услугу и технически облегчить операцію извлеченія.

Dührssen'омъ также предложенъ чрезвычайно практической приѣмъ, облегчающій всю технику операціи. Приступая къ операціи, онъ предлагаетъ вводить въ полость матки метрейринтеръ, наполненный отъ 300 до 500 куб. смт. жидкостью. Подтягивая за резиновую трубку метрейринтера, онъ сильно низводитъ матку и широкимъ подъемникомъ оттѣсняетъ переднюю стѣнку влагалища вверхъ, затѣмъ разсѣкаетъ переднюю стѣнку влагалища по средней линіи до наружнаго зѣва. Послѣ небольшихъ дополнительныхъ поперечныхъ разрѣзовъ онъ отслаиваетъ пузырь и разсѣкаетъ обнаженную переднюю часть матки дальше до высоты *plica vesico-uterina* (рис. 338). Если послѣ этого при подтягиваніи за трубку метрейринтера, послѣдній не выходитъ черезъ полученное отверстіе изъ полости матки, то онъ прибѣгаетъ къ разсѣченію и задней стѣнки. Преимущество сочетанія метрейринтера съ гистеротоміей состоитъ, во первыхъ, въ томъ, что влагалищную часть не приходится захватывать острыми инструментами, сильно травмирующими и даже отрывающими ткань шейки, во вторыхъ, величина метрейринтера можетъ служить мѣриломъ для оцѣнки величины отверстія. Въ виду нѣкоторыхъ отрицательныхъ сторонъ этого приѣма, мы считаемъ его не всегда пригоднымъ. Такъ, у первородящихъ съ несглаженной и ригидной шейкой вообще трудно ввести метрейринтеръ болѣе крупнаго размѣра; непримѣнимъ онъ также при очень низко стоящей головкѣ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ введенный метрейринтеръ, наполненный жидкостью, еще болѣе стѣсняетъ взаимныя пространственныя отношенія въ тазу и затрудняетъ подтягиваніе нижняго отдѣла матки.

Въ клиникѣ Olshausen'a успѣшно примѣнялся для вскрытія передняго свода полуовальный языкообразный разрѣзь. Для этого разрѣзь начинается высоко съ правой стороны у бокового свода, идетъ вдоль ребра шейки по передней влагалищной стѣнкѣ внизъ дугообразно до границы между *portio vaginalis* и переднимъ сводомъ, отсюда поднимается вверхъ и кончается на соответствующемъ мѣстѣ съ лѣвой стороны (см. рис. 339). Получается овальный лоскутъ, который совмѣстно съ мочевымъ пузыремъ легко отслаивается вверхъ.

Предложеніе Krönig'a для производства влагалищнаго кесарскаго сѣченія ограничиваться только одной задней *colpohysterotomi'eй*, несмотря на крайне



простую технику, повидимому, не привилось. Для получения достаточного доступа въ матку при задней кольпо-гистеротоміи приходится поднимать разрѣзь высоко по задней стѣнкѣ матки, что сопровождается вскрытіемъ брюшной полости. Противопоказанными къ производству одного задняго разрѣза были бы случаи инфицированные, хотя въ то же время именно при этомъ способѣ принципъ дренированія, какъ извѣстно, можно провести въ совершенствѣ.

Что касается гемостаза при влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи, то слѣдуетъ въ общемъ подчеркнуть, что кровотеченіе ante partum изъ раневыхъ поверхностей очень незначительно, и только въ рѣдкихъ случаяхъ — а это случается тогда, когда операторъ уклоняется отъ срединной линіи — приходится временно прибѣгать къ обколу кровеносныхъ сосудовъ. Сложнѣе обстоитъ дѣло съ гемостазомъ post partum. Если вслѣдъ за рожденіемъ плода наступаетъ болѣе или менѣе значительное кровотеченіе, что отмѣчается въ общемъ рѣдко, то источникомъ его можетъ быть разрѣзь стѣнки матки, особенно осложненный разрывомъ, происшедшимъ во время извлеченія плода въ силу недостаточной длины сдѣланнаго разрѣза, или кровотеченіе происходитъ изъ плацентарнаго мѣста. Въ послѣднемъ случаѣ поступаютъ по соотвѣтствующимъ правиламъ акушерства. Кровотеченіе же изъ краевъ разрѣза матки останавливается тщательнымъ наложеніемъ швовъ. При недостаточной technikѣ могутъ получиться крайне опасные разрывы, идущіе далеко въ parametrium, при которыхъ, кромѣ обкалыванія, можно попросить и плотную тампонацію. Кровоточивые разрывы наблюдались у авторовъ, производившихъ влагалищное кесарское сѣченіе при placenta praevia, при которой ткань нижняго отдѣла матки становится, какъ извѣстно, особенно хрупкой и легко рвущейся. При рѣзкихъ кровотеченияхъ цѣлесообразно примѣнить жгутъ Momburg'a.

Лучшій надежнѣйшій гемостазъ, однако, при всякой кольпо-гистеротоміи достигается тщательнымъ соединеніемъ раневыхъ поверхностей швами. Послѣ



Рис. 339. Линіи разрѣзовъ при влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи (aa — обычный разрѣзь для отслойки пузыря; aaa — тотъ-же разрѣзь, дополненный сагит. разсѣченіемъ влагалища; bb — разрѣзь Bumm'a; cc — разрѣзь Olshausen'a.

Гемостазъ.

Шовъ.

рожденія послѣда влагалищная часть шейки и нижній отдѣлъ послѣродовой матки крайне легко подтягиваются при посредствѣ симметрично наложенныхъ пулевыхъ щипцовъ почти *ante partum*. Этотъ приемъ не только восстанавливаетъ всю топографію раневыхъ поверхностей, но служить въ то же время прекраснымъ гемостатическимъ средствомъ. Мочевой пузырь и брюшинная складка отгѣсняются широкимъ подъемникомъ кверху, нѣсколькими пулевыми щипцами низводятъ верхніе края разрѣза маточной стѣнки и накладываютъ, начиная съ угла раны, сверху вниз до наружнаго зѣва, рядъ узловатыхъ швовъ, не захватывающихъ слизистую. Если брюшина оказалась нечаянно (или умышленно) пораненной, то ее нужно зашить. Послѣ этого соединяють швами края Т-образнаго разрѣза влагалищной стѣнки, за исключеніемъ небольшого участка внизу, оставляя отверстие, черезъ которое проводится полоса марли въ предцервикальное пространство на нѣсколько дней. Швы изъ кетгута упрощаютъ послѣоперационный уходъ.

Осложненія.

Возможныя случайныя пораненія сосѣднихъ органовъ при производствѣ влагалищнаго кесарскаго сѣченія относятся, главнымъ образомъ, къ брюшинѣ, мочевому пузырю и къ самой стѣнкѣ матки и влагалища. Раненія послѣдней категоріи представляютъ собой разрывы, происходящіе при извлеченіи плода отъ недостаточной длины произведенныхъ разрѣзовъ и при неумѣренной тракціи. Пораненія мочевого пузыря встрѣчаются не часто. По Peterson'у на 530 сл. мочевого пузыря былъ пораненъ 9 разъ, по Winter'у на 446 сл.—7 разъ, а по статистикѣ Esch'a на 306 сл. всего 2 раза. Въ нашей клиникѣ раненій мочевого пузыря не констатировалось.

Разрывы въ стѣнкахъ матки, какъ продолженіе недостаточныхъ разрѣзовъ, наблюдались, согласно тѣхъ же авторовъ, на 1.034 сл.—29 разъ, т. е. всего около 3%.

Предсказаніе.

Что касается предсказанія при влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи, то оно въ общемъ благоприятное, въ зависимости отъ самой операціи. Иначе, конечно, выражаются результаты, если въ общее число смертей включаются летальные исходы, наступившіе по причинѣ основного заболѣванія, служившаго показаніемъ къ производству кесарскаго сѣченія. Такъ, у Döderlein'a на 186 сл. влагалищныхъ кесарскихъ сѣченій погибло 15 матерей; изъ нихъ отъ эклампсіи 6, отъ круппозной пнеймоніи—2, оперированныя *in extremis*. Изъ 6 случаевъ, оперированныхъ по поводу *placenta praevia*, 3 погибли отъ кровотеченія, 2 отъ сепсиса и 1 отъ туберкулеза. Въ 15-мъ случаѣ операція была сдѣлана ради шеечной міомы; больная поступила уже съ высокой температурой и погибла отъ *sepsis'a*.

Въ отношеніи отдаленныхъ результатовъ послѣ влагалищнаго кесарскаго сѣченія не имѣется пока фактовъ, которые давали бы поводъ опасаться за послѣдующіе роды въ смыслѣ возможности наступленія при нихъ разрывовъ матки на мѣстѣ рубца. Въ данномъ направленіи имѣется уже нѣсколько десятковъ наблюдений, при чемъ нѣтъ пока ни одного зарегистрированнаго разрыва матки при послѣдующихъ беременностяхъ или родахъ.

### КЕСАРСКОЕ СЪЧЕНІЕ СЪ УДАЛЕНІЕМЪ МАТКИ.

Кромѣ вышеописанныхъ операций кесарскаго сѣченія, при которыхъ сохраняется матка, и потому носящихъ названіе консервативныхъ, мы должны упомянуть о тѣхъ вмѣшательствахъ, которыя сопровождаются удаленіемъ плодовмѣстища. Сюда относится операція Porro и удаленіе всей матки путемъ брюшностѣночнаго или влагалищнаго чревосѣченія.

Надвла-  
галищное из-  
сѣченіе  
матки. Опе-  
рація Porro.

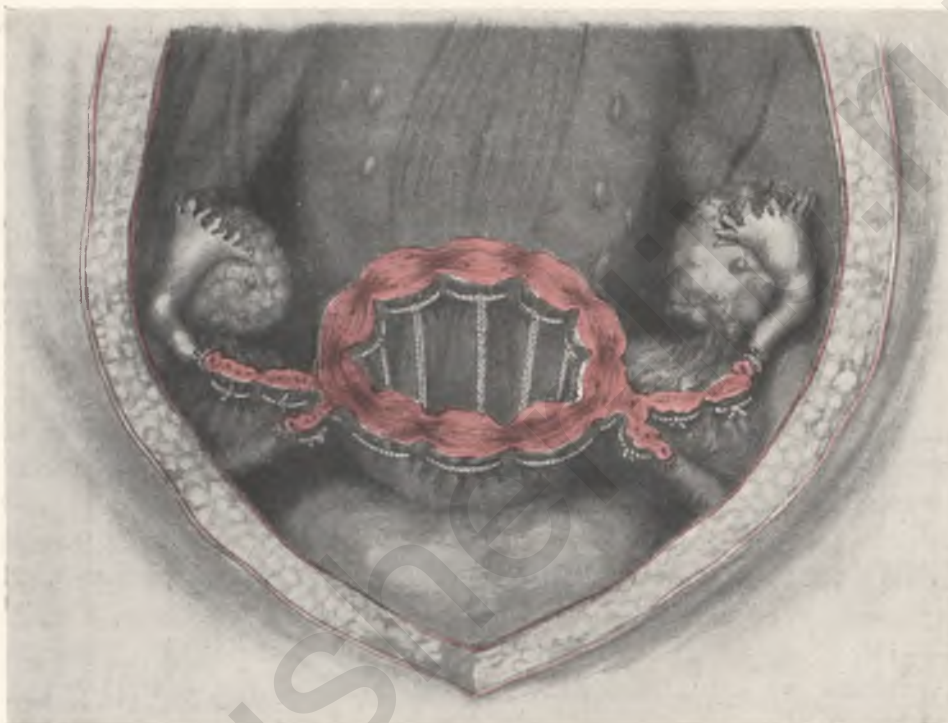


Рис. 340. Удаленіе матки послѣ кесарскаго сѣченія путемъ надвлагалищной ампутаціи, съ обколомъ ея стѣнокъ и выведеніемъ концовъ лигатуръ во влагалище.

Самой старой по времени является операція Porro. Въ 1876 году она была произведена авторомъ. У насъ въ Россіи она изучена была Г. Е. Рейномъ также въ 1876 году. При разбираемой операціи матка послѣ освобожденія отъ плода извлекалась изъ брюшной полости, вокругъ шейки, въ области внутренняго зѣва, накладывалась металлическая проволока, и выше этого мѣста смт. на 2 матка отсѣкалась ножницами. Оставшаяся культя укрѣплялась въ нижнемъ углу брюшной раны. Затѣмъ техника была измѣнена въ томъ смыслѣ, что матка извлекалась наружу и шейка перевязывалась раньше, чѣмъ открывалась полость матки (Müller въ 1878 г. и еще раньше Рейнъ въ 1876 въ своихъ опытахъ на животныхъ). Металлическая лигатура была впослѣдствіи замѣнена эластическимъ резиновымъ жгутомъ

для лучшаго сдавливанія сосудовъ и меньшаго риска врѣзыванія лигатуры въ ткань. Дальнѣйшее развитіе операціи Porro шло на ряду съ развитіемъ чревосѣченія, главнымъ образомъ, съ развитіемъ надвлагалищной ампутаціи матки (см. главу о фиброміомахъ матки, стр. 357).

Надо упомянуть также о предложеніи инвертировать культю во влагалище— идея, бывшая еще у Porro. Выворотъ производился или послѣ ампутаціи матки, или матка инвертировалась сейчасъ же послѣ опорожненія и отсѣкалась со стороны влагалища. При примѣненіи выворота культы ее предварительно обкалывали отдѣльными участками матрацными лигатурами, на подобіе обкола сводовъ влагалища при *exstirpatio* матки, причемъ швы завязывались со стороны шеечнаго канала и выводились во влагалище (рис. 340). Такъ поступилъ Д. О. Оттъ въ одномъ случаѣ разрыва матки, въ которомъ значительное пораненіе плодовмѣстилица и другія условія не позволяли поступить консервативно. Было также предложено сверху накладывать серо-серозные швы для закрытія брюшной полости.

Внутрибрюшинный уходъ за культей появился вслѣдъ за таковымъ же при надвлагалищномъ изсѣченіи матки. Также стали примѣнять резекцію матки по Zweifel'ю и т. д.; у молодыхъ женщинъ стали сохранять яичникъ.

При современныхъ методахъ поступаютъ слѣдующимъ образомъ. Перевязавъ *lig. infundibulo-pelvicum*, или верхній отдѣлъ широкой связки, если оставляются яичники, и *lig. rotundum* съ обѣихъ сторонъ, отдѣляютъ пузырь отъ матки послѣ поперечнаго надрѣза брюшины на границѣ пузыря. Затѣмъ, перевязавъ съ обѣихъ сторонъ *arteria uterina*, отсѣкаютъ матку, и культю обкалываютъ или обшиваютъ по одному изъ способовъ, изложенныхъ выше и описанныхъ въ главѣ о надвлагалищной ампутаціи при фиброміомахъ матки (стр. 357).

Удаленіе  
всей матки.

Съ развитіемъ техники при тѣхъ же показаніяхъ, при которыхъ ранѣе производили ампутацію матки, стали удалять всю матку. Полное изсѣченіе плодовмѣстилица давало возможность и наилучшаго дренажа, что являлось особенно цѣннымъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ операціи производились изъ-за септического процесса. Надвлагалищное усѣченіе матки найдетъ свое показаніе въ случаяхъ, гдѣ по какимъ либо причинамъ, какъ, напримѣръ, въ силу тяжелаго общаго состоянія больной и т. п., требуется быстрое окончаніе операціи.

Удаленіе всей матки не представляетъ какихъ либо особенностей по технике отъ изсѣченія ея при опухляхъ, и поэтому во избѣжаніе повтореній мы и отсылаемъ читателя къ соответствующей главѣ (стр. 363).

Также матка можетъ быть удалена черезъ влагалище послѣ ея опорожненія; сочность и мягкость тканей въ беременномъ состояніи существенно облегчаютъ производство операціи въ техническомъ отношеніи.

Показанія  
къ удаленію  
матки.

Показаніями къ удаленію матки служатъ: а) септическіе процессы; б) атрезіи мягкихъ родовыхъ путей и рубцовыя ихъ облитераціи, въ значительной степени затрудняющія оттокъ послѣродовыхъ выдѣленій; в) въ исключительныхъ слу-

чаяхъ кровотеченія послѣ кесарскаго сѣченія, не останавливающіяся при примѣненіи другихъ мѣръ; г) опухоли матки, требующія сами по себѣ удаленія органа, какъ то—фибромы, раки, саркомы и т. д.; д) разрывы матки при противопоказаніи поступить консервативно; е) остеомалаяція (въ виду удаленія яичниковъ)—удаляется матка по тѣмъ или инымъ техническимъ соображеніямъ, и, наконецъ, ж) при нѣкоторыхъ формахъ вендро- или вагинофиксаціи, потребовавшихъ кесарскаго сѣченія, при невозможности сохранить плодовмѣстилище.

Для септическихъ процессовъ, кромѣ удаленія матки, былъ предложенъ способъ трансперитонеальнаго вскрытія полости матки при дальнѣйшемъ сохраненіи органа, при чемъ разрѣзъ остается открытымъ для наиболѣе хорошаго оттока выдѣлений—брюшностѣбночно-маточная фистула Sellheim'a. По вскрытіи брюшной полости продольнымъ разрѣзомъ, края брюшины пришиваются къ передней поверхности матки, нѣсколько отступя отъ средней линіи, и послѣ отдѣленія пузыря (при чемъ брюшина его также приторачивается къ нижнему углу раны) вскрывается полость матки въ нижнемъ отдѣлѣ. Послѣ извлеченія плода матка не зашивается, и рана ведется открытымъ путемъ.



## УКАЗАТЕЛИ.

### ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

(Числа внѣ скобокъ обозначаютъ страницу,  
числа въ скобкахъ, набранныя курсивомъ—  
№ рисунка).

#### А.

- Абортъ см. *Выкидышъ*.  
 Abrasio см. *Выскабливаніе*.  
 Абсцессы Бартолиновыхъ железъ 223; — за-  
 течные 489; — околوماتочн. клѣтчатки  
 486; — нар. полов. частей 228; — послѣ  
 внѣмат. беременности 525, 527; septi recto-  
 vaginalis 488; — трубъ см. *Pyosalpinx*; —  
 см. *Нагноенія*.  
 Адреналинъ (для обезболиванія) 142.  
 Аккумуляторы, примѣненіе ихъ съ медиц.  
 цѣлью 70.  
 Alexander-Adams'a операція при выпадені-  
 ніяхъ 292; — — — при неправ. положе-  
 ніяхъ матки 297, 299 (232 — 234).  
 Ампула со стерилиз. лекарств. растворомъ  
 для подкожн. введенія 142 (130).  
 Ампутація матки надвлагалищная при фибро-  
 миомахъ 357; — — — послѣ кесарск. сѣче-  
 нія 555 (340), 556.  
 — шейки (влагалищной части) 314 (240 —  
 243); — — высокая 284 — 286 (229, 230),  
 315 (техника).  
 Анамнезъ, собраніе его 3.  
 Анатомическія формы внѣмат. беременности 493.  
 Англотрибъ 153; —, наложеніе на ножку кисты  
 430.  
 Анестезія общая см. *Наркозъ*; — мѣстная 141;  
 внутривенная 144; — крестцовая 144; —  
 спинномозговая 143.
- Антефлексія врожденная, ампутація шейки  
 319; — и ретроверсія, операція при этомъ  
 301.  
 Anus praeternaturalis при пораненіяхъ кишки  
 436.  
 Апоневрозъ, зашиваніе при чревосѣченіи 175  
 (154, 155); —, — непрерывн. швомъ 176.  
 Апоневротическіе швы см. *Швы*.  
 Аппаратъ Potain'a 36, 37 (23, 24), 112; —  
 Roth-Dräger'a 135; — Schimmelbusch'a  
 93; — Strauss'a (кишечн. зеркало) 81; —  
 см. *Инструменты*.  
 Аппараты и мебель операціонной 85; — для  
 стерилизаціи 93; — для стерилизаціи воды  
 95; — для стерилизов. физиолог. раствора  
 97, 98 (79).  
 Асептика и антисептика 40 — 56; — сравни-  
 тельная при влагалищномъ и брюшностѣ-  
 ночномъ пути 194.  
 Аспираторъ Potain'a, см. *Аппаратъ*.  
 Ассистенты, распредѣленіе ихъ при операціяхъ  
 114.... (112 — 114).  
 Асцитъ при кистахъ яичника 422, 438 (операт.  
 вмѣш.); — при туберкулезѣ брюшины 479.  
 Атрезія влагалища 232, (190) 233; — родовыхъ  
 путей, показаніе къ удаленію матки 556.  
 Аудиторія въ операціонной 68.  
 Аутоклавъ для перевязочнаго матеріала и  
 бѣлья 93, 94 (77).

#### Б (В).

- Бактеріи въ железахъ кожи 48 (32); — въ ро-  
 довыхъ путяхъ 55, 56, 60.  
 Бактеріологическія изслѣдованія мыла 55; —  
 — полости матки 56; — — брюшной полости  
 при влаг. операціяхъ 76; — — при дезин-  
 фекціи влагалища 55, — — кожи 53.
- Барабаны для перевязочнаго матеріала 92  
 (75, 76), 93.  
 Бартолиновы железы, заболѣванія 223; — —,  
 кисты 224 (176, 177).  
 Battey'a операція 322, 369.  
 Безгнилостный методъ 40.

Бесплодіє, операт. лічення 319.  
 Беременність, значеніє для операціи 60; — и влагалищный методъ 213.  
 — вѣматочная 492 — 532; — въ рудиментарномъ рогѣ матки 506 (317), 509 — 511 (318, 319); интерстиціальная 505, (316), 509; — вѣ- и внутри-маточная одновременная 531, 532; — брюшинная 510; — вѣмат. повторная 530.  
 — и фиброміома 374 (277), 375 (278), 376; — — —, консерват. удаленіє узловъ (ретроцерв.) 328; — — —, удаленіє матки черезъ влагалище 347.  
 — и ракъ матки 412.  
 — при опухоляхъ яичника 457, 459 (показ. къ брюшностѣн. овариотоміи), 460 (показ. къ влагал. овариотоміи).  
 — послѣдующая послѣ консервативн. міомектоміи и операціи на трубѣ 375; — — послѣ вѣмат. беременности 529; — и роды послѣ фиксаціи матки 291.  
 Bier'a способъ (анестезія) 142.  
 Billroth'a смѣсь 140.  
 Бинтъ вязаный 125.  
 Bozemann'a (Fritsch) катетеръ 110.  
 Больная, дезинфекція 52—56; —, приготовленіє къ операціи 52, 61; — перенесеніє 117.  
 Бромъ-этиль 139.  
 Бронзо-алюминіевая нить для шва 124.  
 Брюшина, операціи на ней 483 — 486 (сохраняющія операціи); —, пузырьныя ея складки 541 — 543 (331 — 333); —, раздраженіє послѣ чревосѣченій 456; —, туберкулезъ 478, 479.  
 Брюшная полость, вскрытіє по средн. линіи 170; — —, загрязненіє 443; — —, промываніє послѣ гнойныхъ кистъ 439; — —, удаленіє излившейся крови 518; — —, туалетъ 172; — —, злокачеств. метастазы 439; — —, освѣщеніє 73 (49), 76 — 78 (54 — 57).  
 Брюшная стѣнка, грыжи 177, 178, 184; — —, зашиваніє по Отту 174 — 178 (154 — 156);

— —, нагноеніє послѣ расширенныхъ операцій по поводу рака 411.  
 — —, разрѣзь при чревосѣченіяхъ 170; 350 (фиброміомы); 428 (овариотомія); 434 (при срощеніяхъ кистъ съ передн. брюшн. стѣнкой); 534 (кесарское сѣченіє); — —, разрѣзь срединный, преимущества его 173; — —, разрѣзь экстрамедианный 178; — —, разрѣзь поперечный 180 (157—160); — —, послѣоперационное расхожденіє разрѣза 185.  
 — —, разрѣзь при абсцессахъ клѣтчатки 487.  
 Брюшностѣночная фиксація матки 291;—овариотомія 427, 459 (показанія при беременности),—гистеректомія при заболѣваніяхъ придатковъ (радик. операція) 473.  
 Брюшностѣночное чревосѣченіє, расположеніє персонала 114 (112); — —, техника производства 169; — —, перевязка брюшной стѣнки 125; — —, сравнит. оцѣнка влагалищнаго и брюшностѣн. вскрытія брюшной полости 193.  
 — — при фиброміомахъ надвлагал. отдѣла 329, 330; — — при полномъ удаленіи фибромат. матки 349; — — при ракъ матки 397....  
 — — при ruosalpinx'axъ 469; — — при туберкулезѣ брюшины 479; — — при вѣмат. беременности 508 (поздніє сроки), 517 (in extremis), 528 (результаты, таблица).  
 — удаленіє рака матки, сравнит. оцѣнка 413; — — ruosalpinx'ovъ 469.  
 Брюшностѣночно - пузырьныя переходныя складки 541, 542 (331 — 333); — маточная фистула Sellheim'a 557.  
 Брюшностѣночный или влагалищный путь, сравнит. оцѣнка 193; 413 (при ракъ матки); 497 (вѣмат. берем.).  
 Бугорчатка полового аппарата 474.  
 Бужи (расширители) Hegar'a 27, 28 (15).  
 Бухмана съемно-погружной шовъ 163 (147).  
 Бѣлая линія, грыжи 178, 184; — —, разрѣзь брюшной стѣнки по бѣлой линіи, его преимущества 174.

## В (V, W).

Вагинофиксація 291, 295, 296 (231).  
 Waldstein'a формула 394.  
 Валики для сближенія краевъ раны 162 (145).  
 Ватныя губки 121; ватныя шарики 119 (117—способъ приготовленія, 118); ватная повязка 125.  
 Веденіє разрѣза 146.

Величина опухоли, значеніє для влагалищн. пути 443.  
 Вентрофиксація матки при выпаденіяхъ 290; — — при смѣшеніи взадъ 295.  
 Wertheim'a расшир. брюшностѣн. операція рака матки 400—408 (285—289); — Schauta операція см. Interpositio uteri.

Winter'a формула 394.

Влагалище, атрезія его 232 (190), 233; —, выпаденіе 261—293; —, двойное, перерѣзка перегородки 235 (191); —, опущеніе стѣнокъ 270; —, отсутствіе его 233; —, новообразованія 237. — дезинфекція 55; —, узость его при влагал. пути 445; —, обколь послѣ полного удаленія матки чревосѣченіемъ 365 (274); —, резекція его при опухоляхъ 238; —, резекція при расширенной влагалищной операціи рака матки 386; —, операція искусств. влагалища 234. —, освѣщеніе его 85.

Влагалищная часть, ампутація 314.

— консервативная міомектомія 333 — 336 (251—254), 326 (ретроцерв. узлы 247—248); см. также *Миомектомія*; — овариотомія 442 .....; —, техника 445. — операція при выворотѣ матки 304; — фиксація матки 291, 295, 296 (231); — castration utérine 471; — операція при haematocoele 514, 521.

Влагалищное чревосѣченіе 192; —, освѣщеніе 70 (44); 77 (54, 55); —, операціонный столъ 87 (69), 90 (72); —, распреѣленіе ассистентовъ 116 (113, 114); —, перевязка 132; —, фильтрація воздуха въ брюшн. полость 198; —, послѣоперац. теченіе, уходъ, осложненія 215; —, сравнит. оцѣнка влагалищнаго и брюшностѣночнаго вскрытія брюшной полости 193; —, показанія 211.

— при кистахъ 453, 454; —, при вѣмат. беременности 497; 528 (таблица); — при интерстиціальной беременности 505; — при свободномъ кровоточеніи въ брюшную полость 518; — при позднихъ срокахъ вѣмат. берем. 508; — при вѣмат. развитии опухоли 211.

—, сравнит. частота влагалищнаго и брюшностѣн. чревосѣченія 212.

— удаленіе фибриомомъ консервативное 324; 347 (вѣсь фибром., удаленной черезъ влагалище); — фиброматозной матки 337, 345 (показанія), 348 (противопоказанія); — матки при ракъея 380 (истор. оч.), 384; 390, 391 (расшир. способъ, 281—284).

— кесарское сѣченіе 548—554, техника 550; — вскрытіе абсцессовъ и экссудатовъ 487; — укороченіе связокъ 300; — кесарское сѣченіе при ракъе матки 412.

Влагалищный путь, границы его при кистахъ 442, преимущества 453, 454; — или брюшно-

стѣночный путь при вѣматочной беременности 497, 528 (таблица);

—, его преимущества передъ брюшностѣночнымъ 196.

Влагалищно-кишечныя фистулы 257; — мочеточниковыя фистулы 245 (200); — уретральныя фистулы 243.

Влагалищно-кишечно-брюшной методъ изслѣдованія 15, 17 (9).

Вливаніе солевого раствора внутривенное 156 (141), 157; — — — подкожное 158.

Внутривенный наркозъ 144, 145.

Внутрибрюшинное укороченіе связокъ 297 (235).

Внутрипузырный способъ освѣженія фистуль 248.

Вѣматочное кесарское сѣченіе см. *Экстраперитонеальное*; — укороченіе связокъ 297; — укрѣпленіе ножки послѣ надвлагалищной ампутаціи матки 357 (266); — развитіе опухолей, значеніе для влагалищнаго пути 211.

Вѣматочная беременность см. *Беременность вѣматочная*.

Вѣтрубное положеніе плода при вѣматочной беременности, операція 510.

Воздухъ, очистка его въ операціонной 63; — фильтрація его при вхожденіи въ брюшную полость при влагалищной операціи 198; — въ брюшной полости, бактериологич. изслѣдованіе 76; —, удаленіе его изъ брюшной полости 176.

Вода стерилизованная 95, 96 (аппаратъ для стерилизаціи воды 78).

Возрастъ больной, значеніе при влагал. удаленіи фибром. матки 345; —, — при операціи кисты 425.

Возстановленіе мышечной силы тазового дна 263, 269 (выпаденія), 275 (принципы зашиванія); — свѣжихъ разрывовъ промежности 264.

Волковича операція 253.

Ворсинки въ децидуальной ткани 499 (микроскоп. преп. 311); —, проѣданіе стѣнки трубы 503 (315).

Воспаленіе легкихъ послѣопераціонное 192; — слизистой матки 499 (микроск. преп. 312).

Воспалительныя заболѣванія Бартолиновыхъ железъ 223; — — — трубъ 462.

Вправленіе матки при выворотѣ 320; — кисты при родахъ 460.

Врожденная слабость тазового дна 262.



Вскрытіе брюшной полости см.: *Брюшная стѣнка*; — полости матки діагностич. 32 (18); — полости матки при кесар. сѣч. 534; — задняго свода 197 (192); 446. — гнойниковъ околomat. клѣтчатки 487. Вспомогательныя операціи при выпаденіяхъ женскихъ полов. органовъ 281—286. Вставаніе послѣ операціи 186;—раннее 186. Выборъ времени операціи 57. Выведеніе матки изъ брюшной полости при кесарскомъ сѣч. 535, 536 (328); — кисты изъ брюшной полости 428, 429; 446 (черезъ задн. сводь); — матки наружу черезъ передній сводь 450. Выворотъ матки 302—304 (236); — культы послѣ надвлагал. ампутаціи при кесарск. сѣчени 556. Выгнаиваніе швовъ при перинеорафіи 265, 287. Выдѣленія (зловонныя) при ракъ матки, палліат. операція 419. Выжиданіе при внѣматоч. берем. 495, 507 (въ интересахъ плода), 517 (при свободномъ кровотеченіи въ брюшную полость), 526 (— запусѣванія сосудовъ при позднихъ формахъ внѣмат. берем.).

## Г (G, H).

Hadra, операція 484. Гангреницирующій родившійся фиброидъ 331 (250). Гауданинь 53. Hegar'a расширители см. *Бужи*; — щипцы для захвата ячниковъ 104 (91); — иглодержатель 106 (96). — фигура освѣженія промежности 271 (214, 215). Гедоналовый наркозъ 144. Haematocoele 190; 513—516 (321); 520 (322, 323). Haematoma lig. latii 516. Haematosalpinx 513, 524. Haematocolpos 232. Haematometra 236. Гемостазъ профилактическій 153; — сравнительный при влагал. и брюшностѣночн. чревосѣченіи 195; —, контроль при помощи влагал. дренажа 195; —, — послѣ влагал. удаленія матки 210; — при кесарскомъ сѣчени 535, 538 (пріемъ для остановки кровотеченія, 330); — при влагалищн. кесарскомъ сѣчени 553. — см. также *Жгутъ*, *Кровотеченіе*, *Форципрессура*, *Швы*.

Выжидательная терапія при внѣматочной берем. 528 (табл.). Выкидышъ, выскабливаніе 311; — септической, операт. вмѣшат. 313; — при опухоляхъ ячника 458. — трубный 514 (320—препаратъ трубы), 515 (321, освѣщ. полости haematocoele). Выкидыши, ростъ ихъ количества за послѣднее время по даннымъ Клини. Пов.-Гинека. Института 311. Вылуциваніе см. *Луценіе*. Выпаденіе женскихъ полов. органовъ 261—293; — прямой кишки 270, 279, 280 (фигура освѣженія 225). Вырѣзка пробная шейки 34. Выскабливаніе матки 305—313; — матки при фиброміомахъ 371; — раковыхъ массъ съ цѣлью дезинфекціи шейки 385; — при ракъ матки 419; — при туберкулезѣ полов. аппарата 478; — беременной трубы 503. Высокая ампутація шейки 284—286 (229, 230). Въсь фиброміомы, удаленной черезъ влагалище 347. Вяжущія средства при кровотеченіи 155. Вязаный бинтъ 125.

Гемостатическіе инструменты см. *Кровоостанавливаюціе* .... Hemisectio uteri Doyen'a 471. Геппнера шовъ 163 (146). Hymen imperforatum 231; — см. *Двѣствянная плева*. Gynatresia 231—233. Hypertrophia colli 271, 283; — —, ампутація 284—286 (229, 230). Hysterectomy см. *Экстирпація матки*. Hysteropexia при выпаденіяхъ 290; — при неправ. положеніяхъ матки 295. Hysterotomia vaginalis 548; — anterior 34, 332. Hysterotrachelorrhaphia по Emmet'у 320 (244, 245). Гниlostное распадєніє внѣматочнаго плода 527; — — фиброида 331 (250), 364. Гной, попаданіє въ брюшную полость 438, 470, 474; — стерильный 471; — см. также *Нагноєніє*. Гнойники трубъ, вскрытіє, промываніє черезъ влагалище 466; —, вскрытіє черезъ брюшн. стѣнку 468; —, удаленіє 468. Гнойныя пораженія трубъ 462—474; — — околomatочн. клѣтчатки 486—489.

Гонококкъ, распространіе его 463, 464.  
 Гоноройные ruosalpih'ы 463.  
 Грануляціи, разрощеніе ихъ во влагалищной ранѣ 218.

## Д.

Давленіе кистъ на смежные органы 422; — фиброидовъ 376.  
 Двойная лигатура при перевязкѣ ножки кисты 430 (294), 448 (296).  
 Двузубецъ 21 (14); — изогнутый 340 (257).  
 Двуручное изслѣдованіе 13, 14 (5).  
 Дегенеративные процессы въ фиброміомахъ, показ. къ вмѣшательству 372.  
 Дезинфекція рукъ 46—51; см. также *Очистка*; — по Fürbringer'у 48; — іодомъ 53; — перевязочныхъ матеріаловъ и бѣлья 64.  
 — пораженной ракомъ шейки матки 384; — предварительная раковаго очага при брюшностѣн. чревостѣн. 403.  
 Дезинфицирующіе растворы, штативъ 91 (74).  
 Дермоиды, влагалищное ихъ удаленіе 443.  
 Децидуальная ткань въ соскобѣ слизистой матки 498 (микроск. преп. 310).  
 Deschamps'a иглы тупыя 106 (98); — съ рукою 149 (131).  
 Диагностика дифференціальная интерстиц. беременности и беременности въ рудимент. рогѣ матки 505; — при прогрессир. внѣмат. берем. позднихъ сроковъ 506; — острыхъ формъ прерыванія 512; — haematosalpih'a 513; — haematocele 514; — — свободнаго кровотока въ брюшную полость 516; — разрыва плодомѣстилицы (ложныхъ родовъ) 519; — регрессирующихъ формъ внѣмат. берем. 519, 520.  
 — дифференціальная микроскопическая при внѣмат. берем. 498, 499 (310—312).  
 — дифференціальная при гнойныхъ пораженіяхъ трубъ 462, 463 (гонор. сальпингиты); — туберкулеза полов. аппарата 475.

Грыжи послѣоперационныя 177; — пупочныя 178; — бѣлой линіи 184.  
 Губки ватныя 121; — прессованныя для раскрытія матки 24.

## Д.

Діагностическіе приемы при распознаваніи внѣмат. беременности 497.  
 Діета послѣ операціи 186.  
 Dysmenorrhoea 319.  
 Дисцизія см. *Разсѣченіе*.  
 Длинные инструменты 215, 343 (при кускованіи).  
 Дозировка наркоза 135.  
 Доношенная внѣмат. беременность, операція 508—512 (318, 319), 527 (325—327); — —, предсказаніе 531.  
 Douen'a пинцетъ 109 (106); — штопоръ 104 (93); — hemisectio uteri 471; — удаленіе матки при заболѣв. придатковъ брюшностѣн. путемъ 473.  
 Достижимость опухоли (кисты) со стороны влагалища 444.  
 Дренажъ 127; — брюшной полости 128—132; — черезъ влагалище см. *Тампонація*; — влагалищный съ цѣлью контроля послѣдоват. кровотока 195.  
 — влагалищный послѣ вылушенія межсвязочн. фиброидовъ 355; — послѣ удаленія раковоперерожд. матки по расшир. способу 404 (288), 405 (съ послѣдующ. перитонизаціей, 289); 407, 408; — при обширныхъ срощеніяхъ кистъ 437; — ложа межсвязочныхъ кистъ 441; — послѣ внѣбрюшиннаго кесарск. сѣченія 545 (336), 546.  
 Дренажная трубка 128; —, введеніе ея на зондъ въ полость съ узкимъ входомъ 467 (298).  
 Дыханіе, затрудненіе при наркозѣ 135; — искусственное 136 — 140 (127 — 129).  
 Дѣвственная плева, киста 231 (185); —, зарощеніе 231; — — см. также *Hymen*.  
 Dührssen'a Sectio caesarea vaginalis 548, 552.

## Ж.

Жгутозажиматель Отта 153, 154 (140).  
 Жгутъ эластическій 153; — —. примѣненіе его при кесарскомъ сѣченіи 154, 535; —, примѣненіе при надвлагалищной ампутаціи матки 357; — Momburg'a 553.  
 Железы лимфатическія, расположеніе железъ, принимающихъ лимфу изъ матки Табл. VIII; — — при ракѣ матки 399, 408, удаленіе ихъ 398 (285), 399; результаты 409.

Живой плодъ, операція внѣматочной беременности 508; — — при внѣматочной беременности, дальнѣйшее выживаніе ребенка 531.  
 Животъ, изслѣдованіе наружное 9 (2).  
 Жизнеспособность плода при внѣматочной беременности, выжиданіе ея 507.

## З (S).

Заболѣваемость матери при классическомъ кесарск. сѣченіи 539.

Завязываніе лигатуры 149—151 (133—138).

Загрязненіе брюшной полости 443; см. также *Гной*.

Задній сводъ, вскрытіе 197 (техника), 446; не-зашиваніе его послѣ кольпотоміи 195, 449.

Задняя кольпотомія, техника 197; сравненіе передней и задней кольпотомій при заболѣв. придатковъ 451; —, выгоды ея 451, см. также *Влагалищное чревосѣченіе*; — при кистахъ 446; — при haematocoele 514, 522.

Зажимъ для резиновой трубки (кранъ) 111, 112 (109).

Запущенныя формы рака, палліативное леченіе 419 .....; — старыя формы (регрессир.) внѣматочн. беременности 525 .... (324—327).

Зарощеніе полового канала 230; — дѣвственной плевы 231; — матки 306.

Зачаточный рогъ матки см. *Рудиментарный*.

Зашеечные фиброиды, см. *Ретроцервикальные*.

Зашиваніе разрѣза брюшной стѣнки 173, 174—177 (по Отту, 154, 155); — передняго свода 203; — матки послѣ кесарск. сѣченія 538 (330).

— промежности при родахъ 264, 265; — послѣ перитонеотоміи 267, 268 (211); — старыхъ разрывовъ промежности 269; см. также *Возстановленіе тазоваго дна, Перинеорафія, Тазовое дно*.

— поврежденій sphincter ani 279; — послѣ вылушенія Бартолиновой железы 225 (178); — пузырныхъ фистулъ 240 (общія правила), 241, 242 (193—199); — при уретропластикѣ 250, 251 (202, 203); — при ампутаціи шейки 316, 317 (241—243); — разрывовъ шейки по Emmet'у. 320 (244, 245)

— ложа опухоли 336 (254, влагал. міомек-томія), 352 (262, консерват. брюшностѣн. міомект.); — ложа межсвязочныхъ кистъ 441; — маточн. стѣнки по удаленіи опухоли 351, 353 (263); — культы шейки послѣ надвлаг. ампутаціи 357 (267), 361, 362 (272, 273).

— полыхъ органовъ 172.

— ранъ швомъ en masse 160 (143); — яруснымъ швомъ 160, 161 (144); — швами съ пластинками 161 (145).

Sellheim'a методъ внѣбрюшин. кесар. сѣченія 543; — брюшностѣбно-маточная фи-стула 557.

Зеркала цилиндрическія 18, 19 (введеніе ихъ, 10, 11); — ложкообразныя 20 (12).

— освѣтительныя Д. О. Отта 74 (50, 51), 75, 81 (кишечныя, 60); — — пузырныя 82 (63), 83 (64); — — маточныя 83 (66).

Зеркало Simon'a 99 (80, 81); — Fritsch'a 99 (82), 100; — Отта плоское 100 (83).

Злокачественныя перерожденія фиброміомъ, показ. къ вмѣшат. 372; — кисты 422; — перерожденія кистъ 424; — метастазы въ брюшн. полости 439; — перожденія ки-шекъ и пузыря 440; — опухоли см. *Ракъ, Саркома* ....

Solms'a методъ внѣбрюшин. кесар. сѣче-нія 546.

Зондированіе матки 22; — —, перфорация 22; — — при внѣмат. беременности 498; — моче-точниковъ для опредѣленія ихъ sub ore-ratione 401.

Зондъ маточный 22, 109; — эластическій 23; — Playfair'a 56 (36), 109; — для промыва-нія матки 110 (108).

Зѣвъ матки наружный, опредѣленіе 23; — —, суженіе его 318.

## И.

Иглодержатель 104, 106 (95—97).

Иглы 106; — Deschamps'a тупыя 107 (98); — Deschamps'a съ рукою 149 (131).

Изслѣдованіе большой наружное 8, 9 (2), вну-треннее 12—14 (4, 5), инструменталь-ное 18—39.

— въ колѣнно-локтевомъ и Trendelenburg'ов-скомъ положеніи 10; — по способу Camp-

bell'я 12; — черезъ прямую кишку (Si-mon) 17; — — — и влагалищно-кишечно-брюшное 15, 17 (9).

— большой, схема для изображенія резуль-татовъ 16 (6—8).

— матки путемъ разсѣченія ея 32 (17—20); — слизистой матки острою петлею 34; — — при внѣмат. беременности 499 (310—312).

Императорскій Клиническій Повивально-Гинекологическій Институтъ см. *Повивально-Гинекологическій Институтъ*.

Инструкция для приготовления стерилизов. физиол. раствора 98; — (правила) для мытья рукъ и вообще приготовления персонала 43; — для стерилизации перевязочнаго матеріала 94, 95.

Инструментальный шкафъ 92.

Инструментарій 99—113.

Инструменты, содержаніе ихъ во время операціи 113 (111); — длинные, при влагалищн. чревосъченіи 213, 215; — при кускованіи матки 343.

Инструментъ Kurz'a для проведенія лигатуръ 149 (132); — Landau для промыванія 39 (27); — Отта для зажиманія резин. жгута 154 (140); — Отта для введенія мочеочниковаго катетера 83 (65); — Schatz'a 29; — Fränkel'я 39 (26); — для тампона-

цій полостей съ узкимъ входомъ 129 (120); — для снятія швовъ 167, 168 (153).

Интерстиціальнй см. *Межуточный* (фиброиды, внѣмат. берем.).

Интралигаментарное развитіе кистъ 440; — —, операція черезъ влагалище 444.

Интраперитонеальные методы кесарскаго съченія 539.

Инфаркты міомъ 373.

Инфекція въ послѣопераціонномъ періодѣ 187; —, сравнительныя условія при влагалищн. и брюшностѣночн. методахъ 194; — haematocoele 525; — плодн. мѣшка 527.

Инцизія неврввимыхъ кистъ при родахъ 461; — haematocoeles 522.

Ирригаторъ, штативъ 64 (38).

Искусственное дыханіе 136 — 140 (127 — 129).

Исходы см. *Результаты*.

## I.

Иeus въ послѣоперац. періодѣ 454; — послѣ кесарск. съченія 539; — послѣ кес. съч. съ разрывомъ по Fritsch'у 538.

Impfplantation (пересадочные переносы) 428, 439.

Interpositio uteri 292.

Иодъ, дезинфекція наружныхъ покрововъ 53.

Иодъ-кетгутъ 123.

## К.

Каленое железо (Rasquelin) 155.

Сampbell'я способъ изслѣдованія 12.

Камфарное масло, вливаніе въ брюшную полость 191.

Канюли для введенія въ вены физиологич. раствора 157 (142).

Капсула при внѣмат. беременности, удаленіе ея 512 (капсула плодовмѣстилища), 523 (капсула haematocoele).

Капиллярный дренажъ 128; см. *Тампонація*.

Кастрація при фиброміомахъ 322, 369.

«Castration utérine» 470.

Катетеризація пузыря при операціяхъ кистъ 428.

Катетеръ Fritsch-Bozemann'a 110.

Kelypnectomia per colpot. post. 504; — per coeliotom. abdomin. 508—512.

Кесарское съченіе 533—557; — — съ удаленіемъ матки 555; — — при ракъ матки 413; — — при кистахъ яичника 461.

Кетгутъ 122; иодъ — 123; — при зашиваніи брюшной стѣнки 177.

Кисты Бартолин. железъ 224 (176, 177), 226; — малой губы 228, 229 (182—184); — дѣвств. плевы 230 (185); — влагалища 237. — яичника 421—461; — — громадныя 423 (293); — —, измѣненія въ нихъ 424; — —, измѣненія, вызываемыя ими 422; — —, частота различныхъ формъ 424; — межсвязочныя 440.

—, оперативное леченіе см. *Овариотомія*.

— и беременность 457; вправленіе ихъ 460.

Кишечникъ, непроходимость въ послѣопераціонномъ періодѣ 189, 190; —, защита при чревосъченіи 171; —, пораненіе при чревосъченіи 172; —, поврежденіе при операціяхъ рака матки 411, 417, 418 (сравн. табл.); —, раздѣленіе срощеній 485.

Кишки, срощенія кистъ съ ними 435; —, пораненіе ихъ при операціяхъ кистъ 435; —, пораненіе при кольпотоміи 455; —, извлеченіе при прободеніи матки 309; —, резекція 310; —, суженіе вслѣдствіе срощеній 485.

Кишка прямая, изслѣдованіе черезъ нее 15, 17, (9); —, освѣщеніе 79—81 (58, 59); —, операція Субботина 255 — 257 (204 — 206); —, выпаденіе 279; —, вшиваніе мочеочниковъ 407.

Кишечно-влагалищная стѣнка, абсцессы 488.

Кишечно-влагалищныя фистулы 257.

Кишечныя освѣтительныя зеркала 81 (60).

Классификація формъ внѣматочной беременности 492, 493.

Классическое кесарское сѣченіе 534.

Клизмы изъ солевого раствора и опоражнивающія въ послѣоперац. періодѣ 186.

Климактерій и фиброміомы 369, 370.

Клиническія формы внѣматочной беременности 492; клиническое наблюденіе при внѣм. беременности 502.

Клиновидная эксцизія шейки 318.

Клѣтчатка околоматочная, удаленіе ея при операціи рака матки 386, 402, 405; —, нагноенія 486; —, хронич. пораженія 489; —, операціи на ней 486—491.

Кожа рукъ при увеличеніи подъ лупою 44—47 (28—31); —, бактерии въ железахъ 48 (32); — см. также *Наружныя покровы*.

Кожный шовъ 164; — брюшн. стѣнки 177.

Coitus reservatus 5.

Кокаинъ 141.

Коллапсъ послѣ операціи 186; — при разрывѣ кистъ 434; — при внѣматочной беременности 517; см. *Шокъ*.

Collin'овскій экартеръ 102 ((88)).

Collum conicum, ампутація шейки 319.

Кольпепринтеръ, вправленіе имъ матки при выворотѣ 303; разрѣзь по —у при влаг. кес. сѣченіи 551 (338), 552.

Colpocleisis 253.

Colporrhineorrhaphia, принципы 263; — послѣ родовая 264; —, техника 269, 271—279 (214—217 — фигуры освѣженія, 219—222); — уходъ послѣоперационный 286; — нерациональная 289.

Colporrhexia anterior Снегирева 291.

Colporrhaphia anterior 281; — mediana 291; — Sims'a и Brown'a 289.

Кольпотомія 192; — задняя 197 (161—164); — передняя 202 (165—166); — при кистахъ 442, 446 (задн.), 449 (передн.); — для удаленія ruosalpinx'овъ 468; — при внѣмат. берем. 497 (выборъ метода), 501 (техника при прогрес. формахъ), 514 (haematocoele), 518 (своб. кровот. въ брюшн. полость). 521 (регрес.). 528 (табл.).

Комбиниров. методъ, показанія къ нему при фиброміомахъ 347.

Компрессы марлевые 121.

Conglutinatio labiorum у ребенка 231 (188 — 189).

Консерватизмъ при операціяхъ 146.  
— и радикализмъ при фиброміомахъ 373; — — при внѣмат. беременности 496.

Консервативная міомектомія черезъ влагалище 324, 333—336 (251—254), 352; — — брюшностѣночная 352 (зашиваніе ложа, 262), — —, послѣдующая беременность 375; — операція на яичникахъ и трубахъ 480; — влагалищн. операція при внѣмат. берем. 502 (313, 314); — операція на трубѣ 513 (haematosalpinx).

Консервативное обращеніе съ яичникомъ при овариотоміи 432.

Constrictor communis auctorum 262.

Контроль гемостаза послѣ влагалищнаго удаленія матки 210; — освѣщеніемъ послѣ куск. матки 344; — послѣдов. кровотеченія при помощи влагал. дренажа 195.

Соорег'а ножницы 170 (100).

Коренное излеченіе послѣ влагалищн. операціи рака матки 396, 397; — — послѣ расширенныхъ (влаг. и брюшностѣн.) операцій рака матки 411; — — послѣ различныхъ методовъ операцій при ракъ матки 418 (сравнит. таблица).

Коренные способы операт. леченія фиброміомъ матки 323.

Корнцангъ 108; — съ заостр. концами 38 (25), 131 (121).

Крань см. *Зажимъ*.

Края ранъ, пластич. требованія 145; — —, сближеніе ихъ при посредствѣ пластинокъ 161, 162 (145).

Крестцовая (экстрадуральная) анестезія 144.

Крестцово-маточныя связки, укороченіе 292 (при выпаденіяхъ), 300 (при смѣщ. матки).

Крестцовый методъ 218—220 (175); — — при абсцессахъ 489.

Кровоизліянія послѣоперационныя 190.

Кровоостанавливающіе пинцеты 109 (105); — щипцы Richelot 152 (139); — щипцы Douen'a 109 (106); — швы 151. См. также *Форципрессура*.

Кровотеченіе, остановка его 148; 151 (при помощи швовъ), 152 (щипцовъ), 153 (резин. жгута).  
—, сравнит. гемостазъ при влагал. и брюшностѣн. чревосѣченіяхъ 195.

Кровотеченіє послѣдовательное, остановка 154; —, контроль при помощи дренажа 195; — при кольпопотоміяхъ 217; 454.  
— при ракахъ матки, палліативн. операція 419; — въ полость кисты 424, 433; — при туберкулезѣ матки 477; — свободное въ брюшную полость 516; — изъ матки при кесарск. сѣченіи 536, 538 (приемъ для остановки его 330).  
Кровь въ брюшной полости, туалетъ 173, 518.

Круглыя связки, міомы 227 (181); —, укороченіе 292 (при выпаденіяхъ), 297, 299 (235), 300 (при неправ. полож. матки); см. также Alexander-Adams.

Крючекъ острый 22.

Культя см. *Ножка*.

Кумоловый кетгутъ 122.

Kurz'a инструментъ для проведенія глубокихъ лигатуръ 149 (132).

Кускованіе матки 340—342 (258—260).

## Л (L).

Laminaria 25.

Лампа ручная 69 (41), — на подвижн. штативѣ 69 (42), — лобная 70 (43); —, призмѣніе при операціяхъ 70, 71 (44, 45); — для освѣтит. зеркаль 72 (46).

Landau инструментъ для пункции 39 (27).

Laparotomia 427.

Laparotomie extrapéritonéale (Pozzi) 184.

Laparocolpohysterotomia Solms'a 546.

Лапчатый пинцетъ 108 (102).

Laroyenne'a труакаръ 38 (25).

Latzko методъ экстраперитон. кес. сѣч. 544, 545 (334—336).

Lawson Tait'a операція 289.

Levator ani, ошупываніе при разрывахъ промежности 270; —, —, восстановленіе 277; —, —, міографія 289.

Леченіе послѣоперационной инфекции 188; — рака матки неоперативное 383.

Лигатуры массивныя (кровоостанавл.) 149; —, инструментъ Kurz'a для проведенія глубокихъ лигатуръ 149 (132); —, завязываніе узла 149 (133, 134); —, обрѣзываніе глубокихъ лигатуръ послѣ влагал. удаленія матки 211; —, оставленныя въ ранѣ, удаленіе ихъ черезъ влагалище 218; —, вы-

веденіе ихъ черезъ влагалище при полномъ удаленіи матки брюшностѣн. путемъ 368; — при надвлаг. ампут. матки послѣ кес. сѣченія 555 (340). — см. также *Швы*.

Лимфатич. железы см. *Железы*.

Липкопластырная повязка 125.

Лобная лампа 70, 71 (43—45).

Ложе межсвязочныхъ кистъ, обращеніе съ нимъ 441; — опухоли, освѣщеніе 327; —, —, зашиваніе 336 (влаг. міомектомія, 254), 352 (брюшностѣн. міомект., 262).

Ложечка Martin'a 306, 307 (237); — острая 107; — съ полуостр. краями 306, 307 (238).

Ложкообразныя зеркала см. *Зеркала*.

Ложные роды при внѣмат. берем. 519.

Locke'овская жидкость, промываніе брюшной полости 173.

Лопаніе кистъ 434.

Лоскутъ, снятіе его 147; —, — при перинеорафії 272, 274 (219), 275 (220).

Лущеніе фиброзн. узловъ 326 (248), 327 (ретроцервик.); 355 (253, междуточн.); — фиброзн. узловъ при брюшностѣн. чрево-сѣч. 351 (261); — межсвязочныхъ кистъ 440.

## М.

Малокровіе острое, мѣропріятія 155—158.

Манжетка влагал. стѣнокъ при расшир. влагал. операціи рака матки 386, 388, 391; 382 (279, препаратъ).

Массажъ при срощеніяхъ 485, 486; — при рубцов. процессахъ клѣтчатки 489.

Marsupialisatio 437 (кисты), 512 (капсулы при внѣмат. беремености).

Марлевые компрессики 121.

Марля іодоформенная 121.

Матеріаль для швовъ 121; 276 (перинеорафія).  
Матеріалы перевязочные 119—121.

Матка, изслѣдованіе 13; —, опредѣленіе связия съ опухолью 21; —, разсѣченіе ея съ диагностич. цѣлью 31 (18), 32; —, освѣщеніе полости 84 (66, зеркалѣ).

—, положеніе ея 294; —, выпаденія 261; —, исправленіе неправ. положеній 294—301 (231—235); —, выворотъ 302 — 304 (236).

—, удаленіе ея см. *Экстирпация*; —, прободеніе см. *Прободеніе*; —, примѣненіе шейки для закрытія фистуль мочев. путей 249; —, выведеніе ея при кольпотоміяхъ 200, 450; —, туберкулезъ 478; —, разрѣзь при кесарскомъ сѣченіи 534; —, выведеніе изъ брюшн. полости при кесар. сѣч. 535, 536 (328).

Маточная кастрація Réan'a 470.

Маточно-пузырныя фистулы 244, 245 (198, 199).

Маточный зондъ 22.

Матрачные швы см. *Швы*.

Мацерация внѣматочн. плода 527.

Мебель операционной 64, 65 (38, 42), 85—94 (67—74).

Межсвязочное развитіе кистъ 440; 444 (операт. вмѣшат. при этомъ); — — внѣматочной беременности, операція 509; — — фиброидовъ 354—356 (264, 265), 368.

Межуточная внѣмат. беременность 505 (ранніе стадіи; 316 — схема); 509 (поздніе стадіи).

Межуточные фиброиды 324, 325 (шеечные), 334 (тѣла матки).

Mesenterium, срощенія съ кистой 436.

Мезоторій, леченіе рака 383.

Мелкокостивидное перерожденіе яичника 432.

Менструальная кривая 59 (37); — функція, анамнезъ 4.

Менструація, явленія въ организмѣ 58; —, значеніе для выбора времени для операціи 59, 60; —, вліяніе на влагалищную флору 59.

Металлическая нить для швовъ 124, 161—163 (147, шовъ Бухмана).

Метастазы злокач. въ брюшн. полости 439.

Методъ см. *Способъ*.

Метрейринтеръ см. *Кольпейринтеръ*.

Metritis colli follicularis 317; — facultativa 5; — chronica, ампутація шейки 319.

Metronoikter Schatz'a 29.

Микроорганизмы влагалища, вліяніе на нихъ менструаціи 59; — см. также *Бактеріи*, *Бактеріол. изслѣдованія*.

Микроскопическая діагностика при внѣмат. беременности 498, 499 (310—312).

Mikulicz, тампонація по — 130.

Миома круглой связки 227 (181), 229.

Миоматомія консервативная или радикальная 334, 335; — по способу овариотоміи 359, 360 (270, 271).

Миомектомія консервативная черезъ влагалище 77 (примѣн. освѣщенія, 55); 326 (247, 248), 337 (251—254) (техника); — — брюшностѣночная 349—356 (261—263).

Миография levator'a ani 289.

Michel'я скобки 166 (152).

Momburg'a жгутъ 154.

Morcellement см. *Кускованіе*.

Морфій, введеніе его передъ наркозомъ 140.

Мочевой пузырь, см. *Пузырь*.

Мочеиспускательный каналъ, фистулы 243; — —, разрушеніе его 250; — —, созданіе новаго канала 250, 251 (202, 203); — —, созданіе изъ кишки (операція Субботина) 255—257 (204—206); — —, искусств. суживаніе наружнаго отверстія 252; — —, перекручиваніе 252, 253.

Мочеполовыя фистулы 239—256.

Мочеточниковыя фистулы 245 (200).

Мочеточникъ, катетеризація, инструментъ для введенія катетера 83 (65); —, зондированіе для опредѣленія sub operatione 401.

—, обнаженіе при расширенномъ влагал. оперированіи рака матки 388 (282), 391; —, препаровка при операціи Wertheim'a 400, 405, 406; — при межсвязочн. кистахъ 441.

—, пораненія его 406, 411, 417 (сравн. табл.— при оперир. рака матки), 456; —, спииваніе перерѣзаннаго мочеточника 406 (290, 291); —, вшиваніе (пересадка) въ пузырь 246, 407 (292).

Müller'a разрѣзь матки при кесарск. сѣченіи 534, 537.

Мытье большой 43; — рукъ, правила 43; — —, способъ Fürbringer'a 48; — —, щетка 49 (33).

Мышечно-апоневротическіе швы 175 (154, 155).

Мышечное тазовое дно, несостоятельность 262; см. *Тазовое дно*.

Мѣстная анестезія 141.

## И (N).

Наблюденіе за послѣоперационной больной 185; — при внѣмат. берем. 500, см. также *Выжиданіе*; — послѣ наркоза 186.

Нагноеніе въ ранѣ 189; — влагалищн. раны послѣ чревосѣченія, уходъ 216; — —, брюш-

ной стѣнки послѣ расшир. операціи рака матки 411, 417 (сравн. табл.); — haematocеле 525; — капсулы плода 527; — кистъ 424, — —, операція при этомъ 438; — въ околوماتочн. клѣтчаткѣ 486.

Надвлагалищное усѣченіе матки послѣ кес. сѣч. 555 (340), 556; — — — при фибромиомах 357—362.

Надвлагалищный отдѣлъ шейки матки, фиброиды, см. *Ретроцервикальные...*

Надлобковое сѣченіе пузыря при операціи фистуль 248 (201).

Наконечники стеклянные 110 (107), 111.

Наложеніе швовъ, общія требованія 159.

Наркозъ общій 133—140; — повторный 138; —, средства 138; —, осложненія 135; — смѣшанный 139; —, противопоказанія 141; —, наблюденіе послѣ него 186; — внутривенный (гедонал.) 144; —, см. также *Анестезія*.

—, помѣщеніе для него 133.

Наркотизаторъ, изолированіе его во время операціи 45.

Наружное изслѣдованіе больной 8, 9 (2).

Наружные покровы, дезинфекція 52; — —, разрѣзъ 146; — —, см. *Кожа*.

— половые органы, операціи 223—229.

Наружный зѣвъ, суженіе его 318.

Нарушеніе цѣлости сосѣднихъ органовъ при операціяхъ, см. *Пораненіе...*

Недостаточность тазового дна 262; см. *Тазовое дно, Возстановленіе*; — sphincter'a ani 270 (ощупываніе), 279 (операція).

Nélaton'овскіе щипцы 103 (90).

Неполная (неоконченная) оваріотомія 437.

Непосредственные результаты операцій при выпаденіяхъ 287; — — — при ракъ матки

394 (влаг.), 409 — 411 (брюшностѣн.), 417 (сравн. таблица); — — — при вѣмат. берем. 528; — — см. также *Результаты...*

Неправильныя положенія половыхъ органовъ 261—304.

— — — матки, исправляющія операціи 294—301; — — —, исправленіе ихъ послѣ возстановленія тазового дна 286.

Непрерывный шовъ 163, 164 (147—150).

Непроходимость кишечника въ послѣопераціонномъ періодѣ 189, 190.

Несостоятельность мышечнаго тазового дна, выпаденія половыхъ органовъ 262....

Новообразованія Бартолиновыхъ железъ 226 (176—180); — наружн. полов. органовъ 228, — влагалища 237; — матки и яичника см. *Фибромиомы, Ракъ, Саркома, Кисты* и т. д., — круглыхъ связокъ см. *Миома...*

Ногодержатель Отта 88, 90 (73).

Ножка кисты, перекручиваніе 424, 433 (операція); — —, обращеніе при оваріотоміи 429; — —, перевязка 430, 431 (294, 295, брюшност. чревос.), 447, 448 (296, 297, кольпот.); — —, раздавливаніе 430.

— послѣ надвлагалищной ампутаціи матки, обработка ея 357, 358 (266—271).

— при трубныхъ формахъ вѣмат. берем. 509.

— фиброида, перевязка ея 354.

Ножницы 106, 107 (99, 100).

Ножъ 106, 108 (101); —, веденіе его при разрѣзѣ 146.

## О.

Обвинной шовъ см. *Непрерывный шовъ*.

Обезболиваніе см. *Анестезія*.

Обеззараживаніе 42.

Обколь влагалища послѣ полного удаленія матки чревосѣченіемъ 365 (274).

Obliteratio vulvae rectalis 253.

Обнаженіе операц. поля при чревосѣч. 171; — — — при влагал. удаленіи раковопораж. матки 385; — задняго свода 198 (161).

Обстановка асептическая и антисептическая 40; — при операціяхъ 114; — операціонной 63; — наркоза 133.

Объемъ опухолей, значеніе для влагалищ. пути 211, 347.

Объясвленіе вѣматочнаго плода 527.

Оваріотомія 421—461; — влагалищная 77 (54, примѣненіе освѣщенія), 442; — неполная 447.

Околоматочная клѣтчатка, операціи на ней 483; — —, нагноенія 486.

Оленьи жилы 124.

Olshausen'a разрѣзъ при влагал. кесар. сѣч. 552, 553 (339); — уретропластика 252.

Oophoritis follicularis productiva 432; —, см. *Яичникъ, Придатки*.

Операбельность при расширенной влагалищ. операціи рака матки 391, 393; — при ракъ матки, вліяніе расширенія операбельности на непосредств. результаты 410; — при разныхъ методахъ оперированія рака матки 418 (сравн. табл.).

Оперативное леченіе вѣмат. берем., необходимость его 494.

Операціонная 63; — Повив.-Гинек. Института 65, 66 (39), 68 (40); —, расположеніе и освѣщеніе 67.

— обстановка 63, 64, 85.



- Операційное поле, обнаженіе его см. *Обнаженіе*; — , освѣщеніе см. *Освѣщеніе*.
- Операційный столъ, см. *Столъ*.
- Операція, приготовленіе больной 52, 61, 138 (сердечн. средства); — , подготовит. мѣропріятія 57; — , выборъ времени въ зависимости отъ разн. условій 58—61; — , общія правила 147...
- Операція Battey'я 322, 369; — Волковича 253; — Hadra 484; — Emmet'a 320 (244, 245); — Lawson Tait'a 289; — E. Martin-Bumm'a 282 (226, 227); — Piccoli 304; — Porro 555; — Субботина 255 — 257 (204 — 206); — Freund'a 380; — Schauta-Wertheim'a 292; — см. также *Способъ*.
- Опорожненіе кистъ 428, 429.
- Опрось больной 3; — — , схема предлагаемыхъ вопросовъ 6.
- Опухоли, опредѣленіе связи опухоли съ маткой 21; — яичника и беременность 458.
- Опущеніе стѣнокъ влагалища и сводовъ 270.
- Орошеніе ранъ 148.
- Освѣженіе при возстановленіи тазового дна 272 (214—217), 273—275 (219, 220); — при выпаденіи кишки 279, 280 (225); — при мочевыхъ фистулахъ 240, 241 (192).
- Освѣтительныя зеркала 74 (50, 51), 75; — — для кишки 81 (60), полости матки 84 (66), пузыря 82 (63).
- Освѣщеніе операційной 67.  
— операційнаго поля 69; — — лобной лампой 70, 71 (44, 45); — полостей 72; — брюшной полости 73 (49), 74, 76; — кишки 80; — пузыря 83; — полости матки 84; — влагалища 85.  
— ложа опухоли послѣ консерв. удаленія фиброзн. узла 327; — контрольное послѣ влагал. удаленія матки 344; — полости haematocoele 515.
- Осложненія наркоза 135.  
— при вскрытіи брюшины 171; — при операціяхъ кистъ 432; — классич. кесарск. сѣченія 539; — влагалищн. кесар. сѣченія 554.  
— послѣ чревосѣченій 187 (брюшностѣночн.), 217 (влагал.).
- Осложненныя фистулы 246.
- Осмотръ больной 7; — наружныхъ полов. органовъ 12; — операційнаго поля послѣ кольпотоміи 449.
- Остановка кровотока см. *Кровотеченіе*, *Гемостазъ*.
- Остеомаляція, удаленіе матки и яичниковъ 557.
- Острая ложка 107; — петля 34 (21).
- Острое малокровіе, мѣропріятія 155.
- Острый крючекъ 22.  
— стадій вѣнмат. беременности 512.
- Отверстіе послѣ удаленія матки, закрытіе его, уменьшеніе или дренажъ 211; незакрываніе его въ послѣоперац. періодъ 216.
- Отдаленные результаты операцій при выпаденіяхъ полов. органовъ 287; — — послѣ ампутаціи шейки при collum conicum 319; — — при ракъ матки 381, 394—397 (влагал. расшир. способъ), 411 (брюшностѣн. спос.), 414—416 (сравн. знач. способовъ), 418 (срав. таблица); — — при вѣнмат. беременности 529.
- Отдѣленіе пузыря отъ маточн. шейки 30 (17), 32, 203 (166) (передн. кольпотомія); — — при зашиваніи пузырныхъ фистулъ 243—245 (196—199); — — въ запущенныхъ случаяхъ при ракъ матки 386; — — при экстраперитон. кесарск. сѣченіи 543 — 545 (334); — — при влагалищн. кес. сѣч. 550 (337); — — при удаленіи послѣродовой матки 413.  
— кистъ 431 (перерѣзка ножки), 449; — сращеній 172.
- Открытіе матки для изслѣдованія 24, 31 (кровоавое).
- Отта жгутозажиматель 153, 154 (140), — иглодержатель 104, 106 (95); — зеркала 74, 100 (83); — способъ освѣщенія полыхъ органовъ 72—85 (49, 54—59); — штопоръ 105 (94); — распылитель 126 (119); — ногодержатель 88, 90 (73).  
— , зашиваніе брюшной стѣнки 174—177 (154, 155); — , зашив. кишечновлагал. фистулъ 258—260 (207—209), — перинеотомія 212, 264—268; — разсѣченіе кожной промежности 273 (218), — освѣженіе при выпаденіи кишки 279; — обработка культи послѣ надвлагал. ампутаціи матки 359, 360 (270, 271); — , тампонація 130; — , разсѣченіе рубцовъ околоматочной клѣтчатки 490, 491 (306—308).
- Очистка операційной 63.  
— общая 44; — общихъ покрововъ въ области операц. поля 52; — пупка 53; — влагалища 55; — полости матки 56.

## II (P).

- Rasquelin'a аппаратъ см. *Каленое желъзо*.  
 Палліативные способы оперирования фиброміомъ 369; — — — рака матки 419.  
 Пальцевое изслѣдованіе полости матки при вѣзм. берем. 498.  
 Пальцы, кожа при увеличеніи подь луною 44—47 (28—31); — , расположеніе при завязываніи лигатуры 150, 151 (135 — 138); — резиновые 51 (34).  
 Parahysteromyomectomy 363...  
 Parametrium см. *Околomаточная клетчатка*.  
 Парасакральный методъ 220.  
 Парезъ конечностей послѣоперационный 191.  
 Пароваріальная кисты 440...  
 Паръ текучій 56; — , очистка операционной 63; — , примѣненіе при кровотеченияхъ 155.  
 Péan'a «Castration utérine» 470, 489.  
 Перевозка больной 118 (116).  
 Перевязка и уходъ за раной 119 — 132; — при чревосѣченіи 124; — раневыхъ поверхностей съ обильнымъ отдѣляемымъ 127. — широкихъ связокъ при удаленіи матки 206 — 209 (167—170); — сосудовъ 151. — культы (ножки), контроль при освѣщеніи 455; — ножки фиброида 354; — ножки кисты 430, 431 (294, 295, брюшностѣночн. чрев.), 447, 448 (296, 297, влагал. чрев.). — боков. сосудовъ шейки при ампутаціи ея 284 (229), 285; — маточн. артерій, какъ показ. возможности влаг. удаленія матки 347; — сосудовъ при фиброміомахъ 371.  
 Перевязочный матеріалъ 94 (стерилизація), 119—124; — столь 117 (115).  
 Передній сводъ, разрѣзъ при кольпот. 202, 450. «Передникъ» при влагал. операціяхъ 54 (35).  
 Передняя кольпотомія 202—204 (165, 166); 449, 450; — — , сравненіе передней и задней кольпот. при заболѣв. придатковъ 451.  
 Пережиганіе швовъ 167.  
 Перекручиваніе ножки кисты 424, 433 (операція); 458 (при родахъ); — мочеиспускат. канала при недержаніи мочи (Gersuny) 252.  
 Переноска больной 117.  
 Перерожденіе фиброміомъ (показ. къ вмѣшат.) 372.  
 Перерѣзка мочеточника и шиваніе его 406, 407 (290—292).  
 Пересадка лоскута при зашиваніи фистуль 249; — мочеточника 246 (въ пузырь), 255 (въ кишку); — сводовъ при элонгаціяхъ шейки 284—286 (229, 230).  
 Переходныя складки мочевого пузыря 541, 542 (331—333).  
 Perimetritis см. *Брюшина, Срощенія*.  
 Перинеорафія 277, 278 (221, 222); 286 (уходъ послѣ операціи); — по Sims'у, Brown'у, Lawson Tait'у 289.  
 Перинеотомія боковая 212, 214 (173); — — при родахъ 267. — срединная 212, 213 (172); — — при родахъ 264 — 266 (210), 267 (выведеніе головки послѣ —, показанія къ —), 268 (зашиваніе послѣ — 211, преимущества); — кожного остатка при возстановленіи тазового дна 272; — повторная 288. — поперечная (perineotomia transversalis) какъ операт. путь 220; — — при гнойникахъ septi recto-vaginalis 488. — при удаленіи матки 338; — при расшир. влагал. методъ операціи рака матки 385.  
 Перитонизація культы шейки послѣ надвлагал. ампутаціи матки 362 (272, 273); — культей и дренажа по удаленіи раково-перер. матки по расшир. способу 405 (289).  
 Перитонитъ при кистахъ 424, 427, 433; — септич. послѣ оваріотоміи 453; — при гоноройныхъ pyosalpinx'ахъ 464; — туберкулезный 478, 479.  
 Перфорація см. *Прободеніе*.  
 Перчатки 50.  
 Петля кишки, извлеченіе ея при прободеніи матки 309. — острая 34 (21); — тупая 306, 307 (239).  
 Пинцеты 107—109 (102—106).  
 Pyosalpinx 462—473; (— см. *Табл. IX*); — gonorrhoeica 463; — septica 464; — tuberculosa 474; —, удаленіе 468 (кольпот.), 469 (брюшностѣн.).  
 Пищеварительный трактъ, подготовка къ операціи 61.  
 Пластика, соблюденіе ея требованій при разрѣзѣ 147.  
 Пластинки для сближенія краевъ раны 162 (145).  
 Placenta praevia caesarea 535; — — и влагалищное кесарское сѣченіе 553; —, см. также *Послѣдъ*.  
 Playfair'a зондъ 56 (36), 109.  
 Pliscae vesicales см. *Переходныя складки*.  
 Плодный мѣшокъ при вѣзмат. беременности, разрывъ 510, 519; — —, срощенія 509, 512, 523, 527 (325—327); — —, нагноеніе 527.

Плодь, извлеченіе при классич. кесар. сѣч. 535.  
 Плодь при вѣмат. берем., выжиданіе жизнеспособности 507; —, уродства и деформации 507; — доношенный 510 (въ рудим. рогѣ 318, 319); —, вѣтрубное его положеніе, операція 510; —, послѣдовательн. измѣненія его 527; —, предсказаніе для плода при операціяхъ 531.  
 Плоское зеркало Отта 100 (83).  
 Пневмоніи послѣопераціонныя 192.  
 Повивально-Гинекологическій Институтъ, описаніе 65; — — —, правила для занимающихся 43; — — —, аутоклавы 94 (77); — — —, очистка воздуха 63; — — —, рукомойники 45; — — —, операціонная 65, 66 (39), 68 (40); — — —, стерилизація воды 95—96.  
 — — —, опытъ съ перчатками 45; — — —, частота брюшноствѣнч. и влагалищн. чревосѣченій 212; — — —, результаты перинеорафій 265, 287; — — —, статистика фиброміомъ 377 — 379; — — —, опухоли яичника, частота различн. формъ 424; — — —, выкидыши, ростъ поступленій 311; — — —, статистика рака матки 417, 418 (таблицы); — — —, статистика вѣмат. беременностей 528.  
 Повязка 124.  
 Повторная вѣмат. беременность 530.  
 Повторный наркозъ 138.  
 Повторныя чревосѣченія 184.  
 Погружные швы 161; — — брюшной стѣнки 175, 176 (154, 155); — — при возстановленіи тазового дна 276, 277 (221).  
 Подготовительныя мѣропріятія при операціяхъ 57.  
 Поддерживаніе нижней челюсти при наркозѣ 136, 137 (125, 126).  
 Подкожное вливаніе физиологич. раствора 158.  
 Подслизистыя фиброміомы тѣла матки 330.  
 Подсывороточныя фиброміомы 336, 354.  
 Подтягиваніе органовъ (матки) при влагалищной операціи 200.  
 Подъёмникъ 100 (84); — боковой (экартеръ) 101 (85, 86) см. также *Экартеръ*.  
 Поздніе результаты см. *Отдаленные результаты*.  
 — выкидыши, опорожненіе матки 312; — сроки вѣмат. берем. 506 (прогресс.), 526 (регресс.).  
 Показанія къ операціи при вѣматочной берем. 492; 493 (регресс. формы); — къ ампутаціи влагалищн. части шейки 317; — къ

выскабливанію 310; — къ вѣмшат. при фиброміомахъ 372; — къ овариотоміи 421, 459 (при беременности), 442 (кольпот.); — къ удаленію влагалищн. кистъ 238; — къ операт. вѣмшат. при смѣщеніяхъ матки 300; — къ вѣмшателству при *ruosalpinx*'ахъ 464; — къ вѣмшат. при туберкулезѣ полов. аппарата 476; — къ кесарскому сѣченію 533, 548 (транс- и экстраперит.), 549 (влагал.), 556 (съ удаленіемъ матки).  
 — къ влагалищн. чревосѣченію 211; — къ полному удаленію фибром. матки 364 (брюшноствѣн. путемъ), 345 (влаг. пут.); — къ удаленію раково-перерожд. матки 392 (влагал. путемъ), 408 (брюшноствѣн. путемъ); — къ опорожненію гнойниковъ черезъ влагалище 467; — къ операт. раздѣленію брюшинныхъ сросченій 484.  
 Полипы слизистыя 324, 330; — фиброзныя 324.  
 Половая жизнь, анамнезъ 4.  
 Положеніе больной при осмотрѣ 6, 7 (1); — — при внутреннемъ изслѣдованіи 13 (4); — — при освѣщеніи брюшной полости 75, 76 (52, 53), 198; — при спинномозговой анестезіи 144.  
 — больной колѣнно-локтевое 10, 11 (3); — — Trendelenburg'a 10; — — горизонтальное и наклонное, расположеніе органовъ брюшной полости 72 (47).  
 — изслѣдующаго при внутр. изслѣдованіи 13 (4).  
 Полость матки, открытіе ея 24, 31 (кровав.); — —, очистка 56; — —, бактеріол. изслѣдованія 56; — —, освѣщеніе 84.  
 Поль операціонной 65.  
 Полые органы, принципы зашиванія 172.  
 Помѣщеніе для операціи см. *Операціонная*; — для наркоза 133.  
 Поперечный разрѣзъ брюшной стѣнки (*Fanpenstiel*'я) 180 (157—160).  
 Пораненіе смежныхъ органовъ при операціяхъ рака матки 391 (влагал. расшир. методъ); 403 и 411 (брюшноствѣн. расшир. мет.); 417 и 418 (сравнит. таблица); — — при операціяхъ кистъ 436; — — — при влагал. гистеректоміи по поводу заболѣваній придатковъ 472; — — — при кольпотоміи 455.  
 — при операціяхъ кишечника 435, 455 (кольпот.); — мочевого пузыря 554 (влаг. кес. сѣч.); — мочеточника 406.  
 Пороки развитія полов. канала 230.

- Roggo операція 555.
- Послойный разръзъ при вскрытіи гнойниковъ трубъ 467.
- Послѣдовательное кровотеченіе см. *Кровотеченіе*.
- Послѣдъ при вѣмат. берем., прикрѣпленіе 511; —, отдѣленіе и извлеченіе при кес. сѣч. 535, 537 (329); — см. также Placenta.
- Послѣоперационная инфекция 187.
- Послѣоперационное теченіе послѣ влагалишн. экстирпаций матки 344, 349; — — послѣ влаг. чревосѣч. вообще 215; — — послѣ оваріотоміи 453; — — послѣ кольпотоміи 456.
- Послѣоперационный уходъ см. *Уходъ*.
- Послѣоперационныя грыжи 177; — осложненія 187.
- Послѣродовой періодъ, значеніе для операціи 60; — — при опухоляхъ яичника 457, 461; — —, удаленіе матки 413.
- Rotain'a аппаратъ 36, 37 (23, 24).
- Потолокъ операционной 67.
- Pozzi непрерывный подкожный шовъ 165 (150).
- Предсказаніе при операціяхъ по поводу выпаденій 287; — — — смѣщенной матки 300; — при выскабливаніи 310; — при ампутаціи шейки матки 319; — при опериров. фиброміомъ 376; — при удаленіи раковоперожд. матки 393 (влагал.), 411 (брюшно-стѣн.); — при оваріотоміи 452; — при вѣмат. берем. 528; — при отдѣльныхъ формахъ вѣм. берем. 530; — при классич. кесарск. сѣченіи 539; — при влагал. кес. сѣч. 554.
- Преимущества полного удаленія матки при фиброміомахъ 363; — влагал. пути при кистахъ 453; — влагал. чревосѣч. передъ брюшно-стѣночн. 196.
- Прерываніе (самопроизв.) беременности при опухоляхъ яичника 461; — вѣмат. берем. искусственное неоперативное 501; — вѣм. берем. острое 512, 530 (предск.).
- Прессованная губка, см. *Губки*.
- Приготовленіе больной къ операціи 52, 61 (пищев. трактъ), 138 (сердечн. средства); — персонала, принимающаго участіе въ операціяхъ 43.
- Придатки, удаленіе ихъ при ракъ матки 390; —, воспалит. пораженія, операт. леченіе 462; —, схема удаленія ихъ 469 (299); —, удаленіе матки при ихъ пораженіяхъ («castration utérine») 470.
- , осмотръ попутный придатковъ при чревосѣченіяхъ 470; —, консерват. операціи на нихъ 480....
- Прижиганіе пораженныхъ ракомъ участковъ 385 (дезинфекц.), 419 (палліат. вѣмш.); — см. *Каленое желѣзо*.
- Принципы восстановленія тазового дна 263.
- Присыпка для раневыхъ поверхностей 126.
- Пробная пункція 35—39; — — при абсцессахъ 488; — — при вѣмат. берем. 500; — — при гнойникахъ трубъ 466; — эксцизія 34.
- Пробное чревосѣченіе при вѣм. берем. 501.
- Пробный соскобъ слизистой матки 34; — — при вѣмат. берем. 499, 500 (310—312).
- Пробненіе матки при выскаблив. 308; 309 (извлеч. петли кишки) (*табл. II*—извлеченіе сальника); 499 (вѣмат. берем.); — — при зондированіи 498 (вѣм. бер.), 22.
- Проволочныя швы см. *Металлическая нить*.
- Прогрессирующія формы вѣм. берем., ранніе стадіи 501 (операт. леч.), 530 (предск.).
- Промежностно-влагалищныя фистулы 258.
- Промежность, сохраненіе ея при родахъ 264 (профил. разрывовъ); —, старые разрывы, зашиваніе 269; —, изслѣдованіе при разрывахъ 269; —, разрывы полные 280; —, см. также *Тазовое дно*.
- Промываніе брюшной полости 173, 439; — матки 110.
- Противобактерійная сыворотка 188.
- Противогнилостный методъ 40.
- Противопоказанія къ наркозу 141; — къ влагал. удаленію матки при фиброміомахъ 348; — къ оперированію кистъ 425; — къ влагал. кес. сѣченію 549.
- Профилактика мочеполовыхъ фистулъ 239; — выпаденія женскихъ полов. органовъ 264.
- Прямая кишка, см. *Кишка прямая*.
- Псейдомиксомы 434.
- Пузырь мочевоы, излѣдов. ручное 17; — —, освѣщеніе 82, 83 (61—64); — —, отдѣленіе отъ шейки см. *Отдѣленіе пузыря*; — —, катетеризація при операціяхъ кистъ 428; — —, срощенія съ кистами 436; — —, злокач. перерожденія при злокач. кистахъ 440.
- —, эктонія, операція Субботина 255; — — зашиваніе фасціальной поддержки его при cystocele 282 (226, 227); — —, пексіи его при выпаденіяхъ пол. органовъ 291.
- —, пораненія его при кольпотоміи 455, при влагал. кес. сѣченіи 554, при расширен.

- брюшностѣночн. методъ удаленія раково-перер. матки 411, 417.  
 — —, вшиваніе мочеточника въ пузырь 407 (292); надлобковое сѣченіе — — при операціи фистуль 248.  
 Пузырно-влагалищныя фистулы 242; — маточныя фистулы (пузырно-шеечныя) 244, 245 (198, 199); — брюшинныя переходныя складки, топографія ихъ 541.  
 Пулевые щипцы, см. *Щипцы*.  
 Пункція кистъ 428; —, см. *Пробная пункція*.  
 Пупокъ, дезинфекція его 53.  
 Пупочныя грыжи 178.  
 Pfannenstiel'я методъ, см. *Поперечный разръзъ*.

## Р (R).

- Работоспособность, возстановленіе ея послѣ внѣмат. беременности 529.  
 Равновѣсіе органовъ въ брюшной полости 261.  
 Радикализмъ и консерватизмъ при міомахъ 373; — — — при внѣмат. берем. 496.  
 Радикальная операція при внѣмат. берем. 504 (ранніе стадіи), 508 (поздн. стадіи); — міомектомія, условія и сравненіе съ консерват. операціей 334, 335.  
 Разбухающія средства (расшир. шейки матки) 24.  
 Раздавливаніе сосудовъ 153 (ангиотрипсія); — ножки кисты 430.  
 Разжиматель челюстей Heister'a 135 (124).  
 Разръзъ (вертик.) операціонной 68 (40).  
 Разръзъ, веденіе его 146.  
 — брюшной стѣнки см. *Брюшная стѣнка*.  
 — брюшины для вылушенія межсвязочнаго фиброида 355 (264); — — для обнаженія мочеточника при операціи Wertheim'a 401 (286).  
 — при влагал. кесарскомъ сѣченіи 550 (337), 551 (338, разръзъ по метрейринтеру), 553 (339—линіи различн. разръзвъ).  
 — при влагалищномъ чревосѣченіи 197, 198 (162—164, задн. кольпот.), 202, 450 (пер. кольпот.); — при операціяхъ ruosalpınx'овъ черезъ влагалище 466.  
 — матки при кесарскомъ сѣченіи 534; — — по Fritsch'у 534, 538; — — по Müller'у 534, 537; — — по задней стѣнкѣ 540 (цервик.); — — передній цервикальный 540; — — при экстраперит. кесарск. сѣч. 546.  
 — трубы при трубной беременности (консервативн. опер.) 502 (313, 314), 503.  
 — промежности см. *Перинеотомія*; *Разсѣченіе*.  
 Разръзы для устраненія фиксаціи краевъ фистуль и пузыря 247.  
 Разрывъ кисты 424; — —, операція при разорв. кистѣ 433; — — при беременности 458.  
 — матки, показ. къ удаленію 557; — — послѣ кесар. сѣченія 539, 548; — послѣ влагал. кес. сѣч. (продолженіе разръза) 553, 554.  
 — трубы (плодовмѣстилища) при внѣмат. берем., остр. явленія 516; — —, операція при внѣтрубномъ положеніи плода 510, 519.  
 Разрывы промежности при родахъ 264; 265 (неблагопріятн. стороны сравнит. съ разръзами); — — неполные, схем. изобр. 270 (212, 213); — — полные, схем. изобр. 279 (223, 224); — —, зашиваніе см. *Colpoperineorrhaphia*, *Rectocolpoperineorrhaphia*.  
 — шейки матки при расширеніи 310; — —, зашиваніе, 320 (244, 245).  
 Разсѣченіе влагалища и части тазов. дна при расшир. влагалищной операціи при ракъ матки 385; — кожной промежности при возстановленіи тазов. дна 272, 273 (218).  
 — промежности при родахъ 265, 266 (210); — — срединное 212, 213 (172); — — боковое (Schuchardt) 212, 214 (173); — — см. *Перинеотомія*; — — при промежностно-влагалищныхъ фистулахъ 258.  
 — капсулы узла при консерв. міомектоміи 326 (247); 334 (252); — рубцовъ клѣтчатки 490, 491 (304—308).  
 — матки діагностич. 31 (18), 32; — — срединное при ея выведеніи (влаг. экстирпація) 338 (255); — — при удаленіи ея съ придатками 471 (черезъ влагал.), 473 (брюшностѣн. путемъ).  
 — шейки матки діагност. 32 (19); — — при выкидышахъ 313; — — фронтальное при ампутаціяхъ ея 315 (240); — — по Sims'у 318; — — для достиженія фибрознаго узла 330, 332.  
 Разстройства, вызываемыя кистами 422.  
 Ракъ матки 380, 420; — шейки матки 382 (279)...; — шеечнаго канала 395; — полости матки 383 (280), 395, 397, 408; — матки и беременность 412.

- Раковое поражение железъ при ракъ матки 399, 409.
- Рана, уходъ за — 119; —, орошение ранъ 148; —, зашивание см. *Зашиваніе* и *Швы*.
- Раненія полыхъ органовъ, зашивание 172.
- Раннее вставаніе послѣ операціи 186.
- Ранніе стадіи вѣмат. берем., операт. вѣмшат. 501 (прогрес. формы), 513 (регрес. ф.).
- Распознаваніе см. *Диагностика*.
- Расположеніе ассистентовъ при операціяхъ 114 (112—114); — органовъ брюшной полости при горизонтальномъ и наклонномъ положеніи больной 72, 73 (47, 48); — пальцевъ при завязываніи лигатуръ 150, 151 (135—138);
- Распылитель Отта для присыпокъ 126 (119).
- Растворъ физиологическій, стерилизація 98; — —, вливаніе въ вены 156 (141), 157.
- Растворы дезинфекц. жидкостей 91 (74, штативъ), 92; — лекарств., ампулы для стерилизов. растворовъ 142 (130).
- Расхожденіе раны брюшной стѣнки 185.
- Расширеніе матки бужами 28, 29 (16); — — кровавое 31 (17—20); — брюшного конца трубы при *graviditas ampullaris* 503.
- Расширенные методы оперированія рака матки: влагалищный 382 (279 препаратъ удаленной матки); 386 (широта удаленія тканей); 391 (техника Schauta 281—284); — —, брюшностѣночный 397—411 (285—289); — —, сравнит. оцѣнка влагал. и брюшностѣн. методовъ 413—418.
- Расширители Hegar'a 27, 28 (15).
- Расщепленіе краевъ фистулы при зашиваніи 243 (195).
- Регрессирующія формы вѣмат. берем., опасности ихъ, показаніе къ операціи 495; — — раннихъ сроковъ 519; — — позднихъ сроковъ 526; — —, предсказаніе 530.
- Режимъ въ послѣопераціонномъ періодѣ 186; — послѣ операцій при выпаденіяхъ 287.
- Резекція влагалища при опухоляхъ 238; — кишки при извлеченіи ея при перфорации матки 310; — сальника 435; — трубы при вѣмат. берем. 504; — яичника 481 (302).
- Residua parametritidis 489; — peritonitidis 483.
- Резиновый дренажъ 128; — —; введеніе его въ полости съ узкимъ входомъ на зондѣ 467. — жгутъ 153; см. также *Жгутъ*.
- Резиновые перчатки 50; — колпачки для пальцевъ 51 (34).
- Результаты см. *Предсказаніе*.
- Результаты влагалищнаго и брюшностѣночнаго вскрытія брюшной полости 193.
- послѣ ампут. шейки при *collum conicum*, отдаленные 319; — послѣ операцій при выпаденіяхъ 287; — влагал. гистеректоміи при пораженіяхъ придатковъ 472; — операцій при ракъ матки 381, 394 (непосред. при влагал. удаленіи), 395 и 396 (отдал.); 417 и 418 (сравнит., непосред. и отдал., при различн. способахъ); — операт. вѣмшательства при туберкулезѣ полов. аппарата 478; — операцій при фиброміомахъ 377; 378 (таблица); — надвлагал. ампутаціи матки при фиброміомахъ 360, 363.
- см. также *Непосредственные результаты*, *Отдаленные результаты*.
- Reiner'a иглодержатель 106 (97).
- Rectocele 270.
- Rectocolonoscopy 80.
- Rectocolpoperineorrhaphia 280; (Табл. I).
- Rectum см. *Кишка прямая*.
- Рентгеновскіе лучи, леченіе рака 383.
- Рентгенографическое изслѣд. при вѣмат. беременности 500.
- Репозиція кистъ при родахъ 460.
- Retinaculum uteri 282, 283.
- Retroversio, операціи при смѣщ. матки взадъ 295...; —, осложненная *anteflexi'e* 301; — *flexio*, какъ причина выпаденій 262.
- Ретроцервикальные фиброиды, консервативн. удаленіе черезъ влагалище 325—328 (246—248); — —, осложняющіе беременность 375 (278); — —, препятствіе для родовъ 325.
- Рецидивы, оперированіе при — рака 420; — гоноройныхъ *ruosalpinx*'овъ 467; — при консервативн. операціяхъ на придаткахъ 482; — эктопич. беременности см. *Повторная вѣмат. беременность*.
- Рецидивирующее лопаніе кистъ 434.
- Richelot щипцы 131 (122), 152 (139).
- Родовая дѣятельность, анамнезъ 3.
- Роды, значеніе для операціи 60; —, сохраненіе промежности 264; —, перинеотомія 265, 266 (210); — послѣ зашиванія промежности 288; — послѣ гистеропексій 291, 301; — при опухоляхъ яичника 457, 458, 460.
- Роды ложные при вѣмат. берем. 519.
- Рожденіе фиброзныхъ полиповъ 330, 331 (250).
- Roth-Dräger'a аппаратъ 135.
- Рубцовыя ткани, разрѣзаніе ихъ 147; — измѣненія связокъ и клѣтчатки 489 — 491

(разсѣченіе рубцовъ 304 — 308); — —  
краевъ мочеполовыхъ фистулъ 247.  
Рудиментарный рогъ матки и haematometra 236;  
— — —, беременность 506 (ранніе стад., схема  
317), 509—511 (поздніе стадіи, 318, 319).

Руки, кожа рукъ 44 — 48 (28 — 32); —,  
очистка ихъ 46; —, правила дезинфекціи  
рукъ 43.  
Ручное вправленіе при выворотѣ матки  
302.

## С (S).

Сакральный методъ 218, 219 (175).  
Sactosalpinx при гангреносцир. фиброидахъ 332;  
— purulenta см. Pyosalpinx.  
Salpingoophoritis gonorrhoeica 463.  
Salpingostomia 482 (303).  
Сальникъ, извлеченіе при прободеніи матки 309;  
(Табл. II); —, пластика при его помощи 485;  
—, срощенія кистъ съ нимъ 435; —, опу-  
холи, см. Саркома.  
Самоицѣленіе рака матки 393.  
Саркома сальника (Табл. VII).  
Сближеніе краевъ раны при посредствѣ вали-  
ковъ и пластинокъ 161, 162 (145).  
Свищи тонкихъ кишекъ 259; — см. Фистулы.  
Свободное кровотеченіе въ брюшную по-  
лость (внѣм. берем.) 516.  
Своды, пересадка при элонгаціяхъ шейки  
284—286 (229, 230); — см. Передній  
сводъ, Задній сводъ.  
Связки матки, операціи на нихъ при выпаден-  
ніяхъ 292, при смѣщеніяхъ матки 296;  
— —, обколь и отдѣленіе связокъ при  
удаленіи матки 339; — —, обколь ихъ при  
высокой ампутаціи шейки 316.  
— —, хроническія пораженія 489.  
— крестцовоматочныя, перевязка ихъ при уда-  
леніи матки 209; — круглыя см. Круг-  
лыя связки; — широкія см. Широкія связки.  
Segond'a штопоръ 104 (92).  
Sectio caesarea см. Кесарское съченіе; — —  
vaginalis см. Влагалищное кесар. съченіе;  
— — tubaria 502 (313, 314).  
Септическая инфекция см. Инфекція.  
Септическіе процессы въ послѣоперационномъ  
періодѣ 187; — — послѣ влагалищн.  
чревосъченій 217; — — послѣ удаленія  
раково-перерожд. матки по расширенному  
брюшностѣн. способу 404; — — при  
родахъ съ кесар. съченіемъ 556 (показ.  
къ удал. матки), 557 (показ. къ фистулѣ  
Sellheim'a).  
Септический выкидышъ, операція 313; — пери-  
тонитъ послѣ оваріотоміи 453; — руо-  
salpinx 465.  
Septum recto-vaginale, абсцессы 488.

Сердечныя средства при подготовкѣ больной  
къ операціи 138.  
Сердце, наблюденіе за дѣятельностью послѣ  
операціи 185.  
Серфины 165, 166 (151).  
Simon'a способъ изслѣдованія черезъ прямую  
кишку 17.  
Скелеттированіе внѣмат. плода 527.  
Скобки Michel'я 166 (152).  
Скополаминъ-морфій 140.  
Слабительныя, назначеніе передъ операціей 61.  
Слизистая матки, соскобъ при внѣмат. берем.  
498, 499 (310—312); — —, отношеніе  
къ подлежащимъ слоямъ 305; — —, измѣ-  
ненія при фиброміомахъ 371; — —, вы-  
скабливаніе см. Выскабливаніе.  
Слизистыя полипы 324, 330.  
Слипчивый туберкулезный перитонитъ 479.  
Смертность при внѣмат. берем. 528, 529;  
— при кесар. съченіи 539, 554 (влагал.);  
— послѣ оваріотоміи 452; — послѣ операцій  
при ракъ матки 410 (расшир. брюшностѣн.),  
416 (расшир. влагал.), 417, 418 (сравнит.  
табл.); — послѣ операцій фиброміомомъ 322,  
345, 348, 363, 377—379; — см. также  
Результаты.  
Смерть при наркозѣ 141.  
Смѣсь Billroth'a 140.  
Смѣшанный наркозъ 139.  
Смѣщенія матки, оперативное леченіе 295.  
Снегирева способъ фиксаціи при выпаденіяхъ  
матки 291; — оленьи жилы 124; — пере-  
грѣтый паръ 56, 155.  
Снятіе лоскута 147; — — при восстановленіи  
промежности 274, 275 (220).  
— швовъ см. Швы.  
Солевой растворъ см. Физиологическій рас-  
творъ.  
Соскобъ пробный слизистой оболочки матки  
при внѣмат. берем. 498, 499 (310—312).  
Сосуды, остановка кровотеченія см. Кровотече-  
ніе; —, перевязка 151; —, раздавливаніе  
153.  
— матки, перевязка при удаленіи органа  
209 (170).

Spatium Retzii при зашив. брюшных стѣнокъ 174; — — при экстраперитон. кес. сѣч. 541.

Спинномозговая анестезія 143.

Способъ Bier'a (анест.) 143; — Grossich'a (дезинф.) 53; — Frank'a (трансперит. кес. сѣч.) 540; — Fürbringer'a (дезинф.) 48; — Latzko (экстраперит. кес. сѣч.) 544, 545 (334—335); — Mikulicz'a (тамп.) 130; — Momburg'a (остан. кровот.) 154;

— Отта (тамп.) 130, 131; — (освѣщ.) 70, (43—45), 72—85 (49—66); — (зашив. брюшн. стѣнки) 174—178 (154—156); — (перенетомиа) 213 (172); — (уретропластика) 250—251 (202—203); — (кишечно-влаг. фист.) 258 (207—209); — (кожн. перинеотомія) 272, 273 (218); — (обработка ножи при надвлаг. ампут.) 359, 360 (270, 271); — (разсѣч. рубцовъ околomat. клѣтч.) 490, 491 (306—308);

— Pfannenstiel'я (зашив. брюшн. ст.) 180—183 (157—160); — Schleich'a (обезбол.) 142; — Schröder'a (обработка культы при надвлаг. ампут.) 358 (267); — Sellheim'a (экстраперитон. кесарск. сѣч.) 543; — Solms'a (комбин. кес. сѣч.) 544; — Trendelenburg'a (трансперит. зашив. фистуль) 248 (201); — Treub'a (обработка культы послѣ надвлаг. ампут.) 358 (269); — Veit'a (трансперит. кес. сѣч.) 541; — Zweifel'я (перевязка культы послѣ надвлаг. ампут.) 358 (268).

— см. *Операция*.

Сравнит. оцѣнка влагал. и брюшностѣн. вскрытія брюшной полости 193; — — передн. и задней кольпотоміи при забол. придатковъ 451; — — транс- и экстраперит. кесарск. сѣч. 547; — — влагал. и брюшностѣн. расшир. операций при ракъ матки 413; 417, 418 (сравнит. таблицы).

Срединное разсѣченіе промежности см. *Перинетомиа*; — — фиброматозной матки при ея выведеніи 338 (255).

Сроченія въ брюшной полости, въ области придатковъ, картина при Оттовскомъ освѣщеніи 78 (56); —, значеніе для влагалищн. пути 211, 444 (кольпот. при кистахъ); — кисть 422; — капсулы haematocoele 520 (322), 523.

— въ брюшн. полости, неоперат. леченіе ихъ 483.

— послѣоперационныя 189, 190; — послѣ классич. кесарск. сѣченія 539.

—, отдѣленіе ихъ 172; —, показанія къ операт. раздѣленію и сохраняющей операциі 483, 484.

— кисть, операция при сроченіяхъ 434, (разрѣзъ брюшн. стѣнки); 447 (задн. кольпотомія); — —, отдѣленіе сроченій влагал. путемъ 445; — при заболѣв. придатковъ 468, 470; — при вѣмат. берем., устраненіе ихъ 496; — капсулы haematocoele 523.

— между мал. губами, praeruptum и glans clitoridis 229—231 (186—189).

Старья регрессир. формы вѣм. берем. 523 (324, съ костякомъ плода), 524—526 (325—327 — сроченія капсулы съ плодомъ).

Статистич. данныя о результатахъ операций фиброміомъ 322 (историч.); 377; — — о влагал. гистероміомектоміи 348; — — о надвлагал. ампутаціи матки 360, 363; — — объ отдаленныхъ результатахъ влагал. операциі рака матки 396; — — смертности послѣ оваріотоміи 452; — — при вѣмат. беременности, близкой къ сроку доношенности 531; — — о результатахъ операт. леченія вѣмат. берем. 528.

Стеклянные трубки—наконечники 110 (107).

Стерилизаторы 64, 93, 94 (77).

Стерилизація освѣтит. зеркаль 76; — перевязочнаго матеріала 94; — шариковъ (тупферовъ) 119.

Стерилизованная вода 95, 96 (78); стерилизованный физиол. растворъ 97, 98 (79); стерилизов. лекарств. растворы въ ампулахъ 142 (130).

Стерильность гноя 470.

Стоваинъ 142.

Столъ операционный 85 (67—69), 86; — — для чревосѣченій 88 (70); — — деревянный 89, 90 (71, 72).

— перевязочный 117 (115); — для перевозки больныхъ (телѣжка) 118 (116).

Стриктуры полыхъ органовъ, разсѣченіе 490 (304, 305).

Стѣны операционной 65.

Субботина операция при эктопіи пузыря (созданіе мочеиспускат. канала изъ кишки) 255—257 (204—206).

Суженія наружнаго зѣва 318.

Суживаніе отверстія мочеиспускательнаго канала при зіяніи его 252.

Sphincter recti, ощупываніе при разрывахъ промежности 270; — —, восстановленіе 279.

Схема для изображенія результатовъ внутренняго изслѣдованія 16 (6—8); — зашиванія фистуль 243 (194, 195), 245 (198—200); — кускованія матки 341 (258); — развитія интерстиціальной эктопич. берем. и



въ рудимент. рогахъ 505 (316, 317); — разсѣченія околоматочныхъ рубцовъ 491 (306—308); — топографич. измѣненій пузырно-брюшинныхъ складокъ при беременности 542 (331—333).  
— разрывовъ промежности неполныхъ 270 (212, 213), полныхъ 279 (223, 224); — удаленія

придатковъ (одной трубы или вмѣстѣ съ яичникомъ) 469 (299); — Schröder'a (элонгацией шейки) 283 (228).

Схемы аппаратовъ и технич. устройствъ см. *Чертежъ*.

Съемно-погружной шовъ Бухмана 163 (147), 164. Сыворотка противобактерійная 188.

## Т.

Таблица результатовъ при чревосѣченіяхъ (влагал. и брюшностѣн.) по поводу фиброміомъ матки 378; — результатовъ различныхъ оперативныхъ методовъ при ракъ матки 417 (непосред.), 418 (отдал.); — результ. при внѣмат. берем. 528.

Таблицы рисунковъ въ краскахъ см. *Перечень таблицъ* въ концѣ указателя.

Тазовое дно, несостоятельность при выпаденіяхъ 262; — —, принципы возстановленія 263; — —, возстановленіе при выпаденіяхъ внутр. органовъ 269; — —, оцѣнка функциональной недостаточности 269.

Тазъ для инструментовъ на штативѣ 113 (111).

Тампонаторъ полостей (трубка) 128, 129 (120).

Тампонація 128; — по Mikulicz'у 130; — по Отту 130; — съ кровоостанавливающей цѣлью 155; — послѣ удаленія матки 344; — послѣ расширенной операціи рака матки съ перитонизаціей тампона 404, 405 (288, 289), 408; — при обширныхъ срощеніяхъ кистъ 437; — см. также *Дренажъ*.

Тампонъ влагалищный послѣ чревосѣченій, мѣна его 216.

Текуцій парь см. *Парь*.

Телѣжка для перевозки больныхъ 118 (116).

Теоретическія основы для выбора раціон. метода операт. вмѣшательства при выпаденіяхъ женскихъ половыхъ органовъ 261.

Техника наркоза общаго 134.

Теченіе послѣоперац. періода 185 (брюшност. чрев.), 215 (влагал. чревосѣч. вообще); 344 и 349 (влаг. удаленіе матки); — — —, осложненія 187—192, 217.

Тонкая кишка, фистулы влагалищныя 259.

Трансвезикальный методъ зашиванія фистулъ 248 (201).

Трансперитонеальное кесарское сѣченіе 540; сравнит. оцѣнка трансперит. и экстраперит. кес. сѣч. 547.

Trendelenburg'a положеніе при изслѣдованіи 10; — — при операціяхъ (примѣненіе

стола) 88, 89 (70, 71); — — при зашиваніи мочеполювыхъ фистулъ 240.

— способъ зашив. пузырныхъ фистулъ (трансвезик. путь) 248 (201).

Треуб, перевязка культы послѣ надвлагалищной ампутаціи матки 358 (269).

Трезубецъ 102, 103 (89).

Тромбозъ въ послѣоперац. періодѣ 191.

Труакаръ для опорожненія кистъ 112 (110); — Lagoenne'a 37, 38 (25); — — при абсцессахъ 488, — — для опорожненія гнойниковъ трубъ 466.

Трубка рѣжущая для кускованія 343 (260); — съ острыми краями для снятія швовъ 168 (153); — для тампонаціи 128, 129 (120).

— дренажная (резиновая) 127; — —, введеніе на зондѣ въ полости съ узкимъ входомъ 467 (298); — —, непригодность 437.

Трубы (фаллопиевы), воспалит. пораженія 462—482; —, беременность см. *Беременность внѣматочная*; —, пробѣданіе ихъ стѣнокъ ворсинками 503 (315), 504; —, кров. скопленіе (haematosаріх) 513; —, разрывъ 516; —, туберкулезъ 477.

—, консерват. операціи 480—482; 496, 502 (внѣм. берем., 313, 314); —, манипуляціи при haematocеле 515.

—, обращеніе съ ними при кистахъ 430; —, удаленіе ихъ при порокахъ развитія полов. канала 236; —, удаленіе при заболѣваніяхъ 469 (299); —, удаленіе при трубной берем. 496, 504.

Туалетъ больной передъ операціей 52.

— брюшной полости 172; 518 (удаленіе излившейся крови).

Туберкулезная киста 476 (300).

Туберкулезъ трубъ и полового аппарата 474; 477 (301); — брюшины 478; — —, задняя кольпотомія 479; — —, чревосѣченіе 479.

Туберкулиновая проба 476.

Тупая ложка 107; 307 (237); — петля 307 (239).

Tupelo 26.

Тупфера см. *Шарики*.

## У.

- Удаленіе воздуха изъ брюшной полости при зашиваніи ея стѣнокъ 176.
- железъ при операціи рака матки 398 (285), 399; — клѣтчатки при операціи рака матки 386; — объемистыхъ фиброзныхъ полиповъ 331; — фиброзныхъ узловъ консервативное см. *Консервативное удаленіе*; — кисть см. *Овариотомія*; — трубы при внѣмат. бер. 504; — *ruosalpinx*'овъ 468; — яичниковъ см. *Яичники*, *Кастрація*; — всего полового аппарата при гнойныхъ пораженіяхъ придатковъ 470.
- матки см. *Экстирпація матки*; — — при кесарск. сѣченіи 555 (340, надвлаг. ампутація), 556 (полное удаленіе); — — надвлагалищное 357—363.
- оставленныхъ швовъ (лигатуръ) 168.
- Удвоеніе родового канала 234.
- Узель, расположеніе нити въ узлѣ, правильное и неправильное 149 (133, 134); —, способъ завязыванія 150, 151 (135—138).
- Узкій тазъ въ этиологіи мочеполовыхъ фистуль 239.
- Укороченіе связочнаго аппарата матки при выпаденіяхъ 292, при смѣщеніяхъ матки 296—300 (232—235).
- Уменьшеніе кистъ при выведеніи ихъ 428.
- Уретра см. *Мочеиспускательный каналъ*.
- Уретропластика по Отту 250, 251 (202—203).
- Условія для влагал. кесарскаго сѣченія 549.
- Уходъ за раной 119.
- послѣопераціонный 185 (чревосѣч.); — — при влагалищныхъ экстирпаціяхъ матки 211, 344 (фиброміомы), 392 (ракъ матки); — — послѣ влагал. чревосѣченій вообще 215; — — послѣ брюшностѣночнаго удаленія раково-перерожд. матки 408.
- — послѣ зашиванія мочеполовыхъ фистуль 243; — — послѣ операцій при выпаденіяхъ 286; — — послѣ вскрытій гнойниковъ трубъ 467.

## Ф (F, V).

- Фарадизація п. *phrenici* 137.
- Фасціи брюшной стѣнки, шиваніе см. *Апоневрозъ*: — — —, отслойка ихъ при методѣ Pfannenstiel'я, значеніе этого приѣма 181.
- Фасціи, поддерживающія пузырь, шиваніе ихъ при *cystocele* 282, 283 (226, 227).
- Veit'a способъ трансперитон. кесар. сѣч. 541.
- Фиброиды Бартолин. железы 226 (179, 190); — кругл. связки 227 (181), 229; — шейки матки 324; — надвлагал. отдѣла 325; — тѣла подслизистые 330, 350; — — междуточныя 334, 353; — — подсывороточныя 336, 354.
- Фиброміомы матки 320 — 379; — —, вліяніе ихъ на яичники 346; — —, вліяніе на различн. органы тѣла 373; — — и беременность 374—376 (277, 278).
- —, удаленіе ихъ консерват. черезъ влагалище 324; — —, удаленіе консервативное брюшностѣн. путемъ 349; — —, полное влагалищн. удаленіе 337; — —, удаленіе брюшностѣночное 357 (надвлаг. ампут.), 363 (полное).
- Фигуры освѣженія при восстановленіи тазов. дна 271, 272 (214—217), 280 (225).
- Физиологич. солевой растворъ, стерилизація 98 (79—аппаратъ); — — —, введеніе въ вены 156 (141), 157; — — —, введеніе подъ кожу 158.
- Фиксаціи рубцовыя краевъ фистуль 247; — матки см. *Околomat. клѣтчатка*, *Рубцов. измѣненія*, *Срощенія*.
- матки искусственныя (пексіи) 290 (выпаденія), 295 (смѣщенія взадъ).
- Фиксированіе матки инструментами 21.
- Fils de Florence 124.
- Фистула брюшностѣночно-маточная Sellheim'a 557.
- Фистулы кишечновлагалищныя 257—260; — промежностно-влагалищныя 258.
- мочеиспускат. кан. 243; — мочеточниковъ 245 (200); — пузырьно-влагалищныя 240—243 (192—197); — пузырьно-маточныя 244, 245 (198, 199).
- мочеполовыя 239—257; — — осложненныя 246; — — съ рубцов. краями 247.
- —, операціи съ отслойкой шейки матки 244 (196—199); — —, — съ расщепленіемъ краевъ 243 (195); — —, — съ вспомогат.

- разрѣзами 246; — —, надлобковый путь 248 (201); — —, операции съ пересадкой лоскута 249; — —, — съ созданиемъ уретры 250—253 (202, 203); 255, 256 (204—206); — —, colpocesis 253.  
— послѣ внѣмат. беременности 527.  
Фистулезные ходы наруж. пол. частей 223.  
Фитиль для дренированія канала шейки матки послѣ надвлаг. ампутации 359, 360 (270, 271).  
Флегмона околомат. клѣтчатки см. *Нагноенія*.  
Формулы Winter'a и Waldstein'a 394.  
Формы внѣматочной беременности 492.
- Форципрессура при недостат. гемостазѣ при операцияхъ влагалищныхъ 345; —, гемостатическіе щипцы 108, 109 (106), 152 (139).  
Frank'a методъ экстраперитонеального кесарскаго сѣченія 540.  
Freund'a операция 380, 397.  
Fritsch'a зеркало 99 (82); — экартеръ 102 (87); — Vozemann'a катетеръ 110.  
— фигура освѣженія промежности 271 (216); — разрѣзъ матки при кесар. сѣч. 534, 538.  
Фульгурація при ракъ матки 420.  
Fürbringer'a способъ мытья наружныхъ покрововъ 48.

## X.

- Характеристика направленія хирургическаго лѣченія внѣматочной беременности 495.  
Хирургическая ножка кисты 429.  
— чистота 43.  
Хирургическій пинцетъ 108 (103, 104).
- Хлороформъ 139.  
Хлоръ-этиль 139.  
Хроническія пораженія связокъ и клѣтчатки 489.

## Ц (C, Z).

- Zweifel'я способъ обработки культи послѣ надвлаг. ампутации 358 (268).  
Coeliotomia см. *Чревосѣченіе*.  
Цервикальное кесарское сѣченіе 540.  
Цервикальныя фистулы см. *Шечныя фистулы*.  
Цилиндрическія зеркала см. *Зеркала*.
- Cystocele 270, 282; —, операция E. Martin-Bumm'a 282 (226, 227), 283.  
Cystopexia 291.  
Cystofibroma съ межсвязочн. развитіемъ 366, 367 (275, 276).

## Ч.

- Челюсть нижняя, поддерживаніе при наркозѣ 136, 137 (125, 126).  
Червовидный отростокъ, усѣченіе черезъ влагалище 213.  
Чертежъ менструальной кривой 59 (37).  
— разрѣза операционной 68 (40); — стерилизатора для перевяз. матеріала 94 (77); — аппарата для приготовленія стерилизов. воды 96 (78); — — для приготвл. физиологич. раствора повар. соли 98 (79).  
— см. *Схема*.
- Чистота хирургическая 43; — —, правила для занимающихся въ Пов.-Гин. Институтѣ 43.  
Чревосѣченіе, освѣженіе 71 (45); —, методы производства 169; —, см. *Брюшностѣночн. чревосѣченіе*, *Влагалищное чревосѣченіе*.  
— экстраперитонеальное 184; — повторное 184; —, сакральный, парасакральный и промежностный методы 218.  
— пробное при внѣмат. берем. 501.  
Чрезбрюшинное кесар. сѣч. см. *Трансперитонеальное*.

## III (Sch).

- Шарики для обтиранія раны 119 (117, 118).  
Schauta, расширенный способъ влагалищной операции рака матки 387—391 (281—284); — Wertheim'a операция (Interpositio uteri) 292.  
Швы, матеріаль для — 121; —, шелковые 121; — кетгуттовые 122; — нерасзасыв.
- 124; — проволочные 124, 161; —, завязываніе см. *Завязываніе*, *Узель*; —, способъ наложенія 159; — en masse на рану (нецѣлесообразн. наложеніе) 160 (143); — этажные 160 (144); — матрачные на края разрѣзовъ сводовъ 202 (164); — непрерывные 163—165 (147—150).

- апоневротическіе 175 (154, 155); — кровоостанавливающіе 151; — кожные 164.
- , снятіе ихъ 167; —, пережиганіе 167, 286; —, снятіе послѣ операціи при выпаденіяхъ 286; —, снятіе послѣ ампутаціи шейки 317; — снятіе послѣ влагал. удаленія матки 211; —, удаленіе позднее ихъ 168, 218.
- , инструменты для снятія швовъ 167, 168 (153).
- , см. также *Шовъ*.
- Шеечный каналъ, расширеніе его 27—30 (15, 16); — —, разсѣченіе 32 (19); — —, возстановленіе послѣ разсѣченія 33(20); — —, ракъ 395.
- Шеечныя фистулы, операція 244 (198, 199).
- Шейка матки, операціи на ней 314—321; — —, клиновидная экцизія 314; — —, высокая ампутація 315, 316 (240, 243); — —, операція Emmet'a 320 (244, 245); — —, дезинфекція при пораженіи ракомъ 384.
- —, ракъ ея 382 (279); — —, фиброміомы 324; — —, туберкулезъ 478.
- —, примѣненіе ея для закрытія фистулы 249.
- — см. также *Шеечный каналъ*; — —, разрывы см. *Разрывы шейки*.
- Шелькъ, приготовленіе 121; —, преимущества передъ кетгутомъ 123; — при возстановленіи тазового дна 276.
- Schimmelbusch'a аппаратъ 93.
- Широкія связки, изслѣдованіе 15; — —, перевязка при удаленіи матки 206 (167—170); — —, перерѣзка ихъ при расшир. влагал. операціи рака матки 389; — —, перерѣзка рубцовъ 491 (306—308); — —, укороченіе при выпаденіяхъ матки 293.
- Шкафъ для инструментовъ 92.
- Schleich'a способъ обезболиванія 142.
- Шовъ Бухмана 163 (147), 164; — Геппнера 161, 163 (164); — Pozzi 165 (150); — полыхъ органовъ и пузырныхъ фистулы 241; — тазового дна 275—278 (221, 222); — матки послѣ кесарскаго сѣченія (330); — послѣ влагалищнаго кесарскаго сѣченія 554.
- см. также *Швы, Защищаніе*.
- Шокъ операціонный 186; — —, условія при влагалищн. и брюшностѣночн. чревосѣченіи 196; — при виѣмат. беременности (внутр. кровотеч.) 517.
- Шприць для пункции 35 (22).
- Schröder'a обработка культи послѣ надвлагалищн. ампутаціи матки 357 (267); — схема элонгацій шейки 283 (228).
- Штативъ для бутылей съ растворами 91 (74); — съ тазикомъ для инструментовъ 113 (111); — для ирригатора 64 (38); — для электрической лампы, передвигающейся 69 (42).
- Штопоръ Doyen'a 104 (93); — Отта 105 (94); — Segond'a 104 (92); — и рѣзущая трубка при кускованіи 342, 343 (260).
- Schuchardt'a разсѣченіе промежности 212, 214 (173), 246 (фистулы влагалища), 385 (ракъ матки).
- столяр операціонный 87.

### Ш.

- Щетка для мытья рукъ 49 (33).
- Щипцы гемостатическіе 108, 109 (105, 106), 152 (139, Richelot прямые), 345; — Nélaton'a 103 (90); — Hegar'a для захвата яичниковъ 104 (91); — Richelot 131 (122); — для захватыванія языка при наркозѣ 134; — пулевые 21 (13), 101.
- см. *Двузубецъ, Трезубецъ*.

### Э (Е).

- Экзартеръ боковой 101 (85, 86); — Collin'a 102 (88); — Fritsch'a (угловикъ) 101, 102 (87).
- для отодвиганія кишечныхъ петель при влагалищныхъ чревосѣченіяхъ 215 (174).
- Экстирпація матки при выпаденіяхъ ея 293; — — при выворотѣ 304; — — при ракѣ ея 384 (влагалищная), 397 (брюшностѣночная); — — при фиброміомахъ 337 (влагал.), 357 (брюшностѣночн. надвлагал. усѣч.), 363 (полное брюшностѣн. удаленіе); — — при удаленіи придатковъ (castration utérine) 471 (влагал.), 473 (брюшност.); — — при туберкулезѣ 478.
- матки влагалищная, техника 205—211 (161—171); — —, видъ операц. поля

послѣ удаленія матки при освѣщеніи 78 (57); — — —, веденіе отверстия въ брюшную полость и послѣоперационный уходъ 211; — — —, теченіе 344; — — результаты 345 (при фиброміомахъ), 393 (при ракахъ). — — путемъ чревосвѣченія, техника 357, 366 (фибром.), 400 (ракъ); — —, теченіе 408; — —, результаты 377 (фибром.), 409 (раки). — — беременной 376, 412; — — въ послѣ-родовомъ періодѣ 413.

Экстрадуральная (крестцовая) анестезія 144.

Экстремедианные разрѣзы брюшной стѣнки 178.

Экстраперитонеальное чревосвѣченіе (Pozzi) 184; — кесарское свѣченіе 545.

Экссудаты въ послѣоперац. періодѣ 190; —, вскрытіе ихъ 487.

Эктопическая беременность 492; — — см. *Внѣматочная беременность.*

Эктопія пузыря, операція Субботина 255.

Электризація см. *Фарадизація.*

Электричество, примѣненіе для освѣщенія 69...

Электрокоагуляція при ракъ матки 420.

Elephantiasis нар. полов. частей 228.

Elongatio colli 271, 283; — —, схема Schröder'a 283 (228); — —, операція 284—286 (229—230).

Elythroperineotomia 442.

Эмболія въ послѣоперац. періодѣ 191.

Emmet'a операція 320 (244, 245).

Эндовезикальный способъ освѣженія пузырярн. фистуль 248.

Эпизиорафія Fricke 289.

Этажный шовъ см. *Погружные швы, Ярусный шовъ.*

Эфиръ 139; —, внутривенное вливаніе 145.

## Я.

Язвенный туберкулезный перитонитъ 479.

Языкъ, западеніе 135; — —, инструментъ для захватыванія 134; — —, поддерживаніе нижней челюсти 136, 137 (125, 126).

Яичники, мелкокистовидн. перерожденіе 432; — —, вліяніе на нихъ фиброміомъ 346, 370.

—, сохраненіе ихъ, значеніе консерватизма 481; — — — при гистероміомектоміи 346; — —, консерват. операція 480; — —, резекція 481 (302); — —, консерват. обращеніе съ ними при оваріотоміи 432.

—, удаленіе ихъ см. *Кастрація*; — —, техника удаленія яичника съ трубою 469

(299), — —, изсвѣченіе ихъ при фиброміомахъ (операція Battey'я) 322, 369; — —, удаленіе ихъ при ракъ матки 388, 389; — —, удаленіе ихъ при злокачеств. опухоли одного яичника 432.

—, опухоли ихъ см. *Кисты.*

Яйцеводы см. *Трубы.*

Яйцо при внѣмат. беременности, удаленіе его изъ трубы 502, 515; — — — —, раздавливаніе, пункція 501.

Ярусный шовъ 160 (144), 161; — — тазового дна 276; — — см. *Погружные швы.*

## УКАЗАТЕЛЬ ИМЕНЬ.

## Русскіе авторы.

- Александровъ С. А. 292, 293.
- Байковъ А. И. 384.  
Бахметева Е. М. 154, 376.  
Бекманъ В. Г. 505.  
Бубличенко Л. И. 53, 55, 76, 194.  
Бухманъ П. И. 162, 163, 165.
- Вайнштейнъ Г. 188.  
Вацетти 421.  
Веберъ К. Ф. 304.  
Волковичъ Н. М. 253.
- Гартманъ 421.  
Геппнеръ 161.  
Гордонъ 457.  
Грамматикати И. Н. 410.  
Григорьевъ А. Н. 346.  
Груздевъ В. С. 173, 255.  
Губаревъ А. П. 264.
- Докушевская М. А. 55.  
Драницынъ А. А. 183, 382, 386.
- Елачичъ 192, 380.
- Жихаревъ С. С. 58, 427.
- Заянцкій С. 384.  
Зеленскій 549.
- Жакушкинъ Н. М. 421.  
Киттеръ 192, 380.  
Клейберъ 153.  
Кравковъ Н. П. 144.  
Красовскій А. Я. 421, 501.
- Лазаревичъ 508.  
Лапинъ 317, 319.  
Левинъ О. Я. 319.  
Лурье Р. Г. 420.  
Ляхницкій 26.
- Мандельбергъ В. 268.  
Муратовъ А. А. 499, 528, 531.
- Нейгебауэръ Л. 291.  
Нейгебауэръ Ф. 532.  
Никольскій 518.  
Новиковъ А. М. 291.
- Оттъ Д. О. 28, 55, 59, 70, 72, 74—83, 85, 87, 90, 100, 104, 106, 111, 128, 130, 154, 158, 167, 174—177, 190, 195, 212, 213, 215, 217, 250, 251, 258—260, 266, 268, 271, 272, 279, 280, 286, 288, 300, 304, 317, 322, 328, 338, 358, 359, 360, 364, 373, 375, 384, 396, 399, 413, 416, 417, 418, 421, 426, 437, 442, 443, 445, 449, 453, 455, 457, 459, 461, 481, 482, 491, 494, 495, 497, 499, 503, 515, 518, 521, 531, 532, 535, 536, 549, 551, 556.
- Писемскій Г. Ф. 517.  
Поволоцкая Е. И. 55, 56, 76, 194, 385.  
Поповъ Д. Д. 255.  
Правосудъ Ѳ. 531.  
Преображенскій М. Я. 127.
- Рачинскій Н. I. 153, 177.  
Рейнъ Г. Е. 531, 555.
- Северинъ-Галензовскій 421.  
Семенскій 132.  
Сережниковъ Г. П. 193.  
Сицинскій А. А. 50, 234.  
Славянскій К. Ф. 193, 317, 319.  
Снегиревъ В. Ф. 56, 124, 155, 291.  
Соловьевъ А. Н. 384.  
Сперанская-Бахметева Е. М. 154, 376.  
Спордили 167.  
Стольпинскій В. А. 154.  
Строгановъ В. В. 44, 55, 56, 60, 97.  
Субботинъ М. С. 254—257.
- Тиховъ П. И. 410.

Улезко-Строганова К. П. 393, 424.

Федоровъ С. П. 144.

Феноменовъ Н. Н. 426.

Филончиковъ 53.

Форштеттеръ 167.

Хомякова Буслова А. П. 517.

Шаабакъ К. Ф. 281, 288, 289.

Ширшовъ Д. И. 291.

Якобсонъ В. Л. 55, 63, 279, 453.

Ярцевъ А. И. 457.

#### Иностранные авторы.

Acconci 413.

Alexander S. Adams 292, 297, 298.

Alibert 426.

Asch 288.

Aschoff 476.

Atlee 192, 442.

Baatz 289.

Baldy 299.

Bardenheuer 180, 219, 364.

Barth 408.

Batthey 322, 369, 442.

Baum 291.

Bier 143.

Billroth 140, 380.

Birnbaum 476.

Bode 292.

Borchgrevink 479.

Bossi 29.

Bozemann 110, 247.

Brandt Th. 309.

Braun 142.

Braun C. 317, 319, 380.

Breisky 508.

Bröse 292, 503.

Brown 289.

Bumm E. 183, 282, 289, 290, 293, 400, 410, 479, 553.

Bürger 474.

Byford 291, 292, 442.

Calmette 475.

Campbell 12.

Carsten 499.

Chiarleoni 450.

Christiani 289, 291.

Chrobak 362, 479.

Clowers 89.

Cohnstein 499.

Collin 102, 171.

Cooper 107.

Cuhn 123.

Czerny 290, 291, 380.

Dartigues 299.

Depaul 498.

Deschamps 107, 149.

v. Dittel 249.

Döderlein 50, 53, 293, 363, 377, 397, 410, 431, 450, 452, 471, 474, 476, 478, 539, 545, 552, 554.

Döderlein S. Krönig 52, 133, 261, 300, 403, 408, 409.

Dohrn 289.

Doléris 290.

Doyen 105, 106, 109, 152, 153, 322, 430, 470, 472, 473.

Dudley, Palmer 299.

Dührssen 184, 291, 295, 346, 413, 442, 449, 450, 454, 534, 548, 549, 552.

Edebohls 178.

Ellinger 29.

Emmet 320, 321.

Engström 529.

Esch 554.

Everke 304.

Faure 473.

Fehling 291, 452, 478, 531.

Frank 475, 534, 540, 543.

Fränkel L. 38, 39.

Franz K. 377, 404, 420, 540.

Freund W. 291, 380, 397.

Fricke 289.

Fritsch 99, 102, 171, 178, 271, 292, 293, 396, 397, 452, 534, 538.

Frommel 220.

Fürbringer 48.

Gersuny 252.

Grawitz 173.

- Grossich 53.  
Gusserow 322.
- H**adra 480.  
Haegler 48.  
Halban *S*, Tandier 263, 284, 289.  
Halbertsma 478.  
Hammerschlag 539.  
Hartmann 261.  
Hegar 27, 28, 104, 106, 109, 219, 271, 288, 289, 475, 478, 481, 488.  
v. Heinecke 219.  
Heister 135.  
Henkel 540.  
v. Herff 26, 291, 293.  
Hermann 470, 474.  
Hermes 370.  
Hildebrandt 475.  
Hirschberg 479.  
Hochenegg 219.  
Hofmeier 124, 183, 261, 303, 345, 452, 461.  
Howitz 178.
- Israël 479.
- J**acobson 399, 409.  
Jonnesco 381, 399.
- K**altenbach 293, 322.  
Keating Hart 420.  
Kehrer 304.  
Keiffer 470.  
Kelly H. 72, 227, 229, 230, 231, 261, 362, 381, 398, 399, 473.  
Klein 452.  
Kny-Scheerer 94.  
Köberlé 322, 421.  
Koblank 289, 505.  
Kocher 290, 358.  
Kocks 292.  
König 475, 478.  
Kossmann 442.  
Kraske 218, 219, 489.  
Krönig 52, 67, 122, 143, 144, 295, 400, 404, 410, 473, 479, 531, 540, 547, 552.  
Krönig *S*, Döderlein см. Döderlein...  
Krucks 25.  
Kurz 149.  
Küstner 180, 262, 289, 290, 304, 395, 425, 474, 531, 539, 548.
- Landau 38, 39.  
Laroyenne 37, 38.
- Latzko 289, 534, 544, 545.  
Lawson Tait 289.  
Lefort 291.  
Lennander 178.  
Leopold 290, 395, 397.  
Levy 219.  
Lichtenstein 292.  
Liepmann 408.  
Litzmann 508.  
Locke 99, 158, 173.  
Löhlein 457.  
Löwit 292.
- M**ackenrodt 292, 399.  
Mandl 292.  
Martin A. 261, 288, 306, 307, 322, 364, 442, 449, 450, 452, 454, 456, 457, 480, 503, 508, 518.  
Martin Ed. (jun.) 282, 283, 289, 292.  
Martin Ed. (sen.) 284.  
Mc. Dowell 421.  
Mc. Kerron 457.  
Menge 470.  
Michel 166.  
Mikulicz 50, 130, 132, 155, 190, 454, 475.  
Momburg 154, 553.  
Müller P. 290, 293, 534, 537, 555.  
Mundé 480.
- N**élaton 103.  
Neugebauer F. 532.  
Neugebauer L. 291.  
Noble 362.
- Olshausen 252, 289, 290, 295, 370, 395, 438, 457, 459, 508, 547, 552, 553.  
Orthmann 382, 518.
- P**almer Dudley 299.  
Pankow 474, 476.  
Pawlik 252.  
Péan 152, 322, 345, 470, 489.  
Peterson 554.  
Pfannenstiel 179, 180, 181, 182, 183, 291, 432, 452.  
Physik 540.  
Piccoli 304.  
Pichevin 517.  
Pirquet 475.  
Playfair 53, 56, 109.  
Polk 299, 480.  
Porro 555, 556.  
Potain 36, 37, 112.



Pozzi 162, 165, 184, 428, 478, 480.

Pribram 475.

Prochownik 503, 529.

Ramsay 178.

Rapin 180.

Reclus 152.

Reiner 106.

Richelot 131, 152.

Riess 397.

Ritgen 540.

Robb 517.

Römer 425.

Rose 219, 254, 475, 479.

Roth-Dräger 135.

Rothfuchs 426.

Rumpf 381, 397.

Runge 475, 476.

Rydygier 219, 371.

Sänger 220, 257, 290, 292, 295, 300, 488.

Sarvey 49.

Sauter 192, 380.

Scanzoni 529.

Schatz 29.

Schauta 236, 247, 261, 288, 292, 293, 382, 387—  
391, 393, 395, 472, 416, 417, 418, 452,  
456, 474, 478, 531, 539, 547.

Schickele 478.

Schimmelbusch 93.

Schleich 49, 142.

Schlimpert 476.

Schmidt 293.

Schmorl 476.

Schröder 283, 321, 322, 357, 380, 381, 425,  
429.

Schuchardt 87, 212, 214, 246, 267, 338, 382,  
385.

Schücking 295.

Schultze 29, 290, 291.

Segalowitz 452.

Segond 104, 471.

Sehlbach 529.

Sellheim 184, 249, 475, 534, 543, 557.

Simon 17, 99.

Sims 289, 318.

Sippel 478.

Sittner 510, 531.

Solms 546.

Sonntag 288, 289.

Spencer Wells 475, 478.

Sperling 292.

Spinelli 304.

Staude 382, 416.

Stille 85, 86.

Strauss 81.

Tandler  $\frac{3}{4}$  Halban 263, 284, 289.

Testut 544.

Träger 370.

Trendelenburg 75, 248.

Traub 322, 358, 360, 508.

Tuffier 153, 291, 430.

Van de Velde 261.

Veit 456, 475, 534, 540.

Velits 432.

Volkman 381, 398.

Vuilliet 27.

Walcher 243.

Waldeyer 544.

Waldstein 394.

Walther 478.

Webster 299.

Weller van Hook 406.

Werth 452, 494, 505, 508.

Wertheim 236, 292, 300, 381, 390, 393, 394,  
400—407, 409, 410, 411, 416, 417, 418,  
470.

Westermark 261, 291.

Williams 457.

v. Winckel 501, 507.

Winter 311, 322, 348, 394, 452, 554.

Woelfler 220, 489.

Wunderlich 479.

Wyder 499.

Wylie 292.

Zuckermandl 489.

Zweifel 322, 358, 363, 377, 410, 452, 478, 539,  
556.

## ПЕРЕЧЕНЬ ТАБЛИЦЪ РИСУНКОВЪ ВЪ КРАСКАХЪ.

(Цвѣтные рисунки на таблицахъ, равно какъ и большинство рисунковъ въ текстѣ, исполнены съ натуры художникомъ М. Геленомъ).

	Помѣщена послѣ страницы
Т а б л. I. Возстановленіе полныхъ разрывовъ промежности: 1) Способъ наложенія погружныхъ швовъ на разрывъ кишки; 2) Видъ полнаго разрыва промежности послѣ возстановленія разрыва кишки .	280
Т а б л. II. Перфорация матки при выкидышѣ, съ извлеченіемъ значительнаго куска сальника черезъ перфорационное отверстіе. Въ полости матки—остатки яйца . . . . .	308
Т а б л. III. Стѣнка матки, полученная подъ конецъ кускованія, съ частью опухоли, представляющей своеобразное развитіе съ массой мелкихъ фиброз- ныхъ узловъ (натур. велич.) . . . . .	342
Т а б л. IV. Объемистая фиброміома, удаленная путемъ консервативной міомектоміи (натур. велич.) . . . . .	352
Т а б л. V. Рѣдкая форма фиброміомы, въ верхнемъ своемъ отдѣлѣ напоминающая по виду ткань печени . . . . .	368
Т а б л. VI. Рѣдкая форма множественной субсерозной фиброміомы дольчатого вида ( $\frac{6}{7}$ натур. велич.) . . . . .	—
Т а б л. VII. Саркома сальника ( $\frac{1}{2}$ натур. велич.) . . . . .	378
Т а б л. VIII. Схема расположенія лимфатической системы . . . . .	398
Т а б л. IX. Трубы, наполненныя гноемъ (pyosalpinx), полученныя путемъ влагалищ- ной двухсторонней сальпингоэктоміи (натур. велич.) . . . . .	464

