

Prof. A. Döderlein.
Tübingen.

Prof. B. Krönig.
Freiburg i. B.

ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ.

Съ 182 отчасти раскр. рис. въ текстѣ и одной хромолитогр.
таблицей.

Переводъ съ нѣмецкаго
д-ра мед. **В. М. Островскаго.**

(Prof. Dr. A. *Döderlein*. Tübingen. Prof. Dr. B. *Krönig*. Freiburg i. B. Operative
Gynäkologie. Mit 182 Abbild. Leipzig. 1905).



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Издание журнала „Практическая Медицина“ (В. С. Эттингеръ).

Улица Жуковскаго, 13.

1907.

Предисловіе.

Хирургія женскихъ половыхъ органовъ выдѣлилась изъ общей хирургіи въ качествѣ отдѣльной спеціальной области уже сравнительно давно. Произшло это главнымъ образомъ оттого, что опредѣленіе показаній къ хирургическому вмѣшательству здѣсь особенно трудно, и оно только тогда можетъ считаться научнымъ, если опирается, съ одной стороны, на основательномъ знаніи функцій женскихъ половыхъ органовъ, а съ другой стороны, на знакомствѣ съ гинекологической діагностикой, которая, благодаря своеобразнымъ методамъ изслѣдованія, требуетъ спеціальной подготовки. Гинекологическія операціи еще и потому должны быть изучаемы отдѣльно отъ остальной хирургіи, что топографія половыхъ органовъ, а также особенности брюшинныхъ ранъ требуютъ особенной техники. Наконецъ, и принципы асептики при гинекологическихъ операціяхъ требуютъ особаго разсмотрѣнія, такъ какъ большое обиліе бактерій даже въ нормальномъ физиологическомъ состояніи влагалища и наружныхъ половыхъ органовъ не можетъ быть уничтожено обычными способами дезинфекціи.

При всемъ томъ, однако, хирургія женскихъ половыхъ органовъ должна остаться частью общей хирургіи, быть съ нею неразрывно связанной и должна стремиться всѣ установленные общіе принципы асептики и хирургической техники примѣнять и при операціяхъ половыхъ органовъ.

Соотвѣтственно названію «**оперативная гинекологія**» мы не заедемся цѣлью разсматривать здѣсь всѣ заболѣванія женской половой сферы, а имѣемъ только въ виду выдѣлить тѣ гинекологическія заболѣванія, которыя требуютъ при извѣстныхъ условіяхъ оперативнаго леченія, и при этомъ изложить всѣ показанія къ оперативному вмѣшательству, технику и результаты операціи.

Этой нашей спеціальной работѣ мы предпосылаемъ общую часть, въ которой будутъ изложены главныя основы асептики и техники гинекологическихъ операцій, при этомъ мы будемъ исходить изъ другихъ положеній. Чѣмъ тѣ, которыя изложены въ учебникахъ хирургіи, разсматривая по порядку тѣ мѣрздрія, которыя имѣютъ существенное значеніе для успѣха этихъ операцій.

Результатъ гинекологической операціи прежде всего, конечно, зависитъ отъ того, удалось ли предохранить операціонное поле отъ внѣшней инфекціи. Статистика смертности оперируемыхъ и теперь главнымъ образомъ зависитъ отъ занесенной при операціи инфекціи, особенно отъ вы-

званнаго ею септического перитонита; вслѣдствіе этого мы должны прежде всего заняться разсмотрѣніемъ мѣропріятій къ предохраненію отъ зараженія, т. е. изложеніемъ принциповъ гинекологической асептики.

Къ сожалѣнію, однако, сравнивая гинекологическія операціи съ операціями другихъ органовъ тѣла, мы видимъ, что инфекция играетъ не *исключительную* роль въ результатѣ операціи женскихъ половыхъ частей; намъ приходится часто оплакивать смерть своихъ пациентокъ, послѣдовавшую отъ присоединившихся послѣ операціи пневмоніи, эмболіи и тромбоза, отъ послѣдствій продолжительнаго и глубокаго наркоза, отъ шока, который легче и скорѣе наступаетъ при операціяхъ брюшины, чѣмъ другихъ органовъ; далѣе, смерть вызывается часто образующимся механически заворотомъ кишекъ; наконецъ, на *длительный результатъ* гинекологической операціи вліяютъ довольно часто неблагоприятно и особенности операціоннаго рубца, который, особенно при брюшинныхъ операціяхъ, часто ведетъ къ образованію грыжъ, что сильно подрываетъ общее состояніе здоровья пациентокъ.

Вслѣдствіе этого мы считаемъ целесообразнымъ обсудить въ общей части мѣры къ предохраненію отъ послѣопераціоннаго *ілеуса*, пневмоніи, эмболіи и тромбоза, послѣопераціонныхъ кровотеченій, шока, вызываемыхъ операціей желудочныхъ кровотеченій и т. д.; наконецъ, мы разсмотримъ здѣсь также и способы борьбы съ послѣдствіями наркоза и мѣры къ предохраненію образованія грыжъ.

Рисунки, за немногими исключеніями, сдѣланы г. *A. Kirchner* омъ изъ Лейпцига во время операцій въ Тюбингенѣ и Іенѣ. Последнее оказалось возможнымъ потому, что г. *Kirchner* обладаетъ способностью быстро дѣлать необходимые наброски, не задерживая операціи. За его постоянное любезное содѣйствіе мы приносимъ ему нашу признательность.

Приносимъ также нашу благодарность книгоиздателю *G. Thieme* въ Лейпцигѣ за прекрасное изданіе этой книги.

Тюбингенъ и Фрейбургъ, май 1905.

Авторы.

Оглавление.

Общая часть (К.).

	Стр.
<i>Принципы микробиологической асептики</i>	1
Стерилизация швейного и перевязочного материаловъ и инструментовъ	1
Дезинфекция рукъ и операционнаго поля	7
Воздушная и капельная инфекция	17
Повязка	18
<i>Ослабленіе мѣстнаго предрасположенія къ инфекціи</i>	20
Содержаніе зародышей въ асептическихъ ранахъ	20
Обнаженіе операционнаго поля	21
Освѣщеніе операционнаго поля	27
Выборъ материала для швовъ примѣнительно къ имплантационной инфекціи	33
Кровоостанавливаніе при гинекологическихъ операціяхъ	37
Дренажированіе ранъ при недостаточномъ осушеніи операционнаго поля	43
Мѣры устраненія мѣстнаго предрасположенія къ инфекціи специально при брюшинныхъ ранахъ	45
Ходъ асептической операціи	49
Статистика частоты первичнаго заживленія асептическихъ ранъ	50
<i>Поднятіе естественной сопротивляемости организма противъ зараженія</i>	51
<i>Профилактическія мѣры, предпринимаемыя во время операціи въ брюшной полости для предупрежденія механическаго ileus'a</i>	53
<i>Ослабленіе вредныхъ сторонъ наркоза</i>	56
Выборъ наркотическаго для вдыханія	57
Смѣшанные наркозы	62
Общія правила наркоза	68
Предупрежденіе параличей отъ наркоза	70
Впрыскиваніе скополамина-морфия	70
Мѣстная анестезія	73
Спинальная анестезія	75
<i>Профилактика послѣоперационныхъ пневмоній</i>	77
<i>Предупрежденіе смерти отъ кровотеченія</i>	82
<i>Предупрежденіе послѣоперационныхъ желудочныхъ кровотеченій</i>	85
<i>Профилактика послѣоперационныхъ прыжъ</i>	86
Избѣганіе белой лишии при вскрытіи брюшной полости	95
<i>Послѣдовательное леченіе послѣ чревосеченія</i>	107
Итаніе	107
Успокоеніе болей	109
Перемѣна повязки	110
Профилактика пневмоній при послѣдовательномъ уходѣ	110
Предупрежденіе эмболии и тромбоза	112

	Стр.
Предупреждение послѣоперационнаго ileus'a	115
Лечение послѣоперационнаго перитонита	124
Послѣдовательное лечение при зараженныхъ ранахъ	129
<i>Вліяніе удаленія яичниковъ и матки на организмъ женщины</i>	131
Послѣдствія удаленія яичниковъ	131
Послѣдствія удаленія матки	136
<i>Вліяніе гинекологическихъ операций на первую систему вообще</i>	142
<i>Радикальная операція послѣоперационныхъ грыжъ</i>	144
<i>Разрушеніе влагалищной и брюшной келлотоміи</i>	147
Техника передней и задней кольпотоміи	147

Спеціальная часть.

<i>Операції при порокахъ развитія (К.)</i>	160
Операція атрезіи дѣвственной плевы и нижней части влагалища	160
Операція гематометры	160
Оперативное лечение haematometra unilateralis	163
Общія топографическія условія при операціи гинатрезій	163
<i>Оперативное лечение дисменорреи (К.)</i>	165
<i>Оперативное лечение безплодія (К.)</i>	168
<i>Retroversioflexio uteri mobilis (К.)</i>	172
Сравнительная оѣнка различныхъ оперативныхъ методовъ	185
Отношеніе матки къ наступленію беременности	187
Функциональные результаты послѣ исправленія положенія матки	191
Показанія къ оперативному лечению ретрофлексіи	193
<i>Выворотъ матки (К.)</i>	197
<i>Операція выпаденія (D.)</i>	199
Неполное выпаденіе влагалища	202
Полное выпаденіе влагалища и матки	217
Консервативныя операціи полныхъ выпаденій	223
Результаты операцій пролапса	235
<i>Эндомиетритъ и метритъ (К.)</i>	240
Лечение эндомиетрита	242
Лечение метрита	249
<i>Наносенія въ придаткахъ матки и смежныхъ областяхъ (К.)</i>	264
<i>Гонорройныя заболѣванія женскихъ половыхъ органовъ съ образваніемъ шовъ въ трубахъ</i>	265
Результаты различныхъ операцій при гонорройной pyosalpinx	269
Техника различныхъ операцій	273
Брюшная радикальная операція	273
Влагалищная радикальная операція	282
Границы влагалищной и брюшной радикальной операціи	284
Брюшная экстирпація гнойныхъ мѣшковъ	286
Влагалищная экстирпація гнойныхъ мѣшковъ	286
<i>Оперативныя мѣры при септическихъ и сеприческихъ пѣссальпинксахъ (К.)</i>	287
<i>Туберкулезъ половыхъ органовъ</i>	293
Радикальная операція туберкулезныхъ пѣссальпингосовъ	298
Туберкулезъ матки	299
Туберкулезъ влагалищной части и шейки	300

	Стр.
Туберкулезъ яичниковъ	301
Туберкулезный перитонитъ	301
<i>Микропсия при солитерной этиологии воспаления трубы</i>	307
<i>Лечение заболываній придатковъ, сообщающихся съ соседними органами</i>	309
<i>Техника операции прободныхъ тосальпинговъ</i>	310
Оперативное вмешательство при сочетаніи трубныхъ заболываній съ явлениями стеноза кишечника	312
<i>Антидидимитъ и его отношеніе къ заболываніямъ женскихъ половыхъ органовъ (К.)</i>	314
<i>Трубная беременность</i>	318
Показанія къ оперативному вмешательству	319
Техника операции	325
<i>Pelviperitonitis chronica adhaesiva. Retroflexio uteri fixati (К.)</i>	328
<i>Миома матки (D.)</i>	331
Частота, симптомы и показанія къ операции	331
Операция миомы въ историческомъ ея развитіи	338
<i>Раздѣленіе и обзоръ операций миомы</i>	342
Влагалищныя операции миомъ	343
а) Консервативныя	343
1. Удаленіе подслизистыхъ полиповъ	343
2. Влагалищное вылущеніе не-стебельчатыхъ миомъ	345
б) Радикальныя влагалищныя операции миомы	351
Экстирпация матки	351
Брюшныя операции миомы	361
а) Консервативныя	361
1. Отсѣченіе подслизистыхъ полиповъ	361
2. Брюшное вылущеніе внутрибрюшныхъ миомъ	362
б) Радикальныя операции	369
Надвлагалищная ампутація	369
Брюшная полная экстирпация	379
Атипическя операции	388
Выборочный уходъ за полкой по <i>Негару</i> , кастрація <i>Balby-Neegar'a</i> , перевязка артерій	392
Разширеніе консервативныхъ и радикальныхъ операций миомы	396
<i>Ракъ матки (D.)</i>	401
Статистическіе результаты влагалищнаго полного удаленія раковой матки	401
Первичные результаты	405
Стойкіе результаты	406
Процентъ оперируемости и абсолютная цифра излеченій	408
Научныя изысканія, направленные на расширеніе операций рака	410
Расширенная операция рака	412
Лимфатическіе сосуди женскихъ половыхъ органовъ	415
Техника расширенной брюшной операции рака	417
Другіе методы брюшной операции рака	434
Первичные результаты расширенной брюшной операции рака	437
Научные и практическіе результаты экстирпации лимфатическаго аппарата	438
Расширенная влагалищная операция рака матки	445
О возможности выбора операции рака	447
О равенствъ распознаванія рака	449

	Стр.
<i>Къ борьбѣ съ ракомъ матки</i>	451
Воззвание къ врачамъ	451
Воззвание къ акушеркамъ	453
Діагностическіе симптомы рака матки	455
<i>Саркома матки (D.)</i>	456
<i>Первичный ракъ влагалища (K.)</i>	458
<i>Первичный ракъ яруба (K.)</i>	463
<i>Овариотомія (D.)</i>	465
Происхожденіе и классификація новообразованій яичника	465
Необходимость оперативнаго удаленія опухолей яичника	468
Влагалищная овариотомія	471
Брюшная овариотомія	478
Операция атипическихъ кистомъ	482
Консервативныя мѣропріятія при овариотоміяхъ	484
Предсказаніе при овариотоміи	485
<i>Удаленіе нормальныхъ яичниковъ вследствие остеомаляции (D.)</i>	487
<i>Показаніе къ дренирующей брюшной полости (K.)</i>	489
<i>Мочеполовые свищи (D.)</i>	493
Предварительныя замѣчанія	493
Техника операции свищей	497
Образъ дѣйствія при сложныхъ свищахъ	501
Мочеточнико-половые свищи	507
Оперативное леченіе недержанія мочи, не вызваннаго свищами	513
Кишечно-половые свищи	514
<i>Операция застарѣлыхъ прямокишечно-промежностныхъ разрывовъ (D.)</i>	517
<i>Искусственное осложженіе женщины (K.)</i>	526
<i>Въ значеніи функціональныхъ первыхъ страданій для установки показаній къ гинекологическимъ операціямъ (K.)</i>	533
<i>Указатель</i>	537

Принципы гинекологической асептики.

Идеальная цѣль асептики—та, чтобы держать сдѣланныя раны свободными отъ зародышей, чтобы создать при заживленіи ранъ такія же условія, какъ при подкожныхъ поврежденіяхъ. До сихъ поръ это недостижимо, ибо мы не въ состояніи сдѣлать свободными отъ зародышей кожу рукъ оператора, кожу операціоннаго поля и устранить отъ ранъ воздухъ, содержащій бактеріи. Поэтому мы вынуждены ограничиться стремленіемъ къ возможному освобожденію раны отъ зародышей или, по крайней мѣрѣ, къ предупрежденію переноса болѣзнетворно заразныхъ бактерій на раны.

Приходящіе съ раной въ прикосновеніе швейный и перевязочный матеріалъ, марлевые компрессы и ватные шарики для вбиранія раневыхъ секретовъ, инструменты мы можемъ въ настоящее время стерилизовать, удовлетворяя выставленнымъ *Koch*'омъ и общепринятымъ требованіямъ стерильности, а именно умерщвляя и стойкія формы бактерій.

Стерилизація швейнаго и перевязочнаго матеріаловъ и инструментовъ.

Обезпложиваніе компрессовъ (тряпочекъ, салфетокъ, шариковъ) и перевязочнаго матеріала производится въ обычныхъ паровыхъ стерилизаторахъ. Такъ какъ стерилизаторы съ просто текучимъ паромъ безъ повышеннаго давленія работаютъ слишкомъ медленно и ненадежно, то въ настоящее время общеприняты аппараты съ текучимъ, перегрѣтымъ паромъ (110—115°). Если стерилизація предпринимается въ самой операціонной, то получается та выгода, что перевязочный матеріалъ вынимается изъ стерилизатора на глазахъ оператора, но это представляетъ ту невыгоду, что даже при хорошемъ сгущеніи пара операціонная наполняется водяными парами; кромѣ того сушка компрессовъ и перевязочнаго матеріала часто недостаточная. Мы предпочитаемъ производить стерилизацію въ сосѣдней комнатѣ или въ котельномъ помѣщеніи клиники. Тогда практично заключать перевязочный матеріалъ въ *Schimmelbusch*'евскихъ барабанахъ (жестянкахъ), которые пропускаютъ паръ во время стерилизаціи черезъ отверстія, расположенныя кругомъ вблизи дна и крышки. Послѣ стерилизаціи отверстія простымъ пріемомъ закрываются и становятся непроницаемыми для бактерій. Крышка жестянки замыкается plombой и такимъ образомъ ограждается отъ открытія непривзанной рукой.

Чтобы убѣдиться въ достаточно сильномъ нагрѣваніи перевязочнаго матеріала въ стерилизаторѣ, пользуются извѣстными контрольными предметами, помѣщаемыми среди перевязочнаго матеріала.

Последние могут состоять проще всего из сплава металлов, который плавится при 105°; либо мы можем употребить как реактивъ красящія вещества, напр., по предложенію *Mikulicz'a*, можно полоску бумаги намазать 3% крахмальнымъ клейстеромъ и затѣмъ, высушивъ ее нѣсколько, провести черезъ растворъ іода въ іодистомъ калии; бумага принимаетъ темносинюю окраску, которая закрываетъ надпись на ней; въ текучемъ парѣ полоска бумаги совершенно обезцвѣчивается, такъ что имѣвшаяся на ней печатная надпись, напр. «стерилизовано», снова ясно выступаетъ и остается также послѣ охлажденія бумаги.

Еще болѣе точные контрольные аппараты представляютъ часы, изобрѣтенныя *Matthias'омъ*; въ нихъ при опредѣленной температурѣ маятникъ вслѣдствіе усиленнаго искривленія настолько отходить отъ шипка, что часы пускаются въ ходъ. Какъ только температура падаетъ, часы перестаютъ ходить. Такимъ образомъ одновременно отмѣчается и продолжительность стерилизаціи.

При давленіи пара въ 1 атмосферу требуется воздѣйствіе его около 1/2 часа, чтобы достигнуть надежной стерилизаціи даже болѣе значительныхъ количествъ перевязочнаго матеріала въ *Schimmelbusch'*евскихъ жестянкахъ.

Кромѣ перевязочнаго матеріала и компрессовъ, обезпложиваются также въ жестянкахъ полотенца, которыя раскладываются на оперируемой, и операціонные халаты—лучше всего изъ плотнаго полотна, съ рукавами, застегиваемыми спереди у кисти

Такъ же надежно, какъ перевязочный матеріалъ, могутъ быть обезпложены металлическіе инструменты. Достаточно 10-минутнаго вывариванія инструментовъ въ водѣ, къ которой прибавляется 1 процентъ соды или 1/2 процента буры. Инструменты практичнымъ образомъ опускаются въ кипящую воду и вынимаются оттуда помощью особыхъ проволочныхъ корзиночекъ. Въ клиникахъ, гдѣ есть къ услугамъ паръ подѣ давленіемъ, вода въ нѣсколько секундъ приводится въ кипѣніе посредствомъ проведеннаго пара. Во время операціи многіе операторы держатъ инструменты въ чашкахъ съ жидкостью, либо въ обезпложенномъ физиологическомъ растворѣ поваренной соли, либо въ 2% растворѣ карболовой кислоты, чтобы защитить ихъ отъ бактерій воздуха. Такъ какъ мы увидимъ, что воздушныхъ зародышей надо мало бояться, то мы предпочитаемъ разложить инструменты на стерелизованномъ полотнцѣ сухими и примѣнять ихъ сухими.

Мягкіе резиновые катетеры, катетеры для мочеточниковъ изъ твердаго каучука переносятъ лишь кратковременное вывариваніе въ содовомъ растворѣ; они могутъ быть обезпложены либо формалиновыми парами въ особыхъ аппаратахъ, либо они вывариваются въ теченіе 10 минутъ въ насыщенномъ водномъ растворѣ сѣрнокислой магнезіи,—это они переносятъ сравнительно хорошо.

Для швовъ и лигатуръ примѣняются два привизиіально различныхъ матеріала: всасываемый и трудно всасываемый или совсѣмъ невсасываемый. Къ всасываемому матеріалу надо отнести кѣтгутъ и сухожилія кенгуру, къ трудно всасываемому или невсасываемому матеріалу—шелкъ, сильквормгутъ, целлоидиновую нитку, серебряную проволоку, алюминіевую проволоку, алюминіево-бронзовую проволоку и т. д.

Мы можемъ въ настоящее время весь швейный и лигатурный матеріаль съ увѣренностью освободить отъ приставшихъ къ нему даже стойкихъ споръ. Одобренные методы слѣдующіе:

Шелкъ проще всего можно стерилизовать 15-минутнымъ кипяченіемъ въ водѣ; достигаемая такимъ образомъ стерильность этого матеріала дѣлаетъ излишними предложенные въ большомъ числѣ, весьма сложные способы обезпложиванія шелка. Напротивъ, какъ увидимъ ниже, для заживленія раны небезразлично, примѣняемъ-ли мы чисто асептической шелкъ, или пропитываемъ шелкъ предварительно антисептическимъ средствомъ, дабы придать ему свойство задерживать развитие бактерій еще и въ ранѣ. Мы еще вернемся къ этому способу приготовления шелка.

Отъ стерилизаціи въ кипящей водѣ страдаетъ крѣпость шелка, поэтому нельзя особенно часто повторять вывариваніе. *Stich* изслѣдовалъ потерю въ крѣпости различныхъ номеровъ какъ крученого, такъ и плетеного шелка при кипяченіи (15 минутъ въ водѣ) и констатировалъ, что потеря эта не мала. Приводимъ въ таблицѣ найденныя *Stich*'омъ цифры:

	№ 0	№ 1	№ 2	№ 3	№ 4
Шелкъ необработанный.	0	1	2	3	4
• крученый	1,40	1,65	1,70	3,30	4,55
• плетеный	0,85	1,50	2,30	3,80	4,70
Стерилизованъ въ кипящей водѣ:					
крученый	0,98	1,35	1,45	2,91	3,75
плетеный	0,35	0,55	1,30	3,95	4,65

Подобно шелку, доступны надежному обезпложиванію въ кипящей водѣ серебряная проволока, алюминиевая проволока, силквормгутъ, целлюлоидиновая нитка.

Только *кэтгутъ* представляетъ исключеніе, такъ какъ онъ не выноситъ ни вывариванія въ водѣ, ни сухого нагрѣванія до необходимой температуры въ 150°.

Кэтгутъ можетъ быть надежно стерилизованъ различнымъ образомъ. Методы обезпложиванія основываются частью на воздѣйствіи химическихъ дезинфицирующихъ веществъ, частью на воздѣйствіи высокихъ температуръ въ опредѣленныхъ жидкостяхъ, служащихъ какъ обволакивающее средство для кэтгута. Такъ какъ, согласно современнымъ принципамъ асептики, мы стремимся вводить въ рану по возможности нераздражающій матеріаль, то предпочтенія заслуживаютъ тѣ методы стерилизаціи кэтгута, которые не надѣляютъ нитки антисептическимъ веществомъ, болѣе или менѣе раздражающимъ рану. Примѣняемое иногда при шелкѣ, какъ невсасываемомъ матеріалѣ, пропитываніе нитки антисептическимъ веществомъ, съ цѣлью оказывать задерживающее дѣйствіе на развитіе бактерій, излишне, даже вредно при употребленіи кэтгута по причинамъ, которыя будутъ выяснены ниже.

У гинекологовъ получила право гражданства преимущественно стерилизація кэтгута въ кумолѣ при 155—160° Ц., особенно съ тѣхъ поръ, какъ *Stich* своими изслѣдованіями показалъ, что при этомъ методѣ кэтгутъ почти не теряетъ въ своей крѣпости по сравненію съ сырымъ матеріаломъ. Въ этомъ его превосходство предъ вполнѣ безупречнымъ въ бактериологическомъ отношеніи методомъ *Hofmeister*'а, который предварительно уплотняетъ кэтгутъ въ формалде-

гидъ и затѣмъ уже вывариваетъ въ водѣ. Кумоловый кэтгутъ имѣеть далѣе то преимущество, что онъ не разбухаетъ, какъ при обработкѣ формалдегидомъ, а сохраняетъ тотъ же объемъ, что и сырой материалъ, такъ что легко обращаться съ ниткой при операціи.

Стерилизація кэтгута производится слѣдующимъ образомъ:

Отдѣльныя нитки кэтгута сматываются въ кольца, діаметромъ около 4 поперечныхъ пальцевъ и удерживаются въ этой формѣ 3—4 не туго затянутыми петлями обыкновенной нитки (см. рис. 1)¹⁾. Въ виду того, что кэтгутовая нить при нагреваніи въ кумолѣ сокращается, то практичнѣе не наматывать ее на катушки. Эти кэтгутовые кольца сушатся въ сухой камерѣ при 70—100° С. нѣсколько часовъ (6—12 ч.), для удаленія всей влаги изъ нитки; нагреваніе выше 100° нѣсколько понижаетъ качество кэтгута. Болѣе сложные аппараты для обезвоживанія сухимъ жаромъ въ небольшихъ больницахъ излишни и достаточно имѣющагося въ каждой лабораторіи и примѣняемаго для сухой стерилизаціи стеклянной посуды сушильнаго шкафа. Большею частью можно обходиться также безъ регулятора температуры,



Рис. 1. Кэтгутъ, свернутый въ кольцо.

такъ какъ стоитъ разъ установить пламя горѣлки, чтобы температура держалась въ известныхъ границахъ, тѣмъ болѣе, что колебанія допустимы въ сравнительно широкихъ предѣлахъ, около 40 градусоѡ. *Тотчасъ* послѣ высушиванія кэтгутъ переносится въ кумоловую жидкость, причемъ не слѣдуетъ до него дотрогиваться влажными руками, такъ какъ гигроскопической кэтгутъ воспринимаетъ воду изъ воздуха или съ рукъ.

Хрупкость кэтгута послѣ стерилизаціи *всегда* объясняется несоблюденіемъ этого требованія; на тѣхъ мѣстахъ, гдѣ кэтгутъ поглотилъ влагу, образуются характерныя переломы. Перенесенный въ кумолъ кэтгутъ можетъ тамъ оставаться, если не требуется немедленная стерилизація, ибо здѣсь онъ не можетъ вбирать влаги. Въ кумоловомъ растворѣ кэтгутъ нагревается въ песочной банѣ до 155—165° С. въ теченіе часа.

При простой обстановкѣ поступаютъ практически слѣдующимъ образомъ: на дно эмалированнаго или при болѣе частомъ употребленіи мѣднаго сосуда, вмѣстимостью въ 2—3 литра, насыпаютъ морской песокъ на толщину поперечнаго пальца; затѣмъ ставятъ туда бокалъ съ кумоломъ и обсыпаютъ его кругомъ пескомъ до уровня жидкости. Нагреваніе песочной бани производится Бунзеновскою горѣлкой. Во время нагреванія бокалъ лучше всего прикрыть проволоочною сѣткой или стеклянной пластинкой (см. рис. 2) (съ отверстіемъ для выхода кумоловыхъ паровъ и для введенія термометра), дабы кумолъ не загорѣлся, **если** неосторожно приближать пламя.

Кумолъ представляетъ углеводъ желтоватаго цвѣта, который при частомъ употребленіи принимаетъ болѣе темную окраску; тѣмъ не менѣе онъ можетъ

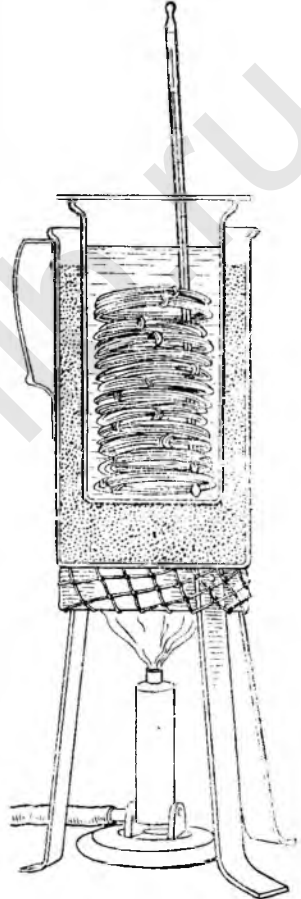


Рис. 2. Приспособленіе для стерилизаціи въ кумолѣ.

¹⁾ Фирма *Dronke* въ Кельнѣ (Nebenstaufenring) доставляетъ кэтгутъ уже въ видѣ готовыхъ колець.

быть применимъ сколько угодно разъ. Кумоль не взрываетъ, но горитъ съ сильной копотью.

Когда кумоль нагрѣлся до 160°, то пламя горѣлки уменьшаютъ, и жидкость держится тогда обыкновенно около часа на температурѣ 155—160° безъ всякаго дальнѣйшаго регулированія. Терморегуляторъ излишенъ, ибо перегрѣваніе кэтгута не можетъ наступить, такъ какъ кэтгутовая нить переноситъ температуру кипѣнія кумола; тѣмъ не менѣе въ общемъ не даютъ кумолу кипѣть во избѣжаніе излишней затраты его.

Кто не боится переноса спирта на рану, можетъ обезпложенный такимъ образомъ кэтгутъ непосредственно изъ кумола перенести въ алкоголь, въ которомъ онъ готовъ къ употребленію. Этого спиртового кэтгутъ, по нашимъ наблюденіямъ, нѣсколько раздражаетъ рану; поэтому лучше нагрѣтый въ кумолѣ кэтгутовый кольца обработать дальше слѣдующимъ образомъ. Чтобы удалить совершенно кумоль изъ нитокъ, кэтгутовые кольца переносятъ прокаленнымъ пинцетомъ въ обезпложенный предварительно стеклянныи сосудъ съ бензиномъ. Въ этой жидкости кэтгутъ либо оставляютъ, вынимая его не задолго до употребленія, либо, послѣ по меньшей мѣрѣ 3-часового лежанія въ бензинѣ, перекадываютъ его въ стерилизованныя стеклянныя чашечки съ крышками, такъ назыв. чашечки Петри. Такъ какъ въ нихъ при комнатной температурѣ *benzinum petrolei* германской фармакопеи испаряется безъ всякаго остатка, то получается въ результатѣ сухой вполне асептической матеріалъ для швовъ. Чтобы чашечки Петри не были открыты постороннимъ лицомъ, ихъ лучше всего замкнуть полоской липкаго пластыря, обхватывающей и крышку, и дно, и открыть передъ самымъ употребленіемъ. Въ чашечкахъ Петри матеріалъ держится свободнымъ отъ зародышей недѣлями, какъ показали многочисленныя изслѣдованія.

Для большихъ клиникъ пригодны для стерилизаціи въ кумолѣ аппараты, изготовляемые *Lautenschläger* омъ въ Берлинѣ. Кольца изъ кэтгута помѣщаются въ небольшія жестянки, которыя, на подобіе *Schimmelbusch* 'евскихъ барабановъ, имѣютъ замыкаемую отверстія у дна и у крышки (рис. 3). Съ заключеннымъ въ коробку кэтгутомъ продѣлываются затѣмъ выше описанныя манипуляціи; 5—6 коробокъ ставятся въ станокъ *E* и въ немъ выдерживаются въ сухой камерѣ (рис. 4) при температурѣ 90° двѣнадцать часовъ. Отсюда станокъ съ барабанами переносится въ аппаратъ для кумоловой стерилизаціи.

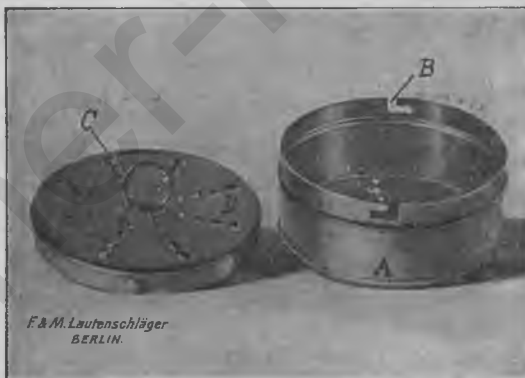


Рис. 3. Коробка для стерилизаціи кэтгута.

Этотъ аппаратъ состоитъ изъ рѣдкаго мѣднаго котла, который подвѣшенъ въ кожухѣ *C*; котель замыкается крышкой съ холодильникомъ *D*. Герметическій затворъ крышки осуществляется помощью винтовъ съ ушками, насаживаемыхъ попарно. Холодильникъ соединяется при *A* съ водопроводной, а при *B* съ водоотводной трубкой. Боковая трубка *G* холодильника служитъ для отвода избыточнаго давленія пара. Снабженный отверстіями станокъ *E* входитъ какъ-разъ во внутреннее пространство аппарата.

Благодаря особому приспособленію, ни капли раствора не теряется при нагрѣваніи на 170°. Станокъ *E* вмѣстѣ съ вставленными въ него жестянками вынимается изъ кумола и переносится въ стерильный сосудъ съ бензиномъ. Послѣ 3-часового пребыванія въ бензинѣ онъ попадаетъ назадъ въ сухую камеру, гдѣ въ короткое время бензинъ испаряется. Когда кэтгутъ сухой, жестянки герметически замыкаются посредствомъ закрытія отверстій.

Отъ стерилизаціи, какъ показали изслѣдованія *Stich'a*, *крѣпость* кѣтгута нисколько не страдаетъ.

Болѣе точныхъ изслѣдованій относительно вліянія стерилизаціи на *растяжимость* нитей нѣтъ въ настоящее время; насколько можно констатировать посредствомъ простой провѣрки рукой, обеспложиваніе въ кумолѣ не вліяетъ на растяжимость кѣтгута.

Такъ какъ стерилизація кѣтгута для практическаго врача хлопотлива, то уже нѣсколько лѣтъ какъ имѣется въ продажѣ готовый кѣтгутъ, обеспложиванный по этому методу (фирмы Dronke въ Кельнѣ).



Рис. 4.

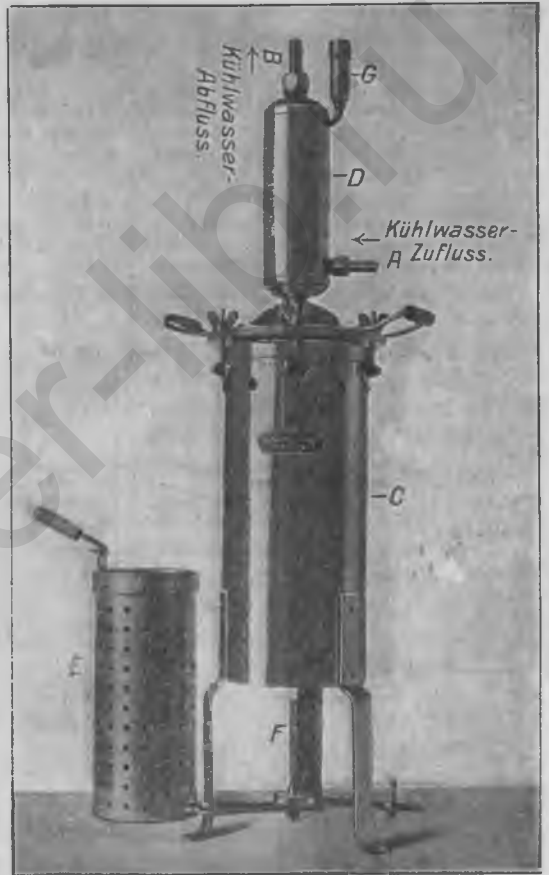


Рис. 5.

Аппараты для стерилизаціи въ кумолѣ.

Фабричная стерилизація производится такимъ образомъ, что въ маленькую коробку вкладываются три нитки, каждая въ 3 метра длины, изъ коихъ каждая отдѣльно завернута въ шелковую бумагу. Коробка закрывается крышкой. По краю крышки имѣются маленькія отверстія, которыя соотвѣтствуютъ такимъ же отверстіямъ по краю коробки (рис. 6). Коробки бросаются въ кумоловую баню, нагрѣваются, затѣмъ поступаютъ въ бензинъ, въ сухую камеру. Послѣ высушиванія матеріала достаточно небольшого поворота крышки, чтобы закрыть отверстія и сдѣлать коробку непроницаемой для бактерій наружнаго воздуха. Кѣтгутъ остается въ этихъ коробкахъ долго стерильнымъ, какъ доказали сдѣланныя нами провѣрки послѣ 2—3 лѣтъ. Чтобы дать га-

рантію въ надежной стерилизаціи на фабрикѣ, *Krönig* ввелъ контрольный объектъ. На концѣ верхней нитки въ коробкѣ кладется фабрикантомъ металлическая трубочка, которая состоитъ изъ сплава, плавящагося при 160°. При нагрѣваніи до 160° металлическая трубочка мало-по-малу размягчается и припавается къ кѣтгуттовой нити. Такъ какъ кѣтгутъ переноситъ нагрѣваніе до 160° только въ кумолѣ, то этимъ дается покупателю гарантія, что дѣйствительно коробка въ этой жидкости была нагрѣта до 160°. Такъ какъ, далѣе, этотъ сплавъ не скоро плавится, то имѣется извѣстная гарантія и въ томъ, что нагрѣваніе до 160° длилось почти часъ.

Обращеніе съ этимъ матеріаломъ въ болѣе тонкихъ номерахъ совершенно такое же, какъ съ шелкомъ. Кѣтгутъ примѣняется сухимъ. Въ болѣе толстыхъ номерахъ иногда нѣсколько мѣшаетъ ломкость матеріала. и здѣсь рекомендуется *не задолго до* употребленія провести нитку черезъ обезпложенную воду; болѣе продолжительное пребываніе въ водѣ дѣлаетъ нитки непригодными къ употребленію, такъ какъ онѣ становятся слишкомъ растяжимыми.

Средней толщины кѣтгутковыя нити растворяются въ тѣлѣ въ 10—14 дней.

Если хотять достигнуть болѣе продолжительнаго сохраненія нитки въ организмѣ, напр. при зашиваніи свищей или фасцій, тогда мы имѣемъ въ нашемъ распоряженіи методъ уплотнѣнія сырого кѣтгута, который даетъ возможность постепенно уменьшать его всасываемость. *Döderlein* рекомендовалъ для этого класть сырой кѣтгутъ на десять минутъ въ водный хромовой растворъ $\frac{1}{10000}$.

Mikulicz-Miyake рекомендуютъ дубленіе вытяжкой *Quebracho*; по ихъ прописи кѣтгутъ надо класть на сутки въ 5% водный растворъ этой вытяжки, которая добывается изъ дуба въ Аргентинѣ и богата дубильной кислотой.

Дальнѣйшая обработка уплотненнаго такимъ образомъ кѣтгута можетъ производиться послѣ его сушки любымъ образомъ.

Дезинфекція рукъ и инструментовъ.

До сихъ поръ мы могли удовлетворить въ бактериологическомъ смыслѣ принципу асептики, чтобы приводить въ прикосновеніе съ раной только *свободный отъ зародышей* матеріалъ; мы въ состояніи стерилизовать перевязочный швейный матеріалъ, инструменты и т. д. такимъ образомъ, чтобы и приставшія стойкія формы бактерій, въ частности служація контрольными сибиреязвенныя споры, были умерщвлены.

При обеззараживаніи рукъ мы впервые наталкиваемся на чувствительный пробѣлъ въ асептикѣ. Многочисленныя складки и ямки кожной поверхности образуютъ для бактерій настолько надежныя убѣжища, что мы не можемъ ни удалить ихъ отсюда съ увѣренностью механическимъ путемъ, ни сдѣлать ихъ неспособными къ развитію посредствомъ примѣненія дезинфекціонныхъ средствъ. Поэтому намъ приходится довольствоваться тѣмъ, чтобы либо уменьшить до минимума количество зародышей на поверхности кожи, либо пропитать послѣднюю антисептическимъ средствомъ на столько,

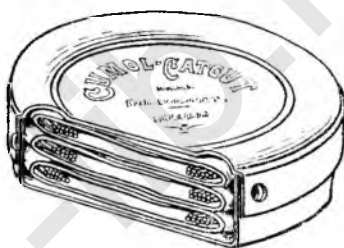


Рис. 6. Коробка со стерилизованнымъ кѣтгутомъ.

чтобы находящаяся на ней бактерия были значительно задержаны въ своемъ развитіи. Многочисленные и обстоятельныя изслѣдованія *Paul* и *Sarvey*, *Hägler'a*, *Krönig'a*, *Füth'a*, *Schäffer'a* и др. надъ содержаніемъ зародышей и способностью къ обеззараживанію рукъ сходятся теперь въ этомъ уже мало оспариваемомъ результатѣ.

Принятыя въ настоящее время способы обеззараживанія рукъ представляютъ сочетаніе механической и химической дезинфекціи. Руки моютъ теплой водой и мыломъ и одновременно трутъ щеткой или губкой изъ люфы, чтобы механически уменьшить число бактерій и сдѣлать кожу болѣе воспримчивой къ послѣдующему антисептическому средству. Неподготовленная поверхность кожи едва-ли впитываетъ водные обеззараживающіе растворы. Дабы можно было обходиться безъ щетокъ, которыя не легко обезпложиваются, въ послѣднее время примѣшиваютъ иногда прямо къ мылу средство для растиранія, какъ, напр., тонкій песокъ или толченый мраморъ.

Попытки достигнуть достаточной асептики рукъ одной механической чисткой кожной поверхности должны считаться въ настоящее время неудавшимися. Достигаемое механическимъ треніемъ уменьшеніе числа зародышей на поверхности кожи настолько незначительно, что оно не удовлетворяетъ предъявляемымъ къ асептикѣ рукъ необходимымъ требованіямъ, и потому требуется послѣдующая обработка обеззараживающими растворами.

Тѣмъ не менѣе за механической чисткой остается большое значеніе какъ за *подготовительнымъ* актомъ, и она ни въ коемъ случаѣ не должна быть пропускаема. Совершенно невозможно, конечно, въ 2—3 минуты добиться желательнаго успѣха, но нужно по меньшей мѣрѣ 10 — 15 минутъ обрабатывать руки возможно теплой водой и *мягкой* щеткой, причемъ особенное вниманіе должно быть удѣлено подногтевымъ пространствамъ. Иные операторы думаютъ, что асептика рукъ лучше достигается возможно *интенсивнымъ* механическимъ треніемъ; противъ этого мы рѣшительно возстаемъ. Всякая чрезмерная механическая обработка рукъ не должна быть допускаема, ибо мы этимъ легко вызываемъ трещины на кожѣ, которыя служатъ лучшимъ убѣжищемъ для патогенныхъ бактерій.

За мытьемъ теплой водой и мыломъ слѣдуетъ примѣненіе обеззараживающаго раствора. Число предложенныхъ здѣсь средствъ чрезвычайно велико.

При выборѣ дезинфекціоннаго средства должны быть принимаемы во вниманіе слѣдующіе пункты:

1) это средство должно оказывать возможно меньшее раздражающее дѣйствіе на кожу, чтобы удовлетворять важному принципу дезинфекціи рукъ, а именно уходу за кожей;

2) это средство должно возможно тѣснѣе соединяться съ кожной поверхностью;

3) тѣ *antiseptica*, которыя въ присутствіи органическихъ веществъ совершенно теряютъ свое дѣйствіе, какъ, напр., водные растворы хлора и т. п., должны быть, разумѣется, совсѣмъ исключены; напротивъ, особенно пригодны растворы солей металла потому, что они хотя и утрачиваютъ въ присутствіи органическихъ веществъ большую часть своей дезинфицирующей силы, развиваемой ими въ *чистыхъ* растворахъ, но никогда ихъ обеззараживающая способность не понижается до нуля; они имѣютъ то существенное преимущество, что они тѣсно, можетъ быть, химически, соединяются съ эпидермисомъ и въ этомъ

соединеніи еще долгое время имѣютъ свойство задерживать развитие зародышей.

4) Всякое заключеніе относительно обеззараживающаго дѣйствія средства на *кожную поверхность*, выводимое изъ его дезинфецирующей силы въ *чистыхъ* растворахъ, неосновательно. Antiseptica, которыя въ *чистыхъ* растворахъ обнаруживаютъ большую обеззараживающую силу, могутъ быть совершенно недѣйствительными при дезинфекціи кожи, и, наоборотъ, тѣ, которыя въ *чистыхъ* растворахъ обладаютъ сравнительно слабой дезинфецирующей способностью, могутъ тѣмъ не менѣе быть вполне пригодными для обеззараживанія кожной поверхности.

Какъ ни желательно обеззаразить поверхность кожи настолько, чтобы и *стойкія* формы бактерій сдѣлались неспособными къ развитію, это, къ сожалѣнію, въ настоящее время еще невозможно. Наилучшее, чего мы можемъ добиться, это, если удастся дезинфецировать руки настолько, чтобы онѣ, соприкасаясь съ ранами, съ большой вѣроятностью не заражали ихъ болѣе.

Методы испытанія дезинфекціоннаго средства для кожи сводятся въ послѣднее время въ существенныхъ чертахъ къ тому, что кожа искусственно загрязняется чистыми разводками патогенныхъ бактерій, которыя по своей силѣ сопротивленія антисептическимъ растворамъ стоятъ приблизительно на одной ступени съ гноеродными микроорганизмами чловѣка. Мы получаемъ оцѣнку дезинфекціоннаго метода, если соскобъ съ нашей кожной поверхности, загрязненной патогенными бактеріями, до дезинфекціи заражаетъ воспримчивыхъ животныхъ, а *послѣ* нея оставляетъ ихъ здоровыми. Мы можемъ считать самымъ подходящимъ для оператора тотъ способъ дезинфекціи, при которомъ въ сравнительно короткое время инфицированная передъ тѣмъ кожа настолько измѣняется, что она не можетъ болѣе заражать. Разумѣется, и эта постановка опытовъ еще изобилуетъ источниками ошибокъ, но въ настоящее время она должна все-таки считаться самой рациональной.

Изъ этихъ опытовъ прежде всего выяснилось, что чисто механическая дезинфекція рукъ совершенно недостаточна. Зараженные руки можно тереть 20 минутъ, даже полчаса, механически мыломъ и щеткой или мраморнымъ мыломъ, и все же не удастся освободить ихъ отъ патогенныхъ зародышей (при опытахъ почти исключительно примѣнялся *micrococcus tetragenus*) такъ, чтобы при перенесеніи соскоба съ кожи животныя не погибали.

Точно также послѣ дезинфекціи по методу *Ahlfeld'a* горячей водой и спиртомъ умирали, по опытамъ *Füth'a* и *Meisel'a*, почти всѣ контрольныя животныя отъ зараженія *micrococcus tetragenus*.

Весьма дѣйствительнымъ оказалось пропитываніе поверхности кожи *ртутными солями*. До сихъ поръ примѣнялись для опытовъ *сулема* и *субляминъ*, оба препарата оказались равносильными. Причину поразительно хорошаго дѣйствія, какъ упомянуто выше, надо усматривать въ томъ, что ртутная соль тѣсно соединяется химически съ кожной поверхностью, и что это соединеніе—можетъ быть, альбуминатъ ртути—еще оказываетъ дальнѣйшее задерживающее вліяніе, такъ что при переносѣ пропитаннаго ртутной солью соскоба кожи зародыши не развиваются въ организмъ.

Въ послѣднее время изъ ртутныхъ солей вошелъ въ практику *субляминъ*, имѣющій то большое преимущество передъ *сулемой*, что

онъ не дѣйствуетъ прижигающимъ образомъ и потому, при загрязненіи рукъ заразнымъ или подозрительнымъ матеріаломъ, можетъ быть примѣненъ въ возрастающей концентраціи до 1,0 на 200,0 воды и даже до 1,0 на 100,0 воды. Прежняя нѣсколько высокая цѣна сублимина въ послѣднее время значительно понижена.

Fürbringer требуетъ, какъ промежуточную ступень между мытьемъ рукъ теплой водой и мыломъ и между обработкой дезинфицирующимъ растворомъ, кратковременное мытье (1 мин.) 90% спиртомъ. На основаніи произведенныхъ подъ его руководствомъ опытовъ *Danielsohn'a* и *Hess'a*, онъ рекомендуетъ его столь распространенный и извѣстный дезинфекціонный методъ (теплая вода и мыло, спиртъ, сулема) измѣнить въ томъ направленіи, чтобы вмѣсто сулемы брать лучше дѣйствующій сублиминъ въ водномъ растворѣ 1 pro mille.

Недавно *Engels* въ обстоятельной экспериментальной работѣ призналъ самымъ надежнымъ «сокращенный *Fürbringer* овскій методъ», при коемъ послѣ мытья мыломъ руки прямо моются въ теченіе 5 минутъ въ 2 pro mille номъ спиртномъ растворѣ сублимина. Экспериментальные результаты, полученные этимъ методомъ, поразительно хороши.

Такъ какъ сублиминъ въ продажной формѣ плохо расходуется въ спиртѣ, то *Engels* совѣтуетъ имѣть наготовѣ 10% спиртный растворъ его, который готовится такимъ образомъ, что 10 грм. сублимина растворяютъ въ 90 куб. см. 50% алкоголя. Изъ этого раствора берется соответственное количество и смѣшивается съ 90—99% спиртомъ, чтобы получить растворъ 2 pro mille. Растворъ представляетъ родъ извѣшеннаго осадка.

Дезинфекція кожи производится у насъ такимъ образомъ, что кисти и предплечья обрабатываютъ 15 минутъ водой, мыломъ, щеткой, *ev. Schleich* овскимъ мраморнымъ мыломъ или *sapo silic.*, обращая вниманіе на каждую отдѣльную поверхность пальца и кисти, затѣмъ, тщательно сполоснувъ мыло, слегка растираютъ руки въ теченіе 5 минутъ мягкой щеткой въ водномъ растворѣ сублимина 1,0 : 500,0.

Дабы затруднить переходъ бактерій съ кожной поверхности на рану, *Menge* предложилъ послѣ дезинфекціи короткое время обтирать руки 70% спиртомъ. Дѣйствіе алкоголя, какъ довольно часто было доказано, состоитъ въ томъ, что бактеріи на кожѣ крѣпче удерживаются, благодаря болѣе тѣсному сдвиганію чешуекъ эпидермиса. Послѣ пропитыванія 70% алкоголемъ руку надо обсушить обезжированнымъ полотенцемъ и облить стерильнымъ параффино-ксилоловымъ растворомъ. Ксилолъ испаряется въ короткое время при помахиваніи руками въ воздухѣ, и тонкій слой парафина покрываетъ кожу. Если обработанную такимъ образомъ руку полить водой, то жидкость тотчасъ скатывается съ руки каплями. Параффино-ксилоловый растворъ *Menge* приготовляетъ такимъ образомъ, что онъ 10 грм. парафина съ точкой плавленія въ 45° растворяетъ въ 100 куб. см. ксилла и затѣмъ обезпложиваетъ кипяченіемъ.

Мы обязаны *Häglerу* и *Menge* тѣмъ, что при асептикѣ рукъ былъ выдвинутъ также больше на передній планъ принципъ *ухода за кожей*. При плохомъ уходѣ за кожей въ трещинахъ ея скопляются гноеродныя бактеріи, и такъ какъ онѣ здѣсь не вынуждены къ сапрофитному образу жизни, какъ на неповрежденной поверхности кожи, а могутъ, какъ паразиты, сохранять въ маленькой ранѣ свою вирулентность, то подобныя руки особенно опасны для ранъ.

Правила ухода за кожей требуютъ отъ насъ *во время дезинфекціи*

примѣненія не раздражающаго мыла, неѣдкаго обеззараживающаго средства и возможно мягкихъ средствъ для растиранія; *послѣ* дезинфекціи должны примѣняться всѣ тѣ медикаменты, которые дѣйствуютъ профилактически противъ возникновенія экземъ.

При выборѣ мыла должны быть по возможности избѣгаемы ѣдкіе калийные сорта.

Во вниманіе къ уходу за кожей должны быть, далѣе, исключены всѣ тѣ дезинфекціонныя средства, которыя производятъ раздраженіе. Таковы все еще часто употребляемые лизолы, крезолы, карболовая кислота и т. д.; то же и сулема не отвѣчаетъ требованіямъ косметики рукъ.

Карболовый растворъ есть самое неудачное дезинфекціонное средство для кожи, хотя, къ сожалѣнію, онъ еще мѣстами предписывается какъ *desinficiens* въ учебникахъ для акушерокъ.

Хотя сулема, изрѣдка примѣняемая, не обнаруживаетъ замѣтнаго дѣйствія раздраженія, однако при болѣе частомъ употребленіи легко вызываетъ экземы; далѣе, такъ какъ водный сулемовый растворъ даетъ съ бѣлкомъ нерастворимый осадокъ, то пропитанная сулемой рука при соприкосновеніи, напр., съ кровью покрывается тонкимъ чернымъ покровомъ, который не смывается водой и мыломъ, а устраняется съ трудомъ только съ помощью винокамЕННОЙ кислоты; этотъ покровъ, разумѣется, недоступенъ послѣдующей дезинфекціи, а главное сухая, легко шелушащаяся экзема послѣ частаго мытья сулемой противорѣчитъ важному принципу хирургической асептики, а именно уходу за кожей.

Въ противоположность сулемѣ, субляминъ не вызываетъ осажденія бѣлка и раздраженія кожи, такъ что и въ интересахъ ухода за кожей онъ весьма пригоденъ для дезинфекціи.

По окончаніи операціи рекомендуется натирать кожу глицериномъ или какимъ-либо жиромъ, чтобы поддерживать гладкость эпидермиса. Предварительно, разумѣется, рука должна быть освобождена, какъ слѣдуетъ, отъ приставшей къ ней крови или другихъ бѣлковыхъ веществъ, которыя могутъ служить питательной средой для бактерій. Это требованіе, къ сожалѣнію, трудно выполнимо послѣ примѣненія сулемоваго раствора. *Häglar* рекомендуетъ по окончаніи оперативной дѣятельности брать всякій разъ ручную ванну въ отварѣ отрубей, что намъ показалось весьма пріятнымъ.

Такъ какъ обычными методами не удастся сдѣлать наши руки *свободными отъ зародышей*, то многіе операторы, во избѣжаніе прямого соприкосновенія кожной поверхности съ раной, надѣваютъ перчатки. Послѣднія должны быть такого свойства, чтобы ихъ можно было легко обезпложивать и чтобы онѣ не пропускали находящіяся на кожѣ бактеріи; далѣе онѣ не должны сильно ослаблять чувства осязанія и допускать свободныя движенія пальцевъ, дабы техника операціи не очень страдала.

Наиболѣе отвѣчаютъ этимъ требованіямъ тонкія, какъ кондомы, резиновыя перчатки *Friedrich'a* и *Döderlein'a*. Но и при нихъ, разумѣется, осязаніе нѣсколько страдаетъ; кромѣ того, онѣ имѣютъ тотъ недостатокъ, что задерживаютъ испаренія руки въ теченіе всей операціи; потъ скопляется въ перчаткѣ и мацерируетъ эпидермисъ.

Резиновыя перчатки могутъ быть удобно и надежно обезпложиваемы текучимъ паромъ; надо только каждую перчатку отдѣльно класть въ слой промокательной бумаги и внутри выполнять ватными шариками, дабы паръ могъ хорошо проникать внутрь. Завертываніе

резиновыхъ перчатокъ во время паровой стерилизаціи въ полотняные платки не цѣлесообразно, ибо это очень портитъ ихъ.

Въ виду своей гладкой поверхности, резиновыя перчатки, какъ доказали эксперименты *Wandel*'я и *Höhne* въ Кильской женской клиникѣ, могутъ быть легко освобождаемы (механически простымъ мытьемъ щеткой) отъ бактерій, которыя попали на нихъ во время операціи, напр. *bacterium coli* при операціяхъ на кишкѣ.

Пока резиновыя перчатки *цѣлы*, онѣ образуютъ безусловно вѣрную защиту; но въ теченіе операціи при шитьѣ, при завязываніи нитей легко появляются дырочки или небольшіе надрывы въ очень тонкой резинѣ; такимъ образомъ перчатки уже не могутъ давать абсолютной гарантіи противъ прикосновенія операціоннаго поля съ кожей рукъ; тѣмъ не менѣ эта гарантія все-таки остается еще гораздо большей, нежели тогда, если съ самаго начала оперировать безъ перчатокъ. Противъ опасностей, наступающихъ вслѣдствіе разрыва перчатокъ, дѣйствуютъ двоякимъ образомъ. Во-первыхъ, до надѣванія перчатокъ руки, разумѣется, должны быть обеззаражены съ той же добросовѣстностью, какъ и при оперированіи безъ перчатокъ. Во вторыхъ, надо избѣгать накопленія подъ резиновой перчаткой «перчаточнаго сока»; для этого надо по окончаніи дезинфекціи тщательно обсушить руки и натянуть сухія перчатки на сухую руку, что легко сдѣлать, если, по *Bunn*'у, напудрить внутреннюю поверхность перчатки стерилизованнымъ талькомъ.

Менѣ непроницаемы для бактерій вязаныя перчатки; матерія ихъ вбираетъ сперва въ свои поры отставшія отъ кожи бактеріи, но затѣмъ при болѣе сильномъ пропитываніи раневымъ секретомъ она можетъ отдавать также бактеріи въ рану. *Döderlein* и *Baron-Küster* показали, что послѣ продолжительнаго употребленія при операціи количество бактерій въ промокшихъ вязаныхъ перчаткахъ можетъ быть очень большимъ; выжатый изъ промокшей перчатки сокъ содержалъ безчисленное множество способныхъ къ развитію бактерій. Если, какъ совѣтуетъ *Mikulicz*, часто мѣнять перчатки во время операціи на сухія, свѣжія, то этотъ недостатокъ вязаныхъ перчатокъ можетъ быть значительно ослабленъ; тѣмъ не менѣ примѣненіе ихъ даетъ всегда лишь относительную защиту раны отъ переноса бактерій кожи.

Чтобы сдѣлать безвреднымъ прохожденіе бактерій кожи черезъ вязаныя перчатки. *Wölfler* пропитывалъ перчатку антисептическимъ средствомъ—имъ специально былъ предложенъ лизоль; при прохожденіи черезъ пропитанныя лизоломъ поры перчатки бактеріи должны стать неспособными къ развитію.

Однако это пропитываніе лизоломъ противорѣчитъ нашему принципу асептики, ибо для раны безразлично, если лизоль постоянно приходитъ въ прикосновеніе съ раневыми поверхностями; вопросъ также, достаточно-ли при пропитываніи перчатки бѣлковыми жидкостями тѣла бактеріеубивающаго дѣйствія антисептическаго средства, чтобы сдѣлать навсегда неспособными къ развитію проникающіе зародыши.

Иныя комбинируютъ резиновыя перчатки съ бумажными, чтобы избѣгать мѣшающей при операціи гладкости первыхъ. Наконецъ, *Blumberg* видоизмѣнилъ резиновыя перчатки въ томъ направленіи, что сдѣлалъ ладонную поверхность ихъ шероховатой; этимъ оперированіе въ перчаткахъ облегчается существеннымъ образомъ.

Какъ резиновыя, такъ и вязаныя перчатки имѣютъ тотъ недостатокъ, что болѣе тонкая техника операціи нѣсколько страдаетъ отъ нихъ; ослабленіе чувства осязанія нѣсколько мѣшаетъ намъ при употребленіи пальцевъ, напр. при завязываніи тонкихъ шелковыхъ нитей на кишкѣ.

Тѣмъ не менѣе мы совѣтуемъ не пугаться подобныхъ первоначальныхъ затрудненій и усвоить себѣ это средство защиты отъ инфекціи, одинаково важное какъ для оператора, такъ и для больного. При нѣкоторомъ навыкѣ пропадаетъ первоначальная неловкость.

Главную выгоду резиновыхъ перчатокъ мы усматриваемъ въ томъ, что онѣ даютъ возможность и занятымъ операторамъ провести принципъ *не-зараженія* (*Noninfection*). Если только существуетъ возможность загрязненія рукъ гноемъ во время операціи, далѣе при всякомъ послѣдовательномъ уходѣ за инфицированными ранами, при смѣнѣ повязки и т. д. должно требовать въ настоящее время, чтобы руки были защищены непроницаемыми для бактерій резиновыми перчатками. При вскрываніи абсцессовъ техника играетъ столь малую роль, что заживленіе ранъ отъ употребленія перчатокъ не страдаетъ. Благодаря примѣненію резиновыхъ перчатокъ рука оператора ограждается отъ прикосновенія съ заразными зародышами, обезпечивается асептика кожи для послѣдующихъ операцій, и операторъ самъ до известной степени застрахованъ отъ опасности, которая не одну жертву вырывала изъ нашихъ рядовъ.

Такимъ образомъ, мы подошли къ двумъ требованіямъ, существеннымъ для асептики нашей кожной поверхности, а именно къ соблюденію *не-зараженія* (*Noninfection*) и *воздержанія* (*Abstinenz*).

Подъ первымъ мы понимаемъ возможное устраненіе или избѣганіе соприкосновенія нашихъ рукъ съ заразнымъ матеріаломъ, напр. гноемъ, выдѣленіями зараженныхъ родильницъ и т. п.

Подъ вторымъ мы понимаемъ временное воздержаніе отъ асептическихъ операцій, когда наши руки пришли въ прикосновеніе съ гнилостными (септическими) или гнѣющими (сапритическими) веществами. Мы выходимъ здѣсь изъ предположенія, что вслѣдствіе постоянного слущиванія верхнихъ слоевъ эпидермиса приставшія патогенныя бактеріи механически удаляются, или что онѣ вслѣдствіе вынужденнаго сапрофитнаго существованія на *неповрежденной* кожѣ утрачиваютъ свою вирулентность.

Zweifel требуетъ на основаніи клиническихъ наблюденій 3-дневнаго воздержанія, что одобряется большимъ числомъ операторовъ. Тяжелыя разстройства, обусловливаемые этимъ требованіемъ въ клинической дѣятельности, могутъ быть въ значительной степени обойдены, если защищать руки резиновыми перчатками отъ прикосновенія къ заразнымъ веществамъ.

Въ виду ненадежности химической дезинфекціи, наряду съ послѣдней должны быть потребованы обѣ вышеупомянутыя мѣры, не-зараженіе и воздержаніе, какъ равнозначущіе факторы для асептики рукъ.

Кожа живота, послѣ сбритія волосъ съ *mons veneris*, можетъ быть такъ же обеззараживаема, какъ наши руки; кромѣ того, чтобы возможно меньше заносить зародышей съ окружности операціонной области въ брюшную рану, мы должны возможно уже отграничить операціонное поле, для чего раскладывается большое обезпложенное полотенце изъ крѣпкаго полотна, снабженное щелью, края которой

пришиваются нѣсколькими узловатыми швами къ брюшной стѣнкѣ на извѣстномъ разстояніи отъ наносимой раны (рис. 7).

При влагалищныхъ операціяхъ тоже требуется ограниченіе операціонной области; такъ, напр., мы защищаемъ себя отъ загрязненія со стороны промежности посредствомъ батистовой (*Billroth-Batist*) запавѣски, которая укрѣпляется нѣсколькими швами на промежности и бедрахъ (рис. 8).

Болѣе или менѣе надежная дезинфекція кожи наружныхъ половыхъ частей едва-ли возможна. Здѣсь нѣкоторыми операторами затребованы очень суровыя мѣры, а именно: чтобы наружныя половыя части нѣсколько дней до операціи ежедневно энергично вымывались мыломъ въ ваннѣ, чтобы наканунѣ операціи дѣлались сулемовые

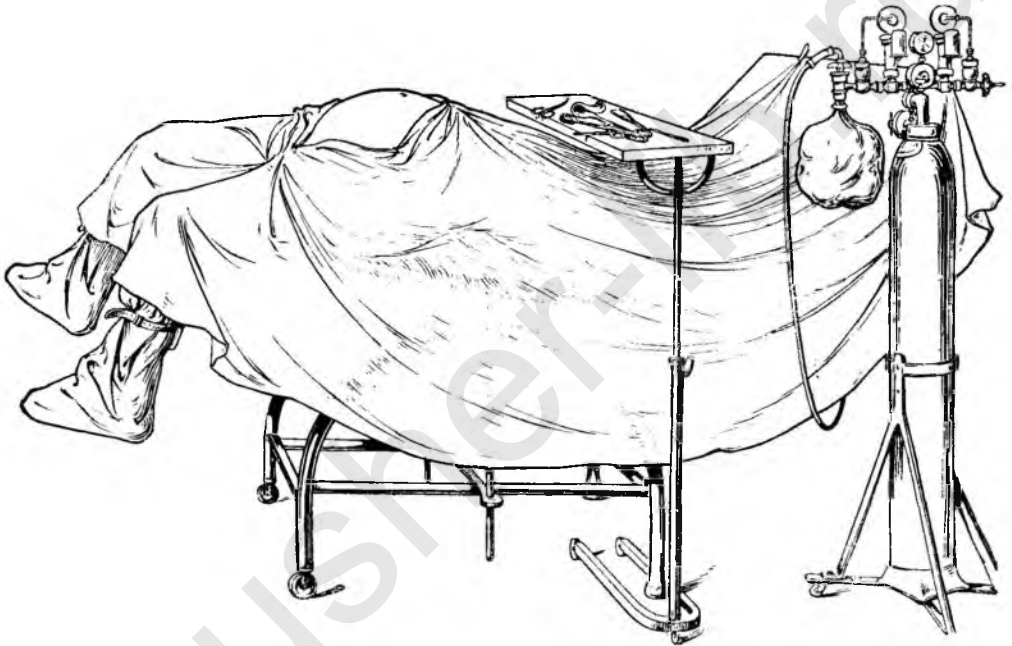


Рис. 7. Расположеніе при чревосѣченіяхъ.

компрессы, а передъ самой операціей еще разъ предпринималось обеззараживаніе мыломъ, спиртомъ и сулемовымъ растворомъ. Однако мы сомнѣваемся, чтобы этими энергическими мѣрами дѣйствительно достигалось замѣтное обезпложиваніе, которое оправдывало бы подобныя тягостныя для больной процедуры.

Клинической опытъ говоритъ противъ этого. Въ Тюбингенской и Фрейбургской клиникахъ дезинфекція больныхъ состоитъ исключительно въ полной ваннѣ наканунѣ операціи; непосредственно послѣ ванны сбываютъ волосы на промежности и лобкѣ, обмываютъ мыломъ и субляминомъ.

На основаніи сдѣланныхъ въ акушерствѣ при *partus praecipitatus* наблюденій *Winkel*'я и *Scanzoni*, мы полагаемъ, что констатированныя бактериологически на кожѣ наружныхъ половыхъ частей патогенныя бактеріи при нормальныхъ условіяхъ довольно безразличны для ранъ. Находящіяся на кожѣ наружныхъ половыхъ частей бактеріи

вынуждены вести тамъ сапрофитное существованіе, вслѣдствіе чего, судя по наблюденіямъ, которыя мы дѣлаемъ вообще въ хирургіи, гноеродныя бактеріи обыкновенно быстро утрачиваютъ свою вирулентность. Руки врачей и ухаживающихъ лицъ занимаютъ исключительное положеніе, такъ какъ вслѣдствіе ихъ профессіи на здоровой кожной поверхности ихъ пальцевъ часто застрѣваютъ инфек-



Рис. 8. Отграниченіе операціоннаго поля при влагалитныхъ операціяхъ.

ціонныя зародыши, которые не задолго до переноса на раны жили въ тѣлѣ, какъ *паразиты*, и потому сохранили свою вирулентность. Это можно было бы поставить въ сравненіе съ выставленной *Friedrich*'омъ и *Noeggerath*'омъ гипотезой относительно воздушной инфекціи. *Friedrich* различаетъ болѣе или менѣе искусственно выращенный инфекціонный матеріалъ, напр. бактеріи въ свѣжемъ гноѣ и т. д.,

отъ некультивированнаго и неприспособленнаго матеріала, каковы патогенные зародыши въ воздухѣ. Зародыши, находящіеся на кожной поверхности наружныхъ половыхъ частей, требуютъ извѣстнаго времени, чтобы при перенесеніи на раны приспособиться къ измѣнившимся условіямъ жизни и перейти отъ сапрофитнаго къ паразитарному существованію. За время этого приспособляванія на мѣстѣ инфекции пускаются въ ходъ все физиологическія средства защиты, чтобы обезвредить проникшія инородныя тѣла.

Отсюда мы переходимъ къ опасности, которая грозитъ равамъ, нанесеннымъ во влагалищѣ или со стороны влагалища, отъ зародышей, находящихся въ половомъ каналѣ. *Шейка* и *матка*, какъ показали изслѣдованія *Menge* и др., при нормальныхъ условіяхъ свободны отъ сапрофитно живущихъ бактерий; напротивъ, влагалище при физиологическихъ условіяхъ содержитъ очень большое число микробовъ. При многочисленныхъ складкахъ и углубленіяхъ влагалища невозможно, разумѣется, предпринять здѣсь болѣе или менѣе надежно дѣйствующее химическое обеззараженіе. Клиническія и бактериологическія изслѣдованія *Menge*, *Doederlein'a*, *Kroenig'a* установили почти съ увѣренностью, что во влагалищномъ секретѣ *беременной* не встрѣчаются заразительныя для пуэрперальныхъ ранъ бактеріи; даже наоборотъ, влагалищному секрету беременныхъ присуща защитительная сила противъ введенныхъ патогенныхъ зародышей. Хотя влагалище *небеременныхъ* не обладаетъ въ такой же степени средствами защиты, однако *Menge* доказалъ, что флора влагалища *небеременныхъ* женщинъ не отличается въ существенныхъ чертахъ отъ таковой у беременныхъ. Влагалище *небеременныхъ* тоже имѣетъ выраженныя охранительныя свойства противъ заноса патогенно-заразныхъ зародышей.

Поэтому при хорошемъ замыканіи влагалища можно, по нашему убѣжденію, отказаться отъ энергическаго обеззараживанія влагалища даже у *небеременныхъ*. Достаточно бережнаго вытиранія влагалища пальцемъ или мягкой щеткой при обильномъ орошеніи растворомъ сублямина.

Особенно важнымъ кажется намъ для асептики при влагалищныхъ операціяхъ, чтобы два дня до производства операціи женщина не подвергалась внутреннему изслѣдованію необеззараженными пальцами; это требованіе вытекаетъ естественно изъ нашихъ свѣдѣній о способности влагалища къ самоочищенію.

При неполномъ смыканіи влагалища, при пролапсахъ тщательная дезинфекція, конечно, необходима; если имѣются язвы, онѣ должны быть, разумѣется, залечены до операціи.

Во всякомъ случаѣ асептика влагалищнаго канала при хорошемъ замыканіи влагалища по меньшей мѣрѣ настолько же надежна, какъ и асептика хорошо обеззараженной кожи, и мы не имѣемъ болѣе права, какъ это часто случалось, изъ страха предъ влагалищными зародышами измѣнять въ извѣстномъ направленіи техническое выполненіе операціи; такъ, напр., нельзя уже приводить въ пользу надвлагалищной ампутаціи матки и противъ полной брюшной экстирпации то, что при послѣдней вскрывается содержащая зародыши влагалищная трубка.

Воздушная и капельная инфекция.

Значение воздушной инфекции сильно переоценивалось в первое *Lister*'овское время; сразу во время операции уже везде исчез из операционных. Самое большее, что иные операторы рекомендуют еще для уменьшения числа зародышей в воздухе операционной комнаты, это — пустить в течение 1—1½ часов до операции паровую струю или искусственный дождик, который производится распыляющей трубкой, приводимой в соединение с водопроводом, и таким образом прибить к полу бактерии воздуха.

Бактериологически доказано, что воздух операционных содержит бактерии и между ними такие, которые мы считаем патогенными для ран; тем не менее повседневный опыт учит нас,



Рис. 9. Расположение при влагалищных операциях. Маска для лица.

что асептически нанесенные, долгое время открытые воздуху раны заживают без реакции. Это с одной стороны обуславливается сравнительно малым количеством носящихся в воздухе болезнетворных зародышей, ибо мы знаем, что для возникновения инфекции число перенесенных бактерий имеет существенное значение. Другую причину малой опасности воздушных зародышей для раны надо, судя по опытам *Friedrich*'а и *Noeggerath*'а, усматривать в том, что бактерии, падающие на раны из воздуха, находятся в сухом состоянии и для произрастания требуют известного времени (7—8 часов), дабы постепенно приспособиться к влажной питательной среде; в течение этого времени они остаются в скрытом состоянии и лишь затем происходит быстрый рост их. Организм, следовательно, имеет по отношению к воздушным зародышам довольно много времени, чтобы развить реактивные защитные процессы; за время этого приспособления бактерий, вследствие раздражения, которое обычно вызывают проникшие в раны небезразличные

инородных тѣла, развиваются всѣ тѣ средства защиты, которыми располагаетъ способный къ сопротивленію организмъ, чтобы выйти побѣдителемъ въ борьбѣ съ небольшимъ числомъ патогенныхъ бактерій.

По сравненію съ малой опасностью отъ воздушнаго зараженія, *Flügge* и *Mikulicz* обратили вниманіе на значеніе такъ назыв. *капельной инфекции* для хода заживленія раны. При громкомъ разговорѣ и еще болѣе при харканьѣ и кашлѣ мелкія и крупныя частички жидкости, которыя выбрасываются при этомъ, могутъ быть занесены на большія разстоянія. Такъ какъ въ ротовой полости оператора и ассистентовъ находятся *приспособившіяся* патогенныя бактеріи, то надо а priori признать, что частичками жидкости рана можетъ быть заражена. Самымъ вѣрнымъ огражденіемъ было бы, разумѣется, не говорить, не кашлять, не чихать при операциі; но едва-ли можно провести полное молчаніе при болѣе крупныхъ операціяхъ. Поэтому рекомендуется во время операціи прикрыть ротъ марлевой маской. Такъ какъ съ потомъ бактеріи могутъ со лба оператора падать на операціонное поле, то надо устроить маску такъ, чтобы она также препятствовала паданію капель пота на операціонное поле. Мы носимъ маску, которая закрываетъ ротъ, лобъ и шею и оставляетъ свободными только носъ, глаза и часть щекъ (см. рис. 9).

Повязка.

Во избѣжаніе *послѣдующей* инфекціи зашитой асептической раны, закрываютъ послѣднюю непроницаемой для бактерій повязкой. Отдѣленіе раны можетъ быть настолько незначительно, что можно достигнуть гладкаго заживленія герметическимъ закрытіемъ, напр. смазываніемъ всей линейной раны *Bruns'*овской пастой *), которая вбираетъ просачивающуюся тканевую жидкость и засыхаетъ.

Обычно примѣняемая нами повязка состоитъ изъ нѣсколькихъ слоевъ стерильной марли, которая кладется прямо на рану, надъ этимъ идетъ слой ваты или зашитая въ марлю подушечка изъ древесной шерсти. Послѣ брюшныхъ операцій нѣкоторые операторы надъ слоемъ марли и ваты накладываютъ форменную повязку съ бинтомъ, которымъ захватываютъ и бедра. Выгода та, что больныи не могутъ добраться руками до раны и что слегка давящая повязка даетъ больнымъ пріятное чувство безопасности при рвотѣ и кашлѣ. Съ другой стороны давящая повязка имѣетъ тотъ недостатокъ, что она уже на второй день послѣ операціи, вслѣдствіе наступающаго вздутія кишечника, должна быть ослаблена, иначе наступаетъ чувство стѣсненія и одышки.

Мы предпочитаемъ укрѣпленіе повязки просто полосками липкаго пластыря; при этомъ намъ кажется немаловажнымъ, чтобы двѣ изъ этихъ полосокъ направлялись отъ передней верхней ости къ внутренней поверхности бедеръ (см. рис. 10), ибо благодаря этому рана, которая находится вблизи симфиза, ограждается отъ вторичной инфекціи. Дабы доставить больнымъ нѣкоторую поддержку при кашлѣ и рвотѣ, мы оказываемъ въ первыя сутки послѣ операціи легкое давленіе на рану, накладывая мѣшокъ съ пескомъ въ 1—2 ф. вѣса.

*) Aiol, Mucil. Gum. arab., Glycerin. aa 10,0, Bol. alb. 20.

При ранахъ на влагалищѣ и промежности герметическая повязка трудно достижима.

И здѣсь хорошія услуги оказываетъ *Bruns'*овская паста; однако и засыхающій на поверхности раневой секретъ защищаетъ достаточно



Рис. 10. Повязка послѣ чревосѣченій.

отъ позднѣйшей инфекціи снаружи. Для избѣжанія контактной инфекціи мы придаемъ значеніе предварительной стерилизаціи постельнаго бѣлья больной.

Ослабленіе мѣстнаго предрасположенія къ инфекціи.

Введеніе.

Содержаніе зародышей въ асептическихъ ранахъ.

Такъ какъ асептика, какъ мы видѣли въ предыдущей главѣ, обнаруживаетъ недочеты, то насъ не можетъ удивить, что даже при невозможно лучшемъ асептическомъ производствѣ операціи *всякая* рана въ концѣ операціи и еще нѣсколько часовъ спустя таитъ въ себѣ большое число бактерій; *Döderlein, Brunner, Lanz, Tavel, Büdinger, Schloffer, Schenk* и т. д. съ несомнѣнностью доказали это своими изслѣдованіями. Констатированныя бактеріи отчасти непатогеннаго характера; однако найдены также настоящія гноеродныя бактеріи— *staphylococcus pyogenes aureus, albus* и т. д. При этомъ ходъ заживленія ранъ можетъ быть безукоризненный, такъ что мы должны полагать, что при достаточной сопротивляемости ткани даже болѣзнетворные зародыши быстро погибають въ ранѣ.

Несомнѣнно, однако, что всякая нанесенная рана должна быть разсматриваема, какъ болѣе или менѣе *подозрительная въ смыслѣ инфекціи*; техническое выполненіе операціи должно стремиться къ тому, чтобы по возможности ослабить мѣстное предрасположеніе ткани къ зараженію. Это обстоятельство все болѣе и болѣе выдвигаетъ на передній планъ значеніе техники для оперативнаго вмѣшательства. Каждый операторъ убѣждается собственнымъ опытомъ, что по мѣрѣ возростанія его технической ловкости ходъ заживленія ранъ, несмотря на одинаковую асептику, все улучшается.

Подозрительная въ смыслѣ инфекціи рана должна быть разсматриваема, по *Friedrich'u*, какъ *зараженная* лишь тогда, когда патогенные микроорганизмы, попавшіе въ рану, вызрѣли и инфекціонныя вещества посредствомъ всасыванія вредно дѣйствуютъ на организмъ.

Поэтому нашимъ стремленіемъ должно быть не только по возможности устранять бактеріи отъ раны, къ чему предназначались приведенныя въ первой главѣ мѣропріятія, но и *лишать* проникшіе зародыши *питательной среды*.

Питательной средой для бактерій въ ранѣ служатъ, какъ показали опыты въ *Kocher'овской* клиникѣ, способныя впитывать въ себя инородныя тѣла, далѣе некротическія ткани, перевязанныя культи, въ особенности съ лигатурами en masse, наконецъ застоившіеся раневые секреты и кровоизліянія.

Linser и *Dorst* въ Бернской клиникѣ экспериментально доказали разницу между относительной безопасностью зараженія патогенными зародышами въ незатронутую ткань по сравненію съ инфекціей въ ткани, въ которой предварительно намѣренно произвели поврежденіе или гематому; такъ, напр., впрыскиваніе 1 куб. см. чистой разводки *staphylococcus pyogenes aureus* животному въ *нормальную* ткань не вызывали никакой реакціи, между тѣмъ какъ абсцессъ образовывался, если предварительно массовой лигатурой лишали питанія значительный кусокъ ткани или если вводили такое же количество культуры въ гематому.

Клиническій опытъ также показываетъ намъ при нагноеніяхъ швовъ, что нагноеніе вокругъ невсасываемаго инороднаго тѣла, особенно если послѣднее способно впитывать въ себя, длится мѣсяцами, между тѣмъ какъ оно тотчасъ прекращается, лишь только постороннее тѣло удалено. *Kocher* противопоставляетъ здѣсь *инфекцію при имплантации* болѣе невинной *контактной инфекціи*. Если инфицировать одинаковой чистой разводкой *staphylococcus pyogenes aureus* кэтгутую и шелковую нити, то, какъ показали опыты въ Лейпцигской клиникѣ, при соответственной вирулентности бактерій и у одного и того же животнаго вокругъ шелковой нити можетъ образоваться абсцессъ, между тѣмъ какъ кэтгутовая нить приживаетъ безъ реакціи. Послѣ всасыванія кэтгута привитыя бактеріи приходятъ въ непосредственное прикосновеніе съ бактеріеубивающими соками организма и быстро уничтожаются, между тѣмъ какъ шелковая нить образуетъ постоянное мѣсто для выводки бактерій.

Мы должны стремиться къ тому, чтобы предотвращать *размноженіе* бактерій въ ранѣ тѣмъ, что мы при операціи наносимъ возможно меньшій ущербъ тканямъ. Это достигается проведеніемъ гладкихъ разрѣзовъ, тщательнымъ кровоостанавливаніемъ, избѣганіемъ размозженія ткани и внесенія въ рану инородныхъ тѣлъ или дѣйствующихъ какъ таковыя некротическихъ тканевыхъ частицъ. Чѣмъ быстрѣе производится операція, чѣмъ менѣе раздражается ткань отъ высыханія на воздухъ, тѣмъ вѣроятнѣе не наступитъ инфекция даже при большомъ содержаніи зародышей въ ранѣ. Скорость операціи при этомъ не должна быть въ ущербъ аккуратнаго выполненія.

Чтобы быть въ состояніи въ большемъ масштабѣ удовлетворять этимъ требованіямъ техники, намъ нужно подробно разобратъ:

1) какимъ образомъ обнаженіемъ операціоннаго поля при гинекологическихъ операціяхъ мы дѣлаемъ возможнымъ быстрое и тщательное выполненіе операціи;

2) какимъ образомъ при неизбѣжномъ введеніи инородныхъ тѣлъ, напр. швейнаго и перевязочнаго матеріала, мы можемъ ограничить инфекцію отъ имплантации (*Implantationsinfection*);

3) какимъ образомъ производить кровоостанавливаніе, чтобы оно было и тщательнымъ и въ то же время сопровождалось возможно меньшимъ поврежденіемъ, особенно возможно меньшимъ некротизмомъ ткани.

Обнаженіе операціоннаго поля.

При чревосѣченіяхъ брюшная рана раздвигается особыми зеркалами: изъ нихъ одна модель, которая оказалась практичной въ нашихъ рукахъ, приведена на рис. 11.

Чтобы сдѣлать хорошо доступными глазу оператора органы малаго таза, огромное большинство гинекологовъ избираютъ положеніе

съ приподнятымъ тазомъ, предложенное впервые *Trendelenburg*'омъ въ 1890 году, причемъ наклоненіе тѣла пациентки къ горизонту доводится большею частью только до угла въ 45°. Операторъ становится либо на правую, либо на лѣвую сторону больной; намъ представляется въ общемъ болѣе выгоднымъ становиться на лѣвую сторону; мы мѣняемъ положеніе лишь тогда, когда имѣемъ въ виду производить болѣе тонкіе сперативные приемы внизу въ маломъ тазу на лѣвой сторонѣ; здѣсь мы становимся противъ пораженной стороны. Одинъ ассистентъ занимаетъ мѣсто противъ оператора по другую сторону больной, второй ассистентъ, который долженъ раздвигать брюшную рану, стоитъ между бедрами пациентки; этотъ помощникъ можетъ быть замѣненъ самодержающимся зеркаломъ *Doyen*'а или *Collin*'а (рис. 12).



Рис. 11. Брюшное зеркало *Fritsch*'а.



Рис. 12. Самодержающееся брюшное зеркало.

Какъ операціонные столы для положенія съ приподнятымъ тазомъ предложено большое число моделей, которыя всѣ въ высокой степени удовлетворяютъ требованіямъ. Упомянемъ столы *Steltzner*'а, *Bratz*'а, *Pölschen*'а, послѣдній мы примѣняемъ въ Лейпцигской и Фрейбургской клиникахъ; кромѣ того, недавно предложенъ превосходный столъ *Göpel*'я (рис. 13), который посрединѣ можетъ быть установленъ выше и ниже съ помощью придѣланнаго по средней оси маслянаго насоса.

Fritsch прежде устраивалъ положеніе съ приподнятымъ тазомъ такимъ образомъ, что подкладывалъ на горизонтальномъ операціон-

номъ столѣ козлы подѣ тазъ больной и тѣмъ вызывалъ сильный лордозъ.

Martin и *Zweifel* сравнительно рѣдко примѣняютъ при гинекологическихкихъ операціяхъ положеніе съ приподнятымъ тазомъ, они кла-



Рис. 13. Операціонный столъ *Göpel*'я.

дутъ больную горизонтально со свободно свѣшивающимися черезъ край операціоннаго стола ногами. Благодаря свободному свѣшиванію ногъ достигается сильный лордозъ поясничной части позвоночника,



Рис. 14. Столъ *Horn*'а.

и лежащіе въ глубинѣ малаго таза органы становятся хорошо доступными глазу. Какъ столъ, употребляется столъ *Horn*'а (рис 14). Невыгода по сравненію съ *Trendelenburg*'овскимъ положеніемъ состоитъ

въ томъ, что кишки во все время операціи должны быть удерживаемы отъ малаго таза помощникомъ; при операціяхъ, которыя требуютъ хорошаго обнаженія частей въ заднемъ Дугласѣ, часто невозможно обходиться безъ эвентераціи кишекъ. Съ другой стороны, всякое положеніе имѣетъ то большое преимущество, что не нарушается дыханіе оперируемой и что руки оператора наилучшимъ образомъ работаютъ совмѣстно при завязываніи нитей, при обкалываніяхъ и т. д., между тѣмъ какъ при положеніи съ приподнятымъ тазомъ операторъ и ассистенты благодаря стоянію по сторонамъ больной нѣсколько связаны въ свободѣ движеній рукъ. При положеніи съ приподнятымъ тазомъ дневной свѣтъ прямо падаетъ въ полость малаго таза, кишки сами собою отходятъ назадъ, пораженные тазовые органы могутъ быть хорошо обозрѣваемы и источникъ кровотеченія быстро найденъ; эти выгоды положенія съ приподнятымъ тазомъ побудили насъ все рѣже и рѣже примѣнять положеніе больной на столѣ *Horn'a*.

Мы не можемъ умолчать, что положеніе съ приподнятымъ тазомъ, при продолжительномъ примѣненіи, таитъ въ себѣ извѣстные недостатки, на которые недавно снова указали *Kraske, Schaula, Franz*.

Kraske обращаетъ вниманіе на разстройства, которыя могутъ наступить вслѣдствіе измѣненныхъ условій кровообращенія и дыханія.

Благодаря переполненію сердца кровью и высокому давленію кровяного столба въ нижней полій венѣ, дѣло можетъ дойти до остраго, непоправимаго расширенія сердца; правда, здоровый циркуляціонный аппаратъ, какъ *Kraske* самъ замѣчаетъ, легко справится съ этимъ; если же имѣются заболѣванія со стороны сердца или сосудовъ, то отъ продолжительнаго *Trendelenburg'*овскаго положенія могутъ возникнуть тяжелыя опасности для больной. Такимъ образомъ *Kraske* сообщаетъ о двухъ случаяхъ, которые послѣ операціи протекли смертельно при сердечныхъ явленіяхъ.

Чтобы точнѣе опредѣлить разстройства кровообращенія и дыханія, *Franz* предпринялъ изслѣдованія при горизонтальномъ положеніи и положеніи женщины съ приподнятымъ тазомъ. Онъ регистрировалъ пульсъ сфигмографами и отмѣчалъ грудное и брюшное дыханіе по *Marey* на кимографіонѣ. При положеніи съ приподнятымъ тазомъ брюшное дыханіе всегда становилось значительно слабѣе, грудное же совсѣмъ не усиливалось компенсаторно или лишь мало; такимъ образомъ при положеніи съ приподнятымъ тазомъ вентиляція легкаго часто немало ослабляется.

Однако, если *Franz* изъ своихъ наблюденій надъ 825 эфирными наркозами въ горизонтальномъ положеніи, при коихъ появилось только 16=2,3% бронхитовъ, по сравненію съ 493 наркозами при положеніи съ приподнятымъ тазомъ, при коихъ бронхиты наступили въ 44 случаяхъ, слѣдовательно въ 8,9%, выводитъ заключеніе, что наркозы при положеніи съ приподнятымъ тазомъ въ четыре раза чаще вызываютъ бронхиты, нежели въ спинномъ положеніи, то этотъ выводъ, по нашему мнѣнію, неполно обоснованъ, такъ какъ *Franz* не упоминаетъ, встрѣчались ли при операціяхъ въ горизонтальномъ положеніи такъ часто въ процентномъ отношеніи лапаротоміи, какъ и при операціяхъ въ *Trendelenburg'*овскомъ положеніи. Послѣ *чревоотеченій* въ общемъ возникаютъ пневмоніи гораздо чаще, нежели послѣ операцій, которыя не сопровождаются вскрытіемъ брюшной полости.

Положеніе съ приподнятымъ тазомъ не должно длиться ни на

одинъ моментъ дольше того, что необходимо требуетъ техническое выполненіе операціи въ маломъ тазу; лишь только можно обходиться не столь крутымъ поднятіемъ, оно тотчасъ замѣняется болѣе горизонтальнымъ положеніемъ больной, такъ, напр., каждый разъ при зашиваніи брюшной полости. Надо обращать вниманіе на то, чтобы тѣло пациентки было наклонено къ горизонту не болѣе, чѣмъ до угла въ 45° . Такъ какъ разстройство дыханія особенно наступаетъ при переходѣ изъ спиннаго въ *Trendelenburg*'овское положеніе, то это перемѣщеніе надо производить по возможности медленно. У очень тучныхъ особъ, у больныхъ съ перерожденной сердечной мышцей, лучше совершенно отказаться отъ преимуществъ *Trendelenburg*'овскаго положенія и замѣнить его положеніемъ на *Horn*'овскомъ столѣ.

На другую опасность положенія съ приподнятымъ тазомъ обратили вниманіе *Schauta* и *Kraske*.

Schauta наблюдалъ два своеобразныхъ случая непроходимости кишечника послѣ операцій въ положеніи съ приподнятымъ тазомъ; дѣло дошло здѣсь до заворота большей части тонкихъ кишекъ вокругъ оси ихъ брыжейки. *Schauta* пытался вызвать экспериментально на трупѣ этотъ заворотъ кишекъ посредствомъ положенія съ приподнятымъ тазомъ; это ему не удавалось, но онъ замѣтилъ, что возвращеніе смѣщенныхъ въ *Trendelenburg*'овскомъ положеніи кишекъ при переходѣ въ горизонтальное положеніе наступало лишь тогда, если перемѣщеніе совершалось при *вскрытой* еще брюшной полости. На основаніи этихъ наблюденій *Schauta* поставилъ себѣ за правило закрывать брюшную полость не раньше, чѣмъ восстановлено горизонтальное положеніе больной, и онъ убѣдился въ томъ, что возвращеніе внутренностей полное.

Единичнымъ стоитъ случай *Kraske*, въ которомъ весь крайне жирный сальникъ, свернувшись въ комокъ при положеніи съ приподнятымъ тазомъ, упалъ подъ печень и здѣсь ущемился между почкой и поверхностью печени съ одной стороны, ободочной кишкой и *mesocolon* съ другой стороны. Ободочная кишка была такъ сильно повернута вокругъ своей оси, что просвѣтъ ея былъ совершенно непроходимъ.

Важно указать еще на то, что при переполненномъ желудкѣ, напр. при операціяхъ *ileus*'а, лучше по возможности совершенно не прибѣгать къ положенію съ приподнятымъ тазомъ. Можно бы думать, что при положеніи съ приподнятымъ тазомъ надо меньше опасаться аспираціи въ трахею, ибо все стекаетъ книзу; на самомъ дѣлѣ, какъ замѣчаетъ *Trendelenburg*, это не такъ—жидкость вытекаетъ изъ желудка, наполняетъ глотку, носоглоточное пространство и носовыя полости и всасывается въ трахею. Аспираціи легче избѣгнуть, если класть больную горизонтально или даже съ приподнятой верхней частью тѣла.

Кровавая рвота, появляющаяся иногда послѣ операцій на желудкѣ, кишкахъ, сальникѣ, едва-ли можетъ быть поставлена въ вину *Trendelenburg*'овскому положенію, ибо здѣсь, вѣроятно, мы имѣемъ дѣло съ эмболическими процессами, которые появляются совершенно независимо отъ положенія больной.

Graefe и *Madlener* приписываютъ появляющуюся послѣ операціи эмфизему клѣтчатки брюшныхъ покрововъ положенію съ приподнятымъ тазомъ. Эта эмфизема никогда не причиняла никакого вреда и

потому, помимо сомнительной еще причины происхожденія, едва ли можетъ быть приводима не въ пользу *Trendelenburg*'овскаго положенія.

Наконецъ, много разъ сообщалось о параличахъ п. *peroneus* при положеніи съ приподнятымъ тазомъ, возникшихъ отъ давленія ногодержателей; эти параличи могутъ быть, конечно, избѣгнуты посредствомъ соотвѣтственной набивки и не говорятъ противъ этого положенія.

При подсчетѣ всѣхъ приведенныхъ недостатковъ, *Trendelenburg*'овское положеніе съ приподнятымъ тазомъ все-таки остается неопѣнимымъ пособіемъ техники при гинекологическихъ операціяхъ, ибо ни въ одномъ положеніи малый тазъ женщины не становится настолько доступнымъ зрѣнію.

При влагалищныхъ операціяхъ больную лучше всего помѣщаютъ въ ягодично-спинномъ положеніи, въ такъ назыв. положеніи для камнесѣченія. Ноги больной удерживаются либо ногодержателями, либо стоящими по бокамъ ея ассистентами (см. рис. 9). Последнее имѣетъ то преимущество, что съ любой быстротой можетъ быть



Рис. 15. Влагалищныя зеркала *Doyen*'а.

достигнуто болѣе горизонтальное или болѣе приближающееся къ спинно-ягодичному положеніе больной. Здѣсь также можетъ оказаться выгоднымъ высокое положеніе таза, если при влагалищномъ вскрытіи брюшной полости вслѣдствіе натуживанія больной выпираютъ кишки. Это положеніе съ приподнятымъ крестцомъ можетъ быть во всякое время съ легкостью устроено на вышеупомянутыхъ операціонныхъ столахъ.

Самое операціонное поле обнажается помощью влагалищныхъ зеркалъ, изъ коихъ *Doyen*'овскія (рис. 15) справедливо пользуются большимъ расположеніемъ.

Дабы при брюшныхъ и влагалищныхъ операціяхъ предупредить выпирание кишекъ въ малый тазъ, затемняющее поле операціи, рекомендуется по удаленіи кишекъ изъ малаго таза, закладывать по направленію къ брюшной полости большой марлевыи компрессъ; послѣдній тотчасъ пропитывается всегда имѣющимся въ брюшной полости сывороткой и представляетъ такимъ образомъ самый индифферентный, нераздражающій матеріалъ для покрова кишекъ.

Эти закладки могутъ быть легко оставлены нечаянно въ брюшной полости, ибо вслѣдствіе манипуляцій во время операцій онѣ попадаютъ въ верхнія части брюшной полости и такимъ образомъ ускользаютъ отъ вниманія. При этомъ стерильные компрессы сперва могутъ оставаться безъ всякой реакціи, и зачастую лишь спустя

недѣли и мѣсяцы наступаютъ явленія, которыя дѣлаютъ намъ вѣроятнымъ оставленіе посторонняго тѣла. Въ благоприятномъ случаѣ образуется осумкованный внутрибрюшинный абсцессъ, который вскрывается черезъ переднюю брюшную стѣнку или черезъ кишку, или черезъ пузырь; но компрессъ можетъ также спуста мѣсяцы нарушить цѣлость крупныхъ сосудистыхъ стволовъ и причинить смерть большой вслѣдствіе внезапнаго внутренняго кровотечения.

Во избѣжаніе оставленія компрессовъ въ брюшной полости должны быть приняты во время операціи опредѣленныя мѣры. Настоятельно необходимо, чтобы число компрессовъ до и послѣ операціи сосчитывалось *двумя* лицами; это число отмѣчается лицомъ, ведущимъ протоколъ во время операціи. Чтобы отличать большіе компрессы отъ употребляемыхъ еще при операціи маленькихъ марлевыхъ шариковъ, цѣлесообразно первые снабдить какой-нибудь мѣткой, напр. продѣтой и завязанной узломъ цвѣтной шелковинкой; напротивъ, маленькіе комочки марли для вытиранія въ глубинѣ никогда не должны быть примѣняемы прямо, а всегда захвачены зажимными щипцами, дабы они не могли застрять въ брюшной полости. *Mikulicz* отмѣчаетъ компрессы для закладки такимъ образомъ, что къ одному углу привязываетъ шелковую нитку, къ концу которой прикрѣпляется буса; послѣдняя должна всегда висѣть снаружи. Эта закладка (*Peritomech* по *Mikulicz*'у) при всѣхъ достоинствахъ имѣетъ, однако, тотъ недостатокъ, что длинная нитка съ бусой иногда мѣшаетъ оператору.

Колѣнно-локтевое положеніе въ настоящее время сравнительно рѣже примѣняется, нежели раньше, когда къ нему охотно прибѣгали при пузырно-влагалищныхъ свищахъ для обнаженія операціонной области. Благодаря сильному паденію внутрибрюшнаго давленія воздухъ устремляется во влагалище и раздуваетъ его, лишь только зеркаломъ раздвигается *introitus*. Точно такимъ же образомъ можно надуть воздухомъ пузырь и прямую кишку, какъ это дѣлается преимущественно при цистоскопіи по *Kelly-Pawlik*'у и при эндовезикальныхъ операціяхъ.

Освѣщеніе операціоннаго поля.

Оперативная техника до извѣстной степени зависима также отъ освѣщенія операціоннаго поля; въ особенности при операціяхъ въ маломъ тазу болѣе тонкія манипуляціи, какъ обнаженіе мочеточниковъ, отдѣленіе пузыря и прямой кишки отъ раковой матки, вшиваніе мочеточника въ пузырь могутъ быть выполнены точно и быстро лишь тогда, когда операціонное поле интенсивно освѣщено; точно также при влагалищныхъ операціяхъ хорошее освѣщеніе болѣе глубокихъ раневыхъ полостей есть непремѣнное условіе увѣреннаго техническаго выполненія.

Обставленная по современному операціонная должна располагать обильнымъ *разсѣяннымъ* свѣтомъ и интенсивнымъ *прямымъ* источникомъ свѣта, который даетъ возможность направить свѣтовой конусъ на то мѣсто, которое въ данный моментъ хотя бы особенно освѣтить.

Разсѣянное освѣщеніе достигается обыкновенно въ операціонныхъ посредствомъ большіхъ оконныхъ поверхностей въ видѣ верхняго или боковаго (дневнаго) свѣта; намъ въ общемъ верхній свѣтъ представляется не столь подходящимъ для гинекологическихъ операцій, какъ боковой свѣтъ, который все больше и больше вводится въ новѣйшихъ операціонныхъ залахъ въ такомъ видѣ, что оконная

поверхность доходить до потолка и, пожалуй, еще на 1—2 метра. въ видѣ фонаря, захватываетъ потолокъ. Если имѣется боковой свѣтъ и въ то же время по серединѣ комнаты верхній свѣтъ, то послѣдній при влагалищныхъ операціяхъ такъ ослѣпляетъ оператора, что онъ не можетъ съ достаточной отчетливостью разобрать въ деталяхъ.

Дневной свѣтъ замѣняется и въ случаѣ надобности усиливается висячими дуговыми лампами, лампами *Nernst*'а, осміевыми лампами и т. д. Благодаря свѣтлой окраскѣ стѣнъ, потолка и пола операціонный свѣтъ отражается по всеѣмъ направлѣніямъ, такъ что комната прямо залита обиліемъ свѣта.

Этотъ принципъ *всесторонняго* отраженія имѣетъ одинъ недостатокъ: благодаря сильнымъ свѣтовымъ впечатлѣніямъ, проникающимъ въ глазъ со всеѣхъ сторонъ, свѣтоощущающія части притупляются, такъ что при болѣе продолжительныхъ операціяхъ нельзя уже разбирать детали въ операціонномъ полѣ съ достаточной отчетливостью. Поэтому мы считаемъ болѣе правильнымъ, на основаніи опыта въ Фрейбургской женской клиникѣ, не окрашивать всеѣхъ стѣнъ въ бѣлый цвѣтъ, а оставлять *одну* стѣну темной, чтобы дать глазу отдыхъ отъ сильныхъ свѣтовыхъ раздраженій. При этомъ контуры операціоннаго поля особенно отчетливо выступаютъ тогда, если мы становимся лицомъ къ темной стѣнѣ.

Во всякомъ случаѣ мы никогда не можемъ обойтись безъ хорошаго разсѣяннаго свѣта, ибо всякое исключительное одностороннее освѣщеніе даетъ отсвѣчиваніе операціоннаго поля.

Принципъ *прямого* освѣщенія въ операціонныхъ залахъ до сихъ поръ выполняли такимъ образомъ, что электрическія лампы накаливанія или сильныя лампы *Nernst*'а придѣлывали подъ подвижнымъ рефлекторомъ, которымъ и направлялся свѣтъ на желательныя мѣста операціоннаго поля.

Если примѣняютъ обыкновенныя лампы накаливанія, то вмѣстѣ съ свѣтовыми лучами рефлекторомъ отражаются и тепловые лучи, и операторъ, который находится между источникомъ свѣта и операціоннымъ полемъ, подвергается тягостному дѣйствію лучистой теплоты. Сильныя лампы *Nernst*'а, которыя примѣняются *F. König*'омъ въ операціонной больницѣ въ Альтонѣ, имѣютъ то преимущество, что онѣ при меньшемъ теплопроизводствѣ даютъ болѣе сильный свѣтъ.

Какъ ни велико отражаемое количество свѣта, особенно при употребленіи лампъ *Nernst*'а, не прекращалось исканіе еще болѣе сильнаго прямого освѣщенія, притомъ сопряженнаго съ возможно меньшимъ излученіемъ тепла.

Примѣняемый въ Лейпцигской, Ленской, Тюбингенской и Фрейбургской женскихъ клиникахъ освѣтительный приборъ *Siedentopf*'а и *Krönig*'а состоитъ изъ проекціонной лампы съ дуговымъ свѣтомъ, сила свѣта которой не достигается никакой комбинаціей лампъ *Nernst*'а. Чтобы не портить воздуха операціонной газамъ проекціонной лампы, послѣдняя цѣлесообразно помѣщена внѣ операціонной. Свѣтовые лучи собираются чечевицами и, какъ цѣлый пучокъ свѣта, отбрасываются черезъ отверстіе въ стѣнѣ операціонной комнаты; затѣмъ они попадаютъ (см. рис. 16) на пріемное зеркало, которое, по своему положенію подъ угломъ въ 45° къ направленію лучей, отражаетъ весь свѣтъ вдоль потолка операціонной. Соотвѣтственно ходу этихъ лучей, на потолкѣ операціонной придѣланы два желѣзныхъ рельса, по которымъ на роликахъ легко скользитъ проекціонное зер-

кало, которое можетъ быть передвигаемо взадъ и впередъ параллельно потолку, и уголъ наклоненія котораго къ свѣтовымъ лучамъ, какъ видно на рис. 17, можетъ быть любымъ образомъ измѣненъ посредствомъ простаго приѣма. Мы можемъ направить лучи вертикально къ операціонной области или болѣе косо, притомъ до $+60^{\circ}$ и -50° по одному или другому направленію отъ вертикальной линіи (см. рис. 18).



Рис. 16. Рисунокъ представляетъ операціонную и показываетъ, что пространство, занимаемое рельсами и зеркалами, очень невелико. Освѣжительный приборъ вследствие простоты его конструкции не служитъ ловушкой для пыли. Рельсы придѣланы высоко. При измѣненіи болѣе горизонтально падающихъ свѣтовыхъ лучей рекомендуется болѣе длиннымъ шнуромъ удалять проекціонное зеркало отъ рельса и тѣмъ приближать къ операціонному столу до 1,5 метра.

Если хотять, какъ это иногда желательно, достигнуть различныхъ цвѣтовыхъ оттѣнковъ, напр., если желаютъ имѣть не чисто бѣлый, а болѣе сѣрый свѣтъ, то на томъ мѣстѣ, гдѣ находится iris—діафрагма, придѣлана еще сѣрая пластинка, которая можетъ быть быстро выдвинута передъ свѣтовыми лучами.

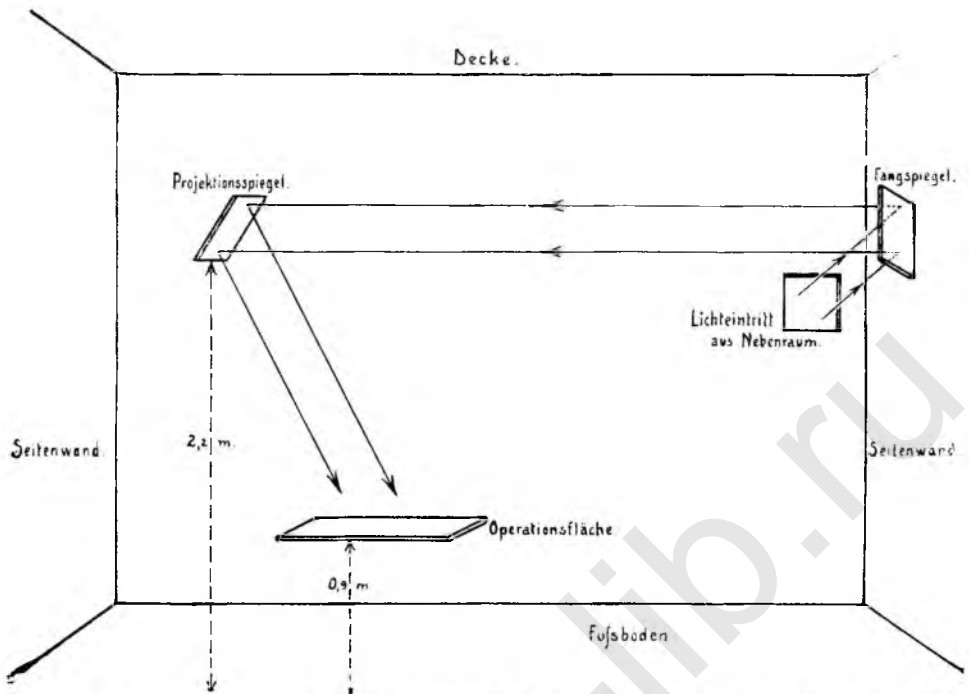


Рис. 17. Рисунок показывает проведение световых лучей через боковую стѣнку операционной и вдоль потолка.

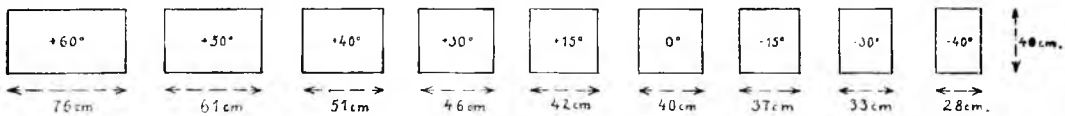
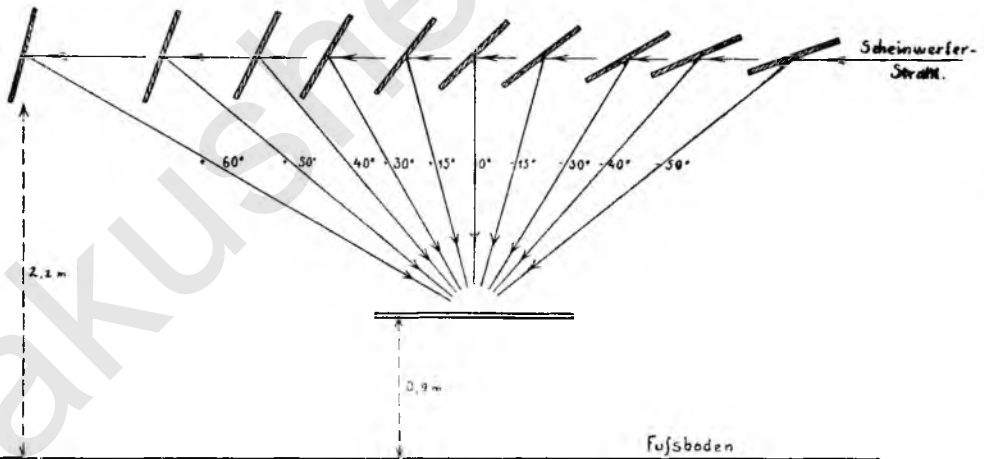


Рис. 18. Рисунок показывает различное падение лучей на операционную плоскость, смотря по положению зеркала. Изменение угла наклона достигается посредством вращательной конструкции зеркала. Если хотя бы иметь возможность направлять свет во все стороны, то избирают шаровидное или кардановское сочленение. Если желают не только отклонять лучи, но и дальше собрать их, то можно вместо изображенного на рис. плоского зеркала взять вогнутое. Можно также, на подобие устройства осветительного прибора в микроскоп, соединить оба зеркала в одно плоско-вогнутое.

Чтобы дать представленіе о силѣ свѣтовыхъ лучей, скажемъ, что она, по сравненію съ силой свѣта, исходящаго отъ 20 среднихъ лампочекъ накаливанія (около 32 свѣчей), слѣдующая: 20 лампочекъ накаливанія (по 32 свѣчи каждая) съ рефлекторомъ въ разстояніи метра отъ операціонной плоскости даютъ свѣтъ силой въ 1000 свѣ-

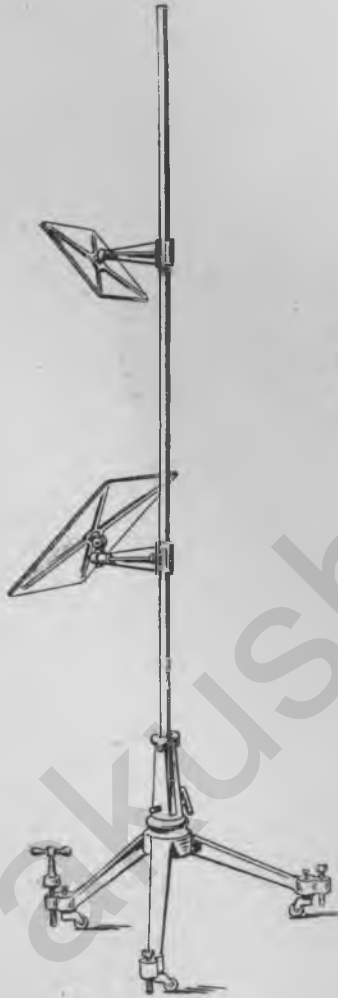


Рис. 19. Штативъ для освѣщенія.



Рис. 20. Зеркало съ лампочкой накаливанія *Ottma*.

Рис. 21. Зеркало съ лампочкой накаливанія *Döderlein*'а.

чей, проекціонная же лампа съ системой чечевицъ и отраженнымъ посредствомъ плоскаго зеркала свѣтомъ даетъ силу свѣта около 20.000 свѣчей. При этомъ теплопроизводство еле ощутимое.

Döderlein ввелъ такого рода видоизмѣненіе, что проекціонное зеркало у него не скользитъ на рельсахъ, придѣланныхъ у потолка,

а прикрѣплено къ штативу, какъ это видно на рис. 19. Благодаря этому, если пользоваться также ниже лежащимъ проекціоннымъ зеркаломъ, можно направить лучи горизонтально, что представляетъ выгоду при влагалищныхъ операціяхъ.

Чтобы сдѣлать возможнымъ освѣщеніе глубокихъ отдѣловъ равной полости при влагалищныхъ операціяхъ, *Ottz* сталъ вводить источникъ свѣта непосредственно въ брюшную полость; употребляемая имъ маленькая лампочка накаливанія распространяетъ такъ мало тепла, что ожога совершенно исключена. Дабы при влагалищныхъ келіотоміяхъ освѣтить также нижнюю часть брюшной полости, туловище опускаютъ на 45° , благодаря чему происходитъ смѣщеніе



Рис. 22. Освѣщеніе по *Ottz*.

кишекъ изъ нижнихъ отдѣловъ брюшной полости къ діафрагмѣ, и представляется возможность безпрепятственно осмотрѣть все операціонное поле. Источникъ свѣта, маленькую лампочку накаливанія, *Ottz* и *Döderlein* придѣляли къ специально устроеннымъ зеркаламъ (см. рис. 20 и 21).

Если, несмотря на приподнятое положеніе таза, смѣщеніе кишекъ къ грудобрюшной преградѣ не удастся, *Ottz* захватываетъ одновременно пулевыми щипцами переднюю брюшную стѣнку вблизи пупка и тянетъ ее кверху. При этомъ воздухъ изъ влагалищной раны съ шумомъ проникаетъ въ брюшную полость, и кишки находятъ себѣ мѣсто въ расширенной брюшной полости. Глубокой наркозъ больной является, разумѣется, непремѣннымъ условіемъ (см. рис. 22).

Выборъ матеріала для швовъ примѣнительно къ имплантаціонной инфекціи.

Изъ сказаннаго выше вытекаетъ, что едва-ли возможно при перевязкѣ или наложеніи шва обезпложенную нитку ввести въ ткань дѣйствительно свободной отъ зародышей, такъ какъ даже при самомъ строгомъ проведеніи асептики всегда приходятъ въ прикосновеніе съ ниткой бактеріи въ ранѣ. Мы видѣли, что отъ простой контактной инфекціи *Kocher* отличаетъ другой родъ зараженія, который онъ назвалъ имплантаціонной инфекціей. Къ послѣдней онъ относитъ всѣ тѣ инфекціи, при коихъ одновременно съ заразовозбудителемъ въ рану вносится *инородное тѣло*. Тогда заражаютъ не только вслѣдствіе моментальнаго прикосновенія или прививки инфекціонныхъ зародышей, но и вносятъ въ рану стойкое гнѣздо, внутри котораго зародыши съ самаго начала находятъ подходящее мѣсто для развитія. Внутри подобнаго инороднаго тѣла микроорганизмы защищены отъ прямого воздѣйствія живыхъ клѣтокъ и окружающихъ соковъ и питаются посредствомъ пропитыванія раневымъ секретомъ. Поэтому здѣсь даны болѣе благоприятныя условія для *длительной и прогрессирующей* инфекціи, нежели при простой контактной инфекціи. Подобная имплантаціонная инфекціа, въ противоположность шелку, исключена при употребленіи кэтгута; нитка кэтгута средней толщины въ продолженіе 6—10 дней всасывается, и такимъ образомъ инородное тѣло удаляется изъ раны; круглыя клѣтки могутъ теперь войти въ прямое прикосновеніе съ бактеріями и уничтожить ихъ.

Шелковая нить, какъ почти не всасываемый матеріалъ, также во многихъ случаяхъ встаетъ безъ реакціи; если же при погруженіи нитки въ рану попадаютъ вирулентныя зародыши, то можетъ вокругъ шелковинки возникнуть ограниченный гнойникъ, и заживленіе наступаетъ обыкновенно лишь тогда, когда организмъ извергнулъ наружу нагруженную заразовозбудителями шелковую нитку.

Ходъ заживленія раны можетъ при этомъ быть двоякій: рана *съ самаго начала* не вполне заживаетъ, но остается гранулирующее мѣсто, изъ котораго выдѣляется постоянно нѣкоторое, хотя и небольшое, количество гноя; введенный въ фистулу зондъ, смотря по глубинѣ имплантированнаго инороднаго тѣла, проникаетъ глубже или поверхностнѣе въ рану; другое болѣе частое теченіе таково, что происходитъ полное первичное слипаніе кожной раны, и что лишь спустя извѣстное время, напр. недѣли или даже позже, иногда спустя годъ, рубецъ начинается на одномъ мѣстечкѣ, величиной съ просяное зерно, краснѣтъ и становится болѣзненнымъ; рубецъ вскрывается, и опораживается немного гноя, зондъ открываетъ теперь обыкновенно длинный свищевой ходъ.

Въ томъ и другомъ случаѣ нагноеніе прекращается не ранѣе, чѣмъ шелковая нитка либо самопроизвольно извергается, либо удаляется особыми инструментами («искатели нитокъ», *Fadensucher*). Если съ самаго начала оперируютъ въ инфицированной области, то подобныя нагноенія швовъ составляютъ правило, чѣмъ подтверждается взглядъ *Kocher'a* на имплантаціонную инфекцію.

Частота нагноенія швовъ при шелкѣ увеличивается съ толщиной имплантированной нитки; справедливо предписывается принимать по возможности тонкіе номера шелка.

Roppert наблюдалъ при грыжесѣченіяхъ подобныя нагноенія швовъ послѣ каждой третьей операціи, *Abel* видѣлъ среди 52 случаевъ кесарскаго сѣченія въ 9 случаяхъ нагноеніе и изверженіе швовъ изъ брюшной раны.

Лишь тотъ, кто даетъ себѣ трудъ послѣ произведенной операціи принципиально наказывать женщинѣ явиться впослѣдствіи для осмотра, будетъ чаще наблюдать эти нагноенія швовъ. Кто не на-



Рис. 23. Прямѣненіе лампы, надѣваемой на лобъ.

стаиваетъ на принципиальномъ послѣдовательномъ осмотрѣ, больше не увидитъ этихъ женщинъ, ибо не удовлетворенныя результатомъ операціи, онѣ пойдутъ къ другому оператору, чтобы освободиться отъ этихъ тягостныхъ гноящихся свищей.

При бактериологическомъ изслѣдованіи извергнутыхъ шелковыхъ нитокъ находятъ обыкновенно *staphylococcus pyogenes aureus*, при томъ въ чистой разводкѣ. Подъ микроскопомъ нитка оказывается всегда туго набитой бактеріями, даже тогда, когда она выталкивается спустя годы (*Hägler*).

Заразозбудитель, разумѣется, лишь вторично подступилъ къ обезпложенной ниткѣ, либо при перенесеніи нитки въ рану, при необходимыхъ манипуляціяхъ нашей руки, стерильность которой ни-

когда не гарантирована, либо потомъ изъ кровеносныхъ путей; послѣднее не можетъ быть отвергаемо съ тѣхъ поръ, какъ *Schimmelbusch* доказалъ временное пребываніе гноеродныхъ бактерій въ циркулирующей крови.

Нагноенія швовъ обыкновенно протекають безъ лихорадки и не угрожаютъ жизни пациентки; однако они не побочныя раневыя осложненія, какъ это выставляется нѣкоторыми авторами.

Нѣкоторыя женщины значительно страдаютъ отъ нагноенія швовъ, особенно брюшной раны послѣ лапаротомій. *Abel* такъ описываетъ свое впечатлѣніе отъ послѣдовательнаго осмотра этихъ женщинъ:

«Это было очень тягостное разстройство для всѣхъ этихъ женщинъ. онѣ жили въ постоянномъ безпокойствѣ и страхѣ, что животъ снова разойдется; вѣру въ свое здоровье, а съ тѣмъ и полную работоспособность онѣ обрѣтали лишь тогда, когда закрывались всѣ швы».

Во многихъ случаяхъ при лапаротоміяхъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ долгое время держалось нагноеніе шва, появляется впоследствии грыжа въ брюшномъ рубцѣ.

Улучшеніемъ мѣръ асептики, особенно по отношенію къ рукамъ оператора, можно ограничить зараженіе нитки во время операции.

Но примѣняется еще другой путь для ограниченія нагноеній: пропитываютъ нитку антисептическимъ средствомъ, дабы сдѣлать ее неспособными къ развитію въ ранѣ занесенные сейчасъ или впоследствии зародыши. Такъ, напр., совѣтовали пропитывать шелкъ передъ употребленіемъ 5% карболовымъ или 1% сулемовымъ растворомъ, наконецъ, металлическимъ серебромъ (*Credé*).

Теоретически подобное пропитываніе, особенно солями металловъ, должно обѣщать успѣхъ, въ чемъ мы вполне согласны съ *Hügler*'омъ. Карболовая кислота должна быть менѣе пригодна, нежели ртутныя соли. ибо послѣднія тѣсно соединяются съ нитками и долѣе сохраняются, хотя и въ слабой степени, свойство задерживать развитіе бактерій. Правда, спустя 8 дней содержаніе ртути въ ниткѣ, какъ показалъ *Hügler*, уже настолько мало, что примѣшанныя теперь бактеріи могутъ поселиться внутри нитки.

Во всякомъ случаѣ антисептической матеріалъ надо предпочитать асептическому. Если пропитывать ртутной солью, то важно брать нераздражающую соль; вмѣсто *сулемы* можно бы и здѣсь, по нашимъ наблюденіямъ, рекомендовать нераздражающій *субляминъ*, такъ какъ и здѣсь не столько имѣетъ значеніе возможно сильное бактерицидное дѣйствіе, сколько интенсивное задерживающее вліяніе на развитіе бактерій. Благодаря мало раздражающему свойству мы можемъ примѣнять *субляминъ* въ болѣе сильныхъ концентраціяхъ, нежели *сулему*, и такимъ образомъ нагрузить нитку большимъ количествомъ ртутной соли. Правила приготовленія *субляминоваго* шелка въ Тюбингенской и Фрейбургской клиникахъ слѣдующія:

Полученныя съ фабрики нитки кладутъ на 12 часовъ въ эфиръ, затѣмъ на 12 часовъ въ безводный спиртъ, затѣмъ 10 минутъ вывариваютъ въ водномъ растворѣ *сублямина* 1:300, затѣмъ чистыми руками, на которыя надѣты пропитанныя *сублямино*мъ вязавыя перчатки, ихъ наматываютъ на катушки; затѣмъ катушки еще разъ вывариваютъ 10 минутъ въ растворѣ *сублямина* 1:300 и изъ этого раствора берутъ нитки оператору.

Этотъ способъ довольно близко подходитъ къ практикуемой въ *Kocher*'овской клиникѣ импрегнаціи шелка.

При употребленіи субляминового шелка у насъ тоже случались нагноенія швовъ, однако, на основаніи нашихъ результатовъ, мы вполне соглашаемся съ *Hägler*'омъ, что при употребленіи антисептического матеріала для швовъ, особенно если онъ пропитанъ раздражающимъ средствомъ, число нагноеній значительно меньше по сравненію съ примѣненіемъ асептического шелка.

Наконецъ, думали, что можно будетъ избѣгнуть этихъ тягостныхъ нагноеній швовъ, если для трудно всасываемаго матеріала (для швовъ и лигатуръ) брать не шелкъ, способный къ пропитыванію, а не-способныя къ пропитыванію нитки, напр. серебряную проволоку, сельквормгутъ, или если сдѣлать шелковыя, либо льняныя нитки неспособными всасывать, пропитывая ихъ *целлоидиномъ* (по *Pagenstecher*'у) или коллодіемъ (по *Braun*'у), или гуттаперчей (по *Schäffer*'у). Проволока и сельквормгутъ не годятся для погружныхъ швовъ, потому что они слишкомъ ломки. Пропитываніе же шелка коллодіемъ, целлоидиномъ, гуттаперчей не препятствуетъ, по *Hägler*'у, быстрому прониканію зародышей между отдѣльными волокнами, какъ и при асептическомъ шелкѣ.

Имплантаціонную инфекцію въ смыслѣ *Kocher*'а можно съ увѣренностью избѣгать только при кэтгутѣ; если нитку его оставить даже 10 дней съ гноемъ при благопріятной температурѣ, то зародыши всегда прекращаются у самаго края кэтгутаваго цилиндра; размноженіе внутрь, какъ при шелкѣ, здѣсь не имѣетъ мѣста.

Кэтгуту часто дѣлають упрекъ, что онъ раздражаетъ рану и потому обусловливаетъ красноту уколочныхъ каналовъ и даже небольшія нагноенія раны.

Poppert считаетъ вѣроятнымъ, что эти расстройства зависятъ отъ находящагося въ кэтгутѣ химическаго тѣла, которое дѣйствуетъ положительно хемстактически.

Между тѣмъ какъ *Poppert* въ своей статьѣ по справедливости выражается еще весьма осторожно и на это сваливаетъ лишь совсѣмъ легкія нагноенія раны, въ новѣйшихъ статьяхъ чаще встрѣчается замѣтка, что бактерійные токсины съ *увѣренностью* констатированы въ кэтгутѣ и что этимъ надо объяснять даже тяжелыя раневыя расстройства. До сихъ поръ наличность токсиновъ не доказана, а можетъ считаться только возможной; никакого доказательства нѣтъ. Мы отнюдь не хотимъ отрицать, что продукты обмѣна веществъ бактерій встрѣчаются въ кэтгутѣ; но могутъ-ли они дѣйствительно вызывать нагноеніе, намъ представляется весьма невѣроятнымъ. Далѣе вполне мыслимо, что при нагреваніи до 160—170° въ кумолѣ бактерійные токсины разрушаются.

Hägler на основаніи своихъ изслѣдованій совершенно отвергаетъ *химически* гноеродное дѣйствіе асептического кэтгута; если кэтгута-вые лигатуры и швы дѣйствительно извергаются, то они всегда и заражены.

Конечно, если мы съ кэтгутомъ вносимъ въ рану сильно раздражающія средства, напр., спиртный растворъ сулемы, то насъ не можетъ удивлять, что столь раздражающее средство, какъ сулема, особенно если оно пропитываетъ нитку въ сильной концентраціи (1%), какъ часто предлагалось, дѣйствуетъ раздражающимъ образомъ на рану.

Abel привелъ сравнительную статистику изъ Лейпцигской женской клиники, чтобы показать, какое вліяніе имѣеть способъ приготовленія кэтгута на частоту нагноеній. Изъ 55 брюшныхъ ранъ, которыя были зашиты кэтгутомъ, пропитаннымъ сулемовымъ алкоголемъ, нагноились 25 — 46%, а изъ 56 случаевъ, гдѣ шили кумоловымъ кэтгутомъ, нагноились 6—10,7%.

Къ сожалѣнію, при указаніи нагноеній послѣ примѣненія кэтгута часто недостаетъ необходимой справки, какимъ образомъ былъ приготовленъ кэтгутъ.

Кровоостанавливаніе при гинекологическихкихъ операціяхъ.

Мѣстное предрасположеніе ранъ къ инфекціи существенно зависитъ отъ питательной почвы, предоставляемой попавшимъ въ рану зародышамъ. Экспериментальныя изслѣдованія показали, что подходящей почвой служатъ въ особенности накапливающіеся въ тканевыхъ щеляхъ кровь и раневой секретъ. Поэтому ходъ заживленія раны будетъ въ значительной степени зависѣть также отъ надежнаго кровоостанавливанія или, если полная остановка кровотока невозможна по техническимъ основаніямъ, отъ надлежащаго отведенія крови и раневыхъ секретовъ посредствомъ дренажа наружу.

При кровоостанавливаніи мы должны, помимо *надежнаго и длительного* закрытія сосудовъ, стремиться къ тому, чтобы при этомъ возможно меньше *инородныхъ тѣлъ* имплантировать въ рану и по возможности избѣгать перетягиванія культи, которыя вслѣдствіе некроза или временно недостаточнаго питанія ткани даютъ благоприятную почву для поселенія бактерій.

Первому показанію мы удовлетворяемъ принципальнымъ примѣненіемъ *всасываемаго* матеріала для перевязки сосудовъ или замѣной лигатуры другими способами кровоостанавливанія, какъ, напр., закручиваніемъ или зажиманіемъ сосудовъ, послѣднему показанію — возможнымъ избѣганіемъ такъ назыв. лигатуръ *en masse*.

Всякое кровотеченіе изъ *болѣе крупнаго* сосуда должно быть остановлено посредствомъ перевязки. Для этого мы примѣняемъ исключительно кэтгутъ по причинамъ, приведеннымъ при изложеніи имплантационной инфекціи. Мы можемъ въ настоящее время считать доказаннымъ, что остановка кровотока изъ самыхъ крупныхъ сосудовъ удастся съ увѣренностью посредствомъ перевязки мягкимъ кэтгутомъ; съ успѣхомъ перевязывали кэтгутомъ подчлвчичную артерію, почечныя сосуды и т. д. Въ Лейпцигской клиникѣ уже болѣе 10 лѣтъ, въ Тюбингенской клиникѣ 8 лѣтъ всякій сосудъ, даже могуче развитая а. *uterina* при миомахъ, а. *spermatica* при большихъ овариальныхъ кистахъ, перевязывается мягкимъ кэтгутомъ; еще никогда не наблюдалось послѣдовательное кровотеченіе. Этимъ опро-



Рис. 24. Зажимъ *Kocher's*а.

вергается, по отношенію къ кровоостанавливанію, возраженіе, сдѣланное противъ кэтгута, касающееся его быстрой всасываемости.

Для наложенія лигатуры примѣняются самые различные *артериальные зажимы*, которые должны захватывать сосудъ по возможности изолированно. Долгое время мы употребляли зажимы *Koeberté*, въ послѣднее время мы перешли къ *Kocher*'овскимъ зажимамъ (рис. 24), которые имѣютъ острые концы съ заходящими другъ за друга зубцами и даютъ возможность лучше захватывать сосуды отдѣльно. *Langenbeck*'овскія и *Bergman*'овскія задвижки, по нашему опыту, не такъ пригодны для захватыванія сосудовъ въ глубокихъ раневыхъ полостяхъ таза, какъ *Kocher*'овскіе зажимы.

Сосуды съ типическимъ направленіемъ, какъ *art. ovarica*, *art. uterina*, *art. epigastrica*, въ видахъ сбереженія крови могутъ быть предварительно до перерѣзки на типическомъ мѣстѣ захвачены между двумя зажимами и перевязаны: такъ, напр., *a. ovarica* въ *lig. suspensorium ovarii*, *a. uterina* на мѣстѣ скрещенія маточной артеріи съ мочеточникомъ, *a. iliaca interna* тотчасъ позади мѣста ея отхожденія отъ *a. iliaca communis* послѣ разсѣченія лежащей надъ ней брюшины, причемъ надо обращать вниманіе на мочеточникъ, который на этомъ мѣстѣ перекрещиваетъ сосудъ.

Если не удастся хорошо изолировать сосуды, какъ это иногда встрѣчается при операціяхъ, предпринимаемыхъ по поводу воспалительныхъ пораженій половыхъ органовъ, то надежнѣе вмѣсто лигатуры произвести обкалываніе, т. е. проводить иглу съ ниткой подъ тканевымъ участкомъ, который захваченъ зажимомъ, и перетягиваютъ сосудъ.

При гинекологическихъ операціяхъ иногда нельзя вполне избѣгнуть массовыхъ лигатуръ. Въ особенности это бываетъ при влагалитныхъ операціяхъ, причемъ легко можетъ случиться, что при *первичной* перерѣзкѣ ткани перерѣзанный сосудъ такъ далеко ускользаетъ назадъ, что его нельзя уже снизу захватить пинцетомъ и перевязать. При массовыхъ лигатурахъ *Dechamp*'овской иглой или лучше острой иглой обкалывается вся ткань и перевязывается.

Отъ этихъ массовыхъ лигатуръ, которыя прежде именно въ гинекологіи были въ общемъ употребленія, вполне правильно все больше и больше отстали, такъ какъ онѣ заключаютъ въ себѣ всѣскіе недостатки.

Во-первыхъ, нечаянно могутъ быть захвачены въ массовую лигатуру и органы, особенно мочеточникъ при обкалываніи на боковой стѣнкѣ малаго таза. Поэтому лигатуры *en masse* слѣдуетъ избѣгать вездѣ, гдѣ имѣется хотя бы возможность захватыванія мочеточника.

При наложеніи массовой лигатуры остріе *Dechamp*'овской иглы иногда нечаянно надкалываетъ болѣе крупную вену, и получается сильное кровотеченіе. Послѣ затягиванія нитки кровотеченіе хотя часто останавливается, но не всегда, иногда продолжаетъ кровотоцитъ изъ уколочнаго канала; приходится еще глубже обкалывать ткань и такимъ образомъ легко случаются побочныя поврежденія пузыря, прямой кишки и т. д.

Массовая лигатура заключаетъ въ перевязанной культи плохо питаемую или совершенно выключенную изъ питанія ткань, со всѣми вытекающими отсюда невыгодными послѣдствіями для инфекціи. При массовыхъ лигатурахъ требуется далѣе довольно толстый лигатурный матеріалъ, который трудно завязывается узломъ и всегда



Рис. 25. Ангіотрибъ *Thurston's*.

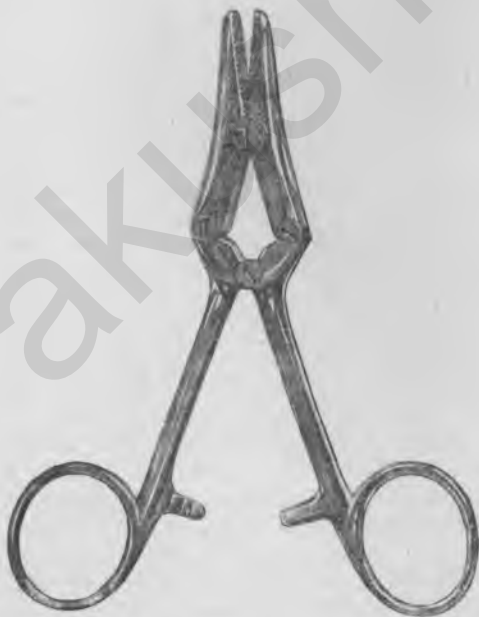


Рис. 26. Малый зажимъ *Zweifel's*.



Рис. 27. Большой зажимъ *Zweifel's*.

заключаетъ въ себѣ рискъ выскальзыванія сосуда изъ лигатуры. При перевязкѣ отдѣльныхъ сосудовъ мы можемъ употреблять совсѣмъ тонкія нити кѣтгута, даже при крупныхъ сосудистыхъ стволахъ, и тѣмъ удовлетворить принципу возможно меньшаго введенія инородныхъ тѣлъ въ рану.



Рис. 28. Накладываніе нитки въ борозду, образовавшуюся отъ сжатія ангиотрипторомъ.

При операціяхъ со стороны брюшной полости мы почти совершенно оставили массовую лигатуру, при влагалищныхъ операціяхъ, къ сожалѣнію, не всегда можно обойтись безъ нея.

Дабы избѣгнуть здѣсь невыгодныхъ сторонъ отшнурованной культи, пытались посредствомъ зажимныхъ щипцовъ сдѣлать ткань возможно тоньше или посредствомъ усиленнаго сжатія (*Forcicpressur*) совершенно обойтись безъ перевязки. *Doyen* и *Tuffier* хотѣтъ замѣнить въ подобныхъ культяхъ лигатуру сжатіемъ огромной силы, дѣйствующимъ, однако, лишь нѣсколько минутъ, и утверждаютъ, что такимъ образомъ можно окончательно закрыть даже крупные сосуды, напр. а. *uterina* и а. *ovarica*. Большая зажимная сила въ этихъ щипцахъ достигается системой эксцентрическихъ (инструменты *Doyen'a*, *Tuffier*, *Thum'a*, *Landau* и др.) или колѣнчатыхъ рычаговъ (*Zweifel*).

Опытъ показалъ, что послѣ снятія этихъ зажимныхъ щипцовъ кровотеченіе на первыхъ порахъ большею частью останавливается, но, къ сожалѣнію, иногда начинается сызнова при смѣщеніи ткани вслѣдствіе мышечнаго движенія. Выгодно комбинировать ангиотрипсію съ лигатурой, дабы сдѣлать перевязываемую культю возможно меньшей. *Döderlein* рекомендуетъ при употребленіи ангиотрипторовъ накладывать тонкую кѣгуттовую нитку въ образовавшуюся отъ сжатія борозду. Это особенно выгодно при влагалищныхъ операціяхъ (см. рис. 28). Ангиотрипторы имѣютъ только тотъ недостатокъ, что ихъ захватывающая часть очень широка, и потому, захватывая широкій мостикъ ткани, они могутъ нечаянно захватить и сосѣдніе органы—мочеточникъ, части пузыря.

Далѣе, во избѣжаніе массовой лигатуры при влагалищныхъ операціяхъ, въ частности при экстирпаціяхъ матки, одной или съ придатками, кровоостанавливаніе достигается посредствомъ длинныхъ зажимныхъ щипцовъ—*Pean'*овскіе зажимы, которые безъ чрезмѣрнаго сжатія ткани захватываютъ *ligg. lata* или *lig. suspensorium* и оба параметрія (см. рис. 29). Какъ опытъ учитъ, для надежной остановки кровотеченія щипцы должны оставаться *in situ* по меньшей мѣрѣ трое сутокъ. Этотъ методъ представляетъ ту выгоду, что операція можетъ быть произведена сравнительно скоро, но, съ другой стороны, заключаетъ въ себѣ тотъ недостатокъ, что лежащіе во влагалищѣ и между бедрами зажимы тягостны для больныхъ, далѣе, что обыкновенно наступаетъ сильное ихорозное разложеніе некротическихъ культей; здѣсь невозможно, какъ при ангиотрипсіи, отрѣзывать у самаго края щипцовъ, а приходится во избѣжаніе выскальзыванія тканевыхъ массъ изъ зажима оставить кусокъ ткани, который и подвергается ихорозному разложенію. Зажимы *à demeure* служатъ въ настоящее время только еще вынужденнымъ пособіемъ тогда, когда при влагалищныхъ операціяхъ невозможно обвести лигатуру вокругъ нерастяжимаго *lig. suspensorium ovarii*. Съ усовер-



Рис. 29. Зажимъ *Pean'a*.

шенствованіемъ техники влагалищной операціи подобныя пособія по нуждѣ станутъ все рѣже примѣняться.

Болѣе мелкіе сосуды могутъ быть съ удобствомъ захватываемы артеріальными пинцетами, и кровотеченіе изъ нихъ надежно останавливается простымъ закручиваніемъ. Остановка кровотеченія изъ капилляровъ, послѣ отдѣленія срощеній половыхъ органовъ между собою или съ кишками и *peritoneum parietale*, производится проще всего такимъ образомъ, что во время операціи временно прижимаютъ марлевый компрессъ къ кровоточащему мѣсту и пока продолжаютъ оперировать на другомъ мѣстѣ. Обыкновенно посредствомъ сухой марли кровотеченіе окончательно останавливается; въ противномъ случаѣ можно пропитать компрессъ кровоостанавливающимъ средствомъ, либо 3—5% перекисью водорода, либо 90% спиртомъ. Смооченный компрессъ крѣпко прижимаютъ къ кровоточащему мѣсту и сверху кладутъ сухую марлю, чтобы не дать нѣсколько раздражающей перекиси водорода или алкоголя прикасаться къ другимъ мѣстамъ ткани; 3—5-минутнаго прижатія этимъ компрессомъ достаточно въ большинствѣ случаевъ, чтобы остановить кровотеченіе. Полуторохлористое желѣзо, какъ кровоостанавливающее средство для пропитыванія компресса, въ общемъ неумѣстно, зато съ выгодой можно въ случаѣ нужды примѣнить *Penghawar-Djambi*—растительное волокно, которое большею частью ведетъ къ быстрому и тѣсному слипанію съ кровоточащимъ мѣстомъ.

Многократно рекомендованную каутеризацію кровоточащихъ мѣстъ термокаутеромъ или электрокаутеромъ, которую и мы раньше иногда примѣняли, мы въ послѣднее время все больше и больше забросили, особенно съ тѣхъ поръ, какъ *Franz* своими экспериментами показалъ, что вызванные прижиганіемъ стручья благоприятствуютъ инфекціи и легко ведутъ къ срощеніямъ кишекъ и т. д.

Искусственное обезкровливаніе сравнительно рѣдко примѣняется при гинекологическихъ операціяхъ. Оно было предложено въ видахъ сбереженія крови при ампутаціяхъ влагалищной части, причемъ резиновую трубку обводили высоко вокругъ шейки въ области внутреннего зѣва; далѣе оно было примѣнено при полныхъ пролапсахъ, причемъ резиновую трубку накладывали тотчасъ надъ мѣстомъ влагалищнаго разрѣза; наконецъ при энуклеаціи міомъ, дабы уменьшить по возможности кровотеченіе при вылуциваніи опухоли.

Недостатокъ *Esmarch'*овскаго приема состоитъ именно при этихъ операціяхъ въ томъ, что мелкіе сосуды при снятіи трубки на первыхъ порахъ не кровоточатъ и потому остаются не перевязанными, но зато впослѣдствіи влѣдствіе пареза сосудовъ появляются кровотечения съ ихъ послѣдствіями.

Чтобы обезпечить себя отъ послѣдовательнаго просачиванія крови въ тканевыя щели раны, отдѣльныя щели по возможности сближаются посредствомъ *погружныхъ* швовъ; или же, наур. при брюшной ранѣ, накладываются съ извѣстными промежутками швы, захватывающіе всѣ слои, дабы тѣмъ уменьшить тканевыя щели между отдѣльными ярусами раны. Крімъ того, тотчасъ послѣ операціи на рану кладутъ, ради прижатія, на 12—24 часа мѣшокъ съ пескомъ (въ 1—2 фунта вѣсомъ), чтобы еще вѣрнѣе предупредить образованіе маленькыхъ гематомъ.

Дренированіе ранъ при недостаточномъ осушеніи операціоннаго поля.

Если не удастся вполнѣ остановить кровотеченіе, или если послѣ операціи остаются большія раневыя полости, которыя не могутъ быть посредствомъ прилаживанія тканевыхъ поверхностей закрыты швомъ, то принципъ асептики требуетъ, чтобы кровянистому или раневому отдѣленію былъ доставленъ оттокъ наружу посредствомъ дренажа.

При гинекологическихъ операціяхъ, которыми не вскрывается брюшная полость, напр. при *Alexander*'овской операціи въ паху, дренированіе достигается просто посредствомъ дренажныхъ трубокъ, которыя продвигаются подъ кожу или фасцію и выводятся изъ одного угла кожной раны. Матеріаломъ для дренажныхъ трубокъ служитъ резина, стекло или обезызвествленная кость (*Neuber*). Мы рекомендуемъ больше всего *Kocher*'овскій стеклянный дренажъ, такъ какъ здѣсь выгечное отверстіе не такъ легко закладывается, какъ при резиновыхъ трубкахъ.

Нѣкоторые операторы, напр. *Kocher*, совѣтуютъ часто пользоваться кратковременнымъ (однодневнымъ) дренированіемъ ранъ, какъ-бы предохранительнымъ клапаномъ, чтобы дать выходъ крови, если она станетъ просачиваться: его хорошіе результаты говорятъ въ пользу его возрѣнія. Мы именно при *Alexander*'овской операціи провели для контроля серію съ дренажемъ и безъ дренажа и не усмотрѣли никакой разницы въ результатахъ. Въ общемъ мы откажемся въ настоящее время отъ дренажа, если возможно хорошее прилаживаніе раневыхъ поверхностей въ глубинѣ и послѣдовательное прижатіе раны.

При гинекологическихъ операціяхъ со вскрытіемъ брюшной полости абдоминальнымъ или влагалищнымъ путемъ мы зачастую не въ состояніи послѣ отдѣленія брюшинныхъ сросшеній или послѣ экстирпаціи сильно сросшихся опухолей тщательно выполнить остановку кровотеченія. Тогда, разумѣется, и при этихъ операціяхъ требованія асептики заставляютъ позаботиться объ оттоктъ секрета наружу.

Дренированіе лежащихъ въ брюшной полости раневыхъ поверхностей потому наталкивается на затрудненія, что легко кишки или части салъника ложатся вокругъ дренажной трубки и, слипаясь съ нею, мѣшаютъ оттоку секрета. Поэтому простой дренажъ изъ трубокъ лишь рѣдко примѣняется при внутрибрюшинныхъ раневыхъ поверхностяхъ. Онъ выполняетъ свое назначеніе, напр. при лежащей въ заднемъ Дугласѣ раневой поверхности; здѣсь мы можемъ вывести наружу дренажную трубку черезъ задній влагалищный сводъ, а кишки удержатъ поодаль отъ нея, образовавъ крышу надъ Дугласомъ посредствомъ сшиванія дна матки или широкихъ связокъ съ серознымъ покровомъ задней тазовой стѣнки. Мы можемъ также подвижную *брыжейку* S-образной кривизны дугой расположить надъ малымъ тазомъ и, фиксируя ее къ боковымъ и переднимъ поверхностямъ тазового входа, разобщить тонкія кишки отъ малаго таза (пріемъ *Amann*'а и *Bardenheuer*'а).

Напротивъ, успѣшный дренажъ перитонеальныхъ ранъ черезъ нижній уголъ брюшной раны помощью резиновыхъ или стеклянныхъ трубокъ недостижимъ. Раневой секретъ застаивается въ отлогахъ частяхъ брюшной полости, и вълѣдствіе быстрого закрытія дренажныхъ отверстій брюшинными склейками оттокъ задерживается.

При неуверенности въ остановкѣ кровоточенія изъ раненыхъ поверхностей брюшины рекомендуется *тампонный дренажъ*, т. е. сочетаніе дренажа съ прижатіемъ кровоточащихъ мѣстъ. При операціяхъ въ маломъ тазу или нижнихъ отдѣлахъ брюшной полости мы можемъ технически различно выполнять этотъ родъ дренажа. Если при операціи удалена и матка, то мы имѣемъ въ самомъ нижнемъ пунктѣ раневой полости хорошій отводный каналъ, мы можемъ выполнить лежація въ тазу раневыя поверхности марлей и полоску марли вывести книзу изъ влагалища. Такъ какъ раневой секретъ можетъ застаиваться позади марлеваго тампона и стекать назадъ въ свободную брюшную полость, то мы и здѣсь по возможности будемъ стремиться устроить крышу сверху, пользуясь *mesocolon flexuræ*. Это, разумѣется, возможно только при абдоминальныхъ операціяхъ.

Если матка не удалена, а кровоточащая поверхность находится въ заднемъ Дугласѣ, то мы можемъ также, какъ упомянуто выше при дренированіи трубками, ввести тампонный дренажъ въ Дугласъ и полоску вывести въ задній сводъ.

Если брюшинная раневая поверхность, которая должна быть осушаема, лежитъ нѣсколько дальше отъ влагалища, то мы можемъ съ выгодой воспользоваться предложеннымъ *Mikulicz*'емъ тампоннымъ дренажемъ. Техника тампонаціи по *Mikulicz*'у слѣдующая:

Mikulicz примѣняетъ для тампонаціи мѣшокъ изъ іодоформной марли. Онъ беретъ четырехугольный кусокъ іодоформной марли, каждая сторона котораго около 1 метра длиною, и въ центрѣ котораго прикрѣплена толстая, длинная шелковая нитка. Марлевый кусокъ складывается затѣмъ въ формѣ мѣшка, верхушка котораго образуется тѣмъ пунктомъ, гдѣ прикрѣплена шелковая нитка. Изогнутымъ концангомъ мѣшокъ захватывается у верхушки и вводится на желательное мѣсто. Для наполненія мѣшка берется либо іодоформная марля, либо, если хотять проявить особенно сильное кровоостанавливающее дѣйствіе, *Penghawar-Djambi*. Въ общемъ мы предпочитаемъ въ настоящее время іодоформной марлѣ ксероформную, какъ для мѣшка, такъ и для выполненія его, ибо послѣдняя не распространяетъ неприятнаго запаха, какъ іодоформная марля, и, кромѣ того, оказываетъ болѣе вѣрное кровоостанавливающее дѣйствіе. Тампонъ выводится обыкновенно черезъ переднюю брюшную стѣнку, а именно черезъ нижній уголъ раны. Если, какъ обыкновенно, внутренность мѣшка выполнена марлей, то удаленіе тампона *Mikulicz*'а происходитъ такимъ образомъ, что постепенно полоски марли вынимаются изъ мѣшка, чтобы такимъ образомъ уменьшить пространство; затѣмъ удаляется самый мѣшокъ посредствомъ потягиванія за находящуюся въ серединѣ его нитку. Тампонъ *Mikulicz*'а имѣетъ то преимущество, что его послѣдующее удаленіе сравнительно безболѣзненно, такъ какъ полоски марли не могутъ склеиваться съ кишками. Недостатокъ тампона *Mikulicz*'а состоитъ въ томъ, что онъ не даетъ достаточно надежнаго отграниченія со стороны брюшины, и что вслѣдствіе производимаго тампономъ механическаго раздраженія можетъ накопиться изъ окружающихъ частей обиліе секрета, который при недостаточномъ оттоку имѣетъ послѣдствіемъ вторичную инфекцію брюшной полости. Другой недостатокъ тотъ, что на мѣстѣ, гдѣ тампонъ выводится изъ передней брюшной стѣнки, наступаетъ заживленіе *per secundam intentionem*, вслѣдствіе чего почти всегда возни-

каеть маленькая брюшная грыжа; даже вторичное зашиваніе не предупреждаетъ съ увѣренностью эту брюшную грыжу. Такъ какъ при гинекологическихъ операціяхъ брюшинныя раневыя поверхности большею частью лежатъ низко въ маломъ тазу, намъ очень рѣдко приходится прибѣгать къ тампону Mikulicz'a; если только возможно, мы выводимъ марлевыя полоски во влагалище.

Для наложенія выводнаго отверстія въ заднемъ сводѣ при сохраненной маткѣ, мы при брюшныхъ операціяхъ отгѣсняемъ на корнцангъ задній сводъ кверху; затѣмъ на корнцангъ сводъ широко вскрывается сагиттальнымъ разрѣзомъ. Такъ какъ при выведеніи марлевой полоски сдѣланное отверстіе иногда сильно уменьшается, то мы рекомендуемъ рядомъ съ марлевой полоской провести еще изъ задняго Дугласа во влагалище резиновую Т-образную трубку, во избѣжаніе застоя секрета.

Дренажированіе раневыхъ поверхностей брюшины трубками и тампонами всегда остается недостаточнымъ пособіемъ и должно быть, гдѣ только возможно, избѣгаемо. Мы не должны ради быстрого окончанія операціи прибѣгать къ кровоостанавливанію посредствомъ тампонады, а лучше нѣсколько дольше держать брюшную полость открытой, чтобы въ это время тщательно выполнить остановку кровотока.

Ѣры устраненія мѣстнаго предрасположенія къ инфекціи спеціально при брюшинныхъ ранахъ.

Раны брюшины выгодно отличаются отъ ранъ другихъ тканей большей устойчивостью противъ проникающихъ заразныхъ зародышей; въ противовѣсъ этому имѣются также извѣстныя невыгодныя стороны, обусловленныя особымъ строеніемъ брюшины.

Незатронутая брюшина гораздо болѣе резистентна противъ бактерій, чѣмъ ткань вообще. Опытныя животныя переносятъ безъ ущерба внутрибрюшинныя прививки возбудителями заразы, между тѣмъ какъ при подкожномъ или интравенозномъ введеніи даже гораздо меньшихъ количествъ они заболѣваютъ и погибаютъ. Многочисленныя изслѣдованія *Noetzel*'я и *Krause* доказали это съ очевидностью.

Эта усиленная сопротивляемость можетъ либо завязѣть отъ большей антибактерійной силы брюшины, либо можетъ быть объяснена болѣе быстрымъ всасываніемъ зародышей изъ брюшиннаго пространства.

Благодаря всасыванію большая часть введенныхъ въ брюшину зародышей быстро устраняется и занесенныя въ кровеносные пути бактерій *по одиночкѣ* обезвреживаются бактерицидными силами крови. Просачивающаяся потомъ кровь также быстро всасывается изъ брюшинной раны, такъ что дѣло не доходитъ до образованія замкнутаго кровяного мѣшка, который можетъ при случаѣ подвергнуться ихорозному разложению. Точно также болѣе значительные куски ткани, даже если они вслѣдствіе отшнурованія омертвѣли, быстро всасываются брюшиной и лишь въ рѣдкихъ случаяхъ даютъ поводъ къ некротической инфекціи.

Всасываніе жидкостей и инфекціонныхъ зародышей идетъ изумительно быстро. *Wegen* нашель, что въ часъ животное всасываетъ жидкости въ количествѣ 8% вѣса его тѣла; въ переносѣ на взрослого человѣка это составило бы 3—6 литровъ жидкости въ часъ.

Эта удивительная всасывательная способность брюшины может обуславливаться различными моментами: либо простой диффузией вследствие осмотических процессов, либо фильтрацией, наконец жизненной деятельностью брюшины.

Повидимому, при всасывании в брюшину происходят все три процесса. Диффузия стремится к уравнению осмотического давления между введенной в брюшную полость жидкостью с одной стороны и между кровью, лимфой или тканевой жидкостью с другой стороны. Таким образом жидкость могла бы проникать и обратно в полость брюшины, если введенная в последнюю жидкость гипотонична, причем из кровеносных или лимфатических сосудов жидкость будет поступать до тех пор, пока с обеих сторон не установится одинаковое давление. При фильтрации только внутрибрюшное давление определяет быстроту прохождения жидкости. Кроме диффузии и фильтрации должны играть роль при всасывании со стороны брюшины также жизненные процессы, ибо из экспериментов мы знаем, что инородные тела, введенные в брюшную полость, подхватываются иммигрирующими лейкоцитами и через их посредство попадают в лимфатические пути.

Вследствие своеобразного анатомического строения брюшины, это всасывание форменных элементов происходит, повидимому, исключительно через лимфатические устья *centrum tendinum*.

По изслѣдованіямъ *Recklinghausen'a*, *Bizzozero*, *Muskatello* и *Salvioli*, брюшина на своей внутренней поверхности состоитъ изъ равномернаго слоя эндотелія. Подъ эндотелиемъ лежитъ крайне тонкая *membrana limitans*; подъ нею тонкій слой клѣтчатка, который называется слоемъ опорной ткани, и подъ нею, наконецъ, слой толстыхъ соединительнотканыхъ волоконъ, сътевидныя развѣтвленія котораго представляютъ не что иное, какъ большія лимфатическія щели. Хотя воззрѣвіе *Recklinghausen'a*, что именно въ сухожильномъ центрѣ эндотелія обнаруживаеь щели между собою, теперь опровергнуто, тѣмъ не менѣе изслѣдованія *Muskatello* показали, что въ *centrum tendinum* анатомическія условия для всасыванія особенныя, такъ какъ *membrana limitans* на мѣстѣ діафрагмы обнаруживаетъ поры, діаметромъ въ 4—6 μ , которыя густо расположены группами въ 50—60 неправильной яйцевидной формы, между тѣмъ, какъ *membrana limitans* во всѣхъ другихъ областяхъ брюшины, тоже и серознаго покрова матки, широкой связки не обнаруживаетъ подобныхъ устій. Далѣе *Muskatello* показалъ, что именно въ грудобрюшной преградѣ между эндотелиальными клѣтками брюшины часто попадаются лейкоциты.

Изъ экспериментальныхъ изслѣдованій и анатомическихъ данныхъ *Muskatello* мы можемъ заключить, что брюшина діафрагмы, вѣроятно, *единственное* мѣсто, предназначенное для всасыванія форменныхъ элементовъ. Это всасываніе идетъ обыкновенно съ крайней быстротой.

Въ брюшной полости имѣется постоянный токъ жидкости, направленный къ діафрагмѣ. Форменные элементы, напр., китайская тушь, могли быть найдены уже спустя 5—7 минутъ послѣ введенія въ брюшную полость въ ретроперитонеальныхъ лимфатическихъ железахъ; немного погодя находили также брюшныя лимфатическія железы и паренхиматозные органы (печень, селезенка) туго набитыми инородными тѣльцами. Мелкозернистые элементы, кровяныя тѣльца и т. п. могутъ попадать въ лимфатическіе пути прямо черезъ эндотелиальный покровъ діафрагмы; болѣе крупныя частицы сфера вбираются лейкоцитами и ими протаскиваются черезъ эндотелиальныя клѣтки грудобрюшной преграды.

Понятно, что эта огромная всасывательная сила въ высокой степени предупреждаетъ инфекцію; благодаря тому, что занесенныя бактеріи тотчасъ удаляются съ мѣста зараженія и попадаютъ поодиночкѣ въ лимфатическіе и кровеносные пути, ихъ уничтоженіе для организма существенно облегчается.

Однако брюшина защищена отъ инфекціи не только благодаря быстрому всасыванію, но, какъ показали изслѣдованія *N. etzel'a*, *Ehwald'a*, *Schnitzler'a*, кромѣ того *Tietze* и *F. Pfeiffer* въ ихъ работахъ надъ иммунизацией противъ холеры, она обладаетъ бактерицидными силами, которыя превосходятъ соотвѣтственную силу кровяной сыворотки, гесп. другихъ тканевыхъ соковъ.

Поэтому опасность возникновенія перитонеальной инфекціи будетъ зависетьъ во-первыхъ, отъ пониженія всасывательной силы брюшины, во-вторыхъ, отъ ослабленія ея бактериіеубивающей способности. Всѣ моменты, которые замедляютъ всасываніе, будутъ способствовать инфекціи.

Многочисленные опыты показали, что *перистальтика* имѣетъ большое значеніе для всасыванія. У животныхъ, у которыхъ перистальтика была парализована опіемъ, всасываніе со стороны брюшины было, по *Schnitzler*'у и *Ehwald*'у, значительно понижено; подобныя животныя, по изслѣдованіямъ *Noetzel*'я, погибають уже отъ инфекціи при введеніи такихъ количествъ заразнаго матеріала, которыя контрольныя животныя переносятъ безъ реакціи. Недостаточная перистальтика дѣйствуетъ здѣсь, вѣроятно, не только въ смыслѣ недостаточнаго всасыванія, но и въ слѣдствіе прекращенія перистальтики брюшина слабѣе проявляетъ свои бактерицидныя свойства. Благодаря перистальтикѣ кишекъ бактеріи разсѣиваются, и всѣ бактерицидныя силы развертываются на большой брюшинной поверхности. При неподвижномъ состояніи кишекъ выѣдреніе бактерій ограничивается опредѣленнымъ мѣстомъ.

Для оператора отсюда вытекаетъ заключеніе, что надо послѣ лапаротоміи по возможности возбуждать перистальтику; утвердительно можно сказать, что назначеніе опія не задолго до или вскорѣ послѣ операціи нецѣлесообразно. Вслѣдствіе этого измѣняется и способъ приготовленія больной къ операціи. Прежде было почти общепринято давать больной въ теченіе нѣсколькихъ дней передъ брюшной операціей слабительныя, дабы наполненныя кишки не мѣшали во время операціи и не затемняли операціоннаго поля въ маломъ тазу и чтобы въ случаѣ пораненія кишки имѣть благоприятныя условія для кишечнаго шва. Какъ ни цѣнно можетъ быть въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ основательное опорожненіе кишечника передъ операціей, но, какъ вредное послѣдствіе проносныхъ средствъ, наступаетъ часто послѣ операціи разрывъ кишечника, который въ слѣдствіе прекращенія перистальтики зодаетъ мѣстное предрасположеніе къ инфекціи.

Далѣе условіемъ для хорошаго всасыванія является то, чтобы брюшина не была повреждена ни физическими, ни химическими раздраженіями.

Wallhard показали, что въ слѣдствіе высыханія серознаго покрова на воздухѣ поверхностный эндотелій омертвѣваетъ и что въ слѣдствіе этого бактериіеубивающая сила брюшины весьма значительно уменьшается. Ущербъ отъ высыханія на воздухѣ можетъ быть настолько великъ, что смертельный перитонитъ вызывается уже въ тысячу разъ меньшимъ количествомъ бульонной разводки патогенныхъ зародышей, нежели при незатронутой брюшинѣ.

Поэтому слѣдуетъ по возможности избѣгать высыханія серознаго покрова при чревосѣченіяхъ. Надо-ли добиваться этого, какъ *Wallhard* совѣтуетъ, посредствомъ орошенія кишекъ физиологическимъ растворомъ поваренной соли, который никогда нельзя считать совершенно индифферентной жидкостью, или же, лучше, большой марлевой компрессъ пропитать серозной жидкостью, которая всегда имѣется въ брюшной полости, и покрыть имъ кишки при операціи, это остается пока нерѣшеннымъ. Во всякомъ случаѣ надо возможно скорѣе оперировать, дабы предупредить излишнее высыханіе *ser. sa. parietalis et visceralis*.

Если брюшина, какъ хирургическая рана, и отличается выгодною отъ другихъ ранъ многими защитительными свойствами, то сопротивляемость брюшины все-таки всегда ограниченная. Чрезмѣрное количество или слишкомъ высокая вирулентность проникшихъ бактерій ведетъ къ перитониту, особенно тогда, когда вмѣстѣ съ бактеріями, какъ доказалъ экспериментально *Grawitz*, переносится благоприятная питательная среда, напр. агаръ-агаръ, старая кровь, или если имѣются значительные дефекты брюшины. *Mikulicz* настойчиво подчеркиваетъ значеніе этихъ дефектовъ брюшины, создающихъ мѣстное предрасположеніе. Онъ справедливо требуетъ, чтобы по возможности всѣ дефекты были покрыты посредствомъ натяженія подвижного листка брюшины съ боковъ («перитонизировать»). Наконецъ, бактерицидная сила брюшины измѣняется, если бактеріи все сизнова проникаютъ въ полость брюшины изъ сосѣднихъ органовъ, напр. изъ зараженной брюшинной раны или изъ инфицированной матки. Онѣ вызываютъ тогда сперва ограниченный перитонитъ, но могутъ обуславливать общій перитонитъ, если образование сросшей въ брюшинѣ недостаточной быстрой и абсцессъ не осумковывается сверху.

Если брюшина не справляется съ введенными заразными зародышами, то въ противовѣсъ упомянутымъ до сихъ поръ большимъ преимуществамъ брюшины выступаютъ теперь на передній планъ ея недостатки. Эти недостатки заключаются въ большой поверхности брюшины и также въ ея способности быстро всасывать. Благодаря тому, что бактеріи быстро распространяются по ограниченной поверхности всей брюшной полости и что токсины быстро всасываются и попадаютъ въ кругъ кровообращенія, инфекция можетъ принять столь стремительное теченіе, подобнаго которому мы при другихъ ранахъ не наблюдаемъ.

Далѣе, вслѣдствіе многочисленныхъ складокъ, образуемыхъ брюшиной, трудно предотвратить инфекцію раннимъ вскрытіемъ и опороженіемъ гноя. Вслѣдствіе постоянныхъ движеній кишекъ инфекционные зародыши очень быстро механически доставляются во многія части брюшины и здѣсь ускользаютъ отъ послѣдовательнаго устраненія. Наконецъ раздражающее дѣйствіе токсиновъ на брюшину оказываетъ повидимому губительное вліяніе на центральные органы нервной системы и на сердце, вслѣдствіе чего можетъ быстро наступить рефлекторный параличъ сердца отъ шока.

Резюмируемъ теперь всѣ тѣ мѣропріятія, которыя предписываются намъ особыми свойствами брюшины, какъ хирургической раны, для устраненія или уменьшенія мѣстнаго предрасположенія къ инфекціи:

Во время операціи брюшина должна быть по возможности охраняема отъ физическихъ и химическихъ инсультовъ (высыхание на воздухъ, введеніе антисептическихъ средствъ); дефекты брюшины («мертвые пространства») должны быть по возможности перитонизированы или разобщены съ общей брюшной полостью; надо предотвратить накопленіе большихъ количествъ крови, которыя предъявляютъ слишкомъ высокія требованія къ всасывательной силѣ брюшины, посредствомъ тщательной остановки кровотеченія или отведенія секрета наружу.

Посль операціи перистальтика должна быть по возможности возбуждаема.

влагалищныхъ ранахъ, при ранахъ на промежности достигнуть ргша reunion приблизительно въ 95% случаевъ. Отдѣльныя нагноенія встрѣчаются временно даже при строжайшемъ соблюденіи всѣхъ мѣръ асептики.

Поднятіе естественной сопротивляемости организма противъ зараженія.

Всякая рана, какъ мы объясняли, должна быть разсматриваема какъ подозрительная въ смыслѣ инфекціи. Въ предупрежденіи инфекціи мы можемъ ослаблять мѣстное предрасположеніе раны къ зараженію, и въ предыдущей главѣ мы изложили направленныя къ этой цѣли мѣры; но мы можемъ въ то же время попытаться поднять силу сопротивленія всего организма противъ размноженія занесенныхъ въ него инфекціонныхъ зародышей.

Мы знаемъ, что лейкоциты играютъ большую роль въ борьбѣ съ проникшими въ ткани бактеріями, причемъ на первыхъ порахъ безразлично, представляемъ-ли мы себѣ ихъ дѣйствіе въ смыслѣ фагоцитной теоріи *Мечникова* или теоріи *алексиновыхъ Buchner'a*.

Martin Hahn доказалъ, что взятая у человѣка и собаки кровь въ стадіи гиперлейкоцитоза обнаруживаетъ большее бактерицидное дѣйствіе, нежели нормальная кровь; онъ примѣнялъ для достиженія искусственнаго лейкоцитоза часть нуклеинъ, частью туберкулинъ и разъяснилъ уже, какіе виды открываются для терапіи въ вызваніи гиперлейкоцитоза. Этотъ лейкоцитозъ, по мнѣнію *Ehrlich'a*, есть чистая функція костнаго мозга, который тѣмъ, наряду съ другими задачами, выполняетъ весьма важную задачу оборонительнаго органа, быстро и энергично одолѣвающего извѣстные вредные агенты, поражающіе организмъ.

Клиническія наблюденія послѣднихъ лѣтъ *Curschmann'a* при перитифлитѣ, *Wassermann'a*, *Dützmann'a* и *Pankow'a* при гнойныхъ гинекологическихъ пораженіяхъ, тоже подтвердили связь между общимъ гиперлейкоцитозомъ и мѣстнымъ оборонительнымъ процессомъ. Они согласно нашли, что при гнойныхъ процессахъ въ организмѣ содержаніе лейкоцитовъ въ крови тотчасъ увеличивается. *Pankow* могъ далѣе доказать, что при всякой ранѣ, даже при *асептическомъ* теченіи, всегда наступаетъ *leukocytosis postoperativa*, причемъ возрастаніе числа лейкоцитовъ иногда довольно значительное: послѣ крупныхъ операцій встрѣчаются разницы въ 11.000 и даже 19.000 противъ нормы. Мы должны разсматривать это усиленіе лейкоцитоза, какъ повышеніе сопротивляемости организма противъ попавшихъ въ рану бактерій.

Опыты достиженія гиперлейкоцитоза ради повышенія сопротивляемости организма противъ заразныхъ зародышей у человѣка, насколько намъ знакома литература, впервые были произведены *Hofbauer'омъ*, а именно при леченіи родильной горячки. Чтобы вызвать лейкоцитозъ, онъ давалъ больному нуклеинъ 6,0 per os и въ то же время дѣлалъ вливаніе солевого раствора. *Pankow* провѣрялъ эти опыты въ Фрейбургской клиникѣ и испробовалъ дѣйствіе нуклеина до операціи; нуклеинъ давался въ нарастающихъ приѣмахъ отъ 6—32 грм.: это оказалось совершенно безрезультатнымъ, никогда

нельзя было констатировать замѣтный лейкоцитозъ. Напротивъ, *подкожнымъ* введеніемъ нуклеина, а также *подкожнымъ* вливаніемъ солевого раствора достигался сильный гиперлейкоцитозъ.

Какъ *профилактическая* мѣра противъ инфекции послѣ операций опыты вызыванія искусственнаго гиперлейкоцитоза методически проводились въ хирургической клиникѣ *Mikulicz'a* въ Бреславлѣ. *Mikulicz* совѣтуетъ вводить подкожно 50 куб. стм. 2% раствора нуклеиновой кислоты взрослымъ. Предварительно онъ поручилъ *Miyake* производство многочисленныхъ экспериментовъ на животныхъ, изъ коихъ вытекало дѣйствіе подкожнаго впрыскиванія нуклеиновой кислоты на содержаніе лейкоцитовъ въ крови. *Pankow* тоже установилъ контрольные опыты съ этимъ препаратомъ ¹⁾, они всѣ дали положительный результатъ въ смыслѣ *Mikulicz'a* и *Miyake*: лейкоцитозъ бываетъ иногда очень высокій.

Мы впрыскивали больнымъ 50 куб. стм. нуклеиновой кислоты вечеромъ наканунѣ операции, благодаря чему пациентки поступали на операцию уже вооруженныя значительнымъ лейкоцитозомъ. Дальнѣйшее повышеніе лейкоцитоза, вслѣдствіе всегдашняго возрастанія числа лейкоцитовъ послѣ операций, не наступало послѣ мелкихъ операций въ одной трети случаевъ, если нуклеиновая кислота уже до того сильно умножила число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ; при крупныхъ операцияхъ обнаруживалось еще дальнѣйшее усиленіе лейкоцитоза *post operationem*. Возвращеніе содержанія лейкоцитовъ къ нормѣ было при правильномъ заживленіи раны обычное: въ 2—3 дня послѣ операции восстанавливалось нормальное отношеніе бѣлыхъ и красныхъ кровяныхъ тѣлецъ.

Недостатки этого приѣма состоятъ въ томъ, что впрыскиваніе нуклеиновой кислоты иногда довольно болѣзненно, и что наступаетъ омертвѣніе кожи, если тотчасъ послѣ впрыскиванія не растирать *очень основательно*.

Хотя уже теперь имѣются многочисленные клиническіе опыты надъ нуклеиновой кислотой изъ Бреславской, Іенской, Фрейбургской клиникъ, все-таки трудно еще высказать окончательное сужденіе относительно ея дѣйствія, ибо при условіи хорошей асептики раны и сами по себѣ заживаютъ въ относительно большомъ процентѣ случаевъ. Требуется очень большія сравнительныя серіи операций. Однако, этотъ методъ заслуживаетъ несомнѣнно дальнѣйшаго испытанія, такъ какъ онъ зиждется на столь хорошей экспериментальной основѣ.

Специально при брюшныхъ операцияхъ мы въ состояніи тутъ же *на мѣстѣ* въ брюшинѣ искусственно вызвать гиперлейкоцитозъ; и здѣсь имѣются экспериментальныя изслѣдованія *Miyake* изъ клиники *Mikulicz'a*, далѣе *Santa Salieri*. И тотъ, и другой достигали лейкоцитоза посредствомъ орошенія полости брюшины физиологическимъ растворомъ поваренной соли. *Santa Salieri* получалъ посредствомъ впрыскиванія небольшихъ количествъ физиологическаго раствора въ брюшную полость морскихъ свинокъ 7—16-кратное повышеніе естественной сопротивляемости противъ зараженія кишечной палочкой. *Miyake* пришелъ къ тѣмъ же выводамъ; кромѣ впрыскиванія поваренной соли въ брюшную полость, онъ примѣнялъ при дальнѣйшихъ

¹⁾ Препаратъ выписывался отъ фирмы *Böhringer*—Мангеймъ. Каждый разъ впрыскивали подъ кожу груди 50 куб. стм. раствора.

опытахъ еще рядъ другихъ жидкостей для достиженія мѣстнаго гиперлейкоцитоза.

Mikulicz перенесъ затѣмъ опыты на человѣка и промываль брюшину литрами теплаго солевого раствора, для чего жидкость впускалась въ брюшную полость по различнымъ направленіямъ черезъ каучуковую трубку, толщиною въ палецъ, подъ низкимъ давленіемъ (20—30 см. высоты паденія). При закрытіи брюшной полости часть солевого раствора всегда оставалась тамъ.

Не таитъ-ли въ себѣ, однако, вливаніе физиологическаго раствора въ брюшную полость извѣстныхъ недостатковъ, которые уничтожаютъ выгоды мѣстнаго лейкоцитоза, объ этомъ будетъ упомянуто ниже при изложеніи мѣръ предупрежденія *ileus postoperativus*.

Что и у человѣка мѣстный гиперлейкоцитозъ ограждаетъ брюшину отъ зараженія, вытекаетъ изъ работы *Мошковича*, который показалъ, что сопротивляемость воспаленной брюшины, напр. въ теченіе перитифлита, повышается въ высокой степени. Брюшина переноситъ въ этомъ состояніи такую массу заразнаго матеріала, которая при нормальной, не подготовленной такимъ образомъ брюшинѣ несомнѣнно вызвала бы смертельный перитонитъ. Слѣдовательно, природа здѣсь до извѣстной степени сама указываетъ путь, какъ сдѣлать брюшину болѣе устойчивой противъ бактерійной инфекции.

Профилактическія мѣры, предпринимаемыя во время операціи въ брюшной полости для предупрежденія механическаго *Ileus'a*.

Оперативные результаты послѣ лапаротоміи зависятъ не только отъ избѣганія инфекции, но тутъ играютъ еще существенную роль другіе факторы, которые уничтожаютъ или по крайней мѣрѣ сильно подрываютъ успѣхъ. На первомъ планѣ это—*ileus*, который значительно повышаетъ цифру смертности послѣ чревосѣченій.

Въ главѣ «Послѣдовательный уходъ послѣ чревосѣченій» мы будемъ имѣть рѣчь о различныхъ формахъ *ileus postoperativus*; здѣсь мы выхватываемъ лишь тѣ формы, наступленія которыхъ мы можемъ до извѣстной степени избѣгнуть путемъ профилактическихъ мѣръ во время операціи. Это—паралитическій не-септический *ileus*, спастическій и, наконецъ, странгуляціонный *ileus*.

Паралитическій *ileus* возникаетъ влѣдствіе задержки кишечнаго содержимаго при прекращеніи перистальтики въ большемъ или меньшемъ отрѣзкѣ кишекъ; подъ спастическимъ *ileus* мы понимаемъ непроходимость кишекъ, которая образуется влѣдствіе ограниченнаго спастическаго сокращенія въ какой-нибудь части кишечника.

Для предупрежденія спастическаго и паралитическаго не-септического *ileus'a* мы можемъ во время операціи немного сдѣлать. Мы по возможности выключимъ всѣ тѣ моменты, которые неблагоприятно вліяютъ на перистальтику кишекъ; сюда относится до операціи избѣжаніе слишкомъ основательнаго назначенія слабительныхъ средствъ,

въ теченіи операціи—избѣганіе механическихъ поврежденій серознаго покрова кишекъ.

Странгуляціонный ileus можетъ быть существеннымъ образомъ ограниченъ посредствомъ профилактическихъ мѣропріятій во время операціи. Этотъ родъ ileus'a можетъ возникать оттого, что вслѣдствіе склейки петли кишекъ обуславливается остроугольный перегибъ кишечной трубки и непроходимость просвѣта; далѣе кишка можетъ ущемиться въ образовавшихся послѣ операціи тяжахъ или дивертикулахъ, какъ въ грыжевомъ мѣшкѣ; наконецъ, осеповоротъ кишки вокругъ ея брыжейки можетъ вызвать непроходимость.

Наши мѣропріятія во время операціи будутъ поэтому въ главныхъ чертахъ направлены на то, чтобы избѣгать сращеній кишечника, особенно въ ложномъ положеніи, осеповорота кишечника и образованія брюшинныхъ тяжей, которые могутъ вести къ ущемленію проскользнувшей кишечной петли.

Опытъ учитъ насъ, что серозный покровъ кишекъ слипается охотно съ peritoneum parietale или viscerale и съ большими перевязанными культами. Склонность брюшины къ пластическимъ сращениямъ настолько велика, что уже *легкаго* механическаго поврежденія эндотелия серознаго покрова достаточно, чтобы вызвать склейки; такъ, напр., *Walthard* полагаетъ, что простое высыханіе serosa на воздухѣ во время операціи почти всегда ведетъ къ серознымъ склейкамъ; по *Franz'u* и *v. Dembowsky* сращения преимущественно образуются на тѣхъ мѣстахъ, гдѣ ради кровоостанавливанія дѣлають катетеризаціи.

Въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ склейки серозныхъ поверхностей снова вполне разъединяются и не вызываютъ никакихъ клиническихъ симптомовъ; лишь тогда, когда сращения повели къ перегибу или осеповороту кишки, возникаютъ симптомы ileus'a. Сращеніе подвздошной кишки приблизительно въ 30 см. надъ valvula ileo-coecalis съ серозными поверхностями въ маломъ тазу, по наблюденіямъ *Zweifel'a* и др., особенно легко ведетъ къ перегибу кишечника. Это объясняется очевидно тѣмъ, что послѣдняя петля подвздошной кишки вслѣдствіе ея длинной брыжейки особенно подвижна, а конечный пунктъ ея фиксированъ при переходѣ въ слѣзую кишку.

Итакъ, для предупрежденія странгуляціоннаго ileus'a имѣють прежде всего значеніе тѣ мѣры, которыя предотвращають слипаніе серознаго покрова кишекъ. Всѣ дефекты брюшины должны быть покрыты («перитонизированы») посредствомъ смѣщенія сосѣднихъ серозныхъ поверхностей или ограждены отъ контакта съ кишками, напр., при раневыхъ поверхностяхъ въ Дугласѣ пришиваютъ надъ ними матку или широкія связки. При перерѣзкѣ большихъ тканевыхъ участковъ слѣдуетъ по возможности избѣгать лигатуръ en masse, а лучше остановить кровотеченіе перевязкой отдѣльныхъ сосудовъ. Если не удастся избѣгнуть широкой культи, то лучше и ее перитонизировать; тоже и прижиганія культи *Raquelin'*омъ, судя по наблюденіямъ, не могутъ быть, пожалуй, болѣе рекомендуемы.

Относительно значенія «влажной» или «сухой» асептики для происхожденія склеекъ и обуславливаемого этимъ механическаго ileus мнѣнія еще расходятся.

Walthard на основаніи своихъ экспериментальныхъ изслѣдованій совѣтуетъ, во избѣжаніе высыханія серознаго покрова на воздухѣ, орошать обнаженную поверхность кишекъ растворомъ соды и поваренной соли; онъ примѣняетъ для орошенія смѣсь *Tavel'a* (natr. car-

bon. calcin. 2,5, Natr. chlorat. pur. 7,5 на литръ воды) такимъ образомъ, что смоченные въ этомъ растворѣ марлевые компрессы постоянно выжимаютъ надъ операціонной областью; затекающую въ брюшную полость кровь или содержимое кисты не слѣдуетъ вытирать сухими салфетками, а только выполаскивать Tavel'евскимъ растворомъ. *Walshard* полагаетъ, что онъ обязанъ этому методу тѣмъ, что онъ послѣ чревосѣченій рѣдко наблюдалъ механической ileus. Вскорѣ послѣ опубликованія работы *Walshard'a*, *Schiffer*, на основаніи клиническихъ наблюденій въ клиникѣ *Sänger'a*, выставилъ тѣ же требованія: «Сухая асептика и принятый до сихъ поръ туалетъ брюшной полости (сухимъ матеріаломъ) должны быть оставлены и на мѣсто этого введена влажная асептика».

Zweifel'евская клиника также поставила параллельные опыты, результаты которыхъ сообщаетъ *Uhlmann*. При 80 лапаротоміяхъ былъ проведенъ методъ влажной асептики по *Walshard'u*. Среди этихъ 80 случаевъ 4 протекли съ разстройствами со стороны кишечника, слѣдовательно 5%, среди нихъ 2 очень тяжелыхъ случая ileus'a. Этому *Uhlmann* противопоставилъ 481 случай, проведенные при «сухой» асептикѣ съ 18 разстройствами кишечника = 3,3%. Ожиданіе, что благодаря влажной асептикѣ опасность зараженія, какъ полагаетъ *Walshard*, уменьшится, тоже не оправдалось на данныхъ Лейпцигской клиники. Смертность отъ послѣопераціоннаго перитонита составляла при 481 сухо-асептическихъ 0,6%, при 80 влажно-асептическихъ лапаротоміяхъ 1,25%.

Эти цифры, слѣдовательно, не говорятъ въ пользу влажной асептики въ смыслѣ *Walshard'a*; правда, при столь малыхъ числахъ могутъ еще играть роль случайности. Мы не можемъ не упомянуть, что недавно *Fritsch* и *Mikulicz* снова высказались за выполненіе полости брюшины соевымъ растворомъ при лапаротоміяхъ.

Мы также избѣгаемъ по возможности всякаго высыханія брюшины; но такъ какъ орошеніе Tavel'евскимъ растворомъ, опасность котораго доказали *Baisch* и *Küttner*, мы не считаемъ совершенно индифферентнымъ для серознаго покрова, то намъ кажется болѣе правильнымъ устранять высыханіе кишекъ на воздухѣ, прикрывая ихъ марлевымъ компрессомъ, пропитаннымъ сывороткой. При всякомъ вскрытіи брюшной полости есть столько сыворотки, чтобы напитать марлевую полосу. Въ этой сывороткѣ мы имѣемъ несомнѣнно самую индифферентную жидкость. Марлевый компрессъ по возможности совершенно не мѣняютъ во время операціи, въ предупрежденіе всякаго механическаго раздраженія. Но самую операціонную область мы вытираемъ сухими марлевыми комочками, ибо кровоточащія мѣста при этомъ вѣрнѣе и быстрѣе обсушиваются, нежели при примѣненіи влажныхъ шариковъ; пропитанные содово-соевымъ растворомъ марлевые компрессы легко снова смываютъ свѣже-образовавшіеся тромбы.

При производствѣ операціи мы придаемъ значеніе тому, чтобы кишки во время операціи возможно меньше смѣщались въ своемъ взаимномъ расположеніи. При гонорройномъ и слипчивомъ туберкулезномъ перитонитѣ кишки часто бываютъ спаяны въ одинъ большой клубокъ, тѣмъ не менѣе механической ileus вслѣдствіе перегиба или осеповорота кишки здѣсь крайняя рѣдкость: ни въ литературѣ, ни при личномъ опросѣ самыхъ опытныхъ хирурговъ мы не познакомились съ безспорнымъ случаемъ такого рода. Поэтому мы избѣ-

гасмъ по возможности всякаго выниманія кишекъ; при переходѣ въ *Trendelenburg*'ово положеніе мы даемъ лежащимъ въ маломъ тазу кишкамъ опуститься въ брюшную полость, слѣдуя силѣ *тяжести*. Такимъ образомъ мы надѣемся въ случаѣ образованія склеекъ создать столь же благоприятныя топографическія условія, какъ при слипчивомъ перитонитѣ.

Въ итогѣ мѣры, принимаемыя *во время* операціи для предупрежденія послѣоперационнаго механическаго ileus, сводятся къ слѣдующему:

Возможное выключеніе всѣхъ ранъ клѣтчатки или дефектовъ брюшины посредствомъ «перитонизированія».

Возможное предупрежденіе высыханія серознаго покрова кишекъ посредствомъ прикрытія марлевымъ компрессомъ, смоченнымъ въ сывороткѣ.

Избѣганіе массовой лигатуры, избѣганіе прижиганій для цѣлей кровоостанавливанія.

Возможно меньшее смѣщеніе кишекъ въ ихъ взаимномъ расположеніи.

Переведеніе больной изъ *Trendelenburg*'овскаго въ горизонтальное положеніе при *вскрытой* брюшной полости (см. выше: Опасности положенія съ приподнятымъ тазомъ; данныя *Schault* и *Kraske*), причемъ надо особенно слѣдить, чтобы послѣдняя петля подвздошной кишки по возможности не приходила въ прикосновеніе съ раневой областью въ маломъ тазу.

Щепетильное соблюденіе асептики есть непремѣнное условіе, ибо всякая мѣтная инфекция ведетъ къ сильнѣйшимъ брюшиннымъ сращеніямъ.

Ослабленіе вредныхъ сторонъ наркоза.

Въ общемъ наркозъ у женщинъ безопаснѣе и легче проводимъ, нежели у мужчинъ. Стадій возбужденія протекаетъ у женщинъ менѣе бурно; часто обнаруживаются только кратковременныя сокращенія мышцъ и толчкообразныя движенія членовъ; только у нервныхъ женщинъ мы находимъ нерѣдко болѣе сильный стадій возбужденія. Несчастные случаи при наркозѣ, особенно со стороны сердца, тоже встрѣчаются относительно рѣдко.

Опасность наркоза у женщинъ нѣсколько усиливается при гинекологическихъ операціяхъ потому, что усыпленіе при лапаротоміяхъ должно быть очень глубокимъ во все продолженіе операціи; всѣ рефлексы должны быть утрачены; даже отсутствіе рефлекса роговицы не можетъ служить признакомъ достаточно глубокаго наркоза при чревосѣченіяхъ, ибо и въ этомъ стадій мы еще наблюдаемъ послѣ вскрытія брюшной полости выпираніе кишекъ. Однако не было бы ничего ошибочнѣе, какъ держать женщинъ въ неполномъ наркозѣ во время лапаротоміи, ибо отъ этого страдаетъ техническое выполненіе операціи, потеря крови велика, и даже количество затрачиваемаго наркотическаго средства въ общемъ увеличивается; если появляется значительное кровотеченіе въ моментъ натуживанія больной, то приходится быстро ввести большое количество наркотическаго средства, дабы операционное поле въ маломъ тазу не скрылось съ глазъ вслѣдствіе выпячиванія кишекъ. Стадій полнаго ослабленія долженъ поддерживаться зачастую одинъ, два, даже три

часа; поэтому опасность чрезмѣрной дозировки наркотическаго средства при лапаротоміяхъ очень велика. Въ Германіи наркозъ въ общемъ находится въ рукахъ болѣе молодыхъ ассистентовъ, потому опасность превышенія дозы еще возрастаетъ.

Выборъ наркотическаго средства при вдыхательномъ наркозѣ.

Для продолжительнаго общаго наркоза почти вездѣ примѣняется хлороформъ или эфиръ.

Преимущества хлороформа состоятъ въ удобной формѣ примѣненія, далѣе въ томъ, что стадій покоя (выносливости) достигается въ сравнительно короткое время, наконецъ въ томъ, что хлороформъ въ общемъ менѣе вредно дѣйствуетъ на дыхательные органы. Зато хлороформъ имѣетъ тотъ большой недостатокъ, что при незначительномъ превышеніи дозы наступаетъ угрожающее вліяніе на сердце. Эта опасность здѣсь особенно велика потому, что, какъ показали *Kionka, P. Bert, Honigmann* и т. д., границы хлороформнаго наркоза («поясъ наркотизированія») гораздо уже, нежели эфирнаго, т. е. количество эфира, достаточное для наркоза, можетъ быть сравнительно значительно превышено, не вызывая опасныхъ осложненій, между тѣмъ какъ при хлороформѣ разница между дозой, дающей глубокій наркозъ, и смертельной дозой невелика. Кромѣ того, хлороформный наркозъ еще потому такъ страшенъ, что зачастую смерть наступаетъ совершенно внезапно отъ паралича сердца даже у сравнительно здоровыхъ субъектовъ; эфиръ же совершенно не имѣетъ этого столь вреднаго дѣйствія на сердце, такъ что угрожающія сердечныя явленія лишь рѣдко наблюдаются. Большая опасность хлороформа по сравненію съ эфиромъ при наркозѣ отчетливо выражается также въ статистикахъ; мы находимъ на 5000 эфирныхъ наркозовъ одинъ смертный случай, при хлороформѣ уже одинъ смертный случай на 2000 наркозовъ.

Работы *Roux, Wunderlich'a* и др. показали, далѣе, что эфиръ совершенно не имѣетъ тѣхъ дегенеративныхъ воздѣйствій хлороформа на паренхимы органовъ (сердце, печень, почка), которыя еще спустя нѣсколько дней послѣ операціи могутъ обусловить смертельный исходъ. *Leugemann* показалъ при его опытахъ на животныхъ, какъ при продолжительномъ хлороформномъ наркозѣ, даже если избѣгалось всякое превышеніе дозы при помощи хорошо функционирующихъ измѣрительныхъ приборовъ, наступало сильное жировое перерожденіе органовъ, между тѣмъ какъ при эфирѣ это дѣйствіе совершенно не наступало. Это дегенеративное дѣйствіе хлороформа на органы можетъ наступить при лапаротоміяхъ тѣмъ легче, что здѣсь, какъ упомянуто, всегда нуженъ особенно глубокій наркозъ, причемъ при недостаточномъ навыкѣ легко возможно превышеніе дозы. Смерть вслѣдствіе этого жирового перерожденія органовъ наступаетъ обыкновенно лишь спустя нѣсколько дней послѣ операціи при явленіяхъ нарастающей слабости сердца. Надо признать, что при внимательномъ веденіи наркоза превышеніе дозы можетъ быть избѣгнуто; но и безъ этого продолжительный хлороформный наркозъ наноситъ ущербъ паренхиматознымъ органамъ.

По сравненію съ хлороформомъ эфиръ имѣетъ тотъ недостатокъ, что, будучи примѣшанъ къ воздуху въ *концентрированныхъ парахъ*, онъ дѣйствуетъ раздражающимъ образомъ на дыхательные органы

и потому вызываетъ сильное отдѣленіе слизи и слюны во время наркоза, пневмоніи и бронхиты послѣ наркоза. Поэтому большинство операторовъ наблюдали послѣ эфирныхъ наркозовъ больше легочныхъ поражений, нежели послѣ хлороформныхъ. Пораженія эти имѣютъ въ большинствѣ случаевъ характеръ аспираціонныхъ пневмоній, и ихъ большая частота должна обуславливаться наблюдаемымъ во время наркоза сильнымъ слюноотеченіемъ и отдѣленіемъ слизи въ верхнихъ дыхательныхъ путяхъ. Раздраженіе дыхательныхъ органовъ наступаетъ лишь при известной концентраціи паровъ эфира, а именно по *Dreiser*'у тогда, когда вдыхаемый воздухъ содержитъ нѣсколько больше 6—7 объемныхъ процентовъ эфира. Но чтобы достигнуть при чистомъ эфирномъ наркозѣ стадія выносливости, мы должны, къ сожалѣнію, эту концентрацію превысить; напротивъ, по достиженіи стадія выносливости достаточно концентраціи паровъ эфира въ 6 — 7 объемныхъ процентовъ, чтобы поддержать это состояніе.

Такимъ образомъ, при чистомъ эфирномъ наркозѣ нельзя избѣгать вредныхъ воздѣйствій на дыхательные органы. Если мы хотимъ исключить вредное дѣйствіе эфира, которое наступаетъ въ первомъ стадіи наркоза вслѣдствіе необходимости подмѣшивать къ вдыхаемому воздуху концентрированные пары эфира для достиженія стадія выносливости, то мы должны либо въ началѣ наркоза употребить *другое* наркотическое средство, которое не имѣетъ этихъ недостатковъ, либо мы можемъ до стадія покоя подкрѣпить усыпляющее дѣйствіе эфира примѣшиваніемъ второго наркотическаго средства, вслѣдствіе чего концентрація паровъ эфира соотвѣтственно уменьшается.

И тотъ, и другой путь былъ испытанъ.

Если мы замѣняемъ эфиръ до стадія покоя другимъ наркотическимъ средствомъ, то, разумѣется, послѣднее должно быть болѣе безопаснымъ, нежели эфирные пары въ сильной концентраціи. Здѣсь предложены многія средства, которыя въ то же время имѣютъ будтобы то преимущество предъ эфиромъ, что сравнительно быстро вызываютъ стадій покоя; такъ примѣняются *бромъ-этиль*, *хлоръ-этиль*, *сомноформъ* и *веселящій газъ*, — первые три главнымъ образомъ въ Германіи и Швейцаріи, послѣдній въ Англіи и Соединенныхъ Штатахъ.

Способъ употребленія всѣхъ этихъ наркотическихъ средствъ сравнительно простъ. Бромъ-этиль поступаетъ въ продажу въ закупоренныхъ темныхъ стеклянкахъ, съ наименьшимъ содержаніемъ въ 10 куб. см. Хлоръ-этиль, какъ болѣе летучій, отпускается въ запаянныхъ градуированныхъ стеклянкахъ, по 10 куб. см. въ каждой, или же, подобно сомноформу, въ градуированныхъ бутылочкахъ, снабженныхъ герметическимъ штыковымъ затворомъ; при открываніи клапана хлоръ-этиль отъ собственнаго давленія даетъ струю уже при комнатной температурѣ.

Для усиленія бромъ-этиломъ наливаютъ сразу 10—15 куб. см. на внутреннюю сторону *Juillard*'овской маски и опрокидываютъ маску тотчасъ на лицо наркотизируемой. Вмѣсто маски, можно употребить также сложенное въ нѣсколько разъ полотенце, которое плотно накладываютъ на лицо. Стадій покоя достигается въ кратчайшее время, приблизительно въ одну минуту, и затѣмъ можно продолжать эфиромъ. Къ сожалѣнію, при частомъ примѣненіи бромъ-этиль оказался небезопаснымъ наркотическимъ средствомъ. (Тати-

стическія данныя относительно опасности бромъ-этила показываютъ 1 смертный случай на 5000 наркозовъ. Кромѣ того, у насъ наступали неоднократно неприятныя сердечныя явленія, а также одышка. Такъ какъ, далѣе, явленія раздраженія дыхательныхъ органовъ не исключены при бромъ-этилѣ, то послѣдній по сравненію съ исключительнымъ примѣненіемъ эфира имѣеть, повидимому, лишь то преимущество, что быстрѣе достигается стадій покоя.

Хлоръ-этиловый наркозъ повидимому болѣе безопасенъ. Мы согласны съ *Seitz* емъ и *Herrenknecht* омъ, что смертные случаи при немъ не всегда могутъ быть приписаны съ увѣренностью хлоръ-этилу, ибо при означенныхъ случаяхъ хлоръ-этиль примѣнялся не только одинъ, но и въ видѣ смѣшаннаго наркоза. Тѣмъ не менѣе у зубныхъ врачей, которые широко примѣняютъ *одинъ* хлоръ-этиль для кратковременныхъ наркозовъ, тоже случались смертельные исходы. *Seitz* вычисляетъ 1 смертный случай на 16.000 наркозовъ, но онъ же наблюдалъ асфиксію и обморокъ.

При хлоръ-этиловомъ наркозѣ поступаютъ обыкновенно такимъ образомъ, что наливаютъ въ маску 5—10 гр. хлоръ-этила и опрокидываютъ маску на лицо; при этомъ надо дѣйствовать очень скоро, ибо хлоръ-этиль быстро улетучивается. *Herrenknecht* практичнымъ образомъ видоизмѣнилъ для хлоръ-этиловаго наркоза извѣстную маску *Schimmelbusch*'а: онъ далъ изготовить маску нѣсколько больше обыкновенной и обтянуть ее непромокаемой матеріей. На верхушкѣ маски вырѣзано маленькое отверстіе въ резиновой обтяжкѣ, черезъ которое съ разстоянія въ 2—5 см. пускаютъ струю хлоръ-этила на фланелевую крышку маски, измѣняя постоянно направленіе струи, такъ чтобы все попадать на другое мѣсто и по возможности оросить большую поверхность маски. Это отверстіе служить въ то же время для вхожденія вдыхаемаго воздуха; выдыхаемый воздухъ выходитъ между лицомъ и маской.

Какъ ни быстро достигается стадій покоя при употребленіи хлоръ-этила, мы все-таки наблюдали временами сильныя возбужденія и даже легкія асфиксіи.

Сомноформль, который состоитъ изъ смѣси хлоръ-этила, бромъ-этила и хлоръ метила, съ самаго начала встрѣтилъ горячее одобреніе у французскихъ зубныхъ врачей и операторовъ. Мы провели около 100 наркозовъ съ этимъ средствомъ, но не можемъ на основаніи нашихъ данныхъ присоединиться къ этому восторженному отзыву, такъ какъ наблюдали временами неприятныя разстройства. Зато мы можемъ вполне подтвердить *очень* быстрое наступленіе наркоза, который иногда достигается въ нѣсколько секундъ. Можно примѣнять маску *Herrenknecht*'а или *Juillard*'а, или, такъ какъ здѣсь испареніе происходитъ такъ быстро, что тотчасъ образуются ледяные кристаллы на фланелевой крышкѣ, то, чтобы не терять даромъ narcoticum, хорошо примѣнять особыя резиновыя маски, изготовленныя для сомноформнаго наркоза, не допускающія улетучиванія наружу.

Этимъ средствамъ, употребляемымъ для болѣе скорого достиженія стадій покоя при эфирномъ наркозѣ, по нашему мнѣнію, во многихъ отношеніяхъ слѣдуетъ предпочесть *веселящій газъ*. Послѣдній въ настоящее время примѣняется главнымъ образомъ въ Англии и Соединенныхъ Штатахъ. Обращеніе съ нимъ упростилось съ примѣненіемъ стальныхъ сосудовъ со сгущеннымъ газомъ, особенно съ введеніемъ ингаляціоннаго аппарата *Vennel*'а. Веселящій газъ для наркоза, не су-

шествующимъ статистикамъ, совершенно безопасенъ. *Dumont* сообщаетъ, что *Cogson* произвелъ 155.000 и *Hasbrouck*, оба въ Нью-Йоркѣ, 69.000 наркозовъ веселящимъ газомъ безъ какихъ-либо осложнений; точно также имѣется отчетъ *Thomas'a* (Филадельфія) о 144.000 наркозовъ безъ всякихъ разстройствъ. Наши данныя, которыя, однако, не превышаютъ 1500 наркозовъ, вполне подтверждаютъ это. Мы никогда не наблюдали асфиксій; наступающій въ каждомъ случаѣ послѣ 1½-минутнаго примѣненія ціанозъ совершенно безопасенъ и составляетъ принадлежность наркоза. Въ общемъ веселящій газъ не надо примѣнять дольше 2 минутъ.

Веселящій газъ, какъ введеніе въ наркозъ, имѣетъ ту выгоду, что повышаетъ кровяное давленіе. *Kurt Glänzel* предпринялъ въ Іенской клиникѣ изслѣдованія помощью сфигмоманометра *Riva-Rocci* у значительнаго числа женщинъ (22) относительно состоянія кровяного давленія во время смѣшаннаго наркоза веселящимъ газомъ отъ начала вдыханія до наступленія стадія покоя. Оказалось, что изъ 22 большихъ у 20 наступило при вдыханіи веселящаго газа повышение кровяного давленія на *axillaris* въ предѣлахъ 1—43 mm. Hg; въ среднемъ повышение составляетъ 12 mm. Hg. Правда, остается нерѣшеннымъ, есть-ли тутъ повышение давленія исключительно асфитическое явленіе или специфическое дѣйствіе веселящаго газа. Не исключена возможность того, что въ повышеніи давленія существенное участіе принимаетъ задушеніе, ибо наступающая при всякой асфиксії одышка сопровождается перегруженіемъ крови угольной кислотой; послѣднее вызываетъ раздраженіе сосудодвигательнаго центра, которое въ свою очередь посредствомъ сокращенія сосудовъ повышаетъ кровяное давленіе.

Если послѣ веселящаго газа больному доставляется эфиръ, то кровяное давленіе повышается въ 70% случаевъ; въ 10% оно остается безъ перемѣны, и только въ 15% наступаетъ паденіе кровяного давленія. Если послѣ веселящаго газа вводится хлороформъ, то происходитъ паденіе кровяного давленія съ самаго момента введенія, причемъ иногда констатируется даже довольно значительное паденіе.

Если послѣ веселящаго газа наркозъ продолжается смѣсью хлороформа и эфира, то обнаруживается почти всегда болѣе или менѣе постепенное, лишь иногда прерываемое короткой остановкой, паденіе кровяного давленія до наступленія стадія покоя.

Пульсъ обнаруживаетъ при усыпленіи веселящимъ газомъ и продолженіи хлороформно-эфирнаго наркоза въ большинствѣ случаевъ небольшое уменьшеніе частоты, лишь очень рѣдко наростаніе.

Такъ какъ соответственный аппаратъ въ Германіи сравнительно еще мало примѣняется, то мы опишемъ его, опираясь на представленный въ разрѣзѣ рисунокъ.

Аппаратъ состоитъ изъ мундштука (см. рис. 31), который черезъ средство наполненной воздухомъ резиновой трубки плотно приставляется ко рту больной, далѣе, изъ двухъ металлическихъ барабановъ *a* и *b* и одного резинового баллона *c*, который служитъ приемникомъ для веселящаго газа. Первый барабанъ *a* заключаетъ полость, наполненную марлей, которая предъ наркозомъ пропитывается эфиромъ; черезъ середину барабана проходитъ переставная трубка *d*, которая даетъ возможность либо приводить вдыхаемый и выдыхаемый воздухъ въ прямое сообщеніе съ верхнимъ барабаномъ безъ того, чтобы эфирные пары проникали въ дыхательные пути наркотизируемой, либо примѣшивать къ вдыхаемому воздуху болѣе или менѣе сильныя дозы эфира.

Верхній барабанъ *b* предназначается исключительно для того, чтобы помощью клапановъ *e* и *f* направлять любымъ образомъ инспираторный и экспираторный токъ, одинъ разъ такъ, что при инспираціи вдыхается веселящій газъ, между тѣмъ какъ выдыханіе совершается въ воздухъ черезъ особое отверстіе у *f*, другой разъ такъ, что при особомъ поворотѣ крана вдыхательный и выдыхательный токъ попадаютъ въ резиновый баллонъ *c*. Предъ резиновымъ баллономъ приделанъ клапанъ *g*, который допускаетъ немедленное доставленіе свѣжаго воздуха вмѣсто веселящаго газа.

Примѣненіе аппарата слѣдующее: изъ бомбы съ жидкой закисью азота *L* даютъ газу втекатъ въ резиновый баллонъ *c*, пока онъ не будетъ туго надутъ, затѣмъ его соединяютъ съ обоими барабанами. Сперва устанавливаютъ кранъ такимъ образомъ, что ни эфиръ, ни веселящій газъ не попадаютъ къ больной, а проникаетъ только атмосферный воздухъ черезъ клапанъ *g* и идетъ черезъ трубку нижняго барабана *a* въ легкие, между тѣмъ какъ выдыханіе происходитъ въ воздухъ изъ бокового отверстія верхняго барабана у *f*. Этимъ достигается весьма важный моментъ—психическое успокоеніе женщины.

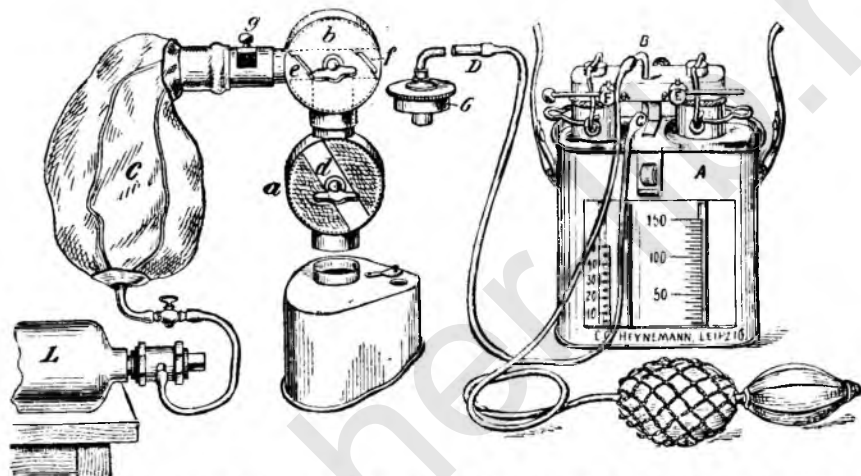


Рис. 31. Сочетаніе аппарата для веселящаго газа съ приборомъ Braun'a.

Когда насаживаютъ маску больной, то она обыкновенно сперва испуганно задерживаетъ дыханіе; но замѣтивъ, что она въ аппаратѣ можетъ легко вдыхать и выдыхать, она тотчасъ значительно успокаивается. Послѣ 4—5 вдыханій незамѣтно закрываютъ воздушный клапанъ *g*, чѣмъ въ то же время открывается резиновый баллонъ *c* съ веселящимъ газомъ. Послѣдній не имѣетъ запаха, такъ что больная не замѣчаетъ перемѣны, а спокойно и быстро засыпаетъ.

Спустя 40—60 секундъ больная настолько покойна, что можно постепенно поворотомъ крана въ барабанѣ *a* подводить эфиръ, которымъ пропитана марля въ этомъ барабанѣ. Затѣмъ можно, снявъ баллонъ *c*, продолжать наркозъ съ однимъ барабаномъ, при постоянномъ подливаніи эфира, или же, удаливъ ингаляторъ *Bennet'a*, замѣнить его маской *Juillard'a*.

Разъ однимъ изъ этихъ средствъ достигнуть стадій выносливости для эфирнаго наркоза, то можно послѣдній поддерживать съ помощью различныхъ масокъ. До недавнихъ поръ чаще всего была въ употребленіи маска *Juillard'a*. Она даетъ возможность при закрытіи доступа воздуха въ сравнительно короткое время достигнуть стадія покоя даже при употребленіи одного эфира; съ другой стороны, она таитъ опасность превышенія дозы, которое у менѣ опытныхъ легко наступаетъ и тогда вызываетъ раздраженіе дыхательныхъ органовъ. Извѣстное усовершенствованіе можно усматривать въ

маскѣ *Wanscher-Grossmann*'а, которую въ послѣднее время особенно горячо рекомендовали для эфирнаго наркоза *Koblanck* и *Pfannenstiel*. Улучшеніе состоитъ въ томъ, что до извѣстной степени возможна дозировка концентраціи эфирныхъ паровъ, причемъ въ мѣшокъ маски первоначально наливаютъ только 100 грм. эфира. Тѣмъ не менѣе и здѣсь случаются превышенія дозы. *Dreser* показалъ, что подъ маской *Wanscher*'а концентрація эфирныхъ паровъ во вдыхаемомъ воздухѣ можетъ подыматься до 34% (объемныхъ).

Аппаратъ *Junker*'а въ общемъ не вполне пригоденъ для эфирнаго наркоза, такъ какъ помощью мѣховъ не доставляется вдыхаемому воздуху достаточное количество эфирныхъ паровъ, по крайней мѣрѣ не столько, чтобы можно было при исключительномъ примѣненіи эфира достигнуть стадія покоя. Раздувательный баллонъ своей опредѣленной величиной допускаетъ до извѣстной степени дозировку эфира. Такъ какъ температура эфира вліяетъ на его испареніе, то для нѣсколько болѣе точной дозировки многіе операторы ставятъ стеклянку съ эфиромъ въ жестяной сосудъ съ теплой водой постоянной температуры.

Смѣшанные наркозы.

Между тѣмъ какъ до сихъ поръ мы старались обойти недостатки эфирнаго наркоза замѣной эфира въ началѣ усыпленія другимъ наркотическимъ, можно, какъ мы уже упоминали выше, давать эфиръ во время наркоза въ смѣси съ другимъ наркотическимъ, а именно съ хлороформомъ. Возраженія, которыя раньше дѣлали противъ подобнаго способа изъ теоретическихъ основаній, давно опровергнуты практикой. Смѣшанные наркозы въ послѣднее время приобрѣли право гражданства. Кромѣ смѣси хлороформа и эфира, стали наконецъ примѣнять одновременно нѣсколько наркотическихъ средствъ.

Honigmann и *Kionka* доказали экспериментально, что оба анестезирующихъ средства, хлороформъ и эфиръ, при одновременномъ примѣненіи оказываютъ гораздо болѣе интенсивное дѣйствіе, нежели каждое изъ этихъ наркотическихъ въ отдѣльности, такъ что необходимыя для усыпленія количества смѣси значительно меньше, нежели при чистомъ хлороформномъ или эфирномъ наркозѣ.

Смѣшеніе различныхъ наркотическихъ можетъ происходить такимъ образомъ, что смѣшиваютъ *жидкости* и льютъ по каплямъ эту смѣсь на обычныя маски, или же можно держать разныя наркотическія въ отдѣльныхъ сосудахъ и примѣшивать лишь ко вдыхаемому воздуху смѣсь ихъ *паровъ*.

По первому принципу составлена такъ наз. *Billroth*'овская смѣсь, которая состоитъ изъ хлороформа 100,0, эфира и алкоголя по 30,0; такъ наз. англійская смѣсь содержитъ двѣ части хлороформа, три части эфира и одну часть алкоголя. Наконецъ, *Schleich* предложилъ смѣсь изъ хлороформа, эфира и петролейнаго эфира съ точкой кипѣнія между 38 и 42°; онъ стремится приблизить точку кипѣнія смѣси къ температурѣ тѣла, въ надеждѣ этимъ обезопасить наркозъ.

Эти смѣси имѣютъ тотъ большой недостатокъ, что отдѣльныя наркотическія въ теченіе наркоза неравномѣрно испаряются, такъ что смѣсь паровъ, прибавляемая къ вдыхаемому воздуху, не имѣетъ того же состава, что и жидкость.

Если примѣнять, напр., аппаратъ *Junker*'а и распылять эфирно-хлороформную смѣсь, то эфиръ *первый* будетъ испаряться изъ рас-

паномъ изъ слюды, который выпускаетъ изъ маски выдыхаемый воздухъ паціентки, при инспираціи же закрывается. Черезъ второе отверстіе проводится подъ маску смѣсь изъ кислорода съ парами обоихъ наркотика: хлороформа и эфира.

Въ этой газовой смѣси кислородъ, слѣдовательно, служитъ основой. Онъ вытекаетъ подъ собственнымъ давленіемъ изъ цилиндра и забираетъ попутно отмѣренные количества хлороформныхъ и эфирныхъ паровъ.

Дозированіе наркотическихъ средствъ происходитъ не въ формѣ паровъ, а въ жидкомъ состояніи, причемъ капли одинаковой величины въ опредѣленномъ, но любомъ количествѣ приводятся въ единицу времени къ испаренію въ токѣ кислорода. Быстрота капанія, т. е. число капель, падающихъ въ единицу времени, регулируется особыми кранами. Испареніе отмѣренныхъ такимъ образомъ жидкихъ наркотическихъ происходитъ при обыкновенной температурѣ (безъ искусственнаго нагрѣванія) въ пространствѣ съ разрѣженнымъ воздухомъ.

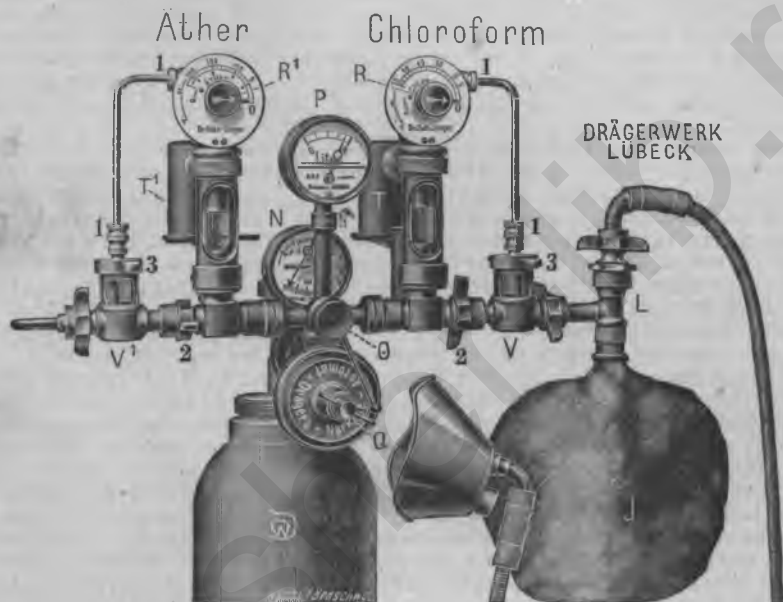


Рис. 32. Аппаратъ для смѣшаннаго наркоза съ точной дозировкой.

Полученная такимъ образомъ смѣсь кислорода и парообразнаго наркотическаго попадаетъ сперва въ такъ назыв. «запасной мѣшокъ» (см. ниже) и оттуда черезъ вышеупомянутое отверстіе въ пространство подъ маской.

Въ частности аппаратъ устроенъ слѣдующимъ образомъ:

1) *Токъ кислорода.* Кислородъ вытекаетъ изъ верхняго конца отвѣсно стоящаго желѣзнаго цилиндра. Послѣдній снабженъ манометромъ *N*, который носитъ названіе *Finimeter* и показываетъ давленіе, подъ которымъ кислородъ стоитъ въ цилиндрѣ герм. оставляетъ его. Позади этого аппарата включенъ распределительный клапанъ *P*, который помощью крана *O* съ длинной ручкой во время дѣйствія всегда долженъ быть установленъ на «4», т. е. въ минуту должны всегда вытекать изъ цилиндра четыре литра кислорода. За этимъ клапаномъ токъ кислорода дѣлится на двѣ части: одна часть нагружается по пути хлороформными парами, другая эфирными; затѣмъ снова происходитъ соединеніе обоихъ теченій.

2) *Капельный и парообразовательный приборы.* Подмѣшиваніе къ кислородному току хлороформныхъ и эфирныхъ паровъ происходитъ раздѣльно въ двухъ аналогично устроенныхъ приборахъ. Каждый изъ этихъ приборовъ состоитъ изъ вертикально стоящаго цилиндра *S*, который внизу подъ прямымъ угломъ прикрѣпляется къ газопроводу; наверху онъ замкнутъ и въ него вдается только отвѣсно направленная живизу, нѣсколько шарообразно

расширенная отводная трубка—«капельница». Эта трубка, по которой притекает жидкое наркотическое, изогнута под острым углом и функционирует как ливеръ. Подъемная трубка этого ливера *H* погружена въ боковую приставку стекляннаго сосуда съ хлороформомъ гесп. эфиромъ *T* гесп. T^1 до дна его. На высотѣ ливера придѣлана кромѣ того сбоку металлическая трубка, которая изогнута прямоугольно книзу и небольшимъ стаканомъ *V* гесп. V^1 образуетъ соединеніе съ вмѣстилищемъ кислорода. Эта приставная трубка замыкается весьма тонко регулируемымъ краномъ, положеніе котораго допускаетъ любое измѣненіе, что отмѣчается на циферблатѣ *R* гесп. R^1 .

Принципъ, по которому этотъ аппаратъ работаетъ, слѣдующій: Въ маленькомъ цилиндрѣ *S* воздухъ сильно разрѣжается благодаря протекающему мимо съ большой скоростью кислороду. Вслѣдствіе этого жидкое наркотическое присасывается изъ стекляннаго сосуда *T* черезъ ливеръ *H* и изъ капельницы будетъ падать по каплямъ въ цилиндръ *S*. Такъ какъ въ этомъ цилиндрѣ, какъ выше сказано, имѣется относительный вакуумъ, то вытекающее по каплямъ наркотическое тотчасъ испаряется и пары его уносятся токомъ кислорода. Такъ какъ токъ кислорода, вызывающій присасываніе жидкаго наркотическаго, всегда течетъ по проводной трубкѣ съ одинаковой скоростью въ 4 литра въ минуту, то и его присасывающее дѣйствіе должно быть постоянное, и потому попадающее въ аппаратъ въ единицу времени и испаряющееся тамъ количество хлороформа и эфира должно быть всегда одинаковое.

Дабы можно было варіировать это количество, къ ливеру *H* и придѣлана боковая трубка, которая, какъ уже сказано, представляетъ соединеніе верхняго конца цилиндра *S* съ газопроводомъ. Когда это соединеніе установкой крана *R* совершенно закрыто, тогда на жидкое наркотическое будетъ дѣйствовать полностью присасывающая сила кислороднаго тока. Если же этотъ боковой проводъ болѣе или менѣе открывается краномъ *R*, то въ той же мѣрѣ уменьшается эта присасывающая сила и въ цилиндрѣ *S* переходятъ меньшія количества жидкаго наркотическаго. Если кранъ *R* такъ поставленъ, что боковой проводъ совершенно открытъ, а подъемная трубка *H* совершенно закрыта, то вообще не происходитъ испареніе жидкаго наркотическаго.

Можно, слѣдовательно, простой перестановкой крана *R* совершенно точно опредѣлять, какія количества жидкаго наркотическаго испаряются въ единицу времени въ аппаратѣ. Отдѣльные аппараты эмпирически вывѣрены фабрикой, и на циферблатѣ у крана *R* обозначено, при какомъ положеніи крана испаряются въ минуту 5, 10, 15 и т. д. капель хлороформа гесп. эфира. Такъ какъ цилиндръ *S* сдѣланъ изъ стекла, то можно во время дѣйствія прибора видѣть каждую отдѣльную каплю, какъ она падаетъ изъ капельницы; кромѣ того можно отчетливо слышать звукъ отъ паденія и шипѣнія каждой капли въ разрѣженномъ пространствѣ цилиндра. Можно, значитъ, во всякое время глазомъ и ухомъ легко провѣрять, соответствуетъ-ли дѣйствительно дозировка наркотическаго указанной на циферблатѣ *R* величинѣ; такимъ образомъ какія-либо погрѣшности дѣйствія прибора сказались бы тотчасъ.

3) *Сберегательный аппаратъ*. Послѣ того какъ оба раздѣленныхъ теченія, нагрузившись хлороформными и эфирными парами, снова соединились, они попадаютъ въ «сберегательный аппаратъ». Послѣдній состоитъ изъ сдѣланнаго изъ упругой матеріи мѣшка *J*, вмѣстимостью въ 2 литра и замыкающаго мѣшокъ, легко подвижнаго клапана, который допускаетъ только выступленіе газовъ въ направленіи кислороднаго тока, но мѣшаетъ проникновенію выдыхаемыхъ газовъ изъ-подъ маски. Этимъ, во первыхъ, достигается то, что большой никогда не получаетъ для вдыханія воздуха, загрязненнаго продуктами выдыханія; во-вторыхъ, при всякомъ выдохѣ клапанъ сберегательнаго аппарата болѣе или менѣе—смотря по интенсивности выдоха—захлопывается, и вслѣдствіе этого нагруженный наркотическими парами кислородный токъ задерживается въ эластическомъ запасномъ мѣшкѣ и во время экспираціи не циркулируетъ безъ надобности подъ маску.

4) *Маска* уже была изображена выше; она изготовляется фабрикой различной величины для мужчинъ, женщинъ и дѣтей.

Примѣненіе аппарата чрезвычайно простое. Привинтивъ приборъ къ стальному цилиндру съ кислородомъ, наполняютъ стаканчики *T* и T^1 хлороформомъ и эфиромъ. Затѣмъ открываютъ кранъ кислороднаго цилиндра и помощью рычага *O* устанавливаютъ такой токъ,

чтобы распредѣлительный клапанъ *P* указывалъ точно $4 l$. Затѣмъ кранами *R* и *R*¹ устанавливають желательное число капель хлороформа и эфира, которыя должны испаряться въ минуту.

Во время дѣйствія аппарата надо внимательно слѣдить за тѣмъ, чтобы стрѣлка распредѣлительнаго клапана *P* всегда стояла точно на дѣленіи «4», иначе дозировка хлороформа и эфира становится неточной. Капельные приборы для хлороформа и эфира работаютъ вполне независимо одинъ отъ другого; включеніе или выключеніе одного прибора нисколько не вліяетъ на правильную работу другого. Числа падающихъ въ приборахъ капель при различномъ положеніи крановъ (при постоянствѣ кислороднаго тока) соотвѣтствуютъ довольно точно числамъ, указаннымъ на циферблатахъ *R* и *R*¹. При употребленіи этого аппарата у человѣка мы хотѣли бы еще специально подчеркнуть, что, подобно *Braun*'у, мы желаемъ дать при наркозѣ перевѣсъ эфиру, а не хлороформу; мы, какъ и *Braun*, желаемъ достигнуть этимъ аппаратомъ *эфирнаго* наркоза, мы желаемъ къ эфирнымъ парамъ прибавить хлороформныя пары лишь для введенія наркоза и въ дальнѣйшемъ теченіи тогда, когда наркозъ поврежденіямъ недостаточно глубокъ.

Въ общемъ мы совѣтуемъ, на основаніи нашихъ наблюденій у крѣпкой женщины среднихъ лѣтъ, устанавливать аппаратъ сперва на 150 капель эфира и 45 капель хлороформа; такимъ образомъ, если не примѣняется веселящій газъ, глубокий наркозъ будетъ достигнутъ въ среднемъ въ 15 минутъ. Для болѣе быстро достиженія стадія покоя мы начинаемъ всегда съ веселящаго газа.

По достиженіи стадія покоя, наркозъ поддерживается глубокимъ однимъ эфиромъ или съ небольшимъ прибавленіемъ хлороформа. Въ общемъ мы такъ поступали, что количество эфира оставляли одинаковымъ, а съ хлороформомъ постепенно спускались до нуля. Приводимъ одно изъ наблюденій.

Крѣпкая женщина среднихъ лѣтъ. 0 мин.: установка аппарата на 150 капель эфира и 45 капель хлороформа.

11 мин.: установка аппарата на 150 капель эфира и 15 капель хлороформа (стадія покоя достигнута).

20 мин.: установка аппарата на 150 капель эфира и 5 капель хлороформа (вскрытіе брюшной полости).

23 мин.: установка аппарата на 120 капель эфира и 5 капель хлороформа.

51 мин.: установка аппарата на 100 капель эфира и 0 капель хлороформа (закрытіе брюшной полости).

61 мин.: установка аппарата на 0 капель эфира и 0 капель хлороформа (окончаніе операціи).

Если при операціи брюшная полость не вскрывается, то нѣтъ надобности въ столь глубокомъ наркозѣ, и соотвѣтственно этому количество наркотическихъ будетъ меньше.

Имѣеть-ли подмѣшиваніе кислорода вліяніе на теченіе наркоза, еще не рѣшено окончательно. Физиологическіе эксперименты здѣсь даютъ не вполне одинаковое толкованіе. *Lavoisier*, *Séguin*, *Regnault*, *Reiset* и *A. Löwy* полагаютъ, что повышеніе содержанія кислорода въ воздухѣ еще не обусловливаетъ повышеннаго его поглощенія; въ противовѣсъ этому результаты другихъ изслѣдованій, напр. *Rosenthal*'я и клиническія наблюденія *Wohlgemuth*'а, *Prochownick*'а, *Bert*'а и *Quinquaud* говорятъ за то, что продолжительное дыханіе въ воздухѣ, богатомъ кислородомъ, напр. при состояніяхъ одышки, дѣйствуетъ успокоительнымъ образомъ. «Пульсъ замедляется, частота

дыханія уменьшается, произвольная мускулатура кажется больше расслабленной». Одинаково благоприятно гласят отчеты *Michaelis*'а изъ *Leyden*ской клиники. По этимъ клиническимъ наблюденимъ можно себѣ представить, что отуманенный хлороформомъ или эфиромъ дыхательный центръ быстрое оправляется при доставкѣ кислорода.

При наступленіи одышки можно тотчасъ, выключивъ хлороформъ и эфиръ, доставлять аппаратомъ одинъ кислородъ.

Чтобы составить себѣ сужденіе о вліяніи кислорода на наркозъ, мы въ серіи изъ 300 наркозовъ примѣнили вмѣсто сжатого кислорода имѣющійся въ продажѣ сжатый воздухъ, причемъ не наблюдали разницы въ теченіи наркоза.

Аппаратъ *Dräger*'а мы можемъ, конечно, сочетать также съ приборомъ для веселящаго газа, чтобы возможно скорее достигнуть стадіи покоя. Мы всегда начинаемъ съ веселящаго газа и затѣмъ спустя приблизительно 1½ минуты устанавливаемъ аппаратъ *Dräger*'а.

Благодаря введенію смѣшанныхъ наркозовъ измѣнилась постановка показаній къ примѣненію хлороформа или эфира. Въ общемъ показаніе до сихъ поръ гласило такъ, что при всѣхъ разстройствахъ дыхательныхъ органовъ на мѣсто эфирнаго долженъ всегда вступить хлороформный наркозъ; зато хлороформъ былъ противопоказанъ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ можно было констатировать разстройство дѣятельности сердца.

Такъ какъ при правильномъ разрѣженіи эфира (6—7 объемныхъ процентовъ вдыхаемаго воздуха) раздраженіе дыхательныхъ органовъ не наступаетъ, то въ формѣ описаннаго нами смѣшаннаго наркоза можно и при разстройствахъ дыхательныхъ органовъ спокойно примѣнять эфиръ послѣ достиженія стадіи покоя. При наличности перерожденія сердца мы также можемъ примѣнять смѣшанный наркозъ, слѣдя за тѣмъ, чтобы возможно меньшими количествами хлороформа начать и поддерживать наркозъ.

Общія правила при наркозѣ.

Само собою разумѣется, что надо обращать вниманіе на доброкачественность наркотическихъ средствъ. Имѣющіеся теперь въ продажѣ препараты почти всѣ отвѣчаютъ необходимымъ требованіямъ. Мы брали хлороформъ и эфиръ разныхъ фабрикъ и не замѣчали существенной разницы въ ходѣ наркоза. Обычно мы употребляемъ хлороформъ *Anschütz*, хлороформъ *pro narcosi* фирмы *Schering* изъ Берлина, а эфиръ въ формѣ *Aether Pictet* или также *Aether pro narcosi* фирмы *Schering*. При заказахъ надо, разумѣется, отмѣчать, что требуется хлороформъ и эфиръ для цѣлей наркоза.

Въ началѣ усыпленія надо считаться съ психическимъ состояніемъ больной; на это, къ сожалѣнію, зачастую обращается слишкомъ мало вниманія. Отнюдь не слѣдуетъ начинать наркозъ въ самой операціонной въ отсутствіи персонала во время приготовления къ операціи, а всегда въ уединенной сосѣдней комнатѣ. Иной разъ можно избѣгнуть стадіи возбужденія посредствомъ спокойнаго увѣщанія больной передъ наркозомъ. Важно далѣе, чтобы усыпленіе было полное, раньше чѣмъ предпринимать какія-либо манипуляціи съ больной. Ничто не вліяетъ такъ дурно на теченіе наркоза, какъ если въ первомъ стадіи оглушенія начинать уже дезинфекцію и перекладываніе больной.

При смѣшанномъ наркозѣ на состояніе пульса приходится обращать меньше вниманія, такъ какъ внезапные смертельные случаи отъ сунгоре не наблюдались, и кровяное давленіе мало падаетъ, особенно тогда, когда въ дальнѣйшемъ теченіи наркоза дается эфиръ; зато особенное вниманіе надо удѣлять дыханію. Если лицо становится багровымъ, кровь при операціи темной и почти черной, то это признакъ, что дыхательные пути заложены, притомъ въ большинствѣ случаевъ вслѣдствіе опущенія epiglottis на входъ гортани, рѣже вслѣдствіе чрезмѣрнаго западенія носовыхъ крыльевъ.

При западеніи нижней челюсти и надгортанника кладутъ ладонь на ухо больной, верхушку указательнаго пальца позади угла челюсти, большой палецъ на високъ и лобъ и отдавливаетъ челюсть впередъ. Такъ чтобы рѣзцы ея стояли впереди рѣзцовъ верхней челюсти. Если этотъ приемъ *König*'а не помогаетъ, что у женщины едва-ли случается, то раскрываютъ ротъ раздвигателемъ (*Roser*'а) и вытягиваютъ языкъ пулевыми щипцами.

При наличности въ зѣвѣ большихъ количествъ слизи и слюны, послѣднія удаляются изъ рта небольшимъ марлевымъ шарикомъ, захваченнымъ корнцангомъ. Кромѣ того надо заботиться о томъ, чтобы голова низко лежала, для чего подкладываютъ подъ шею подушечку. *Hölscher* констатировалъ у животныхъ, у которыхъ ротовая жидкость была окрашена метиленовой синькой, что въ эфирномъ наркозѣ при горизонтальномъ положеніи животнаго окрашенныя частички попадали въ мельчайше бронхи и альвеолы; при низкомъ же положеніи головы никогда не констатировалось прониканіе красящихъ веществъ въ трахею и бронхи. Эта аспирація слизи въ дыхательные пути можетъ, конечно, при неблагоприятныхъ условіяхъ имѣть послѣдствіемъ аспираціонную пневмонію.

Исчезаніе рефлекса роговицы не служитъ при лапаротоміяхъ вѣрнымъ признакомъ достаточной глубины наркоза. Слѣдуетъ сперва доводить наркозъ до исчезновенія корнеальнаго рефлекса; если и затѣмъ еще при вскрытіи брюшной полости кишки выпираютъ, то достаточно усилить концентрацію эфирныхъ паровъ, чтобы достигнуть и этого глубокаго стадія покоя. Зрачки должны еще въ глубочайшемъ стадіи наркоза чуть-чуть реагировать на свѣтъ; они должны всегда быть сужены.

При наступленіи асфиксіи больной, каковую мы, примѣняя аппаратъ *Dräger*'а, такъ же мало наблюдали, какъ сильное клочотаніе, слѣдуетъ прибѣгнуть къ искусственному дыханію посредствомъ ритмическихъ сокращеній грудной клѣтки, лучше всего по способу *Sylvester*'а. При этомъ лучше всего производить искусственное дыханіе при низко опущенной головѣ на *Trendelenburg*'овомъ столѣ; для напряженія грудныхъ мышцъ руки приподымаютъ высоко надъ головой и затѣмъ для полученія выдоха обратно прижимаютъ къ реберной дугѣ по направленію къ груди; при этомъ каждый разъ производятъ короткое сотрясательное давленіе на сердечную область. Если отъ этого приема дыханіе не возстановилось, то можно въ подспорье раздражать фарингически *nervi phrenici* на шеѣ. Если не удастся, какъ слѣдуетъ, отдалить языкъ и надгортанникъ отъ гортани, то надо быстро произвести трахеотомію.

Предупрежденіе параличей отъ наркоза.

По статистикѣ *Madlener'a* на долю лапаротомій падаетъ $\frac{4}{5}$ случаевъ паралича *n. regonei*. Уже при описаніи положенія съ приподнятымъ тазомъ мы упоминали, что эти параличи малоберцового нерва должны быть поставлены въ вину не наркозу, а плохой набивкѣ ногодержателей, вслѣдствіе чего *n. regoneus* придавливается къ головкѣ малоберцовой кости, и нарушается его проводимость.

Опасности для нервовъ *руки* несравненно больше, нежели для ножныхъ нервовъ. Во время наркоза при ощупываніи пульса рука часто смѣщается, вслѣдствіе чего могутъ быть прижаты отдѣльные нервные участки. Всего извѣстнѣе здѣсь параличъ *n. radialis*, который вызывается тѣмъ, что рука свѣшивается со стола, вслѣдствіе чего лучевой нервъ придавливается краемъ стола приблизительно по срединѣ плечевой кости.

При наркозахъ въ *Trendelenburg'*овомъ положеніи, кромѣ этого изолированного паралича *одного* ручного нерва, происходитъ иногда параличъ плечевого сплетенія. При чревосѣченіяхъ руки легко падаютъ наверхъ за голову, если онѣ не фиксированы по бокамъ туловища, или онѣ нарочно сильно оттягиваются назадъ, ибо это положеніе рукъ очень удобно и для оператора, и для наркотизатора: руки не мѣшаютъ оператору, не давятъ на грудь, слѣдовательно не стѣсняють дыханія, и наркотизаторъ можетъ во всякое время контролировать пульсъ. Но при этомъ чрезмѣрномъ вытяженіи и отведеніи руки, если голова одновременно оттягивается кзади и въ сторону, ключица поворачивается вокругъ своей продольной оси, она приближается къ первому ребру и давитъ на первое ребро именно въ томъ мѣстѣ, гдѣ нервное сплетеніе выступаетъ между обоими *mm. scaleni*. Вѣроятно, тутъ играетъ роль не одно давленіе на нервные стволы, но и вытяженіе нервовъ.

Поэтому при положеніи съ приподнятымъ тазомъ слѣдуетъ либо укрѣпить руки по бокамъ туловища къ столу, либо скрестить ихъ на груди и тамъ фиксировать; послѣднее нѣсколько неудобно для оператора въ томъ отношеніи, что при разрѣзахъ живота, которые ведутся выше пупка, руки мѣшаютъ, къ тому же онѣ нѣсколько затрудняютъ дыханіе больной. Но и то и другое положеніе рукъ съ увѣренностью предупреждаетъ параличи плечевого сплетенія.

Частичная или полная замѣна ингаляціоннаго наркоза вприскиваніемъ скополаминъ-морфія.

Мы въ состояніи замѣнить ингаляціонный наркозъ частью или вполне *подкожнымъ* вприскиваніемъ наркотическаго средства.

Подкожное вприскиваніе морфія въ сочетаніи съ ингаляціоннымъ наркозомъ уже давно въ употребленіи, съ цѣлью сдѣлать болшую болѣе выносливой къ вдыхательному наркозу и въ то же время чтобы быть въ состояніи уменьшить количество вдыхаемаго наркотическаго. Какъ увидимъ ниже, мы въ общемъ не считаемъ цѣлесообразнымъ подкрѣплять дѣйствіе вдыхаемаго наркотическаго этимъ подкожнымъ введеніемъ морфія до операціи.

Если мы желаемъ однимъ морфіемъ вызвать такое обезболиваніе, чтобы пациентка переносила небольшія операціи безъ сопротивленія, то морфій долженъ быть введенъ подъ кожу въ сравнительно большихъ дозахъ. Болѣе крупныя операціи вообще не могутъ быть вы-

полняемы подъ морфійнымъ наркозомъ, ибо пришлось бы далеко превысить максимальную дозу морфія.

Въ послѣднее время и здѣсь, по примѣру *Schneiderlin*'а, перешли къ смѣшиванію различныхъ средствъ, которыя должны повышать усыпляющее и обезболивающее дѣйствіе морфія и по возможности ослаблять вредныя вліянія его. Такова смѣсь со скополаминомъ.

Скополаминъ до известной степени антагонистъ морфія. Онъ представляетъ собою алкалоидъ изъ группы атропина, уменьшаетъ отдѣленіе слюны и слизи, кромѣ того расширяетъ периферическіе сосуды, *морфій* же суживаетъ периферическіе сосуды, понижаетъ кровяное давленіе, усиливаетъ отдѣленіе пота и слюны.

Скополаминъ уже давно примѣнялся въ психіатріи съ большимъ успѣхомъ какъ спотворное при состояніяхъ возбужденія. При впрыскиваніяхъ $\frac{1}{2}$ —1 mg. уже въ теченіе 8 минутъ наблюдаются первые симптомы: вѣки тяжелѣютъ, зрачки начинаютъ расширяться, появляется разбитость и сухость во рту, жажда, затѣмъ наступаетъ крѣпкій сонъ съ равномернымъ дыханіемъ.

Schneiderlin показалъ, что сочетаніемъ обоихъ средствъ мы можемъ достигнуть глубокаго наркоза съ полной анальгезіей. Въ большемъ масштабѣ опыты были предприняты *Korff*'омъ въ Фрейбургѣ. При первыхъ своихъ опытахъ *Korff* поступалъ такъ, что онъ за 4 часа до операціи впрыскивалъ 1 сг. морфія и 12 dmг. скополамина. Это впрыскиваніе повторялось спустя 2 часа, и, наконецъ, за $\frac{1}{2}$ часа до операціи впрыскивалась третья доза той же крѣпости. Такимъ образомъ *Korff*'у удавалось оперировать безъ всякаго вдыхаемаго наркотическаго средства. Затѣмъ въ отчетахъ *Bruns*'а *Blos* сообщаетъ о 105 случаяхъ *Schneiderlin*'овскаго наркоза. Отчеты гласятъ очень благоприятно.

Blos давалъ морфій въ значительно большихъ дозахъ, нежели *Korff*, до 9 сг. pro dosi. Чаще всего впрыскивались 10 dmг. скополамина и 6 сг. морфія, спустя часъ 5 dmг. скополамина + 3 сг. морфія. *Blos* могъ такимъ образомъ въ $\frac{2}{3}$ случаевъ обойтись безъ всякаго ингаляціоннаго наркоза; въ $\frac{1}{3}$ случаевъ онъ давалъ эфиръ по каплямъ въ очень малыхъ количествахъ. Наркозъ наступалъ въ среднемъ спустя 1— $\frac{1}{2}$ часа. При 70 наркозахъ, гдѣ была достигнута полная анестезія, встрѣтились 9 случаевъ разстройствъ дыханія при хорошей дѣятельности сердца, которыя въ одномъ случаѣ повели къ смерти; но этотъ смертельный исходъ *Blos* не ставитъ въ вину наркозу, ибо у соответственной пациентки былъ нефритъ.

Не такъ благоприятно звучать опубликованныя вскорѣ затѣмъ наблюденія *Witzel*'я, *Wild*'а и *Flatau*. *Witzel* имѣлъ на три наркоза одинъ смертельный случай, *Wild* — тяжелую асфиксію, которая лишь черезъ нѣсколько часовъ была устранена. *Flatau* имѣлъ на 37 случаевъ одинъ смертельный.

Тогда *Korff* снова попробовалъ, опираясь на 52 скополамино-морфійныхъ наркоза, получить возможно болѣе точную дозировку для средняго человѣка; его пропись гласитъ:

Rp. Skopolamin. hydrobrom. 0,01
Morphii muriat. 0,25
Aq. destillat. coct. 10,0

Изъ этого раствора впрыскивается $\frac{1}{3}$ Правацевскаго шприца за $2\frac{1}{2}$ часа до операціи, $\frac{1}{3}$ шприца за $\frac{1}{2}$ часа, $\frac{1}{3}$ шприца за $\frac{1}{2}$ часа

до операціи. Слѣдовательно, въ общемъ дается скополаминъ 0,001 и морфія 0,025. Если этимъ не достигается глубокой наркозъ, то даютъ для вдыханія небольшія дозы эфира.

Въ Іенской клиникѣ многократно производился скополамино-морфіиный наркозъ въ указанномъ видѣ. Намъ удавалось достигнуть полного наркоза и производить небольшія операціи *безъ* вскрытія брюшной полости—*Alexander'*овскую операцію, кольпоррафію, кольпоперинеопластику и т. д., не прибѣгая къ ингаляціонному наркотическому средству. Мы не наблюдали при этомъ никакихъ непріятныхъ состояній. Напротивъ, при вскрываніи брюшной полости приходилось не разъ возобновить скополамино-морфіиную инъекцію, чтобы вызвать дѣйствительно достаточное расслабленіе брюшныхъ покрововъ. Мы имѣли, къ сожалѣнію, одинъ смертный случай, который впрочемъ не съ полной увѣренностью можетъ быть поставленъ въ вину наркотическому средству. Рѣчь шла объ истощенной особѣ съ карциномой, у которой операція была произведена въ скополамино-морфіиномъ наркозѣ безъ всякаго прибавленія вдыхаемаго наркотическаго средства. Глубокое усыпленіе больной держалось часами послѣ операціи; постепенно появились влажные хрипы въ легкихъ, и не было возможности термическими раздраженіями вызвать болѣе глубокое дыханіе, пациентка погибла на второй день послѣ операціи при явленіяхъ нарастающаго отека легкихъ.

Скополамино-морфіиный наркозъ представляетъ дѣйствительно нѣчто поразительное; по сравненію съ ингаляціоннымъ наркозомъ онъ гораздо пріятнѣе для больной. При вдыхательномъ наркозѣ самое усыпленіе чрезвычайно непріятно многимъ больнымъ. Здѣсь же больная еще лежитъ въ постели, когда за $\frac{1}{2}$ часа или за часъ до операціи ей впрыскивается въ руку иприць смѣси. Постепенно начинаетъ появляться чувство усталости, и затѣмъ наступаетъ глубокой сонъ, который не нарушается, когда больную перекладываютъ на операціонный столъ. Если больная во время операціи просыпается, то достаточно нѣсколькихъ капель эфира, чтобы снова получить глубокой сонъ. Конечно, въ теченіе длительныхъ операцій при недостаточно глубокомъ стадіи покоя приходится повторить скополамино-морфіиную инъекцію. Пульсъ во все время наркоза хорошій. Дыханіе покойное, безъ хриповъ. Боль въ ранѣ послѣ операціи смягчается тѣмъ, что сонъ, особенно анальгезія, держится еще часами, даже иногда цѣлый день.

Въ этомъ *затяжномъ* усыпленіи лежитъ въ то же время опасность не только скополамино-морфіиного наркоза, но и всякаго *впрыскиваемаго* наркотическаго средства. При вдыхаемыхъ анестезирующихъ средствахъ послѣ удаленія маски и по прекращеніи подвоза наркотическаго, сознаніе обыкновенно быстро возвращается, и мы въ состояніи вызванное случайно превышеніемъ дозы отравленіе устранить посредствомъ искусственнаго дыханія и назначенія возбуждающихъ на то короткое время, пока чрезмѣрныя количества наркотическаго средства выдѣляются изъ организма черезъ легкія. Между тѣмъ при введеніи наркотическаго подкожнымъ путемъ условія значительно болѣе неблагоприятны: ядъ оставляетъ тѣло не такъ скоро, какъ вдыхаемое наркотическое, такъ что при случайномъ превышеніи дозы или чрезмѣрной чувствительности организма къ яду (идіосинкразія) мы находимся въ затруднительномъ поло-

женіи, будучи вынуждены *часами* бороться съ постоянно грозящимъ коллапсомъ; продолжающій дѣйствовать ядъ не даетъ выразиться вліянію возбуждающихъ.

Вотъ основаніе, почему мы въ общемъ не можемъ привѣтствовать скополамино-морфійный наркозъ *Schneiderlin'a*, какъ прогрессъ передъ ингаляціоннымъ наркозомъ; на томъ же основаніи мы не примѣняемъ впрыскиванія морфія для болѣе легкаго достиженія стадіи покоя или ради уменьшенія количества вдыхаемаго наркотическаго. При чревосѣченіяхъ, гдѣ при пробужденіи желательно немедленное отхаркиваніе накопившейся въ трахеѣ слизи въ предупрежденіе аспираціонной пневмоніи, намъ представляется примѣненіе морфія прямо противопоказаннымъ.

Упомянемъ кстати, что мы сравнительно часто пользуемся скополамино-морфійнымъ *полу-наркозомъ* въ *акушерствѣ*; здѣсь мы не стремимся къ достиженію глубокаго наркоза, но къ ослабленію болевыхъ ощущеній.

Мѣстная анестезія.

Мѣстная анестезія находитъ себѣ сравнительно мало примѣненія при гинекологическихкихъ операціяхъ. Это объясняется, во-первыхъ, скудостью чувствительныхъ волоконъ въ извѣстныхъ частяхъ полового аппарата, вслѣдствіе чего при нѣкоторыхъ операціяхъ обезболиваніе вообще не нужно; во-вторыхъ, тѣмъ, что мѣстное анестезированіе чрезвычайно чувствительной пристѣночной брюшины до сихъ поръ не вполне удавалось.

При операціяхъ на влагалищѣ, при суживающихъ влагалище пластикахъ, зашиваніи свищей, ампутаціяхъ шейки, при вскрытіи брюшной полости черезъ задній сводъ, рѣдко требуется мѣстная анестезія, такъ какъ здѣсь болевое ощущеніе само по себѣ настолько ничтожно, что у нетрусливыхъ женщинъ никакія особенныя мѣры и не нужны. Если влагалищная операція захватываетъ промежность, напр. при кольпоперинеопластикѣ, то здѣсь мѣстная анестезія можетъ имѣть дѣйствительное значеніе.

Особенно неподходящи для мѣстной анестезіи тѣ операціи, которыя сопряжены съ вскрытіемъ брюшной полости. И здѣсь мы можемъ хорошо анестезировать до вскрытія; но лишь только брюшина болѣе или менѣе широко вскрыта, больныя жалуются на интенсивныя боли, часто на тошноту; появляется обильный потъ, пульсъ ускоряется и становится мягкимъ, дыханіе поверхностнымъ. Эти устрашающіе симптомы обыкновенно тотчасъ исчезаютъ, если мы начинаемъ наркогизировать. Даже при простой операціи укороченія круглыхъ связокъ (такъ наз. *Alexander'овской*) не анестезированіе брюшиннаго конуса сказывается непріятнымъ образомъ; мы можемъ здѣсь совершенно безболѣзненно оперировать при мѣстной анестезіи до обнаженія пахового канала и широкой связки; но лишь только мы вскрываемъ брюшинный конусъ и вытягиваемъ круглую связку, больная тотчасъ реагируетъ выраженіемъ сильной боли и дурноты.

Выгода мѣстной анестезіи при гинекологическихкихъ лапаротоміяхъ существенно ограничивается также тѣмъ, что мы не можемъ придавать цѣлесообразное положеніе съ сильнымъ лордозомъ поясничной части позвоночника и низкимъ опущеніемъ головы, которое безъ общаго наркоза настолько непріятно, что едва-ли выполнимо.

Надежды, которыя возлагались на мѣстную анестезію при чревосѣченіяхъ, что благодаря ей у лицъ со слабымъ сердцемъ скорѣе можно будетъ рѣшиться на операцію, къ сожалѣнію, не оправдались; именно дѣйствіе пока—другое обозначеніе пока невозможно—безъ наркоза гораздо больше угрожаетъ. Поэтому если мы у особъ со слабымъ сердцемъ вынуждены произвести операцію со вскрытіемъ брюшной полости, то все еще болѣе умѣстенъ общій наркозъ, нежели вскрытіе подъ мѣстной анестезіей.

Не оправдалось также ожиданіе, что послѣ мѣстной анестезіи не будетъ пневмоній, которыхъ мы справедливо такъ боимся послѣ чревосѣченій. *Henle* поставилъ сравнительныя изслѣдованія послѣ большого ряда операций въ клиникѣ *Mikulicz'a* и нашелъ, что послѣ мѣстной анестезіи пневмоніи встрѣчаются такъ же часто, скорѣе даже чаще.

Наконецъ, общій наркозъ имѣетъ передъ мѣстной анестезіей еще то большое преимущество, что онъ щадитъ психику больныхъ; послѣднія не являются свидѣтельницами того, что предпринимается до и во время операціи.

Однако и при гинекологическихъ операціяхъ для мѣстной анестезіи остается извѣстное поле дѣятельности; особенно операціи пролапса у старыхъ женщинъ иногда не могутъ быть выполнены безъ примѣненія мѣстной анестезіи.

Для мѣстнаго обезболиванія при гинекологическихъ операціяхъ главнымъ образомъ пригодна инфильтраціонная анестезія *Schleich'a*, которая въ послѣднее время въ существенныхъ пунктахъ улучшена и расширена *Braun'омъ*. *Schleich* примѣняетъ какъ пропитывающую жидкость слабый растворъ кокаина, который отъ прибавленія поваренной соли становится осмотически индифферентнымъ. Обыкновенно можно обойтись сравнительно слабымъ растворомъ кокаина. Такъ, напр., *Schleich* примѣняетъ 0,1% растворъ кокаина, который онъ дѣлаетъ изотоничнымъ соотвѣтственнымъ содержаніемъ хлористаго натра. *Schleich* прибавляетъ обыкновенно къ его кокаиновымъ растворамъ еще нѣсколько морфія (0,025%), но *Braun* считаетъ прибавленіе морфія излишнимъ.

Braun показалъ, что прибавленіе адреналина къ анестезирующимъ растворамъ даетъ весьма желательное повышеніе дѣйствія во много разъ и увеличеніе продолжительности анестезіи.

Прибавленіе адреналина или содержащей таковой вытяжки надпочечниковъ къ раствору кокаина позволяетъ уменьшать концентрацію и дозу послѣдняго при сохраненіи одинаковаго дѣйствія. Примѣсъ адреналина уменьшаетъ опасность отравленія при усиленіи способности анестезировать. Вліяніе адреналина основывается на томъ, что вслѣдствіе его сосудосуживающаго дѣйствія выпрыснутый кокаинъ удерживается на мѣстѣ.

Braun рекомендуетъ для мѣстной анестезіи сочетаніе адреналина съ кокаиномъ въ слѣдующемъ видѣ:

Продажный растворъ адреналинъ-хлоралгидрата (*Merck*) 1:1000 обезплавляется кипяченіемъ и сохраняется въ стерилизованной *Braun'овской* капельной стеклянкѣ или въ широкогорлой бутылочкѣ съ капельной пипеткой. Адреналинъ въ общемъ долженъ содержаться въ выпрыскиваемой жидкости въ концентраціи 1:10000; болѣе сильныя концентраціи не рекомендуются въ общемъ изъ-за опасности отравленія адреналиномъ. Если участокъ для инфильтраціи, на которомъ должна быть достигнута аналгезія, небольшой, то можно употребить однопроцентный растворъ кокаина; на 1 куб. см.

1% раствора кокаина надо прибавить тогда 3 капли адреналина и 0,6—0,8 грм. поваренной соли, чтобы сделать раствор изотоническимъ. При желаніи обезболить большіе участки примѣняютъ для пропитыванія ткани по методу *Schleich'a* гораздо болѣе слабые растворы. Если намѣреваются, напр., впрыснуть 10—50 куб. стм. раствора, то рекомендуется брать растворъ кокаина 0,1—0,5% и на 10 куб. стм. этой смѣси прибавлять три капли адреналина. При впрыскиваніи 50 куб. стм. прибавляютъ ко всей смѣси $\frac{1}{2}$ куб. стм. раствора адреналина 1:1000. Хотя адреналинъ тогда содержится въ смѣси въ очень слабой концентраціи (приблизительно 1:100000), однако онъ все еще обнаруживаетъ свое дѣйствіе.

Въ послѣднее время поступили въ продажу приготовленные по прописи *Braun'a Heynemann'омъ* въ Лейпцигѣ кокаино-адреналиновые лепешки, которыя чрезвычайно пригодны для практики.

Braun приводитъ примѣръ специально для анестезированія брюшныхъ покрововъ: 20 куб. стм. 0,2% раствора кокаина смѣшиваютъ съ 15 каплями адреналина; затѣмъ дѣлаютъ сперва три укола тонкой иглой по направленію намѣчаемаго разрѣза; съ этихъ ставшихъ нечувствительными мѣстъ впрыскиваютъ длинной иглой 10 куб. стм. въ подкожную ткань. Послѣ разрѣза кожи вводятъ столько же куб. стм. раствора подфасциально по всему протяженію разрѣза. Анестезированіе лучше всего производить, по *Braun'у*, за 1— $\frac{1}{2}$ часа до операціи, притомъ не въ операціонной, дабы по возможности устранить психическое воздѣйствіе на больную.

Инфильтраціонная анестезія имѣетъ тотъ недостатокъ, что она измѣняетъ мѣстные условия тканей и нѣсколько затрудняетъ отчетливое ориентированіе, что именно важно при операціяхъ на промежности, такъ какъ здѣсь соединеніе соответственныхъ мѣстъ имѣетъ значеніе для сращенія. Пропитываніе тканей изотоническими растворами, какъ доказано опытомъ, не наноситъ ущерба ходу заживленія, вызванный отекъ очень скоро исчезаетъ и не создаетъ предрасположенія къ дальнѣйшему развитію занесенныхъ зародышей.

Можетъ быть удастся при гинекологическихъ операціяхъ использовать областную анестезію (проводная анестезія, *Leitungsanästhesie*) посредствомъ эндонейральной инъекціи анестезирующихъ растворовъ. Нервные стволы, снабжающіе *peritoneum parietale*, проходятъ глубоко между пристѣночной брюшиной и мышечной пластинкой. До известной степени мы уже теперь въ состояніи воспользоваться проводной анестезіей при вскрытіи брюшной полости. Чувствительные нервы, обслуживающіе *peritoneum parietale* передней брюшной стѣнки, по изслѣдованіямъ *Ramström'a* у животныхъ, соединяются въ нѣсколько большіе стволы въ клѣтчаткѣ между пристѣночной брюшиной и боковой стѣнкой прямой мышцы. Здѣсь они вступаютъ въ мышечную пластинку, чтобы затѣмъ направиться къ спинному мозгу. Поэтому было бы возможно достигнуть на этомъ мѣстѣ своего рода областной анестезіи для пристѣночной брюшины. Мы поступали такъ, что подъ *Schleich'овской* инфильтраціонной анестезіей вели разрѣзъ живота до *peritoneum parietale*, затѣмъ продвигали длинную, тупую иглу въ рыхлой клѣтчаткѣ между мышечной пластинкой и пристѣночной брюшиной до бокового края *m. recti* и здѣсь впрыскивали значительное количество *Braun'овскаго* адреналино-кокаинового раствора. Мы достигли того, что прикосновеніе къ пристѣночной брюшинѣ въ непосредственной близости разрѣза было вполне безболѣзненно. Это выгодно въ томъ отношеніи, что мы можемъ зеркалами раздвинуть брюшные покровы и затѣмъ выкатить опухоли, напр. подвижныя кистомы.

Спинально-мозговая анестезія.

Когда *Bier* въ 1899 г. опубликовалъ отчетъ о первыхъ операціяхъ подъ спинально-мозговой анестезіей, возникли надежды, что можно бу-

детъ извлечь выгоды изъ этого также для операций на половыхъ органахъ. Къ сожалѣнью, шансы съ самаго начала были не такъ благопріятны, такъ какъ и при этой анестезіи едва-ли можно избѣжать произвольнаго примѣненія брюшнаго пресса во время чрево-сѣченія, чѣмъ затрудняется техника операціи въ маломъ тазу. Къ тому же поясъ анальгезіи при спинномозговой анестезіи простирается немногимъ выше пунка, что кладетъ извѣстный предѣлъ оперативнымъ приѣмамъ при вскрытіи брюшной полости.

Объ успѣшныхъ гинекологическихъ операціяхъ подъ спинномозговой анестезіей имѣются сообщенія съ разныхъ сторонъ, между прочимъ *Zweifel*'я и *Füth*'а.

Къ сожалѣнью, спинномозговая анестезія, на что обратилъ также впоследствии вниманіе ея изобрѣтатель *Bier*, не безопасна, такъ что она годится развѣ только для исключительныхъ случаевъ (*Füth*, напр., рекомендуетъ ее при диабетѣ). Наступающія во время операціи угрожающія явленія суть: остановка дыханія и кровообращенія, тяжелый коллапсъ, даже смертельные исходы при нарастающей спячкѣ. Послѣ операціи тоже появляются непріятные симптомы вслѣдствіе спинномозговой анестезіи, таковы: парестезіи въ ногахъ, ознобъ и лихорадка до 40° Ц., чувство жара, обильный потъ, стѣсненіе дыханія, сильнѣйшія головныя боли, далѣе нервныя расстройства до бреда, маниакальныхъ приступовъ и т. д.

Bier объясняетъ эти непріятные случаи послѣ спинномозговой анестезіи тѣмъ, что кокаинъ, впрыснутый въ дуральный мѣшокъ въ области поясничной части позвоночника, попадаетъ въ верхнія части спинного мозга и въ головной мозгъ и тамъ отравляетъ важные для жизни центры.

Улучшенія, къ которымъ *Bier* въ послѣднее время стремится, сводятся въ существенныхъ чертахъ къ тому, чтобы по возможности локализовать дѣйствія впрыснутаго кокаина. *Bier* пользуется для этого адреналиномъ, который, какъ мы видѣли, уже примѣнялся съ большимъ успѣхомъ *Braun*'омъ при инфильтраціонной анестезіи для локализованія дѣйствія кокаина. *Bier* надѣялся, что при одновременномъ впрыскиваніи адреналина движенія и теченія цереброспинальной жидкости въ подпаутинномъ пространствѣ должны ограничиться. Можетъ быть, адреналинъ еще дѣйствуетъ благопріятно въ томъ отношеніи, что онъ повышаетъ кровяное давленіе, между тѣмъ какъ кокаинъ, впрыснутый въ поясничный мѣшокъ, вызываетъ пониженіе кровяного давленія до коллапса. *Bier* не впрыскиваетъ адреналина одновременно съ кокаиномъ, но оба раствора отдѣльно: сперва препаратъ надпочечниковъ и лишь спустя небольшой промежутокъ времени растворъ кокаина.

Для пункции употребляются обычно примѣняемые для поясничнаго прокола *Quincke*'вскія иглы. Растворъ адреналина готовится такимъ образомъ, что 1/2 куб. см. продажнаго раствора (*Merck*) разбавляется равнымъ количествомъ физиологическаго раствора поваренной соли. Всю эту смѣсь кипятятъ короткое время передъ употребленіемъ и впрыскиваютъ. Для растворенія кокаина отвѣшиваютъ 0,1 грм. кокаина и растворяютъ его въ 10 куб. см. стерильнаго физиологическаго раствора соли. Растворъ кипятятъ не задолго до употребленія и примѣняютъ изъ него для впрыскиванія одинъ шприцъ, вмѣстимостью въ 1 грм.

Такъ какъ основаніе кокаина осаждается щелочами, и такимъ образомъ ослабляется дѣйствіе раствора, то надо шприцъ для впрыскиванія вываривать не въ содовомъ растворѣ, а въ водѣ. Черезъ шприцъ и иглы пропускаютъ передъ употребленіемъ физиологическій растворъ соли.

Мѣстомъ для впрыскиванія выбирается промежутокъ между 2 и 3-мъ поясничнымъ позвонкомъ. Больная укладывается съ приподнятой верхней частью туловища такимъ образомъ, что позвоночникъ описываетъ открытую сверху дугу и въ то же время образуетъ горбъ кзади. Затѣмъ проводятъ соединительную линію между обѣими *spinae iliacaе posteriores*; эта линія попадаетъ на остистый отростокъ четвертаго поясничнаго позвонка. Затѣмъ указательный палецъ лѣвой руки продвигаютъ на одинъ остистый отростокъ выше, такъ что онъ покоится между остистыми отростками 2 и 3-го поясничнаго позвонка. Приблизительно на 1 см. сбоку отъ средней линіи вкалываютъ на выпуклой сторонѣ позвоночника иглу и ведутъ ее остриемъ слегка вверхъ и внутрь. Какъ только при вкалываніи ощущаютъ, что проникли въ полость, вытягиваютъ хорошо замыкающій маядрикъ *Quincke*вской иглы, и тогда вытекаютъ нѣсколько капель *liquor cerebrospinalis*. Впрыскиваніе не слѣдуетъ дѣлать, раньше чѣмъ не убѣдились съ увѣренностью (истеченіе жидкости), что конецъ иглы лежитъ въ подпаутиномъ пространствѣ. Теперь впрыскиваютъ шприцемъ сперва адреналинъ, затѣмъ ждутъ 5 минутъ, и въ это время введенный маядрикъ замыкаетъ иглу. Затѣмъ впрыскиваютъ другимъ шприцемъ, который хорошо прилаженъ къ иглѣ, растворъ кокаина, и спустя еще 10 минутъ начинаютъ операцию. Анестезія длится 1—3 часа, такъ что могутъ быть произведены даже крупныя операци.

Профилактическія мѣры, предпринимаемыя во время операци для предупрежденія послѣоперационныхъ пневмоній.

Успѣхъ благополучно законченной гинекологической операци часто омрачается тѣмъ, что появляются расстройства со стороны легкаго. Гинекологическія операци предрасполагаютъ къ *pneumonia postoperativa* потому, что процентъ чревосѣченій между ними очень великъ, а опытъ учитъ, что при послѣоперационныхъ воспаленіяхъ легкаго именно лапаротоміи играютъ совсѣмъ особенную роль. По статистикѣ *Henle* изъ клиники *Mikulicz*'а на 200 ампутацій грудной железы приходилось только 2 пневмоніи, изъ коихъ одна окончилась выздоровленіемъ, слѣдовательно, заболѣваемость въ 1%, смертность въ $\frac{1}{2}\%$; напротивъ, при 1787 лапаротоміяхъ заболѣваемость составляла 8%, смертность отъ послѣоперационныхъ пневмоній 3,6%.

Пневмоніи появляются въ различныхъ формахъ. Среди 52 смертельно протекшихъ пневмоній послѣ чревосѣченій была, по *Henle*, 7 разъ констатирована дольчатая фибринозная пневмонія въ различныхъ стадіяхъ, 17 разъ легочная гангрена, 2 раза серо-фибринозный плевритъ безъ измѣненій въ легкихъ, въ 5 случаяхъ были найдены эмболіи въ легочныхъ артеріяхъ.

Предрасположеніе къ пневмоніи увеличивается съ возрастомъ. Считая на 100 лапаротомій, заболѣваютъ пневмоніей среди 11—20-лѣтнихъ только 3—4%, среди лицъ старше 70 лѣтъ почти 27% оперированныхъ. Женщины заболѣваютъ въ общемъ не такъ легко, какъ мужчины, но разница не очень бросается въ глаза. Частота пневмоній составляетъ, по *Henle*, у мужчинъ 9,3% со смертностью въ 4,5%, а у женщинъ 7,3% со смертностью въ 3,1%.

Не требуетъ особаго разъясненія, что предрасположеніе къ послѣоперационнымъ пневмоніямъ повышено у лицъ, которыя уже раньше имѣютъ легочныя пораженія. Чтобы привести цифровое доказательство, упомянемъ, что на 205 случаевъ, по отчету *Henle*, въ которыхъ раньше можно было констатировать патологическое состояніе дыхательныхъ органовъ, бронхитъ или эмфизему, заболѣли послѣ операци пневмоніей 34=16,6%, умерли 17=8,3%; напротивъ, изъ 1393 лицъ, у которыхъ не констатировалось страданіе легкихъ, заболѣли только 96=6,9%, умерло 42=3%.

Время появленія первыхъ симптомовъ пнеймоніи различно въ зависимости отъ этиологіи.

За возникновеніе послѣопераціонныхъ пнеймоній прежде считали отвѣтственнымъ на первомъ планѣ *наркозъ*, особенно эфирный. Мы видѣли выше, что при правильномъ примѣненіи эфиръ не раздражаетъ дыхательныхъ органовъ. Кромѣ того, какъ доказали экспериментальныя изслѣдованія *Lindemann'a* и *Hölscher'a*, эфиръ не вызываетъ *непосредственно* воспалительнаго раздраженія легкихъ; если послѣ наркоза появляется воспалительный процессъ въ легкихъ, то онъ есть послѣдствіе аспираціи секрета изо рта. При эфирномъ наркозѣ легко наступаетъ вслѣдствіе превышенія дозы гиперсекреція слизистой рта, и лишь таковая косвенно ведетъ, по опытамъ *Lindemann'a*, къ аспираціоннымъ пнеймоніямъ. При описаніи ингаляціоннаго наркоза мы видѣли, что при правильной дозировкѣ этотъ недостатокъ эфирнаго наркоза можетъ быть съ увѣренностью избѣгнутъ, и что аспирація ротовыхъ секретовъ также можетъ быть предупреждена подходящимъ положеніемъ головы при наркозѣ.

Что ингаляціонный наркозъ въ общемъ какъ этиологическій факторъ для возникновенія послѣопераціонныхъ пнеймоній раньше значительно переоцѣнивался, ясно вытекаетъ изъ изслѣдованій *Mikulicz'евской* клиники. Они показали, что при инфильтраціонной анестезіи тоже встрѣчаются пнеймоніи послѣ чревосѣченій и даже чаще, чѣмъ послѣ ингаляціонныхъ наркозовъ. Большая частота послѣопераціонныхъ пнеймоній послѣ чревосѣченій подъ инфильтраціонной анестезіей лучше всего объясняется, по мнѣнію *Czerny*, тѣмъ, что эти пнеймоніи гипостатическаго характера и зависятъ отъ поверхностнаго дыханія, обусловленнаго болѣзненностью въ брюшной полости. Мѣстная анестезія благопріятствуетъ появленію ихъ въ томъ отношеніи, что инфильтрація кокаиномъ обезболиваетъ брюшные покровы, но оперированіе въ брюшной полости остается очень болѣзненнымъ. Подобныя чревосѣченія, пережитыя при полномъ сознаніи, дѣлають больныхъ боязливими; помня перенесенныя боли, больные не осмѣливаются и послѣ операціи глубоко дышать и сильно отхаркивать. Если экспекторация еще затрудняется тѣсной повязкой, послѣопераціоннымъ парезомъ кишекъ съ послѣдующимъ смѣщеніемъ діафрагмы и прижатіемъ нижнихъ участковъ легкихъ, то частота гипостатическихъ пнеймоній не можетъ насъ удивлять. Слабая сердечная дѣятельность, общее состояніе слабости, преклонный возрастъ, разумѣется, благопріятствуютъ появленію гипостаза.

Извѣстное число послѣопераціонныхъ пнеймоній возникаетъ гематогеннымъ путемъ вслѣдствіе *эмболии* легочныхъ артерій послѣ отрыва венныхъ тромбовъ. Эти тромбы могутъ послѣ гинекологическихъ операцій исходить либо изъ тазовыхъ венъ, либо изъ тромбозированной бедренной вены подъ самой Пупартовой связкой. Тотъ фактъ, что именно послѣ гинекологическихъ операцій зачастую наблюдаются смертельныя эмболіи въ легочныхъ сосудахъ, объясняется, во-первыхъ, тѣмъ, что тазовыя вены лишены клапановъ и тромбы тотчасъ попадаютъ въ сердце, во-вторыхъ, тѣмъ, что эти операціи весьма часто приходится выполнять у сильно обезкровленныхъ женщинъ. Опытъ учитъ, что при пониженной двигательной силѣ сердца, при малокровіи склонность къ образованію тромбовъ въ венахъ повышена. Эмболіи не всегда должны имѣть послѣдствіемъ

смерть, но дѣло можетъ дойти до ограниченныхъ, переходящихъ въ излеченіе легочныхъ инфарктовъ.

Весьма существенной причиной при возникновеніи пнеймоній служить *охлажденіе*.

На значеніе, которое имѣетъ охлажденіе при операціи для происхожденія послѣопераціонныхъ пнеймоній, указали *Gerulasias*, кромѣ того, *Henle* и *Heile* изъ клиники *Mikulicz'a*. Они сильно охлаждали животныхъ посредствомъ поливанія эфиромъ, чтобы констатировать вліяніе этого на легкія. Далѣе *Henle* демонстрировалъ посредствомъ кривой, какъ число пнеймоній съ теченіемъ времени уменьшалось въ клиникѣ *Mikulicz'a* съ улучшеніемъ мѣръ, которыя принимались противъ охлажденія больной во время и до операціи, особенно при лапаротоміяхъ. Уменьшеніе числа пнеймоній здѣсь особенно рѣзко отмѣчается со времени введенія согрѣтыхъ операціонныхъ столовъ и замѣны продолжительнаго мытья больной до операціи теплой водой кратковременнымъ обтираніемъ мыльнымъ спиртомъ.

Паденіе числа пнеймоній довольно сильное. До введенія обширныхъ мѣръ противъ охлажденія больныхъ до и во время операціи частота послѣопераціонныхъ пнеймоній колебалась въ 1893—99 г. между 7,5 и 10,2%; уменьшеніе начинается съ 1899 г., когда были приняты вышеупомянутыя мѣры противъ охлажденія больныхъ; въ 1899 г. частота послѣопераціонныхъ пнеймоній составляла 6,6%, въ 1900 г.—3,6% и въ первые мѣсяцы 1901 г.—2,1%.

Работа *Henle* существенно способствовала тому, что стали снова искать способовъ, какъ ограничить до минимума охлажденіе больныхъ во время операціи.

Мы знаемъ, что охлажденіе послѣ операціи, особенно послѣ эквентраціи кишекъ, которая длится часами, можетъ быть очень велико; мы наблюдаемъ иногда паденіе температуры до 35,5°. Если затѣмъ скоро закрыть брюшную полость и привести женщину въ благоприятныя для согрѣванія условія, то иногда удается снова поднять температуру, но, къ сожалѣнію, мы имѣемъ также неудачи, и женщины вслѣдствіе охлажденія погибаютъ въ коллапсѣ.

Дабы уменьшить тепловыя потери, можно поднять температуру операціонной. И теперь еще мы находимъ въ нѣкоторыхъ статьяхъ о technikѣ лапаротоміи упоминаніе, что операціонная комната должна быть сильно нагрѣта, требуются температуры до 25, даже 35° Ц. Это перегрѣваніе операціонной имѣетъ серьезный недостатокъ: операторъ, даже при напряженіи всѣхъ силъ, не можетъ работать съ полной интенсивностью въ столь перегрѣтомъ помѣщеніи, въ которомъ еще воздухъ зачастую насыщенъ влагою.

Поэтому съ нѣкоторыхъ поръ перешли къ тому, что стали согрѣвать только тѣло оперируемой, не отягочая въ то же время оператора. До сихъ поръ, насколько мы освѣдомлены, это всегда достигалось такимъ образомъ, что больной теплота доставлялась посредствомъ *проведенія*. Такъ *Kocher*, чтобы уменьшить охлажденіе, кладетъ больную на тазъ съ теплой водой; подобнымъ же образомъ устроенъ отопляемый операціонный столъ, который недавно рекомендовали *P. A. Fenger*, *Just* и *Alfred Madsen*. Въ очень сложно устроенномъ аппаратѣ топка находится въ мѣдныхъ ящикахъ, которые наполнены горячей водой; каждый ящикъ можетъ быть помощью крановъ отдѣленъ отъ сосѣдняго, дабы можно было поставить подъ вліяніе согрѣвающего прибора различныя части тѣла, даже при

положеніи еѣ приподнятымъ тазомъ. Клиника *Mikulicz'a* пользуется какъ подстилкой термофорами; въ другихъ клиникахъ употребляются трубки, въ которыхъ циркулируетъ теплая вода темп. 38—42° Ц. Мы сами неоднократно пробовали примѣнять какъ подстилку нагрѣваемые электричествомъ подушки или металлическія пластинки, причемъ электрическимъ токомъ нагрѣвались тонкія обернутыя асбестомъ проволоки.

Всѣ эти приспособленія имѣютъ тотъ недостатокъ, что они согрѣваютъ только тѣ части тѣла, которыя непосредственно прилегаютъ къ нагрѣтой подстилкѣ. Далѣе, такъ какъ на обычно употребляемыхъ операціонныхъ столахъ, приспособленныхъ къ *Trendelenburg*'ову положенію, мы укладываемъ больныхъ съ сильнымъ лордозомъ поясничной части позвоночника, то получаютъ въ сущности только три пункта тѣла, которые согрѣваются, а именно обѣ лопатки и крестецъ. Эти ограниченныя поверхности согрѣваются хорошо, къ сожалѣнію, даже слишкомъ хорошо, какъ мы убѣдились въ одномъ случаѣ съ электрически нагрѣваемыми металлическими пластинками, гдѣ обычно хорошо регулируемая теплота вдругъ вслѣдствіе короткаго замыканія настолько усилилась, что появились ожоги въ этихъ трехъ пунктахъ; согрѣваніе остальной части тѣла остается при этомъ ничтожнымъ, такъ какъ человѣческое тѣло плохой проводникъ тепла.

Поэтому при устройствѣ нашего аппарата мы руководствовались тѣмъ соображеніемъ, чтобы по возможности избѣгать проведенной теплоты и замѣнить ее лучистой. Какъ источникомъ теплоты мы пользуемся электрическимъ токомъ, который въ современныхъ операціонныхъ имѣется подъ рукой, а именно въ формѣ лампъ накаливаанія. Лампы накаливаанія имѣютъ какъ источникъ теплоты то преимущество, что онѣ никогда не могутъ нагрѣться выше определенной температуры, такъ какъ при внезапномъ усиленіи тока угольная нить перегорааетъ, и лампа потухаетъ. Изъ прилагаемаго рисунка (зз) можно видѣть, что въ аппаратѣ ¹⁾ 16 лампъ накаливаанія изъ чернаго стекла. Это приспособленіе скользитъ по нижней сторонѣ стола и можетъ быть въ каждый моментъ удалено. Доска стола не должна быть, конечно, изъ металла, а изъ дерева или другого непроводящаго матеріала. Доска стола снабжена по бокамъ круглыми отверстиями, діаметромъ въ 3 см., которыя продѣланы на разстояніи 13 см.

Оперируемую больную помѣщаютъ на столъ и покрываютъ ее большой простыней, которая по бокамъ далеко свисаетъ и имѣетъ только одно отверстіе, достаточное для операціоннаго поля (см. рис. 7). Какъ только съ возстановленіемъ контакта лампы накаливаанія зажигаются, тотчасъ теплый воздушный токъ поднимается вверхъ черезъ отверстія въ доскѣ стола; простыня задерживаетъ тепло, и такимъ образомъ согрѣтый воздухъ обдаетъ все тѣло. Мѣстная ожога вслѣдствіе чрезмѣрнаго нагрѣванія подстилки исключена вслѣдствіе плохой теплопроводности деревянной доски; перегрѣваніе вслѣдствіе слишкомъ сильнаго излученія тепла можетъ быть избѣгнуто, если испробовать операціонный столъ надъ неусыпленной женщиной въ теченіе нѣсколькихъ часовъ; опредѣливъ такимъ образомъ, какое число лампъ нужно для доставленія пріятной теплоты, можно ужъ

¹⁾ Столъ доставляетъ фирма *Lenz* въ Берлинѣ, Birkenstr. 18.

не опасаться перегрѣванія тѣла лучистой теплотой, такъ какъ электрическія лампочки накаливанія по своей конструкціи допускаютъ точную регулировку.

У насъ дѣлались измѣренія температуры при операціяхъ на отопляемомъ операционномъ столѣ. Результаты, опубликованные *Stoll* въ его диссертациі (Гена), слѣдующіе: сперва начинается легкое паденіе температуры въ среднемъ на $0,6^{\circ}$; лишь спустя полчаса паденіе температуры прекращается; около 45 минутъ послѣ начала операціи температура снова начинаетъ повышаться и можетъ даже нѣсколько превысить ту, которая была до операціи. Еще отчетливѣе выступаютъ результаты въ экспериментахъ, которые *Krönig* и *Stoll* дѣлали на кроликахъ, ибо послѣдніе не такъ удерживаютъ собственную температуру, какъ человѣкъ. Температура падаетъ при вскрытой брюшной полости подѣ наркозомъ при комнатной температурѣ довольно круто, такъ что, напримѣръ, въ 46 минутъ послѣ вскрытія брюшной полости наблюдается паденіе температуры въ 3° Ц. На отопляемомъ операционномъ столѣ удается температуру кролика при вскрытой брюшной полости поддерживать часами на одинаковой высотѣ.

При обеззараживаніи больной также должно быть избѣгаемо всякое сильное охлажденіе. Поэтому очистительную ванну не назначаютъ предѣ самой операціей, а *наканунъ*; рекомендуется также, какъ мы уже упоминали выше, предпринимать дезинфекцію операционнаго поля не подѣ наркозомъ; а днемъ раньше и до операціи прикрыть все поле асептическѣ сухой повязкой. Тогда остается только предѣ операціей еще наскоро вымыть кожу.

Во избѣжаніе охлажденія кишечекъ, важно обращать вниманіе на длину брюшнаго разрѣза. Чѣмъ меньше разрѣзъ, тѣмъ меньше охлажденіе. Выборъ мѣста разрѣза также не безразличенъ. Чѣмъ прямѣе мы черезъ выбранный разрѣзъ попадаемъ на операционную область, тѣмъ меньше подвергаются охлажденію сосѣдніе участки кишечекъ. Мы увидимъ, что этотъ моментъ также рѣшаетъ выборъ поперечнаго разрѣза при гинекологическихъ лапаротоміяхъ предпочтительно предѣ продольнымъ разрѣзомъ по сагиттальной линіи.

Далѣе, такъ какъ мы знаемъ, что частота пневмоній до извѣстной степени зависима отъ *положенія* разрѣза, а именно она нарастаетъ, чѣмъ ближе разрѣзъ къ надчревной области, то, поскольку техника позволяетъ, мы будемъ стремиться вести разрѣзъ близко къ

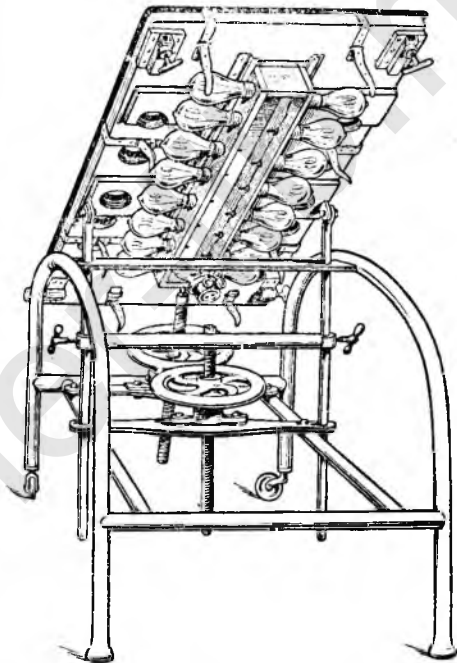


Рис. 33. Отапливаемый операционный столъ.

симфизи. Умѣстно-ли, во избѣжаніе охлажденія, постоянно орошать обнаженныя кишки физиологическомъ растворомъ соли температуры тѣла, мы считаемъ нерѣшеннымъ, такъ какъ здѣсь можетъ вредить холодъ отъ испаренія, если извѣстныя части при орошеніи на-время будутъ забыты. Разумѣется, надо по возможности воздерживаться отъ выниманія кишекъ наружу.

Предупрежденіе смерти отъ кровотеченія.

Тяжелыя кровопотери переносятся въ общемъ женщинами лучше, нежели мужчинами. Возмѣщеніе потерянной крови происходитъ сперва посредствомъ всасыванія жидкости изъ тканей, затѣмъ посредствомъ образованія специфическихъ составныхъ частей крови. Для предотвращенія опасности истечь кровью рекомендуется большею частью какъ верховное средство подкожное или внутривенное вливаніе $1\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ литровъ 0,9% воднаго физиологическаго раствора поваренной соли: при подкожномъ введеніи избирается бедро или боковыя части груди; въ случаяхъ самой острой анэміи отъ кровотеченія предпочитаютъ большею частью интравенозное вливаніе въ поверхностную ручную вену. Обезпложенный растворъ нагревается для вливанія на 40°C .

Дѣйствіе вливанія объясняется въ общемъ по теоріи *Goltz*'а, а именно, что смерть отъ кровотеченія обуславливается не уменьшеніемъ специфическихъ составныхъ частей крови съ послѣдующимъ задушеніемъ вслѣдствіе недостаточнаго поглощенія кислорода, но механическими расстройствами, такъ какъ сосудистая система слишкомъ велика для уменьшеннаго содержимаго и не можетъ приспособиться къ нему. Сердце работаетъ тогда, какъ пустой насосъ, оно сокращается, но не вгоняетъ крови въ аорту.

Этотъ чисто механическій моментъ какъ причина смерти при тяжелыхъ кровотеченияхъ оспаривается *Maydl*'емъ и *Schramm*'омъ на основаніи экспериментовъ съ животными; въ противоположность экспериментамъ *Kronacker*'а, они не могли спасти сильно обезкровленное животное послѣдующимъ солевымъ вливаніемъ, но эти животныя погибли отъ такого же количества потерянной крови, какъ и контрольныя животныя. Далѣе, въ согласіи съ *Maydl*, *Schramm* и *Feis*'омъ, *Küttner* констатировалъ, что хотя при не-смертельныхъ кровопотеряхъ, не превышающихъ 3% вѣса тѣла, 0,9% растворъ поваренной соли хорошо возмѣщаетъ потерянную кровь, то что при смертельной геморрагіи въ 3% и выше это вливаніе не спасаетъ жизни, а только оживляетъ на нѣкоторое время.

Сложно составленные, сходные съ кровяной сывороткой солевые растворы тоже не оказались болѣе дѣйствительными. Ни *Bürger*'овскій, ни *Locke*'вскій изотоническій растворъ изъ:

Chlorcalcium 0,02	Natron bicarbonicum 0,02	Chlornatrium 0,9
Chlorkalium 0,02		Dextrosa 0,1

на 100 воды ничего не измѣнили въ этомъ результатѣ опытовъ.

Отъ предложеннаго *Tavel*'емъ прибавленія $2,5\frac{0}{100}$ *natr. carbonic.* къ $7,5\frac{0}{100}$ раствору поваренной соли мы предостерегаемъ, на основаніи наблюденій въ Тюбингенской клиникѣ, гдѣ въ 6 случаяхъ послѣ подкожнаго вливанія *Tavel*'евскаго раствора появилась обширная гангрена. *Baisch* доказалъ экспериментально вредное дѣйствіе *Tavel*'евскаго раствора, который можетъ быть названъ клеточнымъ ядомъ. *Küttner* подтвердилъ эти результаты изслѣдованій *Baisch*'а.

Какъ недостатокъ солевого вливанія *Ott* нашель, далѣе, что у животныхъ, у которыхъ вслѣдствіе кровотечения было сдѣлано таковое, искусственная гидрэмія не исчезала еще спустя недѣли.

Прямо противопоказаннымъ мы считаемъ вливаніе солевого раствора, пока остановка кровотечения не абсолютная; напр., неправильно, какъ предлагаетъ *Wyder*, дѣлать подкожное вливаніе поваренной соли до операціи при внѣматочной беременности съ внутреннимъ кровотеченіемъ, ибо здѣсь изъ сосуда, который до того уже еле опорожнялъ кровь, съ повышеніемъ давленія отъ выпрыснутого физиологическаго раствора можетъ снова выступить кровь и быть потерянной для организма.

Но и тогда, когда кровотеченіе остановилось, мы не могли вполне убѣдиться въ несомнѣнно благоприятномъ дѣйствіи солевого вливанія. Правда, кровяное давленіе обыкновенно очень скоро повышается, и пульсъ на нѣкоторое время становится крѣпче, но у сильно обезкровленныхъ большею частью очень скоро послѣ вливанія обнаруживается усиленная одышка и угрожающей отекъ легкиx. Наши наблюденія при кровотеченияхъ послѣ акушерскихъ и гинекологическихъ операцій приводятъ насъ, согласно новѣйшимъ экспериментамъ на животныхъ, все болѣе и болѣе къ убѣжденію, что при извѣстной величинѣ кровопотери смерть наступаетъ все равно, выпрыскиваютъ-ли поваренную соль или нѣтъ; у обезкровленныхъ до послѣдней степени не помогаетъ и внутривенное вливаніе, а скорѣе приближаетъ конецъ.

Въ убѣжденіи, что смерть отъ кровопотери обусловливается незамѣнимымъ недостаткомъ носителей кислорода въ крови, *Küttner* пытался сохранить жизнь животнымъ посредствомъ немедленнаго и продолжительнаго подвоза чистаго кислорода, и ему удавалось такимъ образомъ извлечь крови у животныхъ до 3,5% вѣса тѣла, а они оставались въ живыхъ, чѣмъ повидимому доказывается, что смерть отъ кровопотери есть смерть отъ задушенія.

На основаніи этихъ опытовъ *Küttner* рекомендовалъ примѣняемый для подкожнаго вливанія у истекающихъ кровью солевой растворъ насыщать кислородомъ, для чего онъ предложилъ слѣдующій приборъ (рис. 34).

Аппаратъ имѣетъ форму ирригатора и состоитъ изъ цилиндра вмѣстимостью въ одинъ литръ изъ Іенскаго стекла *a*, который сверху и снизу закрывается никелированнымъ металлическимъ кружкомъ. Крышка и дно *b* и *c* скрѣпляются среднимъ стержнемъ *d* помощью винта съ ушками *e*. Покровная пластинка имѣетъ широко закрываемое воронкообразное отверстіе *f*, ушко для подвѣшиванія прибора *g* и кранъ *h* съ суживающимся концомъ для надѣванія трубки. На нижней пластинкѣ находится плотно впущенный термометръ *i* и вытечной кранъ *k* такого же устройства, какъ верхній кранъ.

Аппаратъ можетъ примѣняться какъ для обыкновенныхъ подкожныхъ и внутривенныхъ вливаній поваренной соли, такъ и для приготовления насыщенныхъ кислородомъ жидкостей.



Рис. 34. Аппаратъ для вливанія жидкости, содержащей кислородъ.

Для *солевыхъ вливанийъ* аппаратъ обезпложивается вмѣстѣ съ резиновой трубкой, несущей инфузионную иглу; въ спѣшныхъ случаяхъ ирригаторъ можетъ быть прямо положенъ въ кипятокъ; сдѣланный изъ Іенскаго стекла, онъ не лопається. Послѣ этого растворъ поваренной соли, температуры тѣла, вливаютъ черезъ воронку при открытыхъ верхнихъ кранахъ и, надѣвъ стерильную трубку на нижній край, производятъ вливаніе обычнымъ образомъ подъ кожу или въ вену, причемъ одинъ или оба верхнихъ крана должны быть открыты. За находящееся у воронки ушко можно привѣсить аппаратъ на любой высотѣ. Уровень жидкости и температура ея ясно видны.

Для чистки аппарата достаточно нѣсколько разъ налить жидкость черезъ воронку и крѣпко взбалтывать. Ослабивъ находящійся возлѣ нижняго крана винтъ, можно совершенно разобрать приборъ. Если при взбалтываніи разрывается ртуть въ термометръ, то можно большею частью исправить это, не вынимая термометра, посредствомъ встряхиванія всего аппарата.

Для *приготовленія жидкостей, насыщенныхъ кислородомъ*, ирригаторъ обезпложивается вмѣстѣ съ двумя резиновыми трубками, изъ коихъ одна носитъ иглу для вливанія. Затѣмъ наливаютъ черезъ воронку при открытыхъ верхнихъ кранахъ жидкость для инфузи, пока весь воздухъ не будетъ вытѣсненъ изъ аппарата, послѣ чего воронку закрываютъ. Теперь соединяютъ открытый верхній край посредствомъ той стерильной трубки, которая не снабжена иглой, съ кислородной бомбой; въ наконечникъ послѣдней можно для фильтраціи газа ввести стерильную ватную пробку. Послѣ открытія нижняго крана впускаютъ совсѣмъ медленно изъ бомбы кислородъ, пока не вытечетъ 100 куб. см. жидкости, закрываютъ краны, удаляютъ трубку и крѣпко взбалтываютъ, особенно по направленію длинны ирригатора. Взбалтываніе, которое прочно изготовленный аппаратъ переноситъ, необходимо, ибо при простомъ проведеніи газа совсѣмъ не происходитъ насыщеніе солевого раствора или только спустя долгое время. Напротивъ, при сильномъ взбалтываніи жидкость большею частью насыщается уже спустя немногимъ болѣе минуты, однако рекомендуется для вѣрности взбалтывать 2—3 минуты.

Мы бы очень рекомендовали послѣ операцій, сопровождающихся большими кровопотерями, давать продолжительное время для вдыханія кислорода; особенно тогда, когда наступаетъ одышка отъ анеміи, которая настолько интенсивна, что обезкровленныхъ больныхъ еле можно удержать въ кровати, вдыханія кислорода хорошо дѣйствуютъ. Больные становятся спокойнѣе, и такимъ образомъ создается существенный моментъ для предотвращенія смерти отъ кровопотери. Техника чрезвычайно проста; имѣющіеся въ продажѣ приборы ¹⁾ даютъ возможность изъ бомбъ со сгущеннымъ кислородомъ подмѣшивать газъ ко вдыхаемому больной воздуху.

Мы охотно впрыскиваемъ еще небольшую дозу морфія, чтобы сдѣлать дыхательный центръ нѣсколько болѣе нечувствительнымъ, мы считаемъ это болѣе правильнымъ, нежели впрыскиваніе возбуждающихъ, камфоры, эфира и т. д.

Переливаніе крови допустимо во всякомъ случаѣ только отъ челоука къ челоуку, но и въ этомъ видѣ примѣнимо лишь въ весьма исключительныхъ случаяхъ. Вопросъ о трансфузіи крови животныхъ чужихъ классовъ давно рѣшенъ въ отрицательномъ смыслѣ.

Помощью самопереливанія (*autotransfusio*) мы стремимся, путемъ возможнаго выключенія периферическаго кровообращенія въ конечностяхъ, остатокъ крови направить къ жизненно важнымъ органамъ, мозгу, сердцу, легкимъ и тѣмъ повысить кровяное давленіе. Это производится либо посредствомъ высокаго поднятія конечностей при одновременномъ низкомъ положеніи головы, либо посредствомъ обертыванія конечностей полотенцами и бинтами. Болѣе крѣпкое бинтованіе ногъ резиновыми бинтами въ общемъ болѣзненно и потому

¹⁾ Всяма портативный аппаратъ доставляетъ фирма *Dräger-Werke* въ Любекѣ.

неумѣстно, мы довольствуемся обертываніемъ вязаными бинтами. Низкое положеніе верхней части туловища очень плохо переносится больными, такъ какъ вслѣдствіе приподнятія діафрагмы одышка обыкновенно очень усиливается. Поэтому въ общемъ и отъ этого средства нельзя многого ожидать.

Когда больныя послѣ вдыханія и вливанія кислорода и вприскиванія маленькихъ дозъ морфія освободились отъ ощущенія одышки, то не надо слишкомъ спѣшить съ введеніемъ жидкостей *per os*. Лишь тогда, когда больныя жалуются на сильную жажду, даютъ имъ умѣренные количества чая. Мы потому предостерегаемъ отъ излишества, что при имѣющей уже и безъ того тошнотѣ легко наступаетъ рвота съ послѣдующей сердечной слабостью. Подспорьемъ можетъ служить введеніе небольшихъ количествъ жидкости *per clusum*, когда больная уже настолько подкрѣпилась, что сфинктеръ снова функционируетъ.

Предупрежденіе послѣоперационныхъ желудочныхъ кровотеченій.

Послѣ брюшныхъ операций иногда наблюдаются въ первые дни выздоровленія желудочныя кровотеченія, которыя могутъ быть настолько сильны, что угрожаютъ жизни пациентки. Эти желудочныя кровотеченія рѣдко встрѣчаются при чисто гинекологическихъ операціяхъ, а большею частью лишь тогда, когда съ ними сопряжены операціи на кишкахъ или значительныя отѣченія сальника вблизи желудка. *Friedrich* и *Hoffmann* своими экспериментами на животныхъ сдѣлали вѣроятнымъ, что нѣкоторыя желудочныя кровотеченія объясняются такимъ образомъ, что послѣ лигатуры сальника образуются тромбы и что вслѣдствіе занесенія тромбовъ возникаютъ эмболіи въ области развѣтвленія желудочныхъ сосудовъ. Правда, *Friedrich* могъ вызвать это образованіе тромбовъ только у извѣстныхъ видовъ животныхъ, онъ нашелъ при своихъ экспериментахъ замѣчательныя различія въ зависимости отъ величины животнаго; напр., въ противоположность морскимъ свинкамъ, кролики обнаруживали очень рѣдко подобныя эмболіи. Клиническія данныя у человѣка тоже дѣлаютъ вѣроятнымъ, что тяжелая кровавая рвота находится въ причинной связи съ лигатурами сальника; подобныя наблюденія сообщили *Friedrich*, *Dehler*, *Eiselsberg*, *Lauenstein* и т. д.

Можетъ быть, часть желудочныхъ кровотеченій, какъ утверждаютъ, объясняется дѣйствіемъ хлороформа, такъ какъ почти всѣ желудочныя кровотеченія наблюдались послѣ хлороформнаго наркоза, такъ какъ хлороформъ оказываетъ специфически вредное вліяніе на красныя кровяныя тѣльца. Правда, эксперименты *Friedrich'a* и *Hoffmann'a* на животныхъ не говорятъ за это, такъ какъ эмболіи послѣ перевязки сальника наступали независимо отъ того, наркотизировали-ли животныхъ или нѣтъ.

Для нашего оперативнаго образа дѣйствія вытекаетъ изъ клиническихъ и экспериментальныхъ наблюденій одно, что мы не должны при гинекологическихъ операціяхъ безъ нужды резецировать значительные куски сросшагося сальника, а должны лучше затратить время на отдѣленіе сросшеній.

Профилактическія мѣры, принимаемыя во время операціи для предупрежденія послѣоперационныхъ грыжъ.

Для крѣпости рубца, въ частности брюшного рубца, имѣетъ значеніе направленіе разрѣза, техническое выполненіе операціи, способъ наложенія швовъ, наконецъ матеріаль для швовъ и мѣстное предрасположеніе къ образованію грыжи.

Въ выборѣ направленія разрѣза при гинекологическихкихъ операціяхъ мы не можемъ, разумѣется, руководствоваться однимъ только соображеніемъ о предупрежденіи грыжи, но должны также каждый разъ считаться съ тѣмъ, насколько разрѣзъ сдѣлаетъ доступнымъ и удобообозрѣваемымъ операционное поле.

Разрѣзъ по бѣлой линіи и теперь еще чаще всего примѣняется для вскрытія брюшной полости; срединному разрѣзу отдаютъ предпочтеніе потому, что здѣсь мы можемъ проникнуть въ брюшную полость безъ поврежденія нервовъ и крупныхъ сосудовъ ткани; кромѣ того онъ даетъ превосходно обзорѣ органы малаго таза. Такъ какъ относительно вскрытія брюшной полости по бѣлой линіи уже имѣется въ нашемъ распоряженіи огромный матеріаль, то можно тутъ же подвергнуть разсмотрѣнію вопросъ о вліяніи, которое ходъ заживленія раны, методъ зашиванія, швейный матеріаль оказываютъ на крѣпость рубца.

Вскрытіе брюшной полости по бѣлой линіи происходитъ такимъ образомъ, что сагиттальнымъ разрѣзомъ сперва разсѣкаютъ кожу. Брызгающіе сосуды въ подкожной и жировой клѣтчаткѣ захватываютъ зажимами и перевязываютъ, мелкіе сосуды закрываютъ посредствомъ закручиванія или временного зажатія маленькими *Zweifel*евскими зажимами. Большею частью удается проникнуть до брюшной полости, не перевязывая и даже не захватывая зажимомъ ни единого сосуда. Въ направленіи разрѣза кожи разсѣкаютъ фасцію и попадаютъ между обоими влагалищами прямой мышцы, не вскрывая ихъ, на *fascia transversa*. Предбрюшинный жиръ иногда сильно развитъ. Операторъ и ассистентъ приподымаютъ высоко анатомическими пинцетами складку брюшины и разрѣзаютъ между ними. Брюшину почти всегда легко узнать; лишь иногда возникаютъ затрудненія при вскрытіи полости брюшины, если *peritoneum parietale* тѣсно сросся съ салъникомъ, кишками или опухолью. Тогда мы хорошо сдѣлаемъ, удлинивъ разрѣзъ кверху, пока не попадемъ въ свободную брюшную полость.

Если операція требуетъ продолженія разрѣза выше пупка, то большинство операторовъ ведутъ разрѣзъ слѣва отъ пупка; иные совѣтуютъ совершенно вырѣзать пупокъ въ виду того, что его трудно дезинфицировать; это представляетъ еще ту выгоду, что брюшная стѣнка и здѣсь можетъ быть зашита въ 3 яруса; не надо только забывать, что отъ эксцизиі пупка нѣсколько страдаетъ косметическій результатъ.

Если послѣ вскрытія брюшной полости разрѣзъ ведется до симфиза, то слѣдуетъ подумать о возможности раненія пузыря. Чтобы оградить себя отъ этого, необходимо предъ всякой операціей еще разъ опорожнить пузырь помощью катетера; обыкновенно тогда отчетливо видна при вскрываніи брюшной полости верхушка пузыря

и складка пузырной брюшины въ мѣстѣ ея перехода на переднюю брюшную стѣнку.

Многіе по возможности избѣгаютъ удлиненія разрѣза до лоннаго соединенія. *Fritsch*, напр., полагаетъ, что вслѣдствіе вскрытія предпузырной ткани получается здѣсь рана, не подходящая для первичнаго заживленія, и что на этомъ мѣстѣ отъ давленія прилегающихъ



Рис. 35. Закрытие брюшной раны глубокими швами и непрерывнымъ брюшиннымъ швомъ.

кишекъ легко образуются небольшія щели въ фасціи. При операціяхъ въ положеніи съ приподнятымъ тазомъ можно, пожалуй, всегда избѣжать продолженія разрѣза до симфиза; напротивъ, при оперированіи на столѣ *Horn'a* удлиненіе разрѣза до лоннаго сочлененія имѣетъ большое значеніе для облегченія техники операціи. *Zweifel*, который въ очень многихъ случаяхъ удлиняетъ разрѣзъ по сере-

динной линии до симфиза, наблюдалъ не больше грыжъ, чѣмъ другіе операторы, но и у него встрѣчаются фасціальныя щели именно въ нижней трети брюшного рубца.

Когда брюшина разрѣзана, то, нѣкоторые операторы захватываютъ легко смѣщающійся край *peritoneum parietale* изогнутыми зажимами и отворачиваютъ его черезъ брюшную рану наружу; многіе заши-

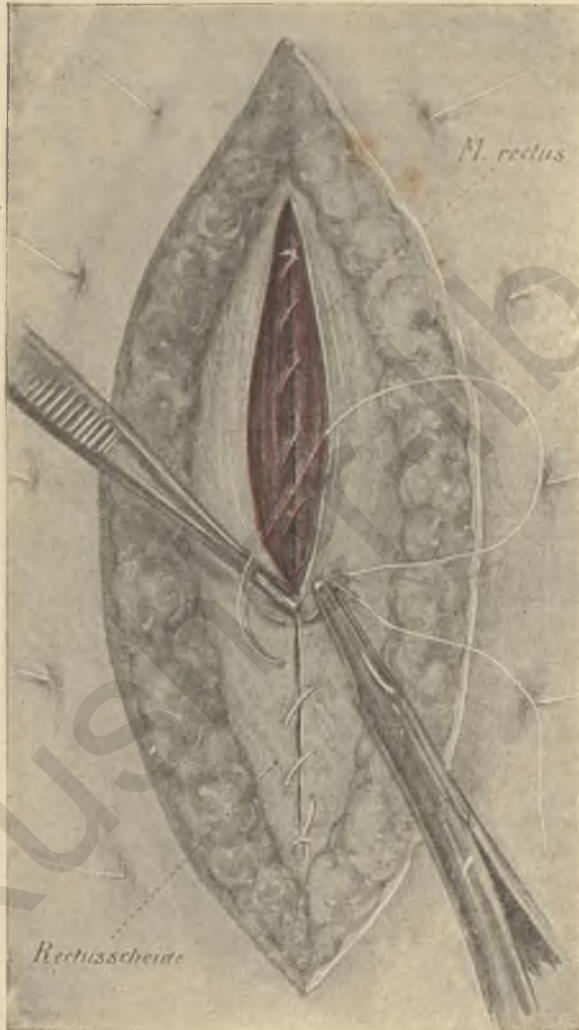


Рис. 36. Закрытіе брюшной раны изолированнымъ мышечнымъ и фасціальнымъ швомъ.

ваютъ непрерывнымъ швомъ пристѣночную брюшину съ кожнымъ краемъ разрѣза. Въ общемъ всѣ эти мѣры могутъ быть выпущены, какъ замедляющія и задерживающія операцію. Обшиваніе кожного края пристѣночной брюшиной представляетъ только тогда выгоду, когда опасаются, что при операціи отъ вскрытія внутрибрюшинно

лежащей гнойной полости могло бы произойти зараженіе брюшной раны. Это находитъ себѣ обоснованіе въ наблюдении, что при выступленіи гноя брюшина часто остается свободной отъ раздраженія, между тѣмъ какъ брюшная рана инфицируется и требуетъ продолжительнаго времени для заживленія. Для защиты брюшной стѣнки можно еще въ этихъ случаяхъ окаймить всю брюшную рану непроемаемой матеріей, напр. Mosetig-батистомъ.

Большинство операторовъ справедливо стараются проводить операціи съ возможно меньшимъ разрѣзомъ брюшной стѣнки, ибо, какъ мы уже упоминали, при этомъ опасность охлажденія и реакція организма меньше и, судя по даннымъ *v. Rosthorn'a*, *Jacobs'a* и др., брюшныя грыжи рѣже.

При овариотоміяхъ *Pfannenstiel* совѣтуетъ дѣлать разрѣзъ живота такой величины, чтобы опухоль могла быть извлечена въ неуменьшенномъ видѣ, ибо онъ боится прививныхъ метастазовъ отъ прикосновенія содержимаго кисты съ брюшной раной; *Schauta* тоже лишь тогда уменьшаетъ опухоль, если ея непомѣрная величина дѣлаетъ это безусловно необходимымъ. *Werth* и мы также не раздѣляемъ опасеній *Pfannenstiel'*я, тѣмъ болѣе, что при нѣкоторой осторожности удастся большею частью при вскрытіи кисты троакарномъ съ увѣренностью защитить прикрытую брюшную рану отъ прикосновенія съ опухолевыми частичками¹⁾. *Werth* уменьшаетъ также міомы посредствомъ кускованія (*morcellement*), дабы извлечь ихъ черезъ возможно меньшій разрѣзъ.

Для длительной крѣпости брюшного рубца признается въ настоящее время какъ непремѣнное условіе анатомически правильное соединеніе отдѣльныхъ разъединенныхъ тканевыхъ частей, а также надежное устраненіе инфекціи раны.

Признаніе этихъ принциповъ имѣло послѣдствіемъ то, что въ настоящее время принятый прежде *массовый шовъ замѣненъ* вездѣ *постояннымъ* зашиваніемъ брюшной раны. Превосходство этажного шва убѣдительно доказано статистическими изслѣдованіями *Winter'a* и *Abel'a*. Мнѣнія расходятся только относительно того, въ сколько отдѣльныхъ ярусовъ надо шить погружными швами при разрѣзѣ по бѣлой линіи. *Werth* шьетъ въ 5—6 этажей; онъ соединяетъ отдѣльно брюшину, заднее мышечное влагалище (*fascia transversalis*), мышечный слой, переднее мышечное влагалище, *subcutis* и кожу; *subcutis* и кожа соединяются однимъ швомъ только при слабо развитомъ жировомъ слоѣ. *Werth* соединяетъ при этомъ брюшину, переднее мускульное влагалище и кожу обыкновенно непрерывнымъ швомъ, напротивъ, мышечную и подкожную ткань, если послѣдняя особо зашивается, кѣгутковыми швами, накладываемыми съ большими промежутками. Результаты *Werth'a* можно назвать блестящими: на 93 лапаротоміи онъ наблюдалъ 3 грыжи = 3,90%, причемъ еще въ пользу метода зашиванія надо упомянуть, что въ нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ грыжа объясняется туберкулезной фистулой брюшныхъ покрововъ, развившейся влѣдъ за вскрытіемъ брюшной полости при бугорчаткѣ брюшины. Его статистика, впрочемъ, какъ *Werth* самъ признаетъ, не вполне доказательна, такъ какъ онъ сравнительно малый процентъ своихъ больныхъ подвергъ пробѣрочному изслѣдованію.

¹⁾ См. также главу объ овариотоміи.

Имѣетъ-ли значеніе для стойкости брюшного рубца наложеніе швовъ на мышцу и подкожную клѣтчатку, это не можетъ быть до сихъ поръ установлено съ увѣренностью и многими подвергается сомнѣнію. Мы шьемъ въ общемъ въ три этажа: брюшину, фасцію и кожу непрерывно, а если влагалище *m. gesi* съ обѣихъ сторонъ вскрыто, то соединяемъ еще, какъ четвертый слой, оба мышечныхъ брюшка нѣсколькими непрерывными кѣгутowymi швами (см. рис. 35 и 36).

Шовъ брюшины не имѣетъ, разумѣется, значенія для крѣпости брюшного рубца; онъ только мѣшаетъ расхожденію краевъ брюшной раны, отчего могли бы наступить нежелательныя сращенія внутренностей съ передней брюшной стѣнкой; кромѣ того изолированный и дающій быстрое слипаніе перитонеальный шовъ ограждаетъ брюшную полость отъ вторичной инфекции, если шовъ какого-нибудь слоя нагноился.

Самое важное значеніе для стойкости рубца принадлежитъ, по изслѣдованіямъ *Winter'a*, *Abel'a*, *W. Gill Wylie*, фасціальному шву. *Abel* собралъ весь литературный матеріалъ, изъ коего явствуетъ необходимость отдѣльнаго тщательнаго зашиванія фасціи. При его многочисленныхъ контрольныхъ изслѣдованіяхъ Лейпцигскаго матеріала онъ показалъ, что если фасціальный шовъ технически неаккуратно выполненъ, напр., если у тучныхъ особъ жировой комочекъ ущемился между краями фасціи, тогда обыкновенно можно было констатировать на этомъ мѣстѣ расхожденіе, грыжу рубца.

Къ послыннымъ швамъ многіе операторы присоединяютъ еще особые швы, которые либо проникаютъ черезъ всю брюшную стѣнку, либо оставляютъ только брюшину свободной. Эти *проникающіе швы*, уменьшающіе напряженіе краевъ раны (*Entspannungsnähte*), особенно горячо рекомендуютъ *Zweifel'em* и *Schaulta*. Послѣдній считаетъ ихъ особенно пригодными для иммобилизаціи краевъ раны; *Zweifel*, напротивъ, придаетъ больше значенія надежному кровоостанавливанію вслѣдствіе взаимнаго прижатія различныхъ слоевъ этими поддерживающими швами. Надо также имѣть въ виду, что при исключительномъ примѣненіи кѣгута для яруснаго шва проникающіе швы, если они накладываются, какъ обыкновенно, невсасываемымъ матеріаломъ, надежнѣе предупреждаютъ расхожденіе брюшной раны. Если въ періодъ поправленія обнаруживается разстройство въ заживленіи раны вслѣдствіе нагноенія этажнаго шва, или если послѣдній подвергается слишкомъ большому испытанію вслѣдствіе послѣоперационной пневмоніи, тогда проникающіе швы даютъ хорошую поддержку. Для проникающихъ швовъ примѣняютъ охотно, кромѣ шелка, сильквормгутъ. Проникающіе швы должны быть возможно меньше стянуты, въ противномъ случаѣ они легко прорѣзываютъ именно фасціальный слой, и на этомъ мѣстѣ образуются небольшія щели въ фасціи.

Мы упоминали уже, что обыкновенно отдѣльные слои соединяются непрерывнымъ или узловатымъ швомъ. *Zweifel* отдаетъ предпочтеніе особому методу зашиванія, которому онъ приписываетъ большую быстроту въ соединеніи съ крѣпостью, и принципиально его примѣняетъ.

Этотъ новый методъ наложенія швовъ обозначается какъ «двухниточный шовъ (*Zweifadennaht*)», потому что суть его въ томъ, что работаютъ двумя концами нитки, а не однимъ только, какъ, напр., при непрерывномъ швѣ;

тѣмъ не менѣе онъ также выполнимъ одной ниткой соответственной длины, если такъ устроить, чтобы первый узелъ пришелся по серединѣ длинной нитки, и тогда дальше работать двумя концами. Концы длинной нитки вдѣваются, одинъ въ нѣсколько изогнутую черенковую иглу, которая имѣетъ ушко въ остріѣ, со стороны вогнутой кривизны иглы, другой конецъ защемляется въ шило или тупую шпиковальную иглу.

Если въ первой публикаціи еще брались 2 нитки, то лишь для того, чтобы накладывать на отрѣзанные концы иглодержатель для автоматическаго натяженія нижняго угла раны (см. рис. 37); натяженіе можетъ быть достигнуто также инымъ путемъ или при довольно легкомъ натягиваніи совершенно излишне.

Назовемъ оба конца нитки для облегченія описанія шильнымъ и игольнымъ концомъ; сперва прокалываютъ иглу съ вдѣтой съ вогнутой стороны

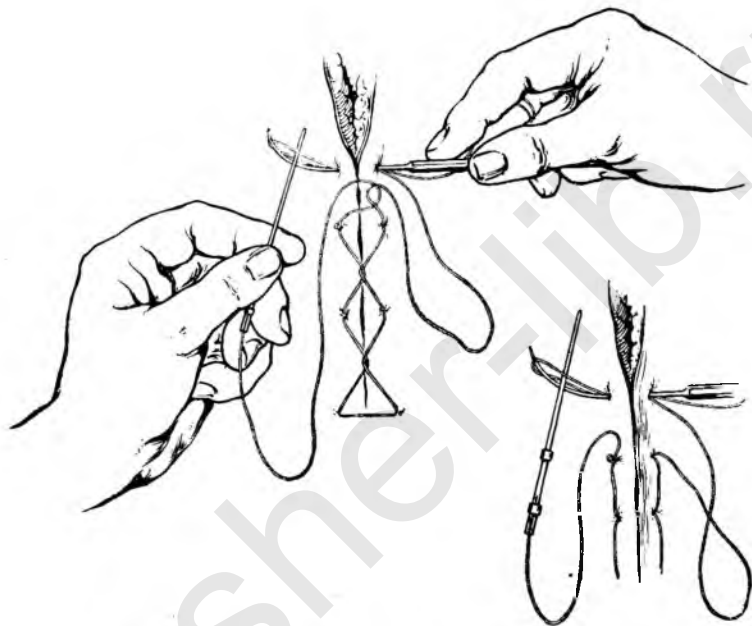


Рис. 37. Двухниточный шовъ по Zweifel'ю.

ниткой черезъ оба края раны сразу, которые должны быть для этого оттягиваемы ассистентомъ. На вогнутой сторонѣ иглы образуется петля, которая выступаетъ, какъ струны смычка. Черезъ эту петлю пропускаютъ шило съ его ниткой и теперь вытягиваютъ иглу изъ раны и обѣ нитки слабо натягиваютъ. Этимъ завязывается первый узелъ, и надо только слѣдить, чтобы онъ пришелся приблизительно по серединѣ всей нитки.

Теперь шьютъ дальше обими концами; игла снова проводится черезъ широкіе раневые края, при натягиваніи наружнаго конца нитки, и если теперь снова пропустить шило черезъ петлю и натянуть оба инструмента, то края раны своими плоскостями ложатся одинъ на другой. Это какъ-разъ выгодно для соединенія листковъ брюшины, и мы всегда такъ дѣлаемъ.

Если хотятъ линейно соединить болѣе толстыя образованія, напр. наружную кожу, то надо, кромѣ описаннаго выше протягиванія черезъ петлю, еще обвести разъ шило вокругъ игольнаго конца нитки, и тогда при легкомъ натягиваніи получается крайне точное соединеніе краевъ кожи.

Чтобы сдѣлать рубецъ по возможности линейнымъ, можно также выполнить кожный шовъ по методу *Roggi* подкожно, причемъ отверстія вкола и выкола лежатъ въ *subcutis*. Катгутъ для этого менѣе подходитъ, такъ какъ и самые тонкіе номера недостаточно нѣжны:

здѣсь рекомендуется шить непрерывно тончайшимъ шелкомъ такимъ образомъ, чтобы конецъ и начало нитки не завязывались узломъ; вся нитка можетъ быть легко удалена потягиваніемъ за одинъ конецъ на 8—10-й день послѣ операціи.

Края раны хорошо прилегаютъ и тогда, если брюшной шовъ выполняется такъ, какъ это изображено на рис. 38; способъ зашиванія понятенъ изъ рисунка безъ дальнѣйшихъ описаній.

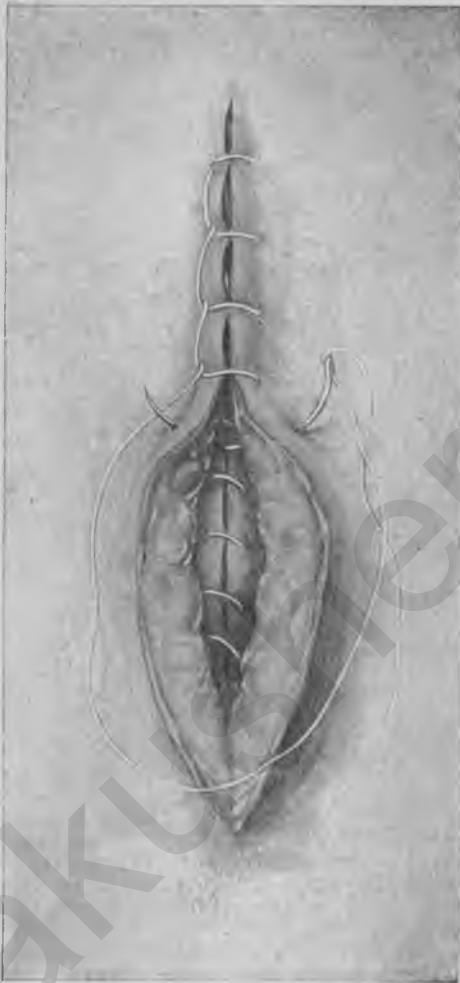


Рис. 38. Кожный шовъ.

Наконецъ, при соединеніи краевъ кожной раны можно обойтись безъ швовъ, накладывая зажимы *Michel'*я (см. рис. 39); эти зажимы представляютъ преимущество быстро выполнения и красиваго приживанія раневыхъ краевъ, но имѣютъ, по нашимъ наблюденіямъ, тотъ недостатокъ, что удаленіе ихъ, несмотря на приложенный къ аппарату крючокъ, иногда сопряжено съ болями. *Neuber* придаетъ примѣненію *Michel'*евскихъ зажимовъ особенное значеніе, такъ какъ при этомъ невозможно занесеніе зародышей съ кожи въ *subcutis*, какъ при швахъ.

Если наложены глубокіе швы изъ невсасываемаго матеріала, то, при гладкомъ теченіи раны и отсутствіи разстройствъ со стороны легкихъ, которыя заставляли бы опасаться расхожденія брюшной раны, швы снимаются на 10-й день послѣ операціи. Нѣкоторые операторы оставляютъ нитки лежать, особенно при употребленіи сильквормгута, до дня вставанія больной (16-й или 17-й день послѣ операціи).

Важное значеніе имѣетъ еще вопросъ, брать ли для погружныхъ швовъ различныхъ слоевъ ткани невсасываемый матеріалъ, напр. шелкъ, или всасываемый матеріалъ. Въ пользу шелка все еще приводится поклонниками его то обстоятельство, что онъ даетъ болѣе стойкіе рубцы, нежели кѣгутъ. Это возраженіе, однако, окончательно опровергнуто многочисленными изслѣдованіями. Тотъ взглядъ, что благодаря шелку ткани, находящіяся подъ напряженіемъ, остаются

лучше прилаженными въ реконвалесценціи, между тѣмъ какъ кэтгутъ слишкомъ скоро размягчается въ ранѣ, на опытѣ признанъ неправильнымъ. Если ткань соединена подъ напряженіемъ, или если рана нагнаивается, то шелковыя нитки прорѣзываются, и края раны также расходятся. Правильнѣе не полагаться на устойчивость шелкового шва, а стараться обойти всякое соединеніе раневыхъ поверхностей подъ напряженіемъ, выбирая другое направленіе разрѣзовъ. По наблюденіямъ *Abel*'я, при зашиваніи различныхъ слоевъ брюшной стѣнки шелкомъ фасціальныя щели и расхожденія брюшного рубца встрѣчаются не рѣже, нежели при употребленіи быстро всасываемаго кэтгута. Шелкъ имѣетъ еще тотъ недостатокъ, что нагноеніе шва легко даетъ поводъ къ образованію грыжи.

Приготовленіе кэтгута, какъ показалъ *Abel*, не безразлично для крѣпости полученнаго рубца. И здѣсь могутъ быть положены въ основу его провѣрочныя изслѣдованія случаевъ, которые были оперированы въ Лейпцигской клиникѣ въ 1889—1894 гг. Всѣ случаи



Рис. 39. Наложеніе зажимовъ *Michel*'я.

наблюдались по меньшей мѣрѣ 2 года послѣ операціи. Смотря по приготовленію швейнаго матеріала *Abel* нашелъ извѣстныя колебанія въ крѣпости рубца: при хромовокисломъ кэтгутѣ встрѣтились на 85 случаевъ 7 грыжъ = 8,3%, при сулемово-спиртномъ кэтгутѣ на 30 случаевъ 3 грыжи = 10%, при кумоловомъ кэтгутѣ на 50 случаевъ 3 грыжи = 6%. Такъ какъ мы раньше рекомендовали кумоловый кэтгутъ для примѣненія, то приводимъ еще величину наблюдавшихся здѣсь фасціальныхъ щелей: среди 3 грыжъ въ двухъ случаяхъ грыжевое отверстіе не было еще проходимо для одного пальца; въ третьемъ случаѣ было нѣсколько грыжевыхъ отверстій, изъ коихъ самое большое было проходимо для одного пальца.

Даже на тотъ случай, если послѣ соединенія наступаетъ инфекція раны и нагноеніе, которое создаетъ наибольшее предрасположеніе къ грыжамъ, результатъ послѣ примѣненія кэтгута недурной. На 6 случаевъ брюшныхъ ранъ, въ которыхъ примѣнялся кумоловый кэтгутъ и наступило нагноеніе, рубцы 5 разъ остались крѣпкими, только одинъ разъ образовалась грыжа.

Быстрое всасываніе кэтгута при его примѣненія для яруснаго шва можетъ послужить, какъ мы видѣли, въ ущербъ лишь тогда.

если къ слипшимся раневымъ краямъ въ первые 10 дней послѣ операціи предъявляются слишкомъ высокія требованія. Такъ какъ кэтгутъ на 8-й день размягченъ и отчасти уже всосался, то рубецъ еще не такъ крѣпокъ, чтобы противостоятъ внезапнымъ повышеніямъ давленія, напр. частымъ кашлевымъ толчкамъ при пнеймоніи. Это для насъ одно изъ основаній, чтобы этажный шовъ изъ кэтгута подкрѣплять глубокими шелковыми швами. Нельзя не упомянуть, что примѣненіе невсасываемаго матеріала отнюдь не гарантируетъ съ увѣренностью отъ расхожденія брюшной раны; такъ, *Solowporro* наблюдалъ, что, несмотря на проволочные швы, брюшная рана лопнула и часть сальника вывалилась изъ раны. Подобнымъ же наблюдениемъ располагаемъ и мы: у одной женщины съ ракомъ яичника и сильнымъ асцитомъ было произведено чревосѣченіе; по вскрытіи живота оказалось, что ракъ уже захватилъ серозный покровъ кишекъ, такъ что пришлось довольствоваться выпусченіемъ водяночной жидкости; брюшная рана была зашита глубокими шелковыми швами и изолированными этажными швами изъ кэтгута; на 8-й день послѣ операціи шелковыя нити, вслѣдствіе напряженія краевъ раны отъ образовавшагося сывоза асцита, прорѣзались черезъ всю толщю брюшной стѣнки, и кишки очутились подъ повязкой между зияющими раневыми краями.

По сравненію съ упомянутыми до сихъ поръ факторами, какъ выборъ метода зашиванія, выборъ швейнаго матеріала, всѣ другіе факторы, которые считаются отвѣтственными за возникновеніе грыжъ рубца,—за исключеніемъ выбора направленія разрѣза—имѣютъ второстепенное значеніе, какъ напр., ношеніе брюшного бандажа, время вставанія больной послѣ операціи, состояніе брюшныхъ покрововъ (тощіе или жирные, упругіе или мягкіе), наконецъ высота требованій, которыя впослѣдствіи предъявляются къ рубцу, напр. вслѣдствіе беременности, тяжелой физической работы.

Раньше чѣмъ говорить о значеніи этихъ факторовъ, намъ кажется важнымъ точнѣе опредѣлить анатомически понятіе слова «грыжа рубца». *Abel* обращаетъ вниманіе на то, что послѣ чревосѣченій появленіе рѣзко очерченнаго грыжевого отверстія, черезъ которое брюшныя внутренности выступаютъ, какъ при природной грыжѣ, бываетъ очень рѣдко. Обыкновенно грыжа рубца состоитъ изъ истонченнаго фасціальнаго слоя, который постепенно по сторонамъ переходитъ въ нормальную фасцію; слѣдовательно, при грыжѣ рубца мы имѣемъ скорѣе дѣло съ *растяженіемъ*, нежели съ щелью фасціи. Если фасціальныи рубецъ истончается вслѣдствіе нагноенія, то истонченный и чрезмѣрно растянутый рубецъ допускаетъ выступленіе кишекъ, и такимъ образомъ переходъ въ нормальную фасцію можетъ иногда оказаться довольно рѣзко очерченнымъ.

Всѣ грыжи, которыя возникали послѣ операціи, *Abel* могъ уже констатировать при первомъ повѣрочномъ изслѣдованіи, притомъ обыкновенно раньше, чѣмъ больныя вообще подозрѣвали о своей грыжѣ. Грыжевыя отверстія, которыя не больше поперечнаго пальца, въ половинѣ числа случаевъ остаются незамѣченными женщиной, такъ какъ при этой величинѣ грыжи мало или совсѣмъ не беспокоятъ больной.

Такъ какъ грыжа рубца представляетъ въ сущности растяженіе рубца, то можно было бы склоняться къ мнѣнію, что грыжи рубца

преимущественно развиваются у лапаротомированныхъ, которыя вскорѣ послѣ операціи исполняютъ тяжелую работу, не ограждая рубца *брюшнымъ бандажемъ*. Это воззрѣніе, которое прежде раздѣлялось почти всѣми, теперь существенно измѣнилось. *Gill Wylie* первый высказалъ, что бандажи послѣ операціи приносятъ больше вреда, нежели пользы, такъ какъ они не прилаживаются какъ слѣдуетъ. *Abel* тоже доказалъ своими контрольными изслѣдованіями, что оставленіе брюшныхъ бандажей не причиняетъ ущерба крѣпости рубца.

Извѣстный *промежутокъ* долженъ быть соблюдаемъ *отъ операціи до дня вставанія*, дабы предоставить ранѣ необходимый покой для сращенія; этотъ срокъ нѣкоторые операторы отмѣриваютъ очень скупю. *A. Martin* позволяетъ часто своимъ больнымъ встать уже на 10-й день и не видѣлъ отъ этого ни малѣйшаго ущерба. *Schantz*, *v. Rosthorn* и мы также очень часто разрѣшали вставаніе уже на 12—14-й день. Другіе операторы придають особенное значеніе тому, чтобы оперированныя лежали по крайней мѣрѣ 3 недѣли въ кровати, не только въ видахъ достиженія стойкаго рубца, но и во избѣжаніе экссудатовъ (*Fritsch*) и эмболій (*v. Winkel*). На основаніи нашихъ наблюденій мы не могли приобрѣсти этого убѣжденія, и даже за нѣкоторыя формы эмболіи, какъ увидимъ ниже, мы готовы скорѣе сдѣлать отвѣтственнымъ слишкомъ долгое лежаніе въ кровати.

Martin полагаетъ, что состояніе *брюшныхъ покрововъ* до операціи, тугіе ли они или вялые, тучные или тощіе, имѣетъ значеніе для возникновенія послѣоперационнаго растяженія рубца. *Abel* доказалъ, что хотя частота грыжъ возрастаетъ съ толщиной жирового слоя передней брюшной стѣнки, но объясняется это не самой тучностью, а тѣмъ, что при очень жирныхъ брюшныхъ покровахъ нѣсколько страдаетъ техническое выполненіе фасціального шва, такъ какъ влѣдствіе ущемленія комочковъ жира края фасціи не такъ аккуратно соединяются.

Процентное отношеніе грыжъ одинаково, будутъ-ли брюшные покровы оперированной упруги или вялы, соотвѣтственно этому *число родовъ* и *возрастъ* больной не имѣютъ никакого вліянія на крѣпость рубца.

Изъ имѣющихся до сихъ поръ данныхъ мы можемъ вывести заключеніе, что самая важная профилактика брюшныхъ грыжъ состоитъ въ *prima intentio* брюшной и въ частности фасціальной раны. При нагноеніяхъ брюшной раны, идущихъ вглубь до фасціи, *Abel* наблюдалъ грыжи, при вскрытіи брюшной полости по *срединной линіи*, въ 81% случаевъ, при поверхностномъ нагноеніи — въ 45% и при сращеніи *per primam* только въ 6%. Успѣхъ рѣшается не состояніе брюшныхъ покрововъ, а техническое выполненіе шва.

Избѣганіе бѣлой линіи при вскрытіи брюшной полости.

Последнія цифры намъ показали, что при разрѣзѣ по бѣлой линіи, если наступаетъ нагноеніе, процентное отношеніе грыжъ ужасно высоко. Этотъ недостатокъ, присущій продольному разрѣзу по срединной линіи, побудилъ искать другихъ направленій разрѣза для вскрытія брюшной полости. При продольномъ разрѣзѣ по бѣлой линіи ставятъ нѣкоторымъ образомъ все на одну карту: если фасція не срастается *per primam*, то можно съ величайшей вѣроятностью ждать образованія грыжи.

Всѣ стремленія къ лучшему направленію разрѣза сводятся къ тому, чтобы придать фасціальному рубцу мышечное подкрѣпленіе, притомъ такими мышцами, нервы которыхъ не повреждены.

Gersuny и *Edelbohls* совершенно *выключили linea alba* при разрѣзѣ по срединной линіи, т. е. при одинаковомъ веденіи разрѣза вскрываются съ обѣихъ сторонъ только медіальные края влагалищъ прямой мышцы, и затѣмъ соединяются брюшина съ брюшиной, мышца съ мышцей и фасція съ фасціей.

При гинекологическихъ операціяхъ скоро обнаружился поворотъ къ тому, чтобы разрѣзъ по бѣлой линіи принципиально оставить и замѣнить его *внесрединными продольными разрѣзами* (см. рис. 40).

Пробовали вести разрѣзъ вдоль по срединѣ влагалища прямой мышцы, чтобы затѣмъ, по примѣру *Howitz'a*, *Abel'a* и др., проникать въ брюшную полость *сквозь мышечныя волокна m. recti* либо острымъ (*Fritsch*), либо тупымъ путемъ (*Winson Ramsay*). Противъ этого направленія разрѣза были скоро выставлены возраженія, особенно послѣ того, какъ *Assmy* своими экспериментами доказалъ, что при этомъ перерѣзываются нервы, снабжающіе медіальную часть прямой мышцы, и что вслѣдствіе этого наступаетъ атрофія этой части. Чѣмъ дальше вбокъ мы разъединяемъ волокна прямой мышцы, тѣмъ болышій участокъ мускула атрофируется. Внесрединные продольные разрѣзы, если они проникаютъ черезъ мышцу, попадаютъ одновременно на нервы, снабжающіе *m. rectus*, такъ какъ послѣдніе—*nn. intercostales, n. ileoinguinalis, n. ileohypogastricus*—проходятъ къ мышцѣ сверху и сбоку книзу и къ срединной линіи. Послѣ продольнаго разрѣза по боковому краю прямой мышцы по поводу операціи желчнаго пузыря *Mikulicz* еще черезъ годъ послѣ операціи могъ убѣдиться, что *m. rectus* соответственной стороны былъ весь парализованъ отъ пупка до симфиза. Въ виду этого, разумѣется, мышечное подкрѣпленіе фасціальнаго рубца становится довольно призрачнымъ.

Изъ внесрединныхъ продольныхъ разрѣзовъ заслуживаетъ предпочтенія предъ вышеописаннымъ разрѣзъ, предложенный *Leppander'омъ*; хотя онъ также проводится сбоку отъ срединной линіи и направленъ на средину *m. recti*, но онъ *не разъкаетъ* мышцы, а только вскрываетъ переднее влагалище ея; мышца тогда сильно отодвигается въ сторону, дабы черезъ заднее влагалище проникнуть въ брюшную полость.

Противъ направленія разрѣза *Leppander'a* можно выставить два возраженія: во-первыхъ, оперированіе въ противоположной сторонѣ подчревной области, напр. при веденіи разрѣза справа въ лѣвой сторонѣ малаго таза, нѣсколько затруднено, во-вторыхъ, этотъ разрѣзъ, какъ и всѣ внесрединные продольные разрѣзы, не считается съ *Langer'овскими* направленіями кожныхъ щелей. Какъ доказалъ *Langer*, края раны стоятъ подъ весьма различнымъ напряженіемъ, смотря по тому, ведется ли разрѣзъ параллельно или перпендикулярно къ направленію волоконъ *cutis*; если кожная рана не сростается первичнымъ натяженіемъ, то въ послѣднемъ случаѣ она зияетъ довольно широко, между тѣмъ какъ въ первомъ случаѣ края раны и безъ искусственныхъ скрѣпъ остаются въ прикосновеніи. Всѣ продольные разрѣзы, веденные сбоку отъ срединной линіи, и до известной степени также разрѣзъ по срединной линіи, имѣютъ склонность зиять при не первичномъ слипаніи.

Гораздо болѣе благопріятны въ этомъ отношеніи тѣ разрѣзы, которые идутъ *поперекъ* надъ симфизомъ; раневые края кожи вполне прилегаютъ здѣсь другъ къ другу даже при отсутствіи первичнаго сращения.



Рис. 40. Схема различныхъ направленій разрѣза при вскрытіи брюшной полости.

ab—направленіе разрѣза при операціи *Alexander'a*; *cd*—поперечный фасціальный разрѣзъ; *ef*—въсрединный продольный разрѣзъ; *gh*—разрѣзъ по *Bardenheuer'у*.

Поэтому въ послѣднее время мѣсто продольныхъ заняли поперечные разрѣзы; въ частности для гинекологическихъ операцій мы

Döderlein-Krönig.—Оперативная гинекологія.

имѣемъ здѣсь два метода: во-первыхъ, поперечный разрѣзь *Küstner'a* и *Rapin'a*, который только кожу разсѣкаетъ поперекъ, но наружную фасцію разрѣзаетъ вдоль по срединной линіи, и поперечный разрѣзь *Pfannenstiel'я*, который не только кожу, но и фасцію разсѣкаетъ поперекъ, дабы затѣмъ между обѣими прямыми мышцами по срединной линіи проникнуть въ брюшную полость.

Оба разрѣза представляютъ прежде всего ту выгоду, что при отсутствіи *rima intentio* края кожной раны не расходятся. Этимъ достигается многообразный *косметическій* эффектъ; рана лежитъ отчасти въ предѣлахъ волосъ *mons veneris* и потому въ послѣдствіи скрыта отъ зрѣнія. Далѣе, *косметическій* успѣхъ заключается въ томъ, что вслѣдствіе соблюденія *Langer'овскаго* направленія кожныхъ щелей не встрѣчаются, насколько можно судить по теперешнимъ даннымъ, тѣ неприятыя мозолистыя утолщенія, которыя мы совсѣмъ нерѣдко наблюдаемъ по истеченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ при веденіи разрѣза по бѣлой линіи. Неприятное расширеніе рубца, которое мы такъ часто наблюдаемъ по срединной линіи, особенно при тугихъ брюшныхъ покровахъ у нерожавшихъ женщинъ, при поперечныхъ разрѣзахъ надъ симфизомъ совершенно не бываетъ; мы получаемъ идеально линейный рубецъ.

Наконецъ надлобковый поперечный рубецъ не имѣетъ склонности къ пигментации, которая у брюнетокъ нерѣдко ведетъ къ рѣзкому обезображенію вертикальнаго рубца между пупкомъ и симфизомъ.

Въ противоположность *Küstner'овскому* разрѣзу, *Pfannenstiel* рекомендовалъ свой фасціальный поперечный разрѣзь не только изъ *косметическихъ* основаній, но и въ то же время для достиженія вѣрной гарантіи отъ послѣдующихъ грыжъ.

При техническомъ выполненіи фасціального поперечнаго разрѣза *Pfannenstiel'я* получается въ широкомъ смыслѣ мышечное подкрѣпленіе фасціальнаго рубца. Техника поперечнаго разрѣза *Pfannenstiel'я* слѣдующая:

Перечный разрѣзь въ 8—10 см. длины разсѣкаетъ кожу живота въ области *ruhes*. Разрѣзь проникаетъ черезъ кожу и подкожную клѣтчатку и разъединяетъ также поверхностную фасцію въ поперечномъ направленіи. Фасціальная пластинка отсепаровывается отъ ея подстилки, *mm. recti* и *pyramidales*, кверху и книзу, для чего только по срединной линіи приходится прибѣгать къ ножу (см. рис. 41—43). На тотъ случай, если бы длина разрѣза фасціи оказалась недостаточной, можно продолжить разрѣзь до поперечныхъ и косыхъ брюшныхъ мышцъ; это можно производить отчасти тупымъ путемъ, такъ какъ мышечныя волокна идутъ почти параллельно направленію разрѣза. По отдѣленіи фасціальной пластинки отъ мышечной, разсѣкаютъ въ продольномъ направленіи *mm. recti*, которые теперь соединены только нѣжнымъ слоемъ ткани, точно также *fascia transversa* и брюшину.

Зашиваніе поперечнаго разрѣза происходитъ, по *Pfannenstiel'ю*, въ 4 слоя. Брюшина соединяется непрерывнымъ швомъ, мышечная щель катгутowymi узловатыми швами, затѣмъ накладываются глубокіе швы черезъ кожу и фасцію при осторожномъ захватываніи прямыхъ мышцъ, во избѣжаніе мертвыхъ пространствъ; эти швы пока не завязываются; къ этому присоединяется непрерывный фасціальный и кожный шовъ, наконецъ слѣдуетъ завязываніе глу-

бокихъ швовъ. *Pfannenstiel* отказался въ послѣдствіи отъ отдѣльнаго зашиванія фасціи и соединяетъ кожу и фасцію одновременно узловатыми 8-образными швами изъ силькворма.

Дабы при заживаніи фасціи раневые края сходились соотвѣтственными пунктами, рекомендуется сперва фиксировать узловатымъ швомъ середину фасціального лоскута къ соотвѣтственному нижнему мѣсту края фасціи, а затѣмъ, начиная съ боковыхъ угловъ разрѣза, сшивать непрерывной ниткой края фасціи; на боковыхъ концахъ разрѣза апоневрозъ расщепляется на 2—3 пластинки, здѣсь захватываются иглой всѣ листки вмѣстѣ.

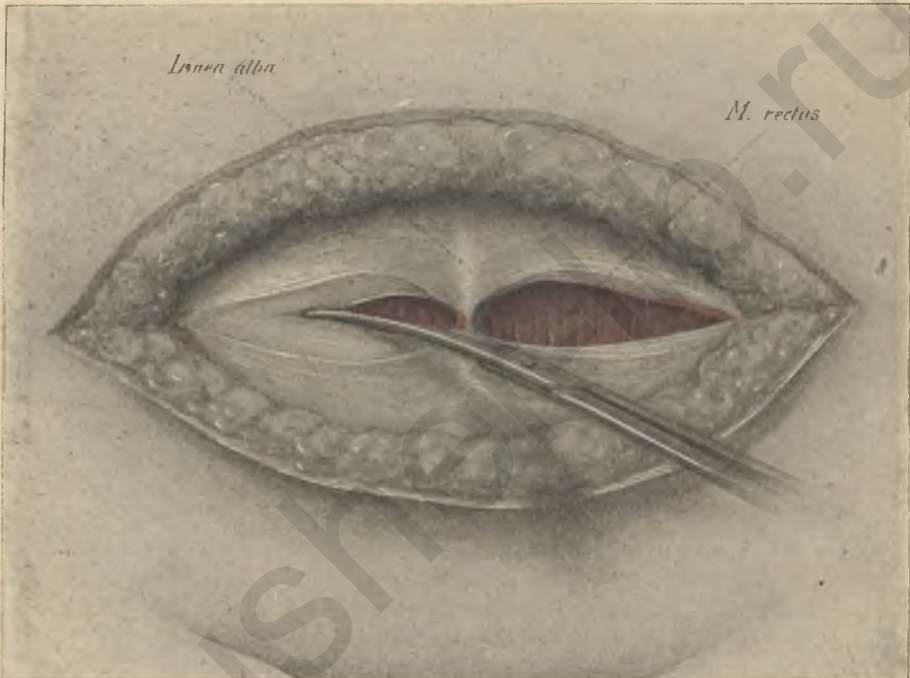


Рис. 41. Надлобковый фасціальный поперечный разрѣзъ; разсѣченіе фасціи.

Дабы между мышечной и фасціальной пластинкой не возникло пустое пространство, въ которомъ накапливается кровь, *Pfannenstiel* подѣ конецъ операціи наполняетъ мочевоу пузырь слабымъ растворомъ ляписа. Во избѣжаніе образованія кармановъ, мы всегда придерживаемся правила—тотчасъ послѣ операціи класть на свѣжую рану мѣшокъ съ пескомъ, вѣсомъ около фунта, дабы этимъ прижать фасціальную пластинку къ мышечной.

Поперечный разрѣзъ *Pfannenstiel'*я имѣетъ то преимущество передъ вѣсрединнымъ продольнымъ разрѣзомъ, что, несмотря на широкую отслойку фасціи отъ лежащей подѣ нею мышечной пластинки, онъ никогда не попадаетъ на нервы, снабжающіе прямую мышцу, слѣдовательно, мм. гесті не могутъ атрофироваться и даютъ крѣпкую мускулистую поддержку рубцу. При разрѣзѣ *Pfannenstiel'*я грыжа возможна еще только на одномъ пунктѣ, а именно на мѣстѣ скрещенія поперечнаго фасціального разрѣза съ продольнымъ разрѣзомъ

между обѣими прямыми мышцами. Но и этотъ пунктъ получаетъ укрѣпленіе въ томъ, что обѣ прямыя мышцы, которыя теперь не раздѣлены болѣе фасціальнымъ листкомъ бѣлой линіи, соединяются непосредственно одна съ другой помощью нѣсколькихъ узловатыхъ швовъ, такъ что и на этомъ мѣстѣ напирajúщія кишки должны сперва разъединить склеившіеся куски мышцъ, раньше чѣмъ онѣ попадутъ на менѣе защищенное мѣсто фасціального рубца.

Результаты, сообщенные *Pfannenstiel*'емъ, *Menge*, *Fritsch*'емъ и нами, звучатъ очень благопріятно; число послѣоперационныхъ грыжъ очень мало. *Pfannenstiel* наблюдалъ на 198 случаевъ одну единственную грыжу.

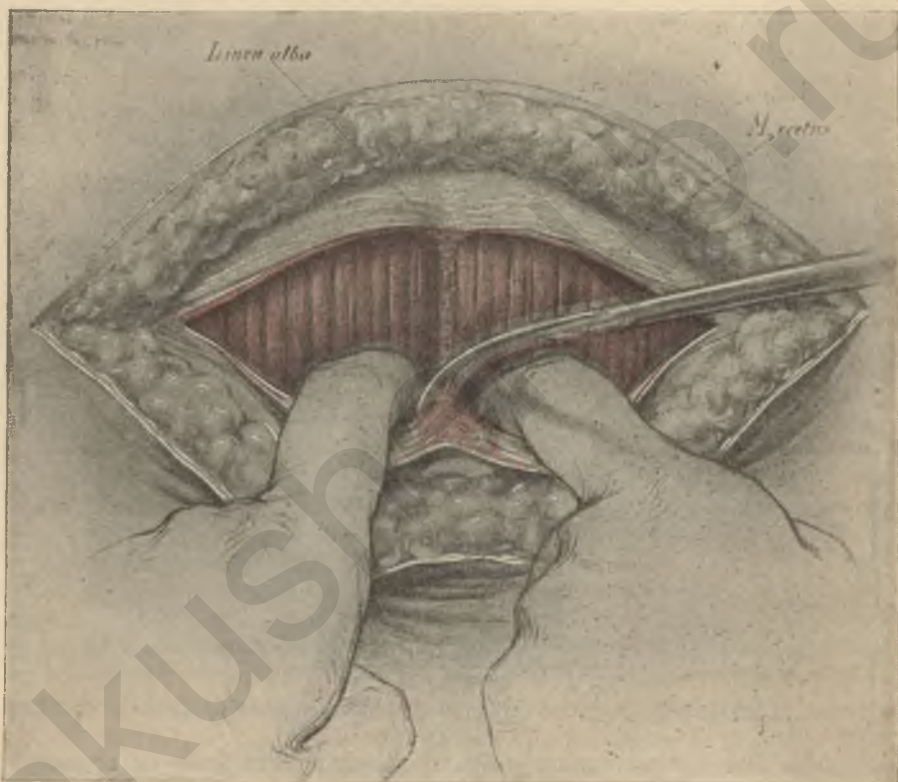


Рис. 42. Надлобковый фасціальный поперечный разръвъ, тупое отдѣленіе листка фасціи отъ мышечной подстилки, острое разъединеніе ножницами по срединной линіи.

Krönig нашелъ среди 127 провѣренныхъ случаевъ 4 грыжи, слѣдовательно 3,1%, притомъ дважды послѣ гладкаго заживленія раны, дважды послѣ нагноеній. Изъ этихъ 4 грыжъ 2 не могутъ быть поставлены въ вину методу зашиванія, такъ какъ въ одномъ случаѣ было сдѣлано повторное чревосѣченіе, причемъ раньше былъ сдѣланъ продольный разръвъ по срединной линіи; во второмъ случаѣ фасція была настолько неподатлива, что края раны едва могли быть соединены узловатыми швами. *Vértes* сообщаетъ также о благопріятныхъ результатахъ изъ клиники *Döderlein*'а, на основаніи матеріала изъ 150 лапаротомій, произведенныхъ по различ-

нымъ показаніямъ. Несомнѣнно, и послѣ первичнаго сращенія поперечнаго разрѣза *Pfannenstiel'*я появляются грыжи, но частота ихъ весьма ничтожна. Грыжи были такъ малы, что не причиняли большой никакихъ страданій.

Поперечному разрѣзу *Pfannenstiel'*я ставили въ упрекъ, что онъ недостаточно даетъ возможность обозрѣть органы малаго таза, такъ что при его посредствѣ можно будто бы производить только небольшія гинекологическія операціи (вентрификація, отдѣленіе неслишкомъ сросшихся придатковъ). Въ противовѣсъ этому мы должны исполнѣть отдать справедливость *Pfannenstiel'*ю, что ориентированіе въ



Рис. 43. Вскрытіе брюшины при фасціальномъ поперечномъ разрѣзѣ.

полости малаго таза, особенно въ боковыхъ частяхъ, поразительно хорошее, обуславливаясь тѣмъ, что послѣ отдѣленія передняго влагалища *m. recti* мышечныя брюшки могутъ быть оттянуты въ стороны, какъ мягкіе резиновые шнуры. Возрастающій опытъ, далѣе, показалъ, что мы можемъ въ еще болѣе обширныхъ размѣрахъ отслоить фасцію отъ прямой мышцы, нежели *Pfannenstiel* это сдѣлалъ въ своихъ первыхъ случаяхъ. Очевидно, *Pfannenstiel* опасался омертвѣнія фасціи и потому избѣгалъ дальнѣйшаго ея отслоенія.

Проведемъ разрѣзъ фасціи не прямо поперекъ, а замѣнимъ его, какъ мы это часто дѣлали, дугообразнымъ разрѣзомъ, вогнутость котораго обращена кверху, тогда мы можемъ доступъ къ малому тазу сдѣлать очень большимъ. Можно, не опасаясь некроза фасціи,

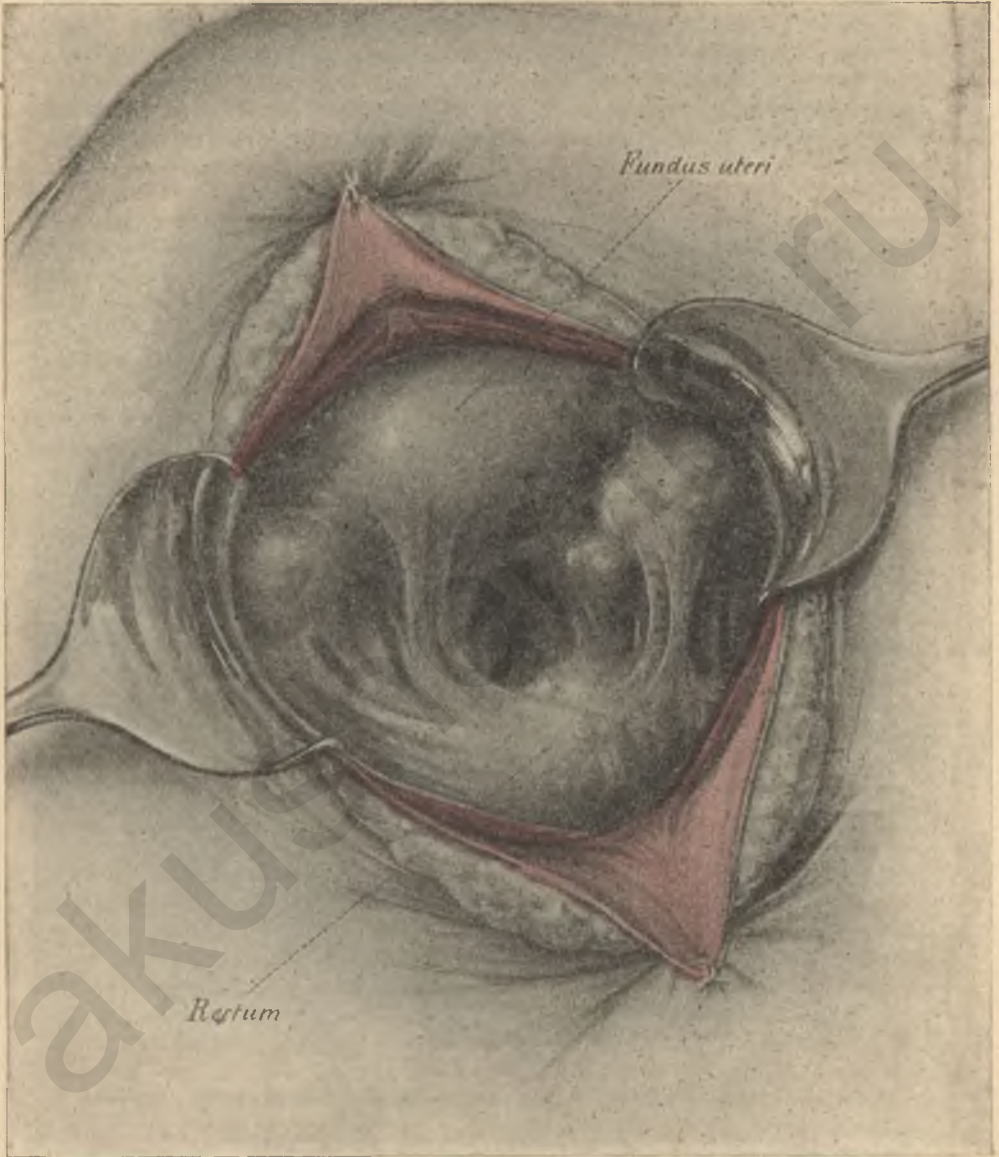


Рис. 44. Видъ малого таза при *pelvipерitonitis chronica adhaesiva* послѣ вскрытія брюшной полости надлобковымъ поперечнымъ разрѣзомъ фасціи. Края фасціальной раны оттянуты къ симфизу и пупку и прикрѣплены кѣгуттовымъ узловатымъ швомъ къ кожѣ.

отслоить ее отъ симфиза вверхъ до уровня 3—4 поперечныхъ пальцевъ ниже пупка и затѣмъ снова прикрыть ею мышечную пластинку. По даннымъ *Menge*, *Prochowick'a*, *Döderlein'a*, *Krönig'a* и въ послѣд-

нее время самого *Pfannenstiel'*я, предѣлы показаній для этого разрѣза очень расширены; значительныя міомы были удалены черезъ этотъ разрѣзъ. можно было произвести съ хорошей ориентировкой полную абдоминальную экстирпацию вмѣстѣ съ придатками при сильно сросшихся піосальпинксахъ; некрозъ фасціи при асептическомъ теченіи никогда не наблюдался.

Другую выгоду разрѣза *Pfannenstiel'*я можно видѣть въ томъ, что при положеніи съ приподнятымъ тазомъ кишки обыкновенно вполне исчезаютъ изъ операціоннаго поля, такъ что онѣ не приходятъ больше въ соприкосновеніе съ рукой оператора. Благодаря оперированію надъ самымъ симфізомъ избѣгается охлажденіе кишекъ, и потому оперативный шокъ не сильнѣе, чѣмъ при влагалищной келіотоміи.

Послѣднюю выгоду поперечнаго разрѣза *Pfannenstiel'*я мы хотѣли бы усматривать въ томъ, что онъ даетъ возможность раньше поднять женщину съ постели, нежели при разрѣзѣ по срединной линіи. При срединномъ разрѣзѣ свѣжій фасціальный рубецъ по бѣлой линіи подвергается сильному напряженію отъ примѣненія брюшного пресса, напротивъ, при поперечномъ разрѣзѣ фасція щель ея скорѣе замыкается отъ примѣненія брюшного пресса. Мы можемъ это очень хорошо наблюдать во время самой операціи, когда при производствѣ поперечнаго разрѣза фасціи наступаетъ разстройство наркоза, и у больной начинается рвота; тогда мы видимъ, какъ при каждомъ рвотномъ актѣ фасціальная щель стягивается.

Сокращеніе брюшныхъ мышцъ не представляетъ никакой опасности для свѣжаго рубца при поперечномъ разрѣзѣ, такъ что мы можемъ разрѣшить сидѣніе и вставаніе женщины, не опасаясь расхожденія свѣжаго рубца какъ послѣдствія дѣйствія брюшного пресса. Въ многочисленныхъ случаяхъ женщины могли оставить постель и клинику на 9-й, 10-й и 12-й день. Это не только экономія времени, но и при извѣстныхъ условіяхъ спасаетъ жизнь. У старыхъ людей мы нерѣдко наблюдаемъ послѣ чревосѣченій угрожающій легочный гипостазъ; если мы въ состояніи разрѣшить имъ безъ ущерба рано встать, тогда опасность значительно уменьшается. Мы не задумались бы ни минуты разрѣшить женщинѣ черезъ два дня послѣ операціи встать съ постели, если бы опасались какихъ-либо легочныхъ явленій.

Противъ поперечнаго разрѣза *Pfannenstiel'*я выставляли то, что при обширномъ отслоеніи фасціи отъ подстилки надо опасаться некроза. Хотя мы относительно питанія передняго влагалища *m. recti* и мало освѣдомлены анатомически, однако клиническія данныя позволяютъ намъ дѣлать вѣрное заключеніе, что питаніе фасціи обезпечивается со стороны боковыхъ участковъ.

Второе возраженіе противъ этого разрѣза до извѣстной степени справедливо, а именно то, что поперечный разрѣзъ *Pfannenstiel'*я предъявляетъ большія требованія къ асептическому оперированію, такъ какъ при занесеніи зародышей опасность нагноенія въ образовавшихся подъ фасціальнымъ листкомъ бухтахъ больше, нежели при продольномъ разрѣзѣ по срединной линіи, гдѣ разсѣкается только кожа, фасція и брюшина и не создается мертвое пространство. *Pfannenstiel*, впрочемъ, говоритъ: «Мы должны именно настолько владѣть асептикой». Отчасти это справедливо, и, какъ опыту учить, оно и возможно при этомъ разрѣзѣ получить большую серію

первичныхъ срощеній раны; но это возраженіе все-таки очень вѣско, если мы можемъ опасаться найти въ самой полости брюшины вирулентные зародыши, такъ что они заразятъ широкое раневое ложе.

Подобные случаи служатъ, по нашему мнѣнію, противопоказаніемъ противъ разрѣза по *Pfannenstiel*'ю. Мы хотѣли бы исключить изъ этого метода всѣ тѣ случаи, гдѣ можно съ нѣкоторой вѣроятностью рассчитывать найти инфекціонные зародыши при вскрытіи брюшной полости. Мы можемъ, слѣдовательно, безъ опаски производить разрѣзъ *Pfannenstiel*'я при всѣхъ кистахъ, міомахъ, вѣматочной беременности, хроническихъ срощеніяхъ; рискъ существуетъ лишь при *ruosalpinx*, нагноившихся яичниковыхъ кистахъ и т. д.

Часто при этомъ отмѣчается также опасность свѣжаго *гонорройнаго гноя* для ранъ. Мы полагаемъ все-таки, что на основаніи многочисленныхъ данныхъ можно считать гонорройный гной безразличнымъ для заживленія раны и асептичнымъ въ смыслѣ хирургическаго ухода за раной, все равно, находятся-ли еще вирулентные гонокки въ гноѣ или нѣтъ. Въ виду этого мы можемъ смѣло примѣнять разрѣзъ *Pfannenstiel*'я при всѣхъ гонорройныхъ піосальпинксахъ, будь то въ острыхъ или хроническихъ процессахъ.

Иное дѣло при септическихъ и саприческихъ *ruosalpinx*'ахъ и оваріальныхъ абсцессахъ; они служатъ противопоказаніемъ противъ сопряженнаго съ образованіемъ столь многихъ бухтъ поперечнаго разрѣза *Pfannenstiel*'я. Но эти случаи, по нашему разумѣнію, болѣею частью вообще не подходящіе для чревосѣченія; здѣсь, если возможно, вскрытіе гнойниковъ должно быть предпринято со стороны влагалища (см. ниже).

Во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ діагнозъ характера гноя точно не установленъ, лучше отказаться отъ *Pfannenstiel*'евскаго поперечнаго разрѣза; эти случаи будутъ очень рѣдки, такъ какъ мы болѣею частью изъ анамнеза можемъ вывести достаточно вѣрное заключеніе относительно свойства гноя.

Ношеніе брюшнаго бандажа при *Pfannenstiel*'евскомъ поперечномъ разрѣзѣ нами никогда не назначалось.

Дабы при очень трудныхъ операціяхъ въ маломъ тазу создать достаточный доступъ, рекомендуется иногда, по *Bardenheuer*'у, проложить надъ симфизомъ *двуобразный разрѣзъ* черезъ всѣ слои; разрѣзъ начинается со *spina anterior superior* и спадаетъ слегка вогнутой дугой къ симфизу, дабы затѣмъ подняться къ ости противоположной стороны. Разрѣзъ разсѣкаетъ кожу и фасцію въ одинаковомъ направленіи; *mm. recti* по возможности разсѣкаются надъ мѣстомъ ихъ прикрѣпленія къ симфизу. Боковыя мышечныя брюшки рѣдко приходится разрѣзывать, такъ какъ они легко могутъ быть сдвинуты въ сторону брюшными зеркалами; наконецъ, и брюшина вскрывается въ поперечномъ направленіи.

При этомъ способѣ можетъ быть одновременно достигнуто отграниченіе полости малаго таза отъ брюшной полости, дабы избѣжать болѣе сильнаго охлажденія кишекъ при операціи или чтобы при ихорозныхъ процессахъ, напр. при экстирпаціи раковой матки, оградить полость брюшины отъ инфекціи. Это отдѣленіе малаго таза отъ брюшной полости осуществляется посредствомъ брюшиннаго лоскута, который заимствуютъ изъ передней брюшной стѣнки (*Schede, Amann* и *Mackenrodt*); къ сожалѣнію, эта покрывка не оправдываетъ всѣхъ возлагавшихся на нее надеждъ; тонкая брю-

шинная стѣнка не даетъ надежной защиты противъ проникновенія септическихъ зародышей изъ малаго таза въ брюшную полость; кромѣ того, вслѣдствіе разстройства питанія перегородка иногда становится настолькоъ слабой, что при кашлевыхъ толчкахъ послѣ операциі образуются отъ напора кишекъ отверстія въ ней, вслѣдствіе чего возникаетъ либо механической ileus, либо перитонитъ.

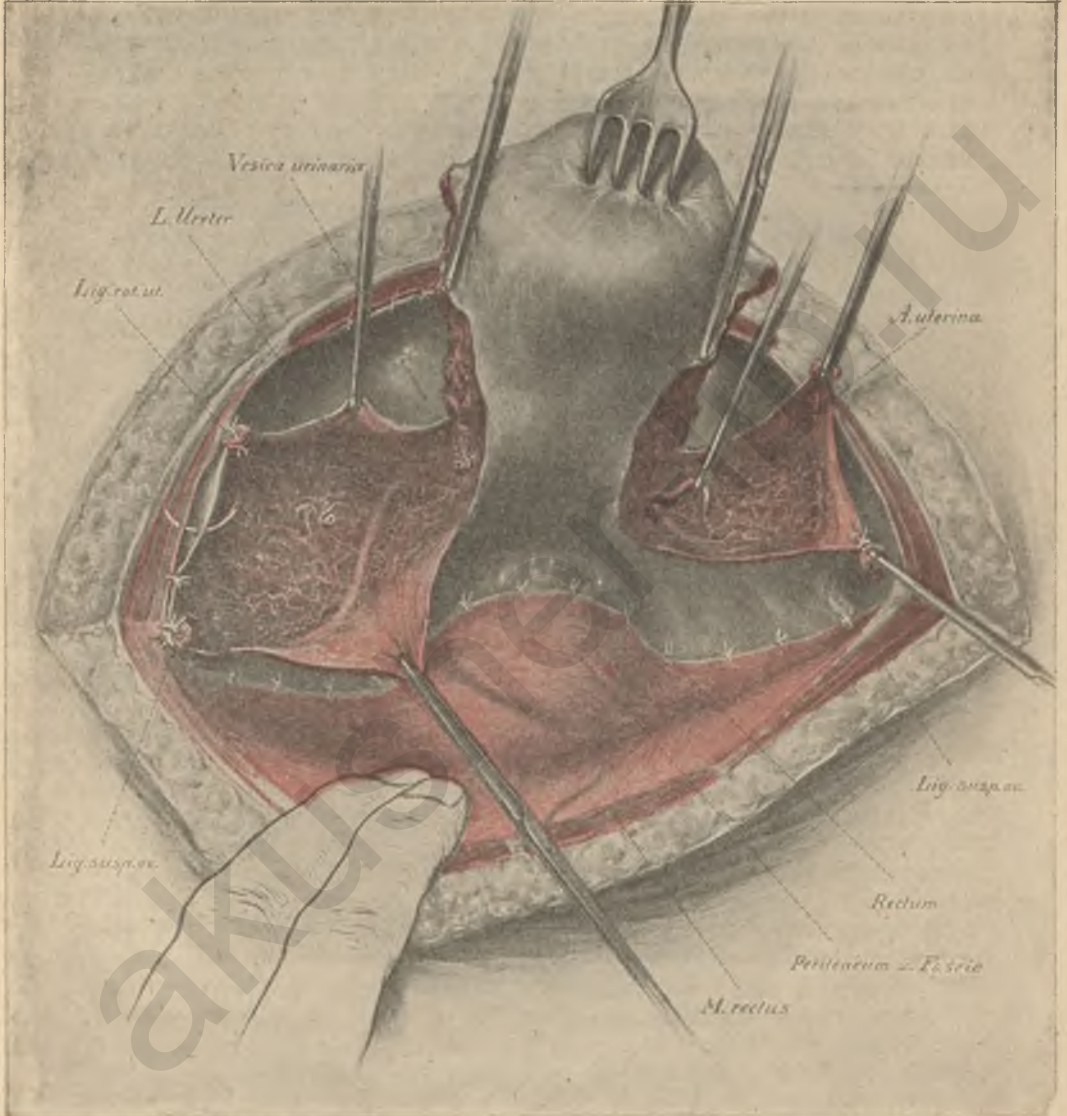


Рис. 45. Отграниченіе малаго таза. Начало операциі рака (см. ниже).

Чтобы сдѣлать доскутъ болѣе устойчивымъ, мы отворачиваемъ книзу, кромѣ peritoneum parietale, также поверхностную брюшную фасцію и фиксируемъ ее сзади въ Дугласъ шелковыми швами. Но и этотъ методъ не совершенный, такъ какъ трудно настолько укрѣ-

пять брюшинно-фасциальный лоскутъ къ задней тазовой стѣнкѣ, чтобы онъ не обрывался при сильномъ кашлѣ; тѣмъ не менѣе лоскутъ изъ *fasciæ* и брюшины даетъ лучшее огражденіе брюшной полости отъ инфекціи, нежели изъ одной брюшины (см. рис. 45).

Если необходимо повторное чревосѣченіе, когда уже есть рубецъ по бѣлой линіи, то большинство операторовъ проводятъ разрѣзь не по рубцу, а *возлѣ* рубца, такъ какъ при наличности сросеній съ рубцомъ можно опасаться пораненія кишекъ при разрѣзѣ. Рубецъ, по *Mikulicz* у, совершенно изсѣкается, или же швы накладываются обычнымъ образомъ возлѣ стараго рубца. Многие операторы предпочитаютъ при релапаротоміи проводить еще дальше сбоку внѣсредивный продольный разрѣзь, направленный на середину влагалища прямой мышцы, и здѣсь вскрыть брюшную полость по способу *Lennander*'а.

Послѣдовательное лечение послѣ чревосѣченій.

«Участь оперируемыхъ рѣшается въ операціонной». Пусть это изреченіе подходитъ ко многимъ хирургическимъ операціямъ, но не къ чревосѣченіямъ, гдѣ съ окончаніемъ операціи завершается лишь часть заботъ о больной; немалая часть работы еще выпадаетъ на первые дни послѣдовательнаго лечения. Хотя уже во время операціи, какъ мы видѣли, мы можемъ принять извѣстныя предупредительныя мѣры противъ извѣстныхъ послѣопераціонныхъ опасностей, какъ зараженіе, пневмоніи, механическойъ странгуляціонный ileus, тѣмъ не менѣе и послѣ операціи, въ первые дни реконвалесценціи, мы должны еще внимательно слѣдить за нѣкоторыми возможными осложненіями, о которыхъ рѣчь ниже.

Питаніе.

Если при лапаротоміи былъ проведенъ общій наркозъ, или животь былъ вскрытъ при инфильтраціонной анестезіи, то рекомендуется въ первые 6—7 дней послѣ операціи не давать никакой плотной пищи. Вслѣдствіе неизбѣжныхъ механическихъ инсультовъ, которые претерпѣваетъ серозный покровъ кишекъ при чревосѣченіи, можетъ быть, также вслѣдствіе высыханія брюшины на воздухѣ, наступаетъ обыкновенно въ первые дни послѣ операціи парезъ кишечника. Съ этимъ разстройствомъ въ механической функціи желудочно-кишечнаго тракта мы должны считаться и давать только удобоваримую и не пучащую жидкую пищу. Въ первые часы послѣ операціи, пока вслѣдствіе общаго наркоза еще имѣется склонность къ рвотѣ, нельзя давать и жидкости per os. Мы знаемъ изъ опыта, что никакое лечение не предупреждаетъ такъ вѣрно чрезмѣрной рвоты post operationem, какъ устраненіе всякаго приема даже жидкой пищи per os. Если нѣтъ больше склонности къ рвотѣ, то ничто не мѣшаетъ давать уже вечеромъ въ день операціи ложечками холодный чай; по нашимъ наблюденіямъ, это лучше, нежели рекомендуемое иногда даваніе кусочковъ льда или охлажденной на льду воды; большею частью мы наблюдали послѣ этого возобновленіе позыва на рвоту. Соблюдаемое нѣкоторыми операторами болѣе продолжительное лишеніе всякой жидкой пищи—на 24—48 часовъ—представляетъ, по нашему мнѣнію, ненужную суровость. Въ особенности тогда, когда кишечникъ не слишкомъ расслабленъ чрезмѣрнымъ очищеніемъ предъ операціей, мы можемъ спокойно еще въ тотъ же вечеръ хотя нѣсколько утолять столь мучительную жажду, каковая обыкновенно скоро наступаетъ послѣ чревосѣченій. Если замѣчаемъ.

что послѣ даванія по ложечкѣ чая съ первоначальными паузами въ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ часа снова появляется позывъ къ рвотѣ или усиленная отрыжка, то, разумѣется, надо тотчасъ прекратить дальнѣйшее введеніе жидкости. Со второго дня больная можетъ уже получать кофе съ молокомъ, супъ и т. д. Мы придерживаемся той точки зрѣнія, что даже нѣсколько ослабѣвшимъ женщинамъ не надо давать возбуждающихъ въ формѣ вина, токайскаго, секта или водки; отъ всѣхъ этихъ спиртныхъ средствъ мы видѣли только вредъ. Особенно представляется намъ вреднымъ даваніе шампанскаго, въ виду наступающаго иногда вздутія желудка при разстройствѣ его механической функціи. Начиная съ 6-го дня, если нѣтъ метеоризма, больныя получаютъ легкія мясныя блюда, молодого голубя и т. п.; затѣмъ можно назначить обычную смѣшанную пищу.

Послѣ всякой лапаротоміи, какъ мы видѣли, перистальтика нѣкоторое время парализована. Мы наблюдаемъ обыкновенно лишь на 2-й день первый симптомъ возстановившейся перистальтики—отхожденіе газовъ. До появленія этого важнаго симптома у больныхъ обнаруживаются обыкновенно различной интенсивности коликообразныя боли, иногда настолько сильныя, что онѣ громко вопятъ; обыкновенно и на второй день, раньше чѣмъ возстановляется двигательная функція кишечника, имѣется легкій метеоризмъ. Всѣ эти неприятныя симптомы очень скоро исчезаютъ съ отхожденіемъ первыхъ вѣтровъ.

Для облегченія этихъ коликъ отъ метеоризма давали опій и нарочно старались успокоить кишечную дѣятельность возможно дольше послѣ операціи, даже на нѣсколько дней. Мы можемъ такимъ образомъ избѣгнуть тягостныхъ симптомовъ отъ вздутія на второй день *post operationem*; однако искусственная иммобилизація кишекъ имѣетъ много вредныхъ сторонъ: во-первыхъ, большею частью появляется довольно значительный метеоризмъ вслѣдствіе процессовъ гніенія неподвижныхъ *ingesta*, во-вторыхъ, всасывательная сила брюшины значительно ограничивается, и тѣмъ создается мѣстное предрасположеніе къ инфекціи. Поэтому огромное большинство операторовъ придерживаются въ настоящее время того взгляда, что на второй день, съ появленіемъ первыхъ жалобъ на пученіе живота, надо поддержать въ осторожной формѣ начинающуюся перистальтику, исключая загражденіе со стороны сфинктера введеніемъ трубки въ прямую кишку. Результатъ обыкновенно тотъ, что слабая еще двигательная сила выгоняетъ тогда накопившіяся кишечные газы. Если введеніе трубки не помогаетъ, то можно безбоязненно возбудить перистальтику толстыхъ кишекъ небольшою глицериново-мыльной клизмой.

Лишь только газы отошли, больныя чувствуютъ себя значительно облегченными; бывшее до того своеобразно пугливое выраженіе въ лицѣ больной исчезаетъ и быстро уступаетъ мѣсто спокойному самочувствію. Можно поэтому понять тѣ попытки, которыя дѣлались, чтобы искусственно возбудить посредствомъ слабительныхъ паретичный еще кишечникъ къ перистальтикѣ уже черезъ нѣсколько часовъ послѣ операціи. Такъ, напр., пробовали при вскрытой еще брюшной полости впрыснуть въ тонкія кишки *ol. ricini* или растворъ *magnesium sulfuricum*, далѣе вводили тотчасъ послѣ операціи подъ кожу *physostigminum*, чтобы этимъ вызвать сокращеніе кишекъ: наконецъ, американскіе операторы даютъ черезъ нѣсколько часовъ

послѣ операціи каломель въ сравнительно большихъ дозахъ (0,25) черезъ короткіе промежутки, чтобы возбудить двигательную функцію кишечника и вмѣстѣ съ тѣмъ достигнуть дезинфекціи застаивающагося содержимаго кишечника. Мы перепробовали всѣ эти средства; въ частности относительно физостигмина, съ которымъ мы продѣлали большую серію контрольныхъ изслѣдованій, результаты сообщены *Punkow*'ымъ; они показали, что, даже впрыскивая максимальную дозу физостигмина, не удается возбудить паретическій кишечникъ къ перистальтикѣ. Мы впрыскивали, далѣе, въ высоколежащую петлю тонкихъ кишечника касторовое масло и сѣрнокислую магнезію: отъ этого промежутковъ времени отъ операціи до перваго бѣрнаго признака наступившей перистальтики — отхожденіе flatus — не укорачивался; точно также мы и каломелемъ не достигали быстрой желанной цѣли. Поэтому намъ кажется, что наступающій послѣ операціи парезъ не можетъ быть устраненъ и посредствомъ *drastica*, но что всѣ эти средства лишь тогда имѣютъ успѣхъ, когда кишечникъ уже до извѣстной степени оправился отъ механическихъ инсультовъ послѣ вскрытія брюшной полости.

Если послѣ отхожденія первыхъ газовъ снова наступаетъ парезъ кишечника, то мы можемъ съ успѣхомъ испробовать вышеуказанныя средства или, по совѣту *Herff*'а, посредствомъ фарадизаціи вызвать перистальтическія движенія. *Herff* поступаетъ такимъ образомъ, что онъ большой плоскій электродъ прижимаетъ сбоку къ бедру; другой валикообразный электродъ съ умѣреннымъ давленіемъ передвигается по противоположной лѣвой поясничной сторонѣ живота до области желудка взадъ и впередъ; еще болѣе сильное дѣйствіе фарадизаціи достигается тогда, если электродъ вводится въ прямую кишку, причѣмъ небольшой воронкой выпускаютъ въ кишку немного теплаго солевого раствора и погружаютъ полюсъ въ наполненную еще жидкостью воронку; *Herff* называетъ это фарадизаціоннымъ клистиромъ. До сихъ поръ мы не имѣемъ еще собственныхъ данныхъ относительно этого способа возбужденія перистальтики.

Успокоеніе боли.

Послѣ эфирнаго наркоза болевое ощущеніе больныхъ послѣ операціи еще понижено; обыкновенно лишь черезъ нѣсколько часовъ послѣ операціи начинается боль въ ранѣ. Больныя требуютъ болеутоляющихъ средствъ, и это, разумѣется, также наше стремленіе удовлетворить желанію больныхъ. Подкожное впрыскиваніе морфія, даже въ малыхъ дозахъ по 0,01, уже достаточно въ большинствѣ случаевъ, чтобы достигнуть на нѣсколько часовъ значительнаго облегченія боли. Морфіи имѣетъ только тотъ недостатокъ, что перистальтика кишечника нѣсколько ослабляется и вслѣдствіе этого столь пріятно ощущаемое отхожденіе первыхъ газовъ нѣсколько отсрочивается. Поэтому болѣе правильно, если боль не очень сильна, отказаться отъ морфія. Кодеинъ въ дозахъ по 0,01 нѣсколько лучше отвѣчаетъ нашему показанію, такъ какъ онъ менѣе, чѣмъ морфіи, обладаетъ столь неприятымъ для насъ свойствомъ ослаблять перистальтику кишечника, причѣмъ болеутоляющее дѣйствіе его тоже значительно.

Если въ вечеръ послѣ операціи еще держится сильная рвота, то не слѣдуетъ назначать ни морфія, ни кодеина, въ особенности тогда, если именно вслѣдъ за впрыскиваніемъ появилась болѣе сильная рвота.

Перемѣна повязки.

При зашитыхъ, не дренированныхъ ранахъ, при безлихорадочномъ теченіи и отсутствіи особенныхъ болей въ ранѣ, повязка не смѣняется обыкновенно до 7-го дня; въ этотъ день провѣряютъ, нѣтъ-ли реакціи со стороны уколочныхъ каналовъ глубокихъ швовъ. Въ благопріятномъ случаѣ оставляютъ шелковыя нитки еще на три дня и затѣмъ ихъ удаляютъ; нитки изъ силъкворма могутъ оставаться въ ранѣ до 14—17-го дня. Небольшое раздраженіе уколочныхъ каналовъ требуетъ немедленнаго снятія швовъ. При наличности бронхита шелковыя нити оставляютъ въ ранѣ до 3 недѣль и дольше, во избѣжаніе послѣдовательнаго расхожденія раны. Если примѣнялся только всасываемый матеріалъ, то первая смѣна повязки происходитъ на 10-й день послѣ операціи. Повязка смѣняется лучше всего въ кровати, чтобы избавить больную отъ излишняго возбужденія вслѣдствіе транспортированія ея въ операціонную комнату.

Профилактика послѣопераціонныхъ пневмоній при послѣдовательномъ леченіи.

Мы уже выше разобрали то великое значеніе, какое имѣетъ для успѣха операціи *pneumonia postoperativa*, и тѣ мѣры, которыя мы принимаемъ *во время* операціи, чтобы по возможности предотвратить эти пневмоніи. Мы видѣли при этомъ, что пневмоніи возникаютъ на почвѣ охлажденія тѣла или на гипостатической и эмболической основѣ.

Если опасность охлажденія *послѣ* операціи и не выступаетъ такъ на передній планъ, какъ *при* операціи, то все-таки во время переноса усыпленной больной въ кровать и въ первые часы послѣ операціи надо еще тщательно избѣгать всякаго охлажденія больной. Больная должна быть тотчасъ перенесена въ согрѣтую постель. Это согрѣваніе можетъ либо просто производиться съ помощью грѣлокъ, либо устанавливаются надъ больной электрическій ящикъ для воздушной горячей ванны. Однако такимъ путемъ достигается только *мѣстное*, а не быстрое общее согрѣваніе всего тѣла. Мы примѣняемъ отапливаемую кровать, которая, на-подобіе электрически отапливаемого операціоннаго стола, нагрѣвается лампочками накаливанія.

Pfannenstiel совѣтуетъ согрѣвать больную настолько, чтобы у нея выступила легкая испарина, ибо онъ полагаетъ, что съ потомъ выдыхаемыя наркотическія выдѣляются изъ тѣла. Насколько этотъ взглядъ соответствуетъ дѣйствительности, мы должны пока считать нерѣшеннымъ, такъ какъ до сихъ поръ придерживались въ общемъ того воззрѣнія, что усыпительное средство на первомъ планѣ покидаетъ тѣло черезъ легкія. Мы довольствуемся обыкновеннымъ хо-рошимъ согрѣваніемъ больной послѣ операціи.

Легочныя заболѣванія, возникающія вслѣдствіе охлажденія обыкновенно сказываются очень скоро послѣ операціи въ теченіе того же или слѣдующаго дня кашлемъ, болями въ груди, одышкой, повышеніемъ температуры и учащеніемъ пульса. Лишь только эти симптомы появляются, надо на первомъ планѣ стремиться къ тому, чтобы больная дѣлала дыхательную гимнастику и тотчасъ отхаркивали накопившуюся мокроту. Пневмоніи, наступающія послѣ крово-сѣченій, даютъ, какъ мы видѣли, несравненно худшее предсказаніе,

нежели пневмоніи, наблюдаемыя послѣ другихъ операций. Это ухудшеніе прогноза обуславливается тѣмъ, что больныя недостаточно сильно отхаркиваютъ изъ-за болей, которыя имъ причиняетъ всякое напряженіе брюшного прессы, далѣе изъ-за горизонтальнаго положенія, которое не даетъ имъ возможности пользоваться, какъ слѣдуетъ, вспомогательными мускулами для энергичной экспекторации. Лечение должно стремиться къ тому, чтобы облегчить больнымъ откашливаніе, уменьшая боли и придавая имъ подходящее положеніе.

Для этой цѣли мы накладываемъ вокругъ живота широкую слегка давящую повязку, обыкновенно въ формѣ большого полотенца, которое закрѣпляется безопасными булавками; благодаря этому больныя получаютъ чувство увѣренности, и боль при откашливаніи смягчается опорой, которую даетъ давящая повязка. Такъ какъ при простудныхъ пневмоніяхъ всегда имѣется легкое плевритическое

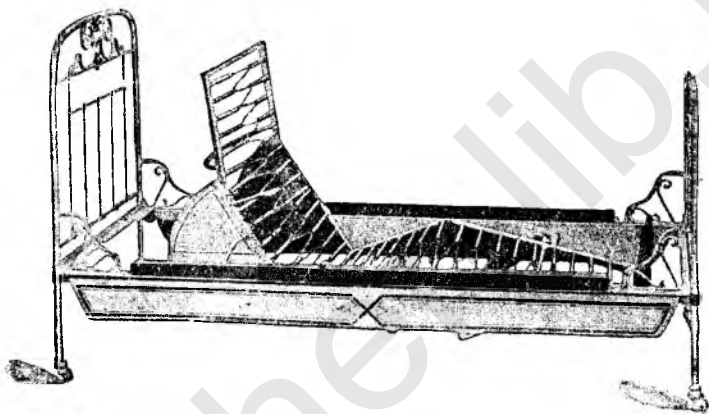


Рис. 46. Раздвижная кровать.

раздраженіе, то мы можемъ вызываемую этимъ боль существенно облегчить посредствомъ большого согревающего компресса вокругъ груди, смѣняемаго черезъ каждые два часа. При смѣнѣ компресса мы предпринимаемъ тутъ же кратковременное холодное обтираніе груди губкой, чтобы побудить больную къ глубокимъ вдыханіямъ.

Сомнительно, слѣдуетъ-ли примѣнять морфій для облегченія боли; онъ представляетъ ту выгоду, что вслѣдствіе уменьшенія боли при кашлѣ женщины скорѣе рѣшаются крѣпко отхаркивать; но съ другой стороны морфій имѣетъ тотъ недостатокъ, что онъ ослабляетъ позывъ къ откашливанію. Поэтому, если мы назначаемъ морфій, то одновременно надо соединять съ этимъ интенсивную активную легочную гимнастику, т. е. сидѣлка должна побуждать больную черезъ каждыя 10—15 минутъ дѣлать нѣсколько глубокихъ вдоховъ и выдоховъ; увѣщаніе здѣсь немало помогаетъ. Слѣдуетъ сказать больной, что она должна откашливаться, не обращая вниманія на брюшную рану, что рана достаточно крѣпка, чтобы выдержать сильнѣйшій напоръ. Мы охотно заставляемъ женщинъ черезъ каждыя $\frac{1}{4}$ часа громко считать отъ 1 до 100. Весьма возбуждающимъ образомъ дѣйствуютъ въ этомъ отношеніи ингаляціи поваренной солью или скипидаромъ.

Горизонтальное положеніе очень мало пригодно для экспектора-

ціи; мы должны поэтому по возможности привести женщину въ сидячее положеніе. Если мы поднимемъ головной конецъ подкладываемъ валика или переставной доски, то этимъ создается принужденная поза больной; кромѣ того, очень слабыя больныя обыкновенно скоро соскальзываютъ къ нижнему концу кровати. Поэтому мы съ большимъ удобствомъ примѣняемъ кровати съ переставными частями (см. рис. 46)¹⁾, которыя не только поднимаютъ верхнюю часть тѣла, но и опускаютъ ноги въ колѣняхъ и создаютъ глубокую выемку для ягодицъ. Кровать такъ устроена, что простымъ нажатіемъ пуговики больная сама можетъ устанавливать верхнюю часть тѣла ниже или выше. Это ложе оказываетъ намъ особенно важныя услуги при гипостатическихъ пнеймоніяхъ слабыхъ и старыхъ особъ.

Гипостатическія пнеймоніи, въ противоположность простуднымъ и аспираціоннымъ, наступаютъ лишь на 5-й день послѣ операціи, иногда даже позже. Высокія температуры, до 40° С. и выше, наблюдаемыя почти всегда при пнеймоніяхъ отъ охлажденія, обыкновенно совершенно отсутствуютъ при гипостатическихъ пнеймоніяхъ. Такъ какъ, въ виду слабости больныхъ, отхаркиваніе затруднено, то переставныя кровати дѣйствуютъ тутъ спасительно. Если гипостатическая пнеймонія наступаетъ лишь на 8—10 день послѣ операціи, то мы должны, не задумываясь ни минуты, поднять больную, не обращая вниманія на брюшную рубецъ.

Эмболическія пнеймоніи, подобно гипостатическимъ, рѣдко появляются тотчасъ послѣ операціи, болѣею же частью спустя дни и даже недѣли. Если отдѣлился значительный тромбъ и попалъ въ легочныя артеріи, то болѣею частью послѣдствіемъ бываетъ моментальная смерть. Напротивъ, если маленькіе тромбы занесены въ легочную артерію, то можетъ наступить выздоровленіе. Симптомы эмболической закупорки обыкновенно выражаются тогда въ появленіи сильной боли въ груди, стѣсненнаго дыханія, кашля, кровяныхъ полосокъ въ мокротѣ. При объективномъ изслѣдованіи мы находимъ легочный звукъ вездѣ нормальнымъ, и только на ограниченномъ мѣстѣ, болѣею частью тамъ, гдѣ боль сосредоточивается, онъ притупленъ; тамъ при аускультации можно слышать трескучіе хрипы и ослабленное дыханіе. Эмболическія пнеймоніи требуютъ, какъ-разъ въ противоположность гипостатическимъ, простуднымъ и аспираціоннымъ пнеймоніямъ, возможно спокойнаго положенія больныхъ. въ предупрежденіе новаго заноса тромба.

Предупрежденіе эмболии и тромбоза въ періодѣ выздоровленія.

Въ состояніи-ли мы предупреждать образованіе тромбовъ и ихъ занесеніе, не вполне доказано по отношенію къ тромбамъ, возникающимъ послѣ операцій въ половыхъ венахъ; напротивъ, мы можемъ съ успѣхомъ предотвращать тотъ тромбозъ въ бедренной венѣ, который наступаетъ у обезкровленныхъ, слабыхъ сердцемъ особъ и совсѣмъ нерѣдко ведетъ къ эмболической закупоркѣ легочныхъ артерій.

Zweifelf придаетъ значеніе тому, чтобы при всѣхъ гинекологическихъ операціяхъ по возможности и просвѣты венъ закрывались лигатурой; этимъ, по его мнѣнію, лучше всего предупреждается обра-

¹⁾ Кровати поставляетъ фирма Dittmar. Берлинъ, Molkenmarkt.

зование тромбовъ и занесеніе ихъ. Это одно изъ основаній, почему онъ рекомендуетъ перевязку перерѣзанныхъ участковъ ткани по частямъ. Правда, трудно привести здѣсь убѣдительное доказательство, такъ какъ тромбозъ и эмболіи послѣ гинекологическихъ операцій не слишкомъ часты, такъ что и тѣ, кто при перерѣзкѣ ткани перевязываютъ только кровоточащія сосуды, едва ли многимъ чаще наблюдаютъ эмболіи. Многие думаютъ, что можно избѣгнуть тромбоза съ послѣдующей эмболіей усиленіемъ асептики при операціи; они считаютъ такимъ образомъ этотъ процессъ болѣе или менѣе всегда обусловленнымъ инфекціей. Если даже инфицированные тромбы несомнѣнно легче ведутъ къ эмболическимъ процессамъ, то все-таки можно утверждать, что возникаютъ также чисто асептическія тромбы и заносятся асептическія пробки.

Мы придерживаемся того мнѣнія, что большая часть наблюдаемыхъ послѣ гинекологическихъ операцій эмболическихъ процессовъ обязана своимъ происхожденіемъ не заносу тромбовъ изъ половыхъ венъ, а тѣмъ тромбамъ, которые первично образовались въ бедренной венѣ.

У кахектичныхъ и сильно обезкровленныхъ женщинъ мы наблюдаемъ нерѣдко въ реконвалесценціи появленіе *тромбоза v. femoralis*. Таковой начинается обыкновенно тотчасъ подъ Пупартовой связкой, гдѣ мы при самомъ началѣ страданія уже можемъ прощупать отчетливое утолщеніе. Клиническое теченіе представляется обыкновенно въ такомъ видѣ, что нога въ первые дни припухаетъ при болѣе или менѣе сильныхъ боляхъ отъ лодыжки до бедреннаго сгиба. Лихорадка рѣдко отсутствуетъ, температура подымается часто до 39° С. и выше. Болѣзненность ноги достигаетъ обыкновенно своей высшей точки съ наибольшей припухлостью, съ этого времени боли и лихорадка совершенно прекращаются. Припухлость ноги держится различное время; она можетъ затянуться на недѣли, изрѣдка опухоль ноги опадаетъ въ нѣсколько дней.

Иногда, хотя и рѣдко, тромбозъ начинается болями и припуханіемъ въ икрѣ; но можно-ли, какъ думаетъ *Riedel*, рассматривать его тогда какъ восходящій, мы считаемъ нерѣшительнымъ и скорѣе предполагаемъ и здѣсь первичное возникновеніе тромба подъ самымъ *lig. Poupartii*.

Часто полагали, что при этихъ тромбахъ бедренной вены рѣчь идетъ о распространеніи асептического или септического тромбоза изъ перерѣзанныхъ и перевязанныхъ венъ полового аппарата черезъ *v. iliaca interna* и *externa*.

Что тромбы бедренной вены въ огромномъ большинствѣ случаевъ ничего не имѣютъ общаго съ происшедшей инфекціей, вытекаетъ, во первыхъ, изъ того, что они возникаютъ при совершенно асептическихъ операціяхъ и послѣ вполне нормальнаго и безлихорадочнаго теченія, далѣе изъ того, что они обыкновенно развиваются лишь черезъ 2—3 недѣли *post. op.*, наконецъ, изъ того, что мы этотъ тромбозъ бедренной вены совсѣмъ нерѣдко наблюдаемъ у слабыхъ, обезкровленныхъ пациентокъ даже безъ предшествовавшего оперативнаго вмѣшательства, напр., у сильно обезкровленныхъ миоматозныхъ больныхъ. Если отъ занесенія тромба послѣдовала смерть, то вскрытіе также показываетъ намъ, что сядящій въ бедренной венѣ тромбъ не продолжается *per continuitatem* изъ венъ полового аппарата.

Тромбозъ бедренной вены въ большинствѣ случаевъ обусловливается чисто механическими моментами. У больныхъ, лежащихъ въ постели въ горизонтальномъ положеніи, область бедренной вены подъ самой Пупартовой связкой есть высшій пунктъ на протяженіи ножныхъ и тазовыхъ венъ. Опытъ же учитъ, что при извѣстномъ замедленіи кровяного тока на сосудистой стѣнкѣ отлагаются кровяныя пластинки, между которыми попадаютъ бѣлыя кровяныя тѣльца въ большемъ или меньшемъ числѣ и при извѣстныхъ условіяхъ также красныя. Съ этимъ отложениемъ кровяныхъ пластинокъ можетъ затѣмъ соединиться процессъ коагуляціи, такъ какъ ферменты фибрина освобождаются изъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, что влечетъ за собою свертываніе крови и закупорку просвѣта сосуда тромбомъ. У малокровныхъ и слабыхъ сердцемъ субъектовъ, у которыхъ кровообращеніе и безъ того слабо, предрасположеніе къ свертыванію крови повышено. Затѣмъ периферически отъ закупорки сосуда кровь сперва свертывается только до ближайшей болѣе крупной веной вѣтви, въ которой теченіе крови снова становится свободнымъ. Свертываніе крови можетъ также идти центрально отъ тромба, хотя всегда только на короткое протяженіе, между тѣмъ, какъ периферически тромбозъ можетъ распространяться и далеко, такъ, напр. тромбозъ бедренной вены можетъ распространиться въ икроножныя вены.

За чисто механическое происхожденіе тромбоза бедренной вены говорятъ также сдѣланныя *Lenander*'омъ и *Riedel*'емъ наблюденія, что тромбозъ *v. femoralis* чаще встрѣчается слѣва, нежели справа. Мы также можемъ это подтвердить: среди наблюдавшихся нами 8 случаевъ тромбоза бедренной вены онъ былъ 5 разъ на лѣвой ногѣ, два раза на правой и одинъ разъ на обѣихъ ногахъ. *Riedel* полагаетъ, что эту удивительную разницу на до объяснить различіемъ въ анатомическихъ условіяхъ лѣвой и правой подвздошной вены: *v. iliaca sin.*, по *Riedel*'ю, подвержена тройному, болѣе или менѣе перпендикулярно направленному артеріальному давленію, между тѣмъ какъ *v. iliaca dextra* подвергается только одиночному давленію подъ острымъ угломъ. Поэтому венозная кровь легче втекаетъ справа въ *v. cava*, нежели слѣва.

Согласно взгляду, что большинство случаевъ тромбоза бедренной вены обязаны своимъ происхожденіемъ чисто механическому застою крови въ *v. femoralis* у Пупартовой связки, наше стремленіе должно быть направлено на то, чтобы по возможности ускорить кровообращеніе въ ногахъ и главное воспрепятствовать замедленію кровяного тока въ бедренной венѣ ниже Пупартовой связки. *Lenander* совѣтуетъ поэтому поднять ножной конецъ кровати, подкладывая подъ ножки ея деревянныя подставки (10—15 см. вышины); подъемъ долженъ быть тѣмъ выше, чѣмъ болѣе пациентка малокровна и слаба сердцемъ. Поднятіе только ноги, по его мнѣнію, недостаточно, ибо тогда *v. iliaca ext.* представляетъ наиболѣе низко лежащую часть венознаго кровяного столба на протяженіи отъ ноги до сердца, и здѣсь еще можетъ произойти застой крови; если же одновременно поднять ножной конецъ кровати, то на равномерно наклонной плоскости теченіе крови можетъ поддерживаться до праваго предсердія.

Повышеніе нижняго конца кровати нѣкоторыми больными неприятно ощущается; дыханіе затрудняется вслѣдствіе поднятія диафрагмы, пища тоже должна «идти въ гору».

Мы считаемъ особенно важнымъ, чтобы у малокровныхъ и сла-

быхъ сердцемъ уже въ первый день послѣ операціи начинали дѣлать массажъ и гимнастическія упражненія ногъ для усиленія оттока крови; пять разъ въ день предпринимаютъ поглаживаніе (effleurage) всей ноги отъ стопы вверхъ къ бедру и нѣсколько разъ поднимаютъ ногу въ бедрѣ до отвѣсной линіи. Изображенная выше кровать допускаетъ одновременное приподнятое положеніе ногъ.

Были попытки отыскать ранніе признаки тромбоза и послѣдующей эмболии, причѣмъ *Leopold*, *Gessner*, *Mahler* указали, какъ на характеристичный симптомъ, на ступенеобразное нарастаніе частоты пульса при нормальной температурѣ. Помимо того, что *Mahler*'овскій признакъ, судя, напр., по изслѣдованіямъ *Burckhardt*'а изъ Вюрцбургской клиники, отнюдь не можетъ считаться характеристичнымъ симптомомъ, мы того мѣшнія, что едва-ли тутъ можно говорить о специальномъ симптомѣ, ибо на основаніи этиологии тромбоза понятно, что послѣдній чаще появляется у лицъ съ слабой и учащенной сердечной дѣятельностью.

Предупрежденіе послѣоперационнаго ileus'a.

Самое страшное болѣзненное явленіе въ періодѣ поправленія послѣ лапаротоміи это—*ileus*. Подъ *ileus* мы понимаемъ клиническій симптомокомплексъ, въ основѣ котораго не лежитъ однородный анатомическій субстратъ. Есть три главныхъ симптома, которые считаются характеристичными для клинической картины *ileus*'а:

рвота желчно-каловыми массами,
метеоризмъ,
задержка стула и газовъ.

Явленія *ileus*'а могутъ быть обусловлены различными причинами. Во-первыхъ, двигательная сила, которая прогоняетъ впередъ кишечное содержимое, можетъ отсутствовать вслѣдствіе параличнаго состоянія большаго или меньшаго участка кишки; мы говоримъ тогда объ *ileus paralyticus*. Этотъ парезъ кишечника можетъ возникнуть вслѣдствіе чисто механическихъ поврежденій кишечныхъ нервовъ, ибо при всякой лапаротоміи кишки подвергаются неизбѣжнымъ инсультамъ, или онъ можетъ обусловливаться центральными нервными вліяніями, напр. при истеріи. Кромѣ механическаго поврежденія, кишки могутъ еще парализоваться послѣ операціи химическими раздраженіями со стороны токсиновъ при начинающемся сепсисѣ брюшины. Эту форму *ileus*'а хотѣли совершенно отдѣлить отъ паралитической, сохраняя выраженіе «паралитическій *ileus*» только для первой изъ описанныхъ формъ. Но это должно, по нашему мнѣнію, вести къ недоразумѣніямъ; оба вида должны быть отнесены къ рубрикѣ «*ileus paralyticus*», такъ какъ при обоихъ имѣется ограниченный или общій параличъ кишки. Чтобы различать ихъ въ изложеніи, болѣе правильно всякій разъ присоединять подробно причину происхожденія пареза, слѣдовательно, септически-паралитическій *ileus* отличать отъ асептически-паралитическаго или же въ послѣднемъ случаѣ говорить о паралитическомъ *ileus*'ѣ на нервной почвѣ, причѣмъ, конечно, не надо упускать изъ виду, что и при септической формѣ парезъ кишки въ концѣ-концовъ обусловливается нервными вліяніями.

Этому паралитическому *ileus*'у можно противопоставить *механическій ileus*, ибо здѣсь не парезъ кишки служитъ основаніемъ недостаточнаго передвиженія кишечнаго содержимаго, а прохожденіе

задержано включеннымъ гдѣ-нибудь на протяженіи кишечной трубки препятствіемъ. Это препятствіе можетъ состоять либо въ постепенно нарастающемъ суженіи просвѣта, либо въ спастическомъ сокращеніи кишечной петли. При этой формѣ загражденія кишечной трубки питаніе кишечной стѣнки не нарушено, и мы говоримъ тогда какъ о разновидности механическаго ileus'a—объ *обтураціонномъ ileus'ѣ*. Если одновременно съ закрытіемъ кишечной трубки страдаетъ и ея питаніе, то предъ нами вторая разновидность механическаго ileus'a—*страниляціонный ileus*. Типомъ послѣдняго можетъ служить ущемленная грыжа.

Всѣ упомянутыя формы ileus'a могутъ наступить послѣ операциі въ періодѣ реконвалесценціи. При всякой лапаротоміи развивается въ большей или меньшей степени параличъ кишечника, такъ что первые легкіе симптомы асептическаго ileus'a обнаруживаются въ сущности послѣ всякаго чревосѣченія. *Септический паралитический ileus* можетъ появиться послѣ операциі либо въ такой формѣ, что только ограниченный отрѣзокъ кишекъ парализованъ при локализованномъ перитонитѣ, либо перистальтика всего кишечнаго тракта можетъ быть утрачена при общемъ послѣоперационномъ перитонитѣ.

Обтураціонный ileus возникаетъ послѣ операциі двоякимъ способомъ: онъ либо наступаетъ мало-по-малу, причемъ воспалительное гнѣздо облегаетъ кишечную петлю и постепенно настолько плотно ее замыкаетъ, что отрѣзокъ кишечника становится непроходимымъ для кишечнаго содержимаго и даже для газовъ. Это наблюдается, напр., иногда послѣ операциі по поводу гонорройныхъ заболѣваній придатковъ, при конхъ уже зачастую до операциі началось закрытіе просвѣта вслѣдствіе перехода специфическихъ возбудителей воспаления съ половыхъ органовъ на стѣнки кишечной трубки. Если теперь послѣ операциі еще присоединяется случайное воспаление, то кишечная трубка, въ особенностн мѣсто перехода flexura sigmoidea въ прямую кишку, можетъ оказаться совершенно заложеной.

Закрытіе кишечной трубки можетъ также обусловливаться спастической контрактурой ограниченнаго отрѣзка кишекъ. Нѣкоторые операторы долго отрицали существованіе спастическаго ileus'a, такъ, напр., *König, Gussenbauer, Gersuny*. *König* полагалъ, что при столь сложныхъ операцияхъ, какъ операциа ileus'a, легко могутъ быть сдѣланы ошибки въ наблюденіяхъ, такъ какъ, напр., заворотъ или перегибъ кишки могъ бы въ моментъ вскрытія живота разрѣшиться. Тѣмъ не менѣе наблюденія *Heidenhain'a, Murphy, Körte, Slajmar'a* настолько неоспоримы, что въ существованіи спастическаго обтураціоннаго ileus'a не можетъ быть болѣе сомнѣнія. Чаще всего энтероспазмы наблюдались у истеричныхъ женщинъ. *Murphy* сообщаетъ объ явленіяхъ ileus'a вслѣдствіе спазма кишекъ послѣ отравленій свинцомъ; въ случаѣ *Körte* раздраженіемъ послужилъ желчный камень, вокругъ котораго толстыя кишки судорожно сократились; мы имѣемъ, далѣе, сообщенія *Rehn'a* и *Trendelenburg'a* относительно спастическихъ сокращеній кишечника вслѣдъ за тяжелой контузійей живота. Очень длительный энтероспазмъ S-образной кривизны *Krönig* наблюдалъ послѣ одной міомэктоміи, при которой послѣ вылущенія интралигаментарно развившейся міомы были надорваны значительные куски mesocolon flexurae и отчасти должны были быть резецированы. При операциі этотъ участокъ оказался судорожно сокращеннымъ, какъ скрученный канатъ; былъ наложенъ въ

ободочной кишкѣ *anus praeternaturalis*; лишь спустя недѣли мало-по-малу снова возстановилась проходимость кишекъ.

Странгуляціонный *ileus* образуется послѣ гинекологическихъ операцій преимущественно на послѣдней петлѣ подвздошной кишки. Это обуславливается тѣмъ, что, во-первыхъ, этотъ отрѣзокъ кишки особенно подвиженъ, далѣе тѣмъ, что онъ фиксированъ въ одномъ пунктѣ, а именно у слѣпой кишки, вслѣдствіе чего наряду съ остроугольнымъ перегибомъ можетъ произойти осеповоротъ. Кромѣ послѣдней петли тонкихъ кишекъ, въ происхожденіи странгуляціоннаго *ileus'a* принимаетъ чаще всего участіе flexura; при длинѣ ея брыжейки легко можетъ произойти полуповоротъ или полный поворотъ вокругъ продольной оси ножекъ флексуры у основанія.

Для леченія послѣопераціоннаго *ileus'a* весьма важно въ каждомъ данномъ случаѣ возможно точнѣе распознать причину происхожденія этого симптома. Вышеупомянутыя различныя формы *ileus'a* отличаются извѣстными характеристичными болѣзненными симптомами, которые во многихъ случаяхъ дѣлаютъ возможнымъ *дифференціальную діагнозъ*. Эти симптомы вытекаютъ отчасти сами собою изъ наличныхъ механическихъ условий.

Паралитическій ileus легко можно отличить отъ obturационнаго, особенно если брюшные покровы не слишкомъ напряжены, по тому, что при послѣднемъ наблюдается усиленная перистальтика тотчасъ надъ мѣстомъ препятствія; лежащая впереди препятствія раздутая кишечная петля легко прощупывается черезъ брюшные покровы и часто видна какъ колбасовидная болѣе или менѣе очерченная опухоль; кромѣ того на ней можно отъ времени до времени констатировать отчетливое уплотнѣніе, какъ результатъ пробѣгающей перистальтической волны.

При *странгуляціонномъ ileus'ѣ* также можно *вначалѣ* опредѣлить отчетливо повышенную перистальтику поверхъ препятствія, но затѣмъ, вслѣдствіе разстройства питанія, которое претерпѣваетъ соответственный отрѣзокъ кишечника, наступаетъ парезъ, а съ этимъ и прекращеніе перистальтики, которое мало-по-малу распространяется на весь кишечный трактъ. Странгуляціонный *ileus* большею частью также легко можетъ быть отличенъ отъ obturационнаго, такъ какъ симптомы послѣдняго обыкновенно не такъ бурно наступаютъ, какъ при странгуляціонномъ *ileus'ѣ* вслѣдствіе ущемленія или заворота кишекъ.

Хотя *септически-паралитическій ileus* и основывающійся на чисто нервной почвѣ *паралитическій ileus* одинаковы въ томъ отношеніи, что при обоихъ имѣется параличъ меньшаго или большаго отрѣзка кишекъ, тѣмъ не менѣе въ большинствѣ случаевъ удается установить дифференціальную діагнозъ между обѣими формами, такъ какъ при первой мы имѣемъ еще септическую инфекцію, которая зачастую даетъ типическій отпечатокъ картинѣ болѣзни. Впрочемъ, повышеніе температуры, наблюдаемое вообще при инфекціяхъ, при септическомъ *ileus'ѣ* обыкновенно отсутствуетъ; самое большее, если вначалѣ температура поднимается до 38,5°, но затѣмъ она становится либо нормальной, либо зачастую субнормальной. Въ противоположность асептически-паралитическому *ileus'у*, при септическомъ сравнительно рано констатируется измѣненіе пульса, а именно учащеніе до 120—140 ударовъ, причемъ вслѣдствіе паралича сосудодвигатель-

наго центра пульсъ малый и нитевидный. Такъ какъ, соотвѣтственно большой всасывательной силѣ брюшины, септические токсины быстро попадаютъ въ русло кровообращенія, то скоро выступаютъ всѣ характерныя для общей септической инфекціи явленія, какъ блѣдность лица, безпокойство, холодный потъ, сухой языкъ и т. д. При простомъ паралитическомъ ileus'ѣ септическіе симптомы первоначально будутъ совершенно отсутствовать. Хотя мы имѣемъ главные симптомы ileus'a, но именно пульсъ при простомъ паралитическомъ ileus'ѣ на первыхъ порахъ крѣпкій и по частотѣ не превышаетъ 100 ударовъ. Въ *позднѣйшихъ* стадіяхъ могутъ, конечно, присоединиться и общія септическія явленія, такъ какъ благодаря продолжительной неподвижности кишечнаго содержимаго наступаетъ гніеніе, кишечныя бактеріи проникаютъ черезъ кишечную стѣнку и вызываютъ септической перитонитъ съ послѣдующимъ общимъ сепсисомъ. Итакъ, если даже *конечные* симптомы септически-паралитическаго ileus'a и простого паралитическаго ileus'a могутъ быть одинаковыми, то начальные симптомы большею частью допускаютъ точный дифференціальный діагнозъ.

Паралитическій ileus на *истерической* почвѣ очень часто не можетъ быть отличенъ отъ паралитическаго ileus'a, обусловленнаго механическими инсультами во время операціи; діагнозъ можетъ быть поставленъ только съ извѣстной вѣроятностью на основаніи общаго нервнаго состоянія женщины; именно при ileus hystericus симптомы непроходимости (рвота, метеоризмъ, запоръ) выступаютъ послѣ операціи въ особенно рѣзкой формѣ; только пульсъ служитъ указателемъ и можетъ навести на вѣроятный діагнозъ. Хотя нѣкоторыя статьи объ ileus'ѣ содержатъ утвержденіе, что истерическую форму его съ легкостью можно отличить отъ другихъ, мы готовы это рѣшительно оспаривать на основаніи нашихъ наблюденій. Это уже ясно вытекаетъ изъ того, что совсѣмъ нерѣдко изъ-за ileus hystericus была произведена лапаротомія.

Труднѣе всего установить дифференціальный діагнозъ между септически-паралитическимъ и странгуляціоннымъ ileus'омъ; это объясняется тѣмъ, что при перетяжкѣ петли кишекъ, особенно *тонкихъ*, расстройство питанія стѣнки можетъ наступить столь быстро, что симптомы закладыванія кишки съ вторичнымъ усиленіемъ перистальтики въ центрально лежащемъ отрѣзкѣ ускользаютъ отъ нашего вниманія, и только вторичный парезъ кишекъ ясно обозначается. Такъ какъ при странгуляціи петли тонкихъ кишекъ, какъ доказалъ экспериментально *Buchbinder*, бактеріи очень быстро проникаютъ черезъ кишечную стѣнку и вызываютъ сперва мѣстный, затѣмъ общій перитонитъ, то понятно, что очень рано оба вида ileus'a будутъ имѣть совершенно одинаковые клиническіе симптомы, въ особенноти тогда, если септически-паралитическій ileus обусловленъ *локализованнымъ* перитонитомъ, при которомъ общія септическія явленія не такъ выступаютъ на передній планъ въ картинѣ болѣзни.

Леченіе должно быть, разумѣется, различное, соотвѣтственно различному способу происхожденія, и если мы не всегда въ состояніи клинически точно разобраться въ отдѣльныхъ формахъ, то все-таки при внимательномъ наблюденіи симптомовъ, особенно *начальныхъ*, можно будетъ во многихъ случаяхъ поставить достаточно вѣрный діагнозъ.

Парезъ кишечника, какъ мы видѣли при описаніи послѣдовательнаго леченія оперированныхъ, есть почти нормальная реакція вскрытія брюшной полости. Въ большинствѣ случаевъ ослабленіе кишечныхъ движеній только временное, и скоро восстанавливается нормальное отправление. Тѣмъ не менѣе, мы должны согласиться съ *v. Herff* омъ, что можетъ наступить даже смерть при асептическомъ параличѣ кишекъ, и найденный при вскрытіи легкій фибринозный перитонитъ можетъ быть и вторичнымъ, такъ какъ въ концѣ-концовъ бактеріи протупають черезъ парализованную кишечную стѣнку. Подобные неблагополучные исходы вслѣдствіе послѣоперационнаго паралича желудка и кишекъ описаны *v. Herff* омъ и *Riedel* емъ; мы также наблюдали смертельно протекшій случай паралича кишекъ съ самыми тяжелыми явленіями ileus'a, къ которому мы ниже еще вернемся.

Въ предупрежденіе паралича желудка и кишекъ съ послѣдующимъ ileus, должны быть прежде всего до операціи устранены всѣ тѣ вредные моменты, которые могутъ вызвать ослабленіе или затрудненіе кишечной дѣятельности. Мы уже обращали вниманіе на то, что предъ лапаротоміей надо по возможности избѣгать всѣхъ сильныхъ слабительныхъ, особенно *drastica*, и что подготовленіе кишечника при гинекологическихъ операціяхъ должно ограничиваться по возможности простой клизмой; точно также мы высказались прежде противъ часто рекомендуемаго назначенія опія и висмута предъ операціей. Во время операціи техника должна быть направлена на то, чтобы по возможности избѣгать всѣхъ механическихъ поврежденій кишечныхъ стѣнокъ; наконецъ, послѣ операціи перистальтика должна быть возбуждаема (см. выше).

Riedel и *v. Herff* сообщаютъ объ острыхъ параличахъ желудка послѣ операцій, и въ отдѣльности *v. Herff* у мы обязаны подробной монографіей объ этомъ родѣ ileus'a. По его даннымъ, острый параличъ желудка возникаетъ лишь въ видѣ исключенія на почвѣ остраго расширенія желудка, обыкновенно же онъ поражаетъ здоровыхъ особъ въ возрастѣ 17—30 лѣтъ; около 70% случаевъ приходится на этотъ возрастъ. Въ расширеніи желудка принимаетъ участіе начальная часть *duodeni*, напротивъ, тонкія кишки скорѣе сдавлены расширеннымъ желудкомъ. При вскрытіи часто находятъ механическое загражденіе двѣнадцатиперстной кишки у корня брыжейки, тѣмъ не менѣе, по мнѣнію *v. Herff* а, расширеніе желудка здѣсь всегда первичное, перегибъ же *duodeni* на мѣстѣ перехода въ *jejunum* долженъ быть разсматриваемъ какъ вторичное осложненіе. Наркозъ, повидимому, не совсѣмъ лишенъ вліянія, ибо во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ наблюдался параличъ желудка, былъ примененъ хлороформъ.

Какъ первый существенный симптомъ появляется рвота, притомъ обыкновенно очень сильная. Количество рвотныхъ массъ велико и далеко превышаетъ количество введенной жидкости, слѣдовательно, жидкость должна была поступить въ желудокъ изъ тканей. Рвотныя массы жидкія, желтовато-зеленаго цвѣта, не каловыя. Вслѣдствіе сильной рвоты наступаетъ быстрый упадокъ силъ. Предсказаніе весьма неблагопріятно; въ 85% случаевъ больная умираетъ.

Какъ терацію *v. Herff* рекомендуетъ прежде всего частыя выполаскиванія желудка; кромѣ того, не безъ благопріятнаго вліянія

остаются, повидимому, также фарадизация и массаж живота, которые рекомендуются и для послѣоперационнаго паралича кишекъ.

Простой не-септический параличъ кишекъ можетъ тоже длиться столь долго, что жизнь больной можетъ наконецъ оказаться въ опасности. Но смертные случаи не часто наблюдаются, особенно рѣдко послѣ паралитическаго ileus'a, возникшаго на истерической почвѣ. Опасности длительного пареза кишечника состоятъ главнымъ образомъ въ томъ, что вслѣдствіе копростоза образуются язвы въ кишкахъ. Kocher разсматриваетъ эти язвы какъ пролежневые, возникшія отъ давленія каловыхъ массъ. Если это воззрѣніе, можетъ быть, подходитъ для одной части случаевъ, то оно не можетъ служить объясненіемъ язвъ тонкихъ кишекъ, наполненныхъ жидкимъ каломъ. Въ виду большой рѣдкости смертныхъ случаевъ отъ ileus paralyticus, мы намѣрены сообщить два собственныхъ наблюденія.

Послѣ міомэктоміи, произведенной у больной съ нефритомъ, появились на 5-й день post op. симптомы паралича кишекъ, между тѣмъ какъ до тѣхъ поръ перистальтика, хотя и вялая, была въ ходу. Животъ былъ вздутъ, къ давленію нечувствителенъ, была рвота первоначально чисто желтыми, потомъ желто-зеленоватыми массами въ большомъ количествѣ. Пульсъ былъ крѣпкій; послѣ клизмы отходили газы въ небольшомъ количествѣ, но испражненій не было. Въ виду хорошаго состоянія пульса, былъ поставленъ діагнозъ—асептической паралитической ileus, и леченіе предпринято выжидательное. Несмотря на многочисленныя клизмы, метеоризмъ не уменьшился, икота и рвота продолжались. Спустя 6 дней наступила внезапно и довольно неожиданно смерть. Вскрытіе показало, что брюшина вездѣ гладка и блестяща, кишки, особенно толстыя, чрезвычайно вздуты и расширены. Нигдѣ не констатировалось препятствія на протяженіи кишекъ. Толстыя кишки и нижнія петли подвздошной кишки обнаруживали многочисленныя язвы, доходящія до серознаго покрова, которыя были признаны пролежневыми.

Вопросъ о томъ, не былъ-ли здѣсь сильный парезъ кишечника обусловленъ нефритомъ, мы оставляемъ безъ вниманія, какъ не имѣющій значенія для терапіи и теченія.

Въ Тюбингенской клиникѣ случился послѣ кесарскаго сѣченія параличъ кишекъ, который тщетно пытались устранить обычными средствами. Наконецъ была снова вскрыта брюшная полость, весь кишечникъ былъ чрезвычайно вздутъ, но нигдѣ нельзя было констатировать ни сращенія, ни признаковь инфекціи. Кишечникъ былъ вскрытъ въ нѣсколькихъ мѣстахъ проколами, опорожнилось жидкое содержимое и газы; послѣ тщательнаго наложенія швовъ на мѣста проколовъ, брюшная полость была снова закрыта. Больная выздоровѣла.

Если мы въ состояніи возникшіи послѣ операціи парезъ кишекъ съ увѣренностью распознать какъ не-септический, то леченіе должно быть на первыхъ порахъ, разумѣется, чисто выжидательнымъ. Введеніемъ трубки въ прямую кишку, клизмами намъ въ большинствѣ случаевъ удастся постепенно возбудить ослабленную перистальтику.

Лишь тогда, если питаніе значительно страдаетъ отъ постоянной рвоты, мы должны прибѣгать къ питанію подкожному или per clusma. Если параличъ кишекъ распространился также на желудокъ, если послѣдній прощупывается въ надчревной области въ видѣ толстой подушечки, то показываются промыванія желудка мягкимъ желудочнымъ зондомъ. Подкожное введеніе атропина, по нашимъ наблюденіямъ, едва ли когда имѣло замѣтный успѣхъ. Дѣйствуетъ-ли здѣсь, какъ при параличѣ желудка, фарадизация живота, намъ неизвѣстно, ибо мы объ этомъ не собрали никакихъ данныхъ. Прогнозъ можетъ быть въ общемъ поставленъ благоприятный.

Послѣ того какъ наблюденіями Heidenhain'a и др. установлено

существованіе ограниченныхъ сокращеній кишечника на почвѣ истеріи и свинцоваго отравленія, наконецъ вслѣдствіе мѣстнаго раздраженія въ кишечной трубкѣ, мы должны также заняться леченіемъ этого состоянія. Во всѣхъ сообщенныхъ случаяхъ была произведена лапаротомія. При вскрытіи брюшной полости контрактура кишки, если она основывалась на истерической почвѣ, разрѣшалась иногда на глазахъ, или же наблюдавшаяся при операциі твердая, какъ канатъ, кишечная петля лишь спустя нѣсколько дней или часовъ вдругъ начинала снова пропускать кишечное содержимое. Описанный *Pankow*'ымъ случай изъ Іенской клиники протекъ не такъ благопріятно. Тамъ имѣлась спастическая контрактура S-образной кривизны на протяженіи около 15 см., обусловленная, вѣроятно, разстройствомъ питанія въ соответственномъ отрѣзкѣ кишекъ вслѣдствіе широкой резекціи брыжейки. Въ ожиданіи, что здѣсь спазмъ скоро самъ собою разрѣшится, брюшная полость была закрыта. Однако явленія *ileus*'а продолжались послѣ операциі и потребовали наложенія *anus praeternaturalis* повыше стриктуры въ ободочной кишкѣ. Въ первые недѣли всѣ испраженія непроизвольно отходили черезъ кишечную фистулу, затѣмъ постепенно установилось естественное прохожденіе кала черезъ прямую кишку.

Если послѣ операциі наступаютъ явленія *спастическаго ileus*'а, т. е. симптомы непроходимости кишекъ при сравнительно хорошемъ пульсѣ безъ септическихъ явленій, если на вздутомъ животѣ можно прощупать отъ времени до времени уплотнѣніе кишечной петли отъ пробѣгающей по ней перистальтической волны, то мы, разумѣется, на первыхъ порахъ воздержимся отъ оперативнаго вмѣшательства; опираясь на тотъ фактъ, что *ileus spasticus* особенно охотно развивается на почвѣ истеріи, мы будемъ давать, особенно нервнымъ женщинамъ, успокоительныя средства, е. морфій въ значительныхъ дозахъ; но, принимая во вниманіе, что при длительной непроходимости въ чрезмѣрно растянутой кишкѣ образуются язвы, мы не станемъ слишкомъ долго медлить съ наложеніемъ *anus praeternaturalis*.

Такъ какъ спастическій *ileus* преимущественно захватываетъ отдѣлы толстыхъ кишекъ, то мы разрѣзъ произведемъ въ области слѣпой кишки, ибо отсюда мы легко можемъ наложить кишечную фистулу при непроходимости въ области *colon* и отсюда же легко можемъ добраться до петель подвздошной кишки, если контрактура лежитъ въ нижнихъ ея частяхъ. При вскрытіи брюшной полости предпринимаютъ тщательный осмотръ спастически сокращеннаго мѣста, чтобы убѣдиться, нѣтъ-ли какихъ-нибудь мѣстныхъ раздраженій (аскариды, желчные камни, которые, какъ извѣстно изъ опыта, могутъ вызывать спастическія контрактуры).

Возникающій послѣ операциі *обтураціонный ileus* рѣдко ускользаетъ отъ нашего діагноза. Онъ появляется обыкновенно лишь спустя 2—3 недѣли послѣ операциі, преимущественно послѣ лапаротоміи, произведенной по поводу воспалительнаго пораженія полового аппарата. Большею частью при комбинированномъ изслѣдованіи мы прощупаемъ въ маломъ тазу эксудатъ, который закладываетъ кишечную петлю. Обтураціонному *ileus*'у обыкновенно предшествуетъ продолжительный лихорадочный періодъ, который возвѣщаетъ намъ образованіе выпота. Затѣмъ мало-по-малу наступаютъ признаки закладыванія кишекъ, и только тогда, когда эксудатъ совершенно закрылъ кишку, наблюдаются тяжелыя явленія *ileus*'а. Если отъ

примѣненія противовоспалительныхъ или рассасывающихъ средствъ не возстановляется скоро проходимость кишечника, то, какъ и при спастическомъ ileus'ѣ, разрѣзъ долженъ быть проведенъ въ области слѣпой кишки. Если мы наталкиваемся на раздутую слѣпую кишку, то тотчасъ накладываемъ кишечную фистулу. Въ общемъ при дальнѣйшемъ противовоспалительномъ леченіи можно рассчитывать, хотя лишь спустя недѣли, на самопроизвольное открытіе кишечной трубки на мѣстѣ стриктуры.

При *странгуляціонномъ* ileus'ѣ, той формѣ механическаго ileus'a, которой такъ бояться послѣ лапаротомій, въ прямую противоположность только что упомянутому виду механическаго ileus'a, симптомы непроходимости наступаютъ *остро*. Такъ какъ при гинекологическихкихъ операціяхъ перегибъ въ большинствѣ случаевъ появляется въ петлѣ тонкой кишки, припадки могутъ протекать такъ бурно, что первый симптомъ странгуляціоннаго ileus'a, усиленіе перистальтики въ лежащемъ выше стриктуры отрѣзкѣ, ускользаетъ отъ нашего наблюденія, а тотчасъ выступаютъ явленія пареза кишекъ, вслѣдствіе быстро наступающаго при странгуляціи кишки разстройства питанія. Менѣе бурно протекаетъ второй по частотѣ видъ странгуляціоннаго ileus'a—осеповоротъ flexurae. Здѣсь мы можемъ обыкновенно наблюдать болѣе продолжительное время уплотнѣніе сокращенной петли colon надъ мѣстомъ непроходимости, и лишь постепенно наступаютъ и здѣсь вслѣдствіе начинающагося перитонита явленія септического паралича кишекъ.

Какъ мы уже упоминали выше при дифференціальной діагностикѣ различныхъ родовъ ileus'a, наступающій послѣ операціи странгуляціонный ileus зачастую съ трудомъ, а то и совершенно не можетъ быть распознанъ. Разумѣется, отличеніе отъ обтураціоннаго ileus'a болѣею частью легко вслѣдствіе наблюдаемой здѣсь усиленной перистальтики; труднѣе уже отличить его отъ простаго паралитическаго ileus'a, однако пульсъ большой болѣею частью и здѣсь будетъ нашимъ вѣрнымъ путеводителемъ. При простомъ паралитическомъ ileus'ѣ пульсъ будетъ обнаруживать едва замѣтныя измѣненія, при странгуляціонномъ ileus'ѣ вслѣдствіе разстройства питанія кишки не можетъ долго отсутствовать, какъ септический симптомъ, перемѣна въ состояніи пульса.

Самое трудное и для леченія роковое рѣшеніе заключается въ дифференціальномъ діагнозѣ между странгуляціоннымъ ileus'омъ и септическимъ парезомъ кишекъ вслѣдствіе начинающагося послѣ операціоннаго перитонита. Мы упоминали, что симптомы того или другого должны быть совершенно одинаковы, если при странгуляціи кишки разстройство питанія ея стѣнки быстро сказывается раздраженіемъ брюшины. Роковой является ошибка потому, что странгуляціонный ileus настоятельно требуетъ немедленнаго вскрытія живота, между тѣмъ какъ локализованный перитонитъ, который обуславливаетъ ileus вслѣдствіе сепческаго пареза ограниченаго отрѣзка кишекъ, отнюдь не служитъ показаніемъ къ новому вскрытію брюшной полости.

Если намъ на основаніи вышеуказанныхъ признаковъ удалось поставить діагнозъ—странгуляціонный ileus, то терапия можетъ только гласить: *немедленное оперативное* устраненіе препятствія. Если мы при гинекологическихкихъ операціяхъ выбрали брюшной путь, то мы вскрыемъ животъ по старому разрѣзу разъединеніемъ швовъ. Такъ

какъ при странгуляціонномъ ileus'ѣ всегда имѣются септические явленія, пульсъ обыкновенно нитевидный, то для успѣха необходимо, чтобы препятствіе было найдено возможно скорѣе, чтобы по возможности избѣгали шока, чтобы воздѣйствіе на сердце было возможно меньше. Поэтому мы ограничимъ наркозъ до минимума, закончимъ всѣ необходимыя мѣры асептики до наркоза и дадимъ больной эфиръ лишь тогда, когда она уже лежитъ на операционномъ столѣ. Далѣе, если возможно, будемъ избѣгать положенія съ поднятымъ тазомъ, которое, какъ мы видѣли, уже само по себѣ предъявляетъ извѣстныя требованія къ сердцу. Тренделенбургово положеніе при ileus'ѣ еще и потому нежелательно, что обыкновенно въ этомъ положеніи извергаются рвотой большія количества каловой жидкости. Рвотныя массы могутъ попасть въ трахею и вызвать смерть отъ аспираціонной пневмоніи. Отъ рвоты не ограждаетъ также выкачиваніе желудка, которое должно быть предпринимаяемо предъ каждой операціей ileus'a. Переходъ кишечнаго содержимаго въ желудокъ можетъ совершаться такъ быстро, что уже спустя короткое время послѣ выкачиванія желудка снова наполненъ жидкостью.

Чтобы возможно скорѣе произвести операцію, мы должны знать, что при гинекологическихъ операціяхъ препятствіе въ большинствѣ случаевъ лежитъ въ послѣдней петлѣ подвздошной кишки и что странгуляція обыкновенно произошла оттого, что петля тонкихъ кишекъ спаялась въ маломъ тазу съ раневой областью. Поэтому мы тотчасъ рукой проникаемъ въ малый тазъ, чтобы ощупать, нѣтъ ли склеекъ между раневыми поверхностями брюшины и кишками, въ каковомъ случаѣ отдѣлить срощеніе большею частью не представляетъ никакихъ трудностей. Впрочемъ, если странгуляціонный ileusъ появился лишь спустя болѣе долгое время послѣ операціи, то петля можетъ оказаться приросшей настолько плотно, что отдѣленіе ея потребовало бы много времени; тогда для ускоренія лучше соединить приводящую и отводящую петлю посредствомъ энтероаностомоза съ пуговкой *Murphy*. При непримѣненіи Тренделенбургова положенія нельзя, къ сожалѣнію, обойтись для ориентированія безъ выниманія сильно вздутыхъ кишекъ. Если обратное вложеніе кишекъ встрѣчаетъ значительныя затрудненія, то хорошо вытянуть сильно вздутую петлю на сторону черезъ брюшную рану и сдѣлать на самомъ низкомъ пунктѣ маленькую насѣчку для выпущенія кишечныхъ газовъ. Этотъ надрѣзъ тотчасъ закрывается нѣсколькими серо серозными шелковыми узловатыми швами. Этотъ приемъ кажется рискованнымъ, въ виду опасности зараженія брюшины кишечной палочкой, однако опасность можетъ быть устранена, если при вскрытіи разложить кишечную петлю надъ салфеткой, которую тотчасъ убираютъ. Кроме того, здѣсь надо оперировать въ перчаткахъ, которыя вслѣдъ затѣмъ смѣняютъ. Опасеніе, что черезчуръ растянутая кишечная стѣнка будетъ потомъ легче пропускать бактеріи черезъ щели въ швахъ, представляется, судя по даннымъ опыта, несомнительнымъ.

Если женщина не умираетъ въ коллапсѣ непосредственно послѣ операціи, то можно поставить благоприятный прогнозъ. Пульсъ замѣтно улучшается обыкновенно уже въ вечеръ операціи, явленія непроходимости кишекъ быстро исчезаютъ, и довольное выраженіе лица смѣняетъ характерно искаженныя черты.

Если странгуляционный ileus возникъ послѣ влагалищной келіотоміи, то можно, по примѣру *Döderlein*'а, попробовать сперва отдѣлить прилипшую кишечную петлю посредствомъ вскрытія раны снизу. Впрочемъ, не надо забывать, что всякая проволочка здѣсь таитъ въ себѣ извѣстную опасность, съ часу на часъ больная слабѣетъ, и ухудшается прогнозъ лапаротоміи. Поэтому если тотчасъ послѣ влагалищной операціи не наступаетъ существенное улучшеніе общаго состоянія, то не надо медлить съ вскрытіемъ брюшной полости.

Данныя Тюбингенской клиники, опубликованныя *Winternitz*'емъ и *Baisch*'емъ, сводятся къ тому, что на 2000 операцій, изъ коихъ 1100 лапаротомій и 900 влагалищныхъ келіотомій, ileus наблюдался всего 32 раза. Изъ этихъ 32 случаевъ 12 разъ рѣчь шла о септическомъ ileus'ѣ при перитонитѣ; во всѣхъ этихъ случаяхъ релапаротомія была безуспѣшна, всѣ больныя умерли.

Въ упомянутомъ выше единственномъ случаѣ паралитического ileus'а больная выздоровѣла послѣ релапаротоміи и нѣсколькихъ наслѣдствъ кишки. Въ остальныхъ 19 случаяхъ рѣчь шла о механическомъ ileus'ѣ. Здѣсь релапаротомія была произведена 14 разъ, причемъ 11—80% больныхъ, находившихся въ безотрадномъ состояніи при повторномъ чревосѣченіи, выздоровѣли; трое, у которыхъ операція запоздала, умерли. Въ 4 случаяхъ изъ этихъ 19 помогло предпринятое со стороны влагалища отдѣленіе сросшейся съ культурой кишки. Одна женщина погибла безъ операціи.

Леченіе послѣоперационнаго перитонита.

При леченіи наступающаго послѣ операціи перитонита затрудненіе заключается главнымъ образомъ въ рѣшеніи вопроса, надо ли оперировать или нѣтъ. Если явленія *peritonitis postoperativa* съ самаго начала даютъ картину тяжелаго сепсиса, то объ излеченіи путемъ релапаротоміи нечего и думать. Въ такихъ случаяхъ самочувствіе женщинъ уже на слѣдующій день послѣ операціи тяжелое. Больныя безпокойны и одержимы чувствомъ страха, которое не даетъ имъ покоя ни днемъ, ни ночью; голова и руки въ постоянномъ движеніи, выраженіе лица испуганное, дыханіе поверхностное, реберное, больныя избѣгаютъ глубокихъ вздоховъ изъ-за сильной болѣзненности живота; дыхательныя движенія ограничены также потому, что діафрагма вслѣдствіе метеоризма оттѣснена вверхъ. Пульсъ малый, мягкій, витевидный, зачастую не поддается сосчитыванію, большею частью превышаетъ 150—160 ударовъ въ минуту. Температура поднимается на второй день внезапно до 40°, чтобы затѣмъ обыкновенно уступить мѣсто нормальной и субнормальной температурѣ. Если кромѣ этихъ септическихъ симптомовъ еще имѣются явленія ileus'а, полная задержка вѣтровъ, постоянная отрыжка и рвота, то, по нашему мнѣнію, новое вскрытіе брюшной полости не показуется, ибо септическія больныя не переносятъ хотя бы и кратковременной релапаротоміи, а излеченія безъ операціи, хотя и очень рѣдко наблюдаются, все-таки не совсѣмъ исключены. Что подобныя излеченія встрѣчаются, видно изъ релапаротомій, которыя производятъ спустя мѣсяцы или годы по поводу какихъ-либо жалобъ вслѣдствіе сращеній; тогда находятъ вездѣ во всей брюшной полости кишки спаянными между собою, и если промежутокъ времени послѣ первой операціи не очень большой, на отдѣльныхъ мѣстахъ между

кишками еще осумкованныя полости со старымъ сгущеннымъ гноемъ.

Въ такихъ случаяхъ мы должны стараться по возможности поддерживать силы больной; сюда относится, во-первыхъ, питаніе и во-вторыхъ, возбужденіе сердечной дѣятельности.

Friedrich и *Michaux* придаютъ значеніе внутривенному или подкожному вливанію обильныхъ количествъ жидкости въ леченіи перитонита. Выгодныя стороны этой терапіи усматриваются въ томъ, что, какъ показали *Romberg* и *Pässler*, кровяное давленіе повышается и устраняется обѣднѣніе организма водой съ его послѣдствіями—уменьшеніе мочеотдѣленія, мучительная жажда. *Michaux* признаетъ въ интравенозномъ вливаніи прямо-таки специфическое лечебное средство противъ перитонита. Съ впрыскиваніемъ жидкости могутъ одновременно вводиться въ организмъ питательныя вещества. *Friedrich* предпочитаетъ подкожное вливаніе внутривенному.

При введеніи солей и углеводовъ смѣсь должна быть по возможности изотонична сокамъ тѣла. Для этого молекулярная концентрація впрыскиваемой жидкости должна по возможности равняться молекулярной концентраціи 0,9% раствора поваренной соли. *Friedrich* рекомендуетъ къ 1 литру воды прибавлять 2 грм. поваренной соли и 30 грм. химически чистаго винограднаго сахара и этотъ растворъ вливать, послѣ предварительнаго кипяченія, въ количествѣ 500—1500 куб. стм. заразъ. Жидкость, согрѣтую на 39°, медленно вливаютъ черезъ широкую канюлю подъ кожу бедра или груди, такъ что въ 20—30 минутъ вводится около 2 литровъ. Вливаніе повторяютъ 3—4 раза въ день.

Мы можемъ, на основаніи изслѣдованій *Leube*, *Moritz'a*, *Du Mesnil de Rochmond* и *Friedrich'a*, вводить подъ кожу также бѣлки и жиры. Изслѣдованія обмѣна веществъ показали, что при подкожномъ введеніи эти вещества усваиваются организмомъ. По предложенію *Leube* жировыя вещества вводятся лучше всего въ формѣ растительнаго масла. Масло, температуры тѣла, впрыскивается въ количествѣ 20—100 куб. стм., при этомъ, во избѣжаніе боли, надо впрыскивать медленно. Введеніе бѣлковыхъ веществъ встрѣчаетъ затрудненія въ томъ, что не легко добыть хорошо сохраняющійся, обезпложенный бѣлковый препаратъ, который при впрыскиваніи не раздражаетъ и стораецъ въ тѣлѣ. *Friedrich* рекомендуетъ приготовленный *Siegfried'*омъ въ Лейпцигѣ пепсинъ-фебринъ-пептонъ. Можно этотъ пептонъ мѣшать съ винограднымъ сахаромъ и поваренной солью.

Friedrich рекомендуетъ слѣдующій способъ примѣненія: поутру подкожное вливаніе 1000 куб. стм. воды, къ которой прибавлено 2 грм. поваренной соли, 35 грм. винограднаго сахара и 15 грм. пептона. Къ вечеру вливаніе повторяется, но только съ 5—10 грм. пептона. Въ промежуточное время можно нѣсколько разъ вводить подъ кожу 20—100 грм. стерилизованнаго оливковаго масла.

Противъ болей въ животѣ, которыя подтачиваютъ силы больной, рекомендуется примѣненіе холода. Такъ какъ часто уже давленіе пузыря со льдомъ бодрѣзненно, то послѣдній подвѣшиваютъ на обрѣчѣ. У другихъ больныхъ, наоборотъ, больше облегченія доставляютъ влажно-теплые гидротатическіе компрессы.

Лекарственная терапія затрогиваетъ главнымъ образомъ вопросъ о томъ, давать-ли опіаты или слабительныя при начинающемся перитонитѣ, или же воздерживаться отъ всякаго воздѣйствія на пери-

стальтику. Иммунизацией кишечника думают предотвратить распространение перитонита и достигнуть по возможности локализования процесса в малом тазу послѣ гинекологических операций. Однако нельзя отрицать, что опыты обладают также большими недостатками: останавливая вполне уже ослабленную перистальтику, они сводят всасывание до минимума и тѣмъ, какъ мы видѣли, значительно понижаютъ силу сопротивляемости брюшины противъ бактерій.

Назначеніе слабительныхъ тоже мало умѣстно. Мы не въ состояніи возбудить къ дѣятельности парализованный кишечникъ ни слабительными, ни даже проносными и атропиномъ. Съ другой стороны, мы наносимъ ущербъ кишечной стѣнкѣ, которая и безъ того легче проницаема для бактерій и для скопившихся въ кишкахъ токсиновъ, и вызываемъ примѣненіемъ *drastica* усиленіе уже имѣющагося переполненія кишечныхъ сосудовъ, чѣмъ обуславливается опасное обезкровливаніе всего русла кровообращенія. Мы полагаемъ, что лучше всего избѣгать всякой лекарственной терапіи, направленной къ усилению или успокоенію перистальтики; благодаря воспалительному раздраженію, движеніе кишекъ само по себѣ настолько парализуется, что дѣло можетъ дойти до инкапсулированія мѣстнаго воспалительнаго очага. Мы не наносимъ тогда также ущерба бактерициднымъ силамъ сосѣднихъ участковъ брюшины, на которые могло бы распространиться воспаленіе.

Если перитонитъ не даетъ съ самаго начала картины общаго сепсиса, а преобладаютъ симптомы *ileus'a*, то *реланаротомія*, какъ опыты учить, можетъ иногда повести къ поразительно быстрому улучшенію и излеченію. Трудно, конечно, дать здѣсь опредѣленную статистику относительно результатовъ хирургическаго леченія послѣоперационнаго перитонита, такъ какъ понятіе «общій перитонитъ» не всегда въ одинаковомъ смыслѣ понимается различными опера-торами.

Если при вскрытіи живота хлынули массы гнойнаго эксудата, то уже говорится объ *общемъ* перитонитѣ. безъ указанія на то, что осмотръ дѣйствительно нигдѣ не обнаружилъ отграничивающихъ склеекъ. Между тѣмъ именно *colon transversum* часто образуетъ границу инфекціи кверху, такъ что брюшинныя поверхности желудка, діафрагмы еще свободны отъ воспаленія. Но этотъ перитонитъ, какъ справедливо отмѣчаютъ *Lenander* и *Körte*, даетъ значительно лучшее предсказаніе, чѣмъ настоящій «общій» перитонитъ. Итакъ, хотя мы и не можемъ представить точной статистики результатовъ повторнаго чревосѣченія при послѣоперационныхъ перитонитахъ, однако изъ статистикъ вытекаетъ, что излеченія наблюдались.

При *техникѣ операціи* возбуждаютъ вопросъ слѣдующіе пункты:

- 1) на какомъ протяженіи должна быть раскрыта брюшная полость;
- 2) насколько слѣдуетъ добиваться опорожненія эксудата посредствомъ вытиранія или промыванія;
- 3) слѣдуетъ ли дренировать?

Хирургическому леченію перитонита мѣшаетъ то, что невозможно многочисленныя бухты брюшиннаго пространства вполне механически очистить отъ гнойныхъ массъ или задержать развитіе бактерій. Пользу оперативнаго вмѣшательства мы можемъ усматривать только въ частичномъ опорожненіи гноя и уменьшеніи числа зародышей.

Какъ ни заманчиво возможно основательнѣе удалить гнойный секретъ, мы никогда не должны оставлять безъ вниманія состояніе слабости больныхъ; сердце, ослабленное септическими процессами, при малѣйшемъ повышеніи требованій къ нему отказывается работать.

Одни операторы, которые очень боятся наступленія у больныхъ сердечной слабости, лучше откажутся отъ основательнаго опорожненія гноя, даже рискуя не повліять на септической процессъ, между тѣмъ какъ другіе ждутъ пользы только отъ возможно полнаго опорожненія экссудата и лучше откажутся совершенно отъ операціи, если состояніе сердца больной не допускаетъ этого болѣе серьезнаго вмѣшательства.

Поэтому планы оперативнаго леченія послѣ-операционнаго перитонита сильно расходятся. Многіе довольствуются вскрытіемъ свѣже слипшейся раны по снятіи швовъ, дабы отсюда выбрать экссудатъ компрес-сиками или удалить вы-поласкиваніемъ, другіе же требуютъ болѣе основательнаго обнаженія брюшной полости; такъ, напр., *Israel* предлагаетъ дѣлать крестообразный разрѣзъ черезъ всю переднюю брюшную стѣнку. Нѣкоторые совѣтуютъ накладывать противо-воотверстія въ разныхъ мѣстахъ брюшины, напр. въ почечныхъ областяхъ, въ Дугласѣ. справа и слѣва отъ Пупартовой связки, дабы здѣсь ввести дренажные трубки и промывать брюшное пространство по всѣмъ направленіямъ. *Mc. Cosch, Finney, Rehn* реко-

мендуютъ даже вынуть кишки, вычистить ихъ и затѣмъ назадъ вложить подъ постояннымъ орошеніемъ солевымъ растворомъ.

На основаніи нашего опыта мы пришли къ убѣжденію, что при послѣоперационныхъ перитонитахъ всѣ болѣе радикальныя операціи должны быть отклонены. Всѣхъ больныхъ, съ которыми мы поступали по вышеуказаннымъ планамъ, мы потеряли либо уже на операціонномъ столѣ, либо нѣсколько часовъ спустя въ коллапсѣ. Зато намъ удалось достигнуть нѣсколькихъ излеченій при возможно маломъ вмѣшательствѣ: подъ легкимъ эфирнымъ наркозомъ на отопляемомъ операціонномъ столѣ брюшная полость вскрывается по старому разрѣзу; выпирающія кишки задерживаются, и опорожненіе гноя, который большою частью самъ вытекаетъ обильными массами, поддерживается промываніемъ брюшной полости физиологическимъ растворомъ. Для большихъ клиникъ можно рекомендовать аппаратъ

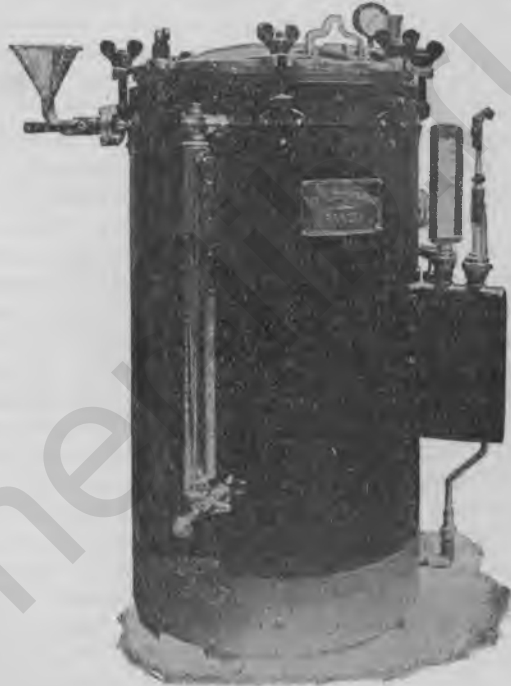


Рис. 47. Аппаратъ для обезпложиванія и длительного согрѣванія физиологическаго раствора до температуры тѣла.

Lautenschläger'a (рис. 47), который дает возможность имѣть всегда подъ рукой растворъ температуры тѣла. Для этого тазъ женщины нѣсколько опускаютъ и продвигаютъ въ полость малаго таза мягкую резиновую трубку. Выниманія кишекъ во время операціи мы по возможности избѣгаемъ; кишечныя петли, которыя не вмѣщаются въ животъ, мы заворачиваемъ во время промыванія брюшной полости въ горячіе пропитанные соевымъ растворомъ компрессы. Если обратное вложеніе кишекъ трудно, то мы поступаемъ такъ, какъ было упомянуто выше при странгуляціонномъ ileus'ѣ, т. е. вскрываемъ вздутую кишечную петлю, выпускаемъ газы и снова зашиваемъ ее въ нѣсколькихъ мѣстахъ. Наконецъ брюшная рана закрывается глубокими шелковыми швами безъ наложенія этажныхъ швовъ. Мы при этомъ сознаемъ вполне недостаточное опороженіе гнойнаго секрета, но полагаемъ на основаніи нашихъ наблюденій, что этой болѣе простой мѣрой достигаются лучшіе результаты, нежели всякимъ радикальнымъ образомъ дѣйствій. Мы не хотѣли бы оставить безъ упоминанія, что мы и при оперативномъ леченіи общаго перитонита избѣгаемъ положенія съ приподнятымъ тазомъ и всегда посылаемъ операціи промываніе желудка.

Хотя всѣ операторы признаютъ, что отведеніе секретовъ изъ брюшной полости, въ виду своеобразныхъ анатомическихъ условій, можетъ происходить лишь весьма несовершеннымъ образомъ, тѣмъ не менѣе почти всѣ придерживаются воззрѣнія, что необходимо *дренажъ* брюшной полости послѣ вскрытія ея, дабы по крайней мѣрѣ дать возможность оттока секретамъ. Для этого болышую частью рекомендуются резиновыя или стеклянныя трубки, обернутыя іодоформной марлей. Иные накладываютъ для цѣлей дренажа противоотверстіе, такъ, напр., при гинекологическихъ операціяхъ, при которыхъ секретъ преимущественно скопляется въ маломъ тазу, проводятъ дренажъ во влагалище черезъ задній Дугласъ. Вмѣсто дренажа, нѣкоторые операторы оставляютъ иногда брюшную рану открытой и защищаютъ кишки влажнымъ компрессомъ, который постоянно орошается теплымъ физиологическимъ растворомъ. Мы ограничиваемся тѣмъ, что черезъ нижній уголъ брюшной раны продвигаемъ въ брюшную полость стеклянную дренажную трубку, обернутую іодоформной марлей.

Если перитонитъ возникъ послѣ влагалищной операціи, то мы вскрываемъ брюшинное пространство, лишь распустивъ швы со стороны влагалища, и вкладываемъ Т-образный дренажъ для обезпеченія оттока. Дальнѣйшее послѣдовательное леченіе проводится въ общемъ по принципамъ, изложеннымъ нами при экспективномъ леченіи перитонита.

Doyen и *Heidenhain* предложили при воспалительномъ параличѣ кишекъ отъ перитонита опороженіе кишечника посредствомъ *энтеростоміи*. Операція должна быть сперва предпослана попыткой опорожнить кишечникъ естественнымъ путемъ. Для этой цѣли примѣняютъ клизмы; по *Heidenhain*'у, заслуживаютъ вниманія клистиры изъ кастороваго масла, рыбьяго жира или воды съ глицериномъ (6 столовыхъ ложекъ глицерина на $\frac{3}{4}$ литра воды) или смѣсь изъ крѣпкого раствора Карлсбадской воды съ прибавленіемъ глицерина или безъ него. Если тѣмъ не менѣе ileusъ продолжается, то производится энтеростомія въ полунаркозѣ послѣ предварительнаго промыванія желудка. Вскрываютъ животъ на мѣстѣ наибольшаго выпячиванія или тамъ, гдѣ предполагаютъ свободныя отъ воспаленія

кишки. Кишечная петля пришивается только къ *peritoneum parietale* и *fascia transversa*, но не къ кожѣ, во вниманіе къ тому, что въ послѣдствіи зачастую наступаетъ самопроизвольное закрытіе кишечной фистулы. Въ пришитой кишечной петлѣ дѣлается боковое отверстіе, и вводится въ просвѣтъ кишки тонкостѣнная дренажная трубка. Наружная стѣнка тампонируется и прилегающая кожа живота ограждается цинковой пастой отъ экземы. Если сдѣланная энтеростомія не ведетъ къ опорожненію, то она выполняется еще на второмъ и третьемъ мѣстѣ. Опорожнение кишечной фистулы поддерживается клизмами въ вышеупомянутой формѣ. Благопріятные отчеты опубликовали *Heidenhain*, *Doyen*, *Gebhardt* и др. *Gebhardt* настоятельно совѣтуетъ не скупиться на накладываніе кишечныхъ фистулъ, дабы возможно скорѣе опорожнить ядовитое содержимое кишекъ. До сихъ поръ мы имѣли только два раза случай произвести энтеростомію при перитонитѣ и вслѣдствіе этого воздерживаемся отъ сужденія.

Послѣдовательное леченіе при зараженныхъ ранахъ.

Если рана послѣ операціи заражена, то спрашивается, надо-ли ее дальше лечить асептически, или же перейти къ антисептическимъ мѣрамъ, орошенію антисептическими жидкостями или покрыванію антисептическими влажными компрессами, съ задержкой испаренія посредствомъ непромокаемой матеріи или безъ этого. Изслѣдованія *Messmer*'а и *Henle*, которые приписываютъ извѣстное значеніе антисептическому леченію инфицированныхъ ранъ карболовой кислотой и сулемой, можно противопоставить изслѣдованія *Reichel*'а, *Schimmelbusch*'а и др., согласно которымъ дезинфекція зараженной раны по меньшей мѣрѣ излишня.

Дѣйствующее начало при леченіи зараженныхъ ранъ лежитъ не въ химической области, но, какъ недавно показалъ *Friedrich* своими изслѣдованіями, въ чисто физически-механической области, т. е. въ превращеніи замкнутой гнойной полости въ открытую, въ уменьшеніи напряженія тканей и въ созданіи тока жидкости наружу.

Основательное вскрытіе глубоко лежащаго абсцесса въ брюшной ранѣ имѣетъ, къ сожалѣнію, всегда тотъ недостатокъ, что ведетъ къ вторичному наложенію швовъ и послѣдующему образованію грыжи. Поэтому мы будемъ нѣсколько сдержанны и только тогда возьмемся за ножъ, если противовоспалительное леченіе долгое время остается безуспѣшнымъ. Ранняя вскрытія гноя внутри въ брюшную полость мало надо опасаться въ виду пластическихъ свойствъ брюшины; обыкновенно гной пробиваетъ себѣ узкій путь наружу. Если абсцессъ вскрытъ, самопроизвольно-ли или посредствомъ разрѣза, то влажная гидropатическая повязка существенно способствуетъ быстрому образованію грануляцій. При выборѣ жидкости для этихъ компрессовъ не надо придавать значенія антисептическому средству, но отдавать предпочтеніе тѣмъ средствамъ, которыя, какъ извѣстно изъ опыта, возбуждаютъ образованіе грануляцій, таковы: слабые спиртные растворы, настойка арники, *vinum samphorae*, перекись водорода по *v. Bruns*'у и др.

Если въ первые дни послѣ операціи можно заключить о начинающейся инфекціи по общему состоянію, повышенію температуры, ускоренію пульса, то мы можемъ предпринять *предупредительныя мѣры* противъ распространенія инфекціи. Разумѣется, если констатируется ограниченный септический процессъ въ самой ранѣ, то

всегда *вскрытие* остается верховнымъ средствомъ; если же въ самой брюшной ранѣ нѣтъ реакціи, если воспалительный процессъ лежитъ глубже, будь то въ соединительнотканнхъ ранахъ малаго таза или въ перевязанныхъ культиахъ брюшной полости, то мы можемъ примѣнить всѣ тѣ средства, которыя поддерживаютъ бактерицидныя свойства ткани. Мы уже упоминали, какъ о профилактической мѣрѣ противъ инфекціи *при* операціи, о подкожномъ впрыскиваніи нуклеина; далѣе, вопросъ идетъ о введеніи антисептическихъ средствъ, которыя придають крови свойство задерживать развитие бактерій.

Здѣсь, какъ извѣстно, предложено *Credé argentum colloidalе* и *соли серебра* для внутривеннаго вливанія или для введенія въ организмъ путемъ втираній. *Экспериментально* это лечение серебромъ по *Credé* очень мало обосновано, ибо въ сущности никакихъ неоспоримыхъ опытовъ не имѣется по этому вопросу; однако можно бы до извѣстной степени сдѣлать этимъ экспериментамъ на животныхъ тотъ упрекъ, что для зараженія примѣнялись слишкомъ вирулентныя бактеріи, при коихъ и усиленное, задерживающее развитие свойство крови не состоятельно. Нѣкоторыя *клиническія* наблюденія гласятъ не неблагопріятно. Мы чаще пользовались втираніями, но въ настоящее время мы не можемъ еще рѣшительно высказаться относительно значенія этого средства; во всякомъ случаѣ, убѣдительныхъ, бросающихся въ глаза результатовъ мы никогда не наблюдали.

Наконецъ, рѣчь можетъ идти еще о введеніи въ организмъ бактерицидныхъ или антитоксическихъ *сыворотокъ* при начинающейся инфекціи. Всѣ сыворотки оказываютъ *специфическія* дѣйствія только на совершенно опредѣленныя бактеріи, между тѣмъ какъ по отношенію къ другимъ видамъ онѣ не дѣйствительны.

Въ этомъ специфическомъ дѣйствіи сыворотокъ лежитъ также ихъ ограниченіе. Такъ какъ при глубоко лежащей инфекціи въ брюшной полости мы не знаемъ, какой бактеріи инфекція обязана своимъ происхожденіемъ, то это только проба ощупью, если мы рѣшаемся на примѣненіе сыворотки. Къ сожалѣнію, какъ-разъ *peritonitis post operativa* отнюдь не обусловливается однородными бактеріями; есть наблюденія о зараженіи *streptococcus pyogenes*, далѣе, хотя и рѣже, *staphylococcus pyogenes aureus*, въ немаломъ числѣ случаевъ анаэробными бактеріями.

Пока мы обладаемъ только *бактерицидной* сывороткой противъ зараженія *streptococcus pyogenes*, но по своему дѣйствію она въ общемъ стоитъ далеко позади извѣстныхъ намъ антитоксическихъ сыворотокъ. Между тѣмъ какъ лечебное дѣйствіе, напр., антитоксической противодифтерійной сыворотки едва-ли можетъ быть болѣе оспариваемо, бактерицидующая противострептококковая сыворотка еще не признана терапевтически вѣрно дѣйствующимъ средствомъ. Это объясняется, по мнѣнію *Tavel'a*, не тѣмъ, что здѣсь нельзя достигнуть специфическихъ противодѣдій, а надо искать основаніе въ томъ, что стрептококки образуютъ *группу* изъ очень различныхъ и очень дифференцированныхъ разновидностей, и что вирулентность ихъ у различныхъ породъ животныхъ очень измѣнчива; разновидность стрептококковъ, въ высшей степени патогенная для человѣка, можетъ оказаться для лабораторнаго животнаго совершенно индифферентной, и наоборотъ. *Denys* и *van de Velde* показали своими изслѣдованіями, что противострептококковыя сыворотки оказываютъ интен-

сивное бактерицидное дѣйствіе только на *однородные* (гомологичные) виды стрептококковъ, но не на разнородные. Поэтому для приготовления противострептококковой сыворотки примѣняются въ настоящее время только патогенные для человѣка виды, по возможности *различно* происхожденія, безъ предварительнаго проведенія черезъ тѣло животнаго; такъ, напр., берутъ для приготовленія сыворотки стрептококкъ изъ абсцесса, изъ зараженныхъ лохий, отъ рожи и т. д. и смѣшиваютъ сыворотки.

Опыты *Tavel'*я показали, что добытая такимъ образомъ *поливалентная* сыворотка оказываетъ хорошее склеивающее дѣйствіе (агглютинація) на самые различные виды стрептококковъ, откуда можно заключить, что при клиническихъ опытахъ *поливалентныя* сыворотки во всякомъ случаѣ заслуживаютъ предпочтенія предъ *моновалентными*. Мы примѣняемъ сыворотки, выпущенныя въ продажу институтомъ Landsberg, которыя изготовляются поливалентными и безъ проведенія черезъ животный организмъ. Мы неоднократно вырыскивали эту сыворотку при начинающемся повышеніи температуры для профилактики, даже рискуя, что начинающаяся инфекция не была обусловлена *streptococcus pyogenes*. При такихъ условіяхъ, разумѣется, чрезвычайно трудно дать рѣшительное сужденіе, тѣмъ болѣе, что до сихъ поръ нѣтъ пригоднаго метода, который допускаетъ точное опредѣленіе силы доставляемой противострептококковой сыворотки. Одно мы можемъ утверждать, что и при употребленіи поливалентной сыворотки у насъ женщины погибали отъ стрептококковаго перитонита, у которыхъ мы сравнительно рано при первыхъ симптомахъ предпринимали впрыскиваніе. Мы не хотѣли бы оставить не упомянутымъ, что *Walthard* сообщаетъ объ очень благоприятныхъ клиническихъ результатахъ отъ примѣненія поливалентной противострептококковой сыворотки при родильной горячкѣ.

Вліяніе удаленія яичниковъ и матки на организмъ женщины.

При гинекологическихъ операціяхъ мы зачастую видимъ себя вынужденными удалить большія или меньшія части полового аппарата. Удаленіе *яйцепроводовъ*, помимо препятствія къ зачатію, повидимому, не имѣетъ никакого дальнѣйшаго значенія ни для остального полового аппарата, ни для организма; напротивъ, послѣ удаленія *матки* и *яичниковъ* или той и другихъ вмѣстѣ возникаютъ важныя послѣдствія для общаго состоянія оперированныхъ и для остающейся части полового аппарата. Мы различаемъ:

Послѣдствія удаленія *обоихъ* яичниковъ.

Послѣдствія удаленія *лишь одного* яичника.

Послѣдствія удаленія матки съ оставленіемъ или безъ оставленія яичниковъ.

Послѣдствія удаленія яичниковъ.

Значеніе, которое имѣетъ экстирпація *обоихъ* яичниковъ, мы можемъ въ общемъ считать въ настоящее время окончательно выясненнымъ послѣ изслѣдованій *Glaevecke*, *Werth'a*, *Abel'*я, *Zweifel'*я, *Mandel'*я, *Bürger'a*, *Грамматикати* и др., между тѣмъ какъ относительно значенія удаленія матки, одной или вмѣстѣ съ яичниками, взгляды еще далеко расходятся.

Вліяніе кастраціи на *весь организмъ* можетъ быть собрано въ три большіе симптомокомплекса.

1. Измѣненія вазомоторнаго характера: ощущение скоропреходящаго жара, приливы, приступы головокруженія, сердцебиеніе, поты, шумъ въ ушахъ и т. д.

2. Измѣненія, которыя могутъ быть объяснены колебаніями въ обмѣнѣ веществъ и которыя преимущественно выражаются усиленнымъ отложеніемъ жира.

3. Явленія со стороны психики: перемѣны въ настроеніи духа, доходящія до самаго тяжелаго угнетеннаго состоянія, ослабленіе памяти и т. д.

Вліяніе кастраціи на *остальной половой аппаратъ* выражается въ измѣненной функціи и въ трофическихъ расстройствахъ его, какковы: прекращеніе менструаціи, перемѣны въ половой жизни женщины, измѣненная *libido* и *voluptas*; кромѣ того, наблюдаются измѣненія въ структурѣ матки, влагалища и наружныхъ половыхъ частей.

Всѣ упомянутые симптомы наступаютъ у различныхъ субъектовъ въ различной силѣ; они въ общемъ проявляются тѣмъ отчетливѣе, чѣмъ женщина моложе. Кромѣ того, замѣчается существенная разница между женщинами съ нормальной нервной системой и нервно предрасположенными; именно послѣднія тяжелѣе поражаются вазомоторными и психическими отклоненіями. Далѣе, расстройства въ первое время послѣ кастраціи выражаются гораздо сильнѣе, чѣмъ впоследствии; совершенное исчезновеніе жалобъ часто наступаетъ лишь въ пору естественнаго климактерія; однако обыкновенно констатируется уже спустя 3—4 года послѣ операціи значительное ослабленіе симптомовъ.

Въ первые мѣсяцы послѣ операціи именно вазомоторныя расстройства—приливы, летучій жаръ—настолько сильны, что у больной зачастую нѣсколько разъ въ теченіе часа лицо внезапно заливается краской. Шумъ въ ушахъ, сердцебиеніе можетъ стать настолько неприятнымъ, что нарушаетъ сонъ въ первыя недѣли послѣ операціи. Психическія отклоненія наступаютъ большею частью лишь черезъ нѣсколько лѣтъ послѣ кастраціи, но тогда зачастую противостоятъ всякому леченію. Трофическія измѣненія въ маткѣ, влагалищѣ и наружныхъ половыхъ частяхъ выражаются въ томъ, что матка уже спустя немного мѣсяцевъ послѣ кастраціи начинаетъ отчетливо сморщиваться и по истеченіи 1—2 лѣтъ принимаетъ величину старчески-атрофической матки; измѣненія влагалища и наружныхъ половыхъ частей соответствуютъ въ общемъ тѣмъ, которыя мы видимъ при естественномъ климактеріи. Складчатость влагалищной слизистой исчезаетъ и уступаетъ мѣсто гладкой, сухой, легко трескающейся слизистой оболочкѣ. Большія половыя губы утрачиваютъ свой подкожный жиръ и атрофируются наравнѣ съ малыми губами. Если женщина оскоплена до рожденія ребенка, то каналъ влагалища можетъ стать настолько узкимъ, что половыя сношенія становятся невозможными; у многорожавшихъ измѣненіе просвѣта влагалища рѣдко бываетъ настолько значительно, однако и здѣсь встрѣчаются рѣзкія суженія.

Voluptas и *libido* обыкновенно уменьшаются вскорѣ послѣ кастраціи, но у иныхъ женщинъ они даже временно повышаются. Психическія измѣненія состоятъ въ общемъ въ состояніи угнетенія:

они, можетъ быть, не представляютъ прямой реакціи выпаденія функціи яичниковъ, но бываютъ зачастую центрального происхожденія. Все болѣе и болѣе пробуждающееся сознание, особенно у замужнихъ, что онѣ «не женщины больше, потому что не имѣютъ мѣсячныхъ», что отнынѣ онѣ навсегда должны отказаться отъ потомства, дѣйствуетъ угнетающимъ образомъ на ихъ душевное состояніе. Если нельзя было никакъ обойтись безъ удаленія обоихъ яичниковъ, то лучше на первыхъ порахъ не говорить женщинѣ всей правды, а утѣшать ее тѣмъ, что можетъ быть въ послѣдствіи менструація все-таки снова появится. Такъ какъ первыя соматическія явленія вслѣдствіе отсутствующей функціи яичниковъ очень бурны, то женщины вначалѣ не способны выдержать психическаго удара, который имъ наносится сообщеніемъ о томъ, что онѣ лишены яичниковъ; въ послѣдствіи, когда сосудодвигательныя разстройства ослабѣваютъ, мы скорѣе можемъ рѣшиться открыть женщинѣ глаза на ея состояніе.

Вазомоторныя и трофическія разстройства, которыя возникаютъ вслѣдствіе удаленія яичниковъ у женщины въ періодѣ половой зрѣлости, мы должны объяснить выпаденіемъ *химической* функціи яичника; говорятъ о «внутренней секретіи» яичника, причемъ послѣдній разсматриваютъ какъ железу безъ выводного протока. *Нервное* вліяніе должно быть отклонено потому, что опыты на животныхъ *Кнауера* и др. показали, что при пересадкѣ зародышевыхъ железъ съ ихъ первоначальнаго мѣстоположенія въ отдаленныя мѣста тѣла—напр., при трансплантаціи экстирпированныхъ яичниковъ въ карманы брюшины далеко отъ мѣста ихъ первоначальнаго расположенія—послѣдствія кастраціи для всего организма не наступаютъ, если питаніе яичниковъ со стороны окружающихъ частей достаточно.

При удаленіи лишь *одного* яичника, какъ доказалъ *Abel*, въ огромномъ большинствѣ случаевъ вышеупомянутыя явленія совершенно не наступаютъ; одинъ яичникъ можетъ вполне замѣнить второй въ своей секреторной функціи. Разумѣется, утрата одного яичника тоже имѣетъ значеніе для женщины въ томъ отношеніи, что при заболѣваніяхъ единственнаго оставшагося яичника опасность наступленія болѣзнейныхъ явленій отъ выпаденія функціи органа удваивается.

То наблюденіе, что кастрація въ періодѣ половой зрѣлости оказываетъ столь важное вліяніе на общее состояніе женщины, существенно повліяло на установку показаній къ оперативному удаленію яичниковъ. Показаніе къ удаленію яичниковъ изъ-за длительного воспалительнаго пораженія, что раньше нерѣдко вело къ экстирпаціи, въ настоящее время едва-ли еще признается, потому что мы функцію этого органа гораздо выше оцѣниваемъ, чѣмъ прежде. Вопросъ о кастраціи изъ-за истеріи уже больше не поднимается серьезно.

Наблюденіе явленій, зависящихъ отъ выпаденія функціи, повело далѣе къ тому, что при всѣхъ операціяхъ на яичникахъ мы стремимся по возможности сохранить второй яичникъ или по крайней мѣрѣ часть его. Новообразование въ одномъ яичникѣ, коль скоро вскрывалась брюшная полость, давали прежде показаніе къ экстирпаціи и второго яичника изъ опасенія, что и въ послѣднемъ можетъ потомъ развиваться новообразование. Въ настоящее время экстирпація

второго яичника при неоплазмѣ одного предпринимается лишь тогда, когда рѣчь идетъ о новообразованияхъ, при коихъ, какъ извѣстно изъ опыта, сравнительно часто встрѣчается двусторонность заболѣванія. При многополостныхъ кистомахъ, при кистѣ одного яичника въ періодѣ половой зрѣлости другой здоровый яичникъ принципиально щадятъ; мы рѣшаемся лучше на вторую лапаротомию въ случаѣ позднѣйшаго развитія неоплазмы въ остающемся яичникѣ, нежели подвергать женщину послѣдствіямъ кастраціи. При выраженномъ злокачественномъ новообразованіи одного яичника, особенно при саркомѣ, разумѣется, другой яичникъ долженъ быть принципиально тутъ же удаленъ.

Труднѣе отвѣтить на вопросъ, оставлять-ли часть яичника, если имѣется частичное заболѣваніе органовъ; здѣсь, разумѣется, существуетъ опасность, что отъ оставленной части выйдетъ рецидивъ и вынудитъ вторично оперировать. Многіе операторы отвергаютъ при такихъ условіяхъ оставленіе части яичника; мы полагаемъ, однако, что это не всегда правильно, особенно тогда, когда рѣчь идетъ о резекціи овариальной ткани изъ обоихъ яичниковъ. Если, напр., при гонорройномъ заболѣваніи придатковъ констатируется при операціи болѣе или менѣе сильное воспалительное измѣненіе *обоихъ* яичниковъ, напр. абсцессы желтаго тѣла, то, по нашему мнѣнію, оправдывается резекція овариальныхъ кусковъ, хотя и есть вѣроятность, что возбудители инфекціи впослѣдствіи захватятъ также оставленную часть яичника. Рѣшающимъ для нашего образа дѣйствій является здѣсь отвѣтъ на вопросъ, какія страданія больше, явленія отъ выпаденія функціи органа или страданія отъ позднѣйшаго гонорройнаго воспаленія овариальной культуры? Между тѣмъ какъ еще немного лѣтъ тому назадъ это безусловно рѣшалось въ смыслѣ большей важности послѣднихъ, съ тѣхъ поръ воззрѣнія настолько измѣнились, что мы въ настоящее время больше боимся явленій отъ выпаденія функціи яичниковъ, по крайней мѣрѣ у женщинъ въ расцвѣтѣ половой зрѣлости, и поэтому оставляемъ даже измѣненную яичниковую ткань. Точно также мы поступаемъ при кистахъ желтаго тѣла, кистахъ фолликуловъ; и здѣсь по возможности надо стремиться къ сохраненію овариальной ткани.

Эта резекція яичника допустима у женщинъ въ *расцвѣтѣ* половой зрѣлости и тогда, когда заболѣлъ лишь одинъ яичникъ; напротивъ, мы не оправдываемъ болѣе резекціи овариальной ткани при заболѣваніи одного яичника, если женщина находится на закатѣ половой зрѣлости, слѣдовательно въ концѣ третьяго и началѣ четвертаго десятка лѣтъ.

Если были вынуждены удалить оба яичника, то естественно является желаніе по возможности облегчить тяжелыя явленія отъ выпаденія функціи этихъ органовъ у женщины. Съ того времени, какъ было установлено, что эти симптомы обусловлены не нервными вліяніями, исходящими изъ яичника, а выключеніемъ химическихъ продуктовъ, которые образуются яичникомъ въ организмѣ, намѣчался путь къ устраненію этихъ явленій посредствомъ *кормленія веществомъ яичника*. Эксперименты *Fränkel*'я на животныхъ, направленные къ выясненію функцій желтаго тѣла, дѣлаютъ до извѣстной степени вѣроятнымъ, что именно *corpus luteum* вырабатываетъ специфическія вещества. Поэтому надо по возможности брать яичники отъ тѣхъ породъ животныхъ, которые особенно бо-

гаты лютеиномъ. Мы даемъ въ настоящее время яичники либо въ сыромъ видѣ, либо большою частью въ формѣ лепешекъ, которые содержатъ глицериновую вытяжку яичниковъ. Отзывы о дѣйствіи этихъ таблетокъ весьма различны, можетъ быть, въ зависимости отъ различнаго качества препаратовъ. Мы до сихъ поръ не наблюдали отъ назначенія оваріальныхъ таблетокъ значительнаго улучшенія симптомовъ, зависящихъ отъ выпаденія функціи яичниковъ.

Вмѣсто органотерапіи, можно также попробовать введеніемъ извѣстныхъ неорганическихъ веществъ дать замѣну выпадающаго оваріальнаго продукта. Такъ, напр., эмпирически дознано, что небольшіе приемы мышьяка имѣютъ послѣдствіемъ умѣренное улучшеніе страданій. Мы наблюдали перѣдко отъ назначенія воды Levisco—1—2 столовые ложки въ день—уменьшеніе приливовъ.

Наконецъ, можно бы еще поднять вопросъ объ оперативномъ замѣщеніи удаленныхъ яичниковъ посредствомъ имплантаціи нормальныхъ яичниковъ отъ той же или другой породы животныхъ. Такъ, можно было бы пересадить свѣжій яичникъ свиньи въ брюшную полость кастрированной женщины и обезпечить его питаніе посредствомъ обшиванія складкой брюшины. Эксперименты *Knauer*'а не даютъ возможности рассчитывать на успѣхъ въ этомъ направленіи, ибо только яичники того же вида животныхъ (кролики) сохраняли питаніе и замѣняли функціи. Такъ какъ далѣе эксперименты *Knauer*'а показали, что болѣе или менѣе надежная гарантія въ продолженіи функціи имплантированнаго яичника дана лишь тогда, когда яичникъ *того же* животнаго вылуценъ и пересаженъ на другое мѣсто, то и надежда на возмѣщеніе функціи посредствомъ имплантаціи яичника отъ другого лица также ничтожна. Въ одномъ случаѣ, въ которомъ у одной молодой дѣвушки были удалены оба яичника, *Doederlein*, въ виду послѣдовавшихъ затѣмъ рѣзкихъ болѣзненныхъ явленій, пересадилъ въ боковую стѣнку живота кусочекъ здороваго яичника, который былъ добытъ при половой экстирпаціи. Кусочекъ яичника приросъ безъ реакціи, но результата не было.

Чаще производилась пересадка одного или обоихъ яичниковъ съ ихъ первоначальнаго мѣстоположенія на другія мѣста тѣла у человѣка. При очень трудныхъ операціяхъ, въ особенности при интралигаментарно развившихся міомахъ можетъ случиться, что при экстирпаціи опухоли изъ техническихъ основаній или незамѣтно удаляются также оба яичника. Если бояться послѣдствій отъ выпаденія функціи яичниковъ, то въ подобныхъ случаяхъ въ настоящее время безусловно можно предпринять пересадку яичника по возможности въ Дугласовъ карманъ, обшивая его складками брюшины. При непреходимости Фаллопиевыхъ трубъ *Dudley* пересаживалъ яичникъ, для устраненія безилодія, въ полость матки и достигалъ беременности. У одной чахоточной, которая страдала очень сильными метастазами и у которой вслѣдствіе этого общее состояніе сильно ухудшалось, мы (*Krönig*) не удалили міоматозной матки, но кастрировали женщину; при этомъ одинъ яичникъ былъ пересаженъ въ карманъ подкожной клѣтчатки бедра и кожа надъ нимъ зашита. Женщина четыре мѣсяца не менструировала; но затѣмъ установились регулы съ правильными промежутками въ 3½ недѣли, притомъ теперь въ значительной степени. Во время регулъ женщина жаловалась на чувство напряженія на мѣстѣ имплантаціи на

бедрѣ. Мы только съ годъ имѣли возможность наблюдать эту женщину. Пока, слѣдовательно, попытки предупредить послѣдствія кастраціи посредствомъ пересадки удаленнаго яичника еще слишкомъ малочисленны.

Послѣдствія удаленія матки безъ удаленія или съ удаленіемъ яичниковъ.

Насколько мнѣнія всѣхъ гинекологовъ сходятся относительно значенія кастраціи для общаго состоянія женщины, настолько еще не установились взгляды на вліяніе, которое имѣетъ для женщины удаленіе одной матки съ оставленіемъ яичниковъ. Уже прекращеніе менструаціи, являющееся послѣдствіемъ удаленія матки, оказываетъ немаловажное вліяніе на общее состояніе женщины. Если, напр., органъ удаленъ изъ-за сильныхъ кровопотерь, то впослѣдствіи очень скоро обнаруживается умноженіе специфическихъ составныхъ частей крови, все состояніе питанія измѣняется. Мы наблюдаемъ поэтому почти всегда послѣ экстирпаціи матки возростаніе вѣса женщины. Впрочемъ, не вполне еще рѣшено, является-ли увеличеніе вѣса послѣдствіемъ только утраты матки или же отсутствія кровопотери при менструаціи. Мы почти во всѣхъ случаяхъ наблюдали наростаніе подкожнаго жира, даже тогда, когда органомъ жертвовали не изъ-за сильныхъ кровопотерь, а хотя бы изъ-за новообразованія; правда, отложеніе жира обыкновенно только тогда было особенно сильно, если органъ былъ удаленъ въ виду длительныхъ кровотеченій. Отложеніе жира рѣдко бываетъ стойкимъ; мы наблюдали очень часто, что сперва въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ послѣ операціи возростаніе вѣса доходило до 20 фунтовъ, но затѣмъ жиръ мало-по-малу исчезаетъ, и возстановляется прежняя фигура женщины. Столь *стойкая* наклонность къ тучности, какую мы наблюдаемъ послѣ удаленія обоихъ яичниковъ у женщинъ въ періодъ половой зрѣлости, лишь рѣдко наступаетъ при экстирпаціи одной матки.

Прекращеніе регулъ здѣсь, какъ и при удаленіи яичниковъ, обращаетъ вниманіе женщинъ на то, что ихъ половая жизнь угасаетъ, и это, какъ и при кастраціи, вліяетъ на ихъ психику. Но между тѣмъ какъ при удаленіи яичниковъ мы говорили отчасти о *специфической* реакціи кастраціи на психическое состояніе женщины, экстирпація матки, вѣроятно, подобнаго специфическаго вліянія не оказываетъ. Если тутъ появляются психическія аномаліи, то онѣ большею частью исключительно обусловлены тѣмъ, что женщина несчастна. Утративъ надежду на дальнѣйшее потомство. Поэтому мы рѣдко видимъ послѣ удаленія матки столь тяжелыя измѣненія въ душевной жизни женщины, какъ послѣ кастраціи; жалобы на ослабленіе памяти, которыя сравнительно рано уже появляются послѣ кастраціи, послѣ экстирпаціи матки, по крайней мѣрѣ въ первое время, не раздаются.

Подобно тому, какъ при кастраціи, было недавно указано на трофическія разстройства въ остальномъ половомъ аппаратѣ и послѣ удаленія матки.

Мы видѣли, что послѣ экстирпаціи обоихъ яичниковъ матка не только утрачиваетъ свою функцію, т. е. не менструируетъ, но и въ то же время подвергается трофическимъ разстройствамъ, ея паренхима сморщивается. Поэтому предполагають, что и обратно матка имѣетъ

вліяніе на отправленіе яичниковъ. Если овуляція и менструація у человѣка, можетъ быть, не совпадаетъ во времени, то связь между ними въ послѣднее время представляютъ себѣ въ такомъ видѣ, что утрата регулъ послѣ удаленія матки имѣетъ послѣдствіемъ прекращеніе овуляціи, далѣе, предполагается трофическое вліяніе матки на оваріальную ткань, такъ что удаленіе матки обуславливаетъ вторичное сморщиваніе яичниковъ. Это сморщиваніе яичниковъ послѣ экстирпаціи матки хотя и не такъ быстро идетъ, какъ сморщиваніе матки послѣ удаленія яичниковъ, однако, никогда будто бы не отсутствуетъ и достигаетъ тѣхъ же степеней, что и сморщиваніе матки послѣ кастраціи. Первый выступилъ съ этимъ утвержденіемъ *Abel*; изъ своихъ клиническихъ наблюденій онъ вывелъ заключеніе, что удаленіе тѣла матки приводитъ яичники къ атрофіи, такъ что спустя приблизительно три года женщины страдаютъ тѣми же тягостными симптомами, что и кастрированныя. Слѣдовательно, разницу можно было бы усматривать только въ томъ, что явленія отъ выпаденія функціи при кастраціи наступаютъ болѣе бурно и скоро послѣ операціи, между тѣмъ какъ послѣ экстирпаціи матки болѣе постепенно и потому менѣе тягостно для женщины.

Abel опирается въ своемъ утвержденіи на *клиническія* контрольныя изслѣдованія женщинъ, которыя лишились матки въ періодѣ половой зрѣлости; онъ изслѣдовалъ этихъ женщинъ черезъ 1—2 и больше лѣтъ послѣ экстирпаціи матки и при бимануальномъ ощупываніи констатировалъ, что первоначально яичники прощупывались еще возлѣ влагалищнаго рубца или возлѣ маленькой шейной культи, какъ отчетливыя опухоли, но въ послѣдствіи опухоли становились все меньше и меньше. Едва-ли можно подавить извѣстныя сомнѣнія въ доказательности этихъ данныхъ *Abel*'я. Когда мы при нормальныхъ половыхъ органахъ желаемъ прощупать яичники, то мы технически поступаемъ такъ, что изолируемъ матку, отыскиваемъ трубы, которыя катятся между наружной и внутренней рукой, и затѣмъ признаемъ за яичники тѣ маленькія, величиною съ миндаль, опухоли, которыя прощупываются на боковой или задней стѣнкѣ таза. Если нѣтъ матки, то существенно труднѣе находимыя въ маломъ тазу опухоли дифференцировать какъ яичники, такъ какъ намъ недостаетъ путеводной нити въ видѣ матки и трубъ. Если вспомнимъ, далѣе, что при экстирпаціи матки перевязываются большія или меньшія тканевыя культи и что вокругъ рубцовъ часто образуются маленькіе экссудаты, то будетъ понятно, что при первомъ изслѣдованіи вскорѣ послѣ операціи мы должны прощупать возлѣ рубца опухоли, которыя состоятъ не только изъ яичниковъ, но также изъ культи трубъ и перевязанныхъ, отчасти некротизированныхъ тканевыхъ культи. Послѣднія зачастую разсасываются лишь спустя долгое время, и если мы тогда снова поизслѣдуемъ, то мы найдемъ первоначально прощупывавшіяся опухоли значительно сморщенными. Но можно-ли это уменьшеніе опухолей отнести на счетъ сморщиванія яичника, никогда нельзя будетъ рѣшить клинически на основаніи ощупыванія.

Поэтому для вторичной атрофіи яичниковъ послѣ экстирпаціи матки могутъ быть доказательны не данныя ощупыванія, а исключительно результаты вскрытій или операцій, добытыя черезъ долгое время послѣ удаленія матки. Наконецъ, можно было также воспользоваться сравнительными экспериментальными изслѣдованіями у различныхъ животныхъ, ибо при большомъ сходствѣ половыхъ функ-

цій у животнаго и человѣка допустимы во всякомъ случаѣ извѣстные выводы. Имѣющійся въ этомъ направленіи матеріалъ противорѣчитъ клиническимъ выводамъ. *Werth* имѣлъ возможность сдѣлать анатомическія изслѣдованія въ 4 случаяхъ полной экстирпаціи, въ одномъ спустя 3 года послѣ операціи, въ остальныхъ раньше; никакой атрофіи яичниковъ, замѣтной для невооруженнаго глаза, не было обнаружено; въ одномъ яичникѣ было даже желтое тѣло какъ признакъ произошедшей овуляціи. Дальнѣйшія наблюденія имѣются *Грамматикати* черезъ 3 года послѣ операціи, одинъ случай *Mandl*'я и *Bürger*'а черезъ 5 лѣтъ послѣ операціи; мы (*Krönig*) получили яичники черезъ 10 лѣтъ послѣ операціи для наблюденія; въ послѣднемъ случаѣ (демонстрированъ въ Лейпцигскомъ акушерскомъ обществѣ) оба яичника были нормальной величины, въ одномъ находилось свѣжее желтое тѣло.

Насколько, слѣдовательно, эти случаи допускаютъ обобщеніе. угасаніе функціи яичниковъ не констатируется, тоже и въ анатомическомъ смыслѣ не происходитъ атрофія яичниковъ.

Экспериментальныя изслѣдованія *Грамматикати*, *Mandl*'я и *Bürger*'а показали, что еще и черезъ нѣсколько лѣтъ въ яичникахъ оперированныхъ животныхъ можно было констатировать процессъ созрѣванія и лопанія фолликуловъ.

Противъ доказательности анатомическихъ изслѣдованій яичниковъ черезъ долгое время послѣ экстирпаціи матки возражали то, что въ виду малочисленности наблюденій здѣсь, можетъ быть, только благодаря счастливой случайности сохранилось питаніе яичниковъ. Клиническія наблюденія *Abel*'я и др., согласно которымъ черезъ нѣсколько лѣтъ послѣ удаленія матки наступали такіе же симптомы, какъ у кастрированныхъ женщинъ, не допускаютъ обобщенія анатомическихъ данныхъ; послѣднія могутъ развѣ только наводить на мысль, что возможно избѣгать явленій вторичной атрофіи, если при техническомъ выполненіи экстирпаціи матки обращать въ то же время вниманіе на сохраненіе хорошаго питанія обоихъ яичниковъ со стороны сосѣднихъ тканей.

Werth предлагаетъ на этомъ основаніи видоизмѣненіе оперативной техники, направленное къ тому, чтобы поддержать притокъ крови къ яичникамъ со стороны восходящей вѣтви маточной артеріи. Онъ требуетъ, чтобы при экстирпаціи органа, если нѣтъ злокачественнаго перерожденія, по возможности держаться маточнаго края, избѣгать массовыхъ лигатуръ и отсѣченныя культы фиксировать къ брюшнѣ, дабы облегчить питаніе черезъ посредство брюшинныхъ склеекъ. *Olshausen* также старается при техническомъ выполненіи маточной экстирпаціи оградить яичникъ отъ разстройствъ питанія: онъ избѣгаетъ по возможности лигатуръ en masse или, если онѣ неизбежны, накладываетъ ихъ въ самую ткань матки; оставляемый яичникъ, если онъ достаточно подвиженъ, вшивается забрюшинно между листками расщепленной широкой связки.

Такъ какъ при *влагалищной* полной экстирпаціи сосудистыя соединенія съ яичникомъ не могутъ быть въ столь благопріятной мѣрѣ пощажены, то *Werth* полагаетъ, что при ней скорѣе можно опасаться вторичной атрофіи яичниковъ и худшаго общаго состоянія женщины, нежели при *exstirpatio abdominalis*.

Будутъ-ли эти техническіе планы сопровождаться успѣхомъ, до сихъ поръ не доказано. Если примемъ во вниманіе, что яичникъ по-

лучаетъ хорошую васкуляризацию со стороны сохраненной въ lig. suspensorium ovarii a. ovarica, то намъ представляется мало вѣроятнымъ, чтобы условія питанія яичника существенно улучшились благодаря вторичному питанію со стороны брюшины или восходящей вѣтви маточной артерій. Пришлось бы ужъ тогда призвать на помощь теорію *Jayle*, что и при неполнѣ сохраненномъ питаніи могутъ наступить различные симптомы вслѣдствіе *относительной* недостаточности яичника. Контрольныя изслѣдованія *Mandl*'а и *Bürger*'а не обнаружили также никакой разницы въ послѣдующемъ состояніи женщины, была-ли матка удалена влагалищнымъ или брюшнымъ путемъ.

Zweifel и *Abel* также не предвидятъ большого успѣха отъ этихъ плановъ *Werth*'а и *Olshausen*'а, но придаютъ особенное значеніе тому, чтобы по возможности сохранить небольшой участокъ менструирующей маточной слизистой. *Abel* наблюдалъ 4 случая надвлагалищной ампутаціи матки, въ которыхъ былъ оставленъ небольшой кусокъ менструирующей слизистой; тамъ явленія отъ выпаденія функціи совершенно отсутствовали въ послѣдствіи. Во избѣжаніе вторичной атрофіи яичниковъ, они требуютъ, чтобы *exstirpatio totalis* была замѣнена отсѣченіемъ тѣла матки нѣсколько выше внутренняго зѣва, дабы обезпечить послѣдующую менструацію.

До сихъ поръ связь между менструаціей и трофическими разстройствами яичника представляется намъ недостаточно твердо установленной клиническими и экспериментальными изслѣдованіями.

Если бы даже слабо обоснованное утвержденіе о вторичной атрофіи яичниковъ послѣ экстирпаціи матки было вѣрно, то и тогда нельзя считать показаннымъ совмѣстное удаленіе яичниковъ во всѣхъ случаяхъ *exstirpatio uteri*. Даже сторонники вышеуказанной теоріи признаютъ на основаніи своихъ клиническихъ наблюденій, что для общаго состоянія женщины имѣется существенная разница между кастраціей и экстирпаціей матки, а именно въ томъ, что послѣ экстирпаціи матки явленія отъ выпаденія функціи (*Ausfallerscheinungen*) наступаютъ лишь постепенно въ теченіе годовъ; слѣдовательно, симптомы не такъ бурны и не такъ ощутительны для женщины.

Сохраненіе яичниковъ не будетъ, разумѣется, серьезно взвѣшиваться при экстирпаціи рака матки; этотъ вопросъ можетъ только обсуждаться при удаленіи доброкачественныхъ опухолей или при удаленіи матки изъ-за чрезмѣрныхъ кровотеченій, которыя не удается остановить другими мѣрами. Такъ какъ экстирпація матки по этимъ показаніямъ чаще всего производится подъ конецъ половой зрѣлости, въ началѣ сороковыхъ годовъ, въ излюбленномъ возрастѣ міомъ, то климактерій едва-ли будетъ на много ускоренъ, если атрофія яичниковъ наступаетъ лишь спустя 2--3 года послѣ удаленія матки. Мы тогда избавимъ женщину отъ всякихъ страданій изъ-за выпаденія функціи яичниковъ.

Тѣмъ не менѣе многіе гинекологи придерживаются въ настоящее время той точки зрѣнія, что надо одновременно съ маткой удалять и яичники. Въ пользу своего образа дѣйствій они приводятъ различные моменты. Они полагаютъ, что отъ оставленныхъ яичниковъ, которые часто окутываются сращениями или склеиваются съ кншиками, въ послѣдствіи возникаютъ значительныя страданія, далѣе, что яичники предрасполагаютъ къ образованію кистъ фолликуловъ и

даже опухолей; наконецъ, продолжающаяся овуляція вызываетъ періодическія жалобы, такъ наз. *molimina menstrualia*.

Образованіе кистъ въ оставленныхъ яичникахъ наблюдали *Thorn*, *Fehling*, *v. Rosthorn*, *Olshausen*. Впрочемъ, *Werth* признаетъ только часть этихъ клинически наблюдавшихся кистовидныхъ опухолей за яичниковыя, при многихъ же рѣчь идетъ, по его мнѣнію, о брюшинныхъ кистахъ, появляющихся независимо отъ яичниковъ. *Amann* вынужденъ былъ въ нѣсколькихъ случаяхъ еще впоследствии удалить кистовидно перерожденные сросшіея яичники, такъ какъ они причиняли страданія; тоже и *v. Rosthorn* долженъ былъ еще спустя годы произвести экстирпацію яичниковъ, такъ какъ на нихъ образовались опухоли.

На основаніи этихъ данныхъ *Fritsch* и др. совѣтуютъ принципиально при операціяхъ міомъ удалять и яичники; другіе требуютъ совместнаго удаленія яичниковъ только у женщинъ, перешедшихъ за 40-лѣтній возрастъ, у болѣе же молодыхъ лишь тогда, если яичники при операціи уже лежатъ въ сросченіяхъ.

Для многихъ операторовъ *molimina menstrualia* тоже служатъ показаніемъ для совместнаго удаленія яичниковъ при полной экстирпаціи матки.

Къ сожалѣнію, какъ относительно опредѣленія этихъ *molimina menstrualia*, такъ и о характерѣ симптомовъ, объ ихъ происхожденіи мнѣнія настолько расходятся, что совершенно невозможно установить здѣсь однородную картину болѣзни. Подъ *molimina menstruationis* *Werth* и *Glaevecke* понимаютъ симптомы, которые появляются во время невозвращающейся менструаціи; при этомъ безразлично, удалена-ли матка одна или вмѣстѣ съ яичниками. Другіе, напротивъ, считаютъ *molimina menstruationis* связанными съ овуляціей; для нихъ они, при отсутствіи матки, служатъ доказательствомъ сохранившейся функціи яичниковъ. *Mandl* и *Bürger* выражаются въ своей монографіи о біологіи яичника слѣдующимъ образомъ: Какъ видимое выраженіе дѣятельности нормально функционирующаго яичника существуютъ у женщины въ періодѣ половой зрѣлости, во-первыхъ, менструація и, во-вторыхъ, менструаціонная волна. Если отправление яичника угасаетъ или яичники удалены, то пропадаетъ какъ менструація, такъ и менструальная волна, и наступаютъ явленія отъ выпаденія функціи яичниковъ (*Ausfallserscheinungen*). Если матка удалена, а яичники оставлены, то угасаетъ сперва менструація какъ видимое выраженіе оваріальной дѣятельности, но волна остается на короткое или на долгое время «какъ выраженіе дальнѣйшаго функционированія яичника, какъ выраженіе внутренней менструаціи». Эту менструальную волну можно, по *Manill*'ю и *Bürger*'у, опредѣлить измѣреніемъ температуры, сосчитываніемъ пульса, опредѣленіемъ кровяного давления и мышечной силы; они находили обыкновенно за нѣсколько дней до начала менструаціи замѣтный подъемъ всѣхъ этихъ функцій. Послѣ удаленія матки *molimina menstrualia* наступаютъ какъ симптомы дальнѣйшаго функционированія яичника. Если отправление яичника угасаетъ, то *molimina menstrualia* прекращаются и начинаются явленія отъ выпаденія функціи. Слѣдовательно, именно функція оставленнаго яичника причиняетъ эти страданія.

Согласно этому воззрѣнію, многіе совершенно не встрѣчаютъ *molimina menstrualia* у кастрированныхъ, но наблюдаютъ ихъ у

тѣхъ, которыя были лишены только матки, отчасти въ очень сильной формѣ, такъ что женщина въ это время тяжело страдаетъ. Другіе видятъ только замѣтное преобладаніе *molimina menstrualia* у женщинъ, у которыхъ удалена одна матка, по сравненію съ тѣми, которыя одновременно были лишены яичниковъ. Такъ, *Burckhard* приходитъ на основаніи клиническихъ контрольныхъ изслѣдованій къ заключенію, что при исключительномъ удаленіи матки *molimina menstrualia* гораздо чаще наступали (въ 22,2% случаевъ), нежели у женщинъ, у которыхъ одновременно были удалены яичники (9,1% случаевъ).

Мы намѣренно при изображеніи страданій кастрированныхъ женщинъ не упомянули *molimina menstruationis*, такъ какъ большинство наблюдателей ихъ отрицаютъ, но желали бы на этомъ мѣстѣ внести поправку, что, въ противовѣсъ выставленной выше теоріи, нѣкоторыми отмѣчаются *molimina menstrualia* также послѣ удаленія обоихъ яичниковъ.

Смотря по тому, оцѣниваются-ли *molimina menstrualia* по ихъ вліянію на общее состояніе женщины выше или ниже по сравненію съ явленіями отъ выпаденія функціи яичниковъ, показаніе къ одновременному удаленію яичниковъ у сторонниковъ теоріи, которые считаютъ *molimina menstruationis* обусловленными продолжающейся овуляціей, будетъ различно. Если полагать, что *molimina menstrualia* послѣ исключительной экстирпаціи матки очень разстраиваютъ общее состояніе женщины, то, принимая во вниманіе еще наступающія вполнѣдствіи явленія отъ выпаденія оваріальной функціи, можно считать показаннымъ въ каждомъ случаѣ *exstirpatio uteri* одновременное удаленіе яичниковъ. Такой выводъ дѣлаютъ, напр., *Mandl* и *Bürger*. Они нашли, что въ 47% случаевъ, въ которыхъ была сдѣлана полная влагалищная экстирпація матки съ оставленіемъ обоихъ яичниковъ, при послѣдующемъ контрольномъ изслѣдованіи констатировались явленія отъ выпаденія оваріальной функціи; если причислить къ этому тѣ случаи, въ которыхъ не было послѣднихъ явленій, но были тягостныя *molimina menstrualia* тотчасъ послѣ операціи, то окажется, что послѣ исключительной полной экстирпаціи матки 73% женщинъ имѣли разстройства. Если вмѣстѣ съ маткой были удалены яичники, то 80% женщинъ имѣли вполнѣдствіи жалобы. Судя по этому, сохраненіе яичниковъ при *exstirpatio totalis uteri* едва-ли представляло бы для женщины замѣтную выгоду.

На основаніи столь разнорѣчивыхъ данныхъ въ литературѣ невозможно, разумѣется, вывести какія-нибудь заключенія для своего образа дѣйствія; скорѣе всякій обязанъ избирать себѣ путь, руководясь на первомъ планѣ своими собственными наблюденіями. На нашъ взглядъ общее состояніе женщинъ въ расцвѣтѣ половой жизни послѣ экстирпаціи матки съ оставленіемъ яичниковъ настолько лучше, что мы никогда не видимъ надобности тутъ же удалять и яичники, даже считаясь съ рискомъ, что вполнѣдствіи могутъ наступить страданія вслѣдствіе фолликулярнаго перерожденія яичниковъ. У женщинъ, близкихъ къ климактерію, мы не придаемъ особеннаго значенія сохраненію яичниковъ, но должны отмѣтить, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ мы паблюдали еще у женщинъ въ серединѣ сороковыхъ годовъ послѣ удаленія яичниковъ тяжелыя явленія отъ выпаденія оваріальной функціи. Въ виду этого мы и здѣсь дѣйствуемъ очень консервативно и удаляемъ яичники лишь тогда,

когда этимъ существенно облегчается техническое выполненіе операціи. Относительно частоты *molimina menstrualia* мы намѣренно не даемъ никакихъ цифръ, ибо здѣсь мы должны не считать страданія, а взвѣшивать. Особенныхъ техническихъ приѣмовъ для сохраненія васкуляризаціи яичника черезъ боковыя вѣтви маточной артеріи мы не примѣняемъ, а считаемъ вполне достаточнымъ снабженіе кровью черезъ главную вѣтвь *a. ovarica*. Мы не отрицаемъ наступленія впоследствии явленій отъ выпаденія овариальной функціи и послѣ экстирпаціи матки, но усматриваемъ, подобно *Abel*ю, существенную разницу въ томъ, что здѣсь эти симптомы никогда не наступаютъ такъ остро и такъ бурно, какъ послѣ одновременной кастраціи. Замѣченный всѣми наблюдателями фактъ, что трофическія разстройства влагалища и вульвы если вообще наступаютъ послѣ экстирпаціи матки, то гораздо рѣже, чѣмъ послѣ удаленія обоехъ яичниковъ, тоже служитъ для насъ побудительной причиною, чтобы у женщины въ расцвѣтѣ половой жизни по возможности сохранить яичники при экстирпаціи матки.

Мы не считаемъ себя обязанными у женщинъ, *близкихъ къ климактерію*, видоизмѣнять въ извѣстномъ направленіи технику операціи ради сохраненія небольшой менструирующей культи, пока у насъ нѣтъ еще достаточныхъ свѣдѣній относительно трофическаго вліянія этой сохраненной слизистой на яичники. У женщины въ расцвѣтѣ половой зрѣлости мы, конечно, насколько возможно, стараемся сохранить менструирующую слизистую, главнымъ образомъ считаясь съ тѣмъ вліяніемъ, которое сохраненіе менструаціи имѣетъ на психику женщины.

На одинъ пунктъ, по нашему мнѣнію, обращается слишкомъ мало вниманія при послѣдовательномъ наблюденіи за женщинами, лишенными матки или яичниковъ, это именно на частоту вазомоторныхъ разстройствъ, совершенно схожихъ съ явленіями отъ выпаденія овариальной функціи, также у женщинъ съ *сохраненными* половыми органами. У сравнительно большого процента нервныхъ, малокровныхъ женщинъ можно наблюдать такіе же приливы, ощущеніе жара и пр., какіе мы считаемъ типичными для послѣдствій кастраціи; это никогда особо не отмѣчается при контрольныхъ изслѣдованіяхъ. Мы давно уже стали обращать вниманіе на эти симптомы при сниманіи анамнеза, особенно у женщинъ, у которыхъ предстояла экстирпаціи матки, и убѣдились въ ихъ относительно большой частотѣ. Предполагать здѣсь, что эти явленія объясняются относительной недостаточностью яичника, мы считаемъ одностороннимъ; нѣтъ основанія всякое вазомоторное разстройство, которое выражается въ головокруженіи, скоропреходящемъ ощущеніи жара, тотчасъ разсматривать какъ выпаденіе функціи яичника, ибо здѣсь, разумѣется, могутъ играть роль центральныя вліянія.

По нашему мнѣнію, мы до тѣхъ поръ не достигнемъ согласія во взглядахъ, особенно относительно вліянія маточной экстирпаціи на общее состояніе женщины, пока не станемъ обращать больше вниманія также на состояніе женщины *до* операціи.

Вліяніе гинекологическихъ операцій на нервную систему вообще.

Неоднократно утверждали, что именно манипуляціи или оперативныя приѣмы на женскихъ половыхъ органахъ особенно сильно

вліяють на психику женщины, и что иныя женщины становятся отъ этихъ вмѣшательствъ нервными и истеричными: особенно неврологи опасаются этихъ мѣстныхъ операцій.

Для правильного освѣщенія относящихся сюда фактовъ, необходимо различать три группы операцій:

1) гинекологіческія операціи, предпринимаемыя изъ-за нервныхъ страданій;

2) операціи удаленія матки или яичниковъ, т. е. органовъ, удаление которыхъ уже само по себѣ, какъ мы видѣли, имѣетъ значительное вліяніе на первную систему женщины въ періодъ половой зрѣлости;

3) операціи, при которыхъ играетъ роль только самое оперативное вмѣшательство, предпринимаемое у лицъ, невропатически не предрасположенныхъ.

Пока придерживались воззрѣнія, что половые органы стоятъ въ особо тѣсной связи съ общей нервной системой и что потому операціи на половыхъ органахъ должны оказывать специфическое вліяніе на нервную систему, считали за обязанность въ спеціальныхъ журналахъ, на медицинскихъ конгрессахъ, въ засѣданіяхъ ученыхъ обществъ регистрировать всѣ случаи, въ которыхъ вслѣдъ за гинекологіческими операціями возникали тяжелые неврозы.

Въ послѣднее время подобныя сообщенія стали гораздо рѣже, хотя гинекологіческія операціи сравнительно очень участились.

Baldehy обратился во всѣ крупные дома умалишенныхъ штата Пенсильваніи, съ запросомъ, были-ли приняты за послѣднія 5 лѣтъ больныя, у которыхъ психозъ развился послѣ лапаротоміи. Изъ полученныхъ отвѣтовъ онъ собралъ 15 подобныхъ случаевъ, изъ коихъ однако 11 были уже психически ненормальны до операціи, слѣдовательно, въ нихъ могла быть рѣчь не столько о появленіи, сколько объ ухудшеніи психоза.

Если мы подробнѣе прослѣдимъ въ литературѣ тѣ случаи, въ которыхъ послѣ гинекологіческихъ операцій возникли нервныя расстройства, то бросается въ глаза, что большею частью не самыя тяжелыя операціи вели къ психическимъ заболѣваніямъ, а болѣе мелкія, какъ *vaginifixura*, *discisio*, ампутація влагалищной части и т. п. *Löhlein* справедливо отмѣтилъ, что эти мелкія операціи большею частью дѣлались изъ-за нервныхъ жалобъ и, слѣдовательно, самое большее могли имѣть послѣдствіемъ ухудшеніе *уже существующаго* невроза. Какъ увидимъ ниже при оперативномъ леченіи ретрофлексіи матки, операціи производились не разъ изъ-за нервныхъ симптомовъ, которые ошибочнымъ образомъ приводили въ связь съ наличными аномаліями половыхъ органовъ.

Если при гинекологіческой операціи удаляютъ оба яичника или матку, то наблюдаемыя послѣ этого психическія расстройства имѣютъ *специфическій* характеръ и были уже описаны выше подъ названіемъ явленій отъ выпаденія функціи органа.

Если мы исключимъ эти послѣдніе и вышеупомянутые случаи при сужденіи о воздѣйствіи, которое оказываютъ на психику женщины операціи на женскихъ половыхъ органахъ, то послѣднія, по нашему убѣжденію, имѣютъ на нервную систему женщины *въ общемъ не большее вліяніе*, чѣмъ операціи на другихъ органахъ; о специфически вредномъ воздѣйствіи гинекологіческихъ операцій, безъ сомнѣнія, не можетъ быть и рѣчи.

Женщины сравнительно хорошо переносят серьезное оперативное вмешательство; кровопотери при операции женщина лучше переносит, чѣмъ мужчина. Боли, которыя наступаютъ послѣ операции, отражаются на нервной системѣ женщины далеко не такъ сильно, какъ у мужчины; послѣоперационный stupor, который такъ часто поражаетъ мужчину послѣ тяжелыхъ операций, у женщинъ наблюдается гораздо рѣже.

Если тѣмъ не менѣе иногда послѣ гинекологическихъ операций наблюдаются тяжелыя нервныя явленія, даже у здоровыхъ до того субъектовъ, то не надо забывать, что большое число именно гинекологическихъ операций связаны съ огромнымъ нервнымъ шокомъ. Удаленіе сильно сросшихся кистомъ и *ruosalpinx*’овъ, иныя міомэктоміи представляютъ такія операции, которыя по размѣрамъ вмешательства могутъ быть сравниваемы лишь съ немногими операциями на другихъ частяхъ тѣла. Продолжительность операции сравнительно большая, операции продолжительностью въ 1—2 часа въ непрерывномъ глубокомъ наркозѣ не относятся къ рѣдкостямъ. Во все это время кишки подвергаются дѣйствию атмосфернаго воздуха, и послѣ операции медленно восстанавливающееся отравленіе кишекъ требуетъ изнурительнаго ухода: сильная рвота не позволяетъ зачастую давать пить, несмотря на жесточайшую жажду, ибо питье вызываетъ новую рвоту; плотная пища не дается въ теченіе многихъ дней.

Насъ не можетъ удивлять, что здѣсь возникаютъ иногда нервныя расстройства, но таковыя несомнѣнно могутъ быть констатированы одинаковымъ образомъ при операцияхъ на другихъ частяхъ тѣла, если обратить на это соответственное вниманіе.

Если мы такимъ образомъ въ общемъ оспариваемъ специфическое вліяніе гинекологическихъ операций на нервную систему, то мы хотѣли бы сдѣлать исключеніе для мѣстныхъ манипуляцій у *virgines* и для оперативныхъ приѣмовъ, которыя дѣлаютъ молодыхъ женщинъ безплодными.

У *virgines* чувство стыдливости сильно выражено, и при неразумномъ образѣ дѣйствія врача можетъ наступить нервное расстройство вслѣдъ за мѣстнымъ вмешательствомъ; еще болѣе сильное психическое отклоненіе могутъ вызвать у женщины въ періодѣ половой зрѣлости операции, имѣющія послѣдствіемъ стойкое безплодіе. У замужней женщины вся мысль сосредоточена на желаніи имѣть потомство; если женщина лишается этой возможности, раньше еще чѣмъ она подарила жизнь одному ребенку, вслѣдствіе операции, напр. экстирпации трубныхъ мѣшковъ, то это даетъ «специфическій» психическій инсультъ.

Радикальная операция послѣоперационныхъ грыжъ.

Мы упоминали при изложеніи профилактики послѣоперационныхъ грыжъ, что вопреки всѣмъ мѣрамъ предосторожности, всегда встрѣчается извѣстный, хотя бы малый, процентъ грыжъ послѣ операций въ брюшной полости; это обязываетъ насъ къ разсматриванію вопроса, какъ лечить возникшія въ брюшномъ рубцѣ грыжи. Маленькія грыжи въ рубцѣ, какъ показалъ *Abel*, большею частью совершенно ускользаютъ отъ вниманія больной, такъ какъ онѣ не причиняютъ никакихъ жалобъ; даже грыжи побольше, величиною съ талеръ *), иногда сопряжены съ столь незначительными страданіями

*) Приблизительно съ русскій серебряный рубль.

для больныхъ, что послѣднія не хотятъ рѣшиться на радикальную операцію.

Для выясненія показанія къ оперативному вмѣшательству, важно, во-первыхъ, отвѣтить на вопросъ, часто-ли наблюдаются ущемленія кишекъ или салъника, и, во-вторыхъ, обнаруживаютъ-ли эти грыжи постоянную склонность къ росту. Мы видѣли, что послѣопераціонныя грыжи обыкновенно не могутъ быть вполне сравнимаемы съ естественными грыжевыми отверстиями бедренныхъ и паховыхъ грыжъ, такъ какъ здѣсь нѣтъ настоящей щели въ фасціи, изъ которой выступаетъ грыжевой мѣшокъ, а есть только истонченіе и растяженіе фасціи. Переходъ истонченной фасціи въ нормальную во многихъ случаяхъ постепенный; впрочемъ, въ иныхъ случаяхъ мы можемъ нащупать довольно рѣзкій край грыжевого отверстия. Отсюда уже вытекаетъ, что ущемленіе кишекъ въ послѣопераціонныхъ грыжахъ должно встрѣчаться гораздо рѣже, нежели въ естественныхъ грыжевыхъ отверстияхъ. Тѣмъ не менѣе наблюдались, хотя и рѣдко, настоящія странгуляціи кишекъ въ возникшихъ послѣ операціи грыжахъ.

При грыжахъ въ естественныхъ грыжевыхъ отверстияхъ показаніе къ оперативному вмѣшательству ставится въ зависимость отъ возможности удержать грыжу помощью грыжевого бандажа; всѣ тѣ грыжи, которыя не могутъ быть надолго удержаны вправленными съ помощью бандажа, даютъ показаніе къ радикальной операціи.

При послѣопераціонныхъ грыжахъ, за отсутствіемъ твердой подстилки, рѣдко удается хорошо удерживать кишки пелотомъ; поэтому по аналогіи можно было бы вывести заключеніе, что каждая послѣопераціонная грыжа должна быть оперируема; но такъ какъ число ущемленій такъ мало, то мы полагаемъ, что изъ этого показанія нельзя выводить необходимость радикальной операціи всякой послѣопераціонной грыжи.

Болѣе существенно для постановки показанія второе соображеніе, касающееся того, обнаруживаютъ-ли послѣопераціонныя грыжи склонность къ росту или нѣтъ. По *Abel*'ю, самыя маленькія грыжи съ еле проходимымъ для пальца грыжевымъ отверстиемъ обыкновенно не имѣютъ склонности дальше расти; но съ увеличеніемъ размѣровъ грыжи возрастаетъ тенденція къ росту. Если грыжа величиною больше талера, то она лишь въ $\frac{1}{4}$ случаевъ перестаетъ расти; если грыжа величиною съ кулакъ, то во всѣхъ случаяхъ грыжевое отверстие постоянно увеличивается. Выводы, которые мы дѣлаемъ изъ этихъ наблюденій, имѣютъ для насъ обязательную силу. Всякая послѣопераціонная грыжа, грыжевое отверстие которой пропускаетъ палецъ, даетъ показаніе къ скорѣйшему оперативному вмѣшательству; показаніе это тѣмъ строже, что, какъ извѣстно изъ опыта, чѣмъ больше грыжевое отверстие, тѣмъ меньше въ общемъ шансы на полное излеченіе послѣ операціи; кто хочетъ имѣть успѣшныя результаты, долженъ рано оперировать.

Большинство послѣопераціонныхъ грыжъ помѣщаются при разрѣзѣ по срединной линіи въ нижней трети рубца. *Abel* объясняетъ это, во-первыхъ, сравнительно частымъ отсутствіемъ первичнаго слипанія въ нижнемъ углу раны, далѣе естественной слабостью передней брюшной стѣнки ниже *linca semicircularis Douglasii*; позади прямой мышцы находится здѣсь только *fascia transversa*, а находящееся впереди прямой мышцы сухожиліе, благодаря особому на-

правленію его волоконъ, подвергается сильному поперечному растяженію при напряженіи брюшнаго пресса во время рвоты и при попыткѣ садиться въ кровати.

При радикальной операціи надо считаться съ своеобразными анатомическими условіями грыжи рубца. Мы не можемъ, какъ при радикальной операціи грыжи съ естественнымъ грыжевымъ отверстиемъ, гладко изолировать ножки грыжи и соединить ихъ между собой, но должны здѣсь обнажить переходъ растянутой фасціи въ нормальную фасцію и освѣжить это мѣсто.

На основаніи данныхъ, добытыхъ при брюшномъ швѣ, мы будемъ стремиться по возможности къ подкрѣпленію фасціального рубца мышечной пластинкой. При небольшихъ грыжахъ это можно произвести такимъ образомъ, что, освѣживъ фасцію и грыжевой мѣшокъ, обнажаемъ съ обѣихъ сторонъ прямыя мышцы и сшиваемъ сперва ихъ, затѣмъ фасцію и, наконецъ, кожу. При болѣе значительномъ грыжевомъ отверстіи это либо совсѣмъ невозможно, либо возможно только при большомъ натяженіи, въ виду сопротивленія, оказываемаго краями фасціи, соединенію въ сагиттальномъ направленіи.

Можно, по примѣру *Witt'a*, поступать такимъ образомъ, что фасцію освѣжаютъ въ видѣ миртоваго листа, такъ что продольная ось листа идетъ параллельно поперечной оси тѣла, чтобы затѣмъ соединить края фасціи въ поперечномъ направленіи. Чтобы уменьшить здѣсь напряженіе въ фасціальномъ рубцѣ, большую кладутъ въ первые дни послѣ операціи такимъ образомъ, чтобы ноги были согнуты въ тазобедренномъ суставѣ и верхняя часть тѣла согнута впередъ; но подобному соединенію фасціи недостаетъ подкрѣпленія въ видѣ мышечной пластинки.

При описаніи своего поперечнаго разрѣза фасціи *Pfannenstiel* обратилъ вниманіе на то, что его методъ также приложимъ къ оперативному леченію послѣоперационныхъ грыжъ, причемъ фасціальный покровъ широко отслаиваютъ отъ мышечной подстилки, затѣмъ соединяютъ *mm. recti* по срединной линіи, а фасціальные края поперекъ. *Menge* и *Biondi* сообщили нѣсколько случаевъ подобныхъ удачно протекшихъ операцій грыжи. Противъ этого оперативнаго метода можно выставить только одно опасеніе, что при большомъ отслоеніи отъ мышечной пластинки фасція можетъ пострадать въ своемъ питаніи и отчасти омертвѣть; но, судя по даннымъ, сообщеннымъ нами выше, едва-ли надо этого опасаться.

При чрезмѣрно большихъ брюшныхъ грыжахъ и этотъ методъ неудовлетворителенъ, ибо невозможно сблизить освѣженные края фасціи и широко разошедшіяся мышцы. Для такихъ случаевъ пригоденъ способъ, практикуемый *Goepel'em*. Послѣдній пересаживаетъ въ грыжевое отверстие неорганической матеріалъ, не поддающійся всасыванію и все-таки легко прирастающій, а именно готовую сѣтку изъ серебряной проволоки. Операція производится такимъ образомъ, что по обнаженіи грыжевого отверстия сѣтка накладывается на послѣднее и на отсепарованный вокругъ него апоневрозъ брюшныхъ мышцъ и фиксруется нѣсколькими швами, а надъ нею сшивается кожа. При небольшихъ грыжахъ вскрытіи брюшной полости для обнаженія грыжевого отверстия не требуется; при нѣсколько большихъ грыжахъ грыжевой мѣшокъ долженъ быть вскрытъ и резецированъ. Въ послѣднемъ случаѣ брюшная полость замыкается

непрерывнымъ перитонеальнымъ швомъ, а дефектъ въ брюшной стѣнкѣ закрывается исключительно проволоочной сѣткой¹⁾.

Результаты, сообщенные *Goepel* емъ, благоприятны; неудачи случаются тогда, если кровоостанавливаніе было не очень тщательнымъ. Первоначально наблюдавшійся частую перегибъ проволоочной сѣтки при быстрыхъ движеніяхъ большой въ послѣднее время устраненъ тѣмъ, что *Goepel* сталъ употреблять вмѣсто проволоочной сѣтки сдѣланіе проволоочныхъ колець, которыя могутъ смѣщаться въ любомъ направленіи.

Разграниченіе влагалищной и брюшной келіотоміи.

Atlee первый вскрылъ брюшную полость влагалищнымъ путемъ въ 1857 г., однако онъ не имѣлъ при этомъ въ виду систематической операціи. Планомѣрно этотъ путь избралъ впервые въ 1870 г. *Gaillard Thomas*; въ послѣдующее время были единичные случаи экстирпаціи небольшихъ опухолей половыхъ органовъ черезъ влагалищный разрѣзъ; такъ, напр., *August Martin* въ 1878—80 гг. сдѣлалъ нѣсколько попытокъ провести оваріотомію влагалищнымъ путемъ; отдѣльные случаи сообщили *Péan* и *Byford*. Тѣмъ не менѣе это несомнѣнно заслуга *Dührssen*'а, что онъ въ 1894 г. предпринялъ въ большемъ масштабѣ удаленіе трубъ и яичниковъ со стороны влагалища. *Dührssen* избралъ путь черезъ передній влагалищный сводъ, между тѣмъ какъ *Gaillard Thomas* оперировалъ черезъ задній сводъ.

Со времени появленія монографіи *Dührssen*'а о передней кольпотоміи многіе операторы стали проводить влагалищный методъ, напр., *Martin*, *Schauta*, *Zweifel*, *Bumm*, *Fritsch*, *Wertheim*, *Tauffer* и мн. Опубликованы большія серіи операцій по этому способу; такъ, напр., *Heinsius* сообщаетъ уже въ 1903 г. о 1500 кольпо-келіотоміяхъ, произведенныхъ *Martin*'омъ въ Берлинѣ и Грейфсвальдѣ.

Нельзя не признать, что въ общемъ увлеченіе влагалищными операціями въ послѣднее время сильно остыло, особенно подъ впечатлѣніемъ предостереженій *Fehling*'а, *Zweifel*'я и др., которые высказались противъ слишкомъ широкой постановки показаній при влагалищныхъ операціяхъ.

Техника передней и задней кольпотоміи.

Техника *передней* кольпотоміи въ общихъ чертахъ слѣдующая. Обнажаютъ влагалищную часть короткимъ заднимъ желобоватымъ

¹⁾ Проволочныя серебряныя сѣтки разной величины доставляетъ инструментальный мастеръ *Möcke*, Лейпцигъ, Universitätsstrasse.

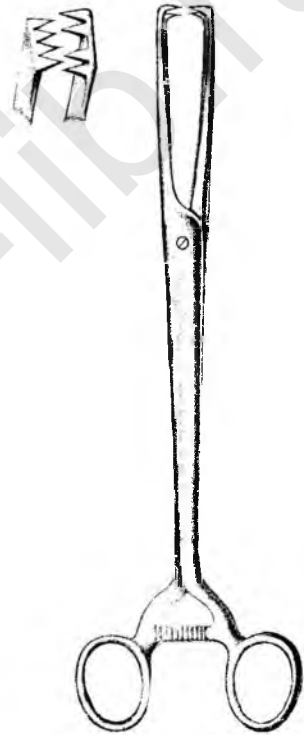


Рис. 48. Щипцы съ зубцами для захватыванія влагалищной части.

зеркаломъ и захватываютъ зубчатыми щипцами (рис. 48) 'переднюю маточную губу. Затѣмъ зеркало удаляютъ и вытягиваютъ *portio vag.* предъ половую щель и въ то же время по направленію къ промежности. Смотря по тому, проектируется-ли большій или меньшій

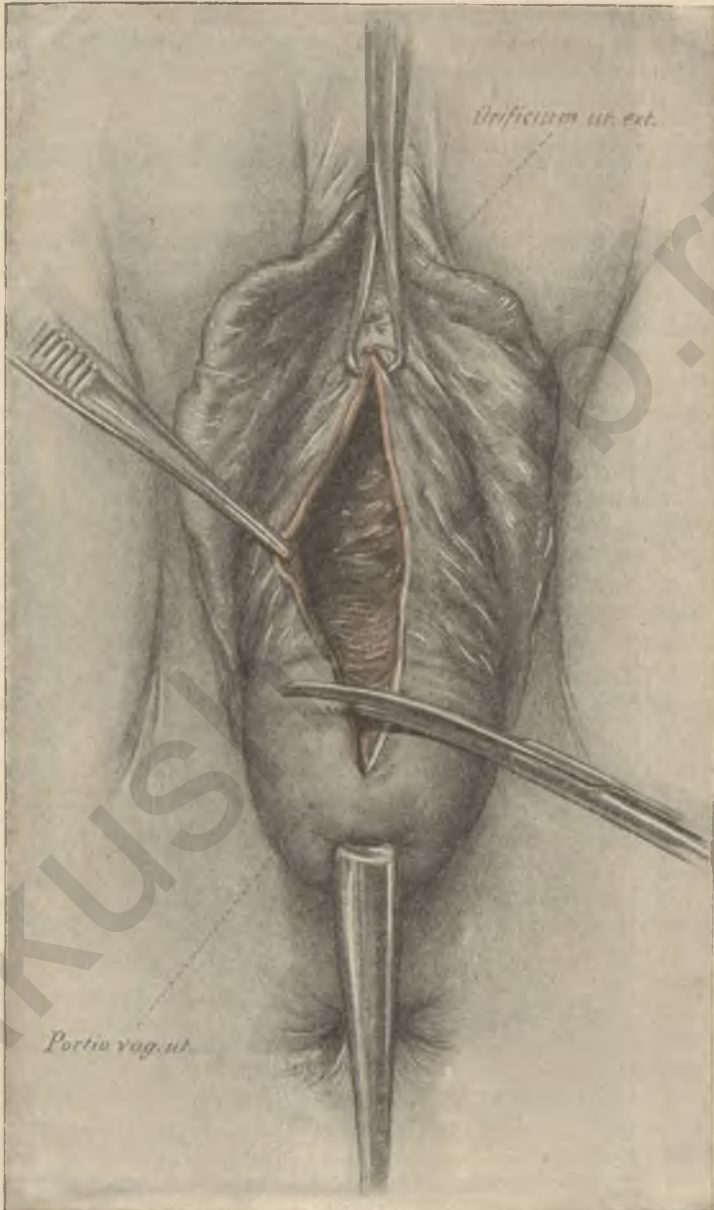


Рис. 49. Влагалищный разръзъ при передней кольпотомии.

входъ въ брюшную полость, проводятъ въ переднемъ сводѣ, на границѣ между шейкой и пузыремъ, поперечный или Т-образный (рис. 49) разръзъ; послѣднему въ общемъ надо отдать предпочтеніе, такъ какъ онъ даетъ возможность лучше ориентироваться. Для этого

захватывают пулевыми щипцами переднюю влагалищную стѣнку на 1—2 см. ниже мочеиспускательнаго валика и, оттягивая щипцы къ симфизу, напрягаютъ переднюю влагалищную стѣнку. Затѣмъ про-

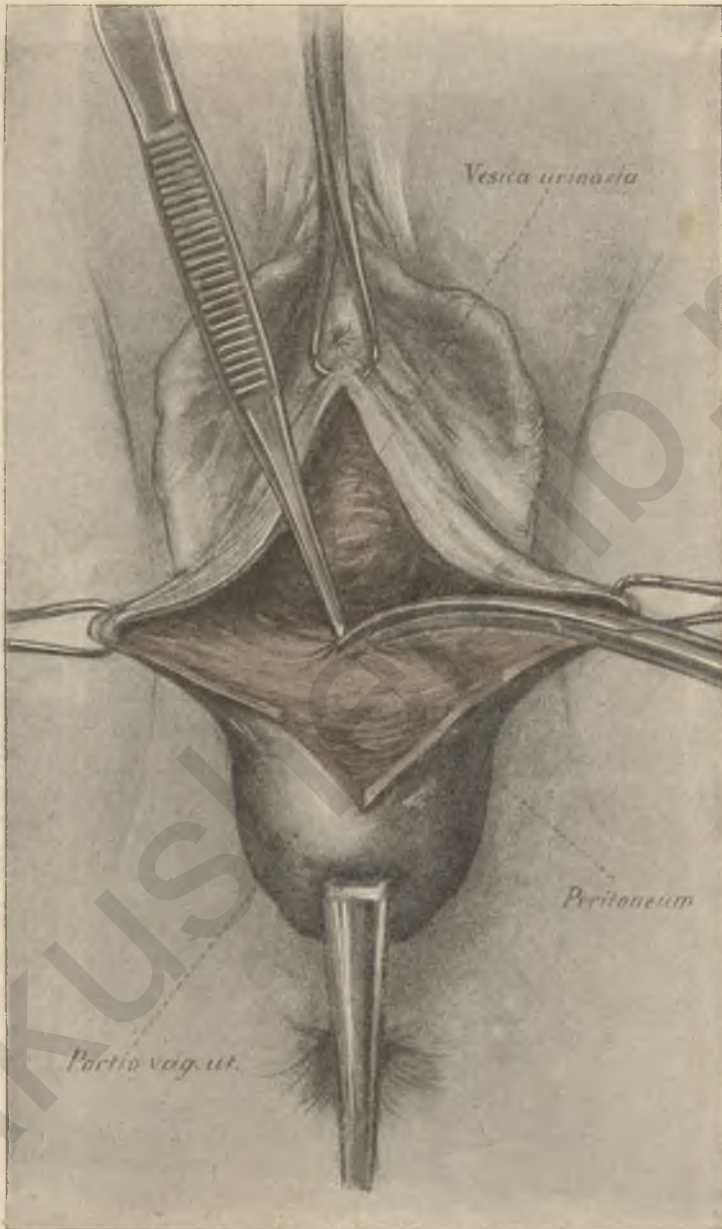


Рис. 50. Вскрытіе брюшины послѣ отслоенія пузыря.

водятъ по передней влагалищной стѣнкѣ продольный разрѣзь, который простирается отъ уретральнаго валика до влагалищной части и въ концѣ продольнаго разрѣза надъ regio vag. ведутъ два боковыхъ разрѣза перпендикулярно къ первой ранѣ. Разрѣзы углубляются до

рыхлой клетчатки, лежащей между пузыремъ и шейкой. Послѣ этого пузырь легко отслаивается пальцемъ отъ шейки и сдвигается вверхъ; брызжущіе сосуды тотчасъ перевязываются. Часто выступаютъ

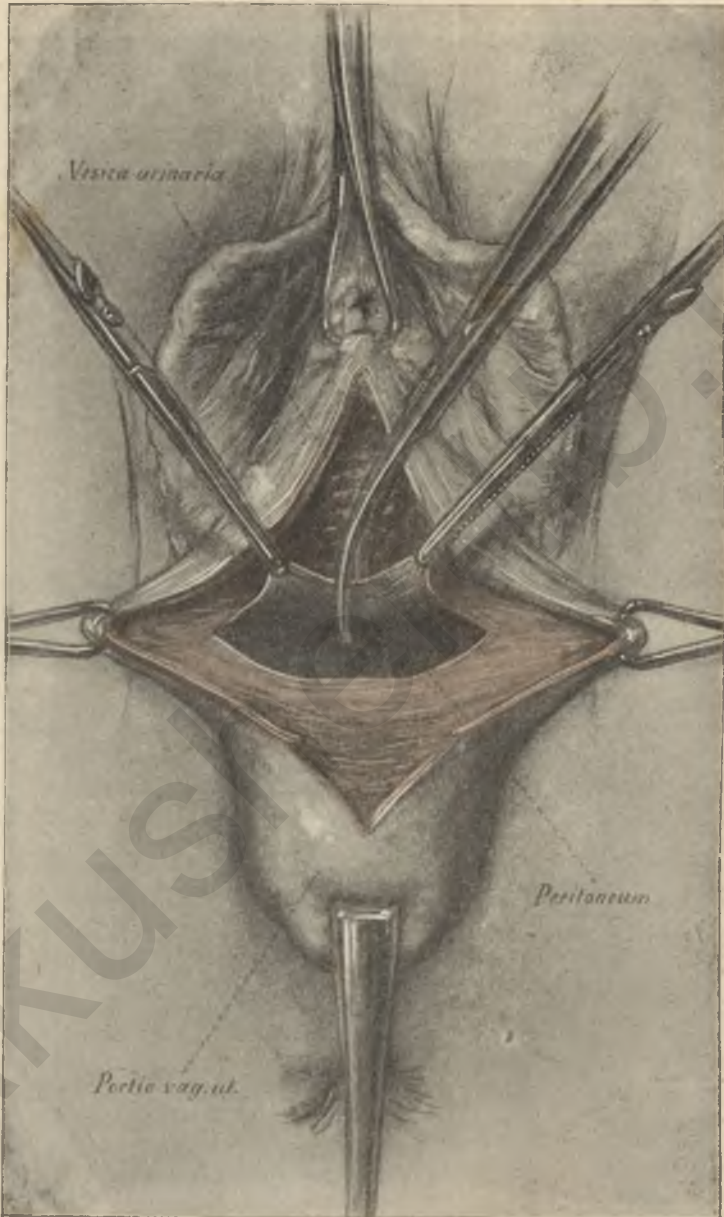


Рис. 51. Разсѣченіе серованаго покрова задней пузырьной стѣнки.

продольные тканевые тяжи, которые не могутъ быть отдѣлены тупымъ путемъ; особенно у нерожавшихъ соединеніе пузыря съ шейкой обыкновенно болѣе плотное. Два пальца лѣвой руки поднимаютъ тогда пузырь кверху и къ симфизу, и большею частью тотчасъ

обнаруживается на передней маточной стѣнкѣ подвижная складка. Последняя приподнимается либо указательнымъ пальцемъ, либо пинцетомъ и надрѣзывается ножницами (рис. 50). Рана брюшины расширяется затѣмъ, насколько возможно, въ стороны. Кромѣ того, по срединной линіи захватывается серозный покровъ задней пузырьной стѣнки и разсѣкается ножницами на большомъ протяженіи, по возможности до дна. Теперь вводится въ щель раны передняя пластинка зеркала, лучше всего *ecarteur*, и пузырь оттѣсняется вверхъ и впередъ.

Теперь отверстіе обыкновенно настолько велико, что второй актъ операціи, выведеніе матки и придатковъ во влагалище, легко совершается. Выкачиваніе производится лучше всего помощью тонкаго крючка, который всаживаютъ все выше и выше въ переднюю маточную стѣнку до дна. Какъ только начинаютъ выводить тѣло матки во влагалище, *portio vag.* оттѣсняютъ пулевыми щипцами взадъ къ заднему своду и тотчасъ снимаютъ пулевые. Если нѣтъ сращеній, то вмѣстѣ съ маткой выскальзываютъ изъ раневой щели трубы и яичники. Хотя *lig. ovario-pelvicum* туго натянуто, но при *нормальныхъ* условіяхъ настолько растяжимъ, что при вытягиваніи никогда не рвется. *L. Frorier* показалъ, что способность связки къ растяженію составляетъ 6—7 см. Извлеченіе матки можетъ быть затруднено вслѣдствіе сращеній, которыя фиксируютъ органъ къ задней тазовой стѣнкѣ и прямой кишкѣ. Въ такомъ случаѣ хорошо провести нитки черезъ переднюю маточную стѣнку и, потягивая за нихъ, отдѣлить сращения тупо пальцами или подъ руководствомъ глаза ножницами; накладывая эти возжи все выше и выше, можно мало-по-малу высвободить матку изъ сращеній и выкатить ее во влагалище.

Далѣе, препятствіе можетъ состоять въ томъ, что, хотя матка обладаетъ извѣстной подвижностью, но либо придатки замурованы плотными сращениями, либо *lig. suspensorium ovarii* вслѣдствіе воспалительной инфильтраціи настолько неподатливъ, что невозможно вытянуть матку изъ передней щели. Если форсировать здѣсь, то рискуемъ надорвать подвѣшивающую связку высоко у тазовой стѣнки, что ведетъ къ кровотеченію, которое чрезвычайно трудно остановить. Можно тогда помочь себѣ тѣмъ, что матку не вполне вытягиваютъ во влагалище, а только одинъ маточный бокъ, и сперва проводятъ нитку черезъ маточный конецъ трубы, которую хотятъ экстирпировать, затѣмъ все дальше къ брюшному концу, чѣмъ дѣлаютъ доступными зрѣнію периферическія части трубы. Разумѣется, при этомъ возможны поврежденія широкой связки, а при хрупкой ткани сильно кровоточащіе разрывы. *Dührssen* вынужденъ былъ даже въ подобномъ случаѣ, только для остановки кровотечения, удалить матку у женщины въ періодѣ половой зрѣлости. Часто сращения придатковъ такъ велики, что приходится удалить влагалищное зеркало и отдѣлять сращения только подъ руководствомъ пальца и подъ контролемъ руки, оцупывающей со стороны брюшныхъ покрововъ. Когда сращения отдѣлены тупымъ путемъ, то ставшіе подвижными придатки могутъ быть вытянуты вмѣстѣ съ маткой предъ половую щель. Но сращения съ кишками, разумѣется, въ это время оттягиваются назадъ и ускользаютъ отъ тщательнаго кровоостанавливанія подъ руководствомъ глаза.

Дальнѣйшее затрудненіе при выведеніи матки можетъ возникать

при влагалищной операции трубной беременности. Здѣсь не столько мѣшает неподвижность тѣла матки, сколько хрупкость маточной ткани, слѣдствіемъ которой является то, что крючки или нитки, которыми захватываютъ матку, все сызнова срываются; при этомъ такъ сильно кровоточить, что приходится дѣлать обкалыванія въ маточной стѣнкѣ. Когда наконецъ удалось извлечь матку, то хрупкая беременная труба легко рвется, если она, окутанная сращениями, не можетъ слѣдовать за маткой. Кровотеченія здѣсь большею частью очень неприятны, и даже искуснымъ операторамъ, напр. *Dührssen*'у, случалось, что онъ былъ вынужденъ изъ «техническихъ» основаній удалить и матку при трубной беременности. Такіе случаи обыкновенно просто регистрируются, причемъ не подчеркивается достаточнымъ образомъ, какой серьезный недостатокъ метода кроется въ подобной неудачѣ, если молодая женщина лишается матки со всеми тяжелыми послѣдствіями соматическаго и психическаго характера, и все это лишь для того, чтобы избавить ее отъ небольшого рубца надъ симфизомъ.

Когда придатки сдѣлались доступны глазу, то представляются извѣстныя затрудненія для обкалыванія въ томъ, что лигатуру приходится накладывать при сильномъ натяженіи тканей.

Примѣненіе кэтгута имѣетъ тотъ недостатокъ, что перетяжка обыкновенно не столь глубока, какъ при употребленіи шелка или сильквормгута, такъ что выskalъзываніе ткани изъ массовой лигатуры при кэтгутѣ скорѣе происходитъ, нежели при шелкѣ и сильквормгутѣ. Но невсасываемый матеріалъ имѣетъ вышеупомянутые недостатки, вслѣдствіе чего *Dührssen* все-таки предпочитаетъ кэтгутъ. Дабы нитка глубже врѣзалась въ ткань, необходимо при перевязкѣ *lig. suspensorium ovarii* матку нѣсколько втолкать назадъ, дабы уменьшить напряженіе ткани.

Для закрытія брюшинной раны матка вправляется, что обыкновенно не причиняетъ затрудненій. Трудности возникаютъ лишь тогда, если матка сама по себѣ увеличена и еще возросла въ объемѣ вслѣдствіе застоя крови при перекручиваніи связокъ.

Dührssen придаетъ большое значеніе тщательному зашиванію брюшины. Первый шовъ накладывается на высшей точкѣ продольнаго разрѣза въ заднемъ серозномъ покровѣ пузыря; затѣмъ щель брюшины вполнѣ закрывается узловатыми швами. *Dührssen* потому требуетъ этой тщательности, чтобы избѣгнуть серо-фиброзныхъ сращеній тѣла матки съ передней влагалищной стѣнкой, что можетъ повести къ разстройствамъ послѣдующихъ родовъ, какъ это описано при *vaginifixa*. Послѣ брюшины закрывается Т-образное отверстіе влагалища непрерывнымъ кэтгутовымъ швомъ.

Техника *задней кольпотоміи* значительно проще. Короткимъ влагалищнымъ зеркаломъ обнажаютъ задній сводъ, захватываютъ двумя парами пулевыхъ щипцовъ заднюю маточную губу и тянутъ ее внизъ и къ симфизу; при этомъ задняя ложка зеркала нѣсколько выskalъзываетъ къ влагалищному входу, задняя влагалищная стѣнка надрывается, и по ней проводится продольный разрѣзъ, длиною около 5 см., начиная отъ перехода *portio vag.* во влагалищную стѣнку. Разрѣзъ проникаетъ черезъ влагалище и рыхлую клѣтчатку; брюшина тотчасъ становится видна и разсѣкается вдоль (см. рис. 52).

Полученное такимъ образомъ отверстіе можетъ быть еще значительно увеличено двумя боковыми разрѣзами. Если опухоль, напр., киста яичника, лежитъ въ заднемъ Дугласѣ, то она можетъ быть



Рис. 52. Вскрытіе Дугласа при задней кольпотомии.

тотчасъ пунктирована, стѣнка захвачена зажимными щипцами и вытянута. Перевязка *lig. ovarii prorgium* можетъ быть иногда вы-

полнена, пока матка лежит *in situ*. Если опухоль не предлежитъ, то задняя стѣнка матки захватывается сперва крючкомъ и вытягивается изъ задней щели, причемъ пулевые щипцы, которыми захвачена была задняя губа, оттѣсняютъ послѣднюю впередъ и затѣмъ снимаются. Вмѣстѣ съ маткой можно извлечь также трубы и яичники; при этомъ напряженіе *lig. suspensorium ovarii* у нерожавшихъ зачастую такъ велико, что только при сильномъ потягиваніи удается выкатить матку, напротивъ, у многорожавшихъ выкачиваніе большею частью легко (см. рис. 53). Когда ножка опухоли перевязана и перерѣвана, матку погружаютъ назадъ. Брюшина и влагалищная рана закрываются заодно непрерывнымъ катгуттовымъ швомъ.

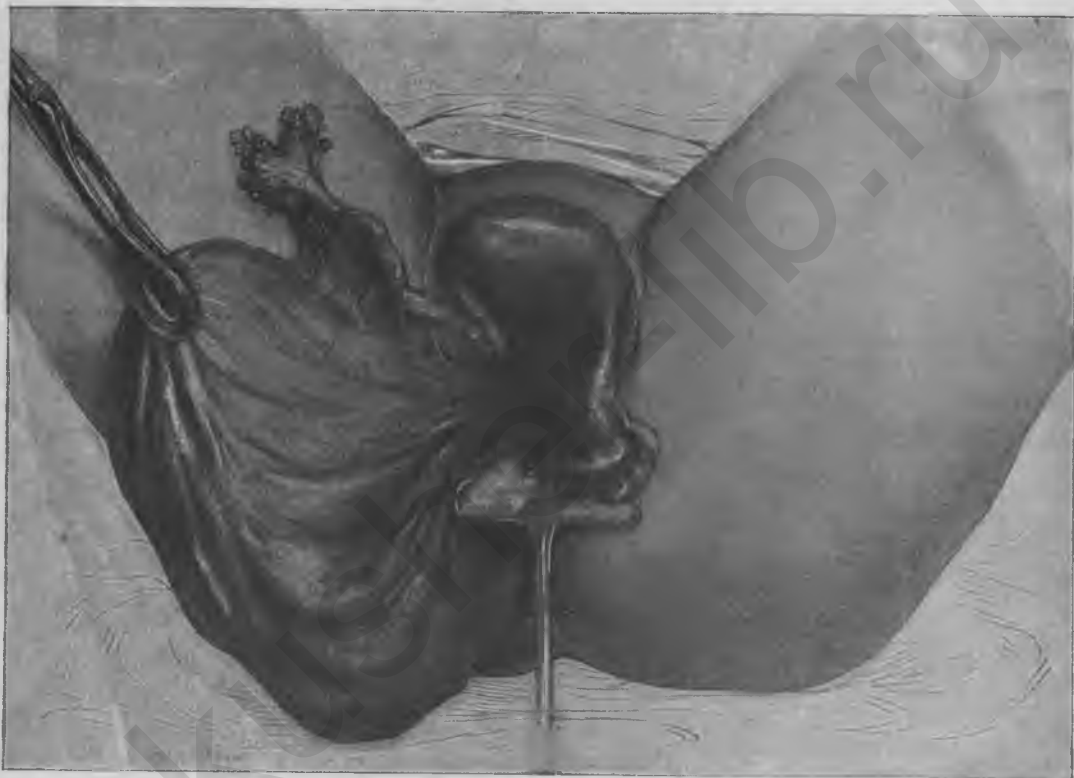


Рис. 53. Выкачиваніе матки при задней кольпотоміи.

Преимущества передней кольпотоміи предъ задней *Dührssen* усматриваетъ въ томъ, что матка и придатки вытягиваются почти въ естественномъ положеніи предъ половую щель, что придатки большею частью извлекаются лишь косвенно вслѣдствіе потягиванія за матку, между тѣмъ какъ при задней кольпотоміи въ случаѣ неподвижности матки приходится прямо идти къ опухоли и тянуть ее зачастую за хрупкую стѣнку, наконецъ, въ предупрежденіи спаянія матки и придатковъ съ задней тазовой стѣнкой въ ретроверсіи.

Эти указанныя *Dührssen*'омъ преимущества передней кольпотоміи справедливы лишь отчасти. Доступность операціоннаго поля осмотра можетъ быть при передней кольпотоміи очень хорошая, и выкаты-

ваніе матки и придатковъ изъ передней щели иногда легче, нежели изъ задней; зато преимущество задняго влагалищнаго разрѣза въ болѣе легкой техникѣ, болѣе быстромъ выполненіи и надежномъ устраненіи поврежденія пузыря. Мы примѣняемъ оба метода въ подходящихъ случаяхъ и считаемъ показаніемъ къ задней кольпотоміи, если въ заднемъ Дугласѣ находится подвижная опухоль, которая легко низдавливается въ задній сводъ. Если же опухоль лежитъ выше, то мы предпочитаемъ въ общемъ у I-parsae переднюю кольпотомію, ибо здѣсь легче вытянуть матку, а съ нею и яичникъ изъ передней раневой щели, между тѣмъ какъ выкатываніе тѣла матки изъ задней щели наталкивается на большія трудности.

Особенныя услуги оказала намъ colposcelytomy posterior для діагностическихъ цѣлей, какъ пробная операція. Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда комбинированное ощупываніе не даетъ достаточно убѣдительнаго результата, когда нельзя съ увѣренностью исключить нѣжныя перепончатыя сращенія, закрытіе трубъ безъ застоя въ нихъ, кистовидное перерожденіе яичниковъ и пр., этотъ разрѣзъ въ заднемъ сводѣ, вскрывающій Дугласово пространство, не оставляющій никакихъ вредныхъ послѣдствій и снова закрываемый немногими катгутowymi швами, даетъ возможность непосредственно ощупать органы и даже, не вытягивая ихъ, сдѣлать доступными глазу съ помощью электрическаго зеркала.

Въ случаѣ сомнительной трубной беременности мы также оцѣнили значеніе этого діагностическаго приѣма какъ для того, чтобы ее съ увѣренностью исключить, такъ и для своевременнаго распознаванія ея при слабомъ подозрѣніи. Ясно, насколько и здѣсь задняя кольпотомія предпочтительнѣе передней, такъ какъ именно простота, быстрота и безопасность этого разрѣза допускаютъ его діагностическое примѣненіе.

Мы здѣсь даемъ только въ общихъ чертахъ показанія къ кольпокелиотоміи, а за подробностями отсылаемъ къ соответствующимъ главамъ этой книги. Кольпокелиотомія рекомендуется *Dührssen*'омъ и поклонниками этого метода для восстановленія нормальнаго положенія наклоненной или перегнутой назадъ матки, будь то подвижной или фиксированной. Дальнѣйшее показаніе къ кольпотоміи *Dührssen* видитъ въ экстирпаціи воспалительно-пораженныхъ; придатковъ на почвѣ гонорройной, септической и саплической инфекціи; впрочемъ, здѣсь исключаются изъ операціи тѣ случаи, въ которыхъ трубы и яичники превращены въ клубокъ опухолей, сросшихся со всѣхъ сторонъ съ тазовой стѣнкой и съ кишками и потому мало подвижныхъ. Главное показаніе *Dührssen* усматриваетъ въ мелкокистовидномъ перерожденіи яичниковъ, въ кистовидныхъ новообразованіяхъ яичниковъ, въ *hydrosalpinx*'ахъ, не очень сросшихся съ тазовой брюшиной; даже большія кисты яичниковъ могутъ быть удалены этимъ путемъ; тоже и мелкія операціи на трубахъ, *salpingostomy* при слипаніи брюшнаго конца, резекція трубъ или перевязка ихъ для воспрепятствованія зачатія могутъ быть, конечно, съ легкостью выполнены посредствомъ кольпотоміи. *Dührssen*, наконецъ, забираетъ для кольпотоміи большую часть трубныхъ беременностей, за что высказались также недавно *Strassmann* и *Abel*. Если, наконецъ, въ маткѣ сидятъ подсывороточныя или внутривѣстныя міомы.

то онѣ могутъ быть вылучены влагалищнымъ путемъ послѣ выкачиванія матки.

Противопоказуется кольпотомія по *Dührssen'y*, *Martin'y*, *Schauta* при всѣхъ тѣхъ опухоляхъ, которыя сопровождаются сильными сращениями, особенно, если сращения лежатъ высоко у *linea terminalis* и если при ощупываніи опухоль мало удается оттѣснить къ влагалищу. Противопоказаніемъ служатъ далѣе злокачественныя опухоли яичника, а также плотныя овариальныя опухоли, превышающія размѣрами кулакъ.

Несомнѣннымъ преимуществомъ влагалищнаго способа должно быть признано то, что вмѣшательство небольшое, и что періодъ поправленія длится недолго: женщины могутъ черезъ 12 дней покинуть постель. Боль въ ранѣ послѣ операціи значительно меньше, нежели при всѣхъ брюшныхъ операціяхъ, дѣйствіе шока минимальное. Благодаря отсутствію брюшной раны, предотвращено съ увѣренностью образованіе грыжи. Нагноеніе раны и обусловленное этимъ удлиненіе періода выздоровленія не можетъ наступить. Наконецъ, операція во многихъ случаяхъ существенно сокращается тѣмъ, что отпадаетъ хлопотливое зашиваніе брюшныхъ стѣнокъ, особенно, если разрѣзъ при задней кольпотоміи закрывается непрерывнымъ катгутовымъ швомъ, который длится едва полъ-минуты.

Съ другой стороны, влагалищному методу присущи также извѣстные недостатки. Самымъ существеннымъ является недостаточная доступность операціоннаго поля зрѣнію и трудность кровоостанавливанія. Можно согласиться съ *Dührssen'омъ*, что при несложныхъ условіяхъ и ширококомъ отверстіи брюшины ориентировка достаточна; но обстоятельство тотчасъ мѣняются, если имѣются сильныя сращения. Тогда зачастую матку не удается выкатить даже нитяными возжами, а приходится, отчасти только подъ контролемъ наружной руки, отдѣлать сращения введенной внутренней рукой и такимъ образомъ сдѣлать придатки подвижными. Послѣдствіемъ этого должно быть неполное кровоостанавливаніе. Правда, отъ кровотеченій изъ разорванныхъ сращеній больныя едва-ли умираютъ, но, по нашимъ наблюденіямъ, вслѣдствіе недостаточнаго кровоостанавливанія экссудаты встрѣчаются здѣсь въ гораздо большемъ числѣ, нежели послѣ брюшныхъ операцій.

Кровоостанавливаніе еще и потому ненадежное, что при вытянутыхъ изъ брюшной полости частяхъ вслѣдствіе вытяженія и закручиванія сосудовъ притокъ крови временно уменьшается; при хорошо выполненномъ съ виду кровоостанавливаніи на извлеченныхъ органахъ можетъ наступить послѣдовательное кровотеченіе послѣ обратнаго ихъ вправленія въ брюшную полость, особенно изъ самой матки. Другой недостатокъ—хрупкость тканей при трубной беременности; мы упоминали уже, что даже обладатели очень хорошей техники не были избавлены отъ необходимости удалить матку у женщины въ расцвѣтѣ половой зрѣлости изъ техническихъ основаній, единственно чтобы сдѣлать возможной остановку кровотеченія.

Сюда присоединяются непріятные случаи при неточномъ или ошибочномъ діагнозѣ. *Martin*, *Schauta*, *Dührssen* справедливо считаютъ противопоказанной влагалищную келіотомію при злокачественныхъ яичниковыхъ опухоляхъ и дермоидныхъ кистахъ, ибо въ виду необходимаго размельченія при овариотоміи существуетъ опасность имплантаціи опухолевыхъ частичекъ; дермоидная кашлица размазы-

вается по ранамъ и по брюшинѣ. Эта кашица, хотя она и асептична, какъ извѣстно изъ опыта, обусловливаетъ лихорадочное теченіе и разстройство реконвалесценціи; зачастую мы не знаемъ, подвергся ли дермоидъ ихорозному разложенію или нѣтъ. Всѣ эти опухоли при брюшномъ методѣ могутъ быть вынуты *не вскрытыми*, такъ что опасность инфекціи сводится къ нулю, а опасность рецидива къ минимуму.

Насколько діагностика даетъ промахи, видно изъ отчетовъ нѣкоторыхъ клиникъ. Несмотря на твердо установленныя противопоказанія, у *Schauta* на 62 влагалищныя оваріотоміи попались 4 опухоли выраженнаго злокачественнаго характера, причемъ между этими 62 удаленными яичниковыми опухолями были 17 дермоидовъ. *Martin* также имѣлъ на 100 влагалищныхъ кистомэктомій одинъ случай рака и одинъ случай саркомы яичника.

Обыкновенно восторженныя поклонники кольпокеліотоміи приводятъ малую смертность при этихъ операціяхъ по сравненію съ брюшными лапаротоміями. Но при сужденіи объ опасности влагалищнаго и брюшнаго метода слѣдуетъ, разумѣется, считаться также съ размѣрами вмѣшательства въ обѣихъ серіяхъ; между тѣмъ именно этотъ самый важный пунктъ упускаютъ изъ виду при сопоставленіи обоихъ операціонныхъ путей. Уже изъ постановки показаній видно, что влагалищнымъ способомъ въ общемъ выполняются лишь сравнительно *легкія* операціи; зачастую измѣненія полового аппарата настолько незначительны, что они не могли бы дать повода къ операціи брюшнымъ путемъ. Поклонники влагалищнаго метода признаютъ, что женщины съ гораздо меньшими колебаніями соглашаются на это оперативное вмѣшательство, такъ какъ періодъ поправленія послѣ этого столь коротокъ. Поэтому у влагалищныхъ операторовъ (*bei vaginalen Operateuren*) весьма значительно преобладаютъ такіе случаи, въ которыхъ операціи были произведены по поводу легчайшихъ аномалій полового аппарата.

Чтобы привести нѣсколько примѣровъ, *Heinsius* сообщаетъ о 700 кольпотоміяхъ изъ *Martin*'овской клиники; показаніями служили: периметритъ, воспаленіе придатковъ, ретрофлексія матки, міома, трубная беременность. Помимо 18 случаевъ трубной беременности, которые особо упоминаются, изъ 700 кольпотомій только въ 110 случаяхъ было показаніе къ удаленію части полового аппарата, напр., пораженнаго яичника или части его, или части трубъ; во всѣхъ прочихъ 590 случаяхъ ничего не было удалено изъ полового аппарата. Мы, слѣдовательно, не ошибемся, если предположимъ, что въ остальныхъ 572 случаяхъ было произведено либо *vaginifixa*, либо отдѣленіе окутанной сращениями матки. Даже среди 110 случаевъ, въ которыхъ были удалены части полового аппарата, находится большое число легкихъ заболѣваній, напр., 52 операціи по поводу хроническаго воспаленія, оофорита, *sactosalpinx serosa*, *degeneratio cystica*, небольшихъ кистъ или гематомы фолликуловъ, *perioophoritis et perisalpingitis*, трубно-яичниковыхъ опухолей. Только въ 18 случаяхъ поводомъ къ операціи послужили гнойныя воспаленія, въ 25 случаяхъ однополостныя кисты, въ 3 случаяхъ многополостныя кисты и т. д., причемъ слѣдуетъ еще особо отмѣтить точку зрѣнія *Martin*'а, что влагалищный путь избирается лишь при тѣхъ яичниковыхъ опухоляхъ, подвижность которыхъ констатирована при ощущеніи.

Весьма понятно, что при этихъ мелкихъ операціяхъ смертность должна быть очень мала. Тѣмъ не менѣе *Martin* имѣлъ на эти 110 случаевъ 5 смертей, т. е. смертность въ 4,63%, цифра, которая, принимая во вниманіе мелкія операціи, рѣшительно не говоритъ въ пользу влагалищнаго метода. *Dührssen* имѣлъ въ серіи изъ 500 случаевъ влагалищной келіотоміи 3% смертности и во второй серіи изъ 875 случаевъ—2% смертности. Просматривая отдѣльные смертные случаи въ опубликованной *Dührssen*'омъ таблицѣ, мы находимъ:

1) на 349 вагинофиксацій матки по поводу ретрофлексіи 6 смертныхъ случаевъ; правда, только извѣстный процентъ подвижныхъ ретрофлексій, въ остальныхъ случаяхъ были периметритическія срощенія; но, прочитывая отдѣльныя описанія, мы видимъ, что это обыкновенно совсѣмъ легкія срощенія, которыя фиксировали матку сзади;

2) 6 везикофиксацій матки по поводу ретрофлексіи съ 1 смертнымъ случаемъ;

3) 73 операцій на придаткахъ и на маткѣ съ 5 смертными случаями;

4) 13 экстирпацій придатковъ по поводу трубной беременности съ 1 смертнымъ случаемъ;

5) на 33 случая вылуценія міомъ умерли двое,—ужасающая смертность, если примемъ во вниманіе, что большею частью тутъ рѣчь идетъ о маленькихъ міомахъ, вылуциваемыхъ изъ маточной стѣнки;

6) сюда присоединяются еще 16 пробныхъ влагалищныхъ келіотомій, которыя были закончены брюшной келіотоміей или влагалищной *hysterectomië*, съ 2 смертными случаями.

Если мы противопоставимъ тѣ же операціи при брюшномъ методѣ, то процентъ смертности при послѣднемъ несомнѣнно значительно благопріятнѣе. Приводимъ для примѣра наши цифровыя данныя:

Въ Іенской клиникѣ на 147 операцій при подвижной ретрофлексіи (операція *Alexander*'а) не было ни одного смертнаго случая, на 87 вентрофиксацій съ небольшими операціями на придаткахъ (*salpingostomia* и т. д.) тоже ни одного смертнаго случая. На общую сумму въ 193 операціи придатковъ приходится 2 смертныхъ случая, причемъ слѣдуетъ упомянуть, что среди нихъ очень много случаевъ, которые, по показаніямъ *Dührssen*'а, не могли быть оперированы влагалищнымъ путемъ изъ-за сильныхъ срощеній придатковъ; наконецъ, 58 трубныхъ беременностей, которыя были оперированы брюшнымъ путемъ, не дали ни одного смертнаго случая. Такимъ образомъ на общую сумму въ 485 операцій мы имѣли 2 смертныхъ случая, между тѣмъ какъ *Dührssen* при одинаковыхъ приблизительно пораженіяхъ половыхъ органовъ имѣлъ на 441 случай, оперированныхъ влагалищнымъ путемъ, 13 смертныхъ случаевъ. Во всякомъ случаѣ слѣдуетъ выступить съ протестомъ противъ все повторяемаго въ литературѣ утвержденія, будто влагалищныя операціи менѣе опасны, нежели аналогичныя брюшныя,—какъ-разъ обратное вѣрно.

Dührssen, наконецъ, самъ признаетъ, что при фиксированной ретрофлексіи брюшная келіотомія позволяетъ консервативнѣе дѣйствовать, и что вслѣдствіе этого у молодыхъ субъектовъ слѣдуетъ предпочесть брюшной путь. Какъ мало влагалищный методъ можетъ быть консервативнымъ, видно изъ извѣстнаго случая, въ которомъ

ради возстановленія способности къ зачатію при срощенныхъ придаткахъ была предпринята salpingostomia путемъ влагалищной кольпотоміи, и въ концѣ-концовъ изъ техническихъ основаній для остановки кровотока во время операціи пришлось удалить матку.

Эти серьезные недостатки влагалищной келіотоміи не могутъ тѣмъ не менѣе, по нашему разумѣнію, вытѣснить совершенно эту операцію изъ гинекологіи; но, дабы эта операція дѣйствительно была благотвѣльной, настоятельно необходимо съюзить ея показанія въ значительно большей мѣрѣ, чѣмъ это желательно ея восторженнымъ поклонникамъ, какъ, напр., *Abel'ю* и *Strossmann'у*, которые еще недавно похвалялись, что въ послѣдніе годы почти не дѣлали брюшныхъ операцій. Для несрощенныхъ однокамерныхъ кистъ, для извѣстныхъ срощеній матки и т. п. кольпотомія все же остается избранной операціей.

Въ Тюбингенской клиникѣ добыты кольцокеліотоміей данныя представляются въ слѣдующемъ видѣ. Въ общемъ произведено черезъ заднюю кольпотомію 250 операцій; за тотъ же періодъ времени сдѣлано брюшныхъ операцій 2000.

Операція распредѣляется слѣдующимъ образомъ:

- 46 разъ colpotoxia explorativa,
- 47 » отдѣленіе срощеній,
- 15 » удаленіе пораженныхъ придатковъ,
- 14 » по поводу бугорчатки брюшины для опороженія асцита,
- 9 » по поводу haematocoele при трубной беременности,
- 7 » для вылуценія міомъ,
- 4 » для кастраціи при остеомалиціи,
- 110 » влагалищныя овариотоміи по поводу kystoma proliferans.

Изъ этихъ женщинъ умерло 2, оперированныхъ по поводу трубной беременности, одна спустя 16 дней послѣ операціи отъ послѣдовательнаго кровотечения, другая отъ наступившаго вслѣдъ за операціей кровотечения съ послѣдовательнымъ перитонитомъ. Всѣ прочія оперированныя выздоровѣли.

Мы хотѣли бы еще упомянуть кстати, къ чему мы еще ниже вернемся, что если одновременно показуется экстирпація матки, то доступность операціоннаго поля зрѣнію значительно больше; обкалываніе lig. suspensorium ovarii тоже производится тогда гораздо увѣреннѣе, ибо отпадаетъ перекручиваніе связки, особенно послѣ полного расщепленія матки. Это позволяетъ намъ ставить здѣсь показаніе гораздо шире, нежели при кольпотоміи, такъ, напр., при оперативномъ леченіи гонорройныхъ заболѣваній придатковъ послѣ полной экстирпаціи матки мы можемъ хорошо ориентироваться, увѣренно останавливать кровотечения и вылуцивать даже сильно срощенныя придатки.

СПЕЦІАЛЬНА ЧАСТЬ.

Операції при порокахъ развитія.

Операція атрезіи дѣвственной плевы и нижней части влагалища.

Atresia hymenalis или низкая атрезія влагалища лишь тогда доходит до вѣдома врача, когда больная вступаетъ въ періодъ половой зрѣлости; тогда наступаютъ съ промежутками около 4 недѣль сильные приступы болей безъ отхожденія крови, которые большею частью легко наводятъ на діагнозъ. Обыкновенно можно видѣть, какъ темная кровь просвѣчиваетъ черезъ тонкую перегородку. Операція производится безъ наркоза, такъ какъ она почти безболѣзненна. Она состоитъ въ широкомъ разсѣченіи и изсѣченіи перегородки съ послѣдующимъ круговымъ соединеніемъ краевъ влагалищной раны съ кожными краями преддверія, дабы предупредить новое зарощеніе. Позади атрезіи влагалище оказывается сильно растянутымъ и наполненнымъ черной кровью въ количествѣ 1—2 литровъ. Кровь опорожняютъ и выбираютъ ватными или марлевыми шариками. Если полость матки широко раскрыта, что сравнительно рѣдко бываетъ, то и отсюда кровь выбирается шариками.

Послѣ удаленія жидкихъ кровяныхъ массъ изъ влагалища и матки ощупываютъ, свободны-ли придатки или же образовалась *haematosalpinx*. Если изслѣдованіе обнаруживаетъ тонкія трубы, какъ это большею частью и бываетъ, то операція закончена; если, напротивъ, трубы мѣшкообразно растянуты, то, въ виду опасности вторичной инфекции этихъ кровяныхъ мѣшковъ, больную тотчасъ усыпляютъ и *per laparotomiam* либо удаляютъ трубы, что рекомендуется большинствомъ операторовъ, либо просто вскрываютъ трубы и выпускаютъ кровь; намъ послѣдній путь кажется надлежащимъ, ибо экстирпація трубъ представляетъ здѣсь ненужное изуродованіе.

Операція гематометры при зарощеніи верхней части влагалища и шейки.

Какъ при всѣхъ гинагрезіяхъ, такъ и здѣсь долженъ господствовать тотъ принципъ, чтобы страданія больной были устранены при возможномъ сохраненіи функціи половыхъ органовъ. Поэтому въ общемъ все болѣе радикальныя вмѣшательства — кастрація, полная экстирпація, надвлагалищная ампутація матки—выступаютъ только тогда на очередь, когда дѣйствительно технически невозможно возстановить стойкое сообщеніе между маточной полостью и слѣпымъ влагалищнымъ мѣшкомъ.

Эта задача можетъ быть разрѣшена различнымъ образомъ, либо влагалищнымъ, либо брюшнымъ путемъ, либо сочетаніемъ обоихъ. При высоко сидящихъ гинатрезіяхъ *Sänger* и др. принципиально предпочитаютъ брюшной путь, такъ какъ сверху легче разъединить перегородку между пузыремъ и прямой кишкой, не повреждая ни одного изъ этихъ органовъ.

Мы считаемъ болѣе правильнымъ въ каждомъ случаѣ *сперва* изыскивать путь со стороны влагалища; если намъ здѣсь не удастся попасть въ надлежащій раздѣлительный слой между пузыремъ и прямой кишкой и вскрыты *haematometra*, то можно во всякое время сочетать съ влагалищнымъ путемъ брюшной.

Ходъ подобной операции при высокихъ атрезіяхъ влагалища представляется въ слѣдующемъ видѣ. Сперва посредствомъ оцупыванія со стороны прямой кишки надо установить наличность матки: далѣе, надо по возможности исключить посредствомъ бимануальнаго изслѣдованія *per rectum* образованіе *haematocolpox*овъ, ибо въ случаѣ, если послѣдніе диагностируются съ нѣкоторой вѣроятностью, избираютъ, разумѣется, путь не со стороны влагалища, а прямо со стороны брюшной полости; наконецъ, въ анамнезѣ должно быть то указаніе на *haematometra*, что женщина страдаетъ дисменорреей черезъ болѣе или менѣе правильные промежутки времени. Если эти условія выполнены, то на верхушкѣ короткой влагалищной трубки дѣлаютъ поперечный разрѣзъ и стараются тупо пальцемъ мало-помалу проникнуть между пузыремъ съ одной стороны и прямой кишкой съ другой стороны, пока не вскрыется кровяной мѣшокъ.

Выбравъ шариками застоявшуюся менструальную кровь и убѣдившись бимануальнымъ изслѣдованіемъ въ томъ, что трубы свободны, продолжаютъ операцию влагалищнымъ путемъ. При этомъ надо помнить, что отверстіе въ перегородкѣ должно быть сдѣлано возможно большее, въ виду необыкновенной сократительности тканей на этомъ мѣстѣ и склонности къ рубцовому сморщиванію. Если еще есть поверхъ перегородки остатокъ влагалищной трубки, то слизистая оболочка широко отслаивается отъ подстилки и мобилизуется, и тогда зачастую легко удается соединить швами стѣнки верхней влагалищной трубки съ нижней; этотъ приемъ очень облегчается тѣмъ, что влагалищныя стѣнки обычно легко смѣщаются на своей подстилкѣ.

Большую частью, однако, верхняго влагалищнаго свода совершенно нѣтъ, а есть только небольшой закрытый остатокъ шейки, черезъ который послѣ осторожнаго разрѣза попадаютъ въ расширенную, наполненную менструальной кровью маточную полость. Если и здѣсь удалось вскрытіе влагалищнымъ путемъ, то широко расщепляютъ губы шейки и на большомъ протяженіи отслаиваютъ стѣнки нижней влагалищной трубки отъ подстилки, чтобы достигнуть соединенія маточной или цервикальной слизистой съ остаткомъ влагалищной трубки. *Pffannenstiel* при выполненіи этой операции показываетъ, какъ далеко можно здѣсь смѣщать влагалищныя стѣнки. Этотъ способъ во всякомъ случаѣ заслуживаетъ предпочтенія предъ тѣми проектами, согласно которымъ сморщиваніе искусственно созданнаго канала предупреждается вшиваніемъ кожныхъ лоскутовъ, взятыхъ изъ малыхъ губъ, или трансплантацией по *Thiersch*'у.

Если перегородка между остаткомъ влагалища и вскрытой маточ-

ной полостью очень широка, такъ что невозможно спить маточную слизистую съ влагалищной, то при ретрофлексіи матки широко вскрывается задній Дугласъ посредствомъ задней кольпотоміи, при *anteversio-flexio uteri* передній Дугласъ посредствомъ передней кольпотоміи, и матка дномъ вытягивается въ образовавшійся каналъ, какъ это описано при *Freund*'овской операціи пролапса (см. ниже). Затѣмъ тѣло матки широко вскрывается у дна, слизистая оболочка его сшивается съ влагалищной слизистой, и отверстіе на первыхъ порахъ поддерживается открытымъ посредствомъ тампонаціи. Такимъ образомъ, по крайней мѣрѣ, создается оттокъ менструальной крови, и женщина сохраняетъ отличіе своего пола. Этотъ методъ имплантациі тѣла матки въ образовавшійся каналъ кажется намъ, лучше и вѣрнѣе, нежели образованіе искусственнаго влагалища посредствомъ пластики или трансплантациі по *Thiersch*'у.

При высокой влагалищной атрезіи и *одновременной* цервикальной атрезіи *haematometra* рѣдко вскрывается влагалищнымъ путемъ, такъ какъ позади слѣпного конца влагалища пузырь и прямая кишка тѣсно прилегаютъ другъ къ другу, и поврежденія ихъ едва-ли можно избѣгнуть. Поэтому, если со стороны влагалища палецъ, проникающій тупымъ путемъ между пузыремъ и прямой кишкой, не вскрыетъ скоро расширенной маточной полости, то не надо медлить съ вскрытіемъ брюшной полости. Со стороны брюшной полости гораздо удобнѣе дѣйствовать подъ руководствомъ глаза, по дну матки мы ориентуемся относительно положенія пузыря и легко можемъ сверху отслоить пузырь отъ влагалищнаго остатка. Такимъ образомъ оперировали *Pfannenstiel*, *Halban*, *Wertheim*, *Hofmeier*, *Zweifel* и др. Въ этихъ случаяхъ удавалось, возстановивъ сообщеніе сверху, фиксировать цервикальныя стѣнки шелковыми нитями къ влагалищному рудменту. Если бы это оказалось невозможнымъ изъ-за слишкомъ большой толщины перегородки, то, конечно, и здѣсь выступаетъ на очередь вышеупомянутый методъ: выкатываніе дна матки, вскрытіе гематометры у дна и сшиваніе маточной слизистой съ влагалищной.

Когда проложено искусственное отверстіе во влагалище, то возможно, разумѣется, зачатіе, если трубы еще проходимы. Можно поэтому при чревосѣченіи одновременно перевязать трубы и тѣмъ обезплодить женщину; но по желанію больной можно и не перевязывать трубъ; если бы затѣмъ наступила беременность, то роды *per vias naturales*, конечно, невозможны и пришлось бы прибѣгнуть къ кесарскому сѣченію. Можетъ-ли, однако, беременность развиться до нормальнаго конца при выпяченной во влагалище маткѣ, это до сихъ поръ не доказано случаемъ изъ литературы.

Въ одномъ случаѣ приобретенной широкой атрезіи верхней части шейки *Hofmeier* поступилъ такимъ образомъ, что отслоилъ мочевой пузырь отъ передней маточной стѣнки, какъ при кольпотоміи, затѣмъ вскрылъ выше шейки маточную полость и, выключивъ шейку, соединилъ маточную слизистую съ влагалищной. Этотъ способъ можетъ быть разсматриваемъ при высокой цервикальной атрезіи какъ простѣйшій и самый подходящій. Здѣсь также надо стремиться возстановить возможно болѣе широкое сообщеніе между маточной полостью и влагалищной трубкой. Въ случаѣ *Hofmeier*'а первоначальное, очень широко проложенное, отверстіе съ теченіемъ времени настолько сѣзилось, что обыкновенный маточный зондъ еле

проходилъ черезъ сидящую въ переднемъ влагалищномъ сводѣ фистулу. Функциональный результатъ сохранился, больная еще послѣ 7-лѣтняго наблюденія правильно менструировала.

Если бы отслойка пузыря отъ матки влагалищнымъ путемъ встрѣтила затрудненія, то послѣ вскрытія брюшной полости всегда удастся отдѣлить пузырь, а затѣмъ поступаютъ согласно вышесказанному.

Лишь тогда, когда никоимъ образомъ не удастся установить сообщеніе между полостью матки и влагалищнымъ рудиментомъ, выступаютъ на очередь кастрація или ампутація тѣла матки.

Принимая во вниманіе вредныя послѣдствія отъ удаленія яичниковъ у женщинъ въ возрастѣ половой зрѣлости, обычная прежде кастрація должна быть въ настоящее время всегда замѣнена удаленіемъ матки. Кастрація лишь тогда имѣла бы предпочтеніе, если бы яичники были сильно измѣнены. Всѣ тѣ методы, которые направлены на соединеніе гематометры съ мочевымъ пузыремъ или прямой кишкой, или съ фистулой брюшныхъ покрововъ, должны уступить мѣсто *exstirpatio totalis*. Женщина не сохраняетъ своего полового отличія, если она каждыя 4 недѣли теряетъ кровь изъ фистулы брюшныхъ покрововъ или черезъ мочевой пузырь.

Оперативное леченіе *haematometra unilateralis* при *uterus bilocularis*.

Здѣсь распознаваніе представляетъ величайшія затрудненія, ибо анамнезъ, который при другихъ гинатрезіяхъ прямо наводитъ на діагнозъ, здѣсь измѣняетъ намъ. Менструація происходитъ изъ открытаго рога; правда, зачастую она сопровождается зависящими отъ замкнутой половины *polimina menstruationis*, но послѣднія могутъ быть истолкованы также какъ самостоятельная дисменоррея. Если зондированіемъ матки и пункцией со стороны влагалища діагнозъ установленъ, то и односторонняя гематометра можетъ быть вскрыта разрѣзомъ послѣ предварительной кольпотоміи, и восстановлено сообщеніе ея съ влагалищной трубкой посредствомъ сшиванія маточной съ влагалищной слизистой оболочкой. Такъ поступилъ *Hofmeier* въ одномъ его наблюденіи и достигъ исцѣленія посредствомъ образованія канала, шириною въ палецъ.

Въ обоихъ случаяхъ, которые мы наблюдали, было невозможно восстановить сообщеніе, такъ какъ кровяной мѣшокъ сидѣлъ слишкомъ высоко въ днѣ матки. Для всѣхъ этихъ случаевъ лапаротомія—правильный путь: мы постушили въ обоихъ случаяхъ такимъ образомъ, что вырѣзали изъ толщи матки заключающій гематометру рогъ, подобно міоматозному узлу, и закрыли раневое ложе глубокими и поверхностными швами.

Если по вскрытіи брюшной полости оказывается, что другой открытый рогъ матки имѣетъ очень слабую мышечную стѣнку, то въ виду опасности, которой грозитъ беременность въ зачаточномъ рогѣ, рекомендуется заодно резекціей трубы обезплодить женщину.

Общія топографическія условія при операциі гинатрезій.

Техническое выполненіе операций при гинатрезіяхъ находится въ большой зависимости отъ ихъ этиологіи. При атрезіяхъ и стенозахъ влагалища, развившихся вслѣдъ за разсѣкающими воспаленіями и

некрозами слизистой оболочки послѣ пурперально-септическихъ процессовъ, весь влагалищный сводъ обыкновенно провисаетъ мозолистыми рубцами, которые проникаютъ глубоко въ *paracolpium*. Эти неподатливые рубцы ставятъ огромныя затрудненія пластикѣ; напротивъ, условия для пластической операціи гораздо благоприятнѣе при зарощеніяхъ полового канала, либо врожденныхъ, либо, по теоріи *Veit-Nagel*'я, приобретенныхъ въ раннемъ дѣтствѣ. Здѣсь, судя по нашимъ даннымъ, рубецъ во влагалищномъ сводѣ не замѣтенъ, околывагалищная клѣтчатка тоже свободна отъ всякаго рубцоваго сморщиванія, такъ что влагалищная слизистая можетъ быть далеко смѣщаема со своей подстилки.

Мы хотѣли бы это особенно подчеркнуть, иначе легко можно себѣ составить ложное представленіе о трудности операціи, если подѣ влияніемъ теоріи *Veit-Nagel*'я опасаться натолкнуться въ глубинѣ, напримѣръ, при отдѣленіи перегородки между прямой кишкой и мочевымъ пузыремъ, на мозолистыя ткани. Этого, по нашимъ наблюденіямъ, никогда не бываетъ, и это одно изъ основаній, почему мы какъ клиницисты не можемъ мириться со столь остроумной *Veit-Nagel*'евской теоріей.

Мы вполне раздѣляемъ тѣ возраженія, которыя *Mainzer* выставилъ противъ этой теоріи. Приводимъ вкратцѣ высказанные за и противъ доводы, такъ какъ это представляется намъ существеннымъ также для оперативнаго леченія этихъ гинатрезій.

Nagel заявляетъ, что онъ не можетъ себѣ объяснить атрофію одиночнаго влагалища при нормально развитыхъ остальныхъ половыхъ органахъ, какъ *vitium primae formationis*, такъ какъ онъ считаетъ невозможнымъ, чтобы послѣ слянія обоихъ *Müller*'овыхъ протоковъ матка и труба развивались нормально, а влагалище нѣтъ. Предположеніе, что недоразвитіе или заустѣніе влагалища могло бы зависѣть отъ позднѣйшей задержки развитія, *Nagel* также отвергаетъ, говоря: «Ростъ влагалища въ длину происходитъ одновременно съ развитіемъ матки въ двѣсторонній органъ. Немыслимо, чтобы влагалище безъ всякаго образованія складокъ остановилось въ развитіи между тѣмъ какъ матка развивалась бы нормально, ибо оба образованія происходятъ вѣдъ изъ одного зачатка». Врожденныя атрезіи влагалища могутъ, по *Nagel*'ю, представлять только перепонки, обусловленныя сращеніемъ противоположныхъ складокъ слизистой оболочки. Далѣе *Nagel* подкрѣпляетъ свой взглядъ на приобретенный характеръ атрезіи слѣдующими словами: «Задержка въ развитіи, которая обнимала бы только нижніе концы *Müller*'овыхъ протоковъ, не нарушая развитія остальныхъ частей, должна быть совершенно отвергаема. Мы не извѣстены также ни одинъ анатомическій фактъ, который бы подтверждалъ этотъ взглядъ».

Противъ этого *Mainzer* справедливо возражаетъ, что эта теорія слабо обоснована, ибо *Nagel* самъ упоминаетъ, что по выступающему эпителию можно съ самаго начала различить въ *Müller*'овыхъ протокахъ два отдѣла, изъ коихъ нижній, не имѣющій полости и наполненный большими, многосторонними клѣтками, ставовится влагалищемъ. Дальнѣйшее развитіе влагалищнаго зачатка *Nagel* самъ описываетъ такъ: «Между тѣмъ какъ зачатокъ влагалища растетъ въ длину, измѣняется одновременно его эпителиальный покровъ..., но стѣнки остаются склеенными между собою посредствомъ ихъ эпителия, и внутри полового канатика—какъ на раннихъ ступеняхъ развитія—полость существуетъ яшн на такомъ протяженіи, на какомъ простирается внизу цилиндрической эпителий, слѣдовательно, только въ области матки». *Mainzer* дѣлаетъ слѣдующее вѣрное заключеніе: «Итакъ, если влагалищный отдѣлъ *Müller*'ова протока съ самаго начала дифференцированъ въ томъ направленіи, что онъ заложень сплошнымъ и долѣе остается таковымъ, нежели остальная часть протока, то это все-таки представляетъ анатомическій фактъ, который могъ бы подтвердить возможность того, что влагалищный зачатокъ остается сплошнымъ при нормально развитой маткѣ». Къ тому же, если бы оправдалось мнѣніе *Berry Hart*'а, что эпителий влагалища совсѣмъ не происходитъ изъ *Müller*'овыхъ протоковъ, то вся аргументація *Nagel*'я оказалась бы шаткой.

Для перепонок, которые могут иметь в ширину несколько миллиметров и содержать сосуды, Nagel тоже признает врожденный характер

Воспалительная теория Nagel'я, распространенная Veit'омъ, вліяла бы также несколько на нашъ оперативный образъ дѣйствія при леченіи *haematosalpinx'a*. Veit того убѣжденія, что наблюдаемый нерѣдко при гинатрезіяхъ *haematosalpinx* также вызванъ *инфекціей* иначе нельзя было бы объяснить закрытія трубы. «Содержимое *haematosalpinx'a* есть продуктъ бактерійнаго воспаления трубы». Что это не есть непремѣнное условіе, вытекаетъ уже изъ аналогіи съ трубной беременностью, гдѣ и безъ инфекціи, благодаря только выступленію асептической крови въ полость брюшины, можетъ наступить слипаніе бахромчатаго конца трубы. Впрочемъ, Veit раньше самъ отмѣтилъ, что атрезія брюшнаго конца трубы можетъ «несомнѣнно произойти безъ инфекціонныхъ процессовъ».

Это воззрѣніе на образованіе *haematosalpinx'a* имѣетъ постольку значеніе для нашего оперативнаго вмѣшательства, что прогнозъ сальпингостоміи *quoad* будущей функціи становится гораздо болѣе благоприятнымъ. Если бы зарощеніе трубы при *haematosalpinx'ѣ* было слѣдствіемъ воспаления, то, судя по наблюденіямъ, которые мы дѣлаемъ при другихъ воспаленіяхъ трубы, надежда на полное восстановленіе функціи трубы какъ мѣста соитія спермы и яйца очень мала, между тѣмъ какъ при асептическомъ закрытіи трубы, согласно наблюденіямъ послѣ трубной беременности, можно почти съ увѣренностью рассчитывать на восстановленіе функціи въ будущемъ.

Оперативное лечение дисменорреи.

Пока мы о причинахъ возникновенія дисменорреи такъ мало освѣдомлены, какъ теперь, до тѣхъ поръ будетъ, разумѣется, трудно дать опредѣленную руководящую нить для ея леченія.

Дисменоррея можетъ быть чисто механическаго происхожденія; бываютъ суженія и полное закрытіе шейки, при коихъ черезъ правильные 4-недѣльные промежутки наступаютъ жесточайшія колики, причемъ либо кровь совсѣмъ не показывается, либо только въ количествѣ нѣсколькихъ капель. Подобную чисто механическую дисменоррею мы наблюдаемъ при врожденныхъ гинатрезіяхъ или послѣ тяжелой ожоги шейки. Мы имѣемъ далѣе дисменоррейныя жалобы при поделизистыхъ міомахъ, которые вдаются въ маточную полость и отчасти родились въ цервикальный каналъ и верхнюю часть влагалища.

Всѣ возникшія такимъ путемъ дисменорреи далеко уступаютъ въ силѣ и частотѣ тѣмъ страданіямъ, которые мы наблюдаемъ во время регулъ преимущественно у женщинъ въ началѣ половой зрѣлости, притомъ специально у нерожавшихъ. Эти боли, которые пациентки обозначаютъ прямо какъ судорожныя, появляются либо не задолго до менструаціи, либо достигаютъ своей высшей точки лишь въ первые дни мѣсячныхъ; онѣ достигаютъ зачастую чрезвычайной интенсивности и тогда не ограничиваются нижней областью живота, а распространяются отсюда въ крестецъ и поясницу. Иногда присоединяются еще функциональныя расстройства пищеваарительнаго аппарата: женщины теряютъ аппетитъ, часто происходитъ рвота чисто слизистыми массаами; то бываетъ запоръ, то, наоборотъ, легкій поносъ съ постоянными позывами на низъ; вдобавокъ общая усталость, головныя боли, болѣею частью одностороннія. Мы наблю-

даемъ подобныя дисменорреи очень часто у хлоротичныхъ, далѣе у истеричныхъ и неврастеничныхъ особъ. Здѣсь нѣтъ такого суженія шейчнаго канала, чтобы отхожденіе крови было прямо механически задержано, тонкій зондъ удастся провести черезъ каналъ шейки; тѣмъ не менѣе послѣдній нерѣдко относительно суженъ, и полость матки меньше нормальной.

Причина возникновенія подобной дисменорреи объясняется различно. Одни истолковываютъ ее какъ признакъ дѣтскаго состоянія половыхъ органовъ и считаютъ всякое лечение безрезультатнымъ; другіе обозначаютъ дисменоррею какъ частное проявленіе истеріи и неврастениі, такъ, напр., *Vedel*, *Lomer*, мы; третьи тоже полагаютъ, что она основывается на истерической почвѣ, но ищутъ все-таки для объясненія страданій мѣстной причины. Такъ, напр., *Menge* думаетъ, что матка при нормальныхъ условіяхъ при всякой менструаціи сокращается, чтобы выдавить накопившуюся въ полости кровь; эти сокращенія при нормальной нервной системѣ не ощущаются, такъ какъ они ниже порога сознанія; напротивъ, при повышенномъ состояніи возбудимости истеричныхъ и неврастеничныхъ женщинъ эти раздраженія поднимаются выше порога сознанія и болѣзненно ощущаются. *Theilhaber* даетъ такое объясненіе, что въ виду повышенной возбудимости нервной системы при истеріи возникаютъ спастическія сокращенія круговыхъ волоконъ у внутренняго зѣва, которыя причиняютъ сильныя боли сами по себѣ или же вызываютъ болѣзненные сокращенія матки, такъ какъ послѣдняя должна энергично работать, чтобы прогнать задержавшуюся кровь черезъ функционально замкнувшуюся шейку. *Schiff* и *Fliess* усматриваютъ сущность дисменорреи въ измѣненіи слизистой оболочки носа; они говорятъ о носовой дисменорреѣ.

Леченіе дисменорреи различно въ зависимости отъ толкованія ея причинъ. При чисто механическихъ разстройствахъ, обусловленныхъ міомами или настоящими стриктурами отъ прижиганій, разумѣется, показуется удаленіе міомы или соотвѣтственное расширение разбухающими палочками, е. стоматопластика.

При эссенціальныхъ дисменорреяхъ примѣняются различныя средства. Одно мы можемъ въ настоящее время считать несомнѣннымъ, что всѣ мѣры, улучшающія нервную систему, большею частью дѣйствуютъ также благоприятно на эту форму дисменорреи, таковы: усиленное откармливаніе, пребываніе въ хорошихъ гигиеническихъ условіяхъ и т. д. Во время самаго припадка дисменорреи могутъ доставить временно значительное облегченіе такія лекарства, какъ аспиринъ, бромистый калий и т. п.; все это доказываетъ, что мы имѣемъ дѣло съ болѣзненнымъ симптомомъ, который зависитъ отъ невропатическаго предрасположенія субъекта.

Въ сказанномъ до сихъ поръ почти всѣ согласны; но взгляды существенно расходятся въ вопросѣ о томъ, насколько нужны мѣстныя операціи и какого рода. Если мы предположимъ судорогу шейки, если станемъ на точку зрѣнія *Menge*, что при нѣсколько суженномъ цервикальномъ каналѣ слабыя сокращенія матки для изгнанія крови представляютъ уже у нервныхъ особъ ощутительныя раздраженія, то мы можемъ сулить себѣ успѣхъ отъ расширенія канала шейки. Это расширеніе можетъ быть либо безкровнымъ, посредствомъ ламинаріи или *Hegar*'овскихъ расширителей, либо кровавымъ, посредствомъ скрытаго ножа (метротомъ, рис. 54), которымъ

дѣлаются глубокія насѣчки внутренняго зѣва. Съ этой манипуляціей охотно соединяють выскабливаніе въ надеждѣ, что вновь образовавшаяся слизистая оболочка допуститъ прохожденіе крови безъ болѣе сильныхъ болѣзненныхъ сокращеній матки.

Такъ какъ послѣ простой дисцизии каналъ впоследствии можетъ снова сѣзуться вслѣдствіе образованія рубцовъ, то дѣлались также болѣе глубокія боковыя насѣчки въ шейномъ каналѣ до области внутренняго зѣва включительно; поступали еще радикальнѣе, а именно, отслоивъ мочевоу пузырь, разсѣкали цервикальный каналъ до области выше внутренняго зѣва и сшивали влагалищную слизистую съ маточной. Мы также произвели эту операцію въ одномъ тяжеломъ случаѣ дисменорреи. Такимъ образомъ удается, особенно при болѣе радикальномъ способѣ, сильно расширить цервикальный каналъ и даже совершенно выключить его. Однако, *функциональные* результаты не отвѣчаютъ ожиданіямъ; встрѣчаются, правда, исцѣленія, но, къ сожалѣнію, совсѣмъ не такъ рѣдко и функциональныя неудачи, несмотря на превосходный пластическій результатъ. Въ одномъ случаѣ, напр., въ которомъ мы послѣ отслойки пузыря произвели разсѣченіе далеко выше внутренняго зѣва, первыя регулы послѣ операціи были совершенно безболѣзненны; но лишь только больная была выпущена изъ клиники, наступили тяжелыя дисменорройныя страданія, хотя оперативный результатъ оставался тотъ же и маточная полость сообщалась широкимъ каналомъ съ влагалищемъ.

Изъ этихъ наблюденій мы должны заключить, что существенно при леченіи эссенціальной дисменорреи не механическое расширеніе цервикальнаго канала, а на первомъ планѣ играетъ роль состояніе нервной системы.

Не можемъ не упомянуть при этомъ случаѣ, что со многихъ сторонъ имѣются сообщенія объ успѣхахъ внутриматочнаго леченія постояннымъ токомъ по *Apostoli*. Мы также примѣняли эту терапію во многихъ случаяхъ и можемъ сказать о ней, что, по нашимъ наблюденіямъ, она по дѣйствию несомнѣнно можетъ сравниться съ механическимъ расширеніемъ. То же самое мы можемъ сказать о носовомъ леченіи, которое, какъ извѣстно, состоитъ въ томъ, что смазываютъ растворомъ кокаина извѣстныя мѣста слизистой оболочки носа; и здѣсь мы имѣемъ блестящія успѣхи и столь же блистательныя неудачи.

При дисменорреѣ разныя средства могутъ вести къ цѣли въ виду того, что она есть симптомъ, который часто поддается суггестивному вліянію.

Опытъ показалъ, что дисменорройныя страданія иногда послѣ рожденія перваго ребенка совсѣмъ исчезаютъ или значительно ослабѣваютъ; но предполагать здѣсь чисто механическія отношенія уже потому неправильно, что тяжелая дисменоррея наступаетъ также у многорожавшихъ женщинъ какъ частное проявленіе общей истеро-неврастеніи.



Рис. 54.
Метротомъ.

Оперативное лечение бесплодія.

Научная, точная постановка показаній для леченія бесплодія возможна лишь тогда, когда намъ извѣстны всѣ причины, которыя могутъ обусловить бесплодіе; къ сожалѣнію, мы должны сознаться, что мы еще далеки отъ того, чтобы правильно оцѣнивать значеніе различныхъ аномалій или патологическихъ измѣненій въ половыхъ органахъ по отношенію къ бесплодію.

Безъ предварительнаго изслѣдованія мужа не должно быть предпринимасемо никакое леченіе бесплодія у женщины. Но именно выполненіе этого важнаго требованія встрѣчаетъ часто на практикѣ непреодолимая затрудненія. Мужъ уклоняется отъ изслѣдованія и большею частью уводитъ также свою жену отъ того врача, который выставляетъ это требованіе, ибо не желаетъ быть уличеннымъ какъ виновная сторона въ бесплодномъ бракѣ. Зачастую тутъ играетъ роль и непониманіе со стороны мужа, который полагаетъ, что, разъ совокупленіе и излитіе сѣмени происходитъ *lege artis*, то немислимо, чтобы онъ былъ виновенъ въ бесплодіи, и потому отклоняетъ всякое предложеніе изслѣдовать сѣмя.

Если мужъ соглашается на изслѣдованіе спермы, то важно, чтобы собранное въ кондомъ сѣмя подверглось микроскопическому изслѣдованію *вскорѣ* послѣ *coitus'a*, ибо нужно констатировать не только наличность сѣменныхъ нитей, но и ихъ жизнеспособность.

Если изслѣдованіе сѣмени дало положительный результатъ, то мы должны далѣе предложить себѣ вопросъ, когда мы должны считать съ вѣроятностью бракъ бесплоднымъ и когда должны начинать леченіе. Самую обширную статистику собрали по этому вопросу *Duncan* и *Ansell*; они нашли, что при плодовитыхъ бракахъ въ концѣ 2-го года $\frac{7}{8}$ всѣхъ женщинъ уже родили; послѣ 4-го года супружества родили только еще $\frac{1}{30}$ женщинъ. Какъ средній промежутокъ между свадьбой и рожденіемъ перваго ребенка *Duncan* и *Ansell* берутъ около 16 мѣсяцевъ. На основаніи этого мы были бы вправѣ считать бракъ, по всей вѣроятности, навсегда бесплоднымъ, если спустя два года не наступило зачатіе; но мы можемъ уже нѣсколько раньше настаивать на изслѣдованіи и при надобности на леченіи женщины.

Раньше чѣмъ приступать къ какимъ-либо мѣстнымъ манипуляціямъ, надо предпослать обычные вопросы о половыхъ сношеніяхъ, особенно о частотѣ и характерѣ *coitus'a*, о томъ, нѣтъ-ли истеченія сѣмени изъ влагалища тотчасъ послѣ совокупленія. Хотя достаточно сочетанія одного сперматозоида съ яйцомъ для оплодотворенія, однако для зачатія должно, повидимому, попасть во влагалище и шейку несчетное количество сѣменныхъ нитей; только такъ можно объяснить, почему инныя женщины произвольно долго могутъ помѣшать зачатію тѣмъ, что онѣ выжимаютъ сѣмя изъ влагалища.

Насколько недостатокъ чувственности у женщины имѣетъ значеніе для бесплодія, не поддается еще сужденію; мы знаемъ опредѣленно, что нѣкоторыя женщины повторно беременѣли, хотя ни разу при половомъ актѣ не испытывали ни малѣйшаго удовлетворенія. Большое число нѣмокъ холодны *in coitu*, тѣмъ не менѣе ихъ плодовитость больше, нежели у другихъ расъ, которыя обнаруживаютъ въ общемъ болѣе выраженную *libido* и *voluptas* при половомъ

актъ. Возможно, что чувству сладострастія надо отвести едва замѣтную роль при зачатіи.

Если въ характерѣ половыхъ сношеній нельзя отыскать причину для бесплодія женщины, если, кромѣ того, при изслѣдованіи нѣтъ данныхъ, объясняющихъ это явленіе, какъ, напр., фиксація матки къ задней или боковой стѣнкѣ таза, окутываніе трубъ и яичниковъ сращениями, утолщеніе трубы, дѣлающее вѣроятнымъ слипаніе ея брюшного конца, то, по мнѣнію *Jaquet*, *Schenk'a*, *Bumm'a*, въ большинствѣ случаевъ какъ причину бесплодія надо разсматривать оставовку органовъ на фетальной или дѣтской ступени развитія. Этотъ *infantilismus* можетъ простирается на весь половой трактъ: большія губы плохо развиты, влагалище коротко, передній или задній сводъ лишь умѣренно глубоки, маленькая влагалищная часть мало вдается въ просвѣтъ влагалища, цервикальный каналъ непроходимъ для маточнаго зонда средней толщины, проходитъ специально у внутренняго зѣва, въ виду имѣющейся большею частью остроугольной антефлексіи, настолько узокъ, что тонкій хирургическій зондъ можетъ быть проведенъ только съ трудомъ.

Механически вполне понятно, что недостаточная глубина влагалищныхъ сводовъ можетъ мѣшать зачатію въ томъ отношеніи, что не можетъ образоваться сѣменное озеро, въ которое при нормальныхъ анатомическихъ условіяхъ *portio vag.* погружается; введенное сѣмя легче будетъ вытекать назадъ изъ влагалища.

Образованію задняго влагалищнаго свода мы, разумѣется, не можемъ помочь оперативнымъ путемъ; *Schenk* и *Bumm* рекомендуютъ здѣсь частыя расширенія задняго свода рукою или пессаріями.

Самый узкій цервикальный каналъ, конечно, все еще достаточно широкъ, чтобы пропустить сперматозоидъ, и поэтому можно было бы думать, что нѣтъ надобности примѣнять извѣстные мѣры, направленные на расширеніе канала. Но, какъ указываетъ *Bumm*, со стенозомъ шеечнаго канала зачастую связано измѣненіе слизистой оболочки; цервикальная слизистая пробка тягуча, сгущена и, можетъ быть, временно ведетъ къ полному закрытію просвѣта. Несомнѣнно, что подобные цервикальные стенозы задерживаютъ передвиженіе сѣменныхъ нитей вверхъ; между тѣмъ какъ мы черезъ нѣкоторое время послѣ совокупленія можемъ найти въ цервикальномъ секретѣ обиліе сперматозоидовъ, это очень часто не удастся при подобномъ сѣуженіи канала шейки.

Уже съ давнихъ поръ при этомъ излюбленными операціями для устраненія бесплодія являются тѣ, которыя направлены къ временному или стойкому расширенію цервикальнаго канала дѣтской матки. *Schenk* рекомендуетъ черезъ каждые 5—8 дней проводить черезъ каналъ шейки обыкновенный маточный зондъ; для разрыхленія цервикальныхъ стѣнокъ должны одновременно назначаться частые влагалищные души и сидячія ванны. Другіе совѣтуютъ расширять каналъ шейки разбухающими палочками нѣсколько разъ въ промежутки между менструаціями. Примѣняется также постоянный токъ въ формѣ внутриматочнаго угольнаго электрода, чтобы предупредить новыя сѣуженія; постоянный токъ, по мнѣнію *Bumm'a*, имѣетъ въ то же время то преимущество, что онъ возбуждаетъ дѣтскую матку къ росту.

Jaquet и *Sims* старались достигнуть оперативнымъ путемъ по-

средствомъ дисцизіи по возможности стойкаго расширенія цервикальнаго канала.

Эта маленькая операція можетъ быть предпринята такимъ образомъ, что скрытый ножъ (гистеротомъ, рис. 54) вводится въ цервикальный каналъ выше внутренняго зѣва, и при вытягиваніи инструмента обнажающіеся клинки дѣлають насѣчки различной глубины. Такъ какъ послѣ дисцизіи вслѣдствіе рубцеванія разрѣзовъ часто снова наступаетъ суженіе, можно вмѣсто этого предпринять стоматоластику.

При этой операціи захватываютъ пулевыми щипцами переднюю и заднюю маточныя губы и низводятъ влагалищную часть въ половую щель. Затѣмъ шейка разсѣкается ножомъ съ обѣихъ сторонъ, причемъ разрѣзъ заходитъ за внутренній зѣвъ. Послѣ этого псѣкается клиновидный кусокъ изъ обѣихъ губъ, для чего одинъ разрѣзъ проводится параллельно переходу цервикальной слизистой на влагалищную часть, а другой на 2 см. кнаружи и параллельно первому; разрѣзъ углубляется клиномъ кверху настолько, насколько это соотвѣтствуетъ приблизительно длинѣ цервикальнаго канала. Глубокими узловатыми катгутовыми швами сперва соединяются въ отвѣсномъ направленіи раневые края клинообразной эксцизіи передней и задней губы, а подъ конецъ сшиваются боковыя раны отъ дисцизіи.

Дисцизія и стоматоластика больше открываютъ наружный, нежели внутренній зѣвъ. Тѣ авторы, которые дѣлають отвѣтственнымъ за безплодіе главнымъ образомъ суженіе *внутренняго* зѣва, существенно суживаютъ значеніе этихъ операцій и замѣняютъ ихъ часто повторяемымъ безкровнымъ расширеніемъ цервикальнаго канала помощью разбухающихъ палочекъ. Тѣмъ не менѣе различные сторонники дисцизіи и стоматоластики имѣють несомнѣнно очень благоприятные результаты. *Jaquet* произвелъ кровавое расширеніе шеечнаго канала по способу, мало отклоняющемуся отъ вышеописанной стоматоластики, 120 разъ и тѣмъ устранилъ 79 разъ безплодіе, слѣдовательно, имѣлъ успѣхъ въ 60% случаевъ.

Хотя *retroversioflexio uteri* не представляетъ такой аномаліи, про которую можно было бы съ увѣренностью сказать, что она мѣшаетъ зачатію, все-таки многіе авторы рекомендуютъ оперативное исправленіе этого положенія, особенно при укороченномъ заднемъ сводѣ. Большихъ цифровыхъ данныхъ, которыя исключали бы случайность, относительно результатовъ этихъ операцій мы въ литературѣ не нашли.

Таковы же условія при *хроническомъ*, не-бактерійномъ *эндометритѣ*: результаты производимаго большею частью при этомъ выскабливанія матки не допускають однороднаго толкованія.

Если препятствіе для копуляціи сѣмени и яйца лежитъ въ болѣе высокихъ частяхъ полового аппарата женщины, то тѣ случаи, въ которыхъ рѣчь идетъ о скопленіи гноя и обусловленномъ этимъ *закрытіи павильона трубы*, разумѣется, не подходятъ для оперативнаго леченія; иное дѣло въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ воронка трубы замкнута вслѣдствіе *протекшей* гоноррѣи или трубной беременности или вслѣдствіе перешедшаго на тазовую брюшину перитифлита, — тамъ можетъ возникнуть вопросъ о резекціи трубнаго устья, такъ назыв. *salpingostomia*. Эта операція была впервые произведена *Schroeder*омъ и *Skutsch*емъ, затѣмъ въ обширныхъ размѣрахъ *Martin*омъ. Она можетъ быть произведена такимъ образомъ, что либо зарощенный трубный конецъ отрѣзывается на короткомъ протяженіи и затѣмъ сли-

зистая оболочка трубы соединяется кругомъ съ серознымъ покровомъ послѣдней, или такимъ образомъ, что только вскрываютъ на небольшомъ пространствѣ нѣсколько растянутый жидкостью трубный мѣшокъ и затѣмъ растягиваютъ конецъ раздвиженіемъ вѣтвей введенныхъ ножницъ; такимъ путемъ сохраняютъ часто еще отчетливо замѣтные бахромчатые концы трубъ. Результаты до сихъ поръ еще не очень ободрительные и ограничиваются немногими опубликованными въ литературѣ случаями, въ которыхъ вскорѣ послѣ операциі послѣдовало зачатіе. *Martin* на 63 случая сальпингостоміи два раза наблюдалъ зачатіе. Особенно неблагоприятными оказались тѣ случаи, въ которыхъ рѣчь идетъ о закрытіи трубы вслѣдствіе перенесенной гонорреи: напротивъ, болѣе благоприятны тѣ случаи, въ коихъ предшествовали трубная беременность или аппендицитъ. Такъ какъ зачатіе лишь черезъ много лѣтъ послѣ операциі наступала беременность, то не надо умалчивать о томъ, что и безъ *оперативнаго* вскрытія брюшного конца трубы можетъ послѣдовать зачатіе. Это можно съ большою вѣроятностью заключить изъ послѣдующихъ наблюдений за консервативно пользовавшимися случаями трубной беременности, при коихъ зачатіе наступаетъ потомъ, несмотря на то, что раньше весь тазъ былъ выполненъ опухолевыми массами. Если мы оперируемъ подобную трубную беременность, то очень часто находимъ одну трубу заключенной въ мѣшкѣ haematocele, а конецъ другой трубы замкнутымъ вторичными склейками; тѣмъ не менѣ послѣдующая внутриматочная беременность при выжидательномъ леченіи трубныхъ беременностей не есть рѣдкость. Это не противорѣчитъ также нашимъ анатомическимъ воззрѣніямъ, что закрытый трубный павильонъ можетъ по истеченіи извѣстнаго времени снова самопроизвольно вскрыться.

Чтобы еще болѣе обезпечить успѣхъ сальпингостоміи, *Gersuny* послѣ вскрытія hydrosalpinx'a вшивалъ яичникъ въ расширенный трубный мѣшокъ; въ одномъ случаѣ, оперированномъ такимъ образомъ, наступила беременность. Наконецъ *Palmer Dudley* вшивалъ яичникъ при зарощенныхъ трубахъ прямо въ маточную полость, при этомъ также послѣдовало зачатіе. *Doederlein* произвелъ эту имплантацию яичника въ толщу матки, установивъ сообщеніе съ маточной полостью, 12 разъ и ни разу не наблюдалъ потомъ наступленія зачатія.

Если бракъ оттого бесплоденъ, что женщина изъ-за сильной болѣзненности при введеніи члена (vaginismus) отклоняетъ всякія попытки совокупленія, то въ общемъ немногаго можно достигнуть произведеннымъ подъ наркозомъ расширеніемъ влагалищнаго входа, изсѣченіемъ и разсѣченіемъ дѣвственной плевы, какъ это многими предложено. Вагинизмъ обязанъ во многихъ случаяхъ своимъ происхожденіемъ не мѣстнымъ стенозамъ, но обуславливается, независимо отъ мѣстныхъ аномалій, болѣею частью одновременно существующей истеріей или неврастеніей. Послѣ эксцизии жена все же отказывается отъ сближенія съ мужемъ изъ боязни боли при coitus'ѣ. Отъ этого настоящаго вагинизма надо, разумѣется, отличать тѣ случаи, въ коихъ изъ-за *неподатливости* дѣвственной плевы не очень потентному мужу не удастся проткнуть ее; производимое въ преддверіи совокупленіе причиняетъ боли изъ-за дерганія hymen'a; здѣсь, конечно, достаточное разсѣченіе дѣвственной плевы тотчасъ исцѣляетъ.

Retroversioflexio uteri mobilis.

Послѣ того какъ воззрѣніе *B. S. Schultze*, что подвижная *anteversioflexio uteri* есть нормальное положеніе матки, приобрѣло общее признаніе гинекологовъ, стали стремиться другія положенія матки исправлять ортопедически. Смѣщеніе матки взадъ, какъ самое частое изъ неправильныхъ положеній, стало также самымъ частымъ объектомъ леченія посредствомъ поддерживающихъ аппаратовъ или оперативныхъ приѣмовъ.

Оперативнымъ путемъ исправленіе положенія ретрофлектированной матки проводится различнымъ образомъ: матку приводятъ въ *anteversioflexio*, фиксируя тѣло матки къ передней брюшной стѣнкѣ, къ передней влагалищной стѣнкѣ, къ мочевого пузыря или укорачивая соответственно связки, которыя приводятъ матку въ *anteversioflexio*, а именно либо *ligg. rotunda*, либо *ligg. sacrouterina*.

Путь, по которому выполняются эти различныя фиксаціи, можетъ быть троякій: брюшной, влагалищный и черезъ паховой каналъ. Число различныхъ модификацій отдѣльныхъ оперативныхъ методовъ до того велико, что насъ бы завело слишкомъ далеко, если бы мы вздумали всѣ ихъ привести; поэтому ограничимся лишь тѣми, которые признаны большинствомъ гинекологовъ; при этомъ мы, кромѣ техники, изложимъ одновременно выгоды и невыгоды отдѣльныхъ оперативныхъ методовъ, дабы въ заключеніе установить показанія къ оперативному исправленію положенія.

Если примемъ во вниманіе прежде всего чисто ортопедическій эффектъ, достигаемый различными методами, то всѣ тѣ приемы, которые фиксируютъ тѣло матки къ передней брюшной стѣнкѣ или къ передней влагалищной стѣнкѣ, въ сущности несовсѣмъ отвѣчаютъ тѣмъ требованіямъ, которыя выставилъ *B. S. Schultze* для нормальнаго положенія матки. *Schultze* лишь тогда считаетъ *anteversioflexio uteri* за нормальное положеніе, когда она балансируетъ, т. е. если подвижность матки настолько обезпечена, что при наполненіи мочевого пузыря и прямой кишки матка продѣлываетъ тѣ же экскурсіи безъ дерганія. Если мы устанавливаемъ, напр., тѣсное соединеніе тѣла матки съ передней влагалищной стѣнкой, то идеальное требованіе *Schultze* не удовлетворено. Слѣдовательно, съ чисто ортопедической точки зрѣнія заслуживали бы предпочтенія тѣ методы, которые съ восстановленіемъ *anteversioflexio* даютъ одновременно достаточную подвижность матки. При описаніи различныхъ техническихъ приѣмовъ мы будемъ имѣть случай часто возвращаться къ этому пункту.

Olshausen'у принадлежитъ та заслуга, что онъ первый произвелъ *ventrifixatio* для исправленія положенія подвижной ретрофлектированной матки; правда, до него другіе операторы, напр. *Marion Sims*, *Lawson Tait*, произвели прикрѣпленіе матки къ передней брюшной стѣнкѣ какъ случайную операцію при удаленіи яичниковыхъ опухолей или при отдѣленіи воспалительно сросшихся придатковъ, но тутъ они оперировали не на основаніи одного показанія смѣщенія матки назадъ.

Техника классической *ventrifixura uteri* слѣдующая: животъ вскрывается по брюшинной линіи, затѣмъ черезъ мѣста прикрѣпленія круглыхъ связокъ къ тѣлу матки проводится съ каждой стороны игла съ ниткой сильквормугута, и эта часть матки фиксируется съ

обѣихъ сторонъ къ передней брюшной стѣнкѣ нѣсколько сбоку отъ нижняго угла раны. Игла захватываетъ въ передней брюшной стѣнкѣ не только брюшину, но и одновременно глубокую фасцію и мускулатуру (см. рис. 55). Эта фиксація допускаетъ извѣстную подвижность

Symphysis

Peritoneum parietale

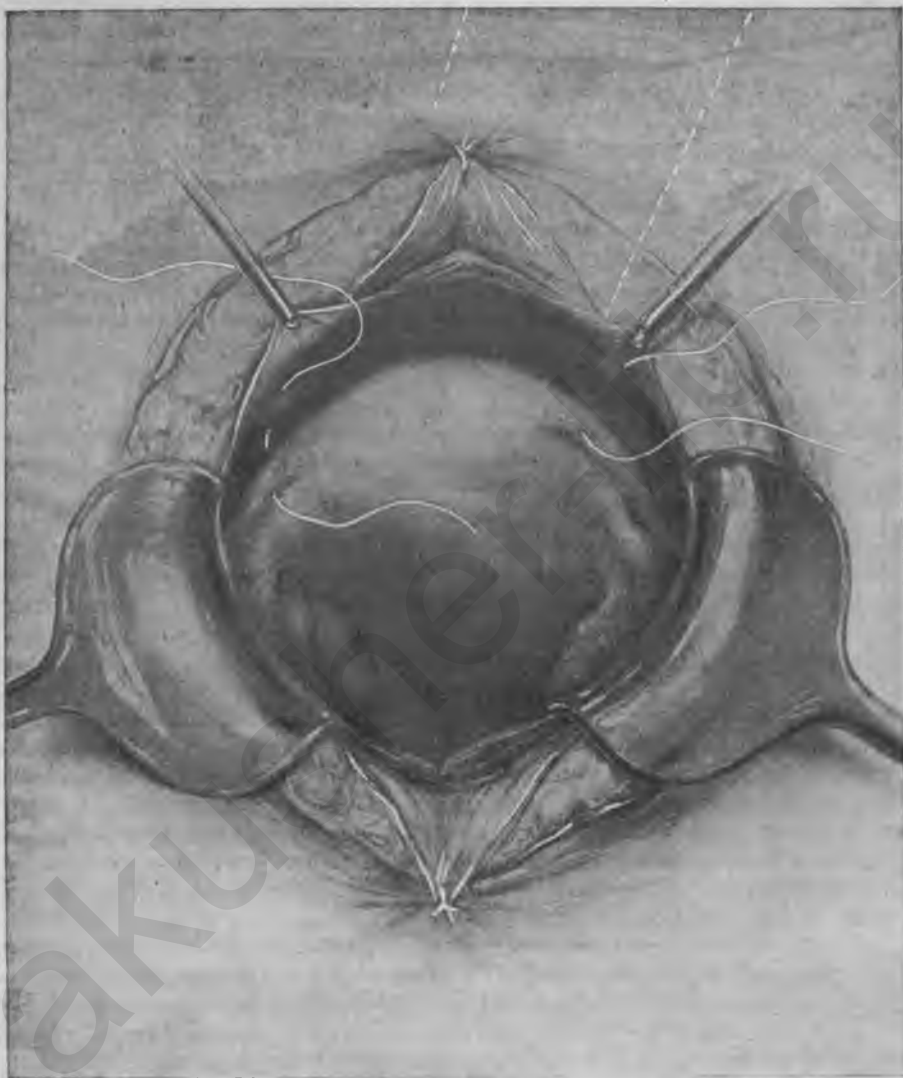


Рис. 55. Ventrifixura uteri по *Olshausen*'у. Животъ здѣсь вскрытъ фасціальнымъ поперечнымъ разрѣзомъ. Нитка съ каждой стороны проведена черезъ мѣсто прикрѣпленія круглой связки и черезъ peritoneum parietale передней брюшной стѣнки съ глубокой фасціей и мускулатурой.

матки, ибо прикрѣплено не тѣло матки непосредственно, а мѣсто прикрѣпленія круглыхъ связокъ, и такъ какъ далѣе серо-серозное соединеніе дозволяетъ извѣстное смѣщеніе по отношенію къ peritoneum parietale. *Leopold* и *Czerny* фиксируютъ непосредственно тѣло

матки къ брюшнымъ покровамъ, проводятъ фиксирующія нити черезъ всю брюшную стѣнку и завязываютъ ихъ на кожѣ живота; благодаря этому, конечно, тѣло матки совершенно утрачиваетъ свою подвижность, такъ что этотъ методъ менѣе всего удовлетворяетъ требованіямъ, предъявляемымъ *B. S. Schultze* къ нормальному положенію матки.

Мы обходимъ молчаніемъ тѣ методы, которые фиксируютъ тѣло матки къ передней брюшной стѣнкѣ, не вскрывая брюшины (способы *Czempin'a*, *Kaltenbach'a*, *Asaky*), ибо при этомъ слишкомъ легко могутъ случаться побочныя поврежденія. Тотъ же недостатокъ имѣетъ, по нашему мнѣнію, вентрификация по методу *Günther'a* и *Gebhard'a*, хотя надо признать, что здѣсь контроль руки, введенной черезъ передній сводъ въ брюшную полость, нѣсколько болѣе обезпечиваетъ отъ побочныхъ пораненій.

Операція *Günther'a* и *Gebhard'a* производится такимъ образомъ, что полукруглымъ разрѣзомъ, какъ при кольпотоміи, отдѣляется мѣсто прикрѣпленія передняго свода отъ влагалищной части, пузырь отодвигается и вскрывается *plica vesico-uterina*. Послѣ этого указательный и средний пальцы лѣвой руки входятъ въ брюшную полость и бимануальнымъ ощупываніемъ опредѣляютъ пунктъ, до котораго мочевоіъ пузырь подымается по передней брюшной стѣнкѣ. Надъ этимъ мѣстомъ дѣлаются на наружной брюшной стѣнкѣ два маленькихъ надрѣза въ продольномъ направленіи, въ 2 см. справа и слева отъ бѣлой линіи, которые разсѣкаютъ только кожу. Затѣмъ матка пулевыми щипцами выкатывается до дна изъ влагалищной раны. Мѣсто прикрѣпленія круглой связки съ обѣихъ сторонъ обкалывается толстой, длинной катгутовой ниткой, затѣмъ матка сдвигается назадъ въ брюшную полость. Въ предупрежденіе того, чтобы салъникъ и кишки при послѣдующихъ манипуляціяхъ не попали въ операціонное поле, вводится корнцангомъ высоко въ брюшную полость рыхлый, но объемистый марлевый компрессъ; оба свободныхъ конца катгутовой нитки продвѣваются черезъ ушко слабо изогнутой черенковой иглы и подъ контролемъ указательнаго и средняго пальцевъ, введенныхъ черезъ передній влагалищный разрѣвъ въ брюшную полость, прокалываются изнутри наружу. Обѣ пары нитокъ натягиваютъ, пока матка не ляжетъ спереди, и концы завязываютъ надъ сверточкомъ іодоформной марли.

Операція *Alexander-Adams'a* производилась первоначально такимъ образомъ, что круглыя связки отыскивались на мѣстѣ ихъ выходященія изъ наружнаго пахового кольца, натягивались и укорачивались. Позже оперативная техника измѣнилась въ томъ направленіи, что стали расщеплять паховой каналъ на большемъ или меньшемъ протяженіи и даже вскрывать брюшину, дабы дальше провести укороченіе. Въ разработкѣ техники *Alexander'овской* операціи особенныя заслуги имѣютъ *Küstner*, *Werth*, *Zweifel*, *Kocher*, *Edebohls*, *Füth*, *Golds-pohn* и др.

Выполнимость операціи зависитъ, разумѣется, на первомъ планѣ отъ возможности отыскать круглыя связки. Ходъ этой связки анатомически строго опредѣленный; наружное паховое кольцо, изъ котораго она выступаетъ, обыкновенно легко изолируется и тѣмъ обозначается мѣсто, гдѣ *pars praeinguinalis* связки можетъ быть найдена въ каждомъ случаѣ. Иногда затрудненія доставляетъ жировая пробка *Imlach'a*, представляющая у нормально упитанныхъ женщинъ гладко ограниченное жировое тѣло, которое выступаетъ изъ пахового канала наряду съ вышеназванными образованіями, продолжается до жировой клѣтчатки большихъ губъ и можетъ отчасти прикрывать круглую связку. Однако, изолированіе связки не особенно затруднено, такъ какъ это жировое тѣло можетъ быть легко выткнуто изъ подкожнаго пахового кольца. Опредѣленіе положенія круглой связки облегчается по *Waldeyer'у* тѣмъ, что связку сопровож-

даютъ два нерва, *n. ileoinguinalis* сверху, *n. spermaticus externus* снизу, и обыкновенно по обнаженіи апоневроза *m. obl. abd. ext.* хорошо видны.

Если не удастся изолированіе круглой связки въ ея предпаховой части, то можно, по примѣру *Edebohls*'а и *Kocher*'а, разсѣчь сперва фасцію *m. obl. abd.* и отыскать связку въ самомъ паховомъ каналѣ.

Kocher принципиально разыскиваетъ *lig. rot.* въ самомъ паховомъ каналѣ, расщепляя надъ внутреннимъ паховымъ каналомъ фасцію *m. obl. abd. ext.*; плотнымъ приставленіемъ зонда къ желобу *lig. Poupartii* онъ отдѣляетъ и приподнимаетъ круглую связку съ сопровождающимъ ее тонкимъ сосудистымъ канатикомъ отъ сопутствующихъ мышечныхъ волоконъ *mm. obl. abd. ext. et transvers.*

Мы считаемъ отыскиваніе круглой связки въ предпаховой части болѣе легкимъ, нежели въ паховой, такъ какъ различеніе *lig. rot.* отъ сопутствующихъ мышечныхъ пучковъ въ паховомъ каналѣ трудно; ткань круглой связки своимъ видомъ не отличается рѣзко отъ лежащихъ кругомъ мышечныхъ пучковъ *m. obl. abdominis.*

Если отысканіе связки въ предпаховой или паховой части не удалось, то все еще остается возможность, по расщепленіи *fascia transversa*, вскрыть со стороны паховой раны брюшину, нащупать пальцемъ трубу и вытащить ее и круглую связку въ рану. Въ такомъ случаѣ рекомендуется дважды перевязать *art. epigastrica profunda* предъ необходимой ея перерѣзкой.

Можно съ увѣренностью утверждать, что отысканіе круглой маточной связки возможно въ каждомъ случаѣ.

Выполнимость операціи зависитъ далѣе отъ того, обладаетъ-ли связка необходимой крѣпостью, чтобы выдержать требуемое для поднятія матки натяженіе и фиксировать матку въ новопріобрѣтенномъ положеніи.

Нѣкоторые авторы сообщаютъ, будто въ иныхъ случаяхъ, особенно у старухъ и дѣвицъ, связки настолько тонки, что рвутся при малѣйшемъ натяженіи. Съ этимъ можно согласиться, если натяженіе производится за *pars praecipua* связки; но толщина послѣдней быстро возрастаетъ отъ внѣпаховой части къ маткѣ.

Sellheim даетъ на основаніи своихъ наблюденій слѣдующія измѣренія: у нерожавшихъ 2,2 мм. у наружнаго пахового кольца, 3,0 мм. у внутренняго паховаго кольца и 3,4 мм. сбоку отъ начала матки; соответственные размѣры у многорожавшихъ 3 мм., 3,5 мм. и 4,1 мм.

На этомъ основаніи мы считаемъ показаннымъ въ каждомъ случаѣ широкое вскрытіе паховаго канала посредствомъ расщепленія апоневроза, дабы прослѣдить связку до внутренняго паховаго кольца и отсюда произвести натяженіе. При потягиваніи у наружнаго паховаго кольца связка можетъ разорваться, что и у насъ случалось. Если связка еще тонка и у внутренняго паховаго кольца, то мы по вскрытіи брюшины фиксировали внутрибрюшинную часть связки.

Вопросъ о томъ, можно-ли дѣйствительно, даже при достаточной крѣпости связки, поднять посредствомъ натяженія опустившуюся матку и, главное, привести въ антеверсію перегнутое назадъ тѣло матки, часто служилъ предметомъ обсужденія. Превжнія возраженія противъ операціи *Alexander-Adams*'а, будто круглая связка ничего не имѣютъ общаго съ нормальнымъ положеніемъ матки, ибо при своемъ дугообразномъ ходѣ онѣ слишкомъ длинны, чтобы мѣшать отклоненію матки къзади, мы можемъ считать въ настоящее время

для огромнаго большинства случаевъ опровергнутыми. Надо только какъ необходимое условіе успѣха требовать возможно большаго вытягиванія связокъ, и потому принципиально вскрывать *processus vaginalis peritonei*. При операціяхъ можно убѣдиться, что при посредствѣ круглыхъ связокъ, особенно послѣ вскрытія дубликатуры брюшины, мы держимъ матку какъ-бы въ уздѣ и можемъ любое число разъ переводить ее изъ ретроверсіи въ антеверсію или поднимать при опущеніи. Направленіемъ тракціи къ подвздошнымъ осямъ матка сильно поднимается; если желаютъ получить болѣе сильную антеверсію, то надо предпочтительно тянуть къ симфизу. Это клиническое наблюденіе было уже раньше удостовѣрено опытами *Kummer'a* и *Beuttner'a* на трупахъ.

Въ двухъ случаяхъ *Zweifel* при производствѣ операціи сдѣлалъ наблюденіе, которое до извѣстной степени могло бы заставить усумниться въ способности круглыхъ связокъ привести наклоненную назадъ матку въ антеверсію. Въ обоихъ случаяхъ существовала *retroversioflexio uteri* въ сильной степени.



Рис. 56. Положеніе матки черезъ 8 дней послѣ операціи *Alexander'a*.

дно матки лежало ниже наружнаго зѣва. По вскрытіи *processus peritonei* можно было умѣреннымъ потягиваніемъ за связки по направленію къ симфизу антевертировать матку; но лишь только тракція становилась сильнѣе и переходила за извѣстный предѣлъ, матка снова возвращалась въ ретроверсію. Это, можетъ быть, объясняется своеобразнымъ ходомъ *ligg. rotunda* въ широкой связкѣ; въ виду того, что круглыя связки поднимаются отъ основанія *ligg. lata* къ боку матки, возможно, что при болѣе сильномъ натяженіи сила переносится не на дно матки, а черезъ посредство широкой связки на нижнюю часть тѣла матки и на шейку, вслѣдствіе чего *corpus uteri* можетъ упасть назадъ.

Какъ доказательство того, что операціей *Alexander-Adams'a* достигается анатомически нормальное положеніе, мы даемъ ниже изображеніе тазовыхъ органовъ *in situ* у женщины, которая на 8-й день послѣ операціи умерла отъ ихорозно распавшейся гематомы одновременно произведенной кольпоперинеопластики (препаратъ *Zweifel'*евской клиники, рис. 56).

Наша техника операціи *Alexander-Adams's'a* слѣдующая: разрѣзъ, длиною въ палецъ, разсѣкаетъ съ обѣихъ сторонъ вдоль *lig. Poup-artii* кожу и подкожную клѣтчатку. Брызжущіе сосуды захватываются и перевязываются. Разрѣзъ углубляется, пока не обнажится туго натянутая, бѣлая, блестящая фасція наружной косой мышцы (рис. 57). При этомъ само собою обнаруживается наружное паховое кольцо, познаваемое по расхожденію фасціи и *Imlach'овской* жиро-



Рис. 57. Обнаженіе фасціи *m. obliqu. abdom. ext.* съ наружнымъ паховымъ кольцомъ при операціи *Alexander-Adams's'a*.

вой пробкѣ. Отъ наружнаго паховаго кольца расщепляютъ фасцію параллельно и нѣсколько выше Пупартовой связки; вслѣдъ затѣмъ показывается круглая связка. Она освобождается изъ окружающихъ частей, для чего достаточно обыкновенно слегка потянуть за связку пинцетомъ *Kocher'a*. Какъ видно на рис. 58, связка приподымается и разрѣзывается между двумя пинцетами; затѣмъ центральный ко-

нецъ вытягивается, пока не покажется брюшинный конусъ, послѣдній широко вскрывается ножницами (рис. 59). Связка вытягивается, насколько возможно. Операція продолжается на другой сторонѣ до того же стадія. Теперь надо проверить положеніе матки, для чего, какъ видно на рис. 60, продвигаютъ указательный палецъ черезъ щель брюшины до матки; при этомъ можно одновременно опредѣлить, есть-ли срощенія. Четырьмя кѣтгутовыми узловатыми швами

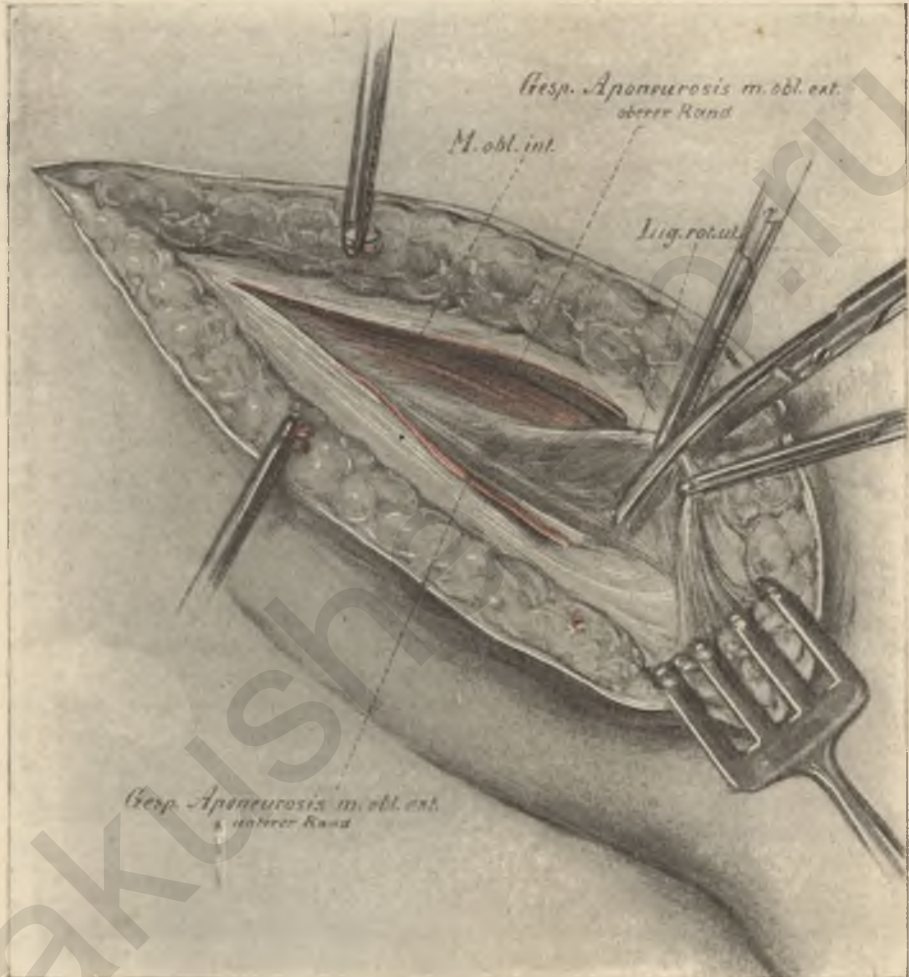


Рис. 58. Разсѣченіе обнаженной въ паховомъ каналѣ круглой связки.

связка пришивается къ нижней сторонѣ фасціи съ обѣихъ сторонъ при одновременномъ закрытіи брюшины (см. рис. 61). Значительный кусокъ связки отсѣкается. Для закрытія раны зашиваютъ фасцію, жировой слой и кожу, дренажъ не нуженъ. Въ предупрежденіе грыжи въ фасціальномъ рубцѣ, мы охотно подкрѣпляемъ послѣдній мышечнымъ рубцомъ, пришивая, какъ при грыжесѣченіи по *Bassini*, мышечныя волокна *m. transvers abdom.* къ Пупартовой связкѣ нѣсколькими кѣтгутовыми узловатыми швами.

Такъ какъ этой операціи рѣдко подвергаются слабыя, истощенныя женщины, то теченіе періода поправленія зависитъ главнымъ образомъ отъ хода заживленія раны, послѣдуетъ-ли инфекция или нѣтъ. При безлихорадочномъ, гладкомъ теченіи оперированныя могутъ уже на 11-й день покинуть постель и на 12-й день клинику, однако, по причинамъ, которыя будутъ изложены ниже, рекомендуется въ общемъ дольше оставлять женщину въ постели.

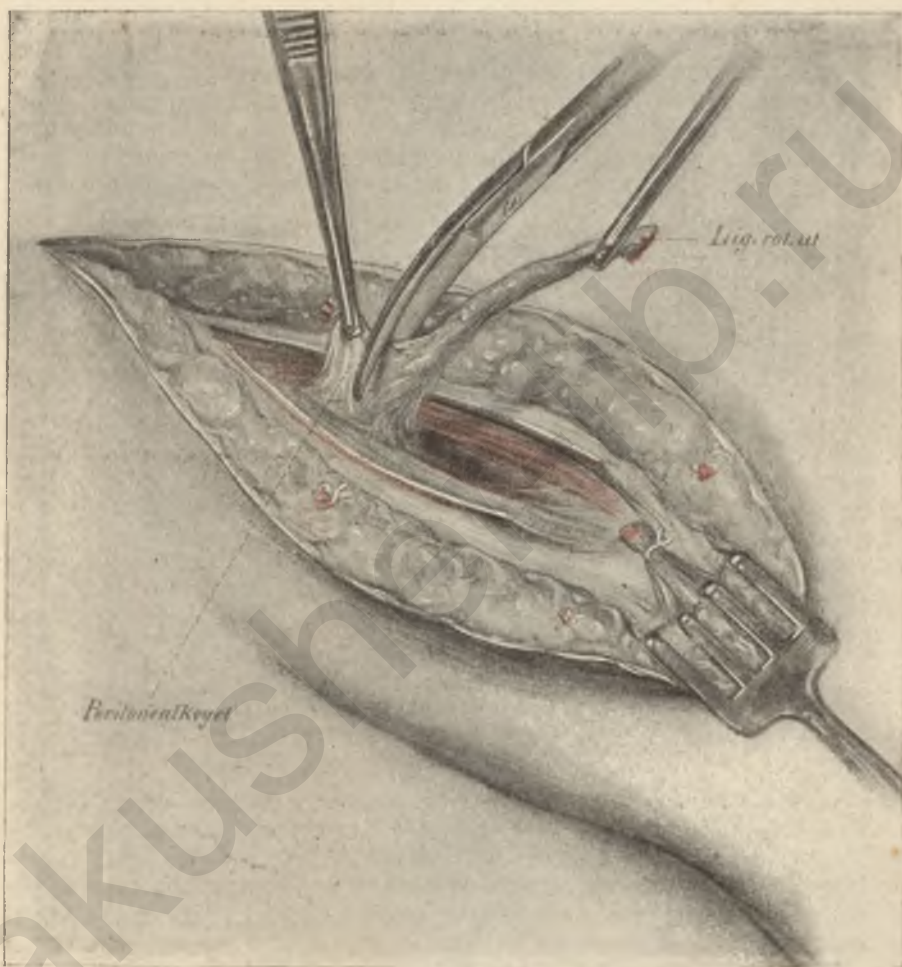


Рис. 59. Вскрытіе брюшиннаго конуса.

Зачастую наблюдалось образованіе гематомъ. Это объясняется тѣмъ, что женщины тотчасъ послѣ операціи дѣлаютъ неосторожныя движенія, сгибаютъ ноги въ тазобедренномъ суставѣ и потому срываютъ образовавшіеся тромбы. Въ предупрежденіе этихъ гематомъ оказалось выгоднымъ класть на рану тотчасъ послѣ операціи на 1—2 дня мѣшокъ съ пескомъ.

Подобно тому, какъ при вентрофиксаціи, предложены также многочисленныя модификаціи для операціи *Alexander'a*, которыя

частью сводятся къ тому, чтобы, въ предупрежденіе паховой грыжи, совсѣмъ не расщеплять или мало расщеплять паховой каналъ (*Calman, Cleveland, Asch, Gelpke*); нѣкоторые операторы, какъ *Kocher, Fabricius, Smith, Daret* и др., не разсѣкаютъ изолированной круглой связки, а только образуютъ складку. Полное собраніе всѣхъ модификацій даетъ *Kleinwächter* въ своей работѣ объ ортопедическомъ исправленіи положенія матки, куда мы и отсылаемъ.

Здѣсь же мы считали нужнымъ привести только испытанный нами методъ.

Если брюшная полость вскрыта для производства другихъ операцій, то кстати можно наклоненную назадъ матку привести въ антеверсію посредствомъ внутрибрюшного укороченія круглыхъ связокъ. Первый, который предпринялъ эту операцію, былъ *Polk*: онъ дѣлалъ складку въ *lig. rotundum* и сшивалъ ее. *Menge* прикрѣпляетъ одновременно, какъ видно на рис. 62 и 63, складку широкой связки

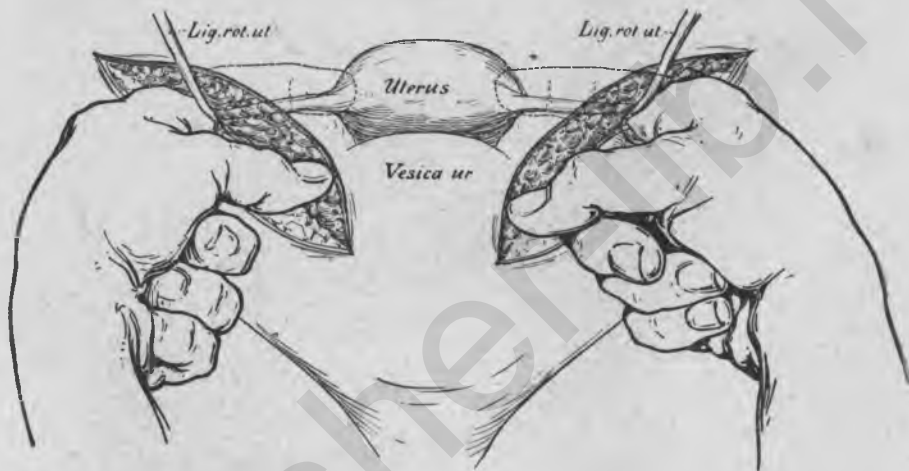


Рис. 60. Ощупываніе половыхъ органовъ при операціи *Alexander's*.
Опредѣленіе положенія матки.

къ передней поверхности тѣла матки. Чтобы получить серо-фиброзное соединеніе, *Palmer Dudley* обнажаетъ еще при этомъ переднюю маточную стѣнку на большемъ протяженіи отъ ея сывороточнаго покрова, чтобы затѣмъ одинаковымъ образомъ нашить на переднюю маточную поверхность сложенные въ складку листки широкой и круглой связки. Результаты по *Menge* очень хорошіе и стойкіе. Если не образуются вторичныя склейки, то подвижность матки такая же, какъ при укороченіи круглыхъ связокъ со стороны пахового канала.

Круглыя связки могутъ также, разумѣется, быть сдѣланы доступными глазу посредствомъ *передней кольпотоміи* (*Wertheim* и *Bode*). Вскрывается, какъ будетъ подробнѣе изложено при вагинофиксаціи, передній *Дугласъ*, затѣмъ захватываются съ обѣихъ сторонъ *ligg. rot.* и либо укорачиваются только посредствомъ образованія петли, либо пришиваются въ то же время къ влагалищной ранѣ. Мы не можемъ признать въ этомъ методѣ существеннаго усовершенствованія *Alexander's* операціи, ибо вторичныя склейки легко могутъ вызвать нежелательную фиксацію матки, и такъ какъ далѣе круглыя связки

не такъ крѣпко фиксируются, какъ при пришиваніи широкой поверхности связки къ фасціи наружной косой мышцы. Кроме того, мы считаемъ необходимую при этомъ подготовительную операцію (*colpotoxia anterior*) съ отслоеніемъ пузыря за болѣе серьезное вмѣшательство, нежели *Alexander*'овскую операцію.

Первая операція, имѣвшая цѣлью прикрепить матку къ влагалищу, была произведена *Schücking*'омъ; его методъ состоитъ въ томъ,



Рис. 61. Пришиваніе круглой связки къ нижней поверхности фасціи наружной косой мышцы.

что онъ вводилъ въ матку скрытую въ трубчкѣ кривую иглу, затѣмъ выталкивалъ иглу, чтобы проколоть переднюю маточную стѣнку и въ то же время между маткой и пузыремъ переднюю влагалищную стѣнку. Игла была снабжена двойной ниткой и прокалывалась изъ обоихъ боковъ матки во влагалище. Такимъ образомъ при завязываніи нитокъ въ переднемъ сводѣ матка фиксировалась къ послѣднему. Эта операція была вскорѣ видоизмѣнена *Zweifel*'емъ, *Dührssen*'омъ, *Mackenrodt*'омъ, которые, избѣгая оперировать въ тем-

нотѣ, отслаивали сперва пузырь отъ матки и затѣмъ только пришивали дно матки къ влагалищу.

При первыхъ своихъ операціяхъ *Dührssen* не вскрывалъ *plica vesicouterina*, но, сдвинувъ возможно выше пузырь, фиксировалъ черезъ складку одно мѣсто передней маточной стѣнки нѣсколько



Гис. 62. Образование складки *ligg. rotunda* и шиваніе кѣгутowymi узловатыми швами.

выше внутренняго зѣва къ влагалищу. Такъ какъ этотъ методъ давалъ мало гарантіи отъ рецидивовъ, то *Dührssen* скоро видоизмѣнилъ свой способъ въ томъ отношеніи, что сталъ вскрывать складку брюшины и пришивать тѣло матки непосредственно къ влагалищной стѣнкѣ; такимъ образомъ получается существенно лучшее серофиброзное соединеніе между тѣломъ матки и влагалищной стѣнкой;

однако, при дальвѣйшемъ наблюденіи оказалось, что вслѣдствіе слишкомъ плотной фиксаціи тѣла матки часто наступали разстройства беременности. Поэтому нынче *Dührssen* придаетъ значеніе тому, чтобы приведенная въ антеверсію матка была фиксирована на одномъ совершенно опредѣленномъ мѣстѣ, а именно тотчасъ надъ

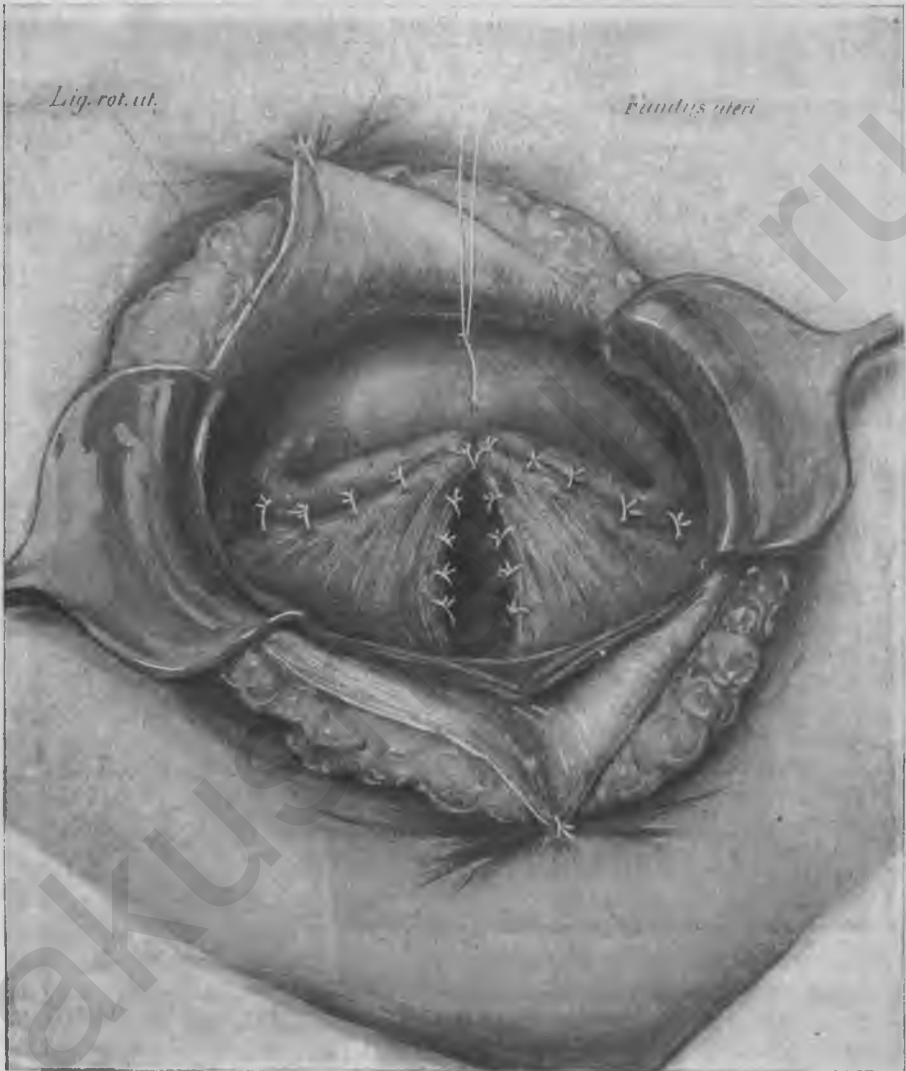


Рис. 63. Пришиваніе складки широкой связки къ передней маточной стѣнкѣ.

областью внутренняго зѣва, къ влагалищу и чтобы *plica vesicouterina* была отдѣльно зашита.

Операція представляется въ слѣдующемъ видѣ: влагалищная часть захватывается и оттягивается къ промежности, затѣмъ проводится либо поперечный разрѣзъ въ переднемъ сводѣ, либо по способу *Martin'a*, *Mackenrodt'a* и др. продольный разрѣзъ отъ мочеиспускательнаго валика до *portio vag.*; если одинъ продольный разрѣзъ

не даетъ достаточно доступа, то можно къ концамъ продольнаго разрѣза присоединить съ каждой стороны поперечный надрѣзъ на уровнѣ передняго свода (см. рис. 49). Послѣ вскрытія plica vesicouterina проводятъ одинъ или нѣсколько швовъ черезъ лѣвую влагалищную

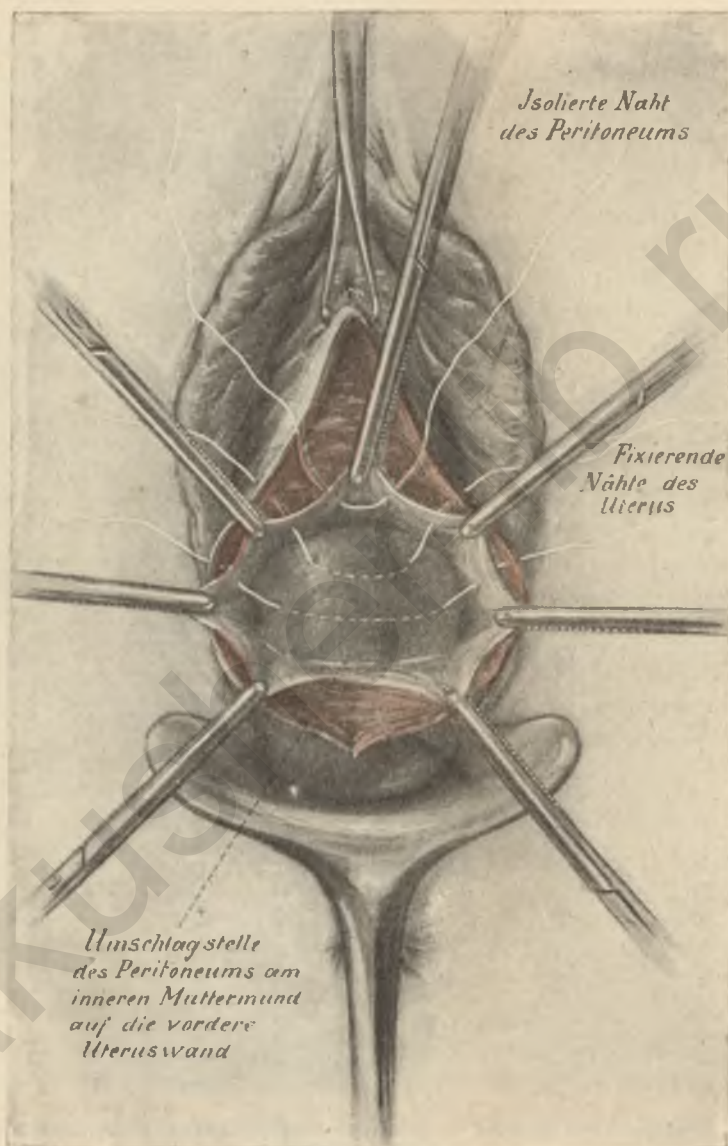


Рис. 64. Vaginifixura uteri.

стѣнку близъ уретральнаго валика, затѣмъ черезъ переднюю маточную стѣнку 1—2 см. выше внутренняго зѣва, наконецъ, выкалываютъ черезъ правую влагалищную стѣнку снутри кнаружи; нитку завязываютъ и тѣмъ фиксируютъ тѣло матки къ передней влагалищной стѣнкѣ (рис. 64). Дабы и здѣсь по возможности избѣгнуть

серо-фиброзного соединенія, снова закрываютъ предъ завязываніемъ шва переднюю щель брюшины, соединяя брюшину пузыря съ серознымъ покровомъ матки нѣсколькими узловатыми катгутowymi швами. Влагалищная рана также закрывается нѣсколькими узловатыми катгутowymi швами.

Какъ случайная операція при лапаротоміяхъ фиксація ретрофлексированной матки на верхушкѣ пузыря многократно производилась *Werth*'омъ, позже *Pryor*'омъ, *Sänger*'омъ и др. Первый поводъ пришить матку къ верхушкѣ пузыря нѣсколькими узловатыми швами далъ *Werth*'у сообщенный въ литературѣ случай, въ которомъ при вентрофиксаціи ущемился кусокъ кишки между маточнымъ дномъ и передней брюшной стѣнкой.

Дабы доставить маткѣ большую подвижность, нежели при фиксаціи матки къ влагалищу, *Mackenrodt* сталъ сшивать со стороны *влагалища* матку съ задней *стѣнкой пузыря*. Какъ при вагинофиксаціи, продольнымъ разрѣзомъ въ переднемъ сводѣ пузыря отслаивается отъ шейки; затѣмъ на небольшомъ протяженіи брюшина пузыря сперва отдѣляется отъ его мускулатуры, и послѣ вскрытія *plica vesico-uterina* кусокъ брюшины резецируется. Наконецъ, верхній отслоенный листокъ пузырной брюшины нашивается нѣсколькими узловатыми катгутowymi швами отъ одного маточнаго рога къ другому на дно матки, и пузырная стѣнка соединяется по срединной линіи 1—2 швами съ передней стѣнкой маточнаго дна ниже мѣста прикрѣпленія брюшины. Края влагалищной раны сшиваются.

Frommel укорачивалъ *ligg. sacrouterina* брюшнымъ путемъ, фиксируя мѣста прикрѣпленія крестцово-маточныхъ связокъ выше къ боковой стѣнкѣ таза. *Sänger* затѣмъ оперировалъ со стороны влагалища и, не вскрывая Дугласа, просто проводилъ черезъ задній влагалищный сводъ глубокой шовъ, который захватывалъ крестцово-маточныя связки, отчего послѣднія образуютъ складку и укорачиваются. Чтобы надежнѣе достигнуть укороченія связокъ, позднѣйшіе операторы стали сперва широко вскрывать Дугласъ со стороны влагалища и тѣмъ приводили одновременно Дугласово пространство къ облигераціи. Такимъ путемъ удастся привести матку въ подвижную *anteversioflexio*.

Сравнительная оцѣнка различныхъ оперативныхъ методовъ. Ортопедическіе результаты различныхъ способовъ фиксаціи.

Оцѣнка различныхъ оперативныхъ методовъ зависитъ прежде всего отъ ортопедическихъ стойкихъ результатовъ, достигаемыхъ различными способами фиксаціи. При этомъ тотчасъ выдѣляется методъ укороченія крестцово-маточныхъ связокъ, какъ дающій слишкомъ дурные исходы: во многихъ случаяхъ возвратъ наступалъ уже спустя нѣсколько недѣль, во всѣхъ случаяхъ спустя нѣсколько мѣсяцевъ.

Результаты другихъ способовъ фиксаціи, насколько имѣются отчеты о болѣе значительныхъ серияхъ случаевъ, слѣдующіе:

Hohl сообщаетъ изъ клиники въ Галле о 60 вагинофиксаціяхъ, которыя были произведены отчасти по методу *Mackenrodt*'а, отчасти по *Dührssen*'у. Изъ 55 изслѣдованныхъ потомъ случаевъ въ 6 былъ обнаруженъ рецидивъ. Правда, время наблюденія очень короткое; только 24 изъ нихъ были наблюдаемы дольше года.

Pfannenstiel имѣлъ послѣ вагинофиксацій на 32 случая 4 рецидива=12,5%. *Olshausen* имѣлъ на 51 случай вагинофиксацій 11 рецидивовъ, т. е. 21,5%. Изъ этихъ 11 рецидивовъ только одинъ падаетъ на внутробрюшинно фиксированные случаи, прочіе же на внѣобрюшинно оперированные. Такимъ образомъ внѣобрюшинный методъ долженъ быть оставленъ какъ ненадежный по результатамъ.

Pfannenstiel сообщаетъ о 29 случаяхъ влагалищнаго укороченія круглыхъ связокъ съ 14 рецидивами=48,2%.

Объ операціи *Alexander*'а имѣются болѣе значительные отчеты изъ *Küstner*'овской клиники: *Cohn* сообщаетъ о 39 случаяхъ съ 7 рецидивами=17,9%; болѣе ранній отчетъ *Köber*'а изъ той же клиники отмѣчаетъ на 28 случаевъ 6 возвратовъ=21,4%. Изъ клиники *Wertheim*'а *Bucura* сообщаетъ о 30 случаяхъ съ 4 рецидивами. Клиника *Zweifel*'я имѣла на 18 случаевъ 3 рецидива; время наблюденія составляло здѣсь во всѣхъ случаяхъ болѣе $\frac{3}{4}$ года, въ 3 случаяхъ даже больше 2 лѣтъ. Характеръ этихъ рецидивовъ требуетъ особаго упоминанія потому, что онъ даетъ указанія для оперативной техники. Одинъ рецидивъ возникъ при операціи, при которой брюшинная воронка не была вскрыта и связки были только слабо вытянуты; второй возвратъ наступилъ въ одномъ случаѣ, въ которомъ связки были фиксированы шелкомъ, рана сильногноилась, и нитки были извергнуты; при третьемъ рецидивѣ было сдѣлано во время операціи наблюденіе, упомянутое уже при описаніи *Alexander*'овской операціи, что матка при *сильномъ* натяженіи связокъ возвращалась въ ретроверсію, такъ что пришлось фиксировать связки только съ умѣреннымъ натяженіемъ. Во всѣхъ прочихъ 15 случаяхъ, въ коихъ во время операціи согласно требованіямъ была вскрыта брюшинная воронка, связки были сильно натянуты и широко фиксированы къ фасціи, можно было констатировать стойкій ортопедическій успѣхъ.

Въ виду этого при различныхъ оперативныхъ методахъ окончательные результаты не могутъ быть непосредственно сравниваемы между собою такъ какъ существенное значеніе имѣетъ техника отдѣльной операціи. При этомъ мы не отрицаемъ, что и послѣ операціи *Alexander*'а встрѣчаются рецидивы.

Результаты *ventrifixura uteri* трудно получить изъ литературы потому, что вентрофиксація не всегда дѣлалась изъ-за подвижной ретрофлексіи, а во многихъ случаяхъ лишь послѣ отдѣленія сросшихся придатковъ и т. п. Поэтому намъ невозможно стойкіе результаты вентрофиксаціи непосредственно сравнивать съ вышеприведенными цифрами; можно лишь отмѣтить, что ортопедическіе результаты послѣ *Olshausen*'овскаго метода приблизительно такіе же, какъ и послѣ всѣхъ другихъ методовъ.

При настоящемъ развитіи асентики всѣ упомянутые методы фиксаціи даютъ столь ничтожную смертность, что едва-ли возможно представить сравнительные проценты смертности. *Ventrixfixura* таитъ въ себѣ опасности чревосѣченія, и случаи *Heus*'а послѣ нея не говорятъ въ пользу этой операціи. Изъ всѣхъ операцій мы можемъ выставить *Alexander*'овскую, какъ наиболѣе безопасную для жизни.

Вмѣстѣ съ вентрофиксаціей *Alexander*'овская операція имѣетъ тотъ недостатокъ по сравненію съ влагалищнымъ методомъ, что при первыхъ двухъ возможно образованіе грыжи вследствие растяженія фасціи. Если при вентрофиксаціи проводить разрѣзъ не по

бѣлой линіи, а примѣнять, какъ мы это въ послѣднее время всегда дѣлаемъ, фасціальныи поперечный разрѣзъ *Pfannenstiell'*я, то этимъ опасность образованія грыжи чрезвычайно ослабляется. Опасность образованія грыжи послѣ операціи *Alexander'*а также весьма мала: на 136 паховыхъ слѣчей въ Лейпцигской клиникѣ наблюдались 2 грыжи; даже тогда, когда раны не заживали первичнымъ натяженіемъ, нельзя было констатировать грыжу. Вскрытіе брюшиннаго конуса здѣсь скорѣе предупреждаетъ образованіе грыжевого мѣшка, ибо отъ послѣдующаго кисетнаго шва выпяченный конусъ брюшины запусѣвается. Если, кромѣ того, что въ Лейпцигской клиникѣ не соблюдалось, по способу *Bassini* волокна *m. transvers.* пришиваются къ нижнему краю фасціи, то образованіемъ этой мышечной пластинки еще болѣе ослабляется предрасположеніе къ паховой грыжѣ.

Итакъ, послѣоперационное образованіе грыжи едва-ли можетъ быть въ настоящее время еще приводимо какъ недостатокъ этихъ обѣихъ операцій по сравненію съ *vaginifixur'*ой.

Обѣ операціи имѣютъ далѣе тотъ недостатокъ, что онѣ даютъ рубцы, которые могутъ быть неприятны въ косметическомъ отношеніи; но рубцы послѣ разрѣза *Pfannenstiell'*я и пахослѣченія, такъ какъ они соотвѣтствуютъ *Langer'*овскимъ направленіямъ кожныхъ щелей, настолько линейны, что черезъ нѣкоторое время ихъ едва можно найти. Если непременно хотятъ избѣгать замѣтныхъ рубцовъ, то можно, какъ для вентрофиксаціи, такъ и для операціи *Alexander'*а, вести разрѣзъ въ предѣлахъ роста волосъ.

Наконецъ, *Alexander'*овской операціи сдѣланъ еще тотъ упрекъ, что небольшіе тяжи, соединяющіе матку съ заднимъ Дугласомъ, не распознаются, и что отъ ихъ растяженія либо появляются у женщины боли, либо наступаетъ рецидивъ скорѣ послѣ операціи. Этотъ недостатокъ можно устранить очень просто, если, какъ это указано на рис. 60, принципіально входитъ обоими пальцами черезъ вскрытую щель брюшины и убѣждаться въ гладкой поверхности *segoza uteri*. Если не выяснено состояніе трубъ и яичниковъ, то можно ихъ безъ труда вывести въ рану и сдѣлать доступными глазу.

При оцѣнкѣ различныхъ методовъ слѣдуетъ обращать вниманіе не только на надежность прикрѣпленія въ нормальномъ положеніи, но и на состояніе фиксированной матки во время беременности и родовъ. Какъ увидимъ, въ этомъ отношеніи разные способы фиксаціи даютъ весьма различные результаты; между тѣмъ какъ при одномъ методѣ разстройство родовъ почти не наблюдается, оно при другихъ методахъ сравнительно часто встрѣчается; и здѣсь всего благоприятѣе операція *Alexander'*а, ибо при ней, вслѣдствіе гарантированной въ широкихъ предѣлахъ подвижности матки, уже изъ теоретическихъ основаній разстройства беременности невѣроятны.

Отношеніе матки къ наступленію беременности.

Всѣ тѣ методы, которые фиксируютъ ретрофлектированную матку въ антеверсіи и въ то же время болѣе или менѣе плотно закрѣпляютъ тѣло матки на мѣстѣ фиксаціи, могутъ нарушать свойственное беременности расправленіе органа. Всего неблагоприятѣе для развитія беременности будутъ тѣ способы фиксаціи, которые прикрѣпляютъ тѣло матки у *дна* низко къ брюшной стѣнкѣ или къ влагалищу; если здѣсь соединеніе настолько плотно, что оно во время беременности совершенно не растягивается или лишь въ незначи-

тельной степени, то могут наступить слѣдующія механическія разстройства при расширеніи маточной полости для воспріятія ростоущаго плода.

При продольномъ положеніи плода идетъ на образованіе плодово-мѣстилица и сильно растягивается главнымъ образомъ задняя маточная стѣнка. Чрезмѣрное растяженіе задней стѣнки имѣетъ послѣдствіемъ то, что зѣвъ все больше отодвигается вверхъ за мысь. Когда къ концу беременности или во время родовъ головка плода вступаетъ въ малый тазъ, должно образоваться выпячиваніе отрѣзка между мѣстомъ фиксаціи и передней губой. При изслѣдованіи головка ощущается хотя низко въ тазу, но покрытая, какъ-бы мостикомъ, чрезмѣрно растянутымъ переднимъ маточнымъ отрѣзкомъ, между тѣмъ какъ зѣвъ находится высоко надъ мысомъ (см. рис. 65а). Когда начинаются боли, то зѣвъ хотя открывается, но лишь медленно и неполно, и задняя губа сокращеніемъ задней маточной



Рис. 65а.



Рис. 65б.

Положеніе ребенка послѣ *vaginifixura uteri*.

Kleinwächter, Orthopädische Behandlung der Falschlage der Gebärmutter usw. (Wiener Klinik).

стѣнки оттягивается все выше и выше надъ мысомъ. Чѣмъ ниже фиксировано дно матки, чѣмъ меньше растяжимо мѣсто фиксаціи, тѣмъ выше будетъ подыматься зѣвъ. *Kaufmann* наблюдалъ въ клиникѣ *Olshausen*'а особенно сильное смѣщеніе: влагалище кругомъ мѣшкообразно вытянулось далеко вверхъ надъ малымъ тазомъ, влагалищный мѣшокъ простирался вверхъ до реберной дуги, и только здѣсь удавалось нащупать зѣвъ, введя все предплечье въ половую трубку.

Если соотвѣтственно наклоненію матки впередъ ребенокъ устанавливается по продольной оси матки, и если передняя брюшная стѣнка не отклоняетъ маточной оси, то вслѣдствіе неподвижной антеверсии головка плода при родахъ будетъ обращена къ мысу; продольная ось плода стоитъ тогда приблизительно перпендикулярно къ тазовой оси (см. рис. 65б). При сокращеніи матки головка придавливается къ мысу, и вслѣдствіе ложнаго направленія родовыхъ силъ изгнаніе плода не можетъ произойти. Обыкновенно, однако, подъ механическимъ давленіемъ передней брюшной стѣнки матка будетъ развиваться не столько въ длину, сколько въ ширину, и плодъ,

приспособляясь къ измѣнившимся пространственнымъ условіямъ плодвмѣстилища, будетъ часто устанавливаться въ поперечномъ положеніи.

Всѣ эти родовыя разстройства, разумѣется, будутъ чаще встрѣчаться при фиксаціи матки къ влагалищу, нежели при фиксаціи къ передней брюшной стѣнкѣ, ибо при первой тѣло матки прикрѣпляется ниже. При вагино- и вентрофиксаціи разстройства будутъ тѣмъ тяжелее, чѣмъ плотнѣе и нерастяжимѣе рубецъ. Опытъ учитъ, что серо-серозныя соединенія болѣе доступны растяженію, нежели серо-фиброзныя или фибро-фиброзныя. Уже при описаніи техники мы говорили, что въ настоящее время при вагинофиксаціи придается значеніе тому, чтобы въ переднемъ Дугласѣ брюшина была снова зашита, дабы по возможности получить растяжимое серо-серозное соединеніе. Соответственно только что разъясненной механикѣ растяженія антефиксированной матки во время беременности, теперь стараются фиксировать не дно матки, какъ это дѣлали прежде, но тѣло, притомъ по возможности вблизи внутренняго зѣва; на ортопедическіе результаты это, разумѣется, неблагоприятно вліяетъ.

О разстройствахъ беременности и родовъ послѣ вагинофиксаціи есть много сообщеній въ литературѣ. Вслѣдствіе фиксированія болѣе или менѣе значительной поверхности передней маточной стѣнки, растяженіе маточной полости во время беременности встрѣчаетъ сравнительно большое сопротивленіе.

Такимъ образомъ объясняется сравнительно частый преждевременный прерывъ беременности послѣ *vaginifixa*. По *Strassmann*'у, послѣ вагинофиксаціи выкидышъ наступаетъ въ 25—27% случаевъ.

Если нормальный конецъ беременности достигнуть, то, по *Kleinwächter*'у, въ 33% случаевъ возникаетъ надобность въ оперативномъ вмѣшателствѣ; всѣ операціи обуславливаются вышеуказанными механическими условіями.

Сравнительно часто плодъ устанавливается въ поперечномъ положеніи, что, какъ *Kleinwächter* справедливо отмѣчаетъ, при вагино-фиксированной беременной маткѣ не есть неблагоприятное вставленіе, которое тѣмъ не менѣе требуетъ оперативнаго вмѣшательства; поперечное положеніе встрѣчается въ 15,67% случаевъ.

Если зѣвъ, какъ описано выше, смѣщенъ выше мыса и тамъ фиксированъ, то самопроизвольное изгнаніе плода и при продольномъ положеніи невозможно. Оперативное родоразрѣшеніе наталкивается тогда на большія трудности, если отверстіе зѣва смѣстилось настолько высоко кверху, что нормальный способъ родоразрѣшенія при этихъ измѣнившихся мѣстныхъ условіяхъ беременной матки, а именно поворотъ на ножку, невозможенъ. При этомъ неоднократно было произведено брюшное кесарское сѣченіе или, какъ предложили *Dührssen* и *Rühl*, такъ назыв. влагалищное кесарское сѣченіе, которое даетъ доступъ къ плоду посредствомъ высокаго разсѣченія всей передней губы послѣ предварительнаго отслоенія пузыря.

Всѣ эти тяжелыя разстройства родовъ появляются въ немаломъ числѣ случаевъ; такъ, напр., брюшное кесарское сѣченіе было произведено *Graefe* и *Strassmann*'омъ, влагалищное кесарское сѣченіе *Rühl*емъ, *Dührssen*'омъ и др. Стоять-ли другія осложненія родовъ, какъ эклампсія (*Graefe*), выпаденіе пуговины, предлежаніе послѣда, которыя поразительно часто отмѣчаются, въ причинной связи съ измѣнившимися мѣстными условіями послѣ вагинофиксаціи, остается

еще подь вопросомъ, хотя учащеніе этихъ осложненій заставляеть подозрѣвать этиологическую зависимость.

Большое число разстройствъ беременности и родовъ долгое время совершенно изгнали *vaginfixur*'у какъ операцію для исправленія положенія ретрофлексированной матки у женщинъ, способныхъ беременѣть. Въ послѣднее время снова обнаруживается движеніе въ пользу вагинофиксациі, даже у женщинъ въ возрастѣ половой зрѣлости, хотя эти многочисленныя разстройства родовъ не исчезли. Разсчитываютъ съ увѣренностью устранить родовыя разстройства, если образовать мѣсто соединенія матки съ передней влагалищной стѣнкой невысоко у дна, но тотчасъ (1—2 см.) надъ внутреннимъ зѣвомъ. Но какъ разъ случай *Graefe*, въ которомъ, несмотря на вагинофиксацию при невоскрытой *plica vesicouterina*, наступили родовыя разстройства самаго тяжелаго характера, показываетъ намъ, что трудно точно опредѣлить заранѣе ширину срощеній, которыя образуются между маткой и влагалищемъ въ реконвалесценціи: до извѣстной степени дѣло случая, фиксируется-ли большая или меньшая поверхность; никогда не удается привести къ слипанію только то мѣсто, которое фиксировано швомъ. На этомъ основаніи, вопреки всѣмъ модификаціямъ, лучше въ общемъ отказаться отъ вагинофиксациі какъ отъ избранной операціи при подвижной ретрофлексіи въ періодъ половой зрѣлости.

При *вентрофиксациі*, на основаніи вышесказаннаго, степень *разстройства* будетъ зависѣть отъ того, какъ фиксирована матка, низко-ли у симфиза или нѣсколько выше, далѣе отъ того, податливо-ли соединеніе тѣла матки съ передней брюшной стѣнкой или нѣтъ. При *ventrifixura* по *Olshausen*'у тѣлу матки обезпечивается извѣстная подвижность, между тѣмъ какъ при прямомъ сшиваніи тѣла съ передней брюшной стѣнкой по *Czerny* и *Leopold*'у иммобилизація матки гораздо значительнѣе.

Заключаетъ-ли въ себѣ вентрофиксированная матка, подобно вагинофиксированной, вслѣдствіе недостаточной растяжимости во время беременности предрасположеніе къ преждевременному перерыву беременности, изъ данныхъ литературы не видно ясно. *Strassmann* на основаніи своихъ статистическихъ изысканій полагаетъ, что послѣ вентрофиксациі нѣтъ склонности къ преждевременному перерыву беременности, между тѣмъ какъ *Kleinwächter* насчитываетъ 21% случаевъ. Сравнительно часто во время беременности вызываются разстройства тѣмъ, что серо-серозное соединеніе между маточной и брюшной стѣнкой вытягивается и причиняетъ сильныя боли на мѣстѣ фиксаціи.

Аномаліи родовъ наблюдались также послѣ вентрофиксациі, но, соотвѣтственно болѣе благоприятному мѣсту прикрѣпленія матки, въ гораздо меньшемъ числѣ, нежели послѣ вагинофиксациі. Если тѣло матки фиксировано не слишкомъ близко къ симфизу, то смѣщеніе зѣва кверху, чрезмѣрное растяженіе отрѣзка между фиксаціей и передней губой очень рѣдко наступить.

Schütte сообщаетъ о немногихъ случаяхъ, въ которыхъ, какъ при вагинофиксациі, дѣлалась поворотъ изъ-за поперечнаго положенія, а также гдѣ приходилось произвести извлеченіе послѣ поворота при головномъ положеніи изъ-за сильнаго смѣщенія зѣва кверху, въ нѣкоторыхъ случаяхъ также плодовмѣстилице было опорожнено посредствомъ кесарскаго сѣченія. *Vidone* сообщаетъ о 6 беременностяхъ послѣ вентрофиксациі, изъ коихъ 4 протекли патологически.

При *везикофиксациі* вѣроятность *разстройства родовъ* меньше, ибо вслѣдствіе совместной подвижности пузыря съ маткой неправильныя смѣщенія тѣла матки нелегко могутъ произойти; но здѣсь возникаетъ опасеніе, что поднимающееся во время беременности дно матки должно увлечь наверхъ пузырную стѣнку, такъ что верхушка пузыря дойдетъ до уровня діафрагмы. Однако до сихъ поръ имѣется такъ мало сообщений о беременности послѣ *vesicifixa*, что невозможно судить, насколько это опасеніе справедливо.

При операціи *Alexander*'а едва ли можно ожидать *разстройствъ беременности*, ибо матка приводится въ *балансирующее* положеніе. Разстройство во время беременности возможно было бы лишь тогда, если бы круглыя связки были настолько укорочены, что оказывали сопротивленіе растяженію плодотворности, отъ чего могъ бы произойти преждевременный перерывъ беременности, или могли бы возникнуть боли въ рубцѣ, въ паховомъ каналѣ отъ натяженія укороченныхъ связокъ; напротивъ, разстройства родовъ послѣ *Alexander*'овской операціи едва ли можно опасаться.

Kleinwächter полагаетъ на основаніи литературныхъ данныхъ, что операція *Alexander*'а создаетъ извѣстное предрасположеніе къ преждевременному перерыву беременности; онъ собралъ 112 случаевъ беременности послѣ *Alexander*'овской операціи, изъ коихъ въ 9,82% наступилъ преждевременный перерывъ, а именно 6 разъ выкидышъ въ первые мѣсяцы и 4 раза болѣе поздній выкидышъ или преждевременные роды. Однако при столь малыхъ цифрахъ возможны случайности, ибо частота выкидышей по сравненію со срочными родами не далека отъ цифры 9,82%, и къ тому же не надо забывать, что операція *Alexander*'а часто производилась на основаніи того показанія, чтобы предупредить привычный выкидышъ, за который считали отвѣтственной ретрофлексію. *Kronig-Feuchtwanger* сообщаетъ о 18 женщинахъ, которыя забеременѣли послѣ *Alexander*'овской операціи, здѣсь наступилъ *одинъ разъ* выкидышъ на 6 мѣсяцѣ беременности; помимо обычныхъ жалобъ, оперированныя указывали еще на легкія тянущія боли въ паховыхъ рубцахъ во второй половинѣ беременности.

Всѣ согласны въ своихъ сообщеніяхъ въ томъ, что послѣ *Alexander*'овской операціи *разстройства родовъ* не наступаютъ. *Kleinwächter* собралъ 101 случай родовъ, при коихъ никогда не наступило замѣтное разстройство вслѣдствіе ненормальнаго положенія матки. Наблюденія *Kronig-Feuchtwanger*'а дали тотъ же результатъ.

Принимая во вниманіе ортопедическій результатъ и разстройства беременности послѣ различныхъ методовъ фиксаціи, мы полагаемъ, что *Alexander*'овская операція даетъ у женщинъ въ возрастѣ половой зрѣлости наиболѣе благоприятные исходы. Если произведена брюшная операція по другому показанію и желаютъ одновременно исправить положеніе ретрофлектированной матки, тогда наиболѣе можно рекомендовать укороченіе круглыхъ связокъ въ предложенной *Menje* модификаціи.

Функциональные результаты послѣ исправленія положенія матки.

Насколько многочисленны данныя, касающіяся ортопедическихъ результатовъ послѣ операцій при *retroflexio uteri mobilis*, настолько скудны указанія о *функциональныхъ* результатахъ. т. е. свѣдѣнія о

суб'єктивномъ состояніи женщины послѣ исправленія положенія матки. Въ большинствѣ работъ о функціональномъ результатѣ либо совсѣмъ не сообщается, либо коротко упомянуто, что всѣ женщины послѣ операціи выгляждали «цвѣтущими» и освободились отъ всѣхъ своихъ страданій. При подобныхъ контрольныхъ изслѣдованіяхъ проявлено мало скептицизма; даже если наряду съ исправленіемъ положенія удалены оба яичника у женщинъ въ періодѣ половой зрѣлости, мы находимъ большею частью только въ концѣ статьи упоминаніе, что повѣрочное изслѣдованіе женщины показало, что «всѣ страданія исчезли».

На основаніи подобныхъ описаній можно было бы прийти къ заключенію, что во всѣхъ случаяхъ была полная зависимость страданій отъ положенія матки.

Однако, не всѣ гинекологи сообщаютъ объ одинаково хорошихъ результатахъ. Такъ, *Löhlein* уже привелъ нѣсколько случаевъ, въ которыхъ у нерожавшихъ съ ретрофлексіей послѣ удавшейся *Alexander*'овской операціи или послѣ вентрофиксаціи страданія остались безъ перемѣны; анатомическій результатъ былъ безукоризненъ, напротивъ «лечебный успѣхъ» равенъ нулю. Съ другой стороны, *Löhlein* сообщилъ случаи, въ которыхъ не было ортопедическаго успѣха или операція не достигла намѣченной цѣли, зато лечебный результатъ былъ хорошъ; такъ, онъ рассказываетъ о 21-лѣтней дѣвѣ, которая годами лечилась по поводу ретрофлексіи и была счастлива, избавившись отъ всѣхъ своихъ страданій помощью *Alexander*'овской операціи, хотя оперировавшему ассистенту, несмотря на всѣ поиски, не удалось найти круглыя связки.

Болѣе значительной статистикой относительно субъективнаго состоянія женщинъ послѣ оперативнаго исправленія положенія мы обязаны *Knorre* изъ *Küstner*'овской клиники. *Knorre* сообщаетъ о 29 случаяхъ неосложненной *retroversioflexio uteri*, которые были пользованы ортопедически посредствомъ вагинофиксаціи матки.

Въ 4 изъ 24 проконтролированныхъ случаевъ ортопедическій и функціональный результатъ былъ хорошъ, въ одномъ случаѣ самочувствіе только улучшилось.

Въ 5 случаяхъ ортопедическій результатъ былъ также хорошъ, зато функціональный результатъ плохъ; несмотря на хорошее положеніе матки, старыя страданія остались или (въ одномъ случаѣ) только уменьшились.

Въ 4 случаяхъ ортопедическій результатъ оказался при проверкѣ плохимъ, матка снова лежала кзади; функціональный результатъ былъ хорошій: одна женщина освободилась отъ всѣхъ страданій, у другой улучшеніе было только временное, въ двухъ случаяхъ прекратились меноррагіи.

Въ 11 случаяхъ и ортопедическій, и функціональный результатъ былъ плохой.

Слѣдовательно, изъ 24 случаевъ по крайней мѣрѣ въ 9, т. е. въ 37,5% страданія были независимы отъ положенія матки.

Krönig и *Feuchtwanger* также подвергли повѣрочному изслѣдованію женщинъ, леченныхъ *Alexander*'овской операціей. Они въ общемъ подтверждаютъ наблюденіе *Knorre*. Функціональныя нерваніи, т. е. продолженіе или возвратъ страданій встрѣчались при ортопедически хорошемъ результатѣ; улучшеніе страданій, временное и даже стойкое освобожденіе отъ страданій можно было отмѣтить какъ при

ортопедически хорошею, такъ и плохую результатъ. Ни у одной изъ оперированныхъ и подвергнутыхъ контрольному изслѣдованію женщинъ симптоматическій результатъ непосредственно послѣ операціи нельзя было назвать хорошимъ.

Часто можно было констатировать при контрольномъ изслѣдованіи, что хотя вначалѣ послѣ операціи женщины испытывали существенное улучшение своихъ различныхъ страданій (боли въ крестцѣ, головныя боли и т. д.), однако хорошее самочувствіе зачастую недолго держалось; лишь только женщины возвращались въ свои домашнія условія и особенно тогда, когда можно было констатировать, что нервная система ихъ подвергалась психическимъ инсультамъ, онѣ часто возвращались со своими старыми жалобами.

Если возможно было провести еще послѣдовательное леченіе, направленное главнымъ образомъ на укрѣпленіе нервовъ или улучшение анеміи, тогда самочувствіе женщины впоследствии можно было зачастую назвать хорошимъ; если нельзя было устранить вредныя для нервной системы условія домашней жизни, если послѣдовательное леченіе было кратковременное, то лечебный успѣхъ, что касается субъективнаго улучшения страданій, не былъ стойкимъ.

Показанія къ оперативному леченію retroversioflexio uteri.

Постановка показаній къ оперативному леченію retroversioflexio uteri въ настоящее время столь трудна потому, что относительно клиническаго значенія этого неправильнаго положенія пока не достигнуто единомысліе между гинекологами. Послѣ того какъ стараніямъ *B. S. Schultze* удалось доставить общее признаніе ученію, что anteversioflexio uteri mobilis есть нормальное положеніе матки, былъ вскорѣ, вопреки возраженію выдающихся гинекологовъ, какъ *Scanzoni*, общепринятъ взглядъ, что retroversioflexio uteri mobilis не только представляетъ аномалію положенія матки, но и страданіе половыхъ органовъ, которому присуще важное клиническое значеніе. *Löhlein* еще въ 1882 г. на засѣданіи акушерско-гинекологическаго общества въ Берлинѣ не встрѣтилъ возраженій слѣдующимъ своимъ словамъ: «Теперь никто, пожалуй, не оспариваетъ болѣе патологическаго значенія, присущаго смѣщеніямъ назадъ, какъ таковымъ, и вытекающаго отсюда слѣдствія, что наклоненное и перегнутое назадъ тѣло матки должно быть приведено въ нормальную anteversioflexio и удержано въ этомъ положеніи».

Въ послѣдніе годы возникло противное этому воззрѣнію теченіе и все больше завоевываетъ себѣ признанія взглядъ тѣхъ, которые полагаютъ, что retroversioflexio uteri mobilis обыкновенно не причиняетъ никакихъ страданій и что если одновременно имѣются страданія, то здѣсь только случайное совпаденіе явленій, а не зависимость между ними. Такимъ образомъ *Salin*, *Vedeler*, *Theilhaber*, *Jenkin*, *Landau-Freidenberg*, *Kreutzmann* и др. болѣе или менѣе совершенно отрицаютъ патологическое значеніе смѣщеній матки назадъ.

Тоже и по нашему мнѣнію, субъективныя жалобы въ большинствѣ случаевъ независимы отъ аномаліи положенія, а обязаны своимъ происхожденіемъ одновременно существующей истеро-неврастениі, анеміи, хлорозу и т. д.

Winter также отрицаетъ клиническое значеніе ретрофлексіи матки,

Döderlein-Krönig. — Оперативная гинекологія.

но объясняетъ всё тѣ многочисленныя симптомы, которые иногда констатируются при *retroflexio uteri*, осложняющими заболѣваніями, напр. воспаленіемъ матки, периметритомъ, параметритомъ и т. д., которыя легко могутъ ускользнуть отъ наблюденія. *Winter* выводитъ это заключеніе изъ того, что послѣ леченія *осложненій* онъ наблюдалъ исчезновеніе всѣхъ страданій, несмотря на сохранившуюся аномалію положенія.

Намъ не кажется очень вѣроятнымъ, чтобы многочисленныя симптомы, которые раньше приписывались ретрофлексіи—боль въ поясницѣ, головокруженіе, бессонница, желудочныя страданія и т. д.—сводились къ простому, легкому периметриту или воспаленію матки, едва доступнымъ распознаванію. Наши наблюденія говорятъ противъ этого, ибо мы очень часто видали ретрофлексію матки со всѣми симптомами, которые раньше считали характерными для этого страданія, причѣмъ намъ не удавалось ни ощупываніемъ, ни даже осмотромъ при венترفиксаціи констатировать какое-либо осложняющее воспаленіе наряду съ аномаліей положенія.

Одно несомнѣнно въ настоящее время, что въ очень многихъ случаяхъ, несмотря на возстановленіе нормальнаго положенія, не удается съ нѣкоторой увѣренностью достигнуть желаннаго терапевтическаго эффекта, т. е. исчезновенія страданій. Правда, временное улучшеніе страданій наступаетъ, но въ большинствѣ случаевъ жалобы очень скоро возвращаются, когда женщины отъ правильнаго, спокойнаго образа жизни въ клиникѣ переходятъ въ условія домашней работы, коль скоро къ нимъ предъявляются новыя требованія, коль скоро психическія аттаки коснутся нервной системы. Въ очень многихъ случаяхъ неосложненной *retroflexio uteri mobilis* «симптомы ретрофлексіи» независимы отъ аномаліи положенія; зачастую страданія объясняются наличностью истеріи, неврастенія, анеміи и т. д. Нѣтъ ни одного характернаго для *retroversioflexio uteri* симптомокомплекса или характерныхъ отдѣльныхъ симптомовъ.

Это измѣнившееся воззрѣніе мѣняетъ, разумѣется, постановку показаній къ оперативному леченію неосложненной *retroversioflexio uteri mobilis*.

До сихъ поръ показаніе къ ортопедическому исправленію положенія ставилось съ различныхъ точекъ зрѣнія.

Одна точка зрѣнія принимала во вниманіе исключительно *неправильное положеніе*, не считаясь съ тѣмъ, повело-ли оно къ разстройству или нѣтъ. Такъ, напр., *Sänger* приходитъ къ слѣдующему заключенію: «Такъ какъ со времени работъ *B. S. Schultze* доказано и признано, что подвижная *anteversioflexio* есть нормальное положеніе матки, слѣдовательно, *retroversioflexio uteri* есть непремѣнно и всегда ложное положеніе, даже если она врожденная. Вызываетъ-ли ретроверсія-флексія симптомы и какіе, эти вопросы при принципиальной и логической точкѣ зрѣнія могутъ быть приняты во вниманіе лишь на второмъ планѣ. Во всякомъ случаѣ преобладающее здѣсь субъективное воззрѣніе наблюдателя не можетъ служить основой терапіи, которая сводится въ концѣ-концовъ лишь къ возстановленію нормальнаго положенія».

Подобную точку зрѣнія мы считаемъ неправильной, а согласны съ *Theilhaber*'омъ, что не всякая ненормальность, особенно врожденная, должна быть лечима, а тѣмъ болѣе оперируема, если она никогда не причиняетъ страданій.

другому возрѣнію, аномалія положенія матки даетъ во *всякомъ* случаѣ показаніе къ леченію, даже если она ко времени наблюденія не вызываетъ никакихъ жалобъ, потому что изъ нея *впоследствии* могутъ возникнуть страданія или потому, что она предрасполагаетъ къ опущенію матки и влагалища, или, наконецъ, потому, что въ большомъ числѣ случаевъ могутъ появиться разстройства въ теченіе беременности, будь то ущемленіе матки или преждевременный перерывъ беременности. Этотъ взглядъ раздѣляется *Olshausen'омъ*, *Küstner'омъ* и др., и если дѣйствительно, какъ *Küstner* полагаетъ, «ретрофлексія матки представляетъ тяжелое нарушеніе равновѣсія, которое, будучи предоставлено самому себѣ, постоянно ухудшается и всегда ведетъ къ опущенію или выпаденію, если съ теченіемъ времени не образуются сращения», то онъ былъ бы правъ, считая «ошибкой терапевтическаго мышленія» ставить леченіе такого страданія въ зависимость отъ *наличныхъ* симптомовъ.

Этого показанія мы также не одобряемъ, ибо на основаніи нашихъ наблюдений мы не думаемъ, чтобы всякая *retroversioflexio uteri mobilis* вела впоследствии къ опущенію или выпаденію влагалища, либо къ сращениямъ между задней маточной стѣнкой и Дуглассомъ; тоже и случаи ущемленія перегнутой назадъ беременной матки по сравненію съ большой частотой ретрофлексіи настолько рѣдки, что они не могутъ для насъ служить побудительной причиной, чтобы всякую женщину съ *retroversioflexio uteri* лечить оперативно или вообще ортопедически.

Поэтому большая часть гинекологовъ не признаетъ вышеприведенныхъ предпосылокъ и руководствуется при постановкѣ показаній къ ортопедическому исправленію ретрофлексіи исключительно *наличностью* жалобъ.

Такъ, напр., *Fritsch* говоритъ: «Если никакихъ симптомовъ при ретрофлексіи нѣтъ, то безразлично, лежитъ ли матка правильно или неправильно; лишь *симптомы*, обусловливаемые ретрофлексіей, показываютъ исправленіе положенія».

Такъ какъ мы видѣли выше, что во многихъ случаяхъ при перегибѣ матки назадъ страданій вообще нѣтъ, а въ большинствѣ случаевъ—можетъ быть всегда—имѣющіяся жалобы не обусловливаются одновременно существующей аномаліей положенія матки, то этимъ показанія къ оперативному исправленію положенія значительно ограничиваются. Констатируя ретрофлексію матки и субъективные страданія, считавшіяся раньше характеристичными для этой аномаліи положенія, надо обращать особенное вниманіе на существующую одновременно истерію, неврастенію, хлорозъ и т. д. Такъ какъ эти страданія не подвержены вліянію ретрофлексіи и могутъ вызывать совершенно одинаковые симптомы и симптомокомплексы, какіе мы находимъ описанными какъ симптомы ретрофлексіи, то намъ представляется болѣе правильнымъ, какъ отмѣчаетъ и *Fritsch*, при совпаденіи ретрофлексіи матки съ этими заболѣваніями сперва лечить послѣднія. Отъ этого взгляда *Fritsch'a*, который онъ высказываетъ въ своемъ учебникѣ, мы отклоняемся въ томъ отношеніи, что *Fritsch* нѣкоторые симптомы при *retroflexio uteri mobilis* выставляетъ характеристичными и *непосредственно* относящимися къ ретрофлексіи, какъ, напр., мигрень, диспепсію, истерическій кашель или запоръ. Едва ли позволительно еще и впредь разсматривать подобные симптомы какъ характерные для симптомокомплекса этого неправильнаго положенія;

нѣтъ такихъ характеристичныхъ симптомокомплексовъ, которые могли бы быть приведены въ «непосредственную» связь съ retroversio flexio uteri mobilis.

На нѣкоторыя показанія къ оперативному исправленію положенія подвижной ретрофлектированной матки обращаетъ вниманіе *Gräfe*, съ которымъ и мы отчасти въ этомъ сходимся. *Gräfe* говоритъ, что леченіе неосложненной ретрофлексіи матки у очень многихъ женщинъ совершенно неизбѣжно, ибо зачастую нервныя женщины, у которыхъ страданія локализируются въ нижней области живота, живутъ въ убѣжденіи, что виною этихъ страданій мѣстный половой недугъ. Если при изслѣдованіи диагностируется перегибъ матки и врачъ сообщаетъ объ этомъ женщинѣ, то этотъ «загибъ» является *punctum fixum*, вокругъ котораго вертятся всѣ мысли пациентки. Эти больныя часто непрерывно годами находятся въ гинекологическомъ леченіи, повременамъ проводятъ нѣсколько недѣль въ клиникѣ, откуда, поправившись, выписываются, чтобы потомъ послѣ ухудшенія страданія снова стучаться въ другую клинику. Мы вполне согласны съ *Gräfe*, что при такихъ условіяхъ безусловно должно послѣдовать исправленіе положенія. Здѣсь мы считаемъ ортопедическое леченіе помощью пессарія прямо противопоказаннымъ; отъ необходимаго манипулированія въ половыхъ органахъ при смѣнѣ кольца, отъ частыхъ спринцованій нервность скорѣе усиливается; рѣдкая же смѣна кольца совершенно невозможна, ибо эти нервныя женщины, въ виду недостаточнаго улучшенія ихъ страданій, все сызнова приходятъ къ врачу въ твердомъ убѣжденіи, что кольцо «смѣстилось»; если одинъ врачъ ихъ не излечиваетъ, онѣ идутъ къ другому.

Пессаротерапія была бы здѣсь умѣстна лишь тогда, если бы удавалось въ короткое время окончательно привести матку въ нормальное положеніе. Но этому противорѣчатъ наблюденія. *Löhlein* нашелъ на 56 хроническихъ ретрофлексій только 4—7,1% излеченій. *Koblanck* сообщаетъ изъ Берлинской женской клиники, что среди 104 больныхъ, которыя подвергались изъ-за подвижной ретрофлексіи леченію пессаріемъ (продолжительность леченія колебалась между нѣсколькими недѣлями и 17 годами), было только 11, у которыхъ матка имѣла и сохранила нормальное положеніе. Когда кольцо удаляется, женщина получаетъ новыя страданія, идетъ къ врачу, то всегда снова констатируется старый перегибъ и снова начинается мѣстное леченіе.

При этихъ условіяхъ мы считаемъ показанной оперативную фиксацию матки, чтобы доставить убѣжденіе женщинѣ, что перегибъ, который мучилъ ее столько лѣтъ, *окончательно* устраненъ. Слѣдуетъ, разумѣется, предупредить больную, что послѣ операціи должно слѣдовать продолжительное общее, но не мѣстное леченіе, чтобы устранить нервность. Только такимъ образомъ можно идти навстрѣчу разочарованіямъ больныхъ.

У *virgines* *Löhlein* высказывается противъ всякаго леченія ретрофлексіи, какъ оперативнаго, такъ и пессаріями. Мы въ извѣстномъ отношеніи одобряемъ эту точку зрѣнія; если констатируемъ у дѣвицы ретрофлексію, то не слѣдуетъ ничего сообщать объ этомъ обладательницѣ этой аномаліи; если же больная уже объ этомъ освѣдомлена, то на тѣхъ же основаніяхъ, которыя изложены выше, показывается также у дѣвицы операція *Alexander'a*; леченіе пессаріями мы считаемъ во всякомъ случаѣ здѣсь противопоказаннымъ.

Gräfe признаетъ еще другое показаніе для леченія ретрофлексіи матки, если женщина долгое время бесплодна и нельзя найти другой причины для *бесплодія*. Здѣсь онъ считаетъ показаннымъ оперативное исправленіе положенія, ибо тогда скопляющееся въ заднемъ сводѣ мужское сѣмя приходитъ въ лучшее соприкосновеніе съ влагалищной частью. Какъ ни убѣдительно это приводимое и другими механическое представленіе объ облегченіи зачатія, мы все-таки не должны забывать, что пока еще не доказано, дѣйствительно-ли ретрофлексія матки затрудняетъ зачатіе.

Наконецъ, *Gräfe* считаетъ нужнымъ устранить ретрофлексію посредствомъ операціи или пессарія, если матка одновременно увеличена и гиперэмирована, если регулы появляются до срока, слишкомъ сильны и слишкомъ продолжительны. Онъ полагаетъ, что помощью пессарія удастся устранить припухлость матки и тѣмъ достигнуть нормальной менструаціи. Этого показанія мы не можемъ признать безъ оговорокъ, ибо намъ представляется мало вѣроятнымъ, чтобы отъ одного перегиба могла произойти застойная гиперэмія матки. Если обратимся къ мнѣніямъ самыхъ опытныхъ гинекологовъ о состояніи менструаціи при ретрофлексіи матки, то одни считаютъ усиленіе менструаціи характернымъ признакомъ ретрофлексіи, а другіе, наоборотъ, весьма незначительное, еле замѣтное кровотождѣленіе.

Резюмируемъ нашу точку зрѣнія на показанія къ ортопедическому исправленію положенія матки.

Неосложненная ретрофлексія нормальной матки не требуетъ никакого оперативнаго леченія. Страданія, на которыя жалуется обладательница таковой, не исходятъ изъ аномаліи положенія. Исслѣдованіе, простирающееся не только на половые органы, но и на весь организмъ, обыкновенно обнаружитъ хлорозъ и истеро-неврастенію. Послѣдніе должны быть предметомъ леченія. Лучше тогда совершенно умолчать предъ больной относительно наличности неправильнаго положенія. Если же у больной засѣла идея, что только устраненіе ея «загиба» можетъ уничтожить страданія, то, чтобы не утратить этого суггестивнаго вліянія, надо фиксировать матку посредствомъ *Alexander*овской операціи; отъ введенія пессарія лучше отказаться.

Inversio uteri.

Показаніе къ операціи дано самой аномаліей положенія; операція необходима въ каждомъ случаѣ, въ которомъ некровавое вправленіе измѣняетъ намъ.

Въ 1893 г. *Küstner* предложилъ свой методъ кроваваго вправленія послѣ расщепленія задней маточной стѣнки со вскрытіемъ задняго Дугласа. Этотъ консервативный способъ совершенно вытѣснилъ полную экстирпацію способной функционировать матки. Эта уродующая операція выступаетъ въ настоящее время на очередь лишь тогда, когда вывороченная матка является въ то же время носителемъ опухоли. При доброкачественныхъ опухоляхъ показаніе зависитъ тогда отъ локализаціи опухоли; если, напр., подслизистая, стебельчатая міома выворотила матку, то мы опухоль срѣжемъ, а матку вправимъ; если же матка пронизана многочисленными внутривѣтвочными міомами, то у женщинъ въ возрастѣ половой зрѣлости

возникаетъ вопросъ не о вправленіи, а о полной экстирпаціи міоматозной матки.

При злокачественныхъ опухоляхъ необходимо, разумѣется, въ каждомъ оперируемомъ случаѣ удаление органа.

При возникшихъ въ родильномъ періодѣ выворотахъ матки способъ *Küstner*'а является избраннымъ. *Küstner* описываетъ его слѣдующимъ образомъ:

Поперечное, широкое вскрытіе Дугласова пространства, черезъ которое сзади входятъ пальцемъ въ воронку, образованную выворотомъ матки.

Разсѣченіе задней стѣнки шейки и части тѣла матки со стороны поверхности слизистой оболочки какъ-разъ по средней линіи.

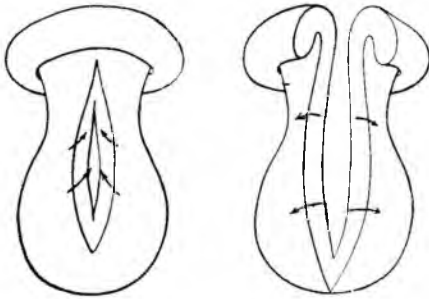


Рис. 66. *Reinversio uteri*
по *Küstner*'у.

Вправление матки, причѣмъ указательнымъ пальцемъ фиксируютъ воронку со стороны Дугласова пространства, а большимъ пальцемъ той же руки впячиваютъ дно (см. рис. 66).

Закрытіе маточной раны со стороны брюшины глубокими и поверхностными швами.

Сшивание Дугласова пространства.

Способъ *Küstner*'а совершенно вытѣснилъ практиковавшееся раньше часто вправление матки со стороны брюшной полости.

Хотя *Everke* недавно снова вернулся къ брюшному методу, однако *Küstner* оспариваетъ необходимость этого метода даже для самыхъ сложныхъ случаевъ. *Kehrer*, *Spinelli*, *Polk* разсѣкаютъ переднюю стѣнку матки и усматриваютъ въ этомъ извѣстное облегченіе для вправленія.

Способъ вправленія по *Küstner*'у настолько безопасенъ, что всѣ насильственные методы *reinversio uteri per vaginam*, какъ форсированный кольпейризмъ и т. п., должны быть совершенно оставлены, тѣмъ болѣе, что послѣ этого часто наблюдались повышенія температуры, выпоты, продолжительныя боли внизу живота.

Операціи выпаденія.

Когда женскіе половыя органы послужили одинъ или нѣсколько разъ своей главной функціи—размноженію, тогда въ нихъ остаются измѣненія, которыя распатываютъ надолго ихъ и безъ того нестойкія укрѣпленія въ тазовой клѣтчаткѣ. Разрыхленіе во время беременности, огромное растяженіе связокъ при ростѣ беременной матки, расширеніе и наконецъ даже неизбѣжное поврежденіе половой трубки при родахъ не допускаютъ возврата къ прежнему состоянію, даже при наилучшей пуэрперальной инволюціи. А разъ это измѣненіе существуетъ, то повседневныя, хотя и ничтожныя смѣщенія этихъ органовъ, которыя неизбѣжны при всякомъ болѣе сильномъ напряженіи брюшного пресса и обусловленномъ этимъ повышеніемъ внутрибрюшного давленія, въ особенности при тѣлесномъ напряженіи, могутъ мало-по-малу вызвать различныя формы и степени опущенія и выпаденія. И въ самомъ дѣлѣ пролапсъ принадлежитъ къ наиболѣе частымъ заболѣваніямъ половыхъ органовъ. Въ матеріалѣ Тюбингенской клиники онъ стоитъ во главѣ шкалы частоты (12%) клиническихъ больныхъ и служитъ самымъ частымъ поводомъ оперативнаго вмѣшательства.

Въ характерѣ развитія выпаденій, обнимающаго годы, лежитъ причина того, что болѣею частью ими страдаютъ женщины средняго возраста, а болѣе рѣзкими формами даже пожилотого возраста, какъ это видно изъ прилагаемой возрастной кривой. Большинство женщинъ, больныхъ пролапсомъ, находится въ возрастѣ 30—60 лѣтъ. То обстоятельство, что до 30-го года отмѣчено лишь сравнительно мало больныхъ, ясно указываетъ на этиологию, а именно, что къ вреднымъ послѣдствіямъ беременностей и родовъ должна еще присоединиться многолѣтняя подкопная работа брюшного пресса и внутрибрюшного давленія, чтобы вызвать и сдѣлать замѣтнымъ страданіе. Той же причиной объясняется, почему въ 30 и 40 лѣтахъ частота еще возрастаетъ; именно большіе, полные пролапсы все болѣе тогда выступаютъ, чаще всего мы съ ними встрѣчаемся во второй половинѣ пятого десятка, но еще и въ шестомъ десяткѣ съ одинаковой частотой возникаетъ надобность въ оперативной помощи.

Что именно вредныя стороны процесса размноженія даютъ толчокъ къ развитію выпаденія, ясно вытекаетъ изъ приводимой ниже кривой (рис. 68), изъ коей видно, что только 2 процента случаевъ Тюбингенской клиники не рожали, между тѣмъ какъ у большинства предшествовало 2—9 родовъ, и не малое число женщинъ еще болѣе дѣтей принесли на свѣтъ.

Сюда присоединяется еще наблюденіе, которое можетъ подтвердить всякій клиницистъ, что преимущественно страдаютъ выпаденіемъ

віемъ женщины рабочаго класса, а именно тѣ, которымъ приходится исполнять тяжелую физическую работу, подымать ежедневно большія тяжести.

Хотя пролапсъ обыкновенно не угрожаетъ жизни, если не считать рѣдкіе случаи осложненія со стороны мочевыхъ органовъ, какъ циститъ, уретритъ и піелонефритъ, тѣмъ не менѣе уже легкія степени, а въ особенности полныя выпаденія съ ихъ многообразными вторичными припадками въ состояніи самымъ тяжкимъ образомъ разстроить здоровье, жизнерадостность и работоспособность. Мы видимъ это не только изъ жалобъ этихъ больныхъ, изъ ихъ готовности подвергнуться операціи всякаго рода, но и въ особенности изъ благодарности, которую сохраняютъ излеченныя операціей.

Изстари были въ употребленіи для удержанія пролапса пессаріи, маточныя кольца самаго разнообразнаго вида и матеріала; лишь въ послѣднія приблизительно сорокъ лѣтъ удалось развить оперативные методы, которые въ состояніи устранить или исцѣлить даже самыя

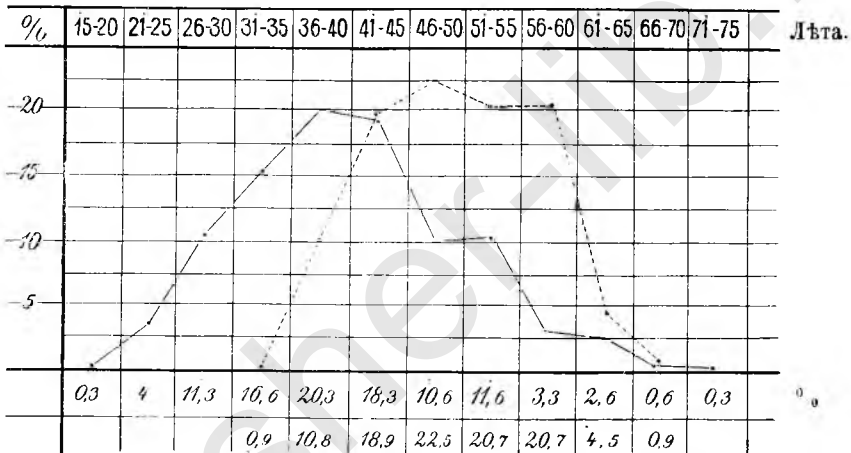


Рис. 67. Возрастная кривая больныхъ пролапсомъ.

Пунктированная линия обнимаетъ только полныя выпаденія.

тяжелыя, полныя выпаденія. Съ усовершенствованіемъ этой оперативной помощи механически-ортопедическая терапия сама собою отступила на задній планъ. Нельзя не признать, что дѣйствіе пессаротерапіи вполнѣ удовлетворительное, такъ что нѣкоторыя женщины забываютъ и про свое страданіе, и про кольцо, пока спустя годы или даже десятки лѣтъ дурныя послѣдствія не напоминаютъ имъ, что онѣ носятъ кольцо. Всякая женщина, которая носитъ пессарій, должна во всю послѣдующую жизнь оставаться подъ врачебнымъ контролемъ, если она не желаетъ пострадать отъ этихъ инородныхъ тѣлъ, которыя отнюдь нельзя безъ ущерба носить навсегда; даже при осторожномъ выборѣ, лучшей конструкціи и испытанномъ матеріалѣ они всегда вызываютъ раздраженіе, выдѣленія и воспаленіе. При неумѣломъ обращеніи, которое довольно часто встрѣчается, въ виду склонности поручать это леченіе акушеркамъ, бандажистамъ и шарлатанамъ, подобныя маточныя кольца могутъ вызывать даже тяжелыя страданія, какъ пролежни, ракъ и фистулы. Такъ какъ операціи пролапса, не считая болѣе крупныхъ, примѣняемыхъ только при слож-

ныхъ и полныхъ выпаденійхъ, не заключаютъ больше въ себѣ опасности для жизни, то показаніе къ нимъ всегда дано, если нѣтъ противопоказанія въ возрастѣ больной, въ тяжелыхъ общихъ или прочихъ органическихъ заболѣваніяхъ.

Операція пролапса могутъ выполнять свою задачу двоякимъ образомъ: во-первыхъ, при неполныхъ выпаденіяхъ легкой степени, операція имѣетъ цѣлью сѣзуть расширенную влагалищную трубку, исправивъ одновременно гипертрофіи, воспаления и смѣщенія матки, осложняющія *cysto-* и *hystocele* и возстановивъ поврежденное тазовое дно и промежность, во-вторыхъ, при полныхъ пролапсахъ, нужно кромѣ того прибѣгнуть къ искусственному прикрѣпленію органовъ или у старухъ устранить тягостное страданіе удаленіемъ половыхъ органовъ. Консервативныя операціи представляютъ и здѣсь болѣе трудную задачу, такъ какъ при нихъ мы должны имѣть въ виду не только первичное заживленіе наносимыхъ при операціи ранъ, но

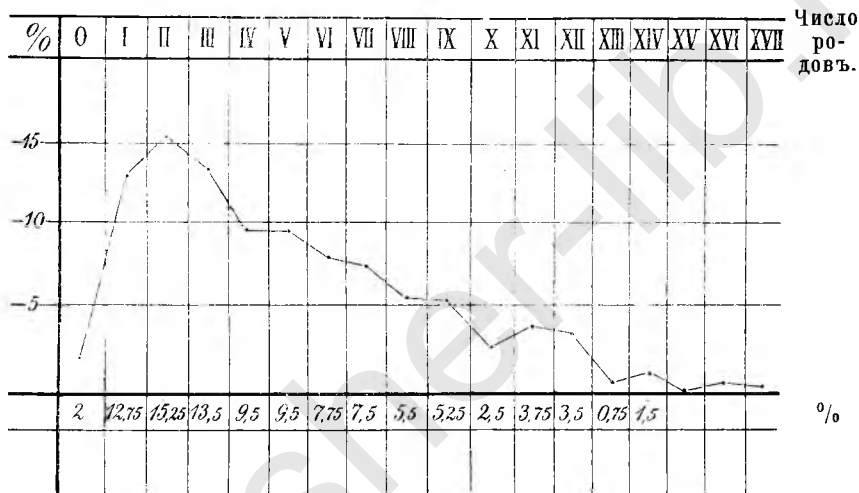


Рис. 68. Кривая родовъ у больныхъ пролапсомъ.

на выборъ и размѣры вмѣшательства имѣютъ еще вліяніе дальнѣйшая судьба больныхъ, опасность рецидива; при радикальныхъ операціяхъ послѣдняя отпадаетъ.

Если примемъ во вниманіе, какой сложный связочный аппаратъ функционируетъ въ половыхъ органахъ, который нигдѣ не долженъ быть слишкомъ тугимъ, чтобы не препятствовать подвижности и свойственнымъ беременности измѣненіямъ, но вмѣстѣ съ тѣмъ долженъ вездѣ давать опору, то будетъ ясно, что совершенно немислимо, чтобы оперативными мѣрами можно было хотя бы въ отдаленной степени возстановить возникшія вездѣ при развитіи пролапса многообразныя измѣненія. Наоборотъ, всегда приходится создавать искусственныя и противоестественныя сѣженія и прикрѣпленія на мѣсто первоначальныхъ фиксирующихъ аппаратовъ. Гдѣ возможно, предпринимаютъ исправленіе растянутыхъ, вышедшихъ изъ употребленія связокъ, такъ, напр., *ligg. rotunda* съ помощью операціи *Alexander-Adams'a* и ея модификаціи — влагалищнаго или брюшнаго, внутрибрюшиннаго укороченія, либо также Двугласовыхъ складокъ по *Freund'u*, *Frommel'ю* и *Singer'ю*. Дальнѣйшая разработка операцій на связкахъ,

предложенная и выполненная Byford'омъ, показываетъ, какъ трудно складываются оперативные приемы, которые приходится выполнять вездѣ въ области тазовыхъ органовъ, на ligg. ovaric., lat., sacrouterin. и даже въ cavum Retzii, въ клѣтчаткѣ между листками брюшины. Но, разумѣется, и эти сложныя операціи также мало создаютъ естественныя условія, какъ и вагино- или вентрофиксація матки.

При описаніи отдѣльныхъ оперативныхъ приемовъ, а также при выборѣ наиболѣе подходящей для даннаго случая операціи, намъ кажется цѣлесообразнымъ отдѣлить простыя, неосложненныя выпаденія влагалища отъ тѣхъ полныхъ, большихъ маточно-влагалищныхъ пролапсовъ, которые захватили и сосѣдніе органы, брюшину, пузырь съ мочеточниками, прямую кишку и требуютъ гораздо болѣе сложнаго вмѣшательства.

Неполное выпаденіе влагалища.

Различныя формы, въ которыхъ выступаютъ предъ нами выпаденія, представляютъ въ сущности лишь разныя степени развитія; изъ небольшого, неполнаго пролапса становится съ теченіемъ времени большой, полный, если своевременно оперативной помощью не будетъ восстановлена опора разслабленныхъ половыхъ органовъ. Такимъ образомъ оперативное лечение маленькихъ выпаденій выполняется одновременно профилактическую задачу, ибо безъ леченія они неминуемо выросли бы въ полные пролапсы со всѣми ихъ вторичными осложнениями.

Чѣмъ меньше выпаденіе къ тому времени, когда женщина обращается за помощью, чѣмъ ближе, слѣдовательно, къ началу развитія, тѣмъ легче и успѣшнѣе оперативное вмѣшательство.

Въ позднѣйшихъ стадіяхъ присоединяются все новыя измѣненія; опорныя приспособленія все больше растягиваются, и разслабленіе ихъ сопровождается дальнѣйшимъ смѣщеніемъ и опущеніемъ отдѣльныхъ органовъ. Соотвѣтственно этому оперативныя мѣры должны забирать все выше, все большія поверхности и скоро совсѣмъ не въ состояніи устранить анатомическія измѣненія, а вынуждены прибѣгать къ обширнымъ искусственнымъ фиксаціямъ, чтобы замѣнить непоправимый болѣе опорный аппаратъ половыхъ органовъ.

Поэтому именно небольшія выпаденія заслуживаютъ особаго вниманія операторовъ, ибо безопасное оперативное лечение ихъ ограждаетъ женщину отъ тяжелаго ухудшенія начинающагося страданія, предупреждаетъ непоправимыя и все тягостнѣе ощущаемыя измѣненія, которыя въ концѣ-концовъ понуждаютъ къ крупнымъ операціямъ, создающимъ неестественныя состоянія. Въ раннихъ стадіяхъ восстановленіе нормальныхъ анатомическихъ условій еще возможно и нужно.

Первыя измѣненія, знаменующія начало выпаденія, обнаруживаются обыкновенно на передней влагалищной стѣнкѣ, а именно въ области уретрального валика съ примыкающими сбоку участками, причемъ эта часть влагалища, лежащая обычно невидимо поверхъ замкнутой вульвы и позади симфиза, все болѣе и болѣе выныривается въ половую щель. Первый толчокъ къ этому даетъ наступающее во время беременности набуханіе, гипертрофія и разрыхленіе; но эти измѣненія исчезли бы путемъ пуэрперальной инволюціи, если бы во время родовъ не утратилась большею частью, необходимая какъ-разъ послѣ этого разрыхленія, опора для передней влагалищной

стѣнки на задней влагалищной стѣнкѣ, тазовомъ днѣ и промежности. Влагалищно-промежностные разрывы, которые захватываютъ не только слизистую оболочку, но и мышцы, не будучи зашиты, заживаютъ всегда съ расширеніемъ и дефектомъ промежности, такъ что изъ зіяющей теперь вульвы при какихъ-либо повышеніяхъ внутрибрюшного давленія, подыманіи тяжести, натуживаніи при дефекаціи, кашлѣ и т. д. влагалищныя стѣнки выпирають. Чѣмъ больше дефектъ, тѣмъ легче удается *vis a tergo* смѣстить половые органы книзу, чѣмъ меньше дефектъ при наличности пролапса, тѣмъ больше мы должны оцѣнивать участіе брюшного давленія. *Schaltz* обратилъ вниманіе на то, что именно отрывъ мышцъ тазового дна, который можетъ и не сопровождаться видимыми промежностно-влагалищными поврежденіями, существенно способствуетъ стойкому расслабленію половыхъ органовъ и образованію пролапса. Чѣмъ тяжелѣе женщина съ пострадавшими такимъ образомъ половыми органами вынуждена работать, тѣмъ легче пріобрѣтаетъ она пролапсъ. тѣмъ быстрѣе и больше образуется послѣдній. Разъ обѣ влагалищныя стѣнки до известной степени опустились, то, въ виду увеличенія поверхности давленія, онѣ все больше утрачиваютъ опору, и вскорѣ натяженіе книзу передается мѣсту прикрѣпленія влагалища къ *portio vag.*, увлекая послѣднюю впередъ и внизъ, а это въ свою очередь имѣетъ послѣдствіемъ то, что тѣло матки поворачивается около его поперечной оси, выпрямляется изъ антефлексіи и переходитъ въ ретроверсію. Теперь, когда внутрибрюшное давленіе дѣйствуетъ на переднюю поверхность наклоненной назадъ матки, послѣдняя скоро перегибается у внутреннего зѣва. попадаетъ въ ретрофлексію, которая и представляетъ надлежащее для выпаденія положеніе матки. Въ другихъ случаяхъ, если матка настолько фиксирована въ своемъ положеніи, что не можетъ смѣститься, то влеченіе влагалищной части ведетъ къ вытяженію шейки (*allongement Niquier*), причеиъ *hypertrophia colli* сочатается тогда съ выворотомъ влагалища.

Итакъ, образованіе пролапса на первомъ планѣ обусловливается поврежденіями во время родовъ тазового дна, задней влагалищной стѣнки и промежности, если разъединенныя части не приводятся къ полному соединенію посредствомъ тщательнаго зашиванія, а заживаютъ посредствомъ грануляцій, отчего въ результатѣ получается стойкое зіяніе вульвы и выворотъ влагалищныхъ стѣнокъ. Наряду съ выпадающей на долю акушера задачей по возможности ограничить эти родовыя поврежденія и, когда они послѣдовали, во всякомъ случаѣ привести ихъ къ первоначальному заживленію, отсюда вытекаетъ еще дальнѣйшее слѣдствіе, что несросшіеся или недостаточно сросшіеся дефекты промежности должны быть исправлены оперативными пріемами, раньше чѣмъ наступили подобныя опущенія. Если отъ дѣйствія брюшного пресса дѣло дошло уже до опущенія влагалищныхъ стѣнокъ, тогда операція не должна ограничиваться возстановленіемъ поврежденнаго тазового дна и промежности, но и обнимать пластику, направленную на суженіе просвѣта влагалища, чтобы отвести назадъ и удержать расслабленныя стѣнки.

Marion Sims первый предложилъ примѣнявшіяся до того со времени *Fricke* (1835) операціи пролапса, направленныя на суженіе одной вульвы, усовершенствовать распространеніемъ окровавленія на переднюю влагалищную стѣнку. Но наибольшимъ прогрессомъ въ этой области мы обязаны *Simon*'у и *Hegar*'у, которые выдвинули на

передній планъ значеніе тазового дна предложеніемъ colporrhineor-
rhaphia. Если затѣмъ различные авторы, *Martin, v. Winckel, Fehling,*
Küstner и др., измѣняли фигуры окровавленія (освѣженія), то прин-

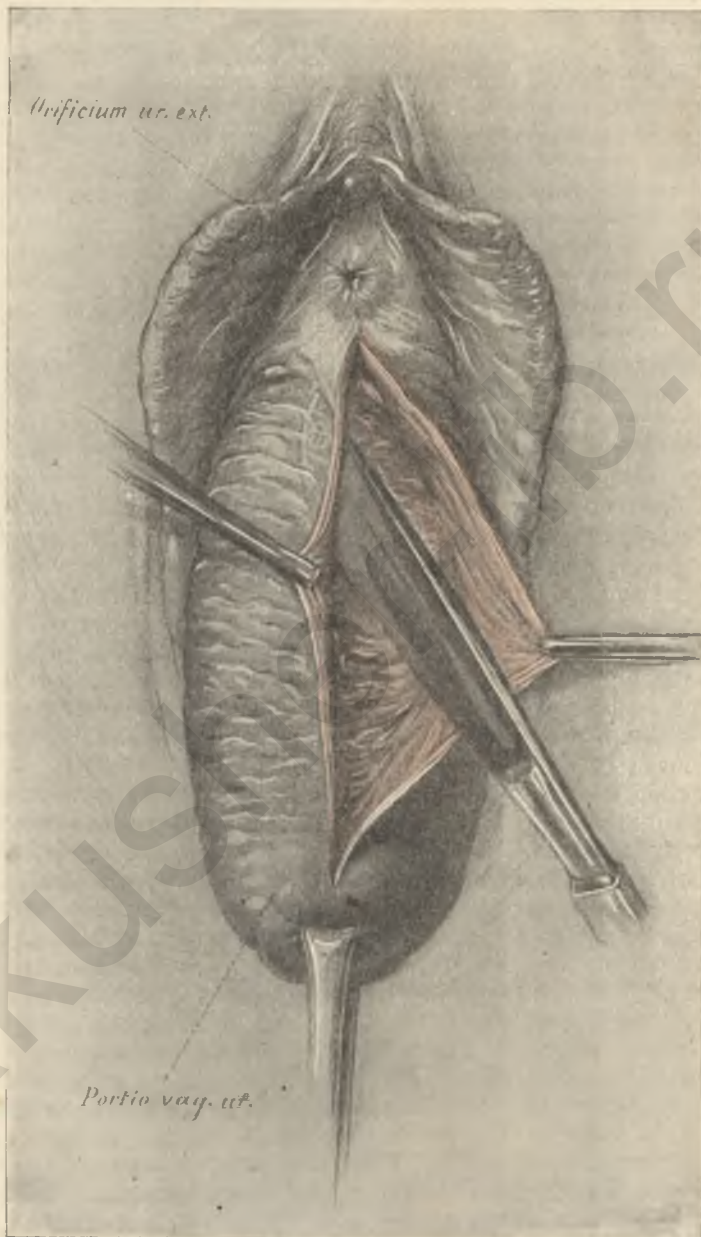


Рис. 69. Вырѣзываніе *Hegar'*овскаго эллипса при colporrhaphia anterior.

ципъ операціи остался все-таки тотъ-же: сѣуженіе влагалища посред-
ствомъ иссѣченія слизистой оболочки, сшиваніе и уплотнѣніе тазо-
вого дна, поднятіе и восстановленіе поврежденной промежности.

Küstner, который въ происхожденіи пролапса приписываетъ главную роль первичному смѣщенію матки, придаетъ также при неполныхъ выпаденіяхъ особенное значеніе оперативному исправленію положенія. Выполненіе этой операціи пролапса представляется въ слѣдующемъ видѣ:

Въ положеніи для камнесѣченія вводится короткое, широкое зеркало *Simon*'а для задней стѣнки влагалища; щипцами, захватывающими переднюю губу, матка оттягивается книзу, такъ что передняя влагалищная стѣнка туго натягивается. Смотря по величинѣ пролапса, вырѣзывается больший или меньшій кусокъ изъ передней влагалищной стѣнки, дабы сшиваніемъ этой плоскостной раны достигнуть суженія просвѣта влагалища. Форма этого освѣженія выбирается различная. *Sims* бралъ форму подковы, открытый конецъ которой обращенъ къ влагалищной части. *Emmet* освѣжалъ тремя отдѣльными небольшими участками. Наиболѣе употребительна форма эллипса, примѣненная впервые *Hegar*'омъ, какъ простѣйшая и наиболѣе скоро и легко выполняемая фигура окровавленія. Для этой цѣли вырѣзываютъ болѣе широкой по срединѣ и по направленію къ влагалищному своду и заостряющійся къ мочеиспускательному каналу кусокъ слизистой оболочки, контуры котораго намѣчаютъ сперва поверхностнымъ надрѣзомъ.

Fehling предпочитаетъ вырѣзывать два боковыхъ овала, щадя середину на протяженіи 1 -- 1½ стм.; онъ усматриваетъ выгоду въ томъ, что здѣсь получается меньшее напряженіе краевъ, чѣмъ при большемъ освѣженіи, и лучшіе шансы заживленія, въ виду невозможности иммобилизовать переднюю влагалищную стѣнку изъ-за дѣйствія брюшного пресса и наполненія пузыря.

Дальнѣйшая задача въ томъ, чтобы намѣченный такимъ образомъ эллипсъ вырѣзать, отдѣляя влагалищную слизистую отъ ея подстилки. Существуютъ для этого различные способы, но при нихъ всѣхъ не надо упускать изъ виду, что передняя влагалищная стѣнка тѣсно соединена съ задней стѣнкой пузыря и мочеиспускательнаго канала. Можно только поверхностно слущивать влагалищную слизистую, которая иногда очень утолщена, но иногда также очень истончена, если хотятъ оградить себя отъ очень непріятныхъ побочныхъ пораненій пузыря, уретры и даже мочеточниковъ. Въ этомъ отношеніи нельзя одобрить предложенный *Hegar*'омъ зажимный способъ, который состоитъ въ томъ, что отщемляютъ большую или меньшую продольную складку передней влагалищной стѣнки, отрѣзаютъ захваченную ткань надъ зажимомъ и затѣмъ проводятъ швы подъ нимъ. Мы считаемъ гораздо болѣе цѣлесообразнымъ препараточный способъ: между верхними и нижними щипцами, натягающими ткань въ длину, проводится по передней влагалищной стѣнкѣ продольный разрѣзъ (см. рис. 69), который, слѣдовательно, намѣченную фигуру освѣженія раздѣляетъ пополамъ. Этотъ продольный разрѣзъ весьма осторожно углубляютъ до тѣхъ поръ, пока не попадаютъ въ лежащую между влагалищемъ и пузыремъ рыхлую клѣтчатку, которая при нѣкоторомъ навыкѣ легко узнается. Теперь крючковатымъ пинцетомъ отъ этого срединнаго разрѣза отсепаиваютъ влагалищную слизистую, ведя ножъ плашмя такъ, чтобы его выпуклый клинокъ былъ направленъ больше къ просвѣту влагалища, нежели къ пузырной стѣнкѣ. Если клѣтчатка не слишкомъ плотна, то можно отдѣлять тупымъ образомъ рукояткой ножа или даже сдвигать слизи-

стую оболочку марлевымъ шарикомъ. Такимъ образомъ влагалищная слизистая мало-по-малу подрывается при постоянномъ оттягиваніи крючковатымъ пинцетомъ до намѣченной первоначально границы. Отслоивъ съ обѣихъ сторонъ до середины кусокъ передней влага-

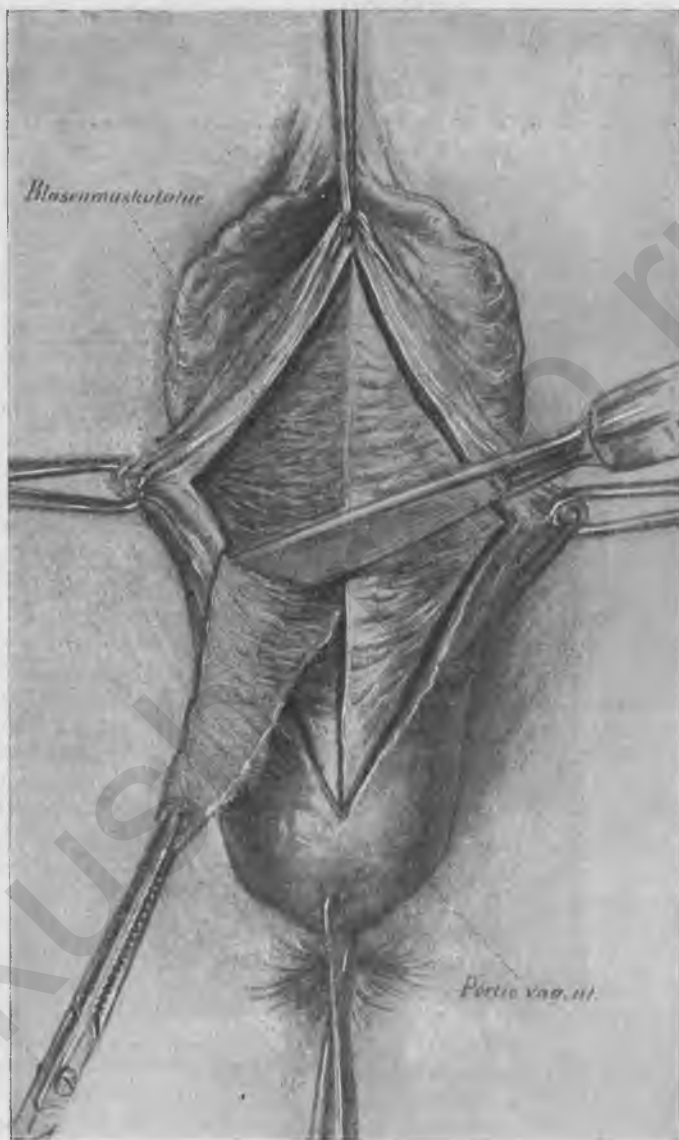


Рис. 70. Вырѣзываніе ромба при colporrhaphia anterior.

лищной стѣнки, отрѣзываютъ его по намѣченной линіи (см. рис. 71), такъ что получается раневая поверхность, лежащая на задней пузырной стѣнкѣ. Цѣлесообразно производить эту операцію при пустомъ пузырьѣ, во избѣжаніе выпячиванія послѣдняго. При этомъ надо старательно слѣдить, чтобы не подойти слишкомъ близко къ слизистой

стую оболочку марлевымъ шарикомъ. Такимъ образомъ влагалищная слизистая мало-по-малу подрывается при постоянномъ оттягиваніи крючковатымъ пинцетомъ до намѣченной первоначально границы. Отслоивъ съ обѣихъ сторонъ до середины кусокъ передней влага-

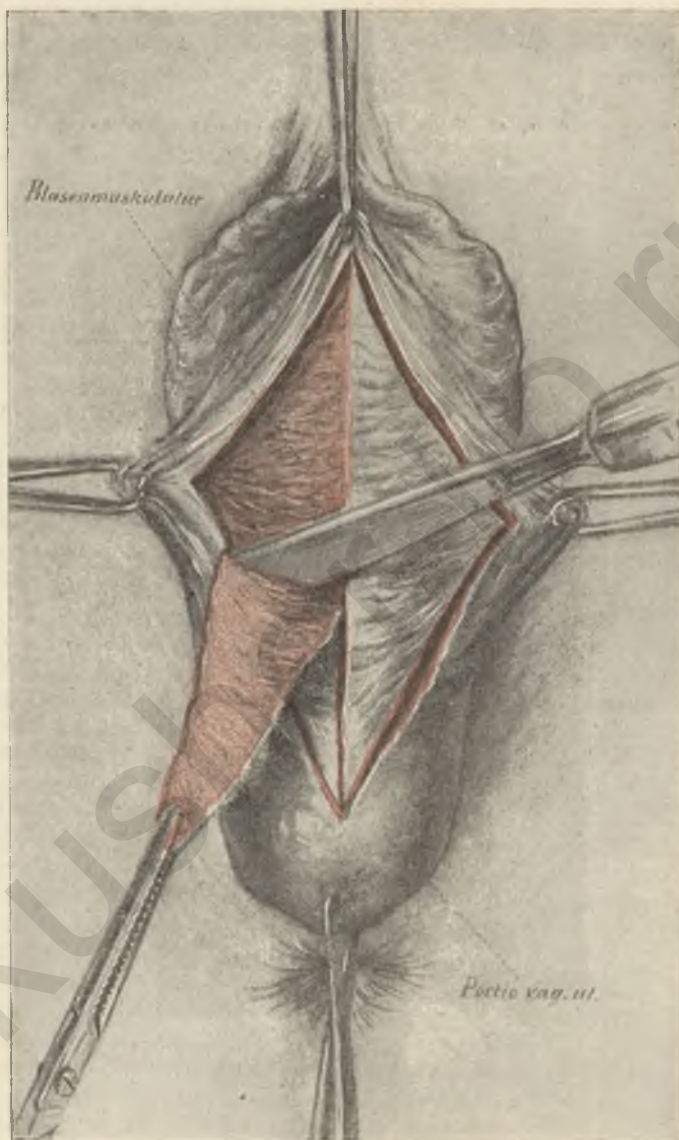


Рис. 70. Вырѣзываніе ромба при colporrhaphia anterior.

лищной стѣнки, отрѣзываютъ его по намѣченной линіи (см. рис. 71), такъ что получается раневая поверхность, лежащая на задней пузырной стѣнкѣ. Цѣлесообразно производить эту операцію при пустомъ пузырьѣ, во избѣжаніе выпячиванія послѣдняго. При этомъ надо старательно слѣдить, чтобы не подойти слишкомъ близко къ слизистой

пузыря. Брызжущіе сосуды перевязываются. Если раневая поверхность очень неровная, съ клочьями плотной подслизистой ткани, тогда нужно кривыми ножницами выровнять поверхность, не захватывая, однако, много ткани, чтобы не поранить пузыря.

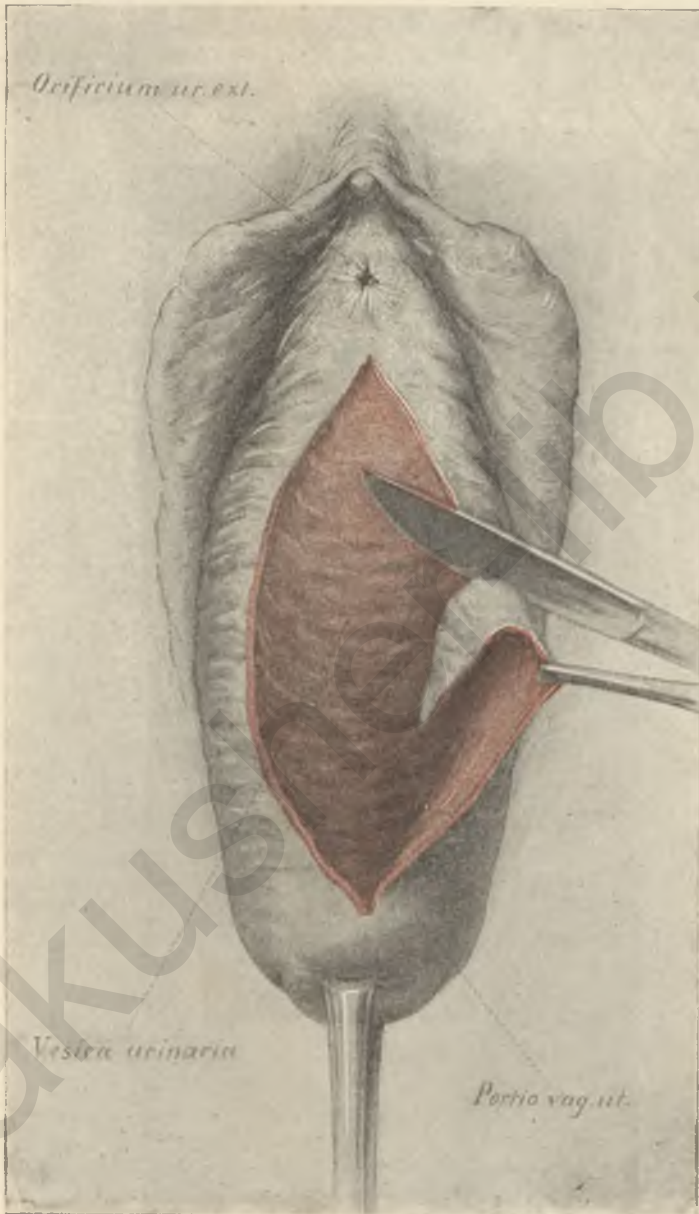


Рис. 71. Вырѣзываніе *Hegar'*овскаго эллипса при *colporrhaphia anterior*.

Образованная раневая поверхность закрывается швомъ, края раны соединяются по срединѣ, такъ чтобы не оставалось кармановъ; лучше всего это достигается помощью предложеннаго здѣсь впервые *Werth'*омъ

погружного шва изъ кэтгута, уплотненнаго хромовой кислотой или Quebracho (см. рис. 72). Если пузырь сильно выпячивается, то можно его по *Sänger*'у, *Gersuny* удержать кисетнымъ швомъ («Septumnaht»,

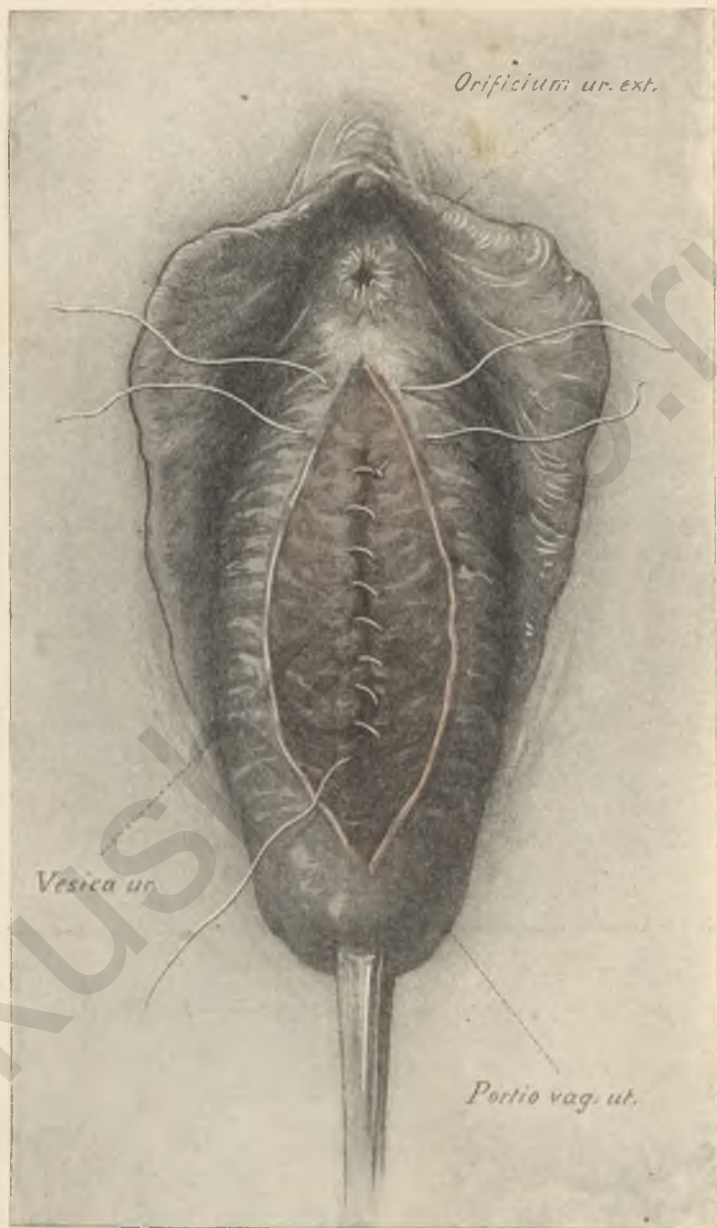


Рис. 72. Погружной непрерывный кэтгутовый шовъ при солроггарѣа anterior.

рис. 73). Для этой цѣли нитка проводится кругомъ, по возможности поверхностно, черезъ пузырьную стѣнку, центръ вывертывается къ пузырю и подъ этой воронкой, возникшей отъ выворота, шовъ за-

вязывается узломъ. Можно наложить нѣсколько такихъ круговыхъ швовъ концентрически одинъ надъ другимъ.

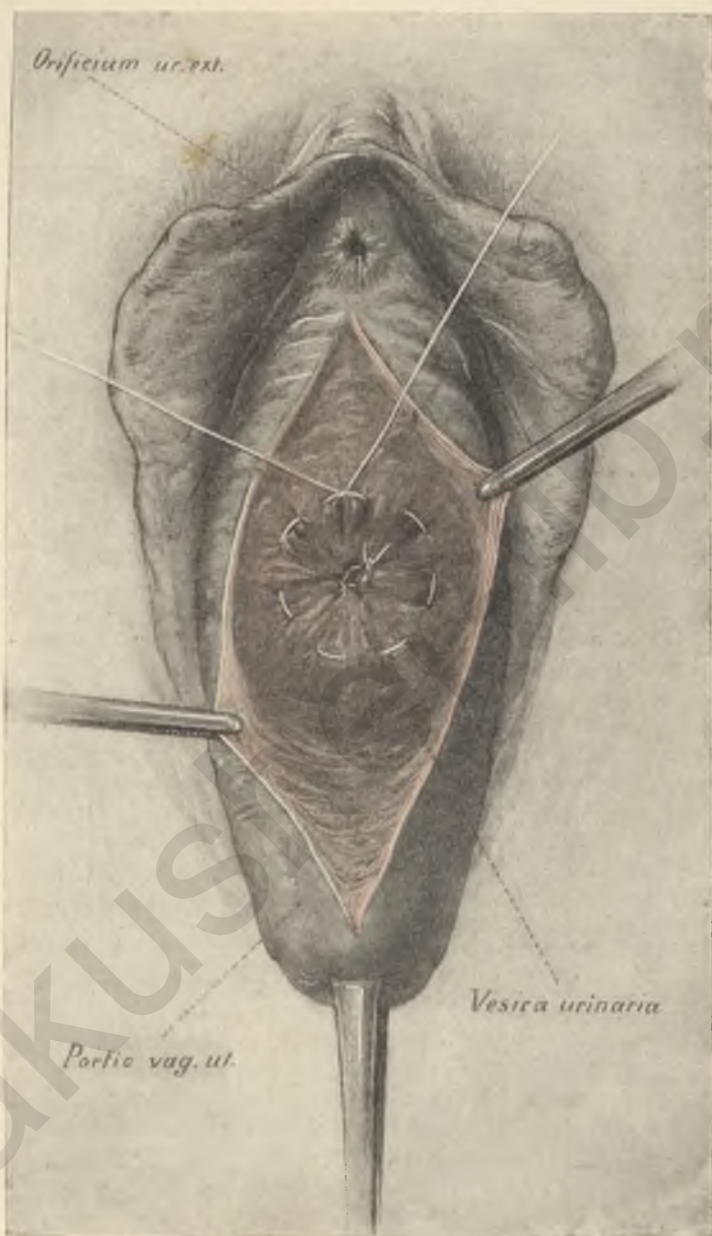


Рис. 73. Кисетный шовъ (Septumpaht) по Gersuny-Sänger'у.

Многіе придають большое значеніе швейному матеріалу и считаютъ нужнымъ примѣнять невсасываемый матеріалъ, какъ шелкъ, проволоку изъ серебра или алюминіевой бронзы. Мы и здѣсь шьемъ

исключительно кэтгутомъ, чѣмъ достигается взаимнѣ та большая выгода, что не приходится снимать швы.

Colporrhaphia posterior можетъ быть выполнена совершенно такимъ-же образомъ.

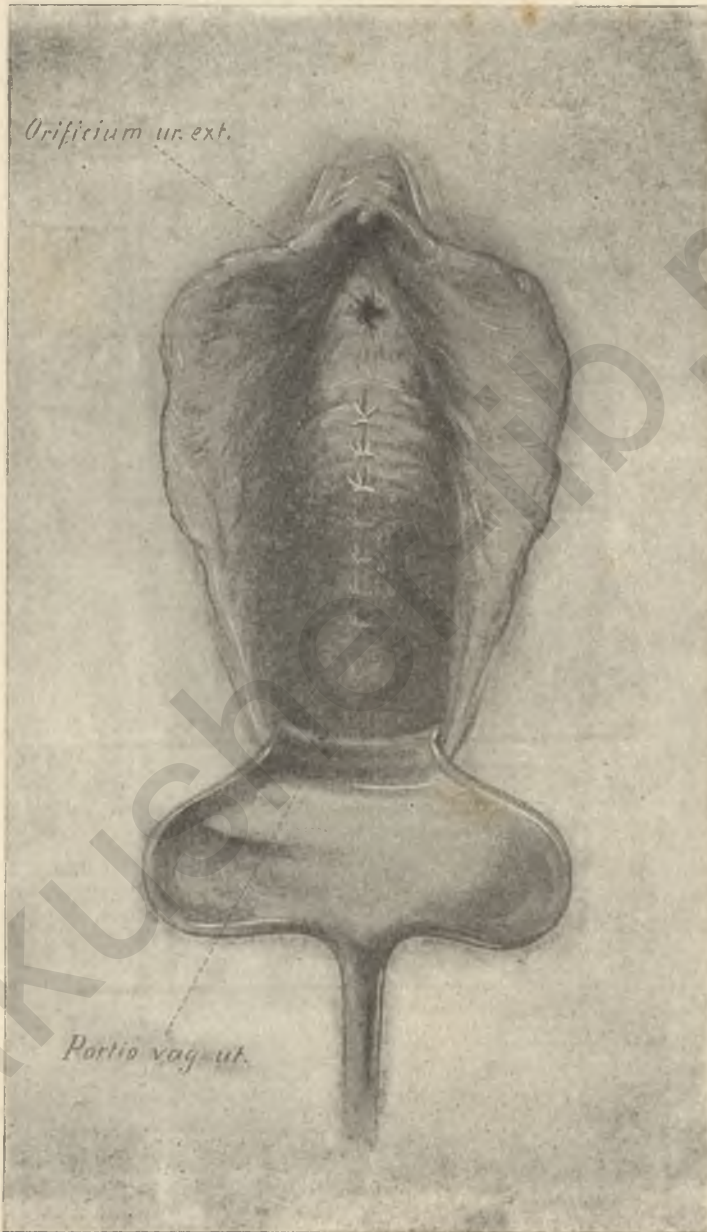


Рис. 74. Завязываніе швовъ при *colporrhaphia anterior*.

Натягиваютъ такимъ-же образомъ заднюю влагалищную стѣнку между зажимами или пулевыми щипцами, намѣчаютъ подлежащій изсѣченію кусокъ, раздѣляютъ его сперва пополамъ продольнымъ

разрѣзомъ и отсепаховываютъ влагалищную стѣнку отъ прямой кишки, направляя ножъ подъ малымъ уклономъ (см. рис. 75, 76, 77).

Однако это рѣдкость, чтобы при пролапсахъ, при которыхъ требуются подобныя операціи, не нашлось большаго или меньшаго вѣ-



Рис. 75. Освѣженіе при colporegpharia posterior.

нія, вульвы, стараго разрыва промежности, и поэтому, по предложенію *Simon-Hegar*'а, мы принципиально, вмѣсто задней кольпоррафіи, производимъ colporegineogpharia. Техника ея слѣдующая: сперва легкими надрѣзами вульвы обозначается съ обѣихъ сторонъ граница, до которой желательно вести освѣженіе промежности. Эту границу легче всего найти, если сдавливать вульву съ обѣихъ сторонъ. Въ

предупреждение рецидивовъ цѣлесообразно производить окровавление на промежности возможно обширнѣе, дѣлая мѣтки, приблизительно на поперечный палецъ ниже отверстія уретры; достигаемая такимъ образомъ высота промежности и укрѣпленіе *septum rectovaginale* въ состояніи предотвратить возвратъ выпаденія. Въ предначертаніи про-

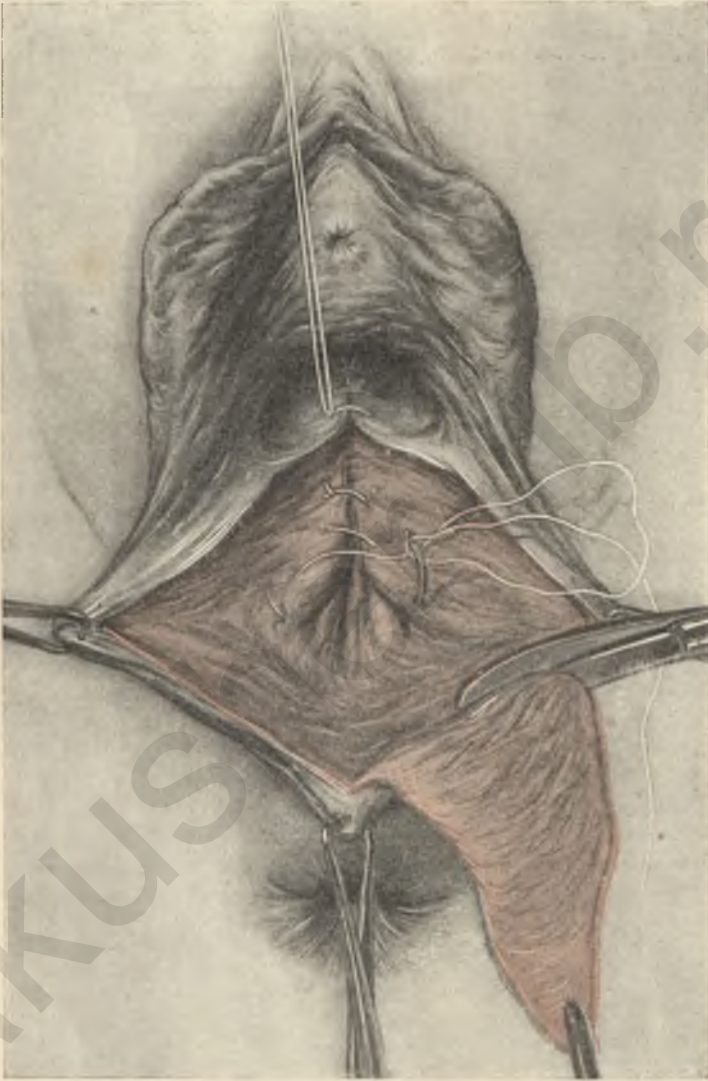


Рис. 76. Погружной, непрерывный катгутовый шовъ при *colporrhaphia posterior*.

свѣта влагалища и ширины входа надо считаться съ возрастомъ женщины, съ возможностью половыхъ сношеній и рожденія ребенка; въ послѣднемъ случаѣ приходится нѣсколько поступиться высотой промежности и намѣчать границы нѣсколько ниже. Теперь захватываютъ пулевыми щипцами пунктъ задней влагалищной стѣнки, вы-

сота котораго опредѣляется величиной пролапса. Съ каждой стороны рука ассистента захватываетъ вульву у намѣченной точки, чтобы туго натянуть поперекъ промежность и прилегающій *septum rectovaginale*. На мѣстѣ перехода задней влагалищной стѣнки въ наружную кожу промежности поперечный, слегка дугообразный кожный разрѣзъ соединяетъ намѣченные первоначально пункты. Съ этого разрѣза



Рис. 77. Наложение швовъ при *colporrhaphia posterior*.

septum rectovaginale расщепляется поперекъ все выше, причемъ скоро наталкиваются на рыхлую клетчатку. Въ этотъ слой соединительной ткани легко проникнуть и въ немъ тупымъ путемъ отдѣлить прямую кишку отъ влагалища до границы, обозначенной пулевыми щипцами. Это отслоеніе идетъ легче, нежели отдѣленіе передней влагалищной стѣнки отъ пузыря. Если работать здѣсь въ надлежащемъ слоѣ,

тогда едва-ли можно опасаться пораненія прямой кишки, даже при сильно выраженной *rectoscele*. Если наталкиваются на низко спускающееся выпячиваніе брюшины Дугласова пространства, то нечего бояться вскрыть послѣднее и, по *F. Frank'у*, *Freund'у* и *Stratz'у*, удалить кусокъ этого мѣшка, чтобы частью привести его къ облитерации, укоротить Дугласово пространство и тѣмъ уплотнить и упрочить прикрѣпленія задняго свода и шейки. Этотъ способъ производства кольпоперинеорафіи соотвѣтствуетъ описанному *Lawson Tait'омъ*

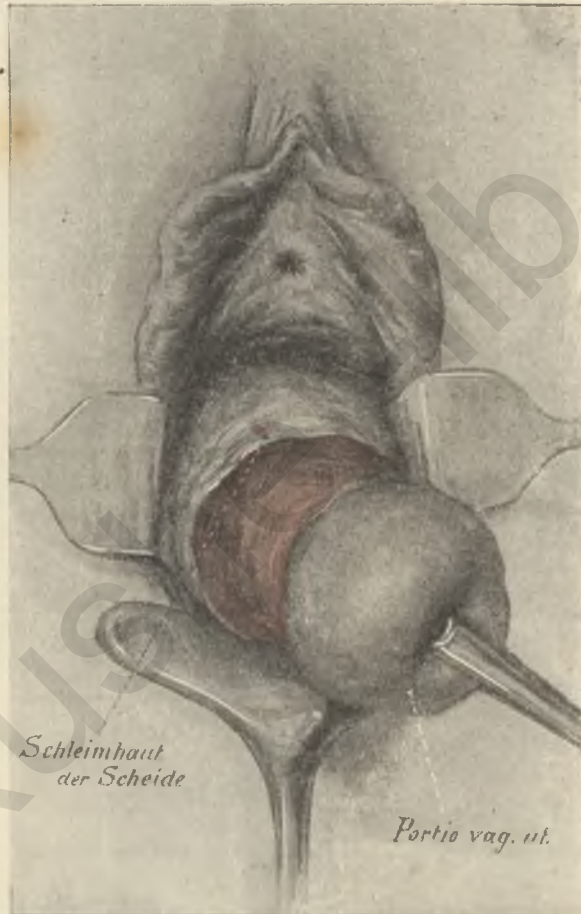


Рис. 78. Высокая ампутація влагалищной части: низведенная *portio vag.* обрѣзана кругомъ; влагалищная слизистая отчасти отслоена.

методу расщепленія лоскута; мы отклоняемся отъ него лишь въ томъ отношеніи, что мы не сшиваемъ, подобно *Lawson Tait'у*, отслоенное влагалище въ продольную складку безъ удаленія ткани, а рекомендуемъ лишній матеріалъ срѣзать, причемъ опять-таки сперва срединный разрѣзъ ножницами снаружи кнутри раздѣляетъ отслоенное влагалище до уровня пулевыхъ щипцовъ и затѣмъ проводимый оттуда въ стороны слегка дугообразный разрѣзъ соединяетъ верхній

конецъ раны съ отмѣченными на вульвѣ пунктами. Такимъ образомъ возникаютъ два сходящіяся по серединѣ треугольника, которые какъ избыточная ткань отрѣзываются, и на ихъ величину влагалище служивается посредствомъ поперечнаго зашиванія. Результатомъ является фигура окровавленія *Simon-Hegar'a*, только происхождение ея нѣсколько иное, такъ какъ сперва прямая кишка и влагалище отдѣляются другъ отъ друга и затѣмъ только вырѣзывается излишняя ткань изъ влагалищной стѣнки. Дальнѣйшая выгода этого рода освѣженія, какъ неоднократно указывалъ *Fritsch*, та, что при этомъ невольно избѣгаютъ слишкомъ поверхностнаго окровавленія, такъ какъ вынуждены проникать въ околослагалищную клѣтчатку.

Кровоточащія сосуды перевязываются. Теперь непрерывными или узловатыми погружными швами происходитъ поперечное соединеніе раны исключительно нѣсколько уплотненнымъ кѣтгутомъ, причемъ здѣсь остерегаются наколоть прямую кишку, такъ какъ проведение швовъ черезъ слизистую гесті можетъ вести къ инфекціи раны и образованію фистуль. Влагалище и наконецъ наружную кожу промежности мы также зашиваемъ исключительно уплотненнымъ кѣтгутомъ, такъ что не приходится снимать швы. Какъ въ отношеніи первичнаго натяженія, такъ и крѣпости рубца мы не имѣемъ основанія жаловаться на этотъ швейный матеріалъ, если только не было кармановъ въ ранѣ, которые могутъ вести къ за-



Рис. 79. Высокая ампутація влагалищной части: шейка разсѣчена съ обѣихъ сторонъ.

держкѣ секрета. Нѣтъ основанія полагать, что при употребленіи невсасываемаго матеріала рубецъ получается болѣе прочный. Прочность рубца обезпечивается не швейнымъ матеріаломъ, а самимъ заживленіемъ раны, и тутъ мы знаемъ, что сросшіяся *per primam* [раны

оставляютъ болѣе крѣпкіе рубцы, нежели per secundam; между тѣмъ помощью всасываемаго матеріала первичное натяженіе, безъ сомнѣнія, достигается.

Само собою разумѣется, что молодой рубецъ не долженъ подвергаться слишкомъ рано растяженію. Мы поэтому держимъ больныхъ въ постели по крайней мѣрѣ двѣ недѣли и заботимся въ это время о правильномъ опорожненіи пузыря, который никогда не долженъ переполняться, а также объ ежедневныхъ кашицеобразныхъ испражненіяхъ посредствомъ назначенія магнезіи и т. д. Долгое время еще

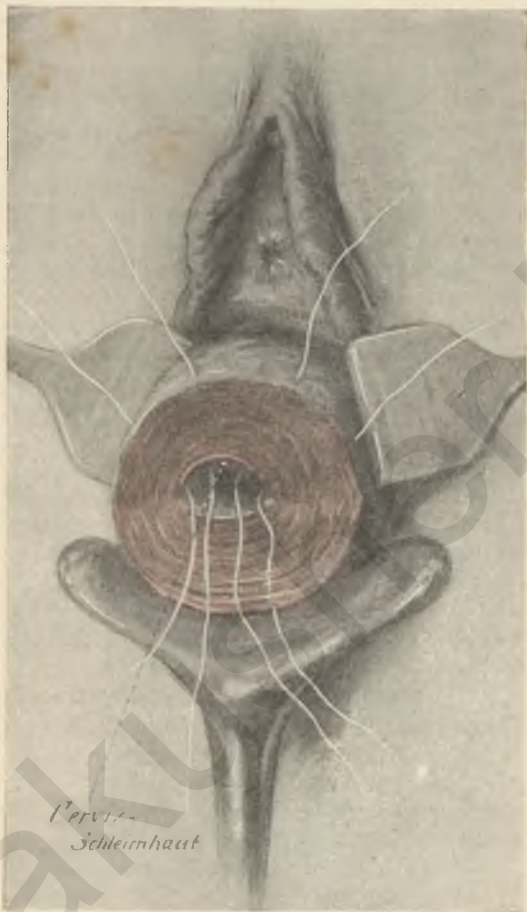


Рис. 80. Высокая ампутація влагалищной части: шейка клинообразно изсѣчена; образованіе новаго зѣва посредствомъ сшиванія цервикальной и влагалищной слизистой.

Если влагалищная часть измѣнена, а именно сильно удлинена и гипертрофирована, то надо комбинировать пластику съ ея ампутаціей; при очень сильномъ удлиненіи слѣдуетъ даже произвести amputatio totalis, чтобы низвести длину матки до нормы. Передъ тѣмъ цѣлесообразно подобныхъ больныхъ пользоваться продолжительное время постельнымъ покоемъ, ихтіоловыми тампонами, горячими

больная должна воздерживаться отъ физической работы и, если возможно, вообще избѣгать въ будущемъ тяжелыхъ напряженій, подыманія тяжестей и т. д.

Какъ упомянуто выше, по мнѣнію Küstner'a, правиломъ современной операціи пролапса должно быть исправленіе положенія матки, даже при небольшихъ выпаденіяхъ. Тогда пластическая операція сочетается съ такъ назыв. вспомогательными операціями, состоящими въ вагинофиксаціи, операціи Alexander-Adams'a, иногда даже вентрофиксаціи. Техника этихъ операцій изложена въ особой главѣ. Мы рекомендуемъ при этомъ операцію Alexander-Adams'a какъ правило, иногда также въ сочетаніи съ передней кольпорафіей не слишкомъ высокую vaginofixatio transperitonealis, лишь въ видѣ исключенія, если по другому поводу нужна лапаротомія, вентрофиксацію.

спринцованіями и т. п., такъ какъ извѣстно изъ опыта, что подобныя гипертрофіи влагалищной части зачастую обусловливаются гипереміей и отечнымъ припуханіемъ, симулирующимъ новообразование ткани.

Техника высокой ампутаціи слѣдующая: зубчатыми щипцами захватываютъ переднюю губу, оттягиваютъ матку книзу и круговымъ разрѣзомъ отдѣляютъ сводъ (рис. 78). Тупой отсепаровкой шейка обнажается на подлежащую отсѣченію длину и затѣмъ разсѣкается съ обѣихъ сторонъ (рис. 79). Теперь изсѣкается клинь сперва изъ задней, затѣмъ изъ передней губы. Сбоку обыкновенно болѣе крупныя сосуды брызжутъ, они захватываются отдѣльно и перевязываются. Затѣмъ наложеніе швовъ имѣетъ задачей привести въ линейное соединеніе влагалищную слизистую съ цервикальной, причемъ надо слѣдить, чтобы швы проходили подъ раной (см. рис. 81). Когда такимъ образомъ образовался новый зѣвъ, то остаются наконецъ еще сбоку раневыя щели, которыя закрываются такимъ образомъ, что здѣсь боковыя влагалищныя стѣнки соединяются между собою. Нечего бояться случайнаго вскрытія брюшины спереди или сзади, совѣтуемъ только закрыть тотчасъ это отверстіе отдѣльными катгутowymi швами. Какъ швейный матеріалъ при ампутаціи влагалищной части мы употребляемъ исключительно катгутъ средней толщины.

Если хотять сочетать переднюю кольпоррафію съ ампутаціей влагалищной части, то можно возникшую отъ отдѣленія передняго свода поперечную рану принять тутъ же за основаніе треугольника, вырѣзываемаго изъ передней влагалищной стѣнки.—Предлагавшееся прежде нѣкоторыми авторами раздѣленіе операціи пролапса на нѣсколько сеансовъ, такъ чтобы сперва произвести фиксацію матки, ампутацію или переднюю кольпоррафію и затѣмъ лишь нѣсколькими недѣлями позже кольпоперинеоррафію, въ настоящее время, вѣроятно, вездѣ оставлено. Принимая во вниманіе съ одной стороны невыгоду продолжительнаго пребыванія въ больницѣ, многократнаго наркоза, съ другой стороны быструю выполнимость этихъ операцій, мы въ согласіи съ *Sänger*’омъ рекомендуемъ всѣ эти отдѣльныя операціи производить въ одинъ присѣсть.

Своеобразная, существующая въ нѣсколькихъ модификаціяхъ операція пролапса состоитъ въ «*colporrhaphia mediana*», которая ведетъ къ частичному срощенію передней и задней влагалищной стѣнки. Цѣль въ томъ, чтобы создать этимъ барьеръ противъ выпяченія разслабленныхъ частей.

Gerardin первый предложилъ вырѣзывать изъ передней и задней влагалищной стѣнки продольную полоску и обѣ раневыя поверхности соединить между собою; такимъ образомъ возникаетъ срединная перегородка во влагалищѣ, которая встрѣчается какъ уродство при *vagina serpa*. *Neugebauer*, отецъ и сынъ, и *Lefort* примѣняли и рекомендовали этотъ методъ, *Winckel* тоже пользовался модификаціей его. Недостатокъ этой срединной кольпоррафіи заключается въ томъ, что она даетъ въ результатъ разстройство отправления влагалища, вотъ почему она не пользуется расположеніемъ.

Полное выпаденіе влагалища и матки.

Если влагалище выворочено, то и наружный зѣвъ находится съ нимъ внѣ половой щели, и все вмѣстѣ образуетъ между бедрами

женщины опухоль, величиною съ кулакъ или больше, которая своей тяжестью, треніемъ при ходьбѣ, сидѣніи не только постоянно вызываетъ боли, но и ощущается самымъ тягостнымъ образомъ при всѣхъ движеніяхъ. Вторичныя измѣненія отчасти обусловливаются разстройствами кровообращенія, застоємъ, гипереміей, отекомъ, гипертрофіей, отчасти являются послѣдствіемъ воздѣйствія атмосферы. Слизистая оболочка высыхаетъ, роговетъ подобно эпидермису, трескается и обнаруживаетъ наряду со значительнымъ утолщеніемъ множественныя и обширныя, гранулирующія и никогда не

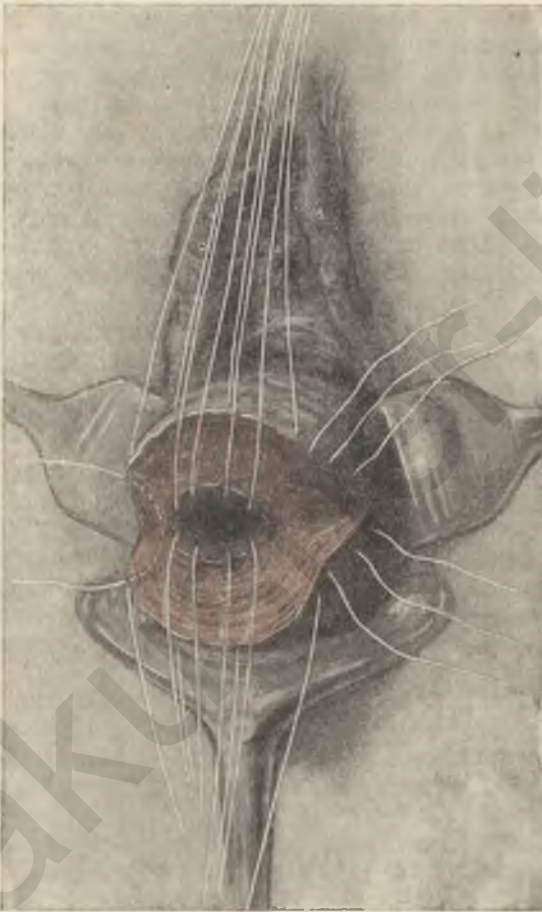


Рис. 81. Высокая ампутація влагалищной части: наложеніе швовъ для окаймленія новаго зѣва.

заживающія пролежневыя язвы. Матка находится при этомъ въ различномъ состояніи: она либо лежитъ въ ретрофлексіи, мало измѣненная въ своей массѣ, вся въ вывернутомъ влагалищномъ мѣшкѣ, такъ что можно обхватить ея дно, либо тѣло матки лежитъ еще въ тазовой полости и отъ него до лежащаго далеко снаружи зѣва простирается вытянутая въ длину шейка, такъ что при измѣреніи зондомъ длина полости отъ зѣва до дна можетъ составлять 15—20 см. Возникаетъ-ли это такъ назыв. удлиненіе (*allongement*), какъ полагаютъ *Morgagni*, *Kiewisch* и *Virchow*, вторично, т. е. натяженіе все ниже и ниже опускающагося влагалища вытягиваетъ шейку, или же, по мнѣнію *Huguier*, первичное удлиненіе шейки можетъ дать толчокъ подобнымъ пролапсамъ, объ этомъ спорили, но, вѣроятно,

встрѣчается и то и другое. Впрочемъ способъ происхожденія здѣсь безразличенъ для терапіи готоваго измѣненія; важно, напротивъ, отличать полное выпаденіе матки отъ этого удлиненія шейки. При пролапсѣ трубы и яичники также лежатъ во влагалищномъ мѣшкѣ, между тѣмъ какъ при *elongatio colli* они пребываютъ на нормальномъ мѣстѣ.

Тѣсное соединеніе передней влагалищной стѣнки съ пузыремъ и мочеиспускательнымъ каналомъ приводитъ естественно къ тому, что оба органа вовлекаются въ смѣщеніе. Возникающее отсюда выпячиваніе пузыря (*cystocele*) вызываетъ сильныя функціональныя расстройства, мочеиспусканіе затруднено и во всякомъ случаѣ никогда не бываетъ полнымъ. На почвѣ этого застоя мочи развивается часто хроническій катарръ пузыря, который принимаетъ существенное участіе въ страданіяхъ, обусловленныхъ пролапсами этого рода.



Рис. 82. Высокая ампутація влагалищной части: завязываніе швовъ.

Леченіе этихъ полныхъ пролапсовъ помощью пластическихъ операцій, вполне дѣйствительныхъ при маленькихъ выпаденіяхъ, встрѣчаетъ очевидныя затрудненія. Во-первыхъ, надо подчеркнуть, что вмѣшательство настолько пространное, что оно получаетъ уже печать крупной операціи. Приходится всегда одновременно произвести различныя операціи, на первомъ планѣ на маткѣ: при столь частой гипертрофіи и удлиненіи шейки приходится ее ампутировать, большею частью даже посредствомъ *amputatio alta*; въ дру-

гихъ случаяхъ надо высоко укрѣпить матку, лишенную всякой опоры въ тазу, посредствомъ обширной вендро или вагинофиксаци. Но и операци на влагалищѣ становятся гораздо болѣе обширными: гипертрофія, изъязвленіе слизистой оболочки, большое растяженіе и полное разрушеніе его соединительнотканнхъ поддерживающихъ аппаратовъ требуютъ большихъ эксцизій и глубокихъ раненій клѣтчатки, дабы сильнымъ суженіемъ и тугимъ рубцовымъ уплотнѣніемъ замѣнить утраченныя нормальныя прикрѣпленія. Приходится также вовлечь въ операцию пузырь и прямую кишку, брюшину Дугласова пространства, ибо надо устранить ихъ выпячиванія и растяженія.

Но какъ бы обширнымъ ни было вмѣшательство, всегда остается опасность рецидива, который послѣ временнаго излеченія сводитъ результатъ къ нулю, особенно если новыя беременности приносятъ сопряженныя съ ними и съ родами вредныя послѣдствія. Къ тому же остающіеся на маткѣ, влагалищѣ и во влагалищномъ входѣ рубцы, образующіе отчасти стриктуры, обусловливаютъ тяжелыя осложненія родовъ, чему убѣдительное доказательство далъ *M. Simon*, который былъ вынужденъ произвести *sectio caesarea vaginalis*, чтобы окончить роды щипцами у одной женщины, которая подверглась два года предъ тѣмъ подобной операци пролапса. Такимъ образомъ различныя основанія сошлись въ стремленіи радикальнымъ образомъ устранить полный пролапсъ, чтобы вмѣстѣ съ тѣмъ предупредить возвратъ его и новое зачатіе.

Первое, на чемъ остановились, была полная экстирпаци матки, къ чему давали еще поводъ различныя осложненія, какъ эрозія, гипертрофія, удлиненіе, иногда также сопутствующія опухоли, какъ ракъ или фиброиды. Сюда относятся изъ прежняго времени операци *Langenbeck'a* 1813, *Gebhard't'a* 1836 и 1837, *Jürgensen'a* 1838, *Edwards'a* 1864, только изъ показанія пролапса оперировали *Choppin* 1867, *Langenbeck* 1868, *Patterson* 1876, *Hahn* 1877, *Kehrer* 1878.

Поощряемый произведенной *A. Czerny* влагалищной экстирпацией матки при ракѣ, *Kaltenbach* удалилъ вполне выпавшую и лежавшую въ вывернутомъ влагалищѣ матку, установивъ такимъ образомъ разъ навсегда показаніе къ *extirpatio totalis* по поводу пролапса. *v. Teuffel*, *Hahn*, *Martin*, *Fritsch*, *Leopold*, *Schauta*, *Fehling*, *Bumm* и мы оперировали съ успѣхомъ по такому показанію. Такъ какъ послѣ экстирпаци матки совершенно разслабленное влагалище снова выпадало, то уже *Kaltenbach* присоединилъ потомъ въ отдѣльный сеансъ переднюю кольпорафію и кольпоперинеорафію.

Fritsch перешелъ впослѣдствіи при огромныхъ пролапсахъ къ совмѣстному удаленію и большей части влагалища, такъ что выработалась радикальная операци, состоящая въ экстирпаци всѣхъ гениталій.

Martin также рекомендовалъ для самыхъ тяжелыхъ случаевъ полного пролапса экстирпацию матки и всего влагалища.

Во Франціи къ этому показанію къ полной экстирпаци присоединились *Bouilly*, *Richelot*, *Terrillon*, *Gouillioud*, *Pozzi*, *Quenu*, *Segond*, *Lejas*.

Радикальная операци оправдывается при слѣдующихъ условіяхъ:

1. Больная должна быть въ климактерическомъ возрастѣ или имѣть климахъ позади себя.

2. Вывернутое вполнѣ влагалище содержитъ вполнѣ выпавшую или удлинненную матку.

3. Влагалищная слизистая имѣетъ при сильной гипертрофiи множественныя пролежневья язвы.

4. Отсутствiе противопоказанiй, которыя могутъ заключаться въ слишкомъ преклонномъ возрастѣ или осложняющихъ общихъ заболѣванiяхъ.

Предъ операціей подобныхъ застарѣлыхъ, существующихъ годы и даже десятки лѣтъ полныхъ выпаденiй полезна извѣстная подготовка. *Küstner, Sänger* и др. придають большое значенiе тому, чтобы пролапсъ нѣсколько дней предъ тѣмъ оставался вправленнымъ и чтобы въ это время больная лежала въ постели. Тогда гиперемiи и обусловленные ими отеки, которые могутъ симулировать гипертрофiи, исчезаютъ, такъ что операція послѣ этого представляется проще, нежели можно было думать при первомъ взглядѣ на чудовищное образованiе. Гнойныя, покрытыя налетами пролежневья язвы должны быть раньше очищены антисептическими или прижигающими средствами, иначе онѣ легко могутъ служить исходнымъ пунктомъ инфекцiй. Въ особенности, предпринимая консервативныя пластическiя операцiи, надо обращать вниманiе на это подготовительное леченiе; желательно также предварительное излеченiе гнойныхъ катарровъ пузыря. Въ немного дней послѣ исчезанiя отека, венознаго застоя, заживленiя экзематозныхъ мѣстъ, эрозiй пролапсъ можетъ представлять совершенно другую картину, болѣе благоприятную для операцiи.

Выполненiе *полной экстирпации* очень облегчается тѣмъ обстоятельствомъ, что половые органы совершенно на виду, такъ что операція во всѣхъ своихъ стадiяхъ проходитъ подъ руководствомъ зрѣнiя; и здѣсь оказалось очень выгоднымъ предварительное полное срединное сѣченiе матки и влагалища по *Doyen*'у. Мы начинаемъ разсѣченіемъ задней цервикальной и влагалищной стѣнки, причемъ *portio vag.* оттягивается кверху, чтобы тѣмъ натянуть заднюю влагалищную стѣнку. Съ первымъ разрѣзомъ вскрывается обыкновенно Дугласово пространство; поврежденiя прямой кишки при этомъ нечего опасаться, если только позаботиться, чтобы влагалище было отодвинуто отъ прямой кишки крѣпкимъ потягиванiемъ за влагалищную часть кверху.

Отверстiе въ Дугласовомъ пространствѣ расширяется поперечнымъ разрѣзомъ, послѣ чего матка тотчасъ вывихивается кзади. Срединное сѣченiе идетъ дальше по задней стѣнкѣ и продолжается черезъ дно на переднюю стѣнку, чтобы закончиться на передней губѣ. При разрѣзѣ передней цервикальной стѣнки надо опять-таки обращать вниманiе на то, чтобы матку оттянуть отъ пузыря и на прочь лежащую между пузыремъ и шейкой рыхлую клѣтчатку, для каковой цѣли захватываютъ края разрѣза *Doyen*'овскими зубчатыми щипцами и растягиваютъ обѣ половинки матки въ стороны. Проведенный черезъ матку срединный разрѣзъ, кончающiйся въ передней губѣ, продолжается теперь въ прямомъ направленiи на переднюю влагалищную стѣнку до отверстiя мочеиспускательнаго канала, разсѣкая и ее до подслизистой ткани. Какъ и при передней кольпорафiи, отъ этого сагитального срединнаго разрѣза влагалище подрывается, такъ что передняя влагалищная стѣнка отстаетъ отъ пузыря и уретры. Точно такимъ же образомъ въ продолженiе

перваго разрѣза, начавшагося съ задней губы, задняя влагалищная стѣнка разсѣкается вдоль и отдѣляется отъ прямой кишки, такъ что въ концѣ-концовъ весь половой аппаратъ раздѣленъ на двѣ половины, и влагалище до входа отсепаровано отъ своей подстилки. Широкія связки и параметріи перевязываются, матка отрѣзывается, брюшинная рана зашивается отдѣльно, влагалищная стѣнка срѣзывается до входа, и образовавшееся подъ шитыми листками брю-

Рис. 83. Сакитталный разрѣзъ при полномъ выпаденіи влагалища съ удлиненіемъ шейки и болящей стужою (ср. рис. 92).



шины раневое пространство, передняя граница котораго мочевой пузырь, задняя—прямая кишка и боковыя—паравагинальная клетчатка, закрывается погружными непрерывными кэтутовыми швами, такъ что остающіеся подъ конецъ на вульвѣ края разрѣза образуютъ наружную границу раны и также соединяются между собою. Какъ контрольные изслѣдованія показываютъ, получается чрезвычайно удовлетворительный стойкій результатъ.

Если хотя бы влагалище совсѣмъ или отчасти сохранить, тогда рекомендуется культя связокъ пришить къ верхнему концу влагалищной трубки, чтобы и ихъ примѣнить для фиксаціи, нѣкоторымъ образомъ повѣсить на нихъ влагалище (colporrhexia). Слѣдуетъ, разумѣется, предупредить выпаденіе влагалища значительнымъ суженіемъ его просвѣта посредствомъ передней кольпорафії и кольпоперинеоррафії.

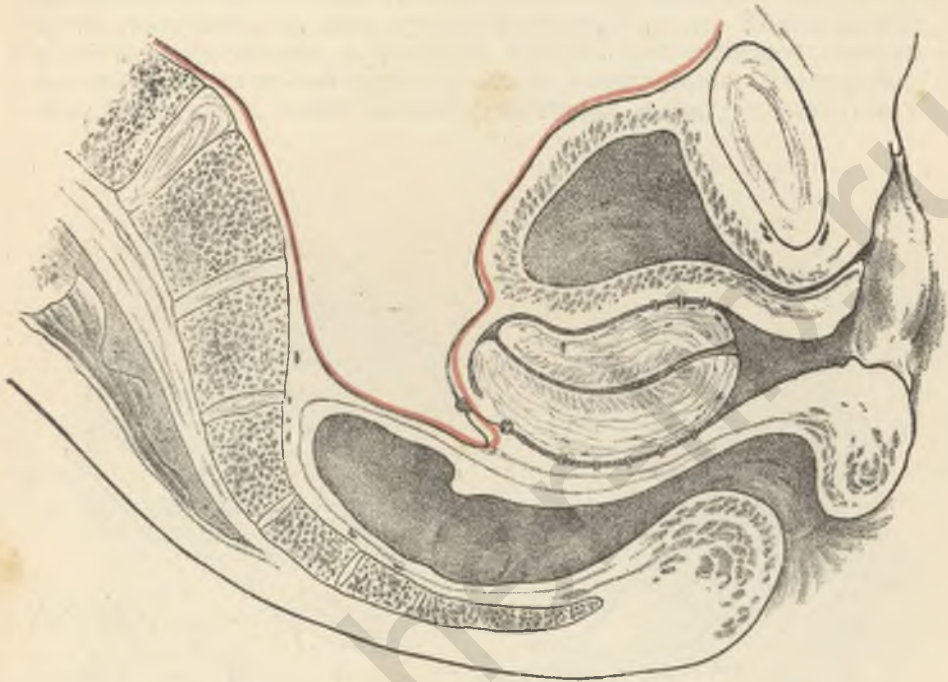


Рис. 84. Сагиттальный разрѣзъ таза со схематическимъ изображеніемъ операціи *Freund'a*.

Матка выведена черезъ задній сводъ и пришита къ окровавленной передней и задней влагалищной стѣнкѣ. Въ обращенномъ къ вульвѣ днѣ матки образованъ новый зѣвъ.

Для достиженія удовлетворительныхъ стойкихъ результатовъ требуется, однако, почти полное удаленіе половой трубки. У большинства женщинъ въ виду ихъ возраста и того обстоятельства, что онѣ имѣютъ много дѣтей, — вѣдь своимъ страданіемъ онѣ именно обязаны злоупотребленіемъ органами размноженія, — не приходится жалѣть объ утратѣ способности къ зачатію, но вносимое въ супружескую жизнь изуродованіе принимается лишь неохотно.

Консервативныя операціи полныхъ выпаденій.

Поэтому мы должны привѣтствовать съ благодарностью то, что благодаря *W. A. Freund'u* мы обогатились новымъ консервативнымъ и общающимъ стойкій результатъ методомъ операціи полныхъ выпаденій, который хотя исключаетъ дальнѣйшее зачатіе, что по всему положенію дѣла только желательно, но сохраняетъ половой аппаратъ въ его прочихъ функціяхъ.

Это есть имплантация матки, выпяченной во влагалище через задний сводъ въ полной ретрофлексіи—способъ, который *Freund* сперва примѣнялъ для залечиванія большихъ дефектовъ задней пузырьной стѣнки. При этомъ онъ сдѣлалъ наблюденіе, что матка въ этомъ положеніи, какъ объемистый и фиксированный *in situ* пелоть, можетъ плотно и стойко выполнять влагалище, и примѣнилъ ту же операцію при полныхъ пролапсахъ у старухъ. *Freund*'овская операція представляется въ слѣдующемъ видѣ: матка, вывихнутая во влагалище легкимъ соскабливаніемъ острой ложечкой и пришивается къ окровавленному, посредствомъ эксцизии лоскутовъ слизистой оболочки, участкамъ передней и задней влагалищной стѣнки. Матка приживается



Рис. 85. Модификація *Freund*'овскаго способа.

Матка выведена через *plica vesico-uterina*, брюшина позади нея закрыта, и затѣмъ только задняя стѣнка матки сшита съ окровавленной передней стѣнкой влагалища. (Не рекомендуется).

къ влагалищу съ обращеннымъ къ вульвѣ дномъ. Такъ какъ влагалищная часть съ зѣвомъ замкнута въ переднемъ сводѣ, то *Freund* дѣлаетъ въ днѣ новый зѣвъ, либо вырѣзывая воронкообразное отверстие, либо производя только пинцетомъ перфорацию маточной полости. Операція заканчивается кольноперинеоррафией.

Эта *Freund*'овская операція была принята *Fritsch*'емъ на мѣсто производившейся имъ до того полной экстирпации въ слѣдующемъ видоизмѣненіи: послѣ вскрытія *plica vesico-uterina* и выпячиванія матки, позади послѣдней полость брюшины закрывается, вырѣзывается

оваль изъ передней влагалищной стѣнки, къ которому и прикрѣпляется непрерывнымъ катгутовымъ швомъ тыльная поверхность матки; въ задней влагалищной стѣнкѣ вырѣзывается I-образная фигура, такъ что при развертываніи возникающихъ такимъ образомъ двухъ лоскутовъ создается ложе для матки, въ которое она вполне погружается, чѣмъ способъ *Fritsch'a* и отличается отъ *Freund'овскаго*.

Такимъ образомъ, подобно тому, какъ при *Neugebauer'овской colporrhaphia mediana*, происходитъ полное сращеніе передней влагалищной стѣнки съ задней, но при посредствѣ помѣщенной между ними, выведенной черезъ *plica vesico-uterina* матки, вдоль обоихъ краевъ которой небольшіе каналы представляютъ еще остатокъ влагалищнаго

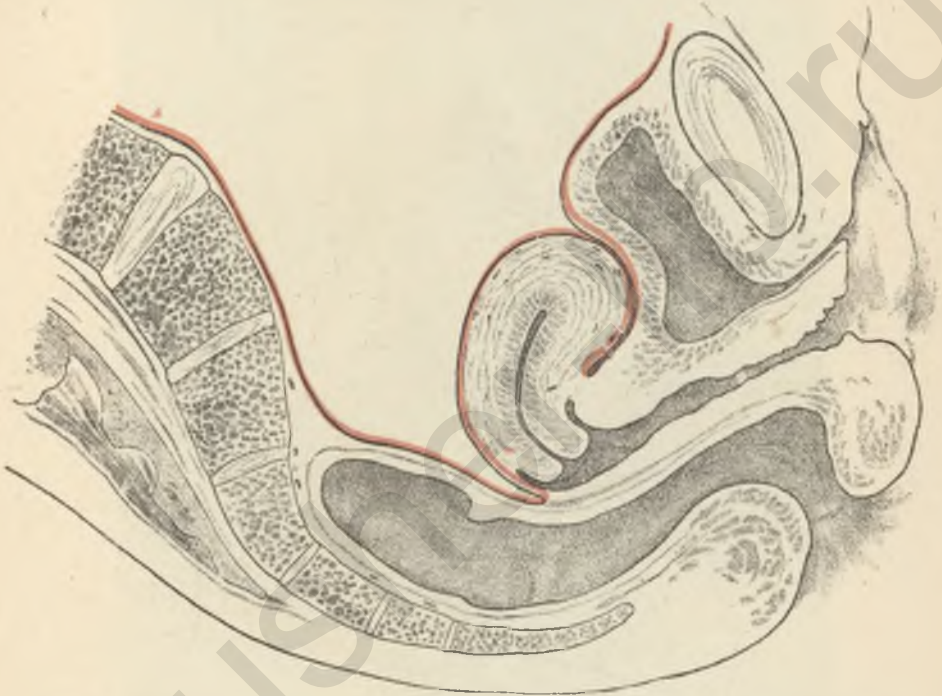


Рис. 86. Внутрибрюшная фиксація матки, *vagino- seu vesico-fixatio symperitonealis*. (Рисунокъ долженъ служить для сравненія съ въбрюшинными, внутривлагалищными методами).

просвѣта. Наконечъ 3—4 шва накладываются такимъ образомъ, что они кольцомъ обхватываютъ одновременно переднюю влагалищную стѣнку, направленное книзу дно матки и заднюю влагалищную стѣнку и при завязываніи суживаютъ весь просвѣтъ влагалища близъ *introitus'a*. Благодаря этому, а также благодаря лежащей внутри влагалища маткѣ, влагалище, естественно, утрачиваетъ свои половыя функціи.

Въ противоположность этимъ операціямъ *Freund'a* и *Fritsch'a*, *Schauta* и *Wertheim* выработали изъ *Freund'овской* операціи другую. точно также съ пересадкой внутрь влагалища въбрюшинно-антефлексированной матки, но съ сохраненіемъ влагалищнаго канала для его отправленія. *Döderlein* испыталъ эту операцію въ 60 случаяхъ и рекомендовалъ ее.

Какъ при передней кольпорафiи, сперва проводится срединный разръзъ по передней влагалищной стѣнкѣ до *orificium externum urethrae*, и отсюда опять-таки передняя влагалищная стѣнка отсепа-

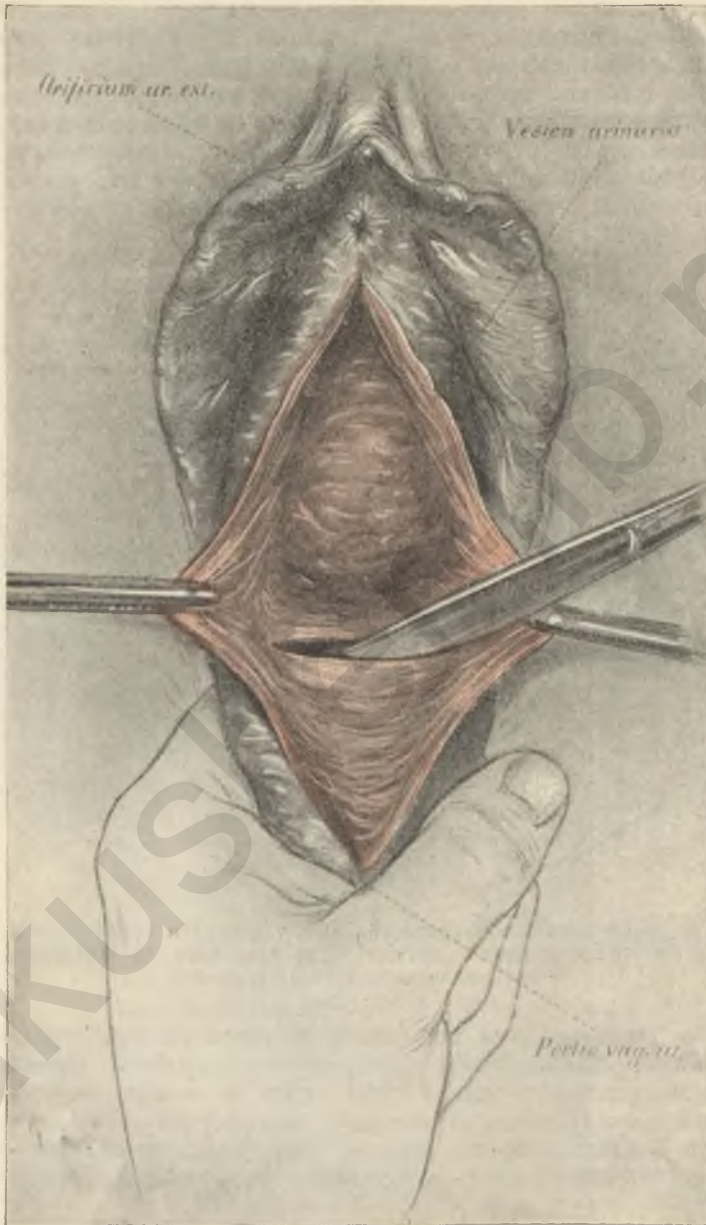


Рис. 87. Операція *Wertheim*'а: вскрытіе предшеечнаго пространства для огыскавія пузырно-маточной складки.

ровывается по обѣ стороны (см. рис. 69). На границѣ съ пузыремъ посредствомъ поперечнаго разръза открываютъ доступъ къ *spatium*

retrovesicale (antecervicale), отодвигаютъ пузырь, отыскиваютъ пузырно-маточную складку и вскрываютъ полость брюшины. Теперь матку выпячиваютъ черезъ переднюю щель брюшины, захватывая

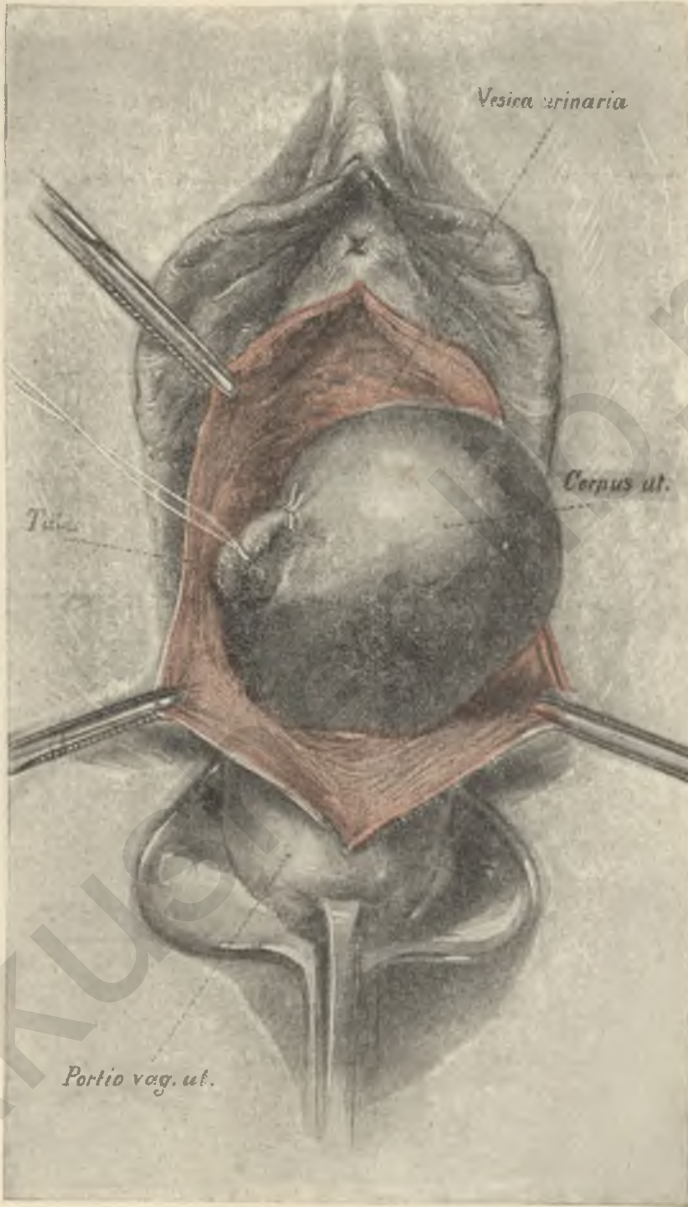


Рис. 88. Операція 'Wertheim'a: матка выведена, обѣ трубы перевязаны нитками сѣльковра ради стерилизаціи.

крючкообразно указательнымъ пальцемъ дно матки. Если женщина находится еще въ возрастѣ половой зрѣлости, то для предупрежденія въ будущемъ зачатія, которое не совмѣстимо съ полученнымъ отъ

операциі измѣненіемъ, присоединяють *Kehrer*'овскую операцию стерилизаціи. Для этой цѣли каждая труба перевязывается у маточнаго угла двумя лигатурами изъ силькворма и перерѣзывается между

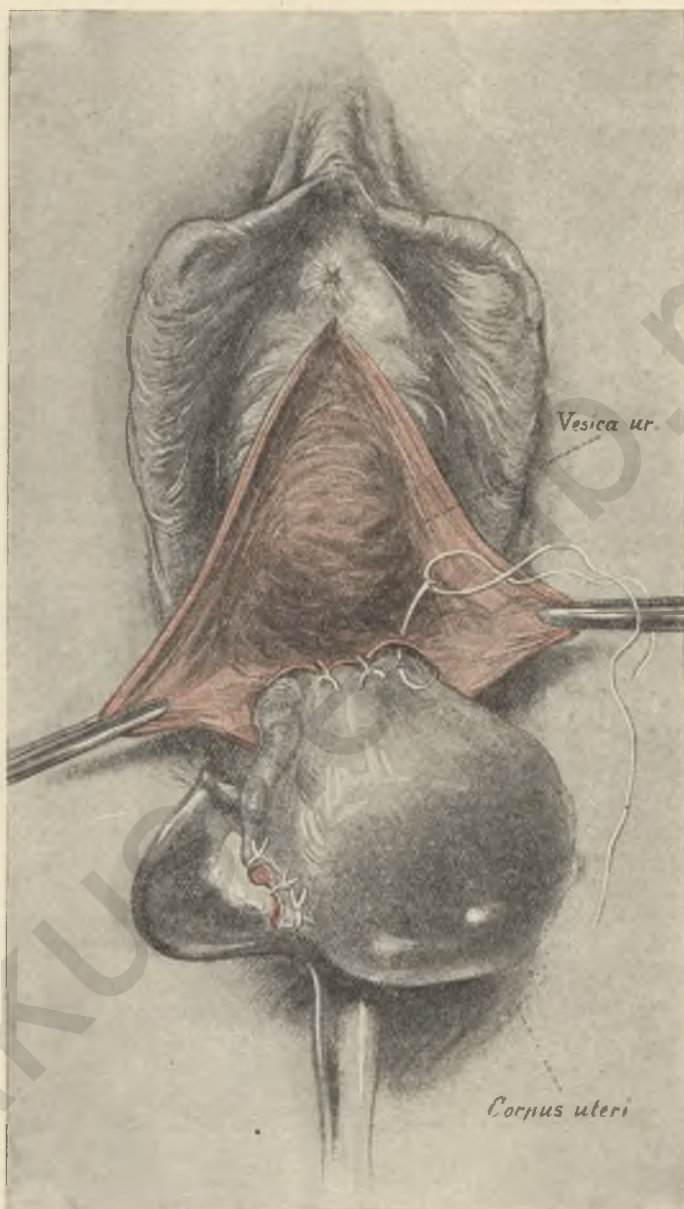


Рис. 89. Операция *Wertheim*'а: закрытіе plica vesico-uterina позади выведенной изъ брюшной полости матки, такъ чтоы край пузырьной брюшины нашивается на заднюю цервикальную стѣнку.

ними. Затѣмъ, отдавливая сильно тѣло матки книзу, нашиваютъ край брюшины пузыря на брюшину задней цервикальной стѣнки, такъ

что брюшная полость замыкается позади матки, лежащей совершенно въбрюшинно въ сильной антефлексіи. Задняя поверхность матки ложится тогда къ задней стѣнкѣ пузыря такъ, что бока матки при-

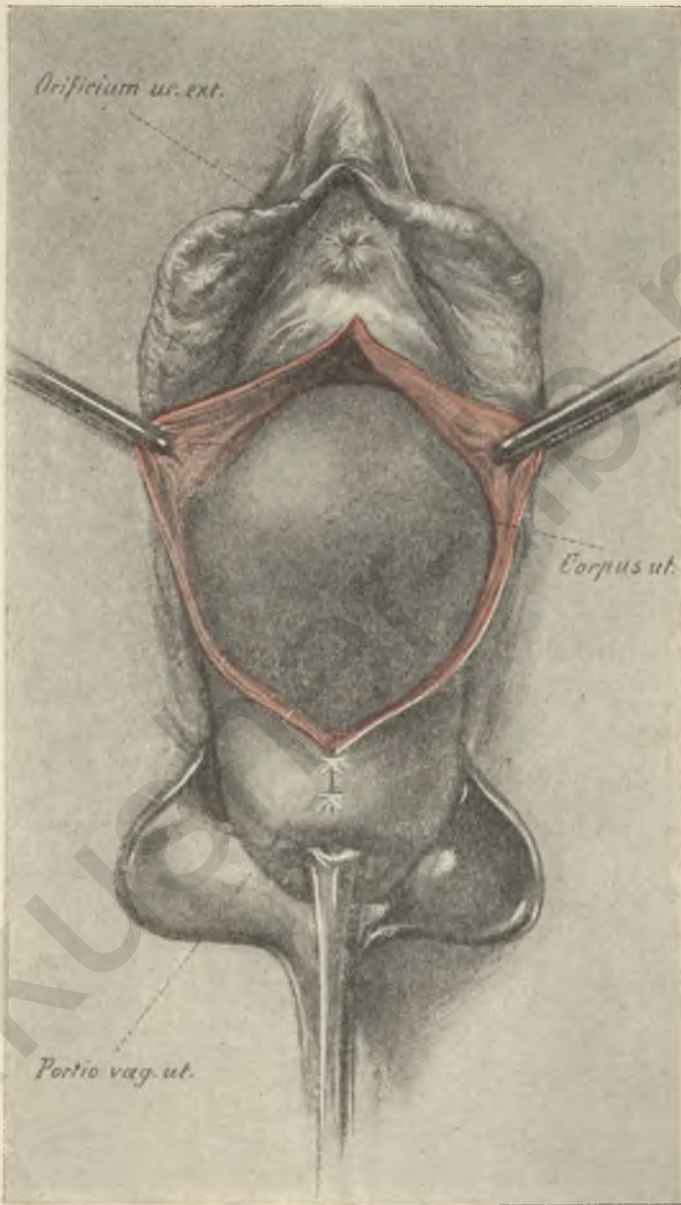


Рис. 90. Операція *Wertheim*'а: въбрюшинно лежащая матка прикладывается ея задней стѣнкой къ задней поверхности пузыря, ея бока прикрываются влагалищными лоскутами.

ходятся подъ отсенарованные края передней влагалищной стѣнки. Отъ этихъ отслоенныхъ первоначально влагалищныхъ лоскутовъ сръ-

зываютъ лишь немного избыточной ткани, и матка такъ прижимается между пузыремъ и влагалищемъ, что влагалищные лоскуты частью прикрываютъ ее обращенную книзу переднюю поверхность. Цѣлесо-



Рис. 91. Конецъ *Wertheim*'овской операции: матка, имплантированная между мочевымъ пузыремъ и влагалищной стѣнкой, видѣется еще нѣсколько по срединѣ; на ея передней стѣнкѣ нашиты боковые влагалищные лоскуты. Обнаженное мѣсто эпидермоидализируется.

образно оставлять маточную поверхность по срединѣ свободно обращенной во влагалище, иначе, если ее покрыть цѣликомъ передней

влагалищной стѣнкой, получается слишкомъ сильное выпячиваніе всего образованія. Поверхность матки, остающаяся обнаженной, въ послѣдующія недѣли настолько эпидермоидализируется, что въ концѣ концовъ не замѣтно никакой разницы между нею и влагалищной слизистой. Влагалищныя лоскуты нашиваются на переднюю поверхность матки такъ, что по направленію къ мочеиспускательному отверстию и къ передней губѣ они снова соединяются, и только по срединѣ виднѣется кусокъ маточной стѣнки. Въ заключеніе получается состояніе, изображенное на рис. 92. Послѣдній представляетъ сагиттальный разрѣзъ уплотненнаго въ формалинѣ трупнаго препарата, добытаго у женщины, умершей черезъ 4 недѣли послѣ операціи отъ легочнаго заболѣванія. Мы видимъ здѣсь, что брюшная полость, въ которой еще находятся трубы и яичники, замкнута позади матки, брюшина пузыря переходитъ непосредственно въ брюшину Дугласова пространства. Матка лежитъ въ нѣсколько усиленной антефлексіи между мочевымъ пузыремъ, который на всемъ протяженіи своей задней стѣнки покоится на ея задней поверхности, и между влагалищемъ. неся на себѣ существовавшую прежде *cystocele*, которую она удерживаетъ самымъ прочнымъ и стойкимъ образомъ. Она образуетъ съ боковыми остатками передней влагалищной стѣнки переднюю стѣнку полового канала и мало выступаетъ, если только дно ея не заходитъ въ вульву и предъ лонную дугу, на что надо обращать особенное вниманіе при операціи. Такъ какъ, въ противоположность *Freund*'овской операціи, матка вывихнута здѣсь не черезъ задній, а черезъ передній сводъ, то влагалищная часть лежитъ приблизительно на нормальномъ мѣстѣ, зѣвъ открывается, какъ всегда, въ задній сводъ, и такъ какъ самый влагалищный каналъ не облитерированъ, какъ при *Freund*'овской операціи, то секреты и менструальныя кровотоčenja могутъ опорожняться нормальнымъ образомъ. Выпячиванія задней влагалищной стѣнки и дефекты промежности должны быть, разумѣется, устранены и при этой операціи посредствомъ кольпоперинеоррафіи по *Simon-Hegar*'у, и даже, какъ показали намъ контрольныя изслѣдованія, на этотъ актъ операціи должно быть обращено особенное вниманіе.

Преимущество этой операціи предъ операціей *Freund*'а и *Fritsch*'а то, что влагалищный каналъ остается проходимымъ и, слѣдовательно, его половое отправление не нарушеннымъ. Преимущество предъ простыми пластическими операціями заключается въ томъ, что здѣсь получается гораздо большее укрѣпленіе половыхъ органовъ, и что предупреждаются играющія роль въ рецидивахъ опущенія и выпячиванія пузыря, благодаря плотной подстилкѣ, которую послѣдній находитъ въ покоящейся подъ нимъ маткѣ. Слѣдовательно, консерватизмъ этихъ операцій, примѣняемыхъ для излеченія большихъ пролапсовъ, преслѣдуетъ, наряду съ сохраненіемъ половыхъ органовъ, также цѣль особенно прочнаго ихъ соединенія между собою.

Своеобразный методъ, умѣстный только при особенныхъ условіяхъ, предложенъ *P. Müller* омъ. Не удовлетворенный предложенной имъ впервые для леченія пролапсовъ вентрофиксаціей всей матки или остающейся послѣ ампутаціи культи, *P. Müller* удалил все влагалище, чтобы надъ созданнымъ такимъ образомъ раневымъ каналомъ по его закрытіи погрузить матку въ тазъ. Недостатокъ этой операціи лежитъ въ полной утратѣ влагалища, такъ что и *P. Müller* примѣняетъ ее только у старухъ. А ргіоі можно было бы опасаться обра-

зованія hydrometra или рецидивовъ вслѣдствіе давленія остающейся матки, но контрольные изслѣдованія *Wormster*'а не подтвердили этихъ опасеній, такъ что «кольпэктомію» можно иногда, хотя и рѣдко, рекомендовать.

Если женщина еще менструируетъ, то *P. Müller* вшиваетъ матку во влагалищную раневую воронку, такъ что зѣвъ открывается прямо кнаружи, во *facultas coeundi*, разумѣется, и здѣсь утрачена.



Рис. 92. Сагиттальный разрѣвъ уплотненнаго въ формалинѣ препарата Тюбингенской клиники.

Результатъ *Wertheim*'овской операціи пролапса (ср. рис. 83).

Матка, помещенная между влагалищемъ и пузыремъ, служитъ опоркой для задней пузырной стѣнки.

Примѣненная впервые *P. Müller*'омъ для леченія полныхъ выпаденій вентрофиксация всей матки или, какъ онъ испробовалъ въ одномъ случаѣ операціи міомы, цервикальной культы оказалась сама по себѣ недѣйствительной ни у инициатора, ни у другихъ операторовъ, какъ, напр., у *Fritsch*'а. При сильныхъ боляхъ отъ натяженія, на которыя обратилъ вниманіе и *Bumm*, влагалище снова выворачивалось, такъ что впослѣдствіи понадобились еще пластическія операціи.—Изъ этихъ наблюденій вытекаетъ, что если хотя бы большіе пролапсы лечить пластическими консервативными операціями и вентро-

фиксацией, то надо прибѣгать къ такому методу, который даетъ очень прочное соединеніе дна матки съ брюшной стѣнкой. Для этого наиболѣе отвѣчаетъ цѣли методъ *Kocher'a*, который состоитъ въ слѣдую-

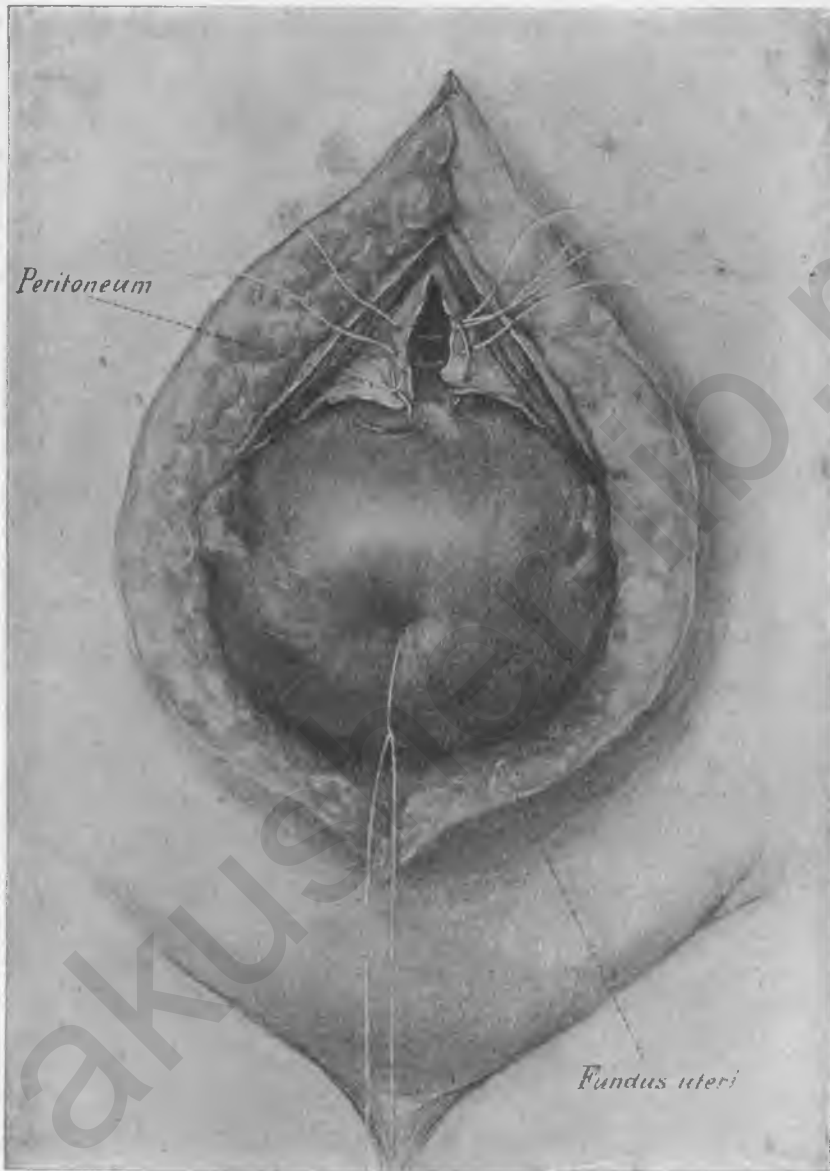


Рис. 93. *Ventrofixatio* по *Kocher'u*.

Матка, втянутая въ брюшную рану, обшивается ниже дна *peritoneum parietale*.

щемъ (см. рис. 93). Послѣ перевязки обѣихъ трубъ, направленной къ исключенію въ будущемъ зачатія, дно матки втягивается въ нижній уголъ брюшной раны такимъ образомъ, чтобы оно лежало внѣ брюшной полости (см. рис. 94). Теперь дно окаймляется кругомъ

пристѣвочной брюшиной, причемъ катгутовые узловатые швы захватываютъ какъ переднюю, такъ и заднюю стѣнку матки. Когда брюшная полость такимъ образомъ замкнулась, то надъ импланти-

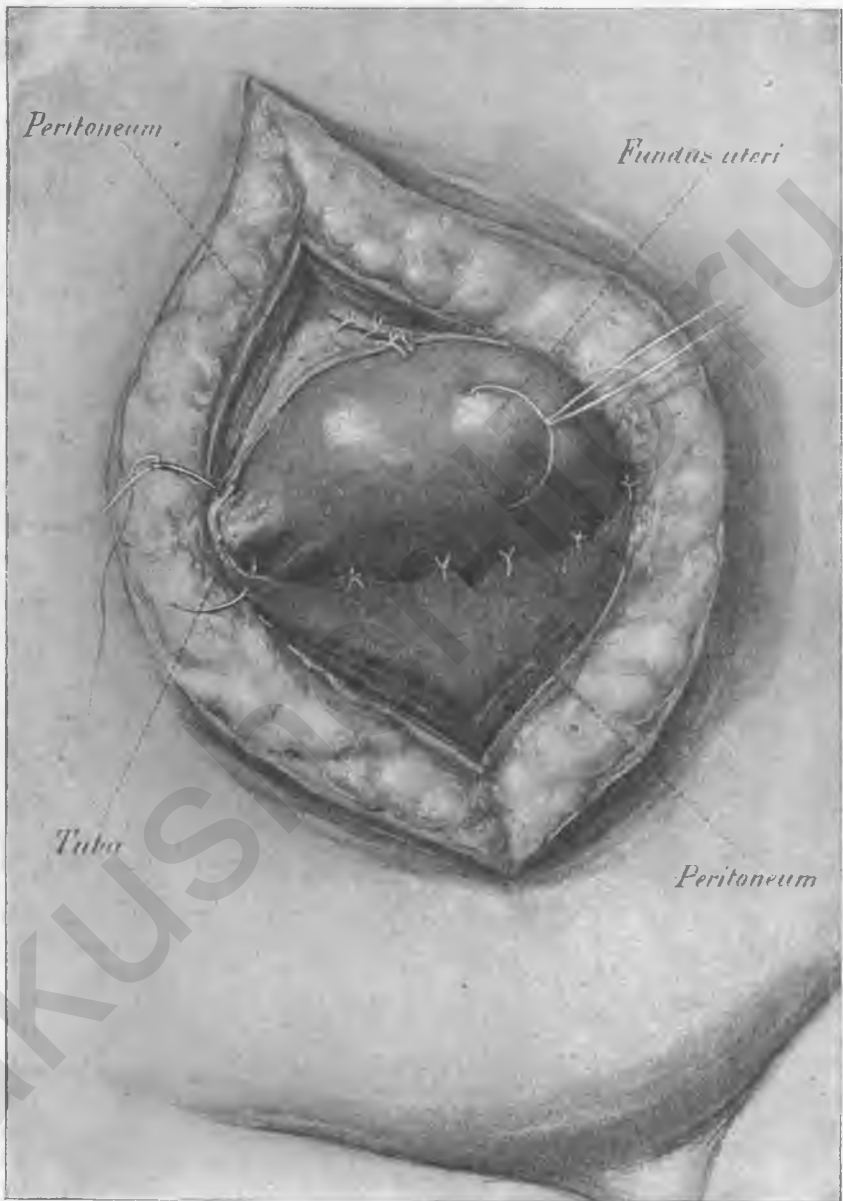


Рис. 94. Ventrofixatio по Kocher'у.

Дно матки обшито кругомъ брюшиной, брюшная полость замкнута.

рованнымъ въ брюшную рану дномъ шиваютъ фасцію и мускулатуру, оставляя въ нижнемъ углу маленькое отверстіе для стекляннаго дренажа, который доходитъ до дна матки (рис. 95).

Результаты операций пролапса.

О результатах различных операций пролапса имѣются многочисленные наблюденія изъ многихъ клиникъ какъ отечественныхъ, такъ и заграничныхъ ¹⁾.

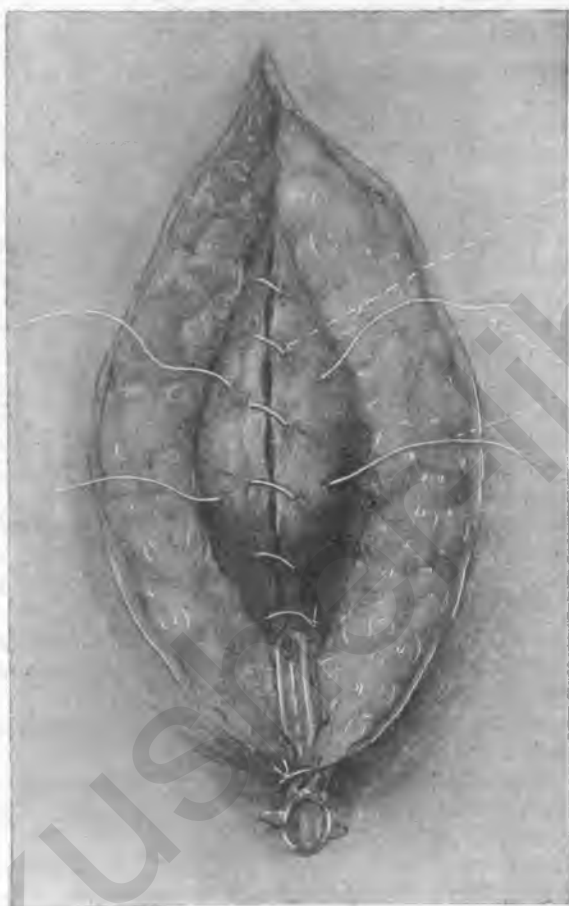


Рис. 95. Фиксація матки подъ брюшную фасцію по *Kocher*'у. Фасція зашита надъ дномъ матки, въ нижній уголъ раны введенъ стеклянный дренажъ, доходящій до матки.

Главные итоги этихъ наблюденій слѣдующіе:

Пластическія операціи, частью въ соединеніи съ *excisio colli*, дали при матеріалѣ около 1000 операцій и многолѣтнемъ контролѣ около 70% стойкихъ излеченій; между 30% рецидивовъ находится около 5% такъ назыв. тяжелыхъ. Всѣ авторы согласны въ томъ, что главное участіе въ возвратахъ принимаютъ послѣдующіе роды,

¹⁾ *A. Martin* составилъ изъ литературныхъ данныхъ наглядныя таблицы, приложенныя къ его реферату «Объ операціяхъ пролапса», который былъ прочитанъ имъ на X Съѣздѣ Германскаго акуш.-гинекологическаго общ. въ Вюрцбургѣ въ 1903 г., куда мы и отсылаемъ за подробностями.

На 38 случаевъ пластике, которая у женщинъ климактерическаго возраста была комбинирована съ вагинофиксацией, *Baatz* констатировалъ 36 разъ = $94,7\%$ положительный результатъ въ отношеніи матки и 29 разъ = $76,3\%$ стойкое излеченіе пролапса.

Между этими рецидивами было 4 легкихъ и 5 тяжелыхъ, послѣдніе все при очень большихъ пролапсахъ. Между 13 случаями полного выпаденія 5 разъ = $38,4\%$ наступилъ «тяжелый рецидивъ», на 25 случаевъ пролапса меньшихъ размѣровъ 4 раза = 16% отмѣченъ «легкій рецидивъ».

По этимъ даннымъ *Winter'a*, при операціяхъ пролапса одновременная вагинофиксация имѣетъ превосходство предъ операціей *Alexander-Adams'a*.

Вентрофиксация оказалась въ рукахъ *Winter'a* очень благоприятной для излеченія ретрофлексіи, такъ какъ на 21 проверенный случай онъ наблюдалъ только 1 возвратъ = $4,7\%$; но противъ выпаденія вентрофиксация одна или въ сочетаніи съ «совершенно незначительной влагалищной пластикой» оказалась «совершенно недостаточной»; 6 подобныхъ случаевъ все дали возвратъ; напротивъ, 5 случаевъ, въ которыхъ вентрофиксация была комбинирована съ «обширной пластикой влагалища и особенно промежности», дали все «безупречный результатъ».

Въ Тюбингенѣ при контрольномъ изслѣдованіи 136 женщинъ, у которыхъ были произведены пластическія операціи по вышеописаннымъ методамъ, мы нашли въ 106 случаяхъ = 78% полный, стойкій успѣхъ, въ 4 случаяхъ при наличности еще жалобъ объективный результатъ былъ хорошъ, между тѣмъ какъ въ другихъ 12 случаяхъ выпаденіе, хотя въ незначительной степени, вернулось, но большыя ни на что не жаловались. Объективно и субъективно неудовлетворителенъ былъ результатъ операціи у 18 = $13,2\%$; 20 изъ этихъ 136 оперированныхъ впоследствии снова рожали. Въ общемъ мы располагаемъ 30 наблюденіями родовъ у оперированныхъ нами и другими по поводу выпаденія со слѣдующими результатами: 23 изъ этихъ женщинъ разрѣшились силами природы; 13 разъ случился разрывъ промежности; 11 разъ промежность уцѣлѣла; 5 разъ была произведена эпизиотомія; 7 разъ роды пришлось кончать оперативно—4 раза щипцами, 2 раза извлеченіемъ, 1 разъ изъ-за сильныхъ стриктуръ кесарскимъ сѣченіемъ.

Результаты, достигнутые полной экстирпаціей матки, различны, смотря по тому, было-ли по *Martin'u* и *Fritsch'u* удалено одновременно, цѣликомъ или большею частью, влагалище, или же влагалище было сохранено и сужено пластическими операціями.

Buntz могъ констатировать на 43 соответственныхъ случая 30 разъ полный мѣстный успѣхъ съ полной работоспособностью въ 10 случаяхъ при частичномъ только мѣстномъ излеченіи имѣлась полная работоспособность, и только 3 больныхъ были впоследствии безъ рецидива неполнѣ работоспособны.

При недостаточной влагалищной пластикѣ послѣ одной только полной экстирпаціи матки получаютъ неблагоприятные результаты; такъ, напр., *Schmidt* исчисляеть изъ кливкки *Schantz* послѣ этого $54,5\%$ неудачъ, *v. Herff* $51,7\%$.

Rauhut нашелъ на 137 оперированныхъ различныхъ авторовъ $77,4\%$ стойкихъ излеченій, $13,8\%$ улучшеній, $8,8\%$ рецидивовъ.

Мы получили на 43 полныхъ экстирпаций, большею частью по *Fritsch*у съ резекціей влагалища, въ 80⁰/₁₀₀ стойкій успѣхъ; въ 8 случаяхъ, въ которыхъ влагалище было сохранено и не была присоединена пластика, наступило снова легкое выпаденіе влагалища.

Эти больныя, которыя изъ-за своихъ огромныхъ пролапсовъ—только въ такихъ случаяхъ была произведена радикальная операція—были раньше лишены трудоспособности, стали вполне работоспособны, освободились отъ своихъ жалобъ и представляютъ чрезвычайно благодарныхъ кліентовъ клиники.

Со времени ознакомленія съ *Wertheim*'овской модификаціей *Freund*'овской операціи мы замѣнили ею обычную при полныхъ пролапсахъ *exstirpatio totalis* не изъ-за неудовлетворительныхъ результатовъ, а также не потому, чтобы первая операція была менѣе серьезна, но въ интересахъ сохраненія *facultas coeundi*.

Контрольное изслѣдованіе оперированныхъ такимъ образомъ случаевъ дало слѣдующій результатъ:

Изъ 32 изслѣдованныхъ въ Тюбингенѣ у 23 = 72⁰/₁₀₀ найденъ полный успѣхъ. 8 разъ снова наступило легкое опущеніе, а именно изъ-за недостаточной пластики промежности, одинъ разъ оказался при повѣрочномъ изслѣдованіи снова полный пролапсъ. *Krönig* на 15 произведенныхъ въ Гейѣ операцій наблюдалъ 5 легкихъ рецидивовъ.

Съ другой стороны, имѣются касательно этой операціи только данныя изъ клиники *Wertheim*'а и *Schantz*.

Изъ 16 оперированныхъ *Wertheim*'омъ случаевъ *Bucura* нашелъ 15 разъ безусловно хорошій результатъ, одинъ разъ снова наступилъ полный пролапсъ. Среди своихъ 40 оперированныхъ *Schantz* также констатировалъ такой случай, въ коемъ, какъ и въ соответствующемъ случаѣ *Wertheim*'а и *Döderlein*'а, фиксированная къ передней влагалищной стѣнкѣ матка сдѣлала поворотъ вокругъ лонной дуги на 180° и лежала вмѣстѣ съ вывернутымъ влагалищемъ предъ половой щелью.

Schantz обвиняетъ въ возникновеніи этого рецидива недостаточную перинеорафію и въ согласіи съ *v. Herff*омъ придаетъ очень большое значеніе влагалищно-промежностной операціи, что впрочемъ бросаетъ свѣтъ на этиологическую важность разрывовъ промежности для происхожденія пролапсовъ вообще.

Эндометритъ и метритъ.

Если мы въ заголовкѣ выставляемъ *обѣ* формы болѣзни, то дѣлаемъ это съ извѣстнымъ намѣреніемъ, такъ какъ держимся того убѣжденія, что заболѣванія эндометрія часто сочетаются съ заболѣваніями мезометрія, причемъ зачастую трудно установить взаимное отношеніе, какое заболѣваніе первичное и какое вторичное. Подробное обоснованіе этой точки зрѣнія далъ *Döderlein* въ изданномъ *Veit*омъ руководствѣ по гинекологіи.

Scanzoni въ 1863 г. посвятилъ хроническому метриту специальную монографію, въ которой онъ высказываетъ убѣжденіе, что хроническій метритъ наиболѣе частая изъ женскихъ болѣзней. Онъ различаетъ два стадія заболѣванія: первый стадій представляетъ родъ застойнаго отека матки, который является послѣдствіемъ и спутникомъ активной и пассивной гипереміи матки («стадій инфильтраціи»); во второмъ стадіи «уплотнѣнія» (*stadium indurationis*) наступаетъ общее или частичное малокровіе органа, сухость, твердость ткани, суженіе артеріальной и венозной системы въ маткѣ. Подобно различнымъ другимъ авторамъ (*Rokitansky, Förster, Lisfranc*), *Scanzoni* полагалъ, что въ этомъ второмъ стадіи хроническаго метрита имѣется преимущественно чрезмѣрное новообразование соединительной ткани.

Scanzoni приводитъ хроническій метритъ въ причинную связь съ различными страданіями организма, напр. межреберными невралгіями, головными болями, явленіями со стороны пузыря, *mastodynia* и т. д.

Въ большой статьѣ о метритѣ *Fritsch* уже въ 1885 г. высказалъ возраженія противъ обширной симптоматологіи метрита, какую выставлялъ *Scanzoni*, тѣмъ не менѣе онъ еще дѣлаетъ метритъ отвѣтственнымъ за разнообразныя симптомы, особенно за кровотеченія.

Въ теченіе послѣдующихъ лѣтъ оцѣнка метрита падала все ниже. *Küstner* въ своей статьѣ объ эндометритѣ говоритъ: не трудно сознать, что на мѣсто метрита все болѣе и болѣе выступаетъ эндометритъ и что послѣдній отвѣтственъ за многіе симптомы, которые раньше приписывали метриту; онъ принимаетъ метритъ болѣею частью за *послѣдствіе* эндометрита; болѣе сильная секретія слизистой оболочки предъявляетъ къ тѣлу матки и его мускулатурѣ болѣе требованій, «матка гипертрофируется по тому же закону, по которому это дѣлаетъ сердечная мышца при плевортѣ въ системѣ кровообращенія». *Küstner* приводитъ для сравненія огромную гипертрофію маточной мышцы, какую мы иногда находимъ при внутривѣбныхъ или подслизистыхъ міомахъ.

Это измѣнившееся возрѣніе было обусловлено тѣмъ, что при кровотеченіяхъ изъ матки, при коихъ ощупываніемъ констатировались незначительныя измѣненія ея паренхимы, выскабливаніе было очень

излюбленной терапіей. Кюреткой доставали кусочки слизистой оболочки, которые очень часто обнаруживали отклоненія отъ нормы, либо извѣстное размноженіе железъ и интерстиціальной ткани — *endometritis glandularis, endometritis interstitialis*—либо рѣзкую атрофію всей слизистой оболочки. Такъ какъ при многообразіи железъ маточной слизистой трудно установить совершенно нормальную форму для строенія эндометрія, то микроскопическія изслѣдованія всегда доставляютъ клиницисту желательный патолого-анатомическій субстратъ для наличнаго симптома — кровотеченія; такъ какъ, кромѣ того, послѣ выскабливанія кровотеченіе обыкновенно тотчасъ останавливалось, а болѣе продолжительныя послѣдовательныя наблюденія дѣлались лишь въ рѣдкихъ случаяхъ, то терапевтическимъ эффектомъ бывали довольны. Вслѣдствіе этого казался обязательнымъ тотъ выводъ, что анатомически констатируемыя измѣненія эндометрія были единственной и исключительной причиной страданій, кровотеченій, выдѣленій и т. д.

Клиническому понятію метрита недостаетъ однородной патолого-анатомической основы. Клинически мы часто въ состояніи опредѣлить ошупываніемъ увеличеніе матки; если къ тому еще органъ черезчуръ мягокъ или твердъ, то мы говоримъ о метритномъ измѣненіи матки. Анатомическій матеріалъ не можетъ быть добытъ, по аналогіи съ выскабливаніемъ маточной полости, посредствомъ гарпунированія маточнаго вещества, далѣе, подобныя матки рѣдко попадаютъ на патологическое изслѣдованіе, такъ какъ женщины не умираютъ отъ этого страданія, и такъ какъ мы лишь рѣдко находимъ въ немъ показаніе къ полной экстирпации; въ виду этого трудно найти анатомическую основу для метрита.

Но если даже, напр., вслѣдствіе обильныхъ кровотеченій, подобная матка удаляется, то измѣненія въ общемъ не очень типичны. *Kiwisch, Klob, Fritsch, Theilhaber, Meier* и т. д. и мы также неоднократно изслѣдовали подобныя матки; въ частности *Theilhaber* располагаетъ болѣе значительнымъ матеріаломъ и констатировалъ болѣе или менѣе сильное развитіе соединительной ткани съ уменьшеніемъ мускулатуры. Но такъ какъ при *нормальныхъ* условіяхъ уже при угасаніи половой функціи, особенно у многорожавшихъ, констатируется извѣстное преобладаніе соединительной ткани надъ мускулатурой, то и этотъ анатомическій субстратъ нельзя назвать удовлетворяющимъ.

Между тѣмъ въ нашихъ возрѣніяхъ снова, повидимому, совершается переворотъ, и въ послѣдніе годы все болѣе и болѣе укореняется убѣжденіе, что симптоматологія хроническаго *эндометрита* сильно переоцѣнена, и что измѣненія мезометрія несомнѣнно чаще должны быть отвѣтственны за наличныя страданія, хотя мы и сознаемъ вполнѣ недостатокъ патолого-анатомической основы; именно нестойкость результата отъ выскабливанія матки въ нѣкоторыхъ случаяхъ побуждаетъ насъ искать причину кровотеченій скорѣе въ измѣненіяхъ мезометрія, нежели эндометрія.

Когда будетъ добыто больше матеріала для микроскопическихъ изслѣдованій, тогда не будетъ недостатка и въ патолого-анатомическихъ работахъ для уясненія столь темнаго еще вопроса о метритѣ.

Измѣненія при метритѣ не должны непременно зависѣть, какъ полагаютъ *Scanzoni* и др., отъ измѣненія количественнаго отношенія

мышечной и соединительной тканей въ мезометриі, но патологическій субстратъ можетъ, разумѣется, также лежать въ сосудахъ матки.

Такимъ образомъ, *Reinecke* полагаетъ, что часть заболѣваній, которыя фигурируютъ подъ именемъ метрита, обусловлены не гиперплазіей соединительной ткани въ маточной стѣнкѣ, а поражениемъ сосудовъ, которое затрудняетъ или даже дѣлаетъ невозможнымъ ихъ сокращеніе; чаще всего констатируется болѣе или менѣе значительное утолщеніе мышечнаго слоя сосудовъ, которое обыкновенно сочетается съ разрощеніемъ *adventitia*. *Reinecke* проводитъ здѣсь параллель съ описаннымъ *Saville* поражениемъ вѣнечныхъ артерій сердца, главный признакъ котораго утолщеніе *tunica media* и которое обозначается названіемъ «артеріальной гиперміотрофіи». Лишь какъ послѣдствіе этого недостаточнаго питанія наступаетъ, по *Reinecke*, исчезаніе маточной паренхимы и замѣщеніе погибшихъ мышечныхъ пучковъ соединительнотканными тяжами.

Хотя мы того убѣжденія, что существующими до сихъ поръ микроскопическими работами еще не выяснена сущность метрита, тѣмъ не менѣе мы полагаемъ въ настоящее время, что за хроническимъ метритомъ слѣдуетъ признать болѣе важное клиническое значеніе. Мы вынуждены къ этому, какъ сказано, недостаточными успѣхами, полученными специально при кровотеченіяхъ и бѣлахъ отъ внутриматочныхъ манипуляцій, которыя затрогиваютъ исключительно эндометрій, какъ выскабливаніе, прижиганія и т. п., и далѣе частымъ отсутствіемъ безспорныхъ патологическихъ измѣненій эндометрія послѣ выскабливанія. Мы убѣждены также, что даже съ нахожденіемъ сильно разросшагося эндометрія отнюдь еще не выяснено, не имѣемъ ли мы дѣло здѣсь со *вторичнымъ* симптомомъ при первичномъ измѣненіи мезометрія; намъ въ общемъ это кажется болѣе частымъ.

Когда мы въ данномъ случаѣ рѣшаемъ вопросъ скорѣе въ пользу эндометрита, когда скорѣе въ пользу метрита, объ этомъ мы подробнѣе будемъ еще говорить ниже.

Хотя мы, такимъ образомъ, оцѣниваемъ клиническое значеніе хроническаго эндометрита нѣсколько ниже, нежели это общепринято въ настоящее время, однако все еще остается благодарное поле мѣстнаго леченія для эндометрита.

Леченіе эндометрита.

Леченіе, конечно, будетъ различное, смотря по этиологіи заболѣванія. При *остромъ* эндометритѣ, который всегда бактерійнаго происхожденія и притомъ, помимо септического и саптического эндометрита, который встрѣчается только въ раннемъ пuerperii, всегда обусловленъ гонококкомъ *Neisser'a*, какія-либо мѣстныя манипуляціи не примѣняются. Опасность восхожденія гонококковъ съ эндометрія въ вышележащіе отдѣлы половой трубки запрещаетъ всякую мѣстную терацію. Лишь тогда, когда маточная гоноррея вступила въ хроническій стадій, она можетъ стать предметомъ мѣстнаго леченія.

Этой формѣ эндометрита, обусловленной *воспаленіемъ*, противопоставляется хроническій эндометритъ *не-бактерійнаго* происхожденія. Мы понимаемъ подъ этой формой «хроническаго эндометрита» не воспалительныя измѣненія эндометрія, а процессы разрощенія желвистой или межзубочной ткани слизистой оболочки (*endometritis*

glandularis, hypertrophica, hyperplastica interstitialis) или атрофическія состоянія слизистой оболочки (*endometritis atrophicans*).

Симптомы могутъ быть здѣсь различныя: они состоятъ либо въ усиленной менструаціи, неправильныхъ кровотеченіяхъ, либо въ усиленныхъ водянистыхъ, слизистыхъ, слизисто-гнойныхъ выдѣленіяхъ; насколько сочувственные симптомы, какъ чувство разбитости, головныя боли, боли въ крестцѣ, могутъ быть приведены въ непосредственную связь съ эндометритомъ, еще не рѣшено.

Соотвѣтственно цѣли нашей книги мы ограничиваемся главнымъ образомъ описаніемъ *мѣстныхъ* лечебныхъ приѣмовъ и ихъ техники, но хотѣли бы подчеркнуть, что при всякомъ хроническомъ эндометритѣ не бактерійнаго происхожденія не слѣдуетъ пренебрегать общимъ леченіемъ. Мы согласны съ *Menge*, что при хлорозѣ и анеміи часто существуютъ усиленные выдѣленія, а также неправильныя регулы, которыя противостоятъ всякой мѣстной терапіи и уступаютъ только общему леченію, напр. желѣзомъ, постельнымъ покоемъ и т. д. При хроническихъ состояніяхъ истощенія послѣ родовъ мы вѣрнѣе можемъ улучшить симптомы сопутствующаго эндометрита посредствомъ общаго, нежели мѣстнаго леченія. Съ этимъ общимъ леченіемъ въ дальнѣйшемъ теченіи выгодно сочетается мѣстное леченіе эндометрита.

Мѣстное леченіе хроническаго эндометрита бактерійнаго и не бактерійнаго происхожденія можетъ состоять въ томъ, что прижигающія средства наносятся на слизистую оболочку, или что предпринимаются частичное разрушеніе слизистой оболочки посредствомъ соскабливанія ея или посредствомъ воздѣйствія пара или сухого жара.

Самый мягкій изъ всѣхъ этихъ лечебныхъ приѣмовъ—*внутриматочное прижиганіе*. Мы можемъ выпрыснуть нѣсколько капель ѣдкаго вещества въ полость матки помощью *Braun'*овскаго шприца или нанести жидкость на слизистую оболочку помощью особыхъ палочекъ. Недостатки *Braun'*овскаго шприца упомянуты *Döderlein'*омъ, *Menge* и многими другими авторами; они состоятъ въ томъ, что матка, раздражаемая выпрыскиваніемъ, судорожно сокращается, и при недостаточномъ оттоктѣ изъ шейки жидкость переходитъ черезъ трубы въ брюшную полость; тогда появляются характерныя колики, которыя часто настолько бурны, что вызываютъ временный коллапсъ.

Если мы наносимъ прижигающія средства на слизистую оболочку помощью деревянной, серебряной или каучуковой палочки, то, по изслѣдованіямъ *Menge*, можно не такъ опасаться прониканія избыточнаго количества ѣдкаго вещества въ маточную полость; правда, и здѣсь можетъ случиться переходъ жидкости въ брюшную полость, но количество его всегда ничтожно, и колики гораздо рѣже и слабѣе, чѣмъ при выпрыскиваніи. Очень удобную форму примѣненія предлагаетъ *Menge* въ видѣ прижиганія эндометрита формалиномъ. Обернутыя ватой каучуковыя палочки ставятся въ цилиндрической герметической стеклянной сосудъ, который до половины наполненъ 25—50% растворомъ формола (см. рис. 96). Такъ какъ формалинь, какъ жидкость, и въ парообразномъ состояніи обнаруживаетъ сильно обеззараживающую силу, то палочки при сохраненіи въ сосудѣ одновременно обеззараживаются, чѣмъ простѣйшимъ образомъ удовлетворяется требованіе соблюденія асептики при прижиганіи.

Техника прижиганія слѣдующая: вставленіе влагалищной части въ зеркаль *Trelat*, захватываніе передней губы крючкомъ, низведеніе *portio vag.*; затѣмъ возможно быстрѣе проводятъ одну за другой три палочки съ формалиномъ черезъ цервикальный каналъ въ полость матки, направляя по возможности верхушку палочки въ оба трубныхъ угла. Надо вводить три палочки потому, что первая только удаляетъ цервикальную слизь и лишь вторая и третья наносятъ достаточно жидкости на маточную слизистую. Переменная палочекъ должна потому происходить *скоро*, что отъ раздраженія формалиномъ шейка сокращается, такъ что вторая и третья палочки



Рис. 96. Стеклянный сосудъ для прижиганія формалиномъ по *Menge*.



Рис. 97. Расширитель *Hegar*'а.

уже нелегко проходить черезъ шейчный каналъ. Прижиганіе можно дѣлать не чаще, чѣмъ съ промежутками въ 2 недѣли, дабы струпъ сперва отпалъ; предварительное расширение шейки не нужно, такъ какъ каучуковыя палочки настолько тонки, что легко проходятъ черезъ нормальный цервикальный каналъ. Прижиганія можно дѣлать амбулаторно, но съ той предосторожностью, чтобы больная съ $\frac{1}{2}$ часа оставалась въ приемной, дабы она не была застигнута колыкой на улицѣ; если въ теченіе получаса не наступилъ припадокъ болей, то онъ позже, какъ извѣстно изъ опыта, не наступитъ болѣе. Непременное условіе для всякой внутриматочной манипуляціи это —

убѣдиться предварительно, что придатки здоровы. Выставлявшееся прежде требованіе, чтобы при хроническомъ гонорройномъ эндометритѣ не предпринимали внутриматочнаго леченія изъ-за опасности восхожденія процесса, на основаніи опыта опровергнуто; хроническій гонорройный эндометритъ также есть благодарная область для леченія прижиганіями.

Если леченіе прижиганіями не привело къ цѣли, то выступает на очередь выскабливаніе маточной слизистой (*abrasio mucosae*), особенно гдѣ имѣется малѣйшее подозрѣніе на злокачественное перерожденіе эндометрія.

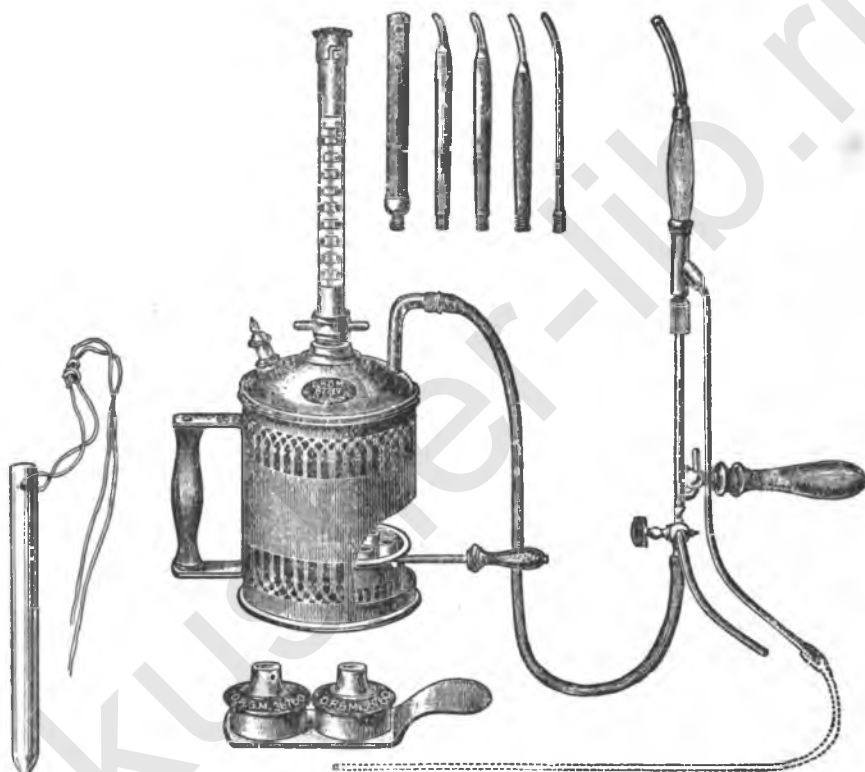


Рис. 98. Палочка ламинарія.

Рис. 99. *Atmokautor Pincus'a.*
(*Küstner, Lehrbuch der Gynäkologie.*)

Всякому выскабливанію лучше предпослать расширение цервикальнаго канала; этимъ облегчается введеніе кюретки; мы можемъ тогда болѣе увѣрены, что попадемъ кюреткой и въ трубные углы; наконецъ, вѣрнѣе избѣгается задержка секрета въ маточной полости послѣ выскабливанія. Выскабливаніе (*curetage*) производится обычной петлей (кюретка), причемъ лучше (всего) такъ, что кюретка вводится до дна матки и затѣмъ при извлеченіи назадъ длинными взмахами соскабливаетъ слизистую оболочку маточной полости сперва сзади, затѣмъ спереди, затѣмъ по бокамъ, съ обращеніемъ особеннаго вниманія на трубные углы. Давленіе кюреткой должно быть настолько сильно, чтобы мы при соскабливаніи ощу-

щали отчетливый хрустъ, какъ знакъ того, что петля лежитъ на маточной мускулатурѣ. Опасеніе, что кюретка можетъ удалить слишкомъ много отъ слизистой оболочки, какъ извѣстно изъ опыта, не состоятельно; изъ остатковъ желѣзъ слизистая оболочка всегда снова возрождается.

Цервикальный каналъ можно расширить либо насильственно дилататорами *Hegar*'а (рис: 97), либо лучше постепенно разбухающими палочками; для этого лучше всего подходятъ палочки ламинарии (рис. 98), которыя достаточно обезпложиваются тѣмъ, что долгое время сохраняются въ безводномъ спиртѣ. Маленькая операція представляется въ слѣдующемъ видѣ: дезинфекція влагалища, вставленіе зѣва въ зеркалѣ, введеніе палочки ламинарии въ шеечный каналъ, вложеніе небольшого стерильнаго ватнаго тампона во влагалищный сводъ предъ зѣвомъ, чтобы помѣшать выскальзыванію ламинарии. Женщина остается послѣ этого въ постели, и спустя 12—24 часа предпринимается выскабливаніе.

Многіе совѣтуютъ послѣ выскабливанія вводить еще въ полость матки химическія средства; такъ, *Zweifel* рекомендуетъ присыпку іодоформомъ, которую онъ производитъ черезъ вводимую въ полость матки мѣдную трубку; другіе промываютъ помощью *Fritsch*'евского катетера сулемой, субламиномъ, лизоломъ и т. д.

Добытые выскабливаніемъ кусочки служатъ для діагностическаго опредѣленія анатомическаго состоянія эндометрія.

Послѣ выскабливанія женщина должна нѣсколько дней соблюдать постельный покой, чтобы доставить возможно благоприятныя условія для возрожденія маточной слизистой. У болѣе или менѣе чувствительныхъ особъ выскабливаніе требуетъ общаго наркоза; мы производимъ всегда эту коротенькую операцію въ простомъ наркозѣ веселящимъ газомъ съ помощью вышеупомянутаго прибора *Bennet*'а.

Atmokaussis s. Vaporisatio. Для разрушенія слизистой оболочки *Снеицевъ* первый примѣнилъ горячій паръ при леченіи эндометрита. Аппаратъ *Снеицева* былъ существеннымъ образомъ видоизмѣненъ *Pincus*'омъ.

Въ этомъ аппаратѣ (рис. 99) паръ вводится въ матку черезъ катетеръ съ двойнымъ токомъ; конденсаціонная вода стекаетъ наружу черезъ резиновую трубку. На паровомъ котлѣ придѣланъ термометръ для указанія температуры пара. *Техника* слѣдующая: въ зеркалѣ *Trélat* вставляется влагалищная часть и захватывается передняя губа пулевыми щипцами; цервикальный каналъ либо расширяется ламинаріей за 12 часовъ, либо не задолго передъ тѣмъ *Hegar*'овскими расширителями, такъ что введеніе маточнаго катетера удается безъ всякихъ затрудненій. Расширеніе *Hegar*'овскими дилататорами здѣсь меньше подходитъ потому, что оно большею частью болѣзненно и у чувствительныхъ особъ требуетъ наркоза. Выпариваніе должно по предложенію *Pincus*'а производиться по возможности безъ общаго наркоза. Когда маточный катетеръ проведенъ черезъ шеечный каналъ, то верхушка инструмента сперва продвигается до верхней стѣнки маточной полости, затѣмъ нѣсколько вытягивается назадъ, дабы конецъ свободно лежалъ въ маточной полости. Теперь открываютъ кранъ и впускаютъ паръ изъ котла въ полость матки, причемъ особенно надо слѣдить за тѣмъ, чтобы не закурилась трубка, отводящая конденсаціонную воду.

Инструментъ *Pincus*'а представляется намъ въ техническомъ отношеніи болѣе совершеннымъ, нежели *Dührssen*'овскій; послѣдній не имѣетъ вытечнаго для пара отверстия, паръ долженъ вытекать изъ шейки возлѣ маточной трубки, поэтому легко возможны ожоги шейки, даже если трубка покрыта плохимъ проводникомъ тепла (*Celluvert*); отъ этого не ограждаетъ также требуемое *Dührssen*'омъ предварительно значительное расширение цервикальнаго канала ламинарiей.

Температура пара и продолжительность его воздѣйствія различны, смотря по преслѣдуемой цѣли. У женщинъ въ періодѣ половой зрѣлости, у которыхъ имѣется въ виду только поверхностное разрушеніе слизистой оболочки, *Pincus* предлагаетъ примѣнять по возможности высокія температуры до 11° Ц. при возможно болѣе короткой продолжительности (часть минуты).

Если, напротивъ, въ климактерическомъ возрастѣ стремятся къ разрушенію всей слизистой оболочки, то вапоризацію продолжаютъ 2—3 минуты, но при меньшей температурѣ пара до 105°. При подозрѣніи на злокачественное новообразованіе, надо, разумѣется, предпослать для діагностическихъ цѣлей выскабливаніе матки.

Объ отношеніи выскабливанія къ выпариванію *Pincus* выставляетъ для руководства слѣдующія положенія:

Въ производительномъ возрастѣ женщины сочетаніе выскабливанія съ выпариваніемъ представляетъ исключеніе, въ климактерическомъ возрастѣ женщины это сочетаніе образуетъ правило, раздѣленіе во времени всегда желательно, часто необходимо.

Выскабливаніе должно быть отдѣлено во времени отъ вапоризаціи потому, что иначе можетъ наступить слишкомъ глубокое дѣйствіе и возрожденіе слизистой оболочки не произойдетъ. Промежутокъ между *abrasio* и *atmokaussis* долженъ составить по *Pincus*'у въ среднемъ 10—12 дней.

Pincus хочетъ замѣнить выскабливаніе вапоризаціей, говоря: «Кратковременная, произведенная *lege artis* *atmokaussis* или *cestokaussis* есть несомнѣнно болѣе нѣжный приемъ, нежели правильно выполненное выскабливаніе», и далѣе: «техника выпариванія должна быть признана болѣе легкой и простой, нежели техника *abrasio mucosae*». Поэтому, по *Pincus*'у, *atmokaussis* показывается очень часто: она находитъ примѣненіе при всѣхъ случаяхъ хроническаго эндометрита, при условіи, если придатки здоровы; далѣе, при кровотеченіяхъ послѣ выкидыша, для стерилизаціи матки при ихорозныхъ выкидышахъ; при климактерическихъ кровотеченіяхъ, при коихъ, если успѣхъ недостаточенъ, можно предпринять полное разрушеніе слизистой оболочки съ облитераціей маточной полости.

Имѣются частью очень благопріятные отчеты о вапоризаціи, напр. *Steinbüchel*'я; послѣдній распространяетъ показаніе *atmokaussis* также на случаи подострой маточной гонорреи, далѣе на *subinvolutio uteri* съ кровотеченіями для достиженія уменьшенія органа, наконецъ на міомы, если полость не имѣетъ чрезчуръ неправильной формы и не слишкомъ длинна. *Steinbüchel* лечилъ 72 случая выпариваніемъ съ наилучшимъ результатомъ. *Hammerschlag* изъ Кенигсбергской клиники на основаніи контрольнаго изслѣдованія своихъ случаевъ также называетъ результаты выпариванія чрезвычайно благопріятнымъ: у 75% было достигнуто стойкое излеченіе, у 11% существенное улучшеніе и только 14% остались неизлеченными; во многихъ изъ этихъ случаевъ кюретка была тщетно испытана.

Въ противоположность этому благопріятному результату, имѣется также большое число неблагопріятныхъ отчетовъ. Въ преніяхъ по поводу доклада *Hantke* въ Берлинскомъ акушерскомъ обществѣ о вапоризаціи *Bröse* упоминается, что выпариваніе не такъ безопасно, какъ это полагаютъ сторонники этой metody; *Treub* сообщаетъ о смертномъ случаѣ, въ которомъ наступили частичная гангрена матки и общій перитонитъ; *Bröse* также располагаетъ подобнымъ случаемъ, который ему лично былъ сообщенъ.

Главный недостатокъ инструмента мы усматриваемъ въ томъ, что это средство не можетъ быть дозировано; мы не знаемъ, что станется изъ слизистой оболочки, останется-ли дѣйствительно женщина способной къ зачатію; хотя *Hammerschlag* утверждаетъ, что при правильномъ примѣненіи паръ повсюду обвариваетъ слизистую оболочку, но именно здѣсь имѣется много сообщений противоположнаго характера. *Hammerschlag* произвелъ *atmokausis* незадолго до полной экстирпаціи и нашелъ, что полость тѣла матки была повсемѣстно покрыта грязными темносѣрыми струпами; ожоги распространялись и на трубные углы; при микроскопическомъ изслѣдованіи обнаружались подъ разрушенными участками слизистой могуче расширенные капилляры, частью съ кровоизліяніемъ въ ткань, частью свѣжіе тромбы; нетронутый железистый эпителий былъ виденъ въ глубинѣ въ очень многихъ мѣстахъ. Этому можно противопоставить отчеты, напр. изъ Лейпцигской клиники, гдѣ также matka была удалена тотчасъ послѣ вапоризаціи; здѣсь оказалось, что воздѣйствіе пара зачастую ограниченное и что отнюдь не вся полость матки диффузно подверглась ему; тамъ, гдѣ паровая трубка прилежала къ маточной стѣнкѣ, произошло превращеніе слизистой оболочки въ струпу до мускулатуры и глубже, между тѣмъ какъ въ другихъ мѣстахъ слизистая оболочка оказывалась макроскопически и микроскопически совершенно нетронутой.

Дозированіе температуры пара также не вполне точно. *Flatau* уже показалъ, что паръ въ общемъ попадаетъ въ матку не столь горячимъ, какъ показываетъ придѣланный къ котлу термометръ; правда, это не очень существенно, ибо, имѣя температуры пара въ котлѣ, мы все-таки получаемъ извѣстныя сравнительныя данныя.

Показаніе къ вапоризаціи мы ограничиваемъ значительно больше, нежели *Pincus* и *Steinbüchel*; мы никогда не станемъ оставлять зараженные остатки выкидыша, полагаясь на дѣйствіе *atmokausis* какъ на «идеальное антисептическое», а считаемъ болѣе правильнымъ во всѣхъ случаяхъ септического аборта вычищать матку и совершенно не производить здѣсь выпариванія. То же и при кровотеченіяхъ вслѣдствіе остатковъ выкидыша или *endometritis deidua*, по нашему мнѣнію, вычищеніе матки или при эндометритѣ прижиганіе либо выскабливаніе представляетъ гораздо болѣе простое и вѣрное средство, нежели выпариваніе. Такъ какъ при подслизистыхъ міомахъ можетъ наступить гангрена, то и это показаніе къ вапоризаціи мы хотѣли бы выкинуть.

При кровотеченіяхъ въ производительномъ возрастѣ, которыя не зависятъ отъ злокачественнаго новообразованія эндометрія, если прижиганіе и выскабливаніе не ведутъ къ цѣли, можно испробовать выпариваніе, притомъ въ предписанной *Pincus*'омъ формѣ примѣненія: высокая температура пара при малой продолжительности.

Мы примѣняли выпариваніе преимущественно при климактери-

ческих кровотеченіяхъ, причемъ результаты нельзя назвать хорошими; на облитерацию маточной полости мы до сихъ поръ не могли рѣшиться, а считаемъ здѣсь, подобно *Olshausen*'у, *Czempin*'у, *Mackenrodt*'у и т. д., гораздо болѣе надежной и безопасной полную экстирпацию матки; если нечаянно получается отъ вапоризаціи *частичная* облитерация маточной полости, что при неточности дозировки легко возможно, то дѣло можетъ дойти до задержки крови и образованія *haematometra*. Объ облитерации при климактерическихъ кровотеченіяхъ можетъ вѣрнее подыматься лишь тогда, если рѣчь идетъ о настолько обезкровленныхъ больныхъ, что мы не можемъ рѣшиться на наркозъ у нихъ.

Съ большой пользой мы примѣняли *atmokausis* при кровотеченіяхъ, которыя иногда появляются при лейкоміи; здѣсь всякое значительное оперативное вмѣшательство грозитъ жизни. Точно также выпариваніе очень умѣстно при маточныхъ кровотеченіяхъ и одновременно диабетѣ, гемофилии, *morbus Werlhoffii*, которые противопоказываютъ операцію подъ наркозомъ.

Cestokausis. *Pincus* рекомендовалъ для извѣстныхъ случаевъ вмѣсто *atmokausis cestokausis*; здѣсь дѣйствуютъ не паромъ, а сухимъ жаромъ. *Cestokauter* въ томъ отношеніи схожъ съ *atmokauter*'омъ, что вводимый въ матку инструментъ нагревается внутри паромъ, но самый паръ не вытекаетъ.

Pincus самъ ограничиваетъ показаніе къ *cestokausis* случаями дисменорреи и *subinvolutio uteri*. При *endometritis dysmenorrhoeica* у дѣвицъ и нерожавшихъ умѣстна. по его мнѣнію, кратковременная *cestokausis* при 115°, ибо здѣсь рѣчь идетъ не столько о мышечномъ раздраженіи, сколько о минимальномъ контактномъ прижиганіи поверхности слизистой оболочки.

Отграниченіе *atmokausis* отъ другихъ мѣстныхъ лечебныхъ приемовъ даетъ намъ поводъ еще разъ резюмировать показаніе къ мѣстной терапіи хроническаго эндометрита. При хроническомъ эндометритѣ въ юношескомъ возрастѣ, особенно у клоротичныхъ, анемичныхъ молодыхъ дѣвушекъ, при состояніяхъ истощенія послѣ многочисленныхъ родовъ надо прежде всего приступить къ общему леченію. Если улучшеніе мѣстныхъ симптомовъ недостаточно подвигается впередъ, то въ подмогу является мѣстное леченіе маточной слизистой. Оно состоитъ сперва въ простомъ прижиганіи формалиномъ, которое можетъ быть повторяемо съ промежутками въ 2—4 недѣли. При неуспѣшности этого леченія, при подозрѣніи на злокачественное перерожденіе маточной слизистой возникаетъ вопросъ о выскабливаніи. При кровотеченіяхъ въ возрастѣ, близкомъ къ климактерію, примѣняютъ въ случаѣ неуспѣшности выскабливанія выпариваніе; точно также у женщинъ, у которыхъ всякое оперативное вмѣшательство запрещается.

Лечение метрита.

Всѣ три метода даютъ неудачи, особенно часто въ борьбѣ съ маточными кровотеченіями; безусловно надеженъ здѣсь успѣхъ лишь тогда, когда рѣчь идетъ объ *endometritis post abortum*; послѣдняя *всегда* излечивается *однократнымъ* вмѣшательствомъ, будетъ-ли

это прижиганіе, выскабливаніе или выпариваніе; если сдѣлано выскабливаніе, то мы можемъ въ соскобѣ констатировать микроскопически многочисленныя кучки децидуальныхъ клѣтокъ въ частію возродившейся слизистой оболочкѣ.

Лечебныя неудачи при кровотеченияхъ встрѣчаются преимущественно у женщинъ въ періодѣ угасанія половой дѣятельности; болѣею частью это—многорожавшія женщины, у которыхъ зачастую уже въ серединѣ четвертаго десятка появились усиленныя регулы, затѣмъ неправильныя межменструальныя кровотечения. Мы изслѣдуемъ и находимъ матку обыкновенно нѣсколько увеличенной въ нормальномъ или также слегка наклоненномъ назадъ положеніи. Матка на-ощупь нѣсколько тверда, при давленіи не болѣзненна, придатки свободны; при зондированіи маточная полость оказывается нѣсколько увеличенной, зондъ проникаетъ зачастую на 10—12 см. Кровотеченія могутъ быть настолько сильны, что женщины представляютъ картину величайшей анеміи. Всегда бываютъ промежутки, въ которые женщина свободна отъ кровотеченій, однако, кровотечения иногда держатся 2—3 недѣли, часто они вообще перестаютъ лишь на нѣсколько дней, чтобы затѣмъ снова начаться. Этого короткаго перерыва, разумѣется, не достаточно, чтобы женщины оправдывались отъ потери соковъ; наконецъ, не будучи въ состояніи изъ-за истощенія справиться съ своей домашней работой, онѣ вынуждены обратиться къ врачу. Тутъ обыкновенно, за недостаткомъ объективныхъ данныхъ, предполагаютъ хроническій эндометритъ, пробуютъ сперва прижигать, затѣмъ дѣлаютъ выскабливаніе; прижиганія и выскабливанія повторяютъ, но обыкновенно безуспѣшно. При изслѣдованіи выскабленныхъ частицъ мы находимъ либо сильно разросшуюся, либо болѣе или менѣе неизмѣненную слизистую оболочку.

Эти случаи, по нашему разумѣнію, неправильно идутъ въ настоящее время подъ флагомъ хроническаго эндометрита; они относятся къ метриту въ смыслѣ *Scanzoni* и *Fritsch*'а. Измѣненія, которыя мы можемъ доказать анатомически на слизистой оболочкѣ, здѣсь не первичнаго, а вторичнаго характера. Тѣло матки не потому увеличено, какъ *Küstner* полагаетъ, что вслѣдствіе выдѣленій при хроническомъ эндометритѣ наступила гипертрофія мускулатуры, но здѣсь первичное—измѣненіе въ мезометріи: либо гиперплазія соединительной ткани, либо установленныя *Reinecke* измѣненія въ сосудахъ маточной стѣнки.

Отрицаніе картины болѣзни хроническаго метрита повело къ тому, что въ этихъ случаяхъ стали всегда лечить эндометритъ: иногда женщины сообщаютъ намъ, что имъ 20—30 разъ дѣлали прижиганія и выскабливанія, и все безуспѣшно. Я полагаю, что если бы мы снова нѣсколько больше вниманія посвятили клинической картинѣ болѣзни метрита, какъ ее начерталъ намъ *Scanzoni*, то, при всемъ сознаніи еще недостаточнаго патолого-анатомическаго обоснованія ся, дѣйствовали бы скорѣе въ интересахъ этихъ женщинъ. При этомъ мы не отрицаемъ, что и при хроническомъ метритѣ *abrasio mucosae* иногда имѣетъ успѣхъ; но не слѣдуетъ безмысленнымъ образомъ повторять ее, а съ большимъ успѣхомъ выступаютъ тогда на очередь тѣ методы леченія, которые намъ уже рекомендовали для хроническаго метрита *Fritsch* и *Scanzoni*.

Соотвѣтственно сильному размноженію соединительной ткани и

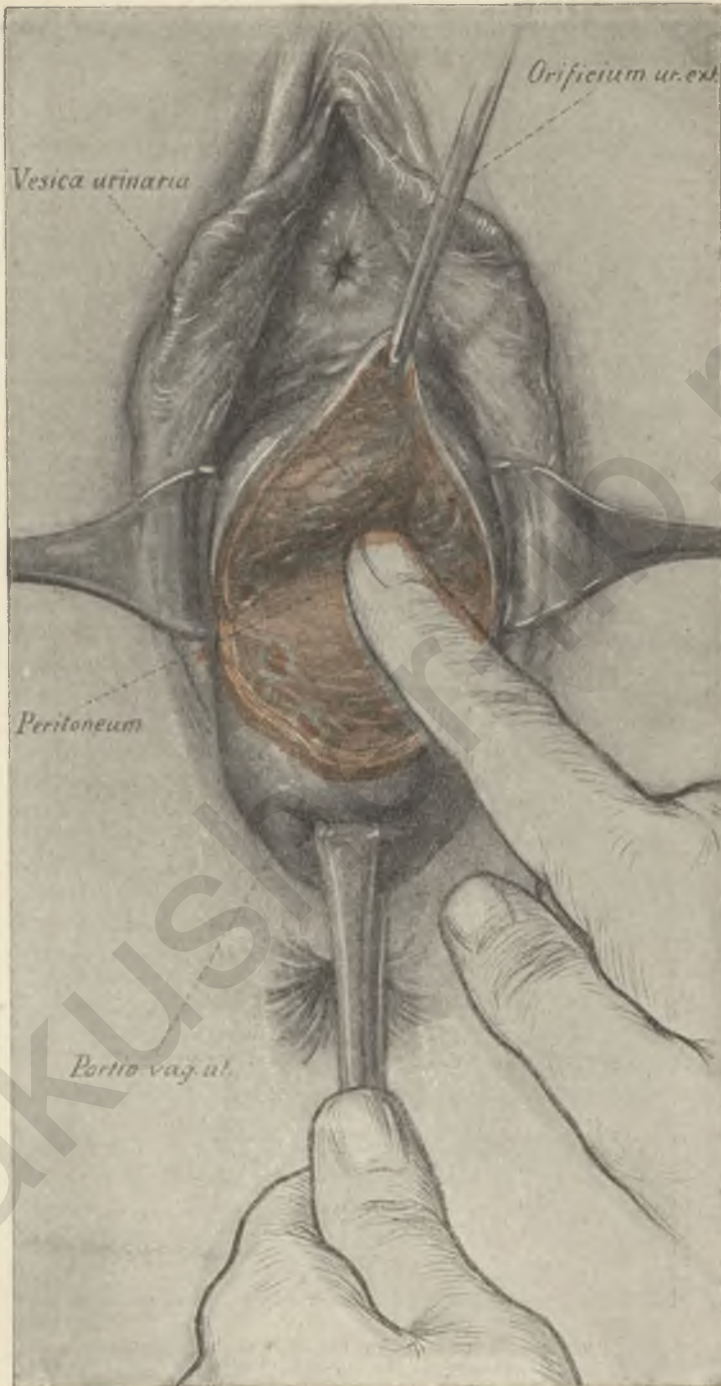


Рис. 100. Поперечный разръзъ на границѣ пузыря и шейки.
Тупое отдѣленіе пузыря отъ шейки.

уменьшенію мускулатуры, которое мы можемъ обыкновенно анатомически констатировать въ подобныхъ маткахъ, можно было меноррагію объяснить своего рода недостаточностью матки, какъ это,

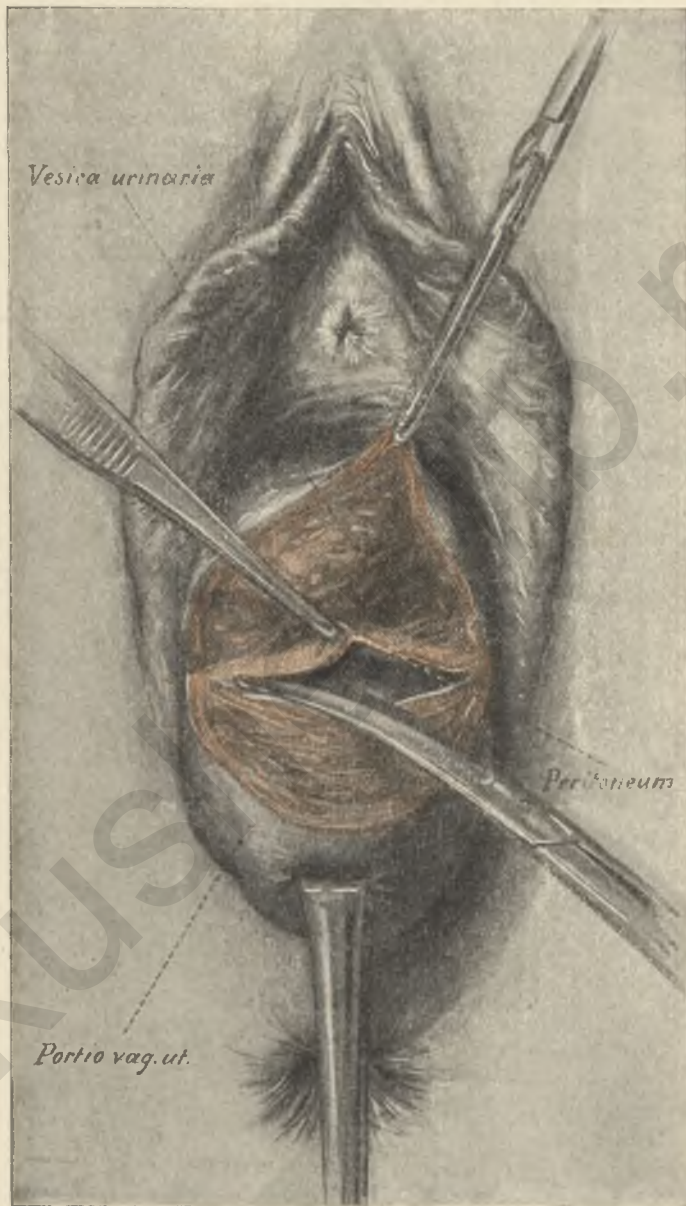


Рис. 101. Тупое отдѣленіе пузыря отъ шейки.
Вскрытіе передняго Дугласа.

кромѣ *Fritsch'a*, недавно снова отмѣтилъ *Theilhaber*. За это говоритъ то наблюденіе, что мы означенные симптомы метрита встрѣчаемъ почти исключительно у женщинъ, которыя уже имѣютъ позади себя

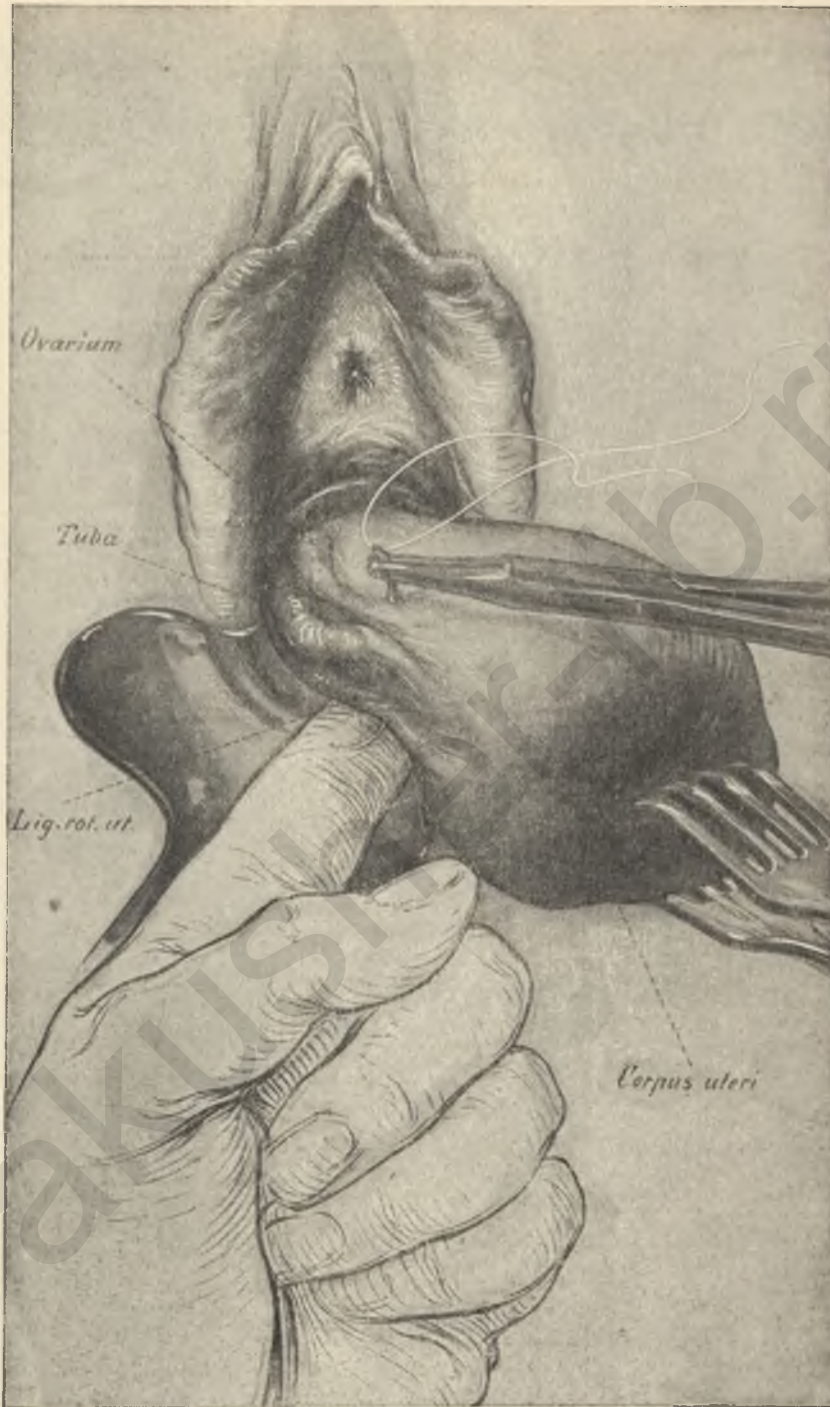


Рис. 102. Матка выведена изъ передней щели. Подъ прикрытіемъ лѣваго указательнаго пальца проводится первое обкалываніе широкой связки, трубы, круглой связки и lig. ovarii proprium.



Рис. 103. Широкая связка и верхняя часть параметрія перевязаны. Обкалывание нижней части параметрія и заднего свода.

нѣсколько родовъ, между тѣмъ какъ у нерожавшихъ они сравнительно рѣдко появляются. Поэтому лечение сперва направлено на

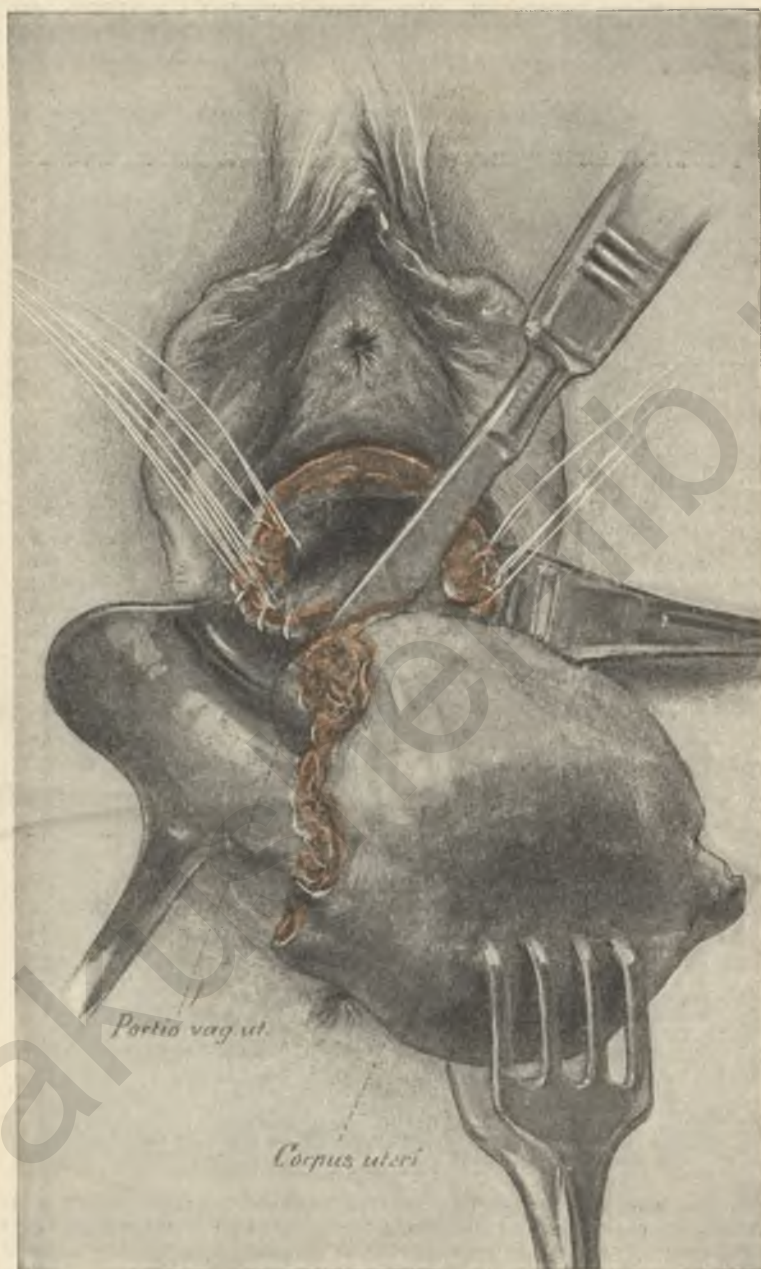


Рис. 104. Начало разрѣза задняго свода послѣ того, какъ параметри и широкая связка снабжены лигатурами.

то, чтобы вызвать раздраженіе еще способной функционировать гладкой мускулатуры матки; такимъ образомъ, даютъ спорынью,

дальше введенный *Schatz*'омъ въ лечение хроническаго метрита *extractum fluidum hydrastis canadensis*, а также примѣняютъ горячія спринцованія влагалища. Съ успѣхомъ могутъ быть примѣнены также противъ кровотеченій при хроническомъ метритѣ горячія ванны, разсолыныя ванны и т. д., хотя мы и не можемъ себѣ ясно представить способъ ихъ дѣйствія. Мы неоднократно примѣняли съ

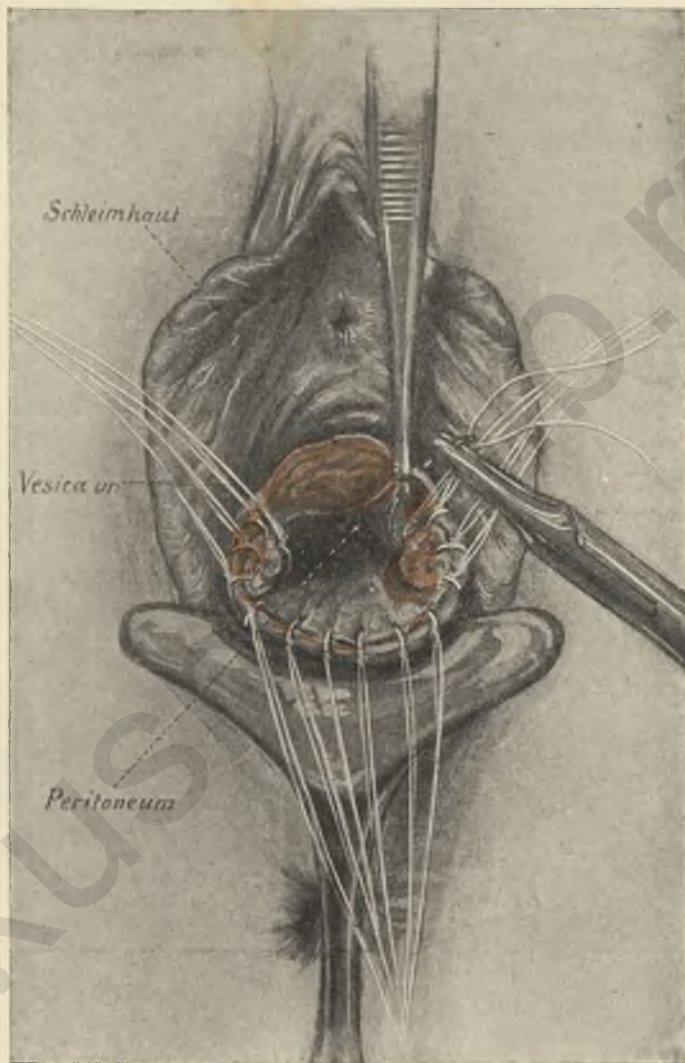


Рис. 105. Кровоостанавливаніе въ перерѣзанномъ заднемъ сводѣ помощью различныхъ катгутовыхъ узловатыхъ швовъ, которые одновременно захватываютъ брюшину Дугласа. Культи широкой связки пришивта съ каждой стороны къ боковому своду. Слѣва начинается сшиваніе передняго края влагалищной раны съ брюшиной пузыря.

хорошимъ успѣхомъ постоянный токъ въ такой формѣ, что одинъ полюсъ въ видѣ большой пластинки помѣщали на животѣ, а другой угольный электродъ вводили въ матку. Обыкновенно внутрима-

точнымъ электродомъ служилъ анодъ, но во время сеанса мы прерывали токъ и мѣняли его направление. Токъ въ общемъ берется слабый до 50 миллиамперъ; отдѣльные сеансы, чтобы имѣть успѣхъ, должны быть повторяемы черезъ 1—2 недѣли.



Рис. 106. Шиваніе передняго и задняго краевъ влагалищной раны.

Намъ, какъ и *Fritsch*'у, представляется необходимымъ условіемъ успѣшности всѣхъ этихъ терапевтическихъ мѣръ, чтобы въ метритной маткѣ еще имѣлось извѣстное количество сократительнаго ве-

щества. Если этого нѣтъ, если упомянутыя средства не помогаютъ, то органъ долженъ быть удаленъ. Мы тѣмъ скорѣе можемъ рѣшиться на это вмѣшательство, что хроническій метритъ поражаетъ обыкновенно только женщинъ въ возрастѣ, близкомъ въ климактерію,

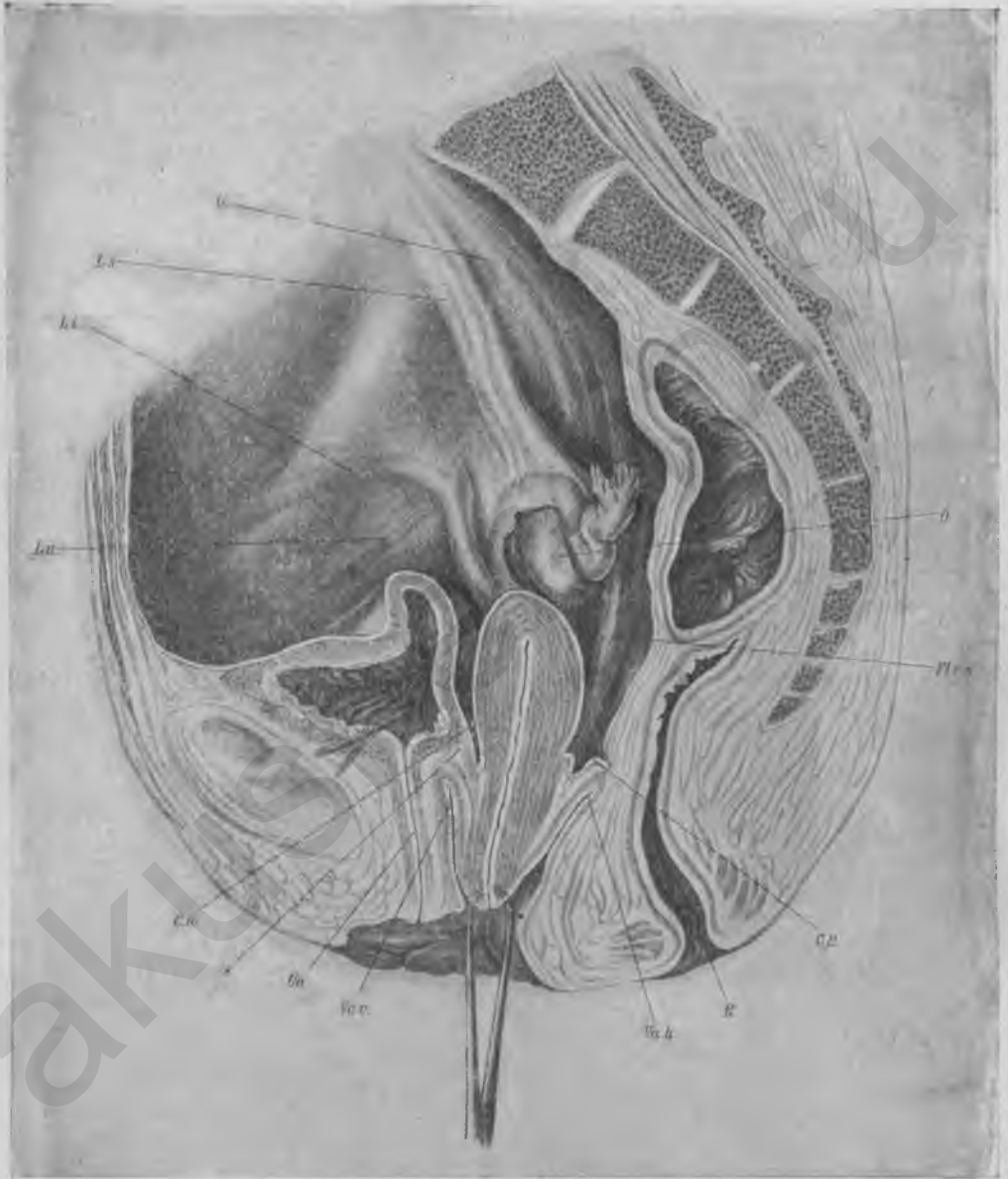


Рис. 107. Изъ *Tandler* и *Halban*: *Topographie des weiblichen Ureters*.
C. D. — *Cavum rectouterinum Douglasii*. *C. v. u.* — *Cavum vesicouterinum*. *L. s.* —
Lig. suspensorium ovarii. *L. t.* — *Lig. teres*. *L. u.* — *Lig. umbilicale laterale*. *O.* —
Ovarium. *Pl. r. u.* — *Plica rectouterina*. *R.* — *Rectum*. *U.* — *Ureter*. *Ua* — *Urethra*.
Va. h. — Задняя переходная складка влагалища. *Va. v.* — Передняя переходная
складка влагалища. * — См. текстъ.

и такъ какъ прогнозъ этой операціи можно назвать очень благоприятнымъ у субъекта, который еще не обезкровленъ до высшей степени.

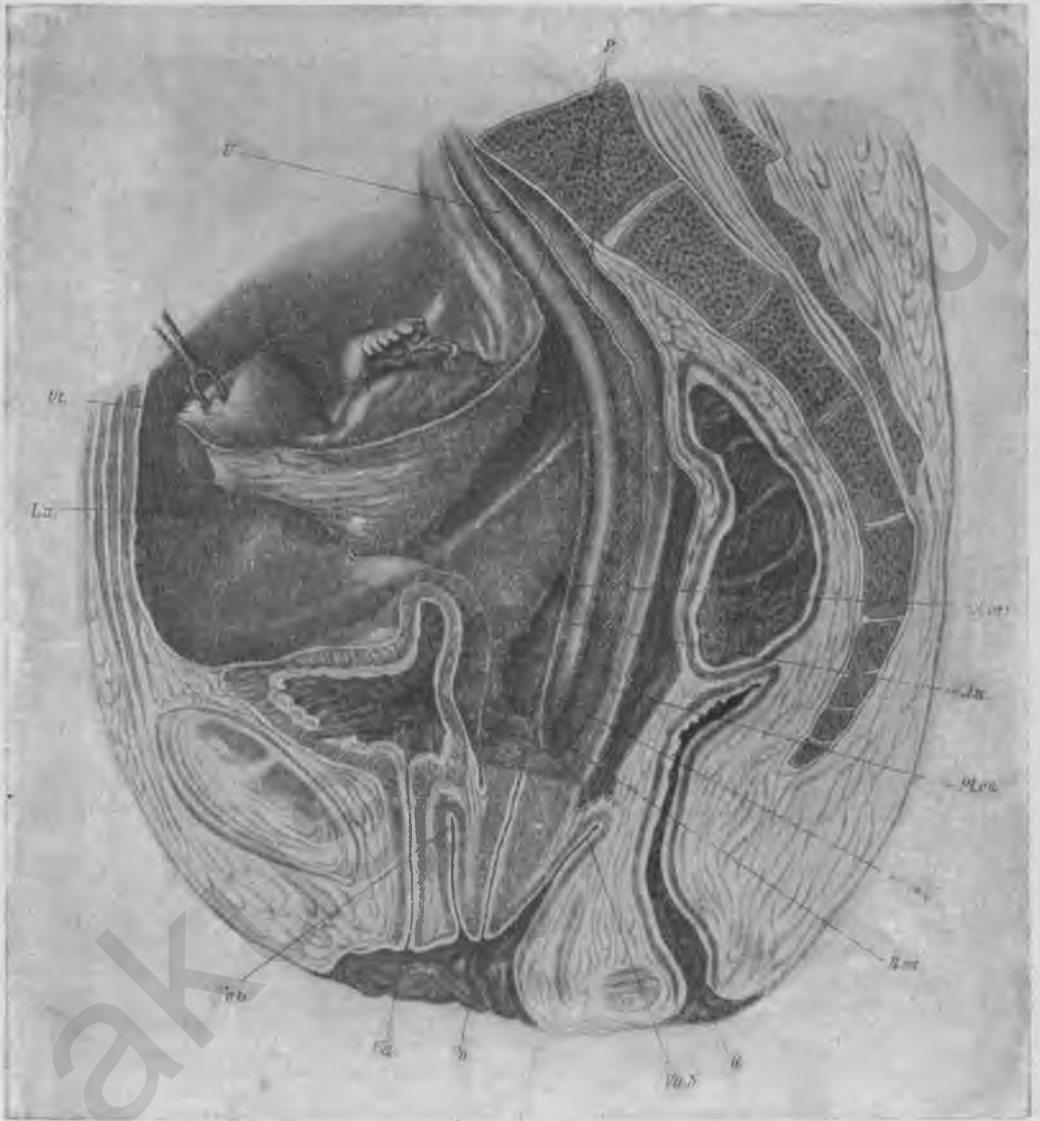


Рис. 103. Изъ Tandler и Halban: Topographie des weiblichen Ureters. A. u. — Arteria uterina. A. ve. i. — Arteria vesicalis inferior. L. u. — Lig. umbilicale laterale. Pl. r. u. — Plica rectouterina. P. — Край брюшины. Po. — Portio vaginalis uteri. R. — Rectum. R. va. — Ramus vaginalis. U. — Ureter. Ua. — Urethra. Ut. — Uterus. Va. v. — Передняя переходная складка влагалища. Va. h. — Задняя переходная складка влагалища. ** — См. текстъ (петля мочеточника).

Такъ какъ матка рѣдко сильно увеличена, то показуется влагалищный путь для полной экстирпаціи органа. При техническомъ вы-

полнені намъ представляется существенно важнымъ, чтобы органъ былъ удаленъ съ возможно меньшей кровопотерей. Анэмичныя до крайности пациентки не переносятъ болѣе кровопотери, которую мы обычно считаемъ очень незначительной. Далѣе, должно быть приложено большое стараніе къ тщательному кровоостанавливанію, такъ

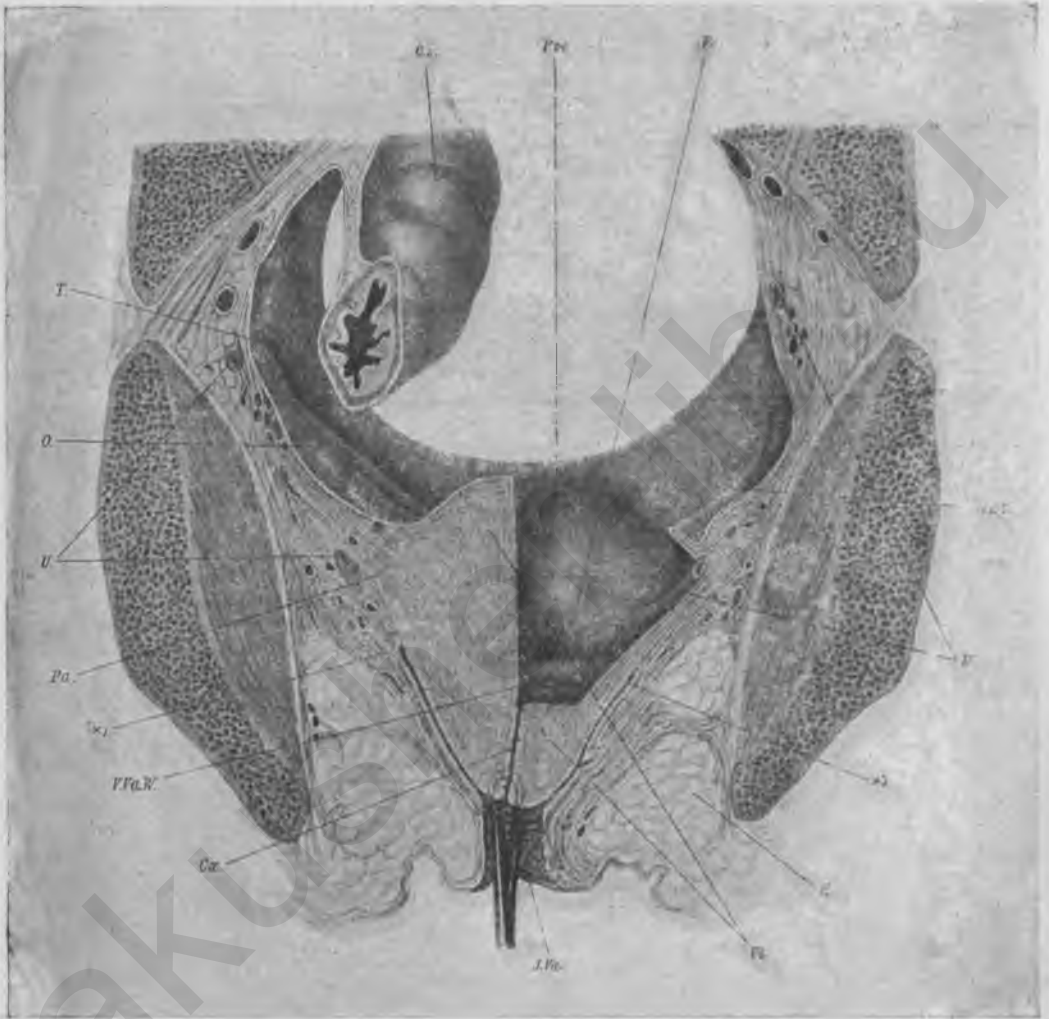


Рис. 109. *Tandler* и *Halban*: Topographie des weiblichen Ureters.
C. s. — Colon sigmoideum. *Cx.* — Cervix. *F.* — Жиръ Fossa ischiorectalis. *J. Va.* — Introitus vaginae. *L. t.* — Lig. teres. *O.* — Ovarium. *Pa.* — Parametrium.
P. ve. — Брюшина пузыря. *T.* — Tuba. *U.* — Ureter. *Ut.* — Uterus. *Ve.* — Vesica urinaria. *V. Va. W.* — Передняя влагалищная стѣнка. * — Переходная складка влагалища.

какъ у этихъ очень малокровныхъ особъ кровь много утратила въ своей способности свертываться,—кровоточить изъ каждого мельчайшаго перерѣзаннаго участка ткани, и между тѣмъ какъ обычно уже во время операціи прекращается кровотеченіе изъ мелкихъ пе-

перѣзанныхъ сосудовъ, здѣсь необходимо обкалываніе всякаго отдѣльнаго сосулика.

Какъ операцію по выбору мы рекомендуемъ здѣсь на первомъ планѣ экстирпацію органа съ помощью предложеннаго первоначально *P. Müller*'омъ, затѣмъ *Doyen*'омъ для полной экстирпаціи при про-

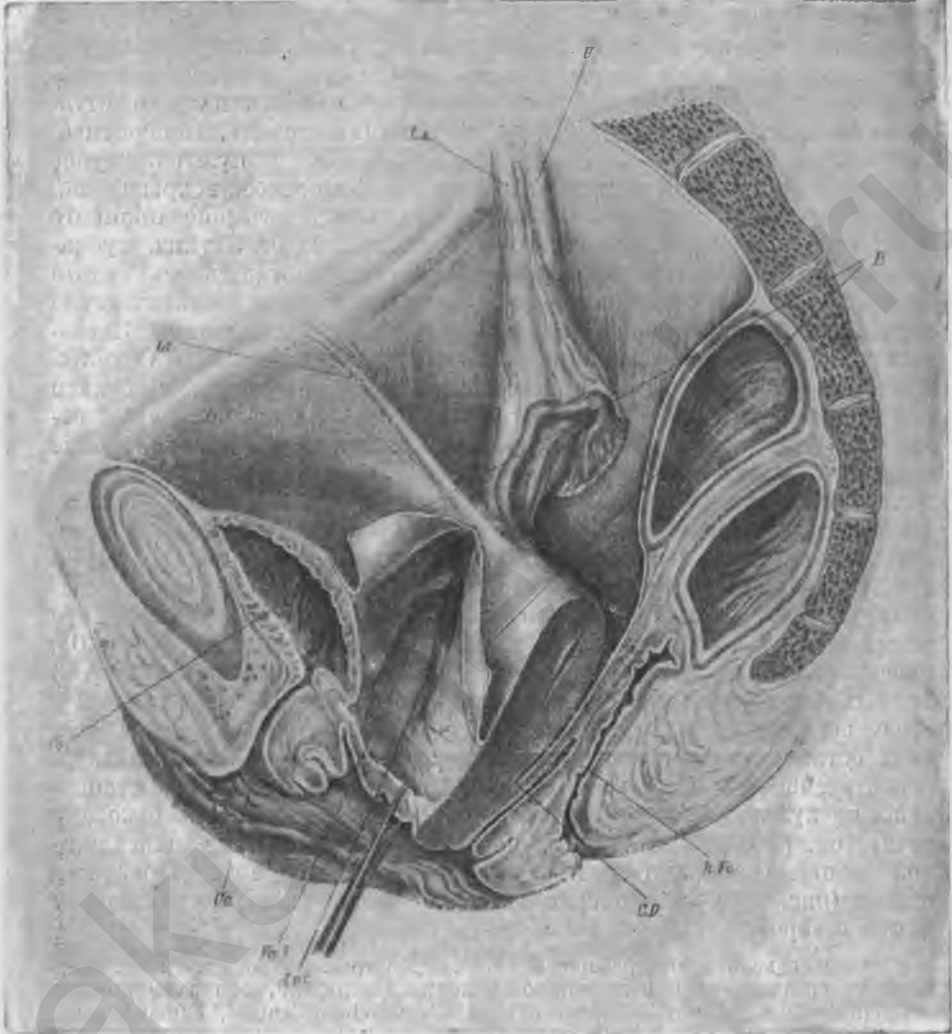


Рис. 110. Изъ *Tandler* и *Halban*: *Topographie des weiblichen Ureters*.
A. ut. — *Arteria uterina*. *C. D.* — *Cavum rectouterinum Douglasii*. *Va. h.* —
 Задняя влагалищная стѣнка. *L. s.* — *Lig. suspensorium ovarii*. *L. t.* — *Lig. teres*.
P. — Край брюшины. *U.* — *Ureter*. *Ua.* — *Urethra*. *Va. l.* — Боковая переходная
 складка влагалища. *Ve.* — *Vesica urinaria*.

лапсѣ, *Döderlein*'омъ (вообще) полного срединнаго сѣченія безъ предварительнаго отсепаровыванія пузыря. Доступность и наглядность операціоннаго поля при этомъ методѣ даетъ возможность вѣрно и быстро оперировать, избѣгая всякой кровопотери, такъ что даже истощенныя и малокровныя больныя могутъ легко перенести опе-

рацію. Никакимъ другимъ способомъ нельзя такъ надежно избѣжать поврежденій пузыря и мочеточниковъ. Благодаря тому, что послѣ расщепленія матки можно съ середины таза хорошо заглянуть и получить свободный доступъ въ боковые отдѣлы, техника существенно облегчается даже при сросшихся органахъ. Подробное описаніе этого оперативнаго метода мы даемъ при влагалищной полной экстирпации міоматозной матки.

Почти безъ кровопотери можно также удалить матку по слѣдующему способу. Двумя *Doyen*'овскими зеркалами обнажаютъ влагалищную часть, захватываютъ ее *Segond*'овскими щипцами и оттягиваютъ матку возможно ниже во влагалищный входъ. Поперечный разрѣзъ въ переднемъ сводѣ на границѣ шейки и пузыря. Тупое отслоеніе пузыря отъ шейки (см. рис. 100), широкое вскрытіе передней брюшины (см. рис. 101), чѣмъ удаляется изъ операціоннаго поля пузырьная часть мочеточниковъ (см. рис. 110). Затѣмъ зубчатые щипцы снимаютъ, влагалищную часть отодвигаютъ въ задній сводъ и, взбираясь постепенно крючкомъ по передней стѣнкѣ тѣла матки, выкатываютъ оное изъ передней щели въ брюшинѣ. Захватываніе тѣла матки щипцами съ 4-мя зубцами (рис. 102). Обкалываніе широкой связки со включеніемъ трубы и круглой связки близко къ маткѣ съ обѣихъ сторонъ массовой лигатурой; перерѣзываніе широкой связки и трубы у самой матки; затѣмъ обкалываніе хорошо видимаго теперь параметрія съ *a. uterina* также близко къ маткѣ. Перерѣзаніе параметрія. Наложеніе новой лигатуры на *a. uterina* такимъ образомъ, что культя параметрія фиксируется узловатымъ швомъ къ боковымъ краямъ влагалищной раны (рис. 103). Послѣ перерѣзки параметрія съ обѣихъ сторонъ, можно матку вывихнуть впередъ настолько, что показывается задній Дугласъ, и теперь, начиная съ правой стороны, какъ это видно на рис. 104, перерѣзаютъ сверху задній сводъ. При этомъ у сильно обезкровленныхъ особъ мы поступаемъ такимъ образомъ, что не отрѣзаемъ, сразу всей матки, а вступаемъ только небольшою кусокъ, чтобы тотчасъ остановить кровотеченіе обкалываніемъ. Когда матка отрѣзана, кровотеченіе изъ перерѣзаннаго задняго свода тщательно остановлено, то культю широкой связки еще пришиваютъ къ боковому своду (см. рис. 105). Наконецъ передній и задній края влагалищной раны соединяются нѣсколькими катгуттовыми узловатыми швами (рис. 106). Эта операція можетъ быть выполнена скоро и почти безкровно.

Чтобы показать топографическое отношеніе низведенной матки къ соедѣннымъ органамъ при влагалищной полной экстирпации, мы заимствовали изъ *Tandler*'а и *Halban*'а, *Topographie des weiblichen Ureters*, 4 рисунка, которые наилучшимъ образомъ иллюстрируютъ эти отношенія. Препараты были добыты *Tandler*'омъ и *Halban*'омъ такимъ образомъ, что на свѣжемъ объектѣ влагалищная часть захватывалась пулевыми щипцами, низводилась до вульвы, укрѣплялась въ этомъ положеніи, и затѣмъ препаратъ уплотнялся въ 1% хромовой кислотѣ.

Рис. 107. Первая таблица представляетъ анатомическія отношенія въ тазовомъ пространствѣ при низведенной маткѣ послѣ срединнаго разсѣченія таза. *Excavationes vesicouterina* и *rectouterina* сильно углублены вслѣдствіе низведенія матки. Вывернутая передняя влагалищная стѣнка отстала отъ дна пузыря, а съ этимъ и отъ мочеточника. *Trigonum vesicale* при нормальныхъ условіяхъ не слѣдуетъ за маткой; замѣчается только обозначенное на рис. звѣздочками легкое выпячиваніе треугольника, какъ дѣйствіе передающагося съ передней влагалищной стѣнки натяженія.

Еще лучше видна топография мочеточника и *a. uterina* на рис. 108. Препаратъ тотъ же, что на предыдущемъ рисункѣ. Послѣ надвлагалищной ампутаціи матки и расщепленія брюшины, освободившееся тѣло матки вмѣстѣ съ придатками отворачивается кнаружи и кверху. *A. uterina* и мочеточникъ были поверхностно препарированы. Соответственно тому, что *trigonum* не смѣтился, несмотря на низведение дна матки, отверстие мочеточника тоже осталось на своемъ мѣстѣ; только мѣсто его скрещиванія съ *a. uterina* опускается нѣсколько ниже, отчего дѣло доходитъ до образованія небольшой выпуклой книзу петли мочеточника; петля на таблицѣ отмѣчена двумя звѣздочками. На рис. отчетливо видно, какъ при низкомъ стояніи матки шейка совершенно уходитъ изъ области мочеточниковъ, между тѣмъ какъ при нормальномъ уровнѣ матки мочеточники дугообразно обхватываютъ шейку.

Рис. 109 представляетъ фронтальный разрѣзь таза при низведенной маткѣ. Для рисунка взята только передняя половина таза, послѣ того какъ правая половина матки была надвлагалищно ампугирована. На этомъ рисункѣ особенно ясно видно, какъ низведенная матка смѣщается по задней пузырьной стѣнкѣ и какъ далеко удаляются другъ отъ друга при этомъ пузырь и шейка. Одновременно видно отдаленіе отъ пузыря верхняго отдѣла влагалища. На правой сторонѣ послѣ удаленія половины матки вырепарированъ мочеточникъ, слѣва только представленъ его просвѣтъ въ параметріи.

Рис. 110 представляетъ наконецъ отношеніе мочеточника къ влагалищу при низведенной маткѣ, а именно въ сагиттальномъ разрѣзѣ.

Нагноенія въ придаткахъ матки и смежныхъ областяхъ.

Введеніе.

Всѣ гнойные процессы въ маломъ тазу женщины соединили подъ названіемъ *тазовый абсцессъ*, понимая подъ этимъ не только нагноенія въ замкнутыхъ трубныхъ мѣшкахъ, но и осумкованные внутрибрюшинные абсцессы, которые помѣщаются въ заднемъ Дугласѣ; введеніемъ понятія «тазовый абсцессъ» думали упростить изложеніе нагноеній въ придаткахъ матки и въ окружности ихъ, но оказалось, наоборотъ, что отъ этого возникла большая путаница.

Весьма понятно, что способъ леченія и постановка показаній должны быть совершенно различны, смотря по тому, образовалась-ли, напримѣръ, лежащая въ Дугласѣ и содержащая гной опухоль вследствие затека перитифлитнаго абсцесса или отъ гонорройнаго *sactosalpinx'a*; въ послѣднемъ случаѣ гнойная полость выстлана почти нетронутымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, между тѣмъ какъ при перитифлитическомъ нагноеніи мы уже скорѣе имѣемъ дѣло съ настоящимъ тазовымъ абсцессомъ, ибо здѣсь стѣнка образуется склеившимися кишечными петлями и сывороточнымъ покровомъ Дугласа, который частью покрытъ грануляціями.

Понятіе «тазовога абсцесса» повело временно къ совершенно шаткому показанію, что при всѣхъ нагноеніяхъ въ маломъ тазу надо придерживаться правила: *ubi pus, evacua*. Мы увидимъ при отдѣльныхъ формахъ тазовыхъ нагноеній, что, какъ это ни звучитъ парадоксально, положеніе «*ubi pus, evacua*» должно быть принято почти въ обратномъ смыслѣ, ибо въ настоящее время мы лишь рѣдко считаемъ здѣсь показаннымъ вскрытіе гнойныхъ полостей. Мы приводимъ это только для того, чтобы показать, какія послѣдствія имѣло неудачное выраженіе «тазовый абсцессъ».

Поэтому, при описаніи гнойныхъ скопленій по сосѣдству съ маткой, мы считаемъ болѣе правильнымъ обобщающее понятіе «тазовый абсцессъ» совершенно выпустить и сперва изложить отдѣльно тѣ нагноенія, которыя образуются внутри яйцепроводовъ или по крайней мѣрѣ исходятъ изъ нихъ. Если въ извѣстномъ числѣ случаевъ и невозможно будетъ клинически распознать, исходитъ-ли находящееся въ Дугласѣ гнойное гнѣздо первично изъ трубъ или вторично изъ сосѣднихъ органовъ, напр., изъ червеобразнаго отростка, то болѣею частью можно внести въ дѣло достаточную ясность.

Нецѣлесообразно даже *совмѣстно* изложеніе *всѣхъ* гнойныхъ заболѣваній трубы, хотя мы должны признать, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ невозможно поставить дифференціальныя діагнозы между этио-

логически различными формами нагноенія; но предсказаніе и лечение различныхъ нагноеній трубы слишкомъ разнится, чтобы допускать общее описаніе. О леченіи пограничныхъ случаевъ, при коихъ дифференціальный діагнозъ измѣняется, мы скажемъ въ концѣ.

Гонорройныя заболѣванія женскихъ половыхъ органовъ съ образованіемъ гноя въ трубахъ.

Практиковавшееся прежде оперативное лечение трубныхъ нагноеній существенно подвинуло впередъ наши свѣдѣнія объ этиологіи различныхъ воспалительныхъ формъ; только благодаря этому мы въ состояніи составить себѣ представленіе о частотѣ и характерѣ отдѣльныхъ инфекцій при гнойныхъ sactosalpinx'ахъ. Бактеріологическое изслѣдованіе гноя sactosalpinx'овъ доказало, что gonococcus *Neisseri* чаще всего даетъ поводъ къ нагноенію. Такъ, *Wertheim* при 111 pyosalpinx'ахъ нашелъ въ гноѣ трубы 39 разъ гонококка и лишь въ 11 случаяхъ streptococcus pyogenes; *Menge* изслѣдовалъ 122 случая и нашелъ 28 разъ гонококка и лишь 4 раза стрептококка. Очень рѣдко удавалось констатировать staphylococcus pyogenes aureus; *Menge* нашелъ его среди своихъ 122 случаевъ только одинъ разъ. Diplococcus pneumoniae и bacterium coli commune встрѣчаются такъ рѣдко, что они для діагноза не играютъ роли; только туберкулезная палочка имѣетъ еще значительное участіе въ трубныхъ нагноеніяхъ. *Menge* нашелъ, что приблизительно въ 10% случаевъ нагноеніе обусловлено бугорчаткой.

Соотношеніе отдѣльныхъ видовъ инфекціи будетъ различно, смотря по мѣстностямъ, въ которыхъ собирается матеріалъ. Между тѣмъ какъ въ большомъ городѣ скопляются случаи гонорройныхъ заболѣваній, среди сельскаго населенія сравнительно преобладаютъ другія формы заболѣваній. Соответственные наблюденія сдѣланы *Martin*'омъ въ Грейфсвальдѣ по сравненію съ Берлиномъ и нами въ Тюбингенѣ и Іенѣ по сравненію съ Лейпцигскимъ матеріаломъ. Между тѣмъ какъ въ Лейпцигѣ далеко преобладаетъ число гонорройныхъ заболѣваній, туберкулезныя пораженія трубъ играютъ сравнительно большую роль среди преимущественно сельскаго матеріала Грейфсвальда, Тюбингена, Іены.

Такимъ образомъ при постановкѣ показанія къ оперативному вмѣшательству и при выборѣ техники насъ занимаютъ три главныя формы трубныхъ нагноеній:

- 1) гонорройная,
- 2) септическая и саплическая,
- 3) туберкулезная инфекція.

Мы начнемъ съ самой частой формы воспаления, *гонорройной*.

Показаніе къ оперативному вмѣшательству будетъ зависѣть здѣсь существеннымъ образомъ отъ прогноза гонорройнаго заболѣванія при датковъ и отъ результатовъ оперативнаго леченія этого страданія.

Здѣсь произошелъ существенный переворотъ въ нашихъ возрѣніяхъ, такъ какъ именно прогнозъ этихъ заболѣваній въ настоящее время ставится совершенно иначе, чѣмъ прежде. Вѣроятно, подъ влияніемъ монографіи *Noeggerath*'а и *Sänger*'а теченіе gonorrhoea ascendens раньше рисовалось въ слишкомъ мрачныхъ краскахъ. Еще на гинекологическомъ конгрессѣ въ Бреславлѣ, на которомъ обсуждался вопросъ о показаніяхъ къ оперативному леченію заболѣваній

придатковъ, отзывы о самопроизвольномъ излеченіи гонорройныхъ пораженій придатковъ звучали въ общемъ довольно пессимистически. *Schauta* считалъ излеченіе гонорройныхъ заболѣваній придатковъ исключеннымъ, коль скоро трубы на-ощупъ толщиною съ палецъ и, разумѣется, почти при всякомъ скопленіи гноя; согласно съ этимъ въ появившейся затѣмъ работѣ изъ его клиники *Mandl* и *Bürger*'а показаніе къ оперативному вмѣшательству выводится уже изъ одного діагноза нагноенія придатковъ. *Mandl* и *Bürger* заявляютъ, что нѣкоторыя пациентки недѣлями подвергались выжидательному леченію постельнымъ покоемъ, ваннами, согрѣвающими компрессами, но всегда безъ замѣтнаго успѣха; страданія продолжались, трубы оставались безъ перемѣны, такъ что только у немногихъ больныхъ наступало временное улучшеніе. Нѣкоторыя больныя были отпущены, но черезъ короткое время возвращались съ возобновившимися, зачастую тяжелыми припадками. На томъ же Бреславскомъ конгрессѣ *Fritsch* также усматривалъ въ прощупываемой трубной опухоли и нахожденіи гноя въ трубахъ оправданіе къ оперативному вмѣшательству. Тогда только *Küstner* заявилъ, что гонорройные процессы даже при образованіи гноя въ трубахъ очень часто способны къ исцѣленію.

Конечно, говоря объ «излеченіи», надо различать, возможно-ли дѣйствительно *restitutio ad integrum* въ анатомическомъ смыслѣ, или же только субъективныя жалобы больной исчезаютъ, а объективный *status* улучшается лишь настолько, что опухоли уменьшаются, но срощенія матки, склейки трубной воронки остаются.

Мы должны, слѣдовательно, говоря о прогнозѣ восходящей гонорреи, принимать во вниманіе два пункта: во-первыхъ, насколько отъ выжидательнаго леченія исчезаютъ субъективныя жалобы, во-вторыхъ, насколько восстанавливается нормальное отправленіе дѣтородныхъ органовъ, такъ чтобы матка опять могла служить мѣстомъ поселенія яйца и чтобы въ трубахъ снова могла произойти встрѣча сѣмени и яйца.

Мы располагаемъ нѣсколькими работами, которыя занимаютъ этимъ вопросомъ, однако лишь немногія изъ нихъ пригодны для нашей цѣли, ибо въ соответственныхъ клиникахъ, изъ которыхъ исходитъ отчетъ, леченіе гонорройныхъ заболѣваній придатковъ большею частью не было однороднымъ; легкіе случаи лечили выжидательно, тяжелые оперативно. При такихъ условіяхъ, конечно, невозможно составить себѣ ясную картину теченія гнойныхъ пораженій трубъ при гонорреѣ; лишь тѣ данныя могутъ быть дѣйствительно использованы, гдѣ въ цѣлой *seriè* гонорройныхъ заболѣваній придатковъ *сеида* дѣйствовали выжидательно и никогда даже въ самомъ тяжеломъ случаѣ оперативно. Эти условія были выполнены въ *Zweifel*'евской клиникѣ, и эти отчеты имѣютъ для насъ тѣмъ болѣе клинической интересъ, что контрольныя изслѣдованія были предприняты преимущественно у женщинъ рабочаго класса, которыя большею частью только короткое время могли щадить себя. Если даже въ этихъ наблюденіяхъ кое-гдѣ и произошла ошибка въ діагнозѣ, то, благодаря усовершенствованіямъ, которыя оперативная гинекологія внесла въ нашу діагностику, мы можемъ въ большинствѣ случаевъ считать діагнозъ правильно поставленнымъ.

Въ Лейпцигской клиникѣ выжидательное леченіе трубныхъ заболѣваній, о которыхъ сообщаетъ *Krönig*, было сравнительно простое: въ остромъ стадіи давались сперва слабительныя, преимущественно

salina, такъ чтобы опорожненіе кишечника происходило въ первые дни 4—6 разъ pro die; на животъ кладся пузырь со льдомъ. Если больная лихорадила, если боли были сильныя, то больная оставалась въ постели.

При такомъ леченіи имѣвшаяся при поступленіи лихорадка во всѣхъ случаяхъ спадала, обыкновенно уже черезъ нѣсколько дней; болѣе 30 случаевъ съ отчетливыми трубными мѣшками были подвергнуты этому леченію и контрольному осмотру; даже сильнѣйшія боли въ животѣ успокаивались въ сравнительно короткое время, уже спустя 1—2 недѣли. Въ этомъ подостромъ стадіи назначались затѣмъ ихтиоловые тампоны или горячіе влагалитические души; въ заключеніе назначались горячія сидячія ванны (35—38°). Если имѣлись сильныя кровотеченія при менструаціи, то стиптицинъ въ дозахъ по 0,05 грм. трижды въ день обыкновенно быстро останавливалъ кровотеченіе. Женщины оставляли клинику послѣ 3—8-недѣльнаго пребыванія, потому что страданія настолько улучшались, что онѣ могли справлять, по крайней мѣрѣ, легкую работу.

При этомъ сравнительно простомъ выжидательномъ леченіи можно было уже во время пребыванія въ клиникѣ констатировать значительное уменьшеніе опухолей, зачастую на половину первоначальной величины, такъ что при первомъ повѣрочномъ изслѣдованіи можно было даже подумать о неправильно снятомъ status'ѣ. Такъ какъ едва ли можно предположить, чтобы гнойная sactosalpinx такъ быстро уменьшилась въ объемѣ вслѣдствіе сгущенія или всасыванія гноя, то сильное уменьшеніе опухолей, вѣроятно, обусловливается тѣмъ, что serogeele, которая, по сдѣланнымъ при операціяхъ наблюденіямъ, почти всегда сопутствуетъ sactosalpinx, быстро исчезаетъ отъ постельнаго покоя и противовоспалительнаго леченія. Кромѣ того, величина настоящей опухоли переопредѣляется потому, что прилипшія кишки при бимануальномъ опупываніи причисляются къ трубной опухоли; гнойные трубные мѣшки почти всегда спаяны съ петлями кишекъ, особенно съ flexura sigmoidea; въ виду имѣющагося часто запора, эти отдѣлы кишекъ наполнены каловыми массами и при опупываніи ихъ трудно отграничить отъ ruosalpinx'a; когда затѣмъ помощью слабительныхъ кишки опорожнены, то трубный мѣшокъ кажется значительно уменьшившимся, между тѣмъ какъ главное уменьшеніе надо отнести насчетъ опорожненія приросшихъ кишечныхъ петель.

Полное restitutio in integrum не наблюдалось при 38 контрольныхъ изслѣдованіяхъ Лейпцигской клиники; даже спустя нѣсколько лѣтъ результатъ опупыванія ни въ одномъ случаѣ не былъ нормальнымъ. Въ половинѣ случаевъ, соотвѣтственно всасыванію лежащаго въ Дугласѣ гнойнаго мѣшка, матка лежала въ наклоненіи или загибѣ назадъ широко и крѣпко приросшей настолько, что комбинированными приемами не удавалось привести ее въ антеверсію.

Соотвѣтственно отсутствію нормальнаго status'a половыхъ органовъ, въ случаяхъ Лейпцигской клиники констатировалось безплодіе женщины во все время наблюденія; ни въ единомъ случаѣ не наступила снова беременность. Надо, правда, упомянуть, что наблюденіе иногда длилось только 3—4 года, такъ что этотъ вопросъ еще нельзя считать окончательно рѣшеннымъ. Изъ нѣкоторыхъ клиникъ сообщены болѣе благоприятные результаты относительно позднѣйшихъ беременностей послѣ трубной гонорреи; однако въ этихъ слу-

чаяхъ иногда недостаетъ точнаго указанія первоначальнаго status'a, образовалась-ли дѣйствительно *sactosalpinx* или было только утолщеніе трубы. *Herrmann* сообщаетъ изъ *Küstner*'овской клиники случай двусторонняго гонорройнаго заболѣванія трубы, причемъ для подтвержденія діагноза былъ добытъ проколомъ гной, содержащій гонококки; женщина была польвована выжидательно и впоследствии забеременѣла.

Такимъ образомъ, надо считать въ настоящее время твердо установленнымъ, что въ огромномъ большинствѣ случаевъ, даже послѣ образования хорошо прощупываемыхъ мѣшковъ *pyosalpinx*'а, женщины спустя извѣстное, но слишкомъ продолжительное время освобождаются отъ своихъ страданій; даже если первые явленія настолько бурны, что женщины должны лежать въ постели, все-таки обыкновенно при правильномъ леченіи онѣ уже спустя 3—6 недѣль могутъ вернуться къ своей домашней работѣ.

Нельзя отрицать, что въ послѣдующее время наступаютъ *рецидивы*, припадки болѣе возвращаются и снова отрываютъ женщинъ отъ работы на продолжительный срокъ; но, судя по опыту, возвраты болѣею частью не связаны со столь сильными болями, какъ первые приступы свѣжей, восходящей въ трубы гонорреи.

Въ общемъ можно считать, что въ 90% случаевъ женщины уже спустя годъ окончательно освобождаются отъ страданій. Но остается извѣстный процентъ женщинъ съ трубной гонорреей, у которыхъ трубоспособность годами страдаетъ: онѣ могутъ выполнять легкую работу, но тяжелой работы, особенно полевой, мѣшаетъ боль внизу живота. Часто возвращающіеся при работѣ приступы болѣе, иногда длительныя тягостныя ощущенія въ животѣ угнетаютъ психическое самочувствіе женщины и тѣмъ также существенно подрываютъ рабочую силу. Наиболѣе неблагоприятны въ прогностическомъ отношеніи и потому съ самаго начала расположены къ оперативному вмѣшательству тѣ женщины, у которыхъ впоследствии дана возможность новой инфекціи. Такъ, наихудшіе результаты выжидательное леченіе даетъ у проститутокъ; такія пациентки должны все сынова поступать въ больницу, чтобы подвергаться тамъ леченію; въ промежуточное время страданія также не вполнѣ исчезаютъ, и наконецъ боли при совокупленіи становятся настолько сильны, что всякія половыя сношенія оказываются невозможными. Напротивъ, нечастый *coitus*, практикуемый въ брачномъ сожителствѣ, не оказываетъ повидимому столь неблагоприятнаго вліянія, а это, вѣроятно, обусловливается тѣмъ, что новая *острая инфекція вирулентными* гонококками рѣдко происходитъ.

Для установки показанія къ оперативному вмѣшательству надо далѣе еще разобрать, не можетъ-ли отъ продолжительнаго ожиданія при *очень острыхъ* бурныхъ перитонитическихъ явленіяхъ послѣдовать *смертельный* исходъ вслѣдствіе гонорреи. Кто имѣлъ случай видѣть больную съ гонорройной *pyosalpinx* въ разгарѣ остраго стадія, или тогда, когда свѣжій гнойникъ отъ внезапнаго насилія лопнулъ и гной излился на тазовую брюшину, могъ при видѣ тяжелаго коллапса пациентки подумать, что безъ операціи здѣсь навѣрно надо ждать смерти. Какъ установлено изслѣдованіями *Menge*, *Döderlein*'а, *Bröse*, *Wertheim*'а, излившійся въ брюшную полость гной можетъ вызвать *общій* серозно-гнойный перитонитъ со всѣми присущими ему симптомами. Но такъ какъ до сихъ поръ не наблюдали ни одного смер-

тельного исхода вслѣдствіе общаго гонорройнаго перитонита, то мы можемъ и въ подобномъ случаѣ спокойно выжидать.

Наконецъ, надо еще поднять вопросъ, не показывается ли операція тогда, когда прорываются большіе гнойные мѣшки, въ виду возможности *прободенія* гноя въ сосѣдніе органы, особенно въ кишку. Несомнѣнно и при гонорройной *pyosalpinx* наблюдались прободенія, но, какъ извѣстно изъ опыта, они принимаютъ сравнительно благоприятное теченіе и къ тому же настолько рѣдки, что не могутъ руководить нами при общей постановкѣ показаній къ оперативному леченію мѣшковъ *pyosalpinx*.

У болѣе состоятельныхъ пациентокъ возможность стойкаго излеченія чисто выжидательнымъ путемъ, конечно, еще вѣроятнѣе. Мы можемъ сообщить выше при клиническихъ случаяхъ сравнительно простые средства еще улучшить назначеніемъ грязевыхъ ваннъ, припарокъ изъ фанго, свѣтовыхъ ваннъ и т. п.

Этотъ переворотъ въ возрѣвнiяхъ совершился въ послѣдніе годы у большинства гинекологовъ; особенно *Bumm, Veit, Martin, Fritsch, Küstner* высказались въ томъ смыслѣ, что господствовавшій прежде пессимизмъ въ прогнозѣ гонорройныхъ *pyosalpinx*'овъ не соответствуетъ дѣйствительнымъ условіямъ.

Такъ какъ гонорройное заболѣваніе трубъ съ образованіемъ гноя не угрожаетъ жизни женщинъ, то всякое гонорройное пораженіе придатковъ должно быть принципиально польуемо на первыхъ порахъ выжидательно. Неоперативное леченіе должно быть проведено во всякомъ случаѣ, если женщина поступаетъ подъ врачебное наблюденіе *въ первый разъ*. Вопросъ объ оперативномъ леченіи возникаетъ лишь тогда, когда наблюдались часто рецидивирующіе приступы болей, и женщина по соціальному своему положенію не въ состояніи болѣе достаточно щадить себя физически и оберегать себя отъ новыхъ зараженій (проститутки). У женщинъ болѣе состоятельныхъ классовъ оперативное леченіе тоже выступаетъ на очередь тогда, когда проведенное долгое время выжидательное леченіе не имѣло желаннаго успѣха, и частые рецидивы психически вліяютъ на больную.

Показаніе къ оперативному вмѣшательству будетъ далѣе зависѣть отъ успѣховъ, какіе даетъ оперативное леченіе, а также отъ опасностей и ущерба, которыя операція въ себѣ заключаетъ. Если процентъ смертности отъ оперативныхъ пріемовъ великъ, то мы, разумѣется, только въ крайнемъ случаѣ рѣшимся на операцію при страданіи, которое само по себѣ не угрожаетъ жизни женщины; если первичные оперативные результаты очень благоприятны, а вызванный удаленіемъ больныхъ органовъ ущербъ очень малъ, то мы, конечно, скорѣе возьмемся за ножъ.

Результаты различныхъ оперативныхъ методовъ при гонорройной *pyosalpinx*.

Оперативный образъ дѣйствія при гонорройныхъ гнойныхъ *pyosalpinx*'ахъ продѣлалъ съ теченіемъ времени различныя метаморфозы; въ зависимости отъ взгляда на клиническое значеніе этихъ заболѣваній, смотря по тому, объясняли ли наличные симптомы исключительно пораженіемъ трубъ или же одновременно существующими измѣненіями въ другихъ частяхъ полового аппарата и тазовой брюшины, оперировали то болѣе консервативно, то болѣе радикально;

операція колебалась между простымъ вскрытіемъ мѣшка pyosalpinx до полного искорененія матки, трубъ и яичниковъ.

Вскрытіе со стороны влагалища или при очень большихъ гнойныхъ полостяхъ брюшнымъ путемъ рекомендовали при гонорройныхъ pyosalpinx'ахъ *Kaltenbach, Landau, Freund, Hegar, Lawson Tait* и др.; эти авторы сообщаютъ объ очень благопріятныхъ результатахъ; на послѣднемъ международномъ конгрессѣ въ Римѣ *Vulliet* выразился, что по его даннымъ почти всѣ гнойныя sactosalpinx'a могутъ быть излечены простой пункцией или надрѣзомъ съ дренажемъ.

Въ противоположность этому имѣются многочисленныя сообщенія о неудачныхъ результатахъ. *Schauta* выставилъ возраженія съ теоретической точки зрѣнія; онъ считаетъ невозможнымъ болѣе или мѣнѣе достаточное опорожненіе гноя изъ pyosalpinx съ ея многочисленными бухтами посредствомъ надрѣза и дренажа; въ его клиникѣ понадобились еще послѣдовательныя операціи въ 25⁰/₁₀₀ случаевъ, пользовавшихся инцизией. *Reymier* 56 разъ произвелъ влагалищный надрѣзъ и 23 раза долженъ былъ потомъ предпринять другія болѣе радикальныя операціи; *Ricard* и *v. Rosthorn* на основаніи своихъ клиническихъ данныхъ тоже считаютъ влагалищный разрѣзъ при гонорройныхъ sactosalpinx'ахъ недостаточнымъ, ибо нагноеніе изъ фистулы держится болшею частью очень долго и часто наступаетъ задержка гноя.

Эти почти прямо противоположныя воззрѣнія объясняются, по нашему мнѣнію, тѣмъ, что въ отчетахъ не сдѣлано строгаго разграниченія между разрѣзомъ по поводу гонорройной или септической pyosalpinx, или для вскрытія затечныхъ абсцессовъ въ Дугласѣ. При септическихъ и саприческихъ pyosalpinx'ахъ, при коихъ болшею частью имѣется только *одинъ* крупный гнойный очагъ, а также при абсцессахъ Дугласа послѣ перитифлита однократное вскрытіе обыкновенно сопровождается стойкимъ успѣхомъ; при разрѣзѣ гонорройной pyosalpinx не вскрывается въ сущности настоящая полость абсцесса, стѣнки гнойнаго мѣшка состоятъ изъ отдѣляющихъ слизистыхъ оболочекъ, гдѣ возбудители зачастую сидятъ глубоко въ ткани. Жизнеспособность гонококковъ скорѣе еще поддерживается разрѣзомъ и образованіемъ фистулы, ибо продукты ихъ обмѣна веществъ извергаются изъ трубнаго свища наружу, между тѣмъ какъ въ замкнутыхъ полостяхъ гонококки, какъ извѣстно изъ опыта, очень скоро умираютъ въ ихъ собственныхъ токсинахъ. Если бы даже удалось весь гной выпустить наружу, то воспалительные процессы въ сильно утолщенныхъ трубныхъ стѣнкахъ, а съ этимъ и субъективныя жалобы останутся.

Исходя изъ положенія, что макроскопически наиболѣе отчетливо измѣненные органы, трубы, имѣютъ самое существенное значеніе для субъективныхъ жалобъ больной, стали удалять трубные гнойные мѣшки, оставляя матку и яичники, чтобы избавить женщинъ отъ послѣдствій удаленія этихъ органовъ.

Мы располагаемъ отчетами объ очень большомъ числѣ подобныхъ операцій; результаты въ отношеніи первичной смертности могутъ быть названы отчасти очень благопріятными. У *Zweifel*'я въ двухъ серияхъ, обнимающихъ болѣе 200 случаевъ, смертность колебалась въ предѣлахъ 0,7—1,2%. *Schauta, Rosthorn, Chrobak, Olshausen* и др. также представили очень благопріятные отчеты; смертность колеблется здѣсь между 2 и 5%, причемъ въ пользу сальпингэктоміи при

гонорройныхъ *pyosalpinx*'ахъ надо еще упомянуть, что не всегда сдѣлано строгое разграниченіе между экстирпаціей гонорройной, септической, саптической и туберкулезной *pyosalpinx*.

Надо еще присовокупить, что статистика сальпингэктоміи различныхъ авторовъ не всегда составлена по одному плану, такъ какъ одни брали для вычисленія процента смертности лишь тѣ случаи, въ которыхъ дѣйствительно констатировался въ большемъ или меньшемъ количествѣ гной въ просвѣтѣ трубы, между тѣмъ какъ другіе использовали для статистики и тѣ гонорройныя заболѣванія придатковъ, гдѣ при первомъ изслѣдованіи были найдены значительныя опухоли, но послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго выжидательнаго леченія гной исчезъ и при операціи уже не констатировался.

Непосредственный эффектъ сальпингэктоміи болѣею частью паразитическій, особенно тогда, когда больныя поступили въ клинику въ стадіи обостренія гонорройнаго процесса и тотчасъ были оперированы.

Лишь только первая боль, которую приноситъ съ собою чрезвѣстное само по себѣ, улеглась на 3 — 4-й день послѣ операціи, жестокія боли въ животѣ, бывшія до операціи, почти совершенно исчезли.

Но окончательныя результаты не соотвѣтствуютъ первичному успѣху; послѣ оставленія клиники на 3—4-й недѣлѣ послѣ операціи зачастую уже констатируется легкая чувствительность къ давленію въ области трубныхъ угловъ; матка тоже нерѣдко болѣзненна при давленіи. Въ послѣдующее время возвращаются часто бывшія раньше неправильныя кровотеченія между регулами и во время самой менструаціи; половыя сношенія становятся одинаково болѣзненны, какъ и до операціи. Несомнѣнно бываютъ случаи, въ которыхъ женщины окончательно освобождаются отъ страданій; но болѣею частью вслѣдствіе рецидивирующихъ приступовъ болѣе результатовъ не удовлетворительныхъ. Подобныя же наблюденія сообщены другими операторами: *Fritsch*, *Hegar*, *Martin*, *Winter*, *Landau* и др. сообщаютъ объ омраченіи результатовъ образованіемъ такъ назыв. эксудатовъ культуры (*Stumpf-exsudate*) по бокамъ матки. Эти эксудаты не суть послѣдствіе произошедшей во время операціи инфекціи и появляются, даже если температурная кривая обнаруживаетъ вполне нормальное теченіе; первоначально они вызываютъ лишь незначительныя жалобы, но въ послѣдствіи становятся источникомъ новыхъ страданій.

Früsch и другіе операторы надѣялись предупредить эти приступы болѣе, изсѣкая клинообразно интерстиціальную часть трубы и обшивая брюшиной; но и этимъ не удалось улучшить результаты *salpingektomii*.

Выясненію этихъ рецидивовъ послѣ экстирпаціи трубныхъ гнойныхъ мѣшковъ особенно способствовали работы *Wertheim*'а и *Menge*. *Wertheim* первый доказалъ, что наше прежнее воззрѣніе о биологій гонококка *Neisser*'а, какъ исключительнаго паразита *слизистой оболочки*, невѣрно, но что гонококкъ способенъ распространяться и въ міометрій, а черезъ него на периметрій и тазовую брюшину. Итакъ, если послѣ экстирпаціи трубъ маточная гоноррея еще продолжается, или если вирулентные гонококки заносятся въ маточную полость черезъ новое заразительное совокупленіе, то они могутъ, даже если путь по слизистой оболочкѣ вслѣдствіе изсѣченія трубъ заложенъ, заразить тазовую брюшину сквозь маточную ткань; мы имѣемъ тогда

острую маточную гоноррею съ симптомами метроррагій и бѣлей, далѣе явленія гонорройнаго періоофорита и пельвиперитонита съ рецидивирующими приступами коликообразныхъ болей.

Послѣдствіемъ этого возрѣнія было то, что мало-по-малу перешли къ болѣе радикальнымъ средствамъ для излеченія трубной гонорреи; стали удалять съ трубами и яичники, чтобы наконецъ предпринять самую радикальную операцію: удаление матки, трубъ и яичниковъ. Результаты здѣсь оказались лучшіе.

Наибольшая серія операцій, о результатахъ которыхъ мы освѣдомлены, произведены *Schauta*. Послѣдній насчитываетъ 56% полныхъ излеченій послѣ экстирпаціи трубъ съ удаленіемъ обоихъ яичниковъ, но съ оставленіемъ матки; результатъ омрачается здѣсь только продолженіемъ бѣлей и метроррагій, несмотря на удаление обоихъ яичниковъ. Поэтому въ позднѣйшей серіи операцій по поводу гонорройныхъ заболѣваній придатковъ *Schauta* удалялъ не только трубы и яичники, но и матку; только эта радикальная операція дала ему дѣйствительно удовлетворительные результаты. Этотъ радикальный образъ дѣйствій нашель поддержку преимущественно у американскихъ операторовъ, такъ, напр., *Baldy* и *Polk*, а также горячую защиту *Krug'a* на собраніи американскаго гинекологическаго общества. Замѣнивъ salpingo-oophorectomia радикальной операціей, *Schauta* получилъ до 80% стойкихъ излеченій.

Къ сожалѣнію, изъ отчетовъ *Mandl'a* и *Bürger'a*, которые сообщаютъ объ этихъ операціяхъ *Schauta*, не видно, что они понимаютъ подъ стойкимъ излеченіемъ; они довольствуются обыкновенно заявленіемъ, что столько-то и столько-то процентовъ женщинъ не имѣли никакихъ жалобъ; но здѣсь, очевидно, надо понимать отсутствіе чисто *мѣстныхъ* симптомовъ, ибо ни послѣ salpingo-oophorectomi'i, ни послѣ радикальной операціи не можетъ быть и рѣчи о полномъ освобожденіи отъ страданій, такъ какъ эти операціи въ большинствѣ случаевъ были произведены у женщинъ въ расцвѣтѣ половой зрѣлости, а уже послѣдствія кастраціи значительно разстраиваютъ общее состояніе женщины.

Мы можемъ, слѣдовательно, изъ сообщеній *Mandl'a* и *Bürger'a* только заключить, что *мѣстныя* страданія при гонорройныхъ заболѣваніяхъ полового аппарата лучше и вѣрнѣе всего устраняются радикальнымъ удаленіемъ матки, трубъ и яичниковъ, и что salpingo-oophorectomia даетъ здѣсь не столь благоприятные результаты, какъ радикальная операція.

Процентъ смертности при salpingo-oophorectomia и радикальной операціи не разнится существеннымъ образомъ; правда, трудно представить здѣсь сравнительную статистику, ибо, какъ мы уже упоминали, въ отчетахъ объ оперативномъ леченіи гнойныхъ трубъ обыкновенно не различаютъ строго, пла-ли рѣчь о гонорройномъ или септическомъ гноѣ, былъ-ли вообще гной во время операціи или оперировали только изъ-за остатковъ стараго воспаления; кромѣ того, смертность существенно зависитъ также отъ выбранной техники. При описаніи отдѣльныхъ оперативныхъ методовъ мы еще остановимся нѣсколько подробнѣе на статистикѣ смертности; здѣсь же мы хотѣли бы только констатировать, что смертность послѣ радикальной операціи въ общемъ не выше, чѣмъ послѣ удаленія только трубъ и яичниковъ, такъ что изъ этого сопоставленія нельзя дѣлать вывода въ пользу той или другой операціи.

Изъ вышесказаннаго вытекають для выбора операций при гонорройныхъ заболѣваніяхъ придатковъ слѣдующія заключенія. Если женщина находится въ концѣ періода половой зрѣлости (конецъ 3-го или начала 4-го десятка), если тяжесть страданій и социальныя условія понуждаютъ насъ произвести операцию, то несомнѣнно самый радикальный пріемъ обезпечиваетъ намъ наилучшій успѣхъ; явленія отъ выпаденія функціи органовъ у этихъ женщинъ не такъ выступаютъ на передній планъ, чтобы это могло значительно разстроить общее состояніе.

Напротивъ, у женщинъ въ расцвѣтъ половой жизни мы оцѣниваемъ эти явленія (*Ausfallerscheinungen*) такъ высоко, что радикальная операція здѣсь запрещается во всѣхъ случаяхъ; мы рекомендуемъ здѣсь, послѣ тщательнаго выжидательнаго леченія, экстирпацію однѣхъ трубъ, даже считаясь съ тѣмъ обстоятельствомъ, что послѣ этого вслѣдствіе выпота въ культѣ, рецидивирующаго периметрита и т. д. окончательный результатъ не столь благопріятенъ. Какъ показалъ *Abel* на результатахъ Лейпцигской клиники, и послѣ этой операціи часто констатируется существенное улучшеніе субъективныхъ жалобъ; повидимому, во многихъ случаяхъ напряженіе гнойныхъ трубныхъ мѣшковъ и есть преимущественная причина сильныхъ коликообразныхъ болей.

Если при операціи яичники оказываются воспалительно измѣненными, то надо ихъ спокойно оставить, въ ожиданіи, что отъ покоя въ постели и послѣдующаго антифлогистическаго леченія воспалительныя явленія исчезнутъ. Если страданія послѣ этого совершенно не улучшаются, если состояніе женщины становится невыносимымъ, то можно потомъ еще присоединить радикальную операцію.

Salpingo-oophorectomia bilateralis остается только для тѣхъ совсѣмъ рѣдкихъ случаевъ, когда состояніе женщины не допускаетъ нѣсколько больше длящейся радикальной операціи—удаленія трубъ, яичниковъ и матки.

Вскрытіе гнойника при двусторонней гонорройной *pyosalpinx* мы совершенно отвергаемъ. Мы не отрицаемъ, что видѣли отъ этого иногда улучшеніе, однако мы согласны съ *Veit*омъ, что всегда существуетъ опасность прободенія трубы, кромѣ того *quoad longitudinem* результаты въ общемъ слѣшкомъ плохи.

Техника различныхъ операций.

При описаніи различныхъ техническихъ пріемовъ мы начинаемъ съ радикальной операціи—экстирпаціи трубъ, яичниковъ и матки, какъ той операціи, которая вѣрнѣе всего устраняетъ субъективные симптомы, вызванные гонорройными заболѣваніями придатковъ. Радикальная операція можетъ быть предпринимаема либо влагалищнымъ, либо брюшнымъ путемъ. Для большинства случаевъ, особенно при наличности обширныхъ сращеній, избирають путь сверху; о разграниченіи обоихъ методовъ будемъ говорить ниже.

Брюшная радикальная операція.

Брюшная радикальная операція представляется въ существенныхъ чертахъ различной, смотря по тому, предпринимаемъ-ли мы вмѣстѣ съ удаленіемъ придатковъ только надвлагалищную ампутацію матки или полную экстирпацію органа. Выгодную сторону надвлагалищной ампутаціи можно усматривать въ томъ, что техника здѣсь въ общемъ нѣсколько проще; но именно при хроническихъ за-

болѣваніяхъ придатковъ съ сильными сращениями получается то невыгодное послѣдствіе, что необходимый тампонный дренажъ во влагалище не можетъ быть выполненъ столь правильнымъ и надежнымъ образомъ съ хорошимъ оттокомъ книзу, какъ при одновременномъ удаленіи шейки. Далѣе намъ представляется не лишнимъ значенія фактъ оставленія шейки, которая служить столь хорошимъ убожищемъ и столь хорошей питательной почвой для гонококковъ; во-первыхъ, гоноррея шейки можетъ поддерживать тягостныя бѣли и во-вторыхъ, нельзя совсѣмъ отрицать, что по своимъ біологическимъ свойствамъ гонококки могутъ изъ шейки попасть въ тазовую брюшину и вызвать рецидивирующій пельвиперитонитъ. Поэтому мы предпочитаемъ надвлагалищной ампутаціи полную экстирпацію матки.

Для технического выношенія важно, освобождаемъ-ли мы *сначала* сросшіяся *sactosalpinx*'ы изъ сращеній и затѣмъ уже производимъ полную экстирпацію матки, или же мы, какъ *первый* актъ операціи, удаляемъ матку, чтобы затѣмъ отдѣлить приросшіе къ тазовой стѣнкѣ придатки. Мы соглашаемся вполне съ наблюденіями *Faure* и *H. A. Kelly*, что высвобожденіе сросшихся придатковъ и мѣшковъ *pyosalpinx* идетъ гораздо легче, когда матка не сидитъ болѣе неподвижно на влагалищѣ; поэтому мы поступаемъ по возможности такъ, что *сначала* удаляемъ матку и *затѣмъ* уже приступаемъ къ придаткамъ.

Такимъ образомъ мы можемъ матку первично удалить по *способу Douen'a*, причемъ освобождаемъ задній Дугласъ отъ сращеній и затѣмъ, какъ это описано при міомэтоміи, вскрываемъ сагиттальнымъ разрѣзомъ сверху влагалищный сводъ. Послѣ этого влагалищная часть вывихивается черезъ заднюю рану кверху, шейка отдѣляется отъ пузыря и параметрія, и описаннымъ тамъ способомъ матка экстирпируется. Затѣмъ освобождаются придатки.

При сросшихся придаткахъ этотъ способъ представляетъ затрудненія въ томъ отношеніи, что не легко изъ-за сильныхъ сращеній вскрыть задній Дугласъ сверху; шейка также плохо высвобождается, ибо изъ-за неподвижности матки она очень трудно вывихивается кверху.

Поэтому мы считаемъ болѣе правильнымъ во всѣхъ этихъ случаяхъ замѣнить способъ *Douen'a* способомъ *Faure*, который главнымъ образомъ основывается на *расщепленіи* матки. Мы совѣтуемъ по его образцу производить экстирпацію матки съ сильно сросшимися придатками въ слѣдующей предложенной *Krönig*'омъ модификаціи.

Какъ первый актъ операціи тѣло матки, которое двумя парами *Museux*'евскихъ щипцовъ (см. рис. 111) оттянуто нѣсколько кверху и по возможности перегнуто черезъ симфизъ впередъ, разсѣкается ножомъ какъ-разъ по срединной линіи по задней ея стѣнкѣ до вскрытія маточной полости. Если держаться точно средней линіи, то кровотеченіе еле замѣтно; если нѣкоторые сосудики брызжутъ, то толща перерѣзанной стѣнки захватывается *Ségon*'овскими зажимами. Затѣмъ разрѣзаютъ прямыми крѣпкими ножницами, одна вѣтвь которыхъ введена въ маточную полость, держась все средней линіи, нижнюю часть тѣла матки и всю шейку до задняго свода, послѣ предварительнаго отдѣленія сращеній. Затѣмъ захватываютъ стѣнку перерѣзанной шейки щипцами съ обѣихъ сторонъ и раздвигаютъ цервикальный каналъ; благодаря этому становится одновременно доступной глазу верхняя часть влагалищной трубки и передняя маточная губа (см. рис. 112).

Теперь разсѣкаютъ также крѣпкими ножницами по срединной

ливій переднюю стѣнку матки и шейки, начиная съ дна. Когда конецъ ножницъ доходитъ до мѣста перехода брюшины на пузырь, то послѣдній послѣ расщепленія переходной складки сдвигается тупо впереди. Расщепленіе и спереди продолжается до влагалища. Передняя влагалищная стѣнка разсѣкается ножницами у самой portio vag.,



Рис. 111. Начало расщепленія матки для полной экстирпации при хроническихъ заболѣваніяхъ придатковъ.

вслѣдствіе чего обѣ половины матки, послѣ того еще какъ были перерѣзаны боковыя прикрѣпленія влагалища, становятся хорошо подвижными. Теперь, начиная снизу, отдѣляютъ параметрій мелкими,

поверхностными надрѣзами отъ шейки; брызжущая а. uterina захватывается и перевязывается; теперь матка еще виситъ только на широкой связкѣ и на приросшихъ придаткахъ (см. рис. 113). Затѣмъ при легкомъ потягиваніи за каждую половину матки высвобождаютъ снизу и по срединѣ sactosalpinx'ы съ яичниками изъ ихъ сращеній; такимъ образомъ отдѣленіе совершается поразительно легко даже при самыхъ обширныхъ сращеніяхъ. Съ перевязкой а. spermatica



Рис. 112. Расщепленіе задней стѣнки до свода закончено.

экстирпація закончена. Упрекъ, сдѣланный этому методу, будто изъ маточной полости можетъ произойти инфекция раны, неоснователенъ, такъ какъ мы вѣдь знаемъ, что матка, помимо гонококковъ, свободна отъ зародышей.

Если кровотеченіе изъ разорванныхъ брюшинныхъ сращеній вполне остановлено, то щели клѣтчатki перитонизируются посредствомъ

соединенія непрерывнымъ швомъ обоихъ листковъ брюшины; брюшина пузыря соединяется съ передней влагалищной стѣнкой, брюшина Дугласа съ задней влагалищной стѣнкой, и наконецъ сшиваются задняя и передняя влагалищныя стѣнки нѣсколькими катgutовыми узловатыми швами. Если кровоостанавливаніе изъ отдѣленныхъ срощеній вполнѣ удалось, то не дренируютъ.

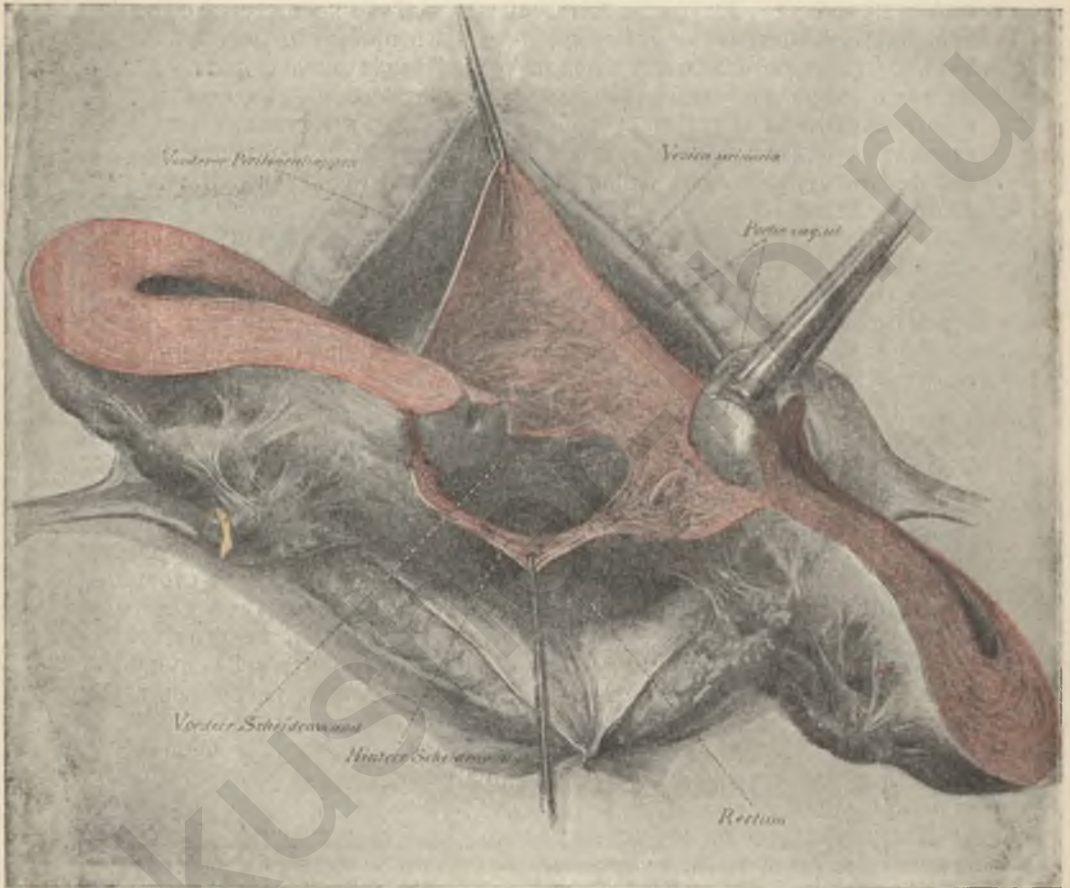


Рис. 113. Расщепленіе продолжено и на переднюю стѣнку. Начало высвобожденія шейки изъ параметрія.

Если оно не вполнѣ удастся, то примѣняется тампонный дренажъ, который выводится во влагалище. Тогда поступаютъ такимъ образомъ, что переднюю и заднюю влагалищныя стѣнки не сшиваютъ; полоску ксероформной марли плотно прижимаютъ къ лежащимъ въ тазу кровоточащимъ раневымъ поверхностямъ, причемъ, по совѣту *Fritsch'a*, располагаютъ полоску по возможности вѣромъ и конецъ ея выводятъ книзу. Чтобы разобщить марлевый тампонъ съ брюшной полостью, надъ нимъ соединяютъ нѣсколькими узловатыми швами брюшину пузыря съ брюшиной задней тазовой стѣнки или *flexurae sigmoideae*.

Если при отдѣленіи *pyosalpinx* вскрылся гнойный мѣшокъ и гной попалъ на брюшину, то спрашивается, понуждаеть-ли насъ подобная случайность къ примѣненію дренажа. Такъ какъ гонококки, какъ извѣстно изъ опыта, не вызываютъ раневой инфекціи, то теоретически нѣтъ основанія дренировать даже тогда, когда имѣются въ гноѣ вирулентные гонококки.

Смертность должна бы быть одинаковая, все равно, удаляютъ-ли содержащія гной трубы или только хронически воспаленные срощенныя придатки. Къ сожалѣнію, мы и здѣсь не имѣемъ соотвѣтственной статистики, опять-таки по той же причинѣ, что въ отчетахъ не разграничиваются этиологически различныя формы. Мы и не такъ скоро получимъ надлежащую статистику, ибо специфическіе возбудители болѣзни скоро погибаютъ въ продуктахъ ихъ собственного обмѣна веществъ, и тогда, разумѣется, по гною нельзя узнать, гоноройнаго-ли онъ или септического происхожденія; между тѣмъ, судя по цѣннымъ изслѣдованіямъ *Werheim'a*, *Menge*, *Kiefer'a*, *Hermann'a* и др., именно въ *pyosalpinx*'ахъ больше чѣмъ въ половинѣ случаевъ гной при операціи уже стерилень.

Если гной еще содержитъ бактеріи, то, для выясненія воздѣйствія гонококковъ на ходъ заживленія раны, мы должны брать только тѣ случаи, въ коихъ *исключительно* эти кокки констатированы въ гноѣ трубъ.

Статистика, насколько ею можно пользоваться, показываетъ слѣдующее: по отчету *Mandl'*я и *Bürger'a* изъ клиники *Schauta*, изъ 239 случаевъ, въ которыхъ была произведена брюшная экстирпація воспалительно пораженныхъ, но не нагноившихся придатковъ, умерло 10 женщинъ, что соотвѣтствуетъ смертности въ 4,19%; на 35 случаевъ, въ коихъ при операціи еще констатировался гной въ трубахъ, оказавшійся, однако, при бактериологическомъ изслѣдованіи стерильнымъ, *Schauta* не имѣлъ ни одного смертнаго случая. Такъ какъ это число сравнительно мало, то мы присоединяемъ тутъ же статистику изъ *Küstner'*овской клиники: здѣсь *Hermann* сообщаетъ о 34 случаяхъ также безъ смертельнаго исхода, такъ что получается серія изъ 69 операцій — правда, изъ двухъ клиникъ — со смертностью въ 0%. Судя по этому, наличность гноя въ трубахъ есть безразличное явленіе для послѣоперационнаго теченія, при условіи, если гной свободенъ отъ зародышей.

Мы упомянули выше, что, судя по біологіи гонококка, для хода заживленія раны гной, *содержащій гонококки*, можетъ быть приравненъ къ *стерильному* гною. Приводимая ниже статистика *съ виду* противорѣчитъ этому взгляду.

Изъ 23 случаевъ клиники *Schauta*, въ которыхъ въ гноѣ удаленныхъ мѣшковъ были найдены гонококки, умерло трое—13%. Изъ этого сравнительно высокаго процентнаго отношенія можно было бы вывести заключеніе, что здѣсь гонококки обусловили смертельный исходъ; однако этотъ выводъ, по нашему мнѣнію, не обязательнъ. Во-первыхъ, мы видимъ въ случаяхъ клиники *Schauta*, въ коихъ предпринималась экстирпація хронически воспаленныхъ придатковъ при отсутствіи всякаго гноя, болѣе высокій процентъ смертныхъ случаевъ (4,19%), нежели въ случаяхъ, въ коихъ удалялись опухоли придатковъ, *содержавшія гной*. Уже отсюда можно заключить, что для высоты процента смертности имѣеть рѣшающее значеніе не одна только наличность гноя, но и другіе факторы, которые лежатъ въ

трудности технического выполнения операціи. При свѣжихъ гонорройныхъ заболѣваніяхъ—а таковыя имѣются, если еще констатируются гонококки въ трубахъ—экстирпація вслѣдствіе обширной поверхности сросшей большою частью труднѣе, нежели въ застарѣлыхъ случаяхъ, въ коихъ гной уже стериленъ вслѣдствіе гибели заразовозбудителей въ ихъ собственныхъ продуктахъ обмена веществъ; кромѣ того, коль скоро воспаление еще свѣжее, кровоостанавливаніе

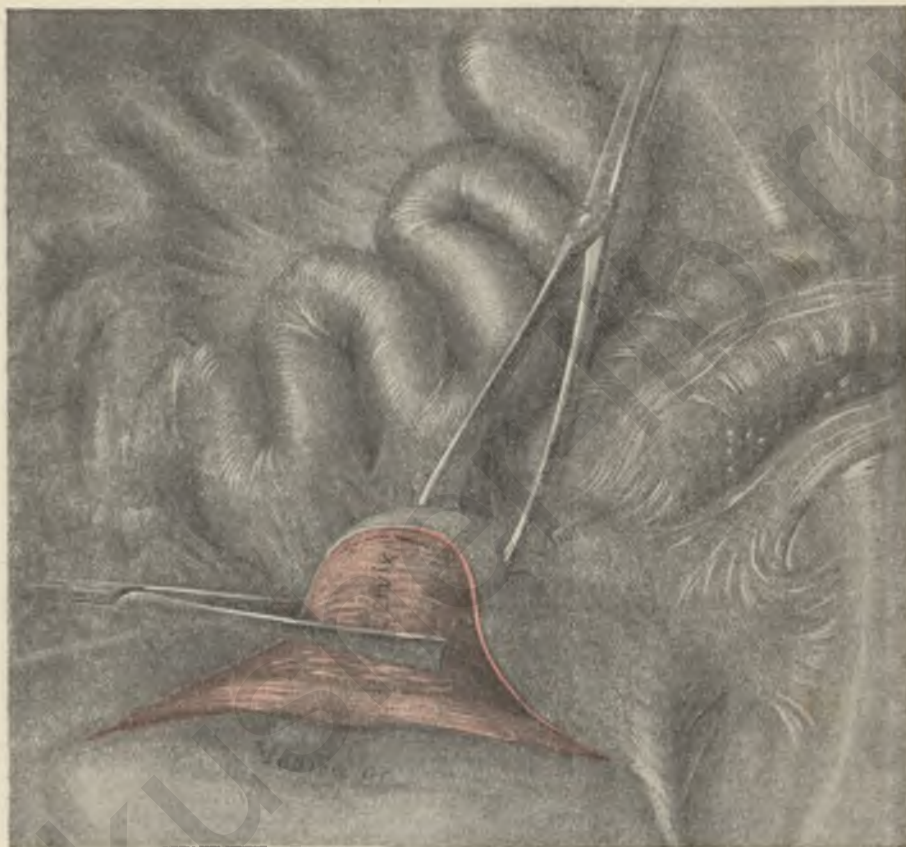


Рис. 114. Надвлагалищная ампутація матки при сильно сросшихся придаткахъ по *Kelly* (John Hopkins Reports).

наталкивается на большія затрудненія, такъ какъ кровоточитъ изъ каждаго малѣйшаго пункта сросшей; это также должно существенно вліять на прогнозъ операціи.

Такимъ образомъ изъ сравнительно дурныхъ первичныхъ оперативныхъ результатовъ послѣ экстирпаціи *содержащихъ гонококки* гнойныхъ опухолей еще нельзя дѣлать заключенія, что специфическіе заразовозбудители, какъ таковыя, ухудшаютъ прогнозъ операціи; поэтому нахожденіе гонококковъ въ удаленныхъ гнойныхъ трубахъ не служитъ также показаніемъ къ дренажу; только неполная остановка кровотечения есть для насъ единственное показаніе къ тампонному дренажу.

При радикальной операціи хроническихъ заболѣваній придатковъ иные операторы предпочитаютъ надвлагалищную ампутацію, такъ, напр., *H. A. Kelly, Terrier* и др. Выгодныя и невыгодныя стороны ея по сравненію съ полной экстирпаціей мы уже упоминали выше и признали себя сторонниками одновременнаго удаленія цервикальной культи. Мы сохраняемъ *amputatio supravaginalis* для тѣхъ случаевъ, когда состояніе женщины дѣлаетъ желательнымъ возможно болѣе быстрое удаленіе тѣла матки и придатковъ.

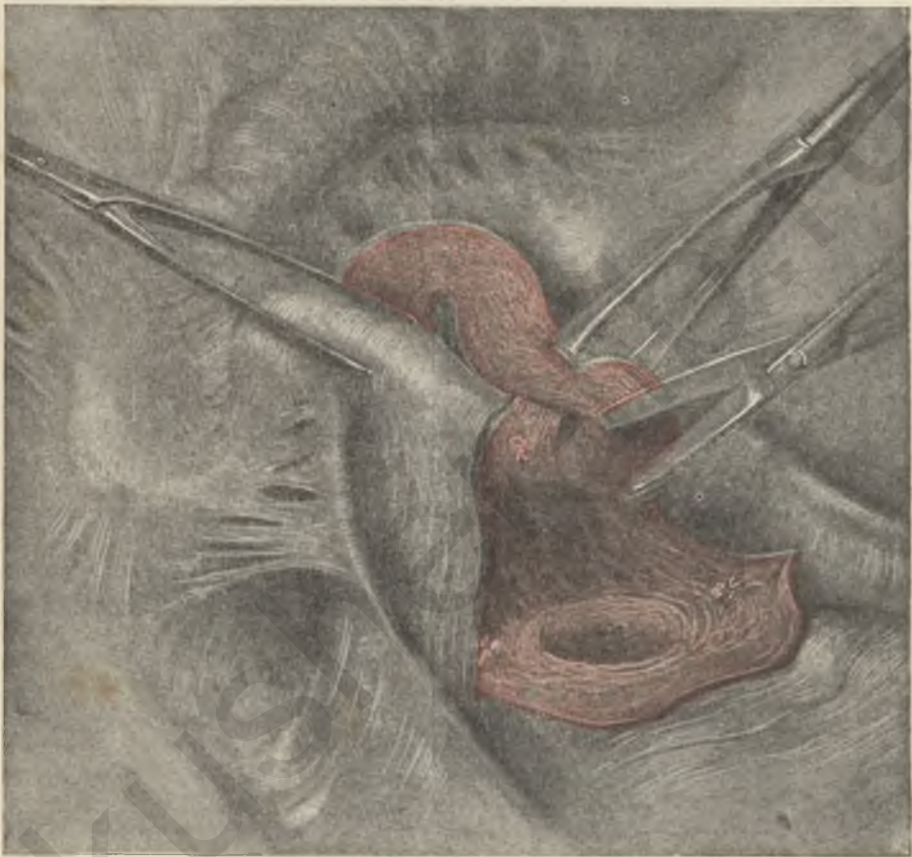


Рис. 115. Расщепленіе матки послѣ надвлагалищной ампутаціи по *Kelly*.

Экстирпація надвлагалищной части тѣла матки вмѣстѣ съ придатками можетъ быть произведена при этомъ различнымъ образомъ.

По *Terrier*, матка захватывается крючковатыми щипцами, широкія связки съ трубами захватываются двумя зажимами вблизи матки и перерѣзываются. Затѣмъ слѣдуетъ, какъ первый актъ операціи, надвлагалищная ампутація матки; для этого перерѣзывается передняя складка брюшины, пузырь тупымъ путемъ сдвигается впередъ, матка отсѣкается тотчасъ надъ шейкой, послѣ того какъ захвачены съ обѣихъ сторонъ *aa. uterinae*. Лишь теперь отдѣляются сросшіея придатки, причемъ по возможности подвигаются снизу и съ середины кверху и всторону.

Н. А. Kelly перенесъ преимущества *hemisectio uteri* также на надвлагалищную ампутацію; онъ справедливо отмѣчаетъ, какъ сильно облегчается отдѣленіе широкихъ сращеній матки и ея придатковъ съ сосѣдними органами, если какъ *первый* актъ операціи разсѣкаютъ тѣло матки по срединной линіи до шейки, затѣмъ *corpus uteri* надвлагалищно отрѣзываютъ и съ мобилизованныхъ маточныхъ половинокъ начинаютъ высвобожденіе придатковъ изъ ихъ сращеній. Технику легко уразумѣть изъ прилагаемыхъ рисунковъ (см. рис. 114—117). Н. А. Kelly дѣлаетъ сперва поперечный разрѣзъ на гра-



Рис. 116. Матка расщеплена на двѣ половины послѣ надвлагалищной ампутаціи по Kelly.

ницѣ пузыря и шейки, дабы разъединить складку брюшины, переходящую съ пузыря на матку; затѣмъ пузырь тупо отдѣляется отъ шейки, и послѣдняя захватывается возможно ниже *Segond'*овскимъ зажимомъ, послѣ того какъ она выдвинута вверхъ изъ влагалища. Теперь вся цервикальная стѣнка разсѣкается поперечнымъ разрѣзомъ въ области внутренняго зѣва, и такимъ образомъ тѣло отдѣляется отъ шейки. Тотчасъ показываются по обѣимъ сторонамъ шейки *aa. uterinae*, которыя захватываются и перевязываются. Затѣмъ съ помощью прямыхъ ножницъ тѣло матки расщепляется на двѣ половины, а именно сперва передняя, а потомъ задняя стѣнка, причемъ осторожно отдѣ-

ляются всё имѣющіяся тамъ сращения. Послѣ раздвоенія матки сросшіяся придатки легко вылуциваются.

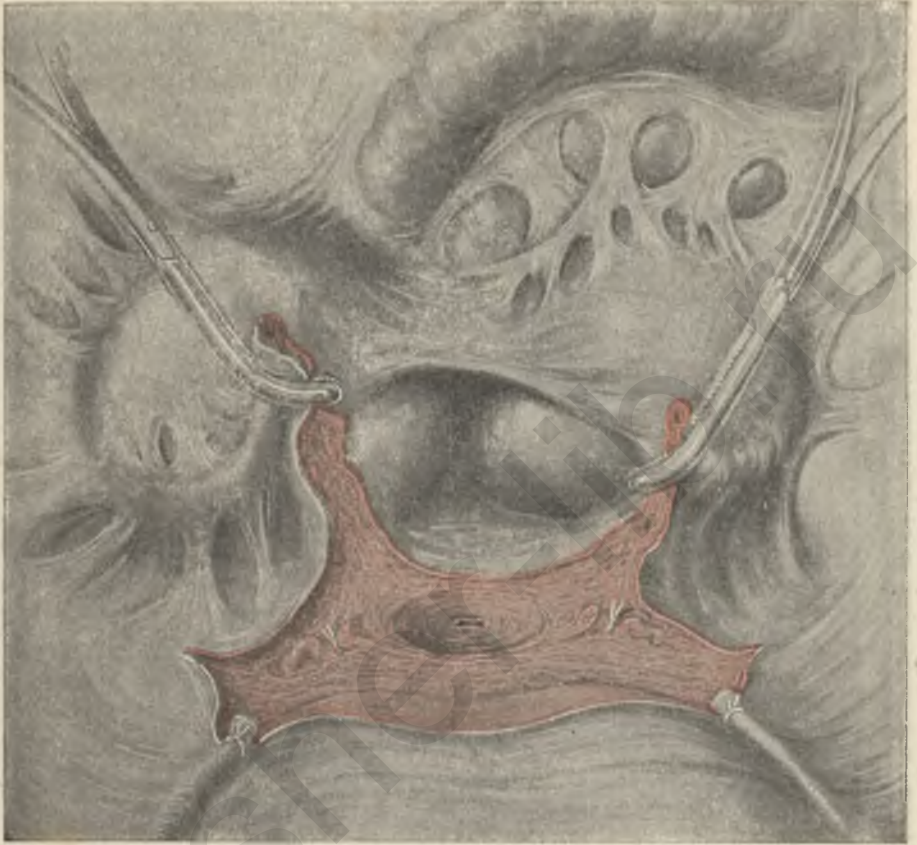


Рис. 117. Матка удалена. Начало отдѣленія сросшихся придатковъ по Kelly.

Влагалищная радикальная операція.

Хорошіе результаты, которые имѣла брюшная радикальная операція для улучшения мѣстныхъ симптомовъ, повели къ тому, что въ извѣстныхъ случаяхъ стали замѣнять радикальную *брюшную* операцію *влагалищной*. Благодаря тому, что матка удаляется первой, доступъ къ воспаленнымъ сросшимся гнойнымъ придаткамъ существенно облегчается, такъ что упрекъ въ недоступности зрѣнію операціоннаго поля, который дѣлаютъ кольпокеліотоміи, здѣсь до извѣстной степени отпадаетъ. Неподвижность воспалительныхъ опухолей придатковъ, которая при кольпокеліотоміи такъ сильно затрудняетъ, даже отчасти дѣлаетъ невозможной перевязку культи, намного уменьшается при одновременной экстирпаціи матки, такъ что *vasa spermatica* становятся доступнѣе надежной перевязкѣ. Если *lig. suspensorium ovarii* дѣйствительно сталъ настолько неподатливъ подъ влияніемъ воспалительнаго процесса, что его нельзя въ достаточной мѣрѣ оттянуть книзу, чтобы наложить лигатуру на *a. ovarica*, то по

удаленіи матки можно остановить кровотеченіе наложеніемъ зажима à demeure на lig. suspensorium.

Влагалищная радикальная операція имѣла предшествующую степень въ операціи Péan'a, который при гнойныхъ заболѣваніяхъ придатковъ рекомендовалъ экстирпацію матки съ одновременнымъ вскрытіемъ лежащихъ въ придаткахъ гнойныхъ полостей. Экстирпація матки служила ему, слѣдовательно, главнымъ образомъ къ тому, чтобы сдѣлать возможнымъ благоприятный дренажъ внизъ. Эта операція, какъ дававшая въ окончательномъ итогѣ слишкомъ дурные результаты, была затѣмъ замѣнена влагалищнымъ удаленіемъ матки вмѣстѣ съ придатками; послѣднюю операцію сперва во Франціи горячо рекомендовали самъ Péan, Segond, Doyen, Faure, Jacobs, въ Германіи преимущественно Schauta, Leopold, Landau и др.

Влагалищная радикальная операція можетъ быть выполнена такимъ образомъ, что дѣлають разрѣзъ вокругъ portio vag., затѣмъ, отслоивъ пузырь и прямую кишку, вскрываютъ передній и задній Дугласъ, чтобы вывихнуть матку либо взадъ, либо впереди. При этомъ, однако, возникаютъ обыкновенно затрудненія, потому что широкая связка вслѣдствіе воспалительнаго процесса очень неподатлива и не допускаетъ поворота матки вокругъ ея фронтальной оси. Поэтому здѣсь можно разсматривать какъ большое облегченіе операціи, если, либо по Doyen'у дѣлать *hemisectio uteri*, либо еще лучше, какъ впервые предложилъ Peter Müller, всю матку расщепить.

Зажимами захватываютъ влагалищную часть и по возможности низводятъ ее къ влагалищному входу, затѣмъ проводятъ поперечный разрѣзъ на мѣстѣ перехода шейки въ передній сводъ. Разрѣзъ проникаетъ черезъ влагалище и отслаиваетъ пузырь отъ шейки возможно дальше. Показывается переходная складка брюшины; послѣдняя приподнимается пинцетомъ и вскрывается изогнутыми ножницами. Если вскрытіе удалось, то вводятъ два пальца въ расширенное отверстіе и отодвигаютъ ими одновременно пузырь въ стороны далеко отъ шейки. Очень часто при сильно сросшихся воспалительныхъ придаткахъ не удается вскрыть передній Дугласъ посредствомъ приподнятія брюшинной складки; тогда сперва только сдвигаютъ пузырь возможно дальше отъ шейки. Теперь въ обоихъ случаяхъ прямыми ножницами разсѣкають переднюю стѣнку матки, причемъ одну вѣтвь ножницъ вводятъ въ цервикальный каналъ, а другую помѣщаютъ снаружи на шейку. Послѣ этого мало-по-малу вывихиваютъ матку впереди, причемъ Péan'овскими крючковатыми щипцами захватываютъ съ обѣихъ сторонъ отъ раневой щели вышележащее мѣсто маточной стѣнки и разрѣзываютъ прямыми ножницами все выше и выше до дна. Съ низведеніемъ и расщепленіемъ передней маточной стѣнки завершается тогда обыкновенно безъ труда вскрытіе даже частично заросшаго передняго Дугласа.

При смѣщеніи дна матки можетъ дѣло дойти вслѣдствіе закручиванія широкой связки къ отрыву хрупкой, воспаленной трубы отъ матки, и вслѣдствіе этого можетъ возникнуть кровотеченіе, которое не легко остановить; точно также при вывихиваніи тѣла матки во влагалищную рану можетъ разорваться вслѣдствіе воспалительной инфильтраціи lig. suspensorium ovarii съ a. ovarica. Поэтому рекомендуется вмѣсто *hemisectio uteri* лучше съ самаго начала предпринять полное разсѣченіе матки, чѣмъ устраняется переключи-

ваніе воспалительно инфильтрированной широкой связки вокругъ ея фронтальной оси.

Полное расщепленіе матки выгодно производить по способу, описанному *Döderlein*’омъ; онъ особенно умѣстенъ въ тѣхъ случаяхъ, когда вслѣдствіе облитераціи передняго Дугласа вскрытіе передней щели брюшины наталкивается на большія затрудненія; благодаря выведенію тѣла матки изъ *задней* щели, отдѣленіе пузыря отъ шейки представляется въ столь простомъ видѣ, что поврежденія пузыря могутъ быть съ увѣренностью избѣгнуты. Методъ этотъ представляетъ также выгоды тогда, когда тѣло матки широко фиксировано сзади въ Дугласѣ. Начинаютъ (см. рис. и описаніе при операциі міомы) съ разсѣченія задней цервикальной стѣнки и, захвативъ *Doyen*’овскими щипцами съ обѣихъ сторонъ разсѣченную стѣнку, тянутъ матку сильно книзу; придерживаясь все время задней стѣнки матки, отдѣляютъ представляющія здѣсь сращения либо тупымъ путемъ, либо подъ руководствомъ глаза острыми инструментами. Такимъ образомъ удается, при осторожномъ срединномъ разсѣченіи задней стѣнки, вставлять во влагалищный разрѣзъ все новыя части и сдѣлать доступными глазу высоко у дна лежащія сращения. Передняя стѣнка матки либо разсѣкается *in situ*, причемъ, какъ описано выше, послѣ отслоенія пузыря разрѣзаютъ пожницами, начиная съ влагалищной части, всю стѣнку по срединной линіи, либо типическимъ образомъ послѣ вывиха тѣла матки изъ задней раневой щели. Последнее возможно только при нѣкоторой подвижности *lig. suspensorium*. Послѣ полного раздвоенія матки каждая половина представляетъ хорошую рукоятку, за которую можно мало-по-малу приблизить придатки къ влагалищному входу при постепенномъ отдѣленіи сращеній. Лигатуры накладываются тогда вокругъ *lig. suspensorium ovarii* при гораздо меньшемъ напряженіи ткани.

На эту выгоду расщепленія, кромѣ *Peter Müller*’а, еще особенно указали *Küstner* и *Queny*. Они сдѣлали такое же наблюденіе, какъ и мы, а именно, что благодаря разсѣченію матки мобилизируется въ высокой степени и что за обѣ половинки матки легко втянуть трубные мѣшки во влагалищный входъ.

Если сильно инфильтрированная подвѣшивающая связка яичника не допускаетъ такого оттягиванія книзу, чтобы можно было достаточно надежно обколотъ а. *ovarica*, то лучше лигатуры замѣнить зажимами *à demeure*.

Границы влагалищной и брюшной радикальной операциі.

Надо признать, что въ болѣе легкихъ случаяхъ *hysterectomy vaginalis* даетъ очень хорошіе и блестящіе результаты; тѣмъ не менѣе она заключаетъ въ себѣ несомнѣнно и недостатки.

Главный недостатокъ мы усматриваемъ въ томъ, что приходится жертвовать маткой уже въ такое время, когда еще не добыто ясное представленіе объ отношеніяхъ въ маломъ тазу; ошибки въ діагнозѣ возможны и не могутъ быть еще избѣгнуты съ увѣренностью даже тогда, когда передній сводъ уже вскрытъ. Конечно, это относится только къ малому проценту случаевъ; во многихъ сомнительныхъ случаяхъ послѣ вскрытія передняго или задняго Дугласа картина болѣзни тотчасъ выясняется.

При влагалищномъ методѣ легче случаются поврежденія кишекъ, ибо ориентированіе въ операціонномъ полѣ не можетъ быть столь благопріятнымъ, какъ при брюшномъ пути. Хотя при совмѣстномъ удаленіи матки доступъ къ малому тазу значительно расширяется, тѣмъ не менѣе нельзя, разумѣется, отрицать, что никогда не можетъ быть такой наглядности, какъ при абдоминальномъ методѣ. Соотвѣтственно этому статистика въ этомъ пунктѣ гласитъ неблагопріятно для влагалищной радикальной операціи. *Schauta* при 220 влагалищныхъ радикальныхъ операціяхъ имѣлъ 6 поврежденій кишекъ, *Landau* на 200 влагалищныхъ радикальныхъ операцій—9 поврежденій кишекъ, *Richelot* на 169 влагалищныхъ радикальныхъ операцій по поводу хроническихъ заболѣваній придатковъ—2 поврежденія кишечныхъ петель.

Правда, при брюшныхъ радикальныхъ операціяхъ также случались поврежденія кишекъ; *Schauta* имѣлъ на 216 случаевъ абдоминальной радикальной операціи 8, *Kosthorn* на 65 брюшныхъ радикальныхъ операцій—4 раза, *Terrier* даже при 90 чревосѣченіяхъ по поводу тазоваго перитонита—18 разъ (= 20%) поврежденія кишекъ.

Но эти процентныя отношенія при влагалищномъ и брюшномъ методѣ не могутъ быть сравниваемы, ибо абдоминальныя операціи, особенно у тѣхъ операторовъ, которые принципиально идутъ влагалищнымъ путемъ, и брюшной выбираютъ лишь тогда, когда первый невыполнимъ, заключають въ себѣ самые тяжелые случаи.

Поврежденія мочеточниковъ встрѣчаются при брюшныхъ и влагалищныхъ радикальныхъ операціяхъ приблизительно съ одинаковой частотой. *Schauta* имѣлъ на 38 брюшныхъ радикальныхъ операцій 1 разъ поврежденіе мочеточника, а на 220 влагалищныхъ радикальныхъ операцій 2 раза.

Статистика смертности при влагалищныхъ радикальныхъ операціяхъ сравнительно благопріятна. *Mandl* и *Brüger* сообщаютъ о 116 случаяхъ влагалищной радикальной операціи съ 3 смертельными исходами = 2,6% смертности. Среди этого матеріала имѣются 78 случаевъ, въ которыхъ придатки обѣихъ сторонъ превратились въ гнойныя опухоли; въ 33 случаяхъ только придатки одной стороны образовали гнойныя мѣшки, между тѣмъ какъ придатки другой стороны обнаруживали только хронически воспалительное измѣненіе. Разумѣется, и здѣсь по вышеозначеннымъ причинамъ сравнительно малый процентъ (2,6) смертности при влагалищной радикальной операціи не можетъ быть прямо сравниваемъ съ статистикой смертности при брюшныхъ радикальныхъ операціяхъ (около 5%).

Мы хотѣли бы оставить для влагалищнаго метода только тѣ случаи, при коихъ опухоли сидятъ низко въ тазу; напротивъ, мы считаемъ болѣе правильнымъ идти брюшнымъ путемъ, если ощупываніе показываетъ, что опухоли или также сросшіяся съ ними кишки поднимаются высоко надъ кольцомъ тазоваго входа. Желать во что бы то ни стало оперировать влагалищнымъ путемъ, даже оставляя части гнойныхъ мѣшковъ, мы считаемъ, принимая во вниманіе окончательные результаты, неправильнымъ. Если *Jacobs* на 149 случаевъ 28 разъ, *Buffart* на 52 случая 34 раза вынуждены были изъ техническихъ основаній на неполное проведеніе влагалищной радикальной операціи, то, по нашему разумѣнію, послѣднія операціи были неправильно предприняты влагалищнымъ

путемъ; онѣ должны быть достояніемъ брюшнаго метода. При этомъ мы признаемъ, что съ нарастаніемъ навыка все больше операцій гнойныхъ заболѣваній придатковъ могутъ быть съ успѣхомъ проведены влагалищнымъ путемъ.

Брюшная экстирпація гнойныхъ мѣшковъ.

Экстирпація гнойныхъ мѣшковъ сверху съ оставленіемъ матки и яичниковъ, образъ дѣйствія, который мы считаемъ показаннымъ для опредѣленныхъ случаевъ у женщинъ въ возрастѣ половой зрѣлости, едва-ли представляетъ другія затрудненія, кромѣ упомянутыхъ уже при абдоминальной радикальной операціи. Высвобожденіе гнойныхъ мѣшковъ производится лучше всего тупымъ способомъ — пальцемъ; къ ножницамъ прибѣгаютъ лишь повременамъ, когда приходится разъединять болѣе плотные тяжи. Экстирпація трубныхъ мѣшковъ зачастую существенно облегчается, если дно матки фиксировать ниткой и поручить ассистенту оттягивать ее кверху. Такъ какъ трубы и яичники болшею частью спаяны въ одну опухоль, то сперва ихъ совмѣстно освобождаютъ изъ срощеній и лишь послѣ того, какъ это удалось, опухоль опять раздѣляютъ на обѣ составныя части: *sactosalpinx* и яичникъ. Если имѣется односторонній овариальный абсцессъ, то мы, конечно, удалимъ и яичникъ; если же двусторонній, то мы производимъ резекцію яичниковъ съ оставленіемъ части паренхимы. Главное стараніе надо положить на тщательную остановку кровотеченія.

Дренажъ и здѣсь показуется лишь тогда, когда не удастся вполне остановить кровотеченіе изъ срощеній; напротивъ, гной съ гонококками и выступленіе стерильнаго гноя въ брюшную полость не можетъ служить показаніемъ къ дренажу.

При неполной остановкѣ кровотеченія дренажъ выполняется такимъ образомъ, что корнцангомъ со стороны влагалища выпячиваютъ задній Дугласъ, затѣмъ широко вскрываютъ его ножомъ сверху въ сагиттальномъ направленіи. Изъ этой щели выводятъ во влагалище вѣерообразно сложенную въ Дугласѣ марлевою полоску и разобщаютъ тампонъ отъ брюшной полости такимъ образомъ, что кладутъ сверху *flextgam* и фиксируютъ ее нѣсколькими узловатыми катгутовыми швами къ маткѣ и къ остатку широкой связки. Дабы не наступила задержка секрета въ осумкованномъ пространствѣ, рекомендуется отверстіе во влагалище поддерживать открытымъ тѣмъ, что наряду съ полоской іодоформной марли продвигаютъ еще изъ влагалища въ Дугласъ Т-образную дренажную трубку.

Оперативные результаты блестящіе. *Zweifel* имѣлъ на 216 брюшныхъ экстирпацій придатковъ, межъ коими, правда, имѣется большое число не-гнойныхъ придатковъ, только 2 смертныхъ случая = 0,93%.

Влагалищная экстирпація гнойныхъ мѣшковъ.

Экстирпація трубъ, пораженныхъ гнойнымъ гонорройнымъ процессомъ, черезъ переднюю или заднюю кольпотомію по способу *Dührsen*'а показуется очень рѣдко. Этотъ путь пригоденъ лишь для тѣхъ случаевъ, въ коихъ трубные мѣшки мало срослись и при бимануальномъ ощупываніи легко смѣщаются книзу. Мы упоминали уже при влагалищной радикальной операціи, что вывихиваніе матки кпереди,

при имѣющемся почти всегда широко въ всестороннемъ срощеніи ея съ сосѣдними частями, удается большею частью лишь тогда, когда производятъ либо половинное, либо полное разсѣченіе матки; мы говорили далѣе, что послѣ удавшагося вывиха матки очень часто хрупкія трубы, вслѣдствіе перекручиванія воспаленной неподатливой широкой связки, отрываются и причиняютъ значительныя затрудненія для кровоостанавливанія. Даже наилучше владѣющимъ влагалищной техникой операторамъ, какъ *Dührssen*, случалось, что они изъ техническихъ основаній должны были захватить и матку. Это столь вѣскіе доводы противъ этой операціи, что мы отвергаемъ влагалищную келіотомію во всѣхъ тѣхъ случаяхъ хроническихъ заболѣваній придатковъ, въ которыхъ констатируются сильныя срощенія матки и гнойныхъ мѣшковъ, и въ которыхъ должно быть приложено все стараніе дѣйствовать консервативно, въ виду юнаго возраста больной.

Съ *послѣдствіями* гонорройныхъ заболѣваній придатковъ, какъ легкія срощенія матки, просто фиксированныя ретрофлексіи, можно, конечно, хорошо справиться влагалищнымъ путемъ.

Оперативныя мѣры при септическихъ и саприческихъ піосальпинксахъ.

По сравненію съ частотой гонорройныхъ *pyosalpinx*'овъ, гнойныя скопленія въ трубахъ, обусловленные септическими и саприческими процессами, относительно очень рѣдки. Они обязаны своимъ происхожденіемъ либо пуэрперальнымъ процессамъ, либо внутриматочнымъ оперативнымъ пріемамъ. Антибактеріальная сила цервикальнаго секрета при обыкновенныхъ условіяхъ настолько велика, что восхожденіе септическихъ, саприческихъ зародышей изъ влагалища черезъ матку въ трубы не имѣетъ мѣста. Зараженіе трубъ гематогеннымъ путемъ также въ высшей степени невѣроятно, ибо здѣсь обычно нѣтъ подходящихъ условій для поселенія и дальнѣйшаго развитія занесенныхъ изъ крови бактерій. Мы видимъ, правда, что въ тканяхъ, которыя болѣе или менѣе выключены изъ питанія, напр. въ міомахъ, въ содержимомъ оваріальныхъ опухолей, могутъ осѣсть инфекция гематогеннымъ путемъ, но при нормальной слизистой оболочкѣ трубы это едва-ли мыслимо.

О частотѣ септическихъ процессовъ въ трубахъ намъ потому трудно составить себѣ представленіе, что большая часть септическихъ процессовъ не доходитъ до операціи и излечивается самопроизвольно, такъ что ускользаетъ отъ нашей регистраціи; далѣе, именно септическія *pyosalpinx*'ы, повидимому, очень скоро утрачиваютъ своихъ специфическихъ развозбудителей вслѣдствіе того, что они гибнутъ въ своихъ токсинахъ. Между тѣмъ септической гной мы можемъ до сихъ поръ отличить отъ гонорройнаго только находженіемъ специфическихъ зародышей. При саприческомъ гноѣ, правда, мы можемъ по запаху заключить объ этиологіи даже и тогда, когда бактеріи уже погибли въ своихъ токсинахъ.

Для оперативнаго вмѣшательства тѣ случаи, которые возникаютъ съ острыми явленіями въ раннемъ пуэрперіи или вскорѣ за внутриматочными манипуляціями, имѣютъ мало значенія; здѣсь на переднемъ планѣ клинической картины стоятъ септическіе процессы въ маткѣ и тазовой брюшинѣ, такъ что процессъ въ трубахъ для хода заболѣванія почти безразличенъ. Участіе трубы въ септическомъ про-

цессъ выражается обыкновенно въ томъ, что она *in toto* утолщена; изъ открытаго еще большею частью брюшнаго конца трубы легко выдавливается гнойный секретъ, въ которомъ въ большомъ числѣ находятся стрептококки или бактеріи гніенія. Если бы мы хотѣли здѣсь дѣйствовать оперативнымъ путемъ, то вопросъ могъ бы возникнуть, разумѣется, только о влагалищной полной экстирпации септической матки съ трубами; но для прогноза и выполненія этой операціи сопутствующій процессъ въ трубахъ совершенно не имѣетъ значенія, вотъ почему операція здѣсь и не приводится.

При леченіи септической *pyosalpinx* насъ больше занимаютъ хроническія протекающіе случаи. Возникающій въ раннемъ пуэрперіи эндометритъ можетъ протекать при менѣ бурныхъ обще-септическихъ явленіяхъ; бывшія вначалѣ обильныя гнойныя выдѣленія и повышеніе температуры мало-по-малу пропадаютъ, и женщины покидаютъ постель и клинику. Зачастую лишь спустя недѣли больныя снова обращаются къ врачу по поводу болей въ животѣ. При ощущеніи опредѣляются большею частью съ одной стороны, иногда съ обѣихъ сторонъ большія или меньшія трубныя опухоли, которыя срослись съ кишечными петлями и стѣнками малаго таза. Образование опухоли часто связано съ новымъ подъемомъ температуры.

Въ этихъ хроническихъ случаяхъ можетъ, разумѣется, скорѣе возникнуть вопросъ объ оперативномъ леченіи, и такъ это дѣйствительно и было. Но подобно тому, какъ при гонорройныхъ *pyosalpinx*'ахъ, и здѣсь въ послѣднее время все больше и больше стали ограничивать частоту оперативнаго вмѣшательства, причѣмъ на первомъ планѣ плохіе *первичные* результаты были причиной того, что оперативный методъ стали замѣнять выжидательнымъ.

Тамъ, гдѣ при операціи *pyosalpinx* констатированы стрептококки въ секретѣ, смертность даже послѣ простаго абдоминальнаго удаленія гнойныхъ мѣшковъ ужасающе велика. Мы располагаемъ значительной статистикой *Jung*'а изъ Грейфсвалдской клиники; процентъ смертности послѣ влагалищнаго или брюшнаго удаленія *pyosalpinx* столь высокъ, что *Jung* справедливо совѣтуетъ по возможности стремиться здѣсь къ выжидательному леченію. Неоднократно цитируемая нами статистика *Mandl*'я и *Bürger*'а изъ клиники *Schantz* тоже показываетъ, что смертность послѣ операцій *pyosalpinx* падаетъ въ общемъ по преимуществу на тѣ случаи, въ которыхъ найдены были стрептококки въ гноѣ.

Мы вполне присоединяемся къ выводамъ *Jung*'а; мы также придерживаемся того убѣжденія, что лишь только трубныя опухоли признаны за септическія или саприческія *pyosalpinx*'ы, надо по возможности дѣйствовать выжидательно или по крайней мѣрѣ консервативно.

Если выжидательный образъ дѣйствія не ведетъ къ цѣли, т. е. если общее состояніе женщины значительно страдаетъ отъ длительной лихорадки, то какъ оперативный методъ выступаетъ на очередь только *вскрытіе полости абсцесса*. При септическихъ и саприческихъ *pyosalpinx*'ахъ условія для разрѣза гораздо благоприятнѣе, чѣмъ при гонорройныхъ и туберкулезныхъ формахъ, такъ что уже съ теоретической точки зрѣнія мы можемъ обѣщать себѣ отъ этой операціи наилучшій успѣхъ. Если при гонорройныхъ гнойныхъ мѣшкахъ мы отвергли принципъ «*ubi pus, evasca*», то при септическихъ *pyosalpinx*'ахъ мы его дѣлаемъ путеводной нитью для нашего вмѣшательства. Такъ какъ септическая *pyosalpinx* часто односторонняя и обыкновенно одно-

полостная, а не раздѣлена перетяжками на нѣсколько камеръ, то условия для полного опорожненія гноя очень благоприятны. Даже, если обѣ трубы превращены въ гнойные мѣшки, мы все-таки большею частью въ состояннн еще при правильной техникѣ доставить посредствомъ разрѣза оттокъ гною.

Для септической и сапрической *pyosalpinx* *инцизия* есть избранная операція, причемъ вскрытіе возможно какъ со стороны влагалища, такъ и черезъ брюшныя стѣнки; оба пути приемлемы при условнн, если трубный мѣшокъ лежитъ не слишкомъ далеко отъ влагалищнаго свода или передней брюшной стѣнки.

Влагалищный разрѣзъ есть простѣйшій путь тогда, когда *sactosalpinx* лежитъ недалеко отъ задняго Дугласа, какъ это большею частью и бываетъ. Здѣсь мы поступаемъ слѣдующимъ образомъ: въ зеркалѣ вставляется задній сводъ, захватывается задняя губа и оттягивается нѣсколько къ симфизу и книзу; затѣмъ Дугласъ вскрывается либо сагиттальнымъ разрѣзомъ, либо для большей наглядности къ нему присоединяется еще поперечный разрѣзъ. Дугласъ всегда склеенъ, и *sactosalpinx* непосредственно прилегаетъ къ заднему своду. Длинную пункционную иглу вкалываютъ на томъ мѣстѣ, гдѣ ощущается болѣе или менѣе отчетливая флюктуація; при проталкиванн чувствуютъ тотчасъ, если игла попадаетъ въ полость; если при высасыванн поршневымъ шприцемъ обнаруживается гной, то на иглу прямо надѣвается троакаръ *Landau*¹⁾ (см. рис. 118) и продвигается съ легкимъ давленіемъ; когда закрытый инструментъ проскользнулъ въ полость абсцесса, то бранши раскрываютъ, и гной вытекаетъ. Послѣ истеченія гноя опредѣляютъ бимануальнымъ изслѣдованіемъ, не прощупываются ли возлѣ опорожненной полости еще другіе замкнутые мѣшки. Если констатируютъ еще одну прилегающую опухоль съ отчетливой флюктуаціей, то снова дѣлаютъ проколъ либо прямо со стороны полости, либо нѣсколько сбоку отъ влагалищнаго разрѣза и такимъ же образомъ вскрываютъ второй абсцессъ.

Послѣдовательное леченіе простое. Промыванн не должны быть примѣняемы ни во время операціи, ни въ періодѣ направленія изъ-за опасности прониканія промывной жидкости въ брюшную полость; зато надо заботиться о достаточномъ дренажѣ. Вставивъ въ *Doyen*'овскомъ зеркалѣ мѣсто разрѣза и захвативъ стѣнку абсцесса, туго выполняютъ полость длинной полоской ксероформной марли и выводятъ полоску во влагалище. Чтобы обезпечить оттокъ секрета изъ влагалищной щели, которая имѣетъ наклонность спадаться, вводятъ наряду съ полоской ксероформной марли еще Г-образную дренажную трубку. Марлевый тампонъ удаляютъ обыкновенно на 10-й день post op.; болѣе раннее удаленіе необходимо тогда, если на 3—4-й день появляется повышеніе температуры; тогда можно съ увѣренностью



Рис. 118. Троакаръ *Landau*.

¹⁾ Троакаръ *Laroyenne* устроенъ подобнымъ же образомъ.

ожидать, что позади тампона застоялся секретъ. Если теперь на операціонномъ столѣ черезъ зеркало вынуть марлю, то зачастую выливается влѣдъ за ней масса зловонной жидкости, доказательство того, что марля дѣйствуетъ не дренирующимъ, а только тампонирующимъ образомъ. Теперь обыкновенно не нужно больше вкладывать свѣжій марлевый тампонъ, а достаточно оставить *in situ* T-образную трубку, которая уже раньше была вложена.

Если гной со стороны влагалища недостижимъ, то общее состояніе женщины можетъ въ иныхъ случаяхъ побудить насъ вскрыть гнойную полость *брюшинымъ путемъ*. Мы тѣмъ легче рѣшимся на это вмѣшательство, если комбинированное изслѣдованіе дѣлаетъ вѣроятнымъ, что абсцессъ лежитъ недалеко отъ передней брюшной стѣнки. Гнойные очаги имѣютъ часто значительные размѣры именно при септическихъ и сапрыхическихъ процессахъ, если рѣчь идетъ не о чистыхъ трубныхъ мѣшкахъ, а о трубно-яичниковыхъ абсцессахъ.

Разрѣзъ можно вести по бѣлой линіи. Если при вскрытіи живота подтверждается діагнозъ, что стѣнка абсцесса лежитъ недалеко отъ передней брюшной стѣнки, то отслаиваютъ *peritoneum parietale* въ нижнемъ углу раны на нѣкоторомъ протяженіи отъ *fascia transversa* и мобилизованную такимъ образомъ брюшину нашиваютъ нѣсколькими тонкими шелковыми швами на стѣнку абсцесса, такъ что остается для надрѣза пространство, шириною въ палецъ; остальная часть брюшной раны закрывается обычнымъ образомъ. Если нѣтъ настоятельнаго показанія къ немедленному вскрытію абсцесса, то въ нижнюю часть раны продвигаютъ тампонъ до стѣнки абсцесса и только спустя сутки вскрываютъ гнойникъ въ отграниченномъ полѣ. Здѣсь тоже отказываются отъ всякаго промыванія и только заботятся о достаточномъ оттоцѣ кверху съ помощью марли и T-образной трубки. Въ періодъ поправленія женщину кладутъ съ нѣскольکو приподнятой верхней частью туловища, дабы давленіемъ кишки сжимать стѣнки абсцесса. Непосредственный эффектъ обыкновенно тотъ, что температура критически спадаетъ къ нормѣ, но въ итогѣ результаты при брюшномъ вскрытіи не соответствують первоначально возлагавшимся на нихъ надеждамъ, ибо оттокъ гноя недостаточный; зачастую остается гноящийся брюшной свищъ, который и спустя мѣсяцы не закрывается, такъ что большею частью нельзя обойтись безъ вторичной операціи. Но рискъ этой вторичной операціи значительно меньше; благодаря продолжительному безлихорадочному періоду, общее состояніе женщины улучшилось; опасности наркоза и длительной операціи для сердца уже не такъ велики. Эта вторичная операція состоитъ въ экстирпаціи гнойныхъ мѣшковъ, которая иногда удается безъ вскрытія свободной брюшной полости, ибо склеившіяся кишки образуютъ кверху крышу. Прогнозъ этой вторичной операціи очень благоприятенъ.

Если гнойные мѣшки лежатъ ниже въ маломъ тазу, то мы, вмѣсто продольнаго разрѣза, выбираемъ поперечный разрѣзъ надъ симфизомъ. Мы разрѣзаемъ кожу, фасцію и прямыя мышцы поперекъ, близъ мѣста ихъ прикрѣпленія къ симфизу. Брюшина широко вскрывается поперекъ выше пузыря, причемъ надо старательно избѣгать пораненія послѣдняго. Послѣ вскрытія брюшины въ положеніи больной съ приподнятымъ тазомъ пузырь обыкновенно опускается далеко кверху и къ крестцу. Дабы оградить отъ вторичной инфекціи особенно склонную къ ней рыхлую клѣтчатку между пузырямъ и лон-

нымъ соединеніемъ, тотчасъ соединяють густо расположенными катгуттовыми узловатыми швами брюшину пузыря съ нижнимъ краемъ перерѣзанной брюшной фасціи. Благодаря отдѣленію прямыхъ мышцъ отъ симфиза, верхняя часть передней брюшной стѣнки сильно опускается къ крестцу, и теперь легко возможно употребить *peritoneum parietale* верхняго лоскута для перекрышки малаго таза. Это можно произвести либо такимъ образомъ, что *peritoneum parietale* сшиваются съ верхушкой торчащей изъ малаго таза опухоли; либо же подобно тому, какъ это еще будетъ подробно описано при операціи рака, малый тазъ совершенно опорожняють отъ петель тонкихъ кишекъ и соединяють *peritoneum parietale* передней брюшной стѣнки съ приетѣночнымъ листкомъ задняго Дугласа на уровнѣ *linea terminalis*. Эта покрывка малаго таза, которую предложили *Schede, Amann, Mackenrodt, Bardenheuer* и которую мы примѣняли во многихъ случаяхъ при операціи рака (см. рис. 45), имѣетъ недостатки, которые тамъ будутъ изложены подробнѣе, а именно: брюшинная перегородка очень тонка, и легко могутъ образоваться потомъ прободенія при кашлѣ. Во всякомъ случаѣ эта опасность при операціи септическихъ *pyosalpinx*овъ значительно меньше, ибо брюшинная крыша можетъ прислониться къ остающейся маткѣ и т. д. и здѣсь найти опору.

Послѣ отдѣленія малаго таза отъ брюшной полости, операція можетъ состоять либо въ простомъ вскрытіи трубнаго мѣшка, либо въ экстирпаціи гнойныхъ мѣшковъ. Брюшинная перегородка защищаетъ брюшную полость отъ инфекціи и смягчаетъ шокъ отъ операціи тѣмъ, что во все продолженіе операціи кишки не приходятъ въ прикосновеніе съ атмосфернымъ воздухомъ. Если экстирпація гнойныхъ мѣшковъ удалась безъ того, чтобы гной попалъ въ раневую полость, то, разумѣется, брюшной лоскутъ тотчасъ отдѣляютъ и закрываютъ брюшную рану, соединяя брюшину съ брюшиной, фасцію съ фасціей и кожу съ кожей. Если гной попалъ, то, какъ описано при брюшной операціи карциномы, брюшинный лоскутъ оставляють сзади, а брюшную рану закрываютъ только отчасти, соединяя по сторонамъ шелковыми швами фасцію съ фасціей и кожу съ кожей, напротивъ, посрединѣ рана остается открытой, и отсюда вводится въ раневую полость большая полоска ксероформной марли.

Если брюшина передней брюшной стѣнки тонка, то брюшинный лоскутъ можно еще подкрѣпить одновременнымъ сшиваніемъ поверхностной фасціи передней брюшной стѣнки съ брюшиной Дугласа. Этотъ лоскутъ даетъ, разумѣется, гораздо большую гарантію противъ прорыва кишекъ при кашлѣ въ замкнутое въ маломъ тазу пространство, большую гарантію противъ проникновенія заразныхъ зародышей изъ полости абсцесса малаго таза въ полость брюшины, абсолютное обезпеченіе отъ некроза покровнаго лоскута.

Эти методы имѣють съ другой стороны большіе недостатки. Техника не проста. Брюшинный лоскутъ съ передней брюшной стѣнки не лежитъ прочно прикрѣпленнымъ на брюшинѣ Дугласа; некроза лоскута, если взята одна брюшина, нельзя съ увѣренностью избѣгнуть; все это моменты, которые побуждаютъ насъ по возможности обходить подобные приемы. Мы должны, пока возможно, отерочивать оперативное вмѣшательство и рѣшаться на операцію только тогда, когда общее состояніе этого безусловно требуетъ. Чѣмъ дольше мы ждемъ, тѣмъ съ большей увѣренностью мы можемъ разсчитывать, что заразительность и вирулентность гнойныхъ кокковъ и бактерій

гниенія пропала. Какъ показали изслѣдованія *Menge*, *Wertheim'a*, *Kiefer'a* и др., именно септическихъ и сеприческихъ бактерій обыкновенно скоро умирають въ замкнутыхъ трубныхъ мѣшкахъ въ ихъ собственныхъ продуктахъ обмѣна веществъ; правда, *Kiefer* привялъ 9-мѣсячный срокъ за мѣрило, при которомъ можно лишь съ увѣренностью рассчитывать на утрату вирулентности: но столь долгій промежутокъ отъ начала инфекции до смерти бактерій бываетъ лишь въ очень рѣдкихъ, исключительныхъ случаяхъ.

Если мы для экстирпаціи септическихъ трубныхъ мѣшковъ выбрали сложный методъ разрѣза съ образованіемъ покровнаго лоскута и если находимъ при операціи, что гной стерилень, то мы безъ надобности усложняли операцію. Поэтому спрашивается, не можемъ-ли мы уже до операціи получить приблизительныя свѣдѣнія о заразительности гноя.

Наблюденіе температурныхъ кривыхъ не можетъ, къ сожалѣнію, служить въ этихъ случаяхъ путеводной нитью; изъ 71 не лихорадившихъ женщинъ у 17, по изслѣдованіямъ *Menge*, находился еще въ трубныхъ мѣшкахъ гной, содержащій зародыши. Также мало можетъ насъ убѣдить лихорадочное состояніе больной въ томъ, что гной содержитъ микробы, такъ какъ изъ 35 лихорадящихъ больныхъ у 14 гной былъ стерилень. Тѣмъ не менѣе наблюденіе температурныхъ кривыхъ даетъ возможность сдѣлать извѣстныя заключенія: вполне отказаться отъ нихъ, какъ этого желаютъ нѣкоторые, не приходится. Пока больная лихорадитъ, мы, по возможности, даже при сильныхъ жалобахъ ея, будемъ стараться дѣйствовать выжидательно, такъ какъ мы знаемъ, что въ большинствѣ этихъ случаевъ гной содержитъ зародыши.

Въ новѣйшее время пытались получить счисленіемъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ свѣдѣнія объ инфекціозности гноя. Этотъ приемъ можетъ быть, послужить въ еще большей мѣрѣ для установленія показаній при гной содержащихъ опухоляхъ придатковъ. Мы уже привыкли въ клиникахъ въ Тюбингенѣ и Фрейбургѣ откладывать операцію при содержаніи въ крови большого количества лейкоцитовъ на возможно отдаленный срокъ; правда, и это вспомогательное средство часто измѣняетъ намъ, такъ какъ, по изслѣдованіямъ *Heinsius'a* и *Панкова*, иногда въ крови содержаніе лейкоцитовъ увеличено, когда гной безплоденъ.

Когда мы имѣемъ возможность добраться до гнойнаго очага пункцией черезъ влагалище, бактериологическое и бактериоскопическое изслѣдованіе гноя необходимо передъ предполагаемой операціей. Опасность, которую видятъ въ этомъ приемѣ, не существуетъ, въ чемъ мы вполне согласны съ *Küstner'*омъ; само собой разумѣется, что не слѣдуетъ производить пункции въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ можно опасаться сильнаго кровотеченія или вскрытія сосѣднихъ органовъ (мочевого пузыря, мочеточниковъ, кишки); но мы будемъ въ полномъ правѣ проникнуть въ гнойный очагъ чередъ задній Дугласъ при помощи длинной пункционной иглы. Пораненіе кишки, уколъ маточной артеріи или мочеточника никогда не наблюдались нами во многихъ сотняхъ случаевъ. Выгода пункции настолько велика, что мы готовы считаться даже съ опасностями, возникающими при ней; какъ только мы получаемъ посредствомъ пункции гной, мы сѣемъ его на общеупотребительныя среды и изслѣдуемъ микроскопически. Во всѣхъ случаяхъ слѣдуетъ прибѣгать къ выращиванію и ан-

аэробныхъ культуръ, такъ какъ, по изслѣдованіямъ *Menge*, какъ-разъ въ гноѣ саприческихъ трубныхъ мѣшковъ встрѣчаются обязательно анаэробныя бактеріи. Если микроскопическое изслѣдованіе мазковъ, а также культуры даютъ отрицательные результаты, то можно считать гной, если не свободнымъ отъ зародышей, то все-таки асептическимъ, такъ какъ, насколько намъ до сихъ поръ извѣстно, все септическія и саприческія бактеріи доступны обычнымъ методамъ окрашивания и культивирования. Въ зависимости отъ результатовъ изслѣдованія, показаніе къ операци, равно какъ и техника ея будутъ согласоваться съ выше изложенными принципами.

Туберкулезныя заболѣванія придатковъ. Туберкулезъ половыхъ органовъ.

Если мы соединяемъ вопросъ о заболѣваніяхъ туберкулезомъ придатковъ съ таковымъ объ оперативномъ леченіи туберкулеза половой сферы вообще, то это дѣлается потому, что туберкулезъ трубъ, какъ мы увидимъ дальше, въ большинствѣ случаевъ сопровождается другими туберкулезными пораженіями половыхъ органовъ. Такимъ образомъ отдѣльное изложеніе оперативнаго леченія туберкулеза трубъ было бы несовсѣмъ удобнымъ.

Для леченія туберкулеза половой сферы чрезвычайно важно знать, какой точки зрѣнія мы придерживаемся въ вопросѣ относительно частоты появленія первичнаго туберкулеза половыхъ органовъ. Для того, чтобы получить несомнѣнные доказательства въ этомъ направленіи, далеко недостаточно клиническихъ данныхъ, хотя они и производятъ впечатлѣніе убѣдительности; недостаточны и данныя операци, такъ какъ у живой больной никогда нельзя доподлинно установить, не имѣется-ли гдѣ-либо въ организмѣ маленькаго гнѣздышка, послужившаго начальной точкой заболѣванія. Для точнаго рѣшенія этого вопроса можно пользоваться только данными вскрытій. Первичное гнѣздо можетъ оказаться настолько зажившимъ, что не вызываетъ клинически больше никакихъ симптомовъ; напр., туберкулезныя лимфатическія железы могутъ быть обызвествленными и все-таки изъ нихъ могъ развиться туберкулезъ половой сферы путемъ переноса черезъ кровь.

Интересъ гинекологовъ въ этомъ направленіи былъ возбужденъ монографіей *Hegar*'а о туберкулезѣ половой сферы настолько, что, благодаря его заслугѣ, мы имѣемъ въ настоящее время сравнительно большое количество наблюденій. Со времени этой монографіи наши воззрѣнія немало измѣнились. Въ то время, какъ *Hegar* считалъ, что первичный туберкулезъ половой сферы встрѣчается довольно часто, настаивая на зараженіи путемъ сношеній, въ настоящее время все болѣе ограничиваютъ возможность появленія первичнаго заболѣванія, особенно послѣ того, какъ *Atani* вновь разобралъ тщательно касающуюся этого вопроса литературу въ докладѣ, читанномъ на международномъ конгрессѣ въ Римѣ. *Atani* идетъ въ своихъ заключеніяхъ такъ далеко, что даже отрицаетъ почти совсѣмъ первичный туберкулезъ половыхъ органовъ. По его взгляду первичное гнѣздо въ большинствѣ случаевъ слѣдуетъ искать въ бронхіальныхъ железахъ. «Туберкулезъ половой сферы женщины есть частичное явленіе туберкулеза железъ, главнымъ образомъ легочной области». Рядомъ съ туберкулезомъ железъ встрѣчается въ большинствѣ, случаевъ, по

его мнѣнію, чахотка легкихъ вмѣстѣ съ туберкулезомъ половой сферы; хотя докладчики по тому же вопросу *Veit* и *Martin* и не принимаютъ этой крайней точки зрѣнія, однако все же они склоняются къ тому же мнѣнію.

Предположенія *Amann*'а въ значительной степени подкрѣпляются данными патолого-аватомовъ: *Bollinger*, *Ribbert*, *Schmorl*, *Aschiff* не видѣли ни одного несомнѣннаго случая первичнаго туберкулеза половыхъ органовъ у взрослыхъ.

Вполнѣ понятно, что первичный туберкулезъ *можетъ* появиться въ половой сферѣ, напр., при сношеніи путемъ переноса туберкулезнаго сѣмени. Этотъ взглядъ получаетъ какъ будто даже подкрѣпленіе въ случаяхъ *Hegar*'а, *Menge*, *Glockner*'а и *Franqué*; тѣмъ не менѣе, до сихъ поръ, не наблюдался ни одинъ безусловно достовѣрный случай такого первичнаго пораженія.

Для постановки показаній къ оперативному вмѣшательству, кромѣ того, необходимо еще знать, что туберкулезъ полового аппарата излечивается самостоятельно. Каждый операторъ неоднократно видитъ при операціяхъ, которыя производятся по другимъ показаніямъ, старыя туберкулезныя гнѣзда въ Дугласѣ или въ трубахъ, въ которыхъ при микроскопическомъ изслѣдованіи находится закончившійся исцѣленіемъ туберкулезъ.

Къ сожалѣнію, собранный до сихъ поръ въ литературѣ матеріаль недостаточенъ великъ, чтобы можно было судить о *частотѣ* исцѣленій при выжидательномъ леченіи. Мы имѣемъ одну болѣе крупную работу *Sellheim*'а, собраннаго 58 случаевъ туберкулеза полового аппарата, изъ которыхъ въ 31 случаѣ леченіе велось палліативно; но количество больныхъ, надъ которыми велось болѣе или менѣе продолжительное наблюденіе, и у него настолько мало, что нельзя вывести никакого обязательнаго заключенія. Одно лишь явствуетъ изъ этихъ изслѣдованій, что туберкулезъ половой сферы имѣетъ немалую склонность къ самоисцѣленію.

Зная, что туберкулезъ половой сферы въ немаломъ количествѣ случаевъ подверженъ самоисцѣвленію, затѣмъ, что при экстирпаціи пораженныхъ туберкулезомъ половыхъ органовъ первичный инфекціонный очагъ врядъ-ли удалится изъ организма, мы должны вывести заключеніе, что въ каждомъ случаѣ туберкулеза половой сферы, на первыхъ порахъ, слѣдуетъ предпринять общее леченіе. При выжидательномъ леченіи нужно пользоваться тѣми же цѣлебными факторами, къ которымъ прибѣгаютъ при леченіи чахотки: гигиеническій образъ жизни, свѣжій воздухъ, помѣщеніе въ санаторіяхъ, установленіе наивозможно лучшихъ условій питанія и т. д. Если при такомъ общемъ леченіи состояніе больной улучшается, то слѣдуетъ отказаться съ всякаго оперативнаго вмѣшательства.

Если же замѣчается склонность къ остановкѣ процесса, и если туберкулезъ половой сферы вызываетъ рѣзкія жалобы и недомоганія, вслѣдствіе, напр., неправильныхъ кровотеченій, которыя неблагоприятно вліяютъ на общее состояніе женщины, если затѣмъ наблюдаются преходящіе подъемы температуры, которые, съ большой вѣроятностью, объясняются имѣющимся туберкулезомъ полового аппарата, то *можетъ* возникнуть вопросъ объ оперативномъ леченіи этого страданія. Однако до оперативнаго вмѣшательства всегда слѣдуетъ обратить особенное вниманіе на первичное гнѣздо, исходя изъ того факта, что туберкулезъ полового аппарата есть страданіе вторичное. Если при-

ходится предположить, что первичное гнѣздо въ значительной степени участвуетъ въ истощеніи силъ больной, если затѣмъ приходится опасаться, что оперативное вмѣшательство будетъ имѣть дурное вліяніе на туберкулезъ, то и тогда слѣдуетъ воздерживаться отъ операціи. Особенно неблагоприятнымъ осложненіемъ является туберкулезное пораженіе легкихъ; пока процессъ въ нихъ прогрессируетъ, нельзя и думать объ оперативномъ леченіи туберкулеза половой сферы. *Polano* еще недавно указалъ, на основаніи изслѣдованій въ клиникѣ въ Грейфсвальдѣ, что послѣ операціи вторичнаго туберкулеза полового аппарата первичное легочное страданіе почти всегда ухудшается.

Все-таки съ первичнымъ заболѣваніемъ при туберкулезѣ полового аппарата не приходится считаться въ той мѣрѣ, какъ этого желаютъ нѣкоторые операторы, чтобы усматривать въ *каждомъ* клинически доказанномъ туберкулезномъ заболѣваніи другихъ органовъ противопоказаніе къ оперативному вмѣшательству при туберкулезѣ половой сферы. Операція можетъ быть даже показана при одновременномъ заболѣваніи легкихъ, если мы имѣемъ дѣло со старымъ и осумковавшимся процессомъ легочныхъ верхушекъ.

Для технического исполненія операціи при туберкулезѣ половой сферы чрезвычайно важно принять къ свѣдѣнію, что туберкулезъ распространяется въ половыхъ органахъ женщины почти всегда въ *нисходящемъ* направленіи, совершенно аналогично тому, какъ распространяется онъ въ мужскихъ половыхъ органахъ, гдѣ нисходящее его направленіе доказано экспериментально *v. Baumgarten*'омъ. Пораженіе почти всегда начинается съ трубъ; съ нихъ уже переходитъ на матку и, въ очень рѣдкихъ случаяхъ, на влагалище. *Meretti* находилъ изъ 172 случаевъ туберкулеза половой сферы въ 157 пораженіе трубъ. Хотя и имѣется нѣсколько наблюденій кажущагося первичнаго туберкулеза матки безъ заболѣванія трубъ, напримѣръ, въ случаяхъ *Glockner*'а, *Michaelis*'а, *Dührssen*'а и т. д., въ которыхъ при полномъ удаленіи матки придатки находились совершенно непораженными, однако не слѣдуетъ забывать, что туберкулезъ трубъ можетъ быть уже настолько излеченнымъ, что первичное пораженіе матки является лишь кажущимся. Мы еще недавно имѣли въ пользованіи въ Фрейбургской клиникѣ случай туберкулеза матки, въ которомъ, еще годъ тому назадъ, былъ установленъ выскабливаніемъ туберкулезъ эндометрія. Въ этомъ случаѣ удаленныя вмѣстѣ съ маткой трубы представляли лишь незначительныя измѣненія. Только послѣ многихъ срѣзовъ удалось микроскопическимъ путемъ найти въ трубѣ старое осумковавшееся туберкулезное гнѣздо. Въ этомъ случаѣ туберкулезъ трубы, слѣдовательно, зажилъ въ значительной степени, въ то время какъ туберкулезъ матки еще существовалъ. *Ribbert* также заявляетъ въ своей новой работѣ: «Такимъ образомъ туберкулезъ трубъ, къ которому *вторично* присоединяется *туберкулезъ матки*, врядъ-ли когда-либо получаетъ исходную точку во влагалищѣ».

Какъ часто сопровождается туберкулезъ трубъ вторичнымъ туберкулезомъ матки въ настоящее время еще не выяснено. Туберкулезъ матки вызываетъ часто анатомически и клинически лишь незначительныя измѣненія въ ней. Туберкулезный эндометритъ протекаетъ часто подъ видомъ простаго, гляндюлярнаго эндометрита и становится во многихъ случаяхъ недоступнымъ для распознаванія, если не производится, какъ этого справедливо требуетъ *Amann*, при-

вивки выскобленныхъ кусочковъ морскимъ свинкамъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи выскобленныхъ кусочковъ слизистой, большей частью обращаютъ вниманіе лишь на то, не имѣется ли злокачественнаго новообразованія слизистой, не заботясь о томъ, нѣтъ-ли въ данномъ случаѣ и туберкулезнаго воспаления. Какъ *Amann*, такъ и *v. Rosthorn* предполагаютъ, что вторичный туберкулезъ матки встрѣчается, должно быть, чаще, чѣмъ это предполагалось до сихъ поръ. Къ ихъ мнѣнію въ полной мѣрѣ присоединяется и *Martin*. По *Russel'*ю, матка почти всегда поражена при туберкулезѣ трубъ.

По новѣйшимъ изслѣдованіямъ *Wolff'a*, *Schottländer'a*, *Pape*, *Polano*, яичники поражены при туберкулезѣ трубъ чаще, чѣмъ это предполагалось прежде на основаніи макроскопическихъ данныхъ. *Martin* находилъ туберкулезъ яичниковъ въ 51%, *Orthmann*—въ 33% случаевъ туберкулеза полового аппарата, *Polano* находилъ въ сравнительно большомъ количествѣ случаевъ туберкулеза трубъ поражение яичниковъ въ 66%. Однако, яичники, повидимому, противостоятъ болѣе обширнымъ измѣненіямъ паренхимы туберкулезными палочками довольно долго, въ то время какъ слизистая трубы является особенно хорошей средой для ихъ развитія, такъ какъ въ ней мы находимъ далеко зашедшія разрушенія ткани, начиная съ творожистыхъ измѣненій до образованія гнойныхъ мѣшковъ. Эти мѣшки могутъ получить огромные размѣры: *Stehmann*, напримѣръ, приводитъ одинъ случай, гдѣ изъ трубъ было удалено 2 литра гноя.

Такъ часто встрѣчаемое сочетаніе туберкулеза трубъ съ туберкулезными заболѣваніями другихъ частей половой сферы наводятъ насъ на мысль удалять при оперативномъ изсѣченіи туберкулезныхъ мѣшковъ одновременно яичники и матку.

Простой макроскопическій осмотръ яичниковъ и ощупываніе матки во время операціи, равно какъ и предварительное выскабливаніе такимъ образомъ еще недостаточны для утвержденія того, что въ этихъ органахъ не имѣется также туберкулеза. Если въ будущемъ, послѣ точныхъ микроскопическихъ изслѣдованій, дѣйствительно окажется, что туберкулезъ яичниковъ встрѣчается по меньшей мѣрѣ въ 66% случаевъ вмѣстѣ съ туберкулезомъ трубъ, то нужно будетъ, въ интересахъ радикальнаго удаленія туберкулезнаго гнѣзда, въ каждомъ случаѣ оперативнаго вмѣшательства при туберкулезѣ трубъ удалять и яичники.

За такое радикальное леченіе говоритъ и клиническій опытъ. *Sellheim* доказалъ на основаніи контрольныхъ изслѣдованій женщинъ, оперированныхъ въ Фрейбургской клиникѣ по поводу туберкулеза половой сферы, что у подвергшихся возможно радикальной операціи больныхъ наблюдаются болѣе прочные результаты леченія мѣстнаго туберкулеза. *Hegar* и его ученики *Sellheim*, *Allerthum*, *Bullius* дѣлаютъ потому заключеніе, что, если уже братья за ножъ, то слѣдуетъ стремиться удалить заболѣвшіе придатки вмѣстѣ съ маткой. *Veit* также приходитъ въ выше названномъ докладѣ къ заключенію, что если уже прибѣгать къ операціи, то слѣдуетъ удалять лучше всего яичники, трубы и матку одновременно: «Если вообще удалять, то радикально». Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ операція производилась не радикально, *Veit* наблюдалъ въ своихъ случаяхъ долго незакрывавшіяся фистулы, которыя въ значительной мѣрѣ умалили удачный исходъ операціи.

Правда, очень трудно рѣшиться приступить къ радикальному леченію, такъ какъ дѣло касается въ большинствѣ случаевъ молодыхъ индивидовъ, а какъ разъ цвѣтущій періодъ половой зрѣлости, отъ 20 до 30 лѣтъ, особенно предрасположенъ къ туберкулезу половой сферы. У такихъ молодыхъ кастрированныхъ женщинъ приходится наблюдать въ весьма сильной степени послѣдствительныя явленія отъ выпаденія функціи яичниковъ.

Пока предполагали, что самоисцѣленіе при туберкулезѣ половой сферы наступаетъ рѣдко, до тѣхъ поръ не находили возможнымъ считаться съ упомянутыми явленіями при выборѣ оперативнаго вмѣшательства; но въ виду того, что точка зрѣнія въ этомъ вопросѣ измѣнилась, то приходится строго взвѣсить, имѣя дѣло съ столь молодыми субъектами, необходимо-ли вообще радикальное вмѣшательство, или его можно избѣжать.

Изсѣченіе однѣхъ только трубъ у этихъ молодыхъ особъ врядъ-ли можно считать обезображивающей операціей, такъ какъ, судя по собранному до сихъ поръ наблюденіямъ, туберкулезъ трубъ все равно вызываетъ безплодіе, притомъ длительное. Затѣмъ, число случаевъ, въ которыхъ послѣ простой экстирпаціи трубъ у молодыхъ особъ наблюдалось значительное улучшеніе и даже стойкое излеченіе туберкулезнаго процесса половой сферы, не слишкомъ мало; мы приведемъ изъ литературы благополучно протекшіе случаи послѣ экстирпаціи однѣхъ только трубъ *Menge* изъ Лейпцигской и *Rare* изъ Гиссенской клиники. Если туберкулезъ трубъ не перестаетъ заражать все снова и снова матку, то туберкулезъ послѣдней относительно часто заканчивается у такихъ молодыхъ индивидовъ самоизлеченіемъ. Кромѣ того, незначительныя измѣненія въ яичникахъ при туберкулезѣ трубъ позволяютъ думать, что туберкулезъ имѣетъ здѣсь большую склонность къ исцѣленію.

Мы формулируемъ нашу точку зрѣнія такимъ образомъ: оперативное вмѣшательство при туберкулезѣ половой сферы у молодыхъ особъ должно быть, по возможности, отсрочено и замѣнено общимъ леченіемъ. Если мѣстный процессъ неуклонно ухудшается, и если показана операція согласно выше изложеннымъ принципамъ, то таковая должна, по возможности, ограничиться удаленіемъ трубныхъ мѣшковъ. У женщинъ же средняго возраста начиная съ 35 лѣтъ, иногда даже съ начала 30 лѣтъ, умѣстно, если вообще имѣется показаніе къ операціи, возможно радикальное вмѣшательство. Въ этихъ случаяхъ мы воспользуемся выгодой, которая получается вслѣдствіе благоприятнаго при кастраціи измѣненія обмѣна веществъ, сказывающагося въ увеличенномъ отложеніи жира.

Послѣ каждой операціи туберкулеза половой сферы, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда мы удаляемъ однѣ только трубы, дальнѣйшее общее, укрѣпляющее организмъ леченіе крайне желательно. Если социальныя условія больной позволяютъ, то ее отправляютъ въ морскіе, горные климатическіе курорты и т. д. Въ бѣдной практикѣ можно повлѣять, согласно многимъ наблюденіямъ, въ значительной степени на исходъ реконвалесценціи втираніями въ продолженіе многихъ мѣсяцевъ зеленого мыла въ такой формѣ, какая примѣняется въ леченіи сифилиса сѣрой мазью.

Радикальная операція туберкулезныхъ піосальпинговъ.

Какъ при гонорройныхъ, такъ и при туберкулезныхъ pyosalpinx'axъ примѣнимы, если мы уже рѣшились на радикальную операцію, удаленіе матки вмѣстѣ съ трубами и яичниками, какъ влагалищный, такъ и брюшной методъ, изложенные нами подробно при гонорройныхъ pyosalpinx'axъ. Такъ какъ туберкулезные гнойные мѣшки, какъ извѣстно, большей частью крѣпко спаяны съ сосѣдними кишками, то чревосѣченіе является наиболѣе умѣстнымъ, ибо такимъ путемъ возможно болѣе бережное отдѣленіе спаекъ. И здѣсь непозволительно сопоставлять непосредственно статистическія данныя, касающіяся пораненія кишекъ при влагалищномъ методѣ и чревосѣченіи, такъ какъ даже лучшіе влагалищные операторы берутъ легкіе случаи per vaginam, а тяжелые per laparotomyam. Если на основаніи ощупыванія можно ожидать болѣе или менѣе плотныхъ спаекъ, особенно когда опухоли придатковъ спаяны выше въ маломъ тазу, близко къ linea terminalis, то слѣдуетъ производить чревосѣченіе.

Для влагалищнаго метода и здѣсь особенно доступны тѣ опухоли, которые лежатъ низко въ маломъ тазу и обладаютъ нѣкоторой подвижностью.

Какъ при чревосѣченіи, такъ и при влагалищномъ пути заслуживаютъ предпочтенія тѣ методы, которые стремятся къ полному разсѣченію матки. При влагалищномъ методѣ *hemisectio* матки по *Doyle*'у здѣсь менѣе показана, потому что при туберкулезной pyosalpinx ткань еще болѣе хрупка, чѣмъ при гонорройной. Выведеніе матки изъ передняго разрѣза, хотя и удастся послѣ *hemisectio* особенно легко, но при послѣдующемъ осмотрѣ съ удивленіемъ находить, что неподвижныя трубы гладко оторваны съ маточныхъ краевъ. Въ такихъ случаяхъ остановка кровотеченія требуетъ быстрыхъ дѣйствій и въ нерѣдкихъ случаяхъ перехода отъ влагалищнаго метода къ чревосѣченію. Мы вполне согласны съ приверженцами влагалищнаго метода, что это не особенно осложняетъ операцію, однако, при перекладываніи больной, открытіи брюшной полости, обнаженіи кровоточащаго мѣста проходитъ много драгоценнаго времени, во время котораго женщина теряетъ напрасно лишнее количество крови.

Если при гонорройной pyosalpinx допустимы *все* методы веденія разрѣза для вскрытія брюшной полости, особенно же и поперечный разрѣзъ фасціи по *Pfannerstiel*'ю, то при туберкулезныхъ pyosalpinx'axъ намъ кажется болѣе правильнымъ вести разрѣзъ по linea alba, чтобы защитить по возможности отъ вторичной инфекціи туберкулезомъ раневыя поверхности. При разрѣзѣ по linea alba это удастся легче, чѣмъ при другихъ разрѣзахъ, такъ какъ здѣсь мы можемъ лучше защитить раневыя поверхности временнымъ прикрытіемъ паріетальной брюшиной отъ соприкосновенія съ туберкулезнымъ ядомъ. По вскрытіи брюшной полости мы немедленно же соединяемъ peritoneum parietale съ кожей мелкими стежками непрерывнаго шва; кромѣ того, прикрываемъ еще брюшную рану широкими полосками Вильбротовекаго батиста.

Если остановка кровотеченія произведена совершенно, то мы не ставимъ дренажа. Только въ тѣхъ случаяхъ, когда при отдѣленіи брюшныхъ спаекъ, особенно въ Дугласѣ, остается поверхность, которую крайне трудно обсушить вполне, пользуемся мы тампономъ

изъ ксероформенной марли, который выводимъ во влагалище, отграничивъ его отъ брюшной полости сшиваніемъ пузыря съ флексурой.

Туберкулезъ матки.

Если туберкулезъ матки, какъ мы видѣли, наблюдается какъ слѣдствіе воспаленія, нисходящаго по трубамъ, то все-таки онъ можетъ, въ отдѣльныхъ случаяхъ, настолько выступить на передній планъ клинической картины, что является, какъ таковой, показаніемъ для оперативнаго вмѣшательства. Такъ какъ matka крайне рѣдко поражается первично туберкулезомъ, то нужно, коль скоро страданіе это доказано, точно обследовать трубы. Даже при незначительныхъ измѣненіяхъ, найденныхъ при ощупываніи, напр. простомъ утолщеніи, мы можемъ, съ большою вѣроятностью, діагностировать первичный туберкулезъ трубъ и лишь вторичный матки. Если при клиническомъ изслѣдованіи находятъ трубы незатронутыми процессомъ, то при туберкулезѣ матки слѣдуетъ, какъ и при туберкулезѣ трубъ, сначала дѣйствовать выжидательно, стараясь добиться излеченія общими мѣрами. Это удается во многихъ случаяхъ, правда, послѣ долгаго леченія. Только, если процессъ неуклонно прогрессируетъ, возникаетъ вопросъ о хирургическомъ леченіи.

Туберкулезъ матки располагается большей частью въ эндометріи. Туберкулезныя измѣненія міометрія при здоровомъ эндометріи наблюдаются только при туберкулезѣ половой сферы у дѣтей. Туберкулезъ эндометрія проявляется, по *Rosthorn*'у, въ двухъ формахъ: въ видѣ остраго милиарнаго и хроническаго, диффузнаго, творожистаго эндометрита. Послѣдній можетъ, какъ это наблюдается у старшихъ женщинъ, повести при закрытіи шейки къ міометрѣ.

Такъ какъ туберкулезный процессъ лишь въ единичныхъ случаяхъ проникаетъ изъ эндометрія глубже, въ міометрій, то отъ одного только выскабливанія можно ожидать, по крайней мѣрѣ, въ начальныхъ степеняхъ, излеченія туберкулеза матки. *Hegar* уже высказалъ этотъ взглядъ въ своей монографіи, а *Halbertsma*, *Wallther* и *Sippel* сообщаютъ о случаяхъ микроскопически распознаннаго туберкулеза матки, въ которыхъ они получали полное исцѣленіе однимъ только выскабливаніемъ слизистой; двѣ больныя находились затѣмъ подъ наблюденіемъ въ продолженіе 5 лѣтъ. *Schault* же, *Pozzi*, *Fehling* и другіе смотрятъ на выскабливаніе слизистой, какъ на паліативное леченіе, допустимое, напр., только при болѣе значительныхъ маточныхъ кровотеченіяхъ, но не ведущее къ излеченію туберкулеза матки.

Повидимому, здѣсь не слѣдуетъ смотрѣть на выскабливаніе какъ на невинное вмѣшательство, такъ какъ *Stolper* видѣлъ послѣ него ухудшеніе состоянія больной, появленіе лихорадки и ознобовъ. Приходится допустить, что туберкулезныя палочки могутъ проникнуть послѣ выскабливанія въ кровяной токъ и вызвать милиарный туберкулезъ. Если этого и не наблюдалось до сихъ поръ на самомъ дѣлѣ, непосредственно послѣ выскабливанія, то все-таки данныя *Stolper*'а, *Amann*'а, *Pfannenstiel*'я, *Jonescu*, полученныя при другихъ операціяхъ по поводу туберкулеза полового аппарата, заставляютъ насъ быть осторожными; *Amann* видѣлъ два случая милиарнаго туберкулеза, развившагося послѣ операціи, *Pfannenstiel* и *Jonescu*—

по одному случаю. Одна больная умерла уже через три недѣли послѣ операціи отъ остраго милиарнаго туберкулеза.

Мы лично придерживаемся операціи пораженной туберкулезомъ матки, тотчасъ же удалять пораженный органъ цѣликомъ. Правда, надо принять во вниманіе, что въ большинствѣ случаевъ выскабливаніе слизистой уже предшествовало операціи, какъ единственное точное подспорье для распознаванія, и оказалось бесплоднымъ.

При полномъ удаленіи матки, которое, конечно, производится черезъ влагалище, нужно всегда удалять и трубы, во-первыхъ, для полного выясненія діагноза, имѣемъ ли мы, дѣйствительно, дѣло съ первичнымъ туберкулезомъ матки, во-вторыхъ, также потому, что трубы являются излюбленными мѣстами развитія туберкулеза; оставляя ихъ на мѣстѣ, можно опасаться послѣдовательнаго ихъ пораженія.

Прочность результатовъ послѣ экстирпаціи туберкулезной матки не можетъ быть оцѣнена въ настоящее время съ точностью, такъ какъ для этого мы не имѣемъ достаточнаго количества наблюдений. Тѣмъ не менѣе, прогнозъ ни въ коемъ случаѣ не слѣдуетъ считать благопріятнымъ, такъ какъ *Zweifel* наблюдалъ, между прочимъ, послѣ экстирпаціи туберкулезъ во влагалищномъ рубцѣ и въ брюшинѣ таза; процессъ закончился, послѣ того, какъ закрылась временно образовавшаяся пузырно-влагалищная фистула, черезъ много лѣтъ самоисцѣленіемъ.

Туберкулезъ влагалищной части и шейки.

Туберкулезъ влагалищной части и шейки наблюдается очень рѣдко. Согласно сообщеніямъ *Alterthum*'а и *Vaszmer*'а онъ можетъ встрѣчаться отдѣльно безъ одновременнаго туберкулезнаго пораженія другихъ частей полового аппарата.

Крайне важно для оператора знать, что туберкулезъ шейки иногда проявляется въ формѣ, которая не можетъ быть отличена отъ настоящаго новообразованія ни клиническимъ, ни анатомическимъ изслѣдованіемъ. Это—папиллярная форма туберкулеза шейки. *Glockner* и *Alterthum* находили не только метаплазію и разрощенія железъ, но и концентрическое расположеніе клѣтокъ, въ видѣ луковичъ, которыя походили на раковыя жемчужины. Но въ общемъ туберкулезъ шейки встрѣчается чаще въ формѣ язвеннаго процесса, чѣмъ въ видѣ этого разрастающагося, похожаго на новообразование сосочковаго измѣненія.

При туберкулезѣ шейки и влагалищной части оперативное вмѣшательство должно быть также, сколь возможно, отсрочено и замѣнено сначала чисто выжидательнымъ леченіемъ. *Aron* и *Pillaud* особенно предупреждаютъ отъ болѣе крупныхъ операцій на шейкѣ, такъ какъ они наблюдали послѣ этого быстрое проявленіе общаго туберкулеза. Если вообще рѣшено приступить къ операціи, то *Frank* совѣтуетъ, на основаніи своего опыта, произвести лучше полное удаленіе матки черезъ влагалище, чѣмъ высокую ампутацію шейки.

Объ оперативномъ леченіи туберкулезныхъ язвъ наружныхъ половыхъ органовъ и влагалища можно сказать лишь немногое, такъ какъ туберкулезъ локализуется въ этихъ мѣстахъ весьма рѣдко.

Туберкулезъ влагалища наблюдается въ большинствѣ случаевъ у дѣтей и имѣеть гематогенное происхожденіе.

По взглядамъ *Jadassohn'a*, *Taylor'a*, *Levin'a*, *lupus vulvae* вообще не встрѣчается; весьма рѣдко наблюдаемыя язвы наружныхъ половыхъ органовъ представляются, по ихъ мнѣнію, въ видѣ милиарныхъ образований, произошедшихъ гематогеннымъ путемъ, или же онѣ распространились изъ туберкулезнаго кишечника. Такъ какъ въ этихъ случаяхъ особенно рельефно выступаетъ первичное страданіе, то, разумѣется, мы будемъ лечить вторичную локализацию туберкулеза въ наружныхъ половыхъ органахъ и влагалищѣ по возможности палліативно. Если же появляются болѣе сильныя жалобы въ видѣ истеченій, жженія въ этихъ мѣстахъ, то, при благопріятной локализации производится вырѣзываніе, въ другихъ же случаяхъ выскабливаніе и прижиганіе язвъ.

Туберкулезъ яичниковъ.

Если мы отводимъ вопросу о туберкулезѣ яичниковъ послѣднее мѣсто въ нашемъ изложеніи о туберкулезѣ половой сферы, то это происходитъ по двумъ причинамъ: во-первыхъ, потому, что туберкулезъ яичниковъ встрѣчается отдѣльно крайне рѣдко, затѣмъ потому, что поставить діагнозъ до операціи не представляется возможнымъ, да онъ никогда и не ставится. Поэтому нельзя ставить и *показанія* къ операціи. Если мы случайно встрѣчаемъ при открытіи брюшной полости отдѣльное заболѣваніе туберкулезомъ яичниковъ, то мы приступаемъ у женщинъ, достигшихъ конца половой зрѣлости, всегда къ удаленію обоихъ яичниковъ, если даже распространеніе туберкулеза ограничивается одной стороной. Въ періодѣ же половой зрѣлости мы, конечно, удаляемъ *одну* только яичникъ, если процессъ ограничивается только имъ; если уже поражены оба яичника, то мы удаляемъ ихъ только въ томъ случаѣ, если больная жалуется на сильныя меноррагіи, имѣющія свое объясненіе, за исключеніемъ другихъ причинъ, въ пораженіи яичниковъ. Въ общемъ же нужно стремиться сохранить одинъ яичникъ, такъ какъ данныя, находимыя при одновременномъ пораженіи туберкулезомъ трубъ и яичниковъ, насъ убѣждаютъ въ томъ, что паренхима яичника представляетъ, повидимому, мало удобную почву для распространенія туберкулеза, а потому можно ожидать самоизлеченія при отдѣльномъ пораженіи яичника туберкулезомъ. Во всякомъ случаѣ, даже при удаленіи одного яичника, мы изсѣкаемъ обѣ трубы, сообразуясь съ тѣми принципами, которые мы изложили при туберкулезѣ матки.

Туберкулезъ можетъ проявляться въ яичникѣ, какъ показалъ *v. Franquē*, въ такой формѣ, что его невозможно отличить отъ новообразованія; *v. Franquē* описываетъ случай туберкулезнаго новообразованія яичника, которое было принято за саркому.

Туберкулезный перитонитъ.

Туберкулезный перитонитъ всегда вторичнаго происхожденія; первичное гнѣздо можетъ подвергнуться, какъ уже упомянуто при туберкулезѣ половой сферы, значительному излеченію, не вызывая у больныхъ болѣе никакихъ клиническихъ явленій.

Первичное гнѣздо можетъ, напримѣръ, находиться въ бронхіальныхъ железахъ, пораженныхъ старымъ туберкулезомъ, и вотъ от-

сюда-то могъ распространиться туберкулезъ на брюшину по кровеноснымъ и лимфатическимъ путямъ.

Эти случаи туберкулезнаго перитонита особенно благодарны для мѣстнаго леченія; напротивъ, оно не примѣнимо при тѣхъ туберкулезныхъ перитонитахъ, гдѣ, главнымъ образомъ, выступаетъ въ картинѣ заболѣванія первичное гнѣздо, напримѣръ, распространенная легочная чахотка, или же, гдѣ туберкулезный перитонитъ представляетъ лишь частичное явленіе общаго милиарнаго туберкулеза. Поэтому, прежде чѣмъ приступить къ мѣстному леченію туберкулезнаго перитонита, нужно произвести подробное изслѣдованіе всего организма.

Бугорчатка брюшины наблюдается въ двухъ формахъ, въ видѣ водяночной и сухой, слипчивой, причемъ еще недостаточно выяснено, не происходитъ ли слипчивая форма изъ водяночной. При слипчивой формѣ перитонита петли кишекъ и сальникъ образуютъ въ разныхъ мѣстахъ конгломераты, которые прощупываются въ видѣ опухолей; при водяночной формѣ количество жидкости обыкновенно чрезвычайно велико.

Прогнозъ туберкулезнаго перитонита считался раньше слишкомъ неблагоприятнымъ; думали, что всѣ случаи его раньше или позже приводить къ смерти. Въ настоящее время мы знаемъ, что самоизлеченіе туберкулезнаго перитонита наблюдается уже не такъ рѣдко. Въ пользу этого взгляда говорятъ сообщенія *Allerthum'a*, *Sonntag'a*, *Gatti*, *Veit'a*, *Zweifel'a*, *Menge* и др. Оно можетъ быть даже настолько полнымъ, что разъединяются спайки между кишками. Но пока еще трудно составить себѣ опредѣленное сужденіе о томъ, какъ часто слѣдуетъ ожидать такого благоприятнаго исхода. Въ новѣйшее время имѣется относительно небольшое количество наблюденій, въ которыхъ туберкулезный перитонитъ лечился принципиально по выжидательному методу. Прегними работами здѣсь трудно пользоваться: распознаваніе не было достаточно точнымъ, такъ какъ только провѣрка его при операціи можетъ дать точныя данныя.

Мы имѣемъ изъ клиники *Naunyn'a* работу *Rose*, въ которой сообщается о 56 случаяхъ туберкулезнаго перитонита, леченныхъ выжидательно и находившихся затѣмъ подъ наблюденіемъ не меньше 2-хъ лѣтъ. Излеченіе наблюдалось при водяночной формѣ въ 33%, при сухой въ 36%, при смѣшанной въ 29%. Прогнозъ, повидимому, зависитъ отъ соучастія въ заболѣваніи первичнаго очага и отъ общаго состоянія больныхъ.

Оперативное леченіе туберкулезнаго перитонита состоитъ попрежнему, по предложенію *König'a*, въ простомъ вскрытіи брюшной полости; только первоначальныя восторженныя сообщенія, напр. *Roersch'a*, *Margarucci*, *v. Krencki*, смѣнились въ послѣднее время мѣте оптимистическими. Появились даже противники чревосѣченія, напр. *Borchgrevink*; по его исчисленіямъ процентъ выздоровленій при лапаротоміи составляетъ 63,6, а самоисцѣленіе, безъ операціи 81,8%. *Hildebrand* также высказывается, на основаніи своихъ обширныхъ наблюденій, не очень благопріятно объ оперативномъ вмѣшательствѣ, говоря: «Лапаротомія только вспомогательное средство при тенденціи процесса къ самоизлеченію, одна по себѣ она не ведетъ къ излеченію».

Данныя прежнихъ статистикъ по большей части потому ошибочны, что оперированныя наблюдались недостаточно долго послѣ

операции. Первоначальный успѣхъ обычно очень значителенъ, потому что при водяночной формѣ долго не наступаетъ новаго скопления жидкости, а во многихъ случаяхъ и вообще не наблюдается. Эти случаи отмѣчаются какъ «излеченные». Если же больныя наблюдаются послѣ операции продолжительное время, *многие годы*, то число излеченныхъ случаевъ значительно падаетъ. *Wunderlich* изъ Тюбингенской клиники нашелъ, на основаніи довольно обширной статистики, что если считать только случаи, которые наблюдались *не менее трехъ мѣтъ*, то водяночная форма (пользоваться можно было только 170 случаями) даетъ 23,3% исцѣлений, а слипчивая (81 случай) всего лишь 9,8%. Возобновленіе водянки наблюдалось *Wunderlich* оми послѣ чревосѣченія въ 41 случаѣ, причемъ быстрое ея накопленіе — въ 33 случаяхъ (въ промежуткахъ отъ 8 дней до 2—3 мѣсяцевъ). Изъ 344 чревосѣченій по поводу экссудативнаго туберкулеза брюшины въ 78 случаяхъ больныя умерли (что составляетъ 22,6%) тотчасъ же или черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ вмѣшательства.

Послѣ чревосѣченія при сухой слипчивой формѣ особенно часто образуются каловые свищи. *Espenschied* находилъ у 32 оперированныхъ по поводу сухого туберкулезнаго перитонита 9 разъ каловые свищи, *Wunderlich* въ 81 случаѣ—13 разъ; при выпотной же формѣ онъ находилъ ихъ въ 176 случаяхъ только 11 разъ.

Если такіе неблагоприятные результаты послѣ чревосѣченія сравнить съ относительно благоприятными послѣ выжидательнаго леченія въ клиникѣ *Naunyn*'а (33% излеченій при водяночной, 36% при сухой формѣ), то можно, пожалуй, придти къ заключенію, что это вмѣшательство уже болѣе непригодно при туберкулезномъ перитонитѣ. Къ такому выводу и приходятъ нѣкоторые авторы. Однако они заходятъ въ этомъ отношеніи слишкомъ далеко. Оптимистическая точка зрѣнія, которую авторы приняли вскорѣ послѣ сообщенія *König*'а относительно лечебныхъ результатовъ чревосѣченія при туберкулезномъ перитонитѣ должна быть оставлена, однако все же благоприятный результатъ при водяночной формѣ сказывается въ томъ, что скопленіе жидкости, которая сильно беспокоитъ больныхъ и вызываетъ у нихъ благодаря высокому стоянію діафрагмы одышку, возобновляется лишь въ извѣстномъ процентѣ случаевъ. Возобновленіе водянки наблюдается послѣ удаленія ея чревосѣченіемъ безусловно рѣже, чѣмъ при простой пункции. Пункция не даетъ намъ твердой увѣренности, что водянка не возобновится вскорѣ вновь. *Vierordt* полагаетъ слѣдующее: «Отъ пункции нужно совершенно отказаться, крупные успѣхи послѣ нея не извѣстны, зато многія неудачи».

Прочные результаты не наблюдались до сихъ поръ и отъ пункции со вдуваніемъ воздуха; имѣющіяся сообщенія *Mosetig-Moorhof*'а, *Nolen*'а, *Follet*'а касаются лишь случаевъ съ кратковременнымъ послѣдовательнымъ наблюденіемъ.

Выгоду лапаротоміи передъ простой пункцией мы видимъ въ болѣе основательномъ высушиваніи брюшной полости при водяночной формѣ туберкулезнаго перитонита. Пожалуй, приходится въ отдѣльныхъ случаяхъ считатьъ и съ специфическимъ вліяніемъ чревосѣченія, такъ какъ туберкулезные узлы подвергаются послѣ вскрытія брюшной полости очень быстрому обратному развитію. Въ одномъ случаѣ *Israel*'я чревосѣченіе было повторено черезъ 36 дней, причемъ оказалось, что узелки величиною съ вишню совсѣмъ исчезли.

Совершенно другія отношенія наблюдаются при слипчивой формѣ

туберкулезного перитонита. Здѣсь результаты непосредственно послѣ операціи не очень блестящи, такъ какъ встрѣчаются очень неприятыя осложненія, въ особенности выше упомянутые каловые свищи, которые требуютъ, если помѣщаются въ тонкой кишкѣ, немедленно повторнаго чревосѣченія, чтобы спасти больную отъ голодной смерти; кромѣ того спиваніе кишекъ въ туберкулезной ткани рѣдко сопровождается успѣхомъ. Мы не пользуемся чревосѣченіемъ при слипчивой формѣ туберкулезного перитонита, соглашаясь съ показаніями *Vierordt'a*, *Espenschied'a*, *Theilhaber'a* и др. *Espenschied* видитъ показаніе къ операціи при слипчивой формѣ только въ случаяхъ *ileus'a*; изъ 32 случаевъ сухого туберкулезного перитонита онъ насчитываетъ 72% неудачъ при лапаротоміи.

Если брюшная полость вскрыта вслѣдствіе скопленія жидкости, и если одновременно мы находимъ тѣсно спаянныя кишечныя петли, то мы остерегаемся разъединять ихъ, такъ какъ, во-первыхъ, при разъединеніи легко вскрывается кишечный просвѣтъ, во-вторыхъ, потому, что всякое разъединеніе петель, какъ извѣстно по опыту, легко можетъ повести къ образованію калового свища.

Какъ водяночная, такъ и слипчивая форма туберкулезного перитонита не можетъ служить предметомъ оперативнаго вмѣшательства, если первичное страданіе, какъ, напр., въ большинствѣ случаевъ легочная чахотка, стоитъ во главѣ картины заболѣванія. Здѣсь мы только повредимъ, вскрывая брюшную полость, такъ какъ ускоряемъ развитіе легочнаго процесса; больныя часто погибають уже черезъ нѣсколько дней послѣ операціи, при недостаточной экспекторациі, отъ неспецифической пневмоніи. Если же туберкулезъ легкихъ имѣетъ ограниченное развитіе, то лапаротомія можетъ благопріятно подѣйствовать и на этотъ процессъ; такъ, *Israel* и *Weizwange* наблюдали излеченіе верхушечнаго катарра послѣ операціи. Туберкулезъ плевры и перикардія также не составляетъ, по *Nothnagel*ю, противопоказанія при туберкулезномъ перитонитѣ.

Если имѣется обширное пораженіе легкихъ и туберкулезный перитонитъ съ столь значительной водянкой, что у больной развивается механически сильная одышка, то слѣдуетъ замѣнить чревосѣченіе вскрытіемъ брюшной полости черезъ задній Дугласъ. Это мѣропріятіе, горячо рекомендуемое *Lohlein'*омъ и *Condamin'*омъ, имѣетъ то преимущество передъ лапаротоміей *per abdomen*, что можетъ быть произведено безъ общаго наркоза и не затрудняетъ отхаркиванія больной во время выздоровленія, такъ какъ больная не должна находиться въ постели.

Вскрытіе же Дугласа по *Löhlein*'у имѣетъ то преимущество передъ простой пункціей, что новое скопленіе водянки при этомъ основательномъ опорожненіи брюшной полости наблюдается рѣже, чѣмъ къ операціи послѣ пункціи.

Туберкулезные узелки распространяются при туберкулезномъ перитонитѣ также и на серозную оболочку полового аппарата, благодаря чему можетъ появиться, хотя и въ рѣдкихъ случаяхъ, вторичное туберкулезное его перерожденіе, которое, въ свою очередь, образуетъ новый очагъ зараженія.

Winter и *v. Krenckl* пытались статистическимъ путемъ доказать, что результаты послѣ лапаротомій при туберкулезномъ перитонитѣ болѣе вѣдены, если одновременно удаляются и трубы. Сравнительное сопоставленіе литературныхъ данныхъ дало 66,17% исцѣленій

въ случаяхъ безъ экстирпаціи трубъ, а съ удаленіемъ ихъ 76,6%; если же принимались въ расчетъ только случаи Кенигсбергской клиники, то разница въ пользу одновременнаго удаленія трубъ составляетъ 27%.

Хотя, можетъ быть, разница въ этихъ статистическихъ цифрахъ еще недостаточно велика, чтобы вывести изъ нихъ определенное заключеніе, однако мы все-таки раздѣляемъ точку зрѣнія *Winter'a* и удаляемъ при каждой лапаротоміи по поводу туберкулезнаго перитонита также и трубы, уже по той причинѣ, чтобы не нарушить у женщинъ въ періодъ половой зрѣлости благоприятнаго теченія заживающаго туберкулезнаго перитонита послѣдующей новой беременностью.

Можетъ возникнуть вопросъ объ удаленіи также *яичниковъ* у женщинъ въ періодъ половой зрѣлости. Этотъ вопросъ мало обсуждался до сихъ поръ; однако, онъ намъ кажется болѣе достойнымъ вниманія, такъ какъ можно надѣяться еще болѣе повліять на благоприятное теченіе туберкулеза кастраціей. Мы, вѣдь, наблюдаемъ большей частью при туберкулезномъ перитонитѣ увеличенное отхожденіе менструальной крови, которая ослабляетъ больную. Затѣмъ на благоприятное теченіе процесса кастрація можетъ повліять, создавая всегда наблюдаемое предрасположеніе къ отложенію жира.

Мы нѣсколько разъ производили при туберкулезѣ кастрацію въ періодъ половой зрѣлости и хотя не можемъ высказаться определенно на основаніи этихъ немногихъ наблюдений, однако, на основаніи вышеизложенныхъ соображеній, совѣтуемъ, по крайней мѣрѣ, у женщинъ, начиная съ 35 лѣтъ, гдѣ явленія ранняго климактерія уже менѣе преобладаютъ, присоединить одновременно и кастрацію.

Техника лапаротоміи при туберкулезномъ перитонитѣ состоитъ въ простомъ вскрытіи брюшной полости въ нижележащихъ частяхъ ея, лучше всего по *linea alba*.

Разрѣзъ ведется вблизи симфиза, чтобы имѣть возможность легче высушить брюшину и, при случаѣ, присоединить удаленіе трубъ и яичниковъ. *Veit* предлагаетъ производить операцію безъ общаго наркоза, при мѣстной анестезіи. Мы не видимъ въ этомъ особеннаго преимущества, такъ какъ внимательство становится, по нашему мнѣнію, благодаря большой болѣзненности при высушиваніи брюшной полости для опорожненія водянки, болѣе серьезнымъ, чѣмъ при кратковременномъ наркозѣ посредствомъ вдыханія. Чтобы избѣжать, по возможности, появленія очень неприятныхъ туберкулезныхъ свищей отъ зараженія брюшной раны секретомъ, содержащимъ туберкулезныя палочки, мы сшиваемъ, тотчасъ же по вскрытіи брюшной полости, кожу съ паріетальной брюшиной непрерывнымъ швомъ. Кроме того, мы защищаемъ брюшную рану отъ соприкосновенія съ вытекающей водяночной жидкостью полосками Бильротовскаго батиста.

Если при удаленіи водянки находятъ и срощенія кишекъ между собой, какъ комбинацію водяночной и слипчивой формъ туберкулезнаго перитонита, то не слѣдуетъ трогать этихъ срощеній, такъ какъ въ нихъ зачастую скрываются язвенные процессы кишечныхъ стѣнокъ. При разъединеніи этихъ спаекъ срываются, какъ говоритъ *Espenschied*, заплаты съ дыряваго платя.

Глубокіе швы мы здѣсь кладемъ не черезъ всю брюшную рану, но только до фасціи, для того, чтобы черезъ шовъ, какъ-бы черезъ дренажъ, не попадала впослѣдствіи жидкость, содержащая туберку-

лезныя палочки, изнутри на брюшную рану. Дренажъ брюшной раны не необходимъ. Въ клиникѣ *Mikulicz'a* употребляется дренажъ изъ іодоформной марли, и этимъ объясняются благоприятные результаты, но другія клиники располагають такимъ же процентомъ излеченій безъ дренажа.

Если водянка возобновляется непосредственно послѣ операціи, то слѣдуетъ выждать по меньшей мѣрѣ одну или двѣ недѣли, такъ какъ въ это время водянка исчезаетъ иногда самопроизвольно. Въ противномъ случаѣ нужно произвести опять лапаротомію, иногда даже нѣсколько разъ. *Galvani* оперировалъ въ продолженіе 8 мѣсяцевъ 3 раза; *d'Urzo* производилъ разрьзъ даже 4 раза подрядъ; у обоихъ наблюдался затѣмъ полный успѣхъ.

Вскрытіе брюшной полости черезъ влагалище, предложенное *Löhlein'*омъ и *Condamin'*омъ, производится лучше всего черезъ задній Дугласъ. Влагалищная часть вставляется, безъ наркоза, задняя губа захватывается щипцами *Segond'a* и оттягивается по направленію къ симфизу и нѣсколько внизъ. Напрягающійся задній сводъ влагалища перерѣзывается въ сагитальномъ направленіи, затѣмъ вскрывается въ томъ же направленіи и Дугласъ. Тампономъ удерживаютъ кишки, которыя ущемляются иногда въ ранѣ и мѣшаютъ стоку жидкости. По опороженіи брюшной полости рана закрывается нѣсколькими катгутowymi швами.

Когда наступаетъ самое благоприятное время для производства чревосѣченія при туберкулезномъ перитонитѣ? *Hildebrand* и *Galli* не совѣтуютъ оперировать въ раннемъ періодѣ заболѣванія, потому что, по ихъ наблюденіямъ, водянка возобновляется затѣмъ обыкновенно вновь. По ихъ мнѣнію, чревосѣченіе безрезультатно, если узелки не достигли своего полного гистологическаго развитія. Мы также не совѣтуемъ приступать къ операціи слишкомъ рано, но во всякомъ случаѣ тогда, когда, вслѣдствіе болѣе значительнаго скопленія водянки, наступаетъ одышка. Если имѣется лихорадка, то нужно, по возможности, отложить операцію; если же одышка требуетъ удаленія водянки и при лихорадкѣ, то мы предпочитаемъ кольпотомію, такъ какъ мы получали слишкомъ дурные результаты отъ чревосѣченія при высокой лихорадкѣ. По изслѣдованіямъ въ Гиссенской клиникѣ (*Pare*), во всѣхъ случаяхъ экссудативнаго туберкулезнаго перитонита съ высокой лихорадкой передъ операціей, таковая оставалась и послѣ нея, а больныя умирали; только если имѣлись одновременныя пораженія придатковъ и послѣдніе удалялись при операціи, наблюдалось иногда критическое паденіе лихорадки до нормы.

Довольно часто присутствіе бѣлка въ мочѣ не имѣетъ дурного значенія и является противопоказаніемъ къ операціи только тогда, когда имѣются явные признаки нефрита.

Каждому оперативному леченію туберкулезнаго перитонита должно, по возможности, предшествовать общее леченіе, которое должно состоять въ улучшеніи тѣхъ общихъ гигиеническихъ мѣръ, которыя пріимѣняются при легочной чахоткѣ.

Мы считаемъ леченіе послѣ удаленія водянки далеко еще незаключеннымъ. Результаты послѣ чревосѣченія туберкулезнаго перитонита были бы значительно болѣе благоприятными, если бы не совершали, въ надеждѣ на излеченіе процесса отъ одного чревосѣченія, столькихъ ошибокъ. Конечно, социальныя условія часто не позволяютъ поставить женщину въ благоприятныя условія, но благодаря

устройству у насъ, въ Германіи, народныхъ санаторій замѣчается поворотъ къ лучшему.

Мѣропріятія при сомнительной этиологии воспаления трубъ.

До сихъ поръ мы строго различали методъ оперативнаго вмѣшательства и показаніе къ нему, смотря по тому, имѣемъ-ли мы дѣло при гнойныхъ скопленіяхъ въ трубныхъ мѣшкахъ съ гонорройнымъ, септическимъ, гнилостнымъ или туберкулезнымъ процессомъ. Въ началѣ нашего изложенія мы упомянули, что въ большинствѣ случаевъ возможно, но далеко не всегда, дифференціальное распознаваніе между различными заболѣваніями трубъ до операціи; теперь намъ остается изложить о нашемъ образѣ дѣйствій, если мы не имѣемъ возможности выяснитъ трубное заболѣваніе заблаговременно.

Благодаря господствовавшему продолжительное время оперативному методу леченія при нагноеніяхъ въ трубахъ, мы значительно усовершенствовались въ дифференціальномъ ихъ распознаваніи. Въ рамки этой книги не входитъ изложеніе вспомогательныхъ средствъ распознаванія при различныхъ воспаленіяхъ трубъ. Мы отсылаемъ читателя къ учебникамъ по женскимъ болѣзнямъ, спеціально къ учебникамъ по гинекологической діагностикѣ, между прочимъ къ книгѣ *Veil'a* и *Winter'a*. Здѣсь мы хотѣли бы только вкратцѣ обратить вниманіе на три пункта, важные для дифференціального распознаванія:

- 1) пункцію черезъ Дугласъ;
- 2) снятіе анамнеза и наблюденіе клиническаго теченія;
- 3) опредѣленіе содержанія лейкоцитовъ въ крови.

Если удалось получить гной при пункціи черезъ Дугласъ, то, къ сожалѣнію, лишь въ одной части случаевъ удастся распознать характеръ гноя, такъ какъ почти въ половинѣ случаевъ гной стериленъ, если только онъ не взятъ въ остромъ періодѣ воспаленія; въ наилучшемъ случаѣ, мы имѣемъ возможность, благодаря обонянію, распознать саприческій характеръ гноя. Если же гной содержитъ зародыши, то наше вмѣшательство будетъ согласоваться съ выше изложенными принципами.

При стерильномъ гноѣ все-таки еще возможно, пользуясь анамнезомъ и клиническимъ теченіемъ, поставить дифференціальное распознаваніе между гонорройными и септическими заболѣваніями. Если изъ анамнеза выясняется, что, при наличности трубныхъ мѣшковъ, не производилось внутриматочнаго вмѣшательства, что не было родовъ въ срокъ или аборта, то можно исключить септическое заболѣваніе трубъ. Септическое заболѣваніе мало вѣроятно и въ тѣхъ случаяхъ, когда первые субъективные симптомы появились сравнительно поздно, напр. черезъ годъ послѣ родовъ или внутриматочнаго вмѣшательства.

Зато рѣшеніе очень трудно тогда, когда послѣдніе роды у больной были сравнительно недавно. По изслѣдованіямъ *Wertheim'a*, *Menge*, *Bumm'a*, *Döderlein'a* и *Krönig'a*, намъ извѣстно, что въ началѣ послѣродового періода какъ стрептококки, такъ и гонококки охотно заползаютъ въ трубы, вызывая сактосальпинксъ. Клиническія явленія могутъ въ началѣ заболѣванія быть почти одинаковыми; хотя, въ общемъ, кратковременная лихорадка скорѣе говоритъ въ пользу гонорройнаго заболѣванія, однако, она можетъ отсутствовать, согласно

многимъ бактериологическимъ изслѣдованіямъ, и при септическихъ заболѣваніяхъ, если даже имѣются еще вирулентныя стрептококки. Здѣсь можетъ выяснитъ картину теченія болѣзни дальнѣйшее наблюденіе. Мы уже знаемъ, что при гонорройныхъ заболѣваніяхъ лихорадка продолжается лишь крайне рѣдко послѣ примѣненія противолихорадочныхъ (слабительныя, покой и т. д.) средствъ, въ то время, какъ это составляетъ правило при септическихъ и сапрыхъ заболѣваніяхъ.

Содержаніе лейкоцитовъ въ крови, наконецъ, также можетъ, до нѣкоторой степени, содѣйствовать намъ въ дифференціальномъ распознаваніи. При туберкулезныхъ, гнойныхъ процессахъ содержаніе лейкоцитовъ въ крови почти никогда не повышено, въ то время, какъ при гонорройныхъ и септическихъ процессахъ, въ остромъ періодѣ, наблюдается значительное ихъ увеличеніе.

При туберкулезныхъ *pyosalpinx*'ахъ, кромѣ того, часто удается, на что уже указывали *Hegar* и его ученики, особенно *Sellheim*, прощупать туберкулезныя узелки въ Дугласѣ, особенно въ Дугласовыхъ складкахъ. Но характерное якобы для туберкулеза узловатое утолщеніе трубы у *isthmus*'а мы считаемъ малоцѣннымъ признакомъ, такъ какъ такія утолщенія одинаково часто прощупываются какъ при туберкулезныхъ, такъ и при гонорройныхъ заболѣваніяхъ трубъ.

Если при нахожденіи не точно распознаннаго заболѣванія трубъ все-таки является показаніе къ оперативному вмѣшательству вслѣдствіе ухудшенія мѣстнаго процесса и общаго состоянія больной, то болѣе точное распознаваніе удастся поставить, по вскрытіи брюшной полости, внимательнымъ осмотромъ опухолей. Такимъ образомъ мы узнаемъ туберкулезъ трубъ, часто при первомъ взглядѣ, по характернымъ узелкамъ.

Если мы наталкиваемся на гнойныя мѣшки, пункція которыхъ не могла быть произведена со стороны Дугласа и характеръ которыхъ не опредѣлился послѣ наблюденія клиническаго теченія, то сначала мы производимъ пункцію по *Wertheim*'у тонкимъ шприцемъ и тотчасъ же изслѣдуемъ гной подъ микроскопомъ. Это изслѣдованіе настолько просто и можетъ дать такъ скоро разъясненіе, что мы не хотѣли бы отказаться отъ этого подспорья въ распознаваніи во время операціи.

Если гной оказывается стерильнымъ, то довольно трудно предсказать дальнѣйшій ходъ операціи, такъ какъ, мы уже говорили объ этомъ раньше, техническій способъ вмѣшательства стоитъ въ связи съ этиологіей воспаленія; мы рекомендовали, напр., при гонорройныхъ и туберкулезныхъ воспаленіяхъ трубъ у женщинъ, приближающихся къ климактерическому періоду, возможно радикальное вмѣшательство: удаленіе матки, трубъ и яичниковъ, напротивъ, при септическихъ возможно консервативное: разрѣзъ и дренажъ. При сомнительномъ распознаваніи мы считаемъ также болѣе правильнымъ дѣйствовать, по вскрытіи брюшной полости, по возможности консервативно, т. е. ограничиваемся удаленіемъ трубныхъ мѣшковъ и отступаемъ отъ этого плана только въ томъ случаѣ, если у женщинъ, близкихъ къ климактерическому періоду, существовали еще задолго до операціи довольно сильныя маточныя кровотеченія, дѣлающія одновременное удаленіе и матки весьма желательнымъ. Прежде чѣмъ приступить, при неточномъ распознаваніи, къ обезображивающей операціи, слѣ-

дуетъ, рискуя получить менѣе благопріятный результатъ, испробовать сохраняющее лечение.

Но и при положительномъ результатѣ послѣ микроскопическаго изслѣдованія, взятаго при операціи гноя, могло бы возникнуть сомнѣніе, несмотря на нахожденіе опредѣленнаго возбудителя инфекціи въ гноѣ, относительно этиологіи воспаленія, если былъ бы возможенъ симбіозъ нѣсколькихъ видовъ бактерий въ гноѣ, напр. комбинація гонорройнаго съ септическимъ или же гонорройнаго съ туберкулезнымъ процессомъ. Но благодаря бактериологическимъ изслѣдованіямъ, особенно *Wertheim*'а и *Menge*, мы получили болѣе твердое направленіе въ нашихъ дѣйствіяхъ.

Menge и *Wertheim* доказали своими изслѣдованіями, что болѣе или менѣе продолжительный симбіозъ различныхъ паразитовъ въ гноѣ трубы не наблюдается. Поэтому намъ не приходится опасаться, что при нахожденіи подъ микроскопомъ гонококковъ въ гноѣ мы одновременно найдемъ и септическія бактеріи и что, сообразно съ этимъ, должно будетъ измѣниться наше воздѣйствіе въ техническомъ отношеніи. Хотя туберкулезная палочка, какъ доказано, селится на почвѣ пораженной гонококкомъ трубы, но обыкновенно только послѣ излечения гонорройнаго процесса. Такимъ образомъ въ этихъ случаяхъ рѣшающее значеніе имѣетъ въ концѣ-концовъ только одинъ этиологическій факторъ, туберкулезъ или гоноррея.

Лечение заболѣваній придатковъ, сообщающихся съ соседними органами.

Прободеніе гноя изъ трубъ во влагалище, прямую кишку или въ мочевой пузырь представляетъ собой всегда неблагопріятное осложненіе. Въ то время какъ при другихъ абсцессахъ это явленіе считается благопріятнымъ, отношеніе при заболѣваніяхъ трубъ представляется инымъ, потому что здѣсь происходитъ неполное, а только частичное опороженіе гноя изъ трубы. Зачастую просвѣтъ ея временно закрывается, затѣмъ опять обостряется лихорадка и при случаѣ наступаетъ новое прободеніе гноя. Бактеріи сохраняютъ въ гнойныхъ полостяхъ, сообщающихся съ внѣшнимъ міромъ, продолжительное время свою вирулентность и не погибаютъ, какъ въ закрытыхъ трубныхъ мѣшкахъ, отъ собственныхъ токсиновъ. Если прободеніе произошло въ прямую кишку, то къ возбудителямъ инфекціи въ гнойныхъ трубныхъ мѣшкахъ могутъ присоединиться саприческія бактеріи и ухудшить перелойную инфекцію, протекавшую безъ бурныхъ явленій.

Самопроизвольное прободеніе можетъ наблюдаться при всѣхъ воспалительныхъ процессахъ въ трубахъ, но чаще всего оно наблюдается при туберкулезныхъ, рѣже при септическихъ и, только въ отдѣльныхъ случаяхъ, при гонорройныхъ *pyosalpinx*'ахъ.

Прогнозъ при прободныхъ гнойныхъ салпингитахъ, за исключеніемъ гонорройныхъ, всегда сомнительный, потому что самоизлеченіе требуетъ очень много времени, а также потому, что при туберкулезныхъ процессахъ силы больной быстро падаютъ.

Но и операціи при прободныхъ *pyosalpinx*'ахъ даютъ плохой прогнозъ, особенно если прободеніе происходитъ въ прямую кишку. Сравнительно благопріятные результаты приводитъ *Funke* изъ женской клиники въ Страсбургѣ: изъ 12 случаевъ съ клинически установ-

леннымъ прободеніемъ въ кишку послѣ операціи умерла одна больная, что составляетъ 8,3%; въ двухъ случаяхъ съ прободеніемъ въ мочевоі пузырь ни одна больная не умерла; значительно худшіе результаты наблюдали *Winter* и *Veit*.

Опасность операціи состоитъ въ томъ, что, во-первыхъ, раздѣленіе крѣпкихъ сращеній при удаленіи нагноившихся трубъ весьма трудно и связано съ непреднамереннымъ пораненіемъ сращенныхъ кишекъ, во-вторыхъ, потому, что въ рубцовой ткани зачастую не замѣчаются при операціи маленькія прободныя отверстія, которыя остаются безъ вниманія и ведутъ затѣмъ къ перитониту. Если прободное отверстие въ кишку найдено, то зашиваніе фистулы представляется, въ техническомъ отношеніи, весьма труднымъ и не обезпечиваетъ успѣха, такъ какъ края фистулы бывають мозолистыми и подвергшимися рубцовому измѣненію. По изслѣдованіямъ *Freund'a* мѣсто прободенія часто находится въ прямой кишкѣ, нѣсколько выше третьяго жома и на S-образной кривизнѣ. Это обстоятельство также умалняетъ прочность результата зашиванія прободного отверстия, такъ какъ напирająca изъ толстой кишки твердыя каловыя массы заставляютъ накладывать особенно тщательно крѣпкіе швы. При туберкулезныхъ процессахъ наблюдаются, кромѣ того, часто многія мѣста прободеній; если, напр., распутать опухоль, состоящую изъ клубка кишекъ, то часто находятъ сообщенія флексуры и различныхъ петель кишекъ съ *ruosalpinx* и между собой.

Принимая въ расчетъ такой, сравнительно неблагоприятный прогнозъ операціи, нѣкоторые операторы усматривають въ прободеніи *ruosalpinx* въ сосѣдній органъ противопоказаніе къ радикальной операціи. Но такъ какъ, особенно при прободныхъ, туберкулезныхъ *ruosalpinx'*ахъ, при выжидательномъ леченіи общее состояніе зачастую быстро ухудшается, то такая точка зрѣнія не выдерживаетъ критики.

Большое значеніе для постановки показаній къ операціи имѣетъ вліяніе процесса на общее состояніе больной. Если такое болѣе или менѣе удовлетворительно, если больная не теряетъ въ вѣсѣ при общемъ діететическомъ леченіи, если не имѣется ослабляющей лихорадки, то нужно отказаться отъ всякаго вмѣшательства, помня объ опасности, которая грозитъ намъ при операціи этихъ осложненныхъ піосальпингсовъ. Если же силы больной замѣтно падаютъ вслѣдствіе постоянныхъ выдѣленій гноя, если все снова наблюдается обостреніе лихорадки, то получается показаніе къ экстирпаціи даже прободныхъ піосальпингсовъ.

Техника операціи прободныхъ піосальпингсовъ.

Такъ какъ при этихъ большей частью весьма тяжелыхъ, опасныхъ для жизни операціяхъ всѣ старанія должны быть направлены на скорое окончаніе операціи, то, при вопросѣ, слѣдуетъ-ли удалять только трубныя мѣшки или же также и матку, мы будемъ руководствоваться болѣе техническими соображеніями, чѣмъ будущимъ самочувствіемъ больной, т. е. возможностью появленія симптомовъ, зависящихъ отъ выпаденія функціи органа. Если удаленіе однихъ только трубныхъ мѣшковъ можетъ быть произведено болѣе скоро, то мы сохранимъ матку; если же удаленіе и матки не представляетъ большихъ затрудненій, то, въ интересахъ хорошаго дренажа, мы удалимъ, по возможности, одновременно и этотъ органъ.

Особенно трудно слагаются условия, если прободение произошло въ кишку. Здѣсь наше воздѣйствіе будетъ различнымъ въ зависимости отъ локализациі мѣста прободенія. Если отверстіе находится въ наиболѣе частомъ мѣстѣ, выше 3-го жома въ прямой кишкѣ, то мозолистые края свища вырѣзываются, свищъ вворачивается внутрь, а отверстіе зашивается серо-серозными швами, по возможности въ 2 этажа. Такъ какъ зашивание въ мозолистой ткани весьма ненадежно, то необходимо непременно вставить дренажъ. При сохраненіи матки это достигается лучше всего такимъ образомъ, что вскрывается широко задній Дугласъ по направленію къ влагалищному своду и вводится Г-образный дренажъ въ него черезъ рукавъ. Кверху брюшная полость закрывается при помощи матки и верхней части флексуры. Введеніе марли между маткой и прямой кишкой кажется намъ въ этихъ случаяхъ мало умѣстнымъ, такъ какъ благодаря этому задерживается вторичное сращеніе сшитыхъ участковъ съ маткою.

Если свищъ находится нѣсколько выше, въ S-образной кривизнѣ, то нужно, по возможности, удалить матку, чтобы сдѣлать возможнымъ дренированіе черезъ влагалище. Зашитое мѣсто S-образной кривизны укладывается въ отверстіе въ рукавѣ, чтобы дать возможность калу отходить, при закрытой сверху брюшной полости, черезъ влагалище, если швы оказались бы недостаточными. До зашитаго мѣста вводится черезъ рукавъ полоска марли или же тампонъ *Mikulicz'a*. Предложенный въ некоторыхъ дренажъ по *Mikulicz'у* черезъ рану передней брюшной стѣнки кажется намъ въ этихъ случаяхъ локализациі свищей во флексурѣ, ближе къ прямой кишкѣ, мало удобнымъ, такъ какъ при недостаточности швовъ калъ долженъ двигаться по длинному пути, черезъ тампонъ *Mikulicz'a*, по направленію къ брюшному отверстию. При этомъ легко можетъ случиться, что брюшинныя спайки въ окружности тампона *Mikulicz'a* окажутся недостаточно крѣпкими, вслѣдствіе чего калъ можетъ поступить въ брюшную полость, и можетъ развиться разлитой перитонитъ. Если же свищъ помѣщается нѣсколько выше въ S-образной кривизнѣ и если можно зашитое мѣсто подвести ближе къ ранѣ передней брюшной стѣнки, то, конечно, будетъ наиболѣе разумнымъ укрѣпить его здѣсь и дренировать по *Mikulicz'у* черезъ переднюю брюшную стѣнку.

Дренажъ при свищахъ въ прямой и S-образной кишкѣ необходимъ во всѣхъ случаяхъ еще потому, что въ этихъ отрѣзкахъ кишечника часто располагаются рядомъ нѣсколько свищей, скрывающіяся въ рубцовой ткани, и ускользаютъ отъ нашихъ глазъ даже при хорошемъ освѣщеніи.

Дренажъ, идущій въ Дугласъ, начинаютъ слегка освобождать черезъ 48 часовъ, затѣмъ удаляютъ ежедневно нѣсколько большую часть марли съ тѣмъ расчетомъ, чтобы она была удалена приблизительно черезъ 6 дней послѣ операціи совсѣмъ.

При тампонаціи по *Mikulicz'у*, съ выведеніемъ тампона черезъ рану передней брюшной стѣнки, поступаютъ такимъ же образомъ. Здѣсь начинаютъ потягивать за марлевую полоску, заложенную плотно въ марлевый мѣшокъ, понемногу уже черезъ сутки, затѣмъ удаляютъ ее все больше и больше и, наконецъ, на 6-й день, когда вытащена уже вся марля, вынимается и весь тампонъ потягиваніемъ за шелковый шнурокъ, который прикрѣпленъ къ серединѣ марлеваго мѣшка.

Если имѣются сообщенія между *pyosalpinx* и какой-нибудь ки-

печной петлей, то операція становится очень простой. Мы разъединяемъ сращения между мѣшкомъ и кишечной петлей и закрываемъ свищевое отверстіе Лембертовскими швами, или же, если края его настолько мозолисты, что прочность швовъ не можетъ быть обезпечена, мы дѣлаемъ круговую резекцію кишки, чтобы произвести затѣмъ прочное сшиваніе въ здоровой ткани. Тутъ мы уже не тапонируемъ, а считаемъ правильнымъ просто погрузить соответственную кишечную петлю въ брюшную полость. Введеніе снаружи марлевой полосы вплоть до зашитаго участка въ видѣ дренажа представляетъ то неудобство, что не получаютъ брюшинныя склейки съ сосѣдними кишечными петлями, способствующія въ большей мѣрѣ прочности кишечныхъ швовъ, вслѣдствіе чего, какъ-разъ на мѣстѣ, куда введена марля, легко образуется ихъ расхожденіе. Свищъ тонкихъ кишекъ настолько истощаетъ силы больной, что повтореніе чревосѣченія обѣщаетъ лишь малый успѣхъ.

Если при вскрытіи брюшной полости находятъ *многія* петли тонкихъ кишки сращенными съ трубнымъ мѣшкомъ и если можно предположить, что *pyosalpinx* сообщается со многими кишечными петлями, то намъ кажется самымъ подходящимъ, отказавшись отъ экстирпаціи гнойнаго мѣшка и раздѣленія кишечныхъ петель, произвести энтероаностомозъ между приводящимъ и отводящимъ колѣномъ, если, конечно, не выключается при этомъ слишкомъ большой и важный для питанія женщины отрѣзокъ тонкихъ кишекъ. Такимъ образомъ намъ удастся ослабить лихорадочныя движенія и въ значительной степени улучшить общее состояніе больной. Эта операція совершенно безопасна и избѣгаетъ во многихъ случаяхъ труднаго отдѣленія зараженнаго піосальпинкса. Однако, при сообщеніи многихъ кишечныхъ петель съ туберкулезнымъ піосальпинксомъ наблюдаются значительныя затрудненія при резекціи кишекъ, такъ какъ *pyosalpinx* осложняется туберкулезными язвами въ кишкахъ, и круговая резекція ихъ въ здоровой ткани возможна лишь послѣ огнѣченія большихъ кусковъ.

Срокъ излеченія послѣ операціи прободныхъ піосальпинговъ большей частью весьма продолжителенъ. Въ вышеупомянутыхъ, протекшихъ такъ благополучно случаяхъ клиники *Freund*'а періодъ излеченія колебался между 4—12 недѣлями. Въ виду кружнаго вмѣшательства женщины бываютъ въ первый день весьма слабыми, являя весьма опасныя признаки коллапса.

При прободеніи въ мочевой пузырь условія значительно упрощаются. Если прободное отверстіе лежитъ въ серозномъ покровѣ мочевого пузыря, то, послѣ разъединенія сращения, отверстіе мочевого пузыря просто закрывается двухъэтажнымъ Лембертовскимъ швомъ. Дренажъ не нуженъ. Если же прободное отверстіе помѣщается въ экстраперитонеальномъ участкѣ мочевого пузыря, то наклонность къ излеченію далеко не такъ велика. Въ этихъ случаяхъ мы закрываемъ брюшную полость сверху, сшивая серозу верхушки мочевого пузыря съ маткой или же съ брюшиной Дугласа, а маткой пользуемся, если это возможно, въ видѣ крышки при зашиваніи мочевого пузыря.

Оперативное вмѣшательство при сочетаніи трубныхъ заболѣваній съ явленіями стеноза кишечника.

При хроническихъ заболѣваніяхъ придатковъ заслуживаетъ еще упоминанія одно, хотя и рѣдкое осложненіе. Благодаря распростра-

ненію, въ особенности гонорройнаго, въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ и туберкулезнаго процесса на прямую кишку, можетъ произойти почти полная ея непроходимость въ области 3-го жома. Явленія непроходимости выступаютъ обычно очень медленно, но могутъ достигать такой степени, что стулъ удается вызвать только промывательными и сильными слабительными.

При гонорройныхъ стриктурахъ слизистая кишки оказывается, при осмотрѣ ректоскопомъ, большей частью совершенно здоровой; суженіе вызвано воспалительными процессами въ *стѣнкѣ* кишки и еще болѣе перипроктитомъ. Кольцо суженія оказывается при ощупываніи настолько малоподатливымъ, самоизлеченіе процесса представляется столь маловероятнымъ, что является невольное желаніе сдѣлать немедленно резекцію кишечной трубки или, по крайней мѣрѣ, провизорный каловый свищъ выше мѣста суженія. Тѣмъ не менѣе такія обусловленныя переломомъ суженія даютъ въ общемъ, по нашимъ наблюденіямъ, недурное предсказаніе. При чисто выжидательномъ леченіи съ теченіемъ времени восстанавливается свободный проходъ даже для твердаго кала.

Мы назначаемъ спринцованія влагалища и прямой кишки нѣсколько разъ въ день возможно горячей ромашкой, въ количествѣ отъ 30—40 литровъ. Въ промежуткахъ производятся обертыванія низа живота въ фанго и мѣстное нагрѣваніе электрическими или паровыми ваннами. Такимъ образомъ часто удается обойтись безъ операциі.

Если наступаютъ явленія сильнаго суженія, вплоть до задержанія испражнений, то при гонорройныхъ стриктурахъ не дѣлаютъ на первыхъ порахъ резекціи кишки, а накладываютъ кишечный свищъ въ области S-образной кривизны.

Anus praeternaturalis причиняетъ большой немало страданій, но питаніе лишь незначительно ухудшается. Между тѣмъ можно продолжать мѣстно электро-гидротерапію и постепенно расширять суженное мѣсто кишки бужами. Однако, мы предостерегаемъ отъ слишкомъ ранняго примѣненія механическихъ расширителей.

Если свободный проходъ восстановленъ въ продолженіе нѣсколькихъ недѣль, иногда лишь черезъ нѣсколько мѣсяцевъ, то въ благоприятныхъ случаяхъ происходитъ самостоятельное закрытіе кишечнаго свища. Если образовалась «шпора», то накладывается зажимъ по *Mikulicz*'у; если и это не помогаетъ, то мы вскрываемъ брюшную полость по средней линіи и производимъ энтероаностомозъ между обонми колѣнами S-образной кривизны, которыя на нѣкоторомъ протяжении проходятъ рядомъ. Если соустье сдѣлано достаточной величины, то достаточно простого, механическаго закрытія свища нѣсколькими поверхностными швами, чтобы вызвать нормальное отхожденіе испражнений черезъ задній проходъ.

При *туберкулезныхъ* процессахъ предсказаніе значительно хуже, и тѣмъ хуже, если при ректоскопії оказываются и туберкулезныя язвы въ кишкѣ. Мы видѣли всего одинъ только разъ такое суженіе: мы сдѣлали кишечный свищъ въ S-образной кривизнѣ, но больная умерла отъ общаго туберкулеза, прежде чѣмъ наступило мѣстное излеченіе. Если образование мозолистой ткани въ окружности стриктуры не очень значительно, то можетъ возникнуть вопросъ о первичной резекціи соответствующаго отрѣзка прямой кишки, несмотря на плохую наклонность къ заживленію тканей. Для такихъ случаевъ

мы позволимъ себѣ предложить смѣшанный, влагалищно-брюшной методъ, причемъ брюшная полость прикрывается лоскутомъ, состоящимъ изъ фасціи и брюшины. Такія операціи были за послѣднее время произведены при высоко сидящемъ рактъ прямой кишки *Ma-skenrodt*'омъ, *Goepel*'емъ и *Krönig*'омъ.

Аппендицитъ и его отношеніе къ заболѣваніямъ женскихъ половыхъ органовъ.

Работы въ этой сложной области не единичны; начало въ этомъ направленіи положили французскіе и американскіе гинекологи, напр. *Coë* и *Delagénière*; изъ нѣмецкихъ авторовъ цѣпные вклады внесли въ разъясненіе этого вопроса *Sonnenburg*, *Hermes*, *Krüger*, *Mühsam*, *Martin*, *Füth*, *Amann jr.* Тѣсная связь между заболѣваніями червеобразнаго отростка и придатковъ объясняется тѣмъ, что ихъ непосредственно соединяетъ общая проводная связка, *ligamentum appendiculo-ovaricum*. *Waldeyer*, *Nagel*, *Bröseke* и другіе считаютъ ее, въ большинствѣ случаевъ, ясно выраженной складкой брюшины. Такимъ образомъ, легко себѣ представить, что ретроцекальный абсцессъ спускается по этой связкѣ въ половые органы.

Мы присоединяемся къ мнѣнію *Leopold-Landau* и думаемъ, что связка эта можетъ служить также для проведенія *интраперитонеальныхъ* натечныхъ абсцессовъ въ параметрій и врядъ-ли для проведенія *внутриперитонеальныхъ* абсцессовъ на придатки матки. Здѣсь играетъ большую роль топографическое отношеніе червеобразнаго отростка къ органамъ дѣторожденія. Мы часто находимъ *processus vermiformis* лежащимъ глубоко въ маломъ тазу, рядомъ съ половыми органами. Эта близость вполне объясняетъ совмѣстное заболѣваніе одного и другого органа.

Пока еще нѣтъ неоспоримыхъ статистическихъ данныхъ, касающихся частоты заболѣванія червеобразнаго отростка вмѣстѣ съ заболѣваніями придатковъ; да и вообще трудно будетъ получить точныя цифры, такъ какъ часть гинекологовъ оперируетъ теперь, именно при хроническихъ заболѣваніяхъ придатковъ, черезъ влагалище, причемъ, конечно, не замѣчаются измѣненія отростка. *Dührssen* находилъ заболѣваніе червеобразнаго отростка въ 3% случаевъ, въ которыхъ онъ вскрывалъ брюшную полость ради воспалительныхъ измѣненій придатковъ: *Amann jr.*—17 разъ при 280 чревосѣченіяхъ, что составляетъ 6%; *H. A. Kelly* находилъ при 200 чревосѣченіяхъ 25 разъ столь рѣзкія измѣненія *processus vermiformis*, что считалъ нужнымъ его удалить; *Hermis* находилъ измѣненія червеобразнаго отростка даже въ 53% при 75 лапаротоміяхъ, произведенныхъ по поводу заболѣваній въ гинекологической сферѣ.

Это колебаніе цифръ, касающихся совпаденія заболѣваній полового аппарата съ воспалениями отростка, объясняется различной постановкой показаній для оперативнаго удаленія червеобразнаго отростка. Нѣкоторые удаляютъ его уже тогда, когда имѣются незначительныя его сращенія съ придатками, другіе же лишь тогда, когда въ самомъ червеобразномъ отросткѣ замѣчаются глубокія измѣненія. Кроме того, въ вопросѣ о клиническомъ значеніи такъ назыв. *appendicitis granulosa* мнѣнія значительно расходятся: въ то время какъ одни отрицаютъ со-

вершенно клиническое значеніе его, другіе находятъ эти анатомическія данныя настолько ненормальными, что считаютъ показаннымъ удаление измѣненнаго такимъ образомъ червеобразнаго отростка.

Одно лишь точное заключеніе можно вывести изъ вышеприведенной статистики, что долго преобладавшій взглядъ, что женщины иммунны по отношенію къ аппендициту, неоснователенъ. Этотъ взглядъ опровергается также новѣйшими общими статистиками по хирургіи. *Rotter*, напр., произвелъ при остромъ и подостромъ аппендицитѣ въ одно и то же время 199 операцій у мужчинъ и 172 у женщинъ. При операціяхъ въ извѣстныхъ промежуткахъ получались даже одинаковыя цифры: на 42 мужчины 42 женщины.

Въ совпаденіи воспаленій червеобразнаго отростка съ воспаленіемъ придатковъ можетъ, конечно, играть роль двоякая причина: съ одной стороны, воспаленіе придатковъ можетъ быть первичнымъ явленіемъ, съ другой—воспаленіе можетъ спуститься съ червеобразнаго отростка на придатки и вызвать нагноенія не только вокругъ матки и ихъ, но даже и въ самихъ трубахъ. Нахожденіе правосторонняго пюсальпинкса у дѣвственницъ, у которыхъ ни клиническими, ни бактериологическимъ путемъ не найдены ни перелой, ни туберкулезъ, говоритъ почти съ абсолютной точностью за вторичное происхожденіе сактосальпинкса послѣ первичнаго аппендицита.

Къ аппендициту сравнительно часто присоединяются абсцессы въ Дугласѣ. Эти абсцессы представляютъ для діагноза потому такія большія затрудненія, что при ощупываніи находятъ такія же объективныя измѣненія при нагноившихся гематопеляхъ, пюсальпинксахъ и нагноившихся оваріальныхъ кистахъ. Мы соглашаемся съ *Veil*омъ, что нахожденіе при пункции вонючаго гноя въ Дугласѣ еще не говоритъ съ увѣренностью за перитифлитическій, натечный абсцессъ, однако, по нашему мнѣнію, нельзя отрицать и того, что такого рода абсцессы въ Дугласѣ имѣютъ зачастую исходную точку въ аппендицитѣ.

Для гинеколога имѣетъ въ этой области значеніе слѣдующій вопросъ: нужно ли въ каждомъ случаѣ вскрытія брюшной полости по поводу заболѣванія полового аппарата удалять и *normal*ный червеобразный отростокъ, или нѣтъ? Вопросъ этотъ можетъ обсуждаться съ полнымъ правомъ, такъ какъ вырѣзываніе червеобразнаго отростка представляетъ, вѣдь, незначительное вмѣшательство. *Herrgott* предлагаетъ удалять червеобразный отростокъ, по крайней мѣрѣ, у тѣхъ женщинъ, которыя могутъ еще забеременѣть, для того чтобы избѣжать впоследствии опаснаго осложненія аппендицита беременностью. *Edebohls* предлагаетъ при *каждой лапаротоміи* дѣлать червеобразный отростокъ безвреднымъ. вворачивая его, по предложенному имъ же методу, въ слѣпую кишку. *Kelly* думаетъ, что изсѣченіе червеобразнаго отростка удлиняетъ всетаки операцію на нѣсколько минутъ, и что поэтому нѣтъ основанія усложнять ее безъ надобности.

Мы не вырѣзываемъ принципиально *normal*наго червеобразнаго отростка, но охотно дѣлаемъ это въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ должны быть удалены воспаленные придатки или же лежачія въ срощеніяхъ опухоли яичниковъ; здѣсь образуются иногда выпоты вокругъ культи, которые легко могутъ вызвать вторичное воспаленіе червеобразнаго отростка.

Наша техника въ общемъ слѣдующая: какъ видно изъ рисун-

ковъ №№ 119 и 120, мы накладываемъ на мѣстѣ перехода червеобразнаго отростка въ слѣпую кишку зажимъ, для того чтобы вызвать ретракцію его слизистой. Затѣмъ червеобразный отростокъ перерѣзается вблизи слѣпой кишки, по ходу получившейся отъ сдавленія зажимомъ борозды, и вокругъ него кладется тоненькая

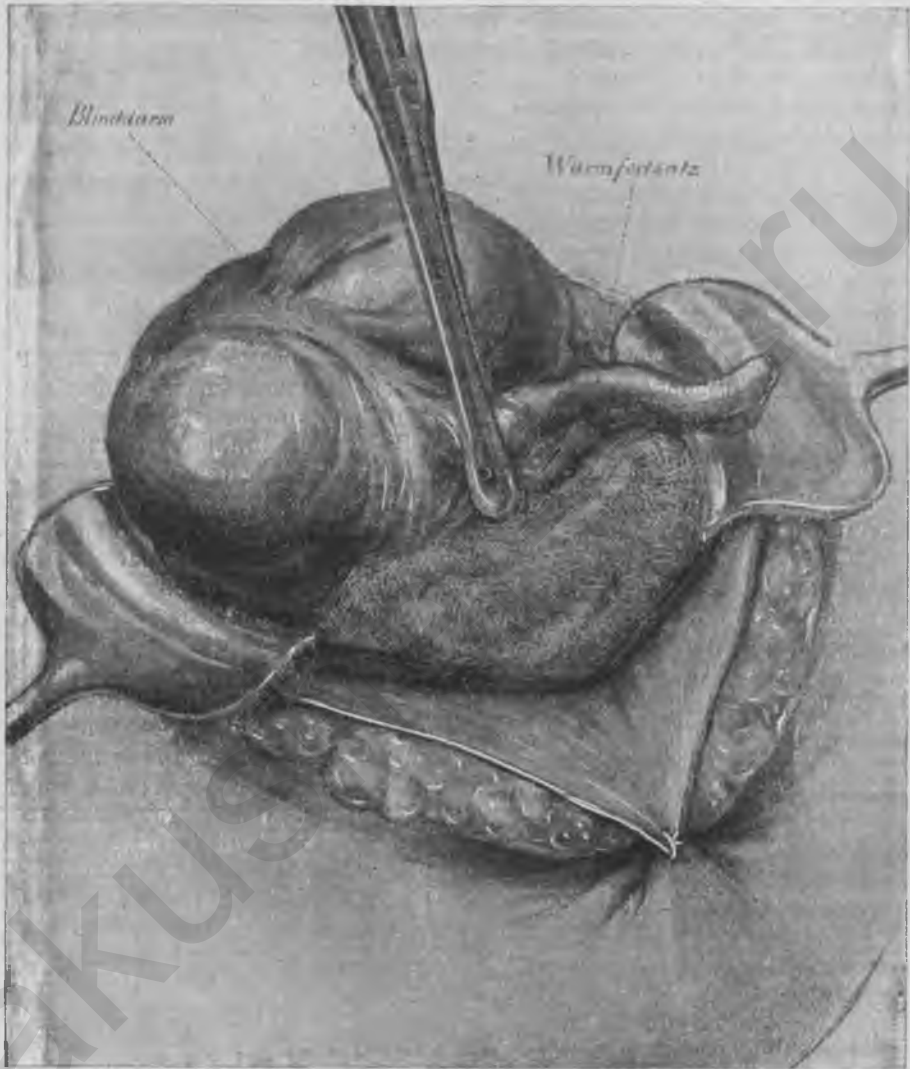


Рис. 119. Наложеніе зажима на мѣстѣ перехода червеобразнаго отростка въ слѣпую кишку.

шелковая лигатура для обезпеченія выше названной бороздки. Периферическій конецъ червеобразнаго отростка отдѣляется отъ своей брыжейки, кровоточащіе сосуды обкалываются. Перевязанная культя червеобразнаго отростка погружается такимъ образомъ, что серозныя поверхности слѣпой кишки соединяются надъ нею нѣсколькими узловатыми *Lembert'*овскими швами.

Затѣмъ, мы считаемъ своимъ долгомъ удалять червеобразный отростокъ въ случаяхъ, въ которыхъ мы находимъ его при экстирпации сросшенныхъ придатковъ или же при другихъ гинекологическихъ операціяхъ окруженнымъ сросченіями. Въ этихъ случаяхъ не слѣдуетъ удовлетворяться отдѣленіемъ спаекъ, а слѣдуетъ тотчасъ же удалить червеобразный отростокъ. Если наблюдаются анатомическія измѣненія въ самомъ червеобразномъ отросткѣ, то его удаленіе само собой понятно. Во всякомъ случаѣ, въ виду довольно часто наблюдаемаго и у женщинъ воспаленія червеобразнаго отростка, слѣдуетъ при каждой гинекологической операціи со вскрытіемъ брюшной полости внимательно осмотрѣть червеобразный отростокъ. Въ этомъ лежитъ преимущество чревосѣченій передъ операціями черезъ влагалище при хроническихъ заболѣваніяхъ придатковъ, такъ какъ при вскрытіи брюшной полости можетъ быть ясно разсмотрѣнъ червеобразный отростокъ и при случаѣ удаленъ.

Съ другой стороны, принимая въ расчетъ, что воспаленіе червеобразнаго отростка часто переходитъ на придатки, нужно требовать при операціяхъ аппендицита одновременнаго внимательнаго осмотра и придатковъ. Въ техническомъ отношеніи это имѣетъ постолько значеніе, поскольку мы должны вести разрѣзы такъ, чтобы можно было легко сдѣлать осмотръ полового аппарата. Разрѣзы по *Kocher*'у, боковой разрѣзы по *Sonnenburg*'у для обнаруженія воспаленнаго червеобразнаго отростка лучше замѣнить въ этихъ видахъ продольнымъ разрѣзомъ около или по самой средней линіи.



Рис. 120. Погруженіе культи червеобразнаго отростка наложеніемъ серосерозныхъ швовъ.

Мы сообразуемся при операціи хроническаго аппендицита или при операціи удаленія червеобразнаго отростка въ періодъ затишья въ общемъ съ данными ощупыванія. Если придатки прощупываются съ обѣихъ сторонъ свободными, то мы избираемъ разрѣзы по *Kocher*'у, потому что онъ даетъ наибольшую гарантію противъ образованія грыжи и крайне упрощаетъ вмѣшательство. Черезъ этотъ разрѣзы мы можемъ, вводя палецъ, проконтролировать данныя ощупыванія. Если находятъ правосторонніе придатки, противъ ожиданія, въ сросченіяхъ, то возможно послѣдовательно удлинить разрѣзы къ средней линіи, для того чтобы получить достаточно мѣста для разъединенія сросченій. Если же прощупываются болѣе плотныя сросченія обоихъ придатковъ, то разрѣзы ведется ближе къ средней линіи, причемъ можно избрать экстрамедіальный, продольный разрѣзы на правой сторонѣ живота по *Lenander*'у или поперечный разрѣзы фасціи по *Pfannenstiel*'ю. Срединный разрѣзы по бѣлой линіи, предложенный въ этихъ случаяхъ *Dührssen*'омъ и *Amann*'омъ, мало пригоденъ.

При натечныхъ абсцессахъ въ Дугласѣ мы избираемъ при под-

остромъ гнойномъ аппендицитѣ для вскрытія абсцесса влагалищный путь, дѣлая разрѣзъ въ заднемъ сводѣ, какъ и *Rotter*, *Monod*, *Vanverts*, *Leroy*, въ противовѣсъ нѣкоторымъ хирургамъ, напр., *Riedel*'ю, *Hermes*'у. *Hermes* считаетъ этотъ путь принципиально невѣрнымъ потому, что такимъ образомъ нельзя удалить червеобразный отростокъ и нельзя быть увѣреннымъ, что весь гной удаленъ. Съ другой стороны, брюшной путь представляетъ то огромное неудобство, что вмѣшательство является значительно болѣе опаснымъ, потому что до вскрытія абсцесса приходится разъединять въ маломъ тазу многія спайки кишекъ, рискуя попасть въ открытую брюшную полость. Кромѣ того и при этомъ вмѣшательствѣ не всегда возможно удалить тотчасъ же червеобразный отростокъ, если онъ скрывается, какъ это вообще наблюдается при болѣе старыхъ абсцессахъ Дугласа, въ гнойной мозолистой ткани. При разрѣзѣ черезъ заднюю кольшотомію срощенія кишекъ остаются нетронутыми, благодаря чему инфекция брюшной полости можетъ быть избѣгнута. Вскрывая абсцессъ въ самыхъ глубокихъ мѣстахъ, мы обезпечиваемъ успѣшный стокъ гноя, а гнойная полость уменьшается поразительно быстро. Нужно признать, что здѣсь можно опасаться появленія рецидива, зато операція, произведенная затѣмъ въ свободномъ промежуткѣ, становится совершенно безопасной.

Во многихъ случаяхъ мы удаляли посредствомъ задней кольшотоміи абсцессы Дугласа и не видѣли ни разу неудачи.

Влагалищный путь мы предпочитаемъ еще и потому, что во многихъ случаяхъ невозможно поставить діагнозъ съ точностью, происходитъ-ли гнойный очагъ въ Дугласѣ дѣйствительно изъ воспаленнаго червеобразнаго отростка или же изъ гнойной кисты, или нагноившейся заматочной опухоли. Клиническіе симптомы и объективные данныя могутъ быть настолько схожими, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ точное дифференціальное распознаваніе становится невозможнымъ. Если же при боковомъ разрѣзѣ мы находимъ, вмѣсто ожидаемаго аппендикита, нагноившуюся заматочную кровяную опухоль, то мы ставимъ безцѣльно женщину въ смертельную опасность.

Трубная беременность.

Въ учебникахъ гинекологіи разбирается обыкновенно леченіе трубной беременности въ первой половинѣ ея, остальные же періоды беременности излагаются только въ учебникахъ акушерства. Въ нашей книгѣ мы присоединяемся къ этому обычаю.

Леченіе трубной беременности подверглось въ значительной степени вліянію новѣйшихъ анатомическихъ изслѣдованій объ имплантаци яйца въ трубахъ *Werth*'а, *Füth*'а, *Aschoff*'а, *Kühne* и др. Здѣсь не мѣсто подробно разбирать эти изслѣдованія, однако на нѣсколькихъ пунктахъ мы хотѣли бы остановиться, которые кажутся намъ существенными при постановкѣ показаній къ оперативному вмѣшательству.

Яйцо располагается и развивается, какъ доказали *Werth*, *Füth* и др., главнымъ образомъ въ мышечной ткани трубы.

Лежащее въ стѣнкѣ трубы яйцо можетъ при дальнѣйшемъ развитіи прорваться въ просвѣтъ трубы или же оно можетъ быть туда

извергнуто, или же оно можетъ быть послѣ разъединенія периферическихъ участковъ мышечной стѣнки и послѣ разрушенія серознаго покрова трубы исторгнуто наружу, по направленію къ серозному покрову. Первый процессъ *Werth* называетъ «внутреннимъ вскрытіемъ плодовой оболочки», второй «наружнымъ вскрытіемъ плодовой оболочки». Эти новые термины мы считаемъ болѣе удачными, чѣмъ старыя обозначенія: трубный абортъ и разрывъ трубы.

Кровотеченіе изъ сосудовъ матери бываетъ разной силы. Въ общемъ, при наружномъ разрывѣ плодовой оболочки (т. е. разрывѣ трубы) кровотеченіе нѣсколько сильнѣе, но встрѣчаются жизнеопасныя кровотеченія и при внутреннемъ вскрытіи плодовой оболочки (т. е. при трубномъ выкидышѣ).

Если кровотеченіе не сильное, то кровь обыкновенно собирается позади матки и окружается здѣсь болѣе или менѣе плотной капсулой. Такъ образуется кровяная опухоль, которая называется *haematocoele retrouterina*. Если кровоизліяніе настолько мало, что ограничивается полостью плоднаго мѣшка, то получается такъ называемая *haematocsalpinx e graviditate* или *haematoma tubae*, или, по аналогіи съ процессомъ въ маткѣ, трубный заносъ—названіе, которое *Werth* считаетъ мало удачнымъ. Наконецъ, кровоизліяніе можетъ найдтись подъ серозной оболочкой, если разрывъ трубы происходитъ между листками широкой связки; въ такихъ случаяхъ образуется такъ называемое *haematoma parauterinum*.

Важнымъ для леченія мы считаемъ еще одинъ результатъ анатомическихъ изслѣдованій *Werth*'а и *Füth*'а, а именно, что послѣ смерти плода процессъ далеко еще не законченъ, что, напротивъ, ряды клѣтокъ *Langhans*'а могутъ продолжать свое дѣло разрушенія стѣнки трубы, и можетъ вполнѣтвствіи, когда уже плодъ умеръ, произойти довольно сильное кровотеченіе изъ разрушенныхъ сосудовъ матери. Такимъ образомъ, нельзя уже дѣлать, какъ раньше, строгаго различія между полнымъ и неполнымъ выкидышемъ, такъ какъ послѣ кажущагося полнаго изгнанія продукта беременности остаются еще ворсинки и клѣточные столбики *Langhans*'а со всѣми своими клиническими послѣдствіями. Не выдерживаетъ критики также строгое раздѣленіе между трубнымъ выкидышемъ и разрывомъ трубы, такъ какъ оба процесса, какъ доказалъ *Aschoff*, встрѣчаются вмѣстѣ.

Что касается дальнѣйшихъ подробностей, то мы отсылаемъ читателя къ блестящей монографіи *Werth*'а въ руководствѣ по акушерству *Winckel*'я и къ касающимся этого предмета изслѣдованіямъ *Füth*'а.

Показанія къ оперативному вмѣшательству при прогрессирующей трубной беременности и при свободномъ кровоизліяніи въ брюшную полость.

Когда внѣматочная беременность продолжаетъ явственно развиваться, тогда показаніе ясно, такъ какъ въ каждомъ случаѣ необходимо удаленіе плоднаго мѣшка. Мы вполне согласны съ *Werth*'омъ, что было бы безуміемъ ждать до тѣхъ поръ, пока ребенокъ станетъ жизнеспособнымъ, такъ какъ, во-первыхъ, очень мало вѣроятія, чтобы беременность достигла восьми и больше мѣсяцевъ, во-вторыхъ, доношенные внѣ матки плоды представляютъ въ очень большомъ количествѣ слу-

чаевъ уродства какъ показалъ *v. Winkel* въ своей обширной монографіи. Вѣроятность того, что въ періодѣ ожиданія наступитъ, вслѣдствіе разрыва въ трубѣ плоднаго мѣшка, у больной смертельное кровотеченіе, настолько велика, что мы не имѣемъ права откладывать въ интересахъ ребенка оперативное вмѣшательство. Кромѣ того, операція далеко зашедшей трубной беременности значительно труднѣе и опаснѣе благодаря увеличивающимся сращениямъ, благодаря развитію сильныхъ сосудистыхъ стволовъ, такъ что уже по этой одной причинѣ мы должны удалять плодный мѣшокъ, какъ только распознаемъ трубную беременность съ живымъ младенцемъ.

Стремленіе умертвить плодъ пункцией плоднаго мѣшка и послѣдующимъ впрыскиваніемъ морфія, по предложенію *v. Winkel*'а, было бы умѣстно, если бы удаленіе трубнаго мѣшка въ первую половину беременности не давало столь благопріятныхъ результатовъ.

Впрочемъ, мы имѣемъ рѣдко возможность оперировать въ первой половинѣ беременности при живомъ плодѣ, такъ какъ въ этомъ періодѣ трубная беременность не причиняетъ женщинамъ никакихъ неприятностей, и онѣ не обращаются къ врачу.

Полное единодушіе наблюдается при постановкѣ показаній къ оперативному вмѣшательству и въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ наступаетъ опасное для жизни кровотеченіе въ брюшную полость вслѣдствіе наружнаго, чаще наблюдаемаго, вскрытія плодной оболочки (разрыва), или же также вслѣдствіе внутренняго вскрытія плодной оболочки (трубнаго выкидыша).

Всѣ предлагаютъ здѣсь оперативное вмѣшательство, но расходятся во взглядахъ относительно времени; одни оперируютъ *немедля* даже такихъ больныхъ, которыя находятся въ коллапсѣ, другіе же откладываютъ операцію, пока не пройдетъ тяжелый коллапсъ. Нужно признать, что женщины погибаютъ рѣдко послѣ *перваго* припадка, отъ внутренняго кровотеченія, что если и наступаетъ смерть отъ кровопотери, то большей частью при слѣдующихъ припадкахъ, но когда наступитъ слѣдующій припадокъ, наступитъ-ли онъ черезъ часъ, или же черезъ нѣсколько дней, не можетъ быть предсказано. Между тѣмъ, можетъ быть потеряно безцѣльно самое удобное время для операціи, можетъ наступить неожиданно второй припадокъ—и съ быстротой молніи смерть отъ кровопотери.

Поэтому мы и въ этомъ отношеніи присоединяемся вполне къ мнѣнію *Werth*'а, что при всѣхъ обстоятельствахъ, даже при самомъ сильномъ коллапсѣ, слѣдуетъ *немедля* же приступать къ операціи. Къ этому побуждаютъ еще двѣ причины: во-первыхъ, операція обыкновенно очень непродолжительная и носитъ характеръ небольшого вмѣшательства безъ длительнаго открытія брюшной полости, затѣмъ, вызывающей опасеніе нитевидный пульсъ не всегда зависитъ отъ высокой степени анеміи, но большей частью отъ сильнаго шока, получающагося отъ раздраженія брюшины внезапно излившейся въ большихъ количествахъ кровью. Этимъ объясняется, почему пульсъ большей частью поднимается *немедленно* же послѣ операціи, какъ только удалена большая часть крови изъ брюшной полости.

Наблюденіе того, что смерть отъ кровопотери рѣдко наступаетъ при первомъ приступѣ, рождаетъ вопросъ, должны-ли мы отправить больную, захваченную дома врасплохъ свѣжимъ кровотеченіемъ, въ клинику или же оперировать на мѣстѣ, при менѣе благопріятныхъ условіяхъ домашней обстановки. Опытъ учитъ насъ, что мы можемъ

рекомендовать первое, если только перевозка продолжается не очень долго и не очень трудна. Опасение, что кровотечение усилится во время транспорта вследствие сотрясения, что может даже наступить смерть от кровопотери, искупается тою увѣренностью, которую даетъ намъ оперативное вмѣшательство при значительно болѣе благопріятныхъ условіяхъ клиники передъ таковыми частнаго дома. Единственный смертный случай у *Krönig*'а при 90 операціяхъ по поводу трубной беременности касался женщины, оперированной на дому при самыхъ неблагопріятныхъ условіяхъ, такъ какъ подвергать ее длительному транспорту въ клинику представлялось рискованнымъ. Больная погибла на третій день отъ зараженія крови.

Классической операціей при кровоизліяніи прямо въ брюшную полость и разрывѣ трубы мы считаемъ *чревосъчненіе*, которое и производится во всѣхъ случаяхъ *Werth*'омъ, *Zweifel*'емъ, *Olshausen*'омъ, *Fritsch*'емъ, *Bunn*'омъ и друг.; лишь небольшое количество гинекологовъ, какъ, напр., *Dührssen*, *Strassmann*, *Abel*, оперируетъ въ этихъ случаяхъ по влагалитному методу, черезъ переднюю или заднюю кольпотомію. Мы также предпочитаемъ принципиально, по причинамъ, о которыхъ упомянемъ ниже, чревосъчненіе.

Операція состоитъ въ немедленномъ вскрытіи, у очень обезкровленныхъ женщинъ, брюшной полости по средней линіи; если женщина находится не въ сильномъ коллапсѣ, то мы предпочитаемъ поперечный разрѣзъ фасціи по *Pfannenstiel*'ю.

По вскрытіи брюшной полости важно немедленно же нащупать положеніе матки и сторону беременной трубы.

Послѣдняя обычно не имѣетъ срощеній и легко выводится наружу изъ брюшной полости; *mesosalpinx* перевязывается, а затѣмъ удаляется и труба. Яичникъ остается, само собой разумѣется, нетронутымъ. Въ вопросѣ, нужно-ли удалять изъ брюшной полости кровь, или нѣтъ, не всѣ операторы солидарны: нѣкоторые изъ нихъ думаютъ, что при основательномъ ея удаленіи слишкомъ увеличивается шокъ отъ операціи, что, слѣдовательно, лучше оставить большую часть крови въ брюшной полости; другіе оставляютъ по принципу *всю* кровь въ брюшной полости, думая, что она всасывается и идетъ на пользу организма. Мы думаемъ, что въ общемъ болѣе правильно удалять тѣ кровавыя массы, которыя легко могутъ быть удалены при низкомъ положеніи таза; во всякомъ случаѣ не слѣдуетъ этого дѣлать съ чрезмѣрнымъ рвеніемъ и не удалять каждую капельку крови, которая можетъ находиться между кишечными петлями, перемѣщая ихъ.

Вливаніе соли у сильно обезкровленныхъ больныхъ до операціи не производится, ни подъ кожу, ни въ вену, потому что нельзя быть увѣреннымъ, что кровь не выйдетъ обратно изъ открытыхъ сосудовъ. Сомнѣнія могутъ рождаться относительно того, дѣлать-ли вливаніе *посль* полной остановки кровотечения; въ общемъ, это зависитъ отъ взглядовъ, которые мы уже изложили раньше, въ общей части, при леченіи сильныхъ кровотеченій.

Показанія къ оперативному вмѣшательству при прерванной въ первые мѣсяцы трубной беременности съ ограниченннмъ кровоизліяніемъ.

До сихъ поръ мы имѣли дѣло съ твердо установленными показаніями къ оперативному вмѣшательству, при леченіи же трубной

беременности съ ограниченнымъ кровоизліяніемъ, мы, нужно признаться, не имѣемъ и, пожалуй, даже и не можемъ имѣть точно выработанныхъ принциповъ для руководства.

Установлено, что большая часть случаевъ преждевременно прерванной трубной беременности съ ограниченнымъ кровоизліяніемъ оканчивается при выжидательномъ леченіи выздоровленіемъ. Мы наблюдаемъ, что haematocoele подвергается при постельномъ содержаніи обратному развитію, что женщины становятся опять трудоспособными, способными къ зачатію.

Тѣмъ не менѣ нельзя отрѣшиться отъ тяжелыхъ сомнѣній при выжидательномъ методѣ леченія.

Непреодолимая трудность при постановкѣ показаній къ оперативному вмѣшательству находить себѣ объясненіе въ томъ, что послѣ смерти плода и образованія haematocoele процессъ еще далеко не законченъ, что, напротивъ, могутъ еще происходить, согласно многимъ наблюденіямъ, сильныя кровоизліянія изъ плодовой оболочки въ haematocoele и, въ особенности, въ брюшную полость при послѣдовательномъ разрывѣ оболочки. Если бы мы имѣли даже возможность диагностировать выходъ всего продукта беременности изъ его вмѣстилища въ трубѣ въ брюшную полость, то и въ такомъ случаѣ мы не были бы увѣрены, какъ совершенно резонно отмѣчаетъ *Werth*, что не произойдетъ послѣдовательнаго кровотоčenja. Но такой діагнозъ невозможно поставить, особенно если уже образовался порядочной величины мѣшокъ кровяной опухоли, въ которомъ частью помѣщается и труба.

Поэтому всѣ указанія относительно постановки показаній не выдерживаютъ серьезной критики. Признанное раньше всѣми показаніе дѣйствовать выжидательно, когда при трубной беременности ясно обнаружилась haematocoele, всѣми уже давно оставлено на основаніи горькаго опыта. *Martin, Leopold, Wormser, Orthmann, Zweifel* сообщаютъ о внутреннихъ жизнеопасныхъ кровотоčenjaхъ при ясно опредѣлившейся haematocoele. Между нашими наблюденіями (*Kröning*) находится также 2 случая тяжелаго кровоизліянія въ брюшную полость при хорошо выраженной haematocoele. Въ обоихъ случаяхъ было предложено, на основаніи прежнихъ показаній, выжидательное леченіе, такъ какъ haematocoele была хорошо осумкована. Обѣ женщины отказались лечь въ клинику, такъ какъ операція не была необходимой. Въ одномъ случаѣ пришлось немного дней спустя сдѣлать, въ виду внезапно начавшагося внутренняго кровотоčenja, чревосѣченіе внѣ клиники, такъ какъ переноска крайне анемичной больной въ клинику представлялась рискованной. Случай этотъ, упомянутый выше, окончился смертью. Во второмъ случаѣ удалось произвести успѣшное удаленіе беременной трубы у женщины почти совсѣмъ безъ пульса.

На это намъ могли бы возразить, что внѣматочная беременность должна *всегда* находиться подъ *клиническимъ* наблюденіемъ, и что только при *клиническомъ* наблюденіи можно дѣйствовать выжидательно. Но и при самыхъ благопріятныхъ внѣшнихъ условіяхъ, которыя имѣются въ клиникѣ, опасность отъ кровопотерь велика. Въ клиникѣ *Zweifel*'я внезапно наступило въ случаѣ, леченномъ продолжительное время выжидательно, съ ясно выраженной haematocoele, столь обильное внутреннее кровотоčenje, что больная оказалась почти совершенно безъ пульса, прежде чѣмъ были закончены спѣшныя приготовленія къ операціи. Въ другомъ случаѣ изъ клиники *Zweifel*'я (описанномъ *Jogalla*) беременность не прекратилась, несмо-

тря на то, что при пункции через Дугласъ была получена свернувшаяся кровь и доказано присутствіе haematocoele. Руководствуясь принципами, считавшимися тогда правильными при постановкѣ показаній къ вмѣшательству при трубной беременности, женщину отпустили домой, давъ ей предписанія, которыя должны были способствовать рассасыванію haematocoele. Черезъ 6 недѣль она опять явилась съ живымъ плодомъ въ трубномъ мѣшкѣ. Только благодаря произведенной теперь операциі удалось избѣжать неудачнаго исхода. И въ Тюбингенской клиникѣ (*Döderlein*) одна больная, леченная выжидательно, истекла кровью столь внезапно, что операциа оказалась уже невозможной.

Отсутствіе точныхъ данныхъ для постановки показаній при преждевременно прерванной трубной беременности съ ограниченнымъ кровоизліяніемъ вполнѣ объясняетъ намъ, почему отдѣльные хирурги поступаютъ здѣсь различно. Рѣшающее значеніе могъ бы имѣть конечный результатъ леченія серіи больныхъ принципиально оперативнымъ или неоперативнымъ путемъ.

Имѣющіяся до сихъ поръ статистики недостаточны, такъ какъ требуются сопоставленія серій случаевъ, гдѣ принципиально отказывались отъ операциі или же принципиально ее дѣлали. Статистики *Prochownik'a*, *v. Scanzoni* касаются лишь избранныхъ случаевъ, леченныхъ выжидательно; болѣе тяжелые случаи и леченные неудачно по выжидательному методу оперировались.

Мы (*Krönig*) принципиально оперировали, въ серіи изъ 53 случаевъ, каждую трубную беременность съ ограниченнымъ кровоизліяніемъ. Къ такому рѣшенію привели насъ, кромѣ вышеупомянутыхъ инцидентовъ, еще другія, неприятыя наблюденія при выжидательномъ леченіи, которыя, можетъ быть, случайно сгруппировались. Какъ и другіе, мы не избѣгли неприятнаго осложненія, что haematocoele нагнаивалась во время выжидательнаго леченія. Такъ какъ, какъ извѣстно, при образованіи haematocoele повышеніе температуры не всегда указываетъ на нагноеніе, то оперативное вмѣшательство, вскрытіе haematocoele, было отложено на сутки послѣ перваго повышенія температуры. Ночью наступило прободеніе въ прямую кишку. Такъ какъ лихорадка не спадала, то пришлось сдѣлать разрѣзъ черезъ рукавъ. У пациентки довольно долго оставался свищъ между влагалищемъ, haematocoele и прямой кишкой, закрывшійся самостоятельно только черезъ нѣсколько недѣль. Продолжительность періода рассасыванія haematocoele не можетъ быть установлена заранѣе, довольно часто приходится наблюдать, что въ короткое время исчезаетъ довольно большая haematocoele; въ нѣкоторыхъ же случаяхъ приходится ожидать рассасыванія много недѣль. Если же послѣ долгаго выжиданія въ клиникѣ приходится прибѣгнуть, сообразуясь съ социальными условіями больной, не допускающими слишкомъ продолжительнаго ея отсутствія изъ дома, къ оперативному вмѣшательству, то все время выжидательнаго леченія оказывается потеряннымъ, и эта потеря времени тяжкимъ бременемъ ложится на женщинъ съ малымъ достаткомъ.

Показанія къ операциі такихъ трубныхъ беременностей мы хотѣли бы сравнить съ показаніями, которыя ставятся, въ новѣйшее время, многими при аппендицитѣ: такъ какъ при начинающемся аппендицитѣ никогда не можетъ быть предсказано дальнѣйшее его теченіе, то многіе хирурги принципиально удаляютъ червеобразный

отростокъ въ раннемъ періодѣ заболѣванія. Таковую же точку зрѣнія можно принять при трубной беременности: въ виду того, что и при ограниченномъ кровотеченіи мы никогда не знаемъ, каково будетъ дальнѣйшее теченіе, и не можетъ-ли внезапно появиться смертельное внутреннее кровотеченіе, и не имѣемъ точныхъ показаній, то нужно стоять за операцію въ раннемъ періодѣ трубной беременности.

Непремѣннымъ условіемъ операціи, разумѣется, должно быть то, чтобы смертность послѣ операціи, по меньшей мѣрѣ, не превышала таковой при выжидательномъ леченіи, чтобы состояніе больной послѣ операціи было такъ же удовлетворительно, какъ и при благополучно закончившемся выжидательномъ леченіи.

Смертность при операціяхъ трубной беременности съ ограниченнымъ кровоизліяніемъ чрезвычайно мала. *Schauta* насчитываетъ между 82 оперированными 2 смертныхъ случая; изъ нихъ одинъ только зависѣлъ отъ операціи. У *Küstner*'а смертность равнялась 1:72; *Fehling* потерялъ изъ 130 больныхъ троихъ, изъ нихъ 2 поступили уже зараженными; у *Krönig*'а изъ 63 оперированныхъ въ клиникѣ въ Іенѣ случаевъ трубной беременности ни одинъ не кончился смертью.

Какъ уже сказано, мы не имѣемъ серіи больныхъ, леченныхъ выжидательно, для сравненія; если *Zweifel* изъ 61, *Fehling* изъ 91 леченнаго выжидательно случая ни въ одномъ не наблюдалъ смертельнаго исхода, то эти цифры не могутъ быть взяты для сравненія, потому что всѣ трудные случаи, въ которыхъ наблюдалось нагноеніе или внезапное кровотеченіе, подверглись операціи.

Особенно большое значеніе имѣетъ для нашего взгляда относительно ранней операціи при трубной беременности сравненіе оперированныхъ больныхъ съ больными, леченными выжидательно, при послѣдующихъ изслѣдованіяхъ. Здѣсь также слѣдуетъ дѣлать известное ограниченіе при сравненіи статистическихъ данныхъ, такъ какъ леченныя по выжидательному методу больныя представляютъ не серіи, а немногіе, избранные и благопріятные случаи.

При провѣрочныхъ изслѣдованіяхъ больной главное значеніе должно имѣть возвращеніе у больной и сохраненіе въ дальнѣйшемъ времени способности къ труду и дѣторожденію.

Провѣрочныя изслѣдованія на сравнительно большомъ матеріалѣ производилъ *v. Scanzoni* въ Лейпцигской клиникѣ. Мы приводимъ изъ его работы сравнительную статистику:

Совершенно работоспособными оказались:

изъ 56 больныхъ, леченныхъ выжидательно,	41 = 73%
» 25 » » elytrotomi'ей	19 = 76%
» 38 » » чревосѣченіемъ	24 = 63%

Условно работоспособными (къ легкой работѣ) оказались:

изъ 56 больныхъ, леченныхъ выжидательно,	15 = 27%
» 25 » » elytrotomi'ей	6 = 24%
» 38 » » чревосѣченіемъ	13 = 34%

Неработоспособными оказались:

изъ больныхъ, леченныхъ выжидательно	= 0
» » » elytrotomi'ей	= 0
» » » чревосѣченіемъ	1 = 3%

Изъ 56 больныхъ, леченныхъ выжидательно, занялись своимъ хозяйствомъ:

тотчасъ же послѣ выписки	14=25%
въ первыя 1—6 недѣль	25=44%
черезъ 12 »	15=26%
» $\frac{3}{4}$ года	2=4%

Изъ 25, подвергшихся *elytrotomi'i*, занялись своимъ дѣломъ:

тотчасъ же послѣ выписки	4=16%
въ первыя 1—6 недѣль	13=52%
черезъ 6—12 »	8=38%

Изъ 38, подвергшихся чревосѣченію, занялись своимъ дѣломъ:

тотчасъ же послѣ выписки	1=3%
въ первыя 1—6 недѣль	19=50%
черезъ 6—12 »	10=26%
» 12—26 »	5=14%
» 1 годъ	1=3%

Совершенно оказались неработоспособными 1=3%

Забеременѣли изъ больныхъ, леченныхъ выжидательно 37%, изъ больныхъ, подвергшихся *elytrotomi'i* 45% и чревосѣченію 17%.

v. Scanzoni самъ признаетъ, что цифры эти далеко недостаточны, чтобы можно было сдѣлать изъ нихъ обязательные выводы. Мы упомянемъ еще, что *Prochownik*, который наблюдалъ почти такое же количество трубныхъ беременностей, приходитъ, при дальнѣйшихъ наблюденіяхъ своихъ больныхъ, къ убѣжденію, находящемуся въ нѣкоторомъ противорѣчій съ данными *v. Scanzoni*, что «въ раннемъ вмѣшательствѣ путемъ чревосѣченія нужно видѣть наилучшее и въ полнѣ оправдавшееся консервативное лечение».

Изъ противоположныхъ наблюденій мы приведемъ случаи напр. *Prochownik'a*, въ которыхъ изъ 39 женщинъ, подвергшихся чревосѣченію, у 21=53% впослѣдствіи наступило зачатіе, а у *v. Scanzoni* только 17%; изъ 40 больныхъ, леченныхъ у *Prochownik'a* выжидательно, у 20=50% наступило зачатіе, у *Scanzoni* только 37%.

Провѣрочныя изслѣдованія матеріала Тюбингенской клиники дали *Sehbach'u* слѣдующіе результаты: изъ 16 больныхъ, подвергшихся чревосѣченію, 12 оказались въполнѣ работоспособными, 4 только отчасти, 2 изъ нихъ забеременѣли; изъ 5 больныхъ, подвергшихся кольпотоміи, 4 стали въполнѣ работоспособными, 1 осталась нетрудоспособной, у 2 наступило зачатіе; изъ 11 больныхъ, леченныхъ выжидательно, 9 стали работоспособными, 2 могли исполнять только легкую работу, у 2 наступило зачатіе.

Техника операціи при трубной беременности съ ограниченнымъ кровоизліяніемъ.

Здѣсь также имѣетъ важное значеніе выборъ оперативнаго пути, выбрать-ли влагалищный или брюшной путь. При разрывѣ трубы съ кровоизліяніемъ въ брюшную полость мы принципиально стояли за чревосѣченіе въ каждомъ случаѣ, при леченіи же трубной беременности съ болѣе или менѣе осумкованнымъ кровотеченіемъ мы не можемъ стать на эту одностороннюю точку зрѣнія.

Однако при влагалищномъ методѣ нужно упомянуть о 2 различныхъ способахъ оперативнаго вмѣшательства: о способѣ, при которомъ происходитъ только опорожненіе мѣшка *haematocoele*, и способѣ, при которомъ удаляется одновременно продуктъ беременности и труба.

Останавливаясь сначала на *радикальных* способахъ удаленія кровоизлиянія и продукта беременности, мы склоняемся къ тому мѣ-
нью, что брюшной путь значительно лучше и вѣрнѣе ведетъ къ цѣли. Онъ даетъ лучшее поле зрѣнія, можно оперировать болѣе консерва-
тивно и сохранить яичникъ скорѣе, чѣмъ при влагалищныхъ опера-
ціяхъ. Подъ контролемъ глаза мы можемъ легко разъединить срощенія кишекъ, легко добраться до плоднаго мѣшка и удалить его. Влагалищная операція имѣетъ, именно при трубной беременности, тотъ недостатокъ, что ткани въ значительной степени разрыхлены беременностью, и что при попыткѣ вывести матку черезъ передній или задній разрѣзъ влагалища легко происходятъ глубокіе разрывы мускулатуры матки и нерѣдко отрывъ беременной трубы у маточнаго конца. Кровотеченіе въ такихъ случаяхъ обыкновенно настолько сильное, что приходится приступить, не медля, къ лапаротоміи, чтобы обнажить кровоточащее мѣсто, или же тоже, чтобы совсѣмъ уже не терять времени, къ полному удаленію матки черезъ влагалище, чтобы вполнѣ открыть операціонное поле. Если принять въ расчетъ, что мы имѣемъ дѣло съ женщинами въ періодѣ расцвѣта половой зрѣлости, то на такого рода осложненіе, т. е. полное удаленіе матки, нужно смотрѣть какъ на весьма крупный недостатокъ влагалищнаго метода при трубной беременности. И тѣмъ болѣе значеніе имѣетъ этотъ недостатокъ потому, что наблюдался онъ у самыхъ лучшихъ и опытныхъ операторовъ.

Разрѣзъ haematocoele въ качествѣ консервативнаго вмѣшательства безъ удаленія трубы былъ введенъ впервые *Zweifel* емъ въ леченіе трубной беременности и повліяла въ то время, когда радикальная операція посредствомъ чревосѣченія не давала еще такихъ блестящихъ результатовъ, какъ теперь, ободряющимъ образомъ.

Но и въ настоящее время мы должны смотрѣть на инцизію haematocoele въ такомъ видѣ, какъ она производится *Zweifel* емъ, какъ на операцію, имѣющую полное основаніе. *Zweifel* предлагаетъ вскрывать заматочную haematocoele продольнымъ разрѣзомъ задняго свода влагалища, затѣмъ проникнуть однимъ пальцемъ и удалить старые кровяные сгустки. По удаленіи крови, палецъ, введенный въ haematocoele, нащупываетъ при помощи контролирующей наружной руки, содержитъ-ли труба еще продуктъ беременности, или нѣтъ. Если труба на всемъ своемъ протяженіи прощупывается тонкой, и если haematocoele хорошо отграничена отъ брюшной полости, то операція закончена. Мѣшокъ тампонируется марлей, по направленію къ влагалищу вводится дренажъ. Если же, судя по ощупыванію, труба еще, вѣроятно, содержитъ яичко, то къ разрѣзу черезъ Дугласъ принципиально присоединяется вскрытіе брюшной полости, и труба удаляется сверху. *Zweifel* излечилъ такимъ образомъ, за исключеніемъ одного, всѣ случаи. Въ этомъ случаѣ неудача зависѣла отъ ошибки въ послѣдующемъ леченіи: при промываніи плоднаго мѣшка на 5 день послѣ операціи, была прорвана стѣнка haematocoele концомъ катетера, въ брюшную полость попала жидкость и вызвала смертельный перитонитъ.

Недостатокъ, который имѣется въ этомъ вмѣшательствѣ, заключается, пожалуй, въ томъ, что не всегда легко получить увѣренность при ощупываніи въ томъ, что труба дѣйствительно не содержитъ продукта беременности. Исходя изъ того наблюденія, что даже *незначительная* часть оставшагося яйца можетъ вызвать неприятыя ослож-

ненія, стали въ послѣднее время все больше и больше настаивать на радикальномъ вмѣшательствѣ.

Удаленіе беременной трубы съ ограниченнымъ кровотеченіемъ брюшнымъ путемъ производится слѣдующимъ образомъ: брюшная полость вскрывается поперечнымъ разрѣзомъ фасціи, отдѣльныя спайки между кишечными петлями и кровянымъ мѣшкомъ, имѣющимъ синеватый отливъ, отдѣляются; матка высвобождается затѣмъ и отводится *нѣжнѣмъ* потягиваніемъ за нитку, проведенную черезъ тѣло ея, къ здоровой сторонѣ и впередъ. Введенная рука старается затѣмъ удалить по возможности цѣликомъ трубу и мѣшокъ haematocoele, разъединяя, какъ при отдѣленіи послѣда, съ легкостью спайки между стѣнкой прямой кишки и мѣшкомъ haematocoele.

Если сращения довольно плотны, то проникаютъ пальцемъ въ мѣшокъ haematocoele и выбираютъ кровяныя массы; затѣмъ выводится сначала беременная труба черезъ брюшную рану, часть же мѣшка haematocoele остается въ брюшной полости. Затѣмъ удаляютъ трубу, перерѣзая mesosalpinx непосредственно около нея, кровоточащіе сосуды захватываются и перевязываются. Затѣмъ уже приступаютъ къ удаленію оставленныхъ въ Дугласѣ стѣнокъ мѣшка; если это не удастся легко, то части стѣнки могутъ быть оставлены внизу, въ Дугласѣ. Если haematocoele вполнѣ опорожнена и остановка крови вполнѣ обезпечена, то дренажа не требуется. Если же нѣтъ увѣренности, что кровотеченіе остановлено вполнѣ или же если остаются въ Дугласѣ довольно большіе участки стѣнки haematocoele съ равными краями, то самымъ правильнымъ будетъ сдѣлать изъ Дугласа противоотверстіе въ задній сводъ и провести дренажъ внизъ. Если остановка кровотеченія сомнительна, то вводится тампонирующій дренажъ, если же кровотеченіе остановлено вполнѣ, то въ Дугласъ вставляется простой Т-образный дренажъ и выводится во влагалище. Отграниченіе брюшной полости достигается такимъ образомъ, что матку кладутъ назадъ, надъ Т-образнымъ дренажемъ, и соединяютъ ее нѣсколькими узловатыми швами съ прямой кишкой или S-образной кривизной, или же такимъ образомъ, что соединяютъ наверху остатки стѣнки haematocoele нѣсколькими катгутовыми швами и надъ ними располагаютъ флексуру. Обыкновенно операція не сложна, особенно, если больныя попадаютъ сравнительно рано на операцію и не подвергались слишкомъ продолжительному выжидательному леченію.

Послѣднее время пытались дѣйствовать по возможности консервативно при операціяхъ, производимыхъ по брюшному методу, и сохранять беременную трубу. Въ случаяхъ, въ которыхъ яйцо располагалось вблизи воронки трубы, продуктъ беременности выдавливался изъ брюшного конца трубы или же удалялся, какъ маточный абортъ, черезъ брюшную конечъ трубы.

Но противъ этого приѣма справедливо возстаетъ *Werth*, утверждая, что анатомическія изслѣдованія abortирующихъ трубъ достаточно доказали, что при отдѣленіи яйца отъ внутренней поверхности трубы почти всегда задерживаются довольно большіе остатки его, что вслѣдствіе этого нельзя разсчитывать на надежную остановку кровотеченія. Наконецъ труба, явившая однажды способность принять въ свое ложе яйцо, можетъ вторично стать мѣсторасположеніемъ трубной беременности.

Между тѣмъ какъ здѣсь *Werth* возстаетъ противъ слишкомъ край-

няго консерватизма, онъ, съ другой стороны, противникъ и слишкомъ радикальной точки зрѣнія, требующей удаленія и другой трубы, дабы избѣгнуть въ дальнѣйшемъ новой трубной беременности. Повторная трубная беременность наблюдается приблизительно въ 5% случаевъ; зато во многихъ случаяхъ послѣ оперативнаго леченія съ сохраненіемъ здоровой трубы наступаетъ маточная, нормальная беременность—въ случаяхъ *v. Scanzoni* въ 17%.

Pelvipеритонитис chronica adhaesiva. Retroflexio uteri fixati.

Обыкновенно леченіе фиксированной ретрофлексіи рассматривается вмѣстѣ съ подвижной ретрофлексіей, причемъ, исходя изъ механической точки зрѣнія, проводятъ между ними аналогію, совпадающую въ главныхъ точкахъ леченія этихъ ненормальныхъ положеній, но представляющую ту разницу, что при фиксированной ретрофлексіи требуютъ предварительнаго насильственнаго разъединенія сращеній подъ наркозомъ или оперативное ихъ отдѣленіе. Изъ нашей бесѣды относительно подвижной ретрофлексіи видно, что мы не раздѣляемъ подобнаго воззрѣнія, такъ какъ мы не стремимся, какъ многіе операторы, къ достиженію *ортопедическаго эффекта*, но главное вниманіе обращаемъ при такъ назыв. фиксированной ретрофлексіи на имѣющееся воспаленіе. На основаніи нашихъ изслѣдованій мы не раздѣляемъ взгляда, что подвижная *retroflexio* становится фиксированной благодаря тому, что серозный покровъ задней стѣнки матки продолжительное время прилегаетъ къ брюшинѣ задняго Дугласа. Мы наблюдали ретрофлексію въ продолженіе многихъ лѣтъ, ничуть не исправляя ихъ положенія, и, несмотря на это, фиксація не происходила. Если имѣются сращения, то они представляютъ собой неизмѣнный результатъ специфическихъ воспалительныхъ процессовъ, въ рѣдкихъ случаяхъ ограничивающихся серознымъ покровомъ матки (*perimetritis*), въ большинствѣ же случаевъ перешедшихъ на всю брюшину таза; поэтому лишь рѣдко наблюдается, что спайками окружена одна матка, обыкновенно же сращения продолжаются на трубы и яичники. Причиннымъ моментомъ служатъ всѣ названные процессы, вызывающіе воспалительныя явленія въ трубахъ туберкулезныя, септическія и саприческія заболѣванія органовъ дѣторожденія, затѣмъ, всѣ послѣдствія закончившейся трубной беременности и аппендицита, при коихъ была захвачена и брюшина таза.

Такъ какъ фиксированная ретрофлексія можетъ быть слѣдствіемъ столь разнообразныхъ заболѣваній, то повятно, что при ея леченіи не могутъ быть рѣшающими принципы механическаго воздѣйствія. Если такая ретрофлексія сопровождается жалобами больнои, то таковыя вызываются, по нашему мнѣнію, лишь въ исключительныхъ случаяхъ неправильнымъ положеніемъ матки, а чаще воспалительнымъ процессомъ въ остальныхъ тѣсахъ—что особенно часто наблюдается при переломѣ—или же фиксирующими спайками. Последнія могутъ вызвать безпокойство благодаря тому, что органъ не можетъ смѣщаться при наполненіи мочевого пузыря и прямой кишки, не вызывая дерганія сращеній; или же могутъ, напр., при сношеніяхъ наступать боли, потому что органъ не перемѣщается кверху. Жалобы

вызываются, слѣдовательно, неподвижностью органа больше, чѣмъ его неправильнымъ положеніемъ. Представленіе это находитъ отчасти подтвержденіе и въ томъ, что послѣ *vaginifixur*ы, особенно если матка прикрѣплена довольно крѣпко въ антеверсіи, наблюдаются совершенно такія же жалобы, напр. часто боли при сношеніяхъ и почти типичныя жалобы со стороны мочевого пузыря.

Согласно вышеизложеннаго, жалобы при фиксированной ретрофлексіи должны зависѣть въ большой степени отъ способа ея происхожденія. Если фиксированная ретрофлексія зависитъ отъ закончившейся трубной беременности, то, по изслѣдованіямъ *Scanzoni* въ Лейпцигской клиникѣ, она протекаетъ почти безъ симптомовъ. Фиксированная ретрофлексія послѣ закончившагося аппендицита или послѣ септического процесса въ половой сферѣ, по истеченіи извѣстнаго времени также не беспокоитъ женщины. Худшій прогнозъ даетъ въ общемъ *retroflexio fixata*, вызванная восходящей гонорреей. Въ этихъ случаяхъ жалобы затихаютъ по окончаніи остраго періода воспаленія сравнительно очень медленно; зачастую послѣ безболѣзненныхъ промежутковъ наступаютъ рецидивы болѣзненныхъ припадковъ въ томъ видѣ, какъ мы описали это при хроническомъ гонорройномъ заболѣваніи придатковъ.

Такое разнообразное проявленіе субъективныхъ жалобъ при фиксированной ретрофлексіи позволяетъ предположить, что способы леченія, показанія къ оперативному вмѣшательству не могутъ быть всегда одинаковыми. Что касается послѣдующаго самостоятельнаго разьединенія спаекъ и новаго зачатія у женщины, то предсказаніе въ этомъ отношеніи тоже различно въ зависимости отъ этиологіи фиксированной ретрофлексіи. При фиксаціи матки тяжами, оставшимися послѣ гонорройнаго процесса, прогнозъ въ смыслѣ новаго зачатія плохъ; напротивъ, онъ въ общемъ благоприятенъ при фиксаціяхъ послѣ трубной беременности или закончившагося аппендицита. Самопроизвольное разьединеніе спаекъ происходитъ также различно, смотря по тому, предшествовала-ли гоноррея или трубная беременность и т. д. фиксаціи матки.

Наше терапевтическое воздѣйствіе должно считаться съ столь разнообразными проявленіями, въ зависимости отъ этиологіи фиксированной ретрофлексіи. Если мы не имѣли подъ наблюденіемъ первоначальнаго заболѣванія, поведшаго къ фиксаціи матки сзади, то мы пытаемся получить разъясненіе изъ *анамнеза*. Зачастую хорошо собранный анамнезъ можетъ дать многое. Если фиксація матки произошла послѣ закончившейся трубной беременности, то помня, что такіе случаи даютъ хорошій прогнозъ въ смыслѣ полнаго *restitutio in integrum*, мы дѣйствуемъ, если даже и имѣются жалобы, по возможности выжидательно: мы назначаемъ разсасывающія горячія сприндованія влагалища, фанго, грязевыя ванны, электрическое нагрѣваніе и т. д. Если же дѣло касается прогностически неблагоприятнаго случая фиксированной ретрофлексіи на почвѣ старой гонорреи, то и тутъ, понятно, мы будемъ сначала дѣйствовать выжидательно. Если же такое леченіе не ведетъ къ дѣлю послѣ многихъ недѣль и мѣсяцевъ, то, считаясь съ социальными условіями больной, на которыя мы усиленно обращали вниманіе, говоря о гонорройныхъ заболѣваніяхъ придатковъ, мы прибѣгаемъ къ *операции*. При послѣдней мы будемъ дѣйствовать согласно тѣмъ принципамъ, которые мы изложили при гонорройныхъ заболѣваніяхъ придатковъ. Операция не будетъ ограни-

чиваться разъединеніемъ сросшеній, но и удаленіемъ имѣющихся очаговъ хроническаго воспаленія въ придаткахъ матки и т. д.; напр., у женщинъ, приближающихся къ концу половой зрѣлости, можетъ возникнуть при частомъ повтореніи припадковъ боли вопросъ о радикальной операціи, объ удаленіи матки вмѣстѣ съ придатками. Мы примѣняли ее во многихъ случаяхъ фиксированной ретрофлексіи.

Если мы убѣждаемся, что жалобы обусловливаются чисто механическими условіями, то возникаетъ, конечно, вопросъ о простомъ разъединеніи спаекъ безъ дальнѣйшаго вмѣшательства. Если, напр., наблюдаются боли при сношеніяхъ и если ощупываніе выясняетъ, что боли вызываются давленіемъ, которое производитъ половой членъ на неподвижную, лежащую глубоко въ Дугласѣ матку, то мы, конечно, тотчасъ же приступимъ къ оперативному отдѣленію матки. Такимъ же образомъ мы должны будемъ разъединить спайки, если фиксированная матка вызвала суженіе прямой кишки и затрудненное отхожденіе кала, наконецъ, и въ тѣхъ случаяхъ, если изъ жалобъ выясняется, что при наполненіи кишечника вызываются боли отъ натяженія перитонеальныхъ тяжей. Въ такихъ случаяхъ мы приводимъ матку въ состояніе антеверсіи, потому что намъ извѣстно, что получившіяся на задней стѣнкѣ матки при разъединеніи спаекъ раневыя поверхности легко ведутъ опять къ склейкамъ. Изъ методовъ пришиванія матки мы рекомендуемъ, согласно изложенію при подвижной ретрофлексіи матки, методъ *Menge* (см. стр. 180).

Форсированное разъединеніе спаекъ подъ наркозомъ по *B. S. Schultze*, вмѣсто оперативнаго ихъ отдѣленія, мы не рекомендуемъ, потому что, по нашимъ наблюденіямъ, оперативное вмѣшательство—самое вѣрное и болѣе безопасное по результатамъ воздѣйствіе.

Если фиксированная ретрофлексія не вызываетъ симптомовъ, то обыкновенно нечего лечить; вопросъ о леченіи возникаетъ лишь тогда, если женщина выражаетъ явное желаніе имѣть потомство. Оперативное вмѣшательство показано здѣсь потому, что фиксація матки связана обыкновенно съ закрытіемъ просвѣта трубы; такимъ образомъ и эта аномалія исправляется операціей. И здѣсь мы не будемъ спѣшить съ операціей, если фиксація вызвана трубной беременностью или аппендицитомъ, потому что въ этихъ случаяхъ, какъ извѣстно, наблюдается самостоятельное разъединеніе сросшеній и открытіе рас-труба трубы. Если оперируютъ, то къ разъединенію сросшеній присоединяютъ въ этихъ случаяхъ *salpingostomiю*.

О шансахъ на успѣхъ отъ этой операціи мы говорили въ главѣ объ операціяхъ при безплодіи.

Миома матки.

Частота появления, симптомы и показанія къ операціи.

Миома матки занимаетъ между новообразованиями въ женской половой сферѣ въ отношеніи оперативнаго пособія отдѣльное мѣсто, потому что она не заключаетъ въ самой себѣ, какъ киста или карцинома, оправданіе и необходимость оперативнаго удаленія.

Будучи въ анатомическомъ отношеніи доброкачественной, она иногда проявляетъ лишь незначительную наклонность, и то только въ извѣстномъ возрастѣ женщины, къ росту. Въ преобладающемъ количествѣ случаевъ миома начинаетъ сказываться между 40 и 50 годами, и одною изъ цѣнныхъ особенностей ея считается, что она подвергается съ наступленіемъ запаздывающаго, къ сожалѣнію, здѣсь климактерическаго періода въ 50 годахъ, старческой инволюціи, какъ и половые органы женщины, а затѣмъ уже обычно продолжаетъ свое незамѣтное существованіе, безъ симптомовъ, не вредя ни жизни, ни здоровью.

Само собой разумѣется, что въ нашихъ воспоминаніяхъ о картинѣ заболѣванія нашихъ больныхъ миомой мы не можемъ отмѣтить выше названныхъ особенностей. Женщины, которыя ищутъ нашей помощи, имѣютъ опредѣленные жалобы и терпятъ значительныя страданія, которыя настолько характерны, что уже по внѣшнему виду и по разсказу больной можно опредѣлить присутствіе миомы. Чѣмъ больше мы стараемся при различныхъ гинекологическихъ заболѣваніяхъ установить связь между жалобами и патологическими измѣненіями въ половой сферѣ, болѣе строгую и болѣе провѣренную скептическимъ умомъ, чѣмъ это дѣлалось до сихъ поръ, и чѣмъ больше мы стараемся исключить сопутствующія измѣненія, не стоящія въ причинной связи съ заболѣваніемъ, тѣмъ больше мы убѣждаемся въ томъ, что миомы являются довольно своеобразными и важными возбудителями заболѣваній.

Особенно ясно выступаетъ это при провѣркѣ самочувствія нашихъ больныхъ, освобожденныхъ операціей отъ миомы и принадлежащихъ повсюду къ самымъ благодарнымъ клиенткамъ.

Такимъ образомъ миомы играютъ значительную роль въ оперативной дѣятельности гинекологовъ, и это объясняется не только частымъ ихъ появленіемъ вообще, но и относительно частой необходимостью приступать ради нихъ къ оперативному вмѣшательству. По статистикѣ *Bayle*, 20 процентовъ женщинъ, перешедшихъ 35-лѣтній возрастъ, страдаютъ миомой матки; *Hofmeier* опредѣляетъ между 11.073 больными 486 страдающихъ миомой, что составляетъ 4,3 процента, *Essen-Möller* между 11.203 больными въ клиникѣ *Engström*'а—532 = 4,7 процента, *Kleinwächter* между 4100—184 = 4,4 процента.

Въ Тюбингенѣ между 5000 клиническихъ больныхъ съ 1897 до 1904 г. мы имѣли 500 операций міомъ (10 процентовъ). Полученныя *Hofmeier*'омъ цифры, по статистикѣ его частныхъ больныхъ, приближаются къ нашимъ, такъ какъ изъ 1513 больныхъ онъ видѣлъ $147 = 9,7\%$ больныхъ міомой.

Статистическія данныя, полученныя при изслѣдованіи труповъ въ патолого-анатомическихъ институтахъ, показываютъ на еще болѣе частое появленіе міомъ: *Essen-Möller* 12,6%, *v. Winkel* 12,7%, *v. Fewson* 9,7%.

Общія правила относительно того, какія больныя міомой женщины подлежатъ оперативному леченію, какія нѣтъ, не могутъ быть установлены и проведены въ жизнь при томъ разнообразіи, которое представляютъ эти опухоли, благодаря своимъ топографическимъ особенностямъ и проистекающимъ изъ нихъ послѣдовательнымъ состояніямъ. Каждый случай долженъ быть оцѣненъ самъ по себѣ, и для такой оцѣнки требуются извѣстныя точки опоры, которыя получаютъ, конечно, при довольно большомъ опытѣ.

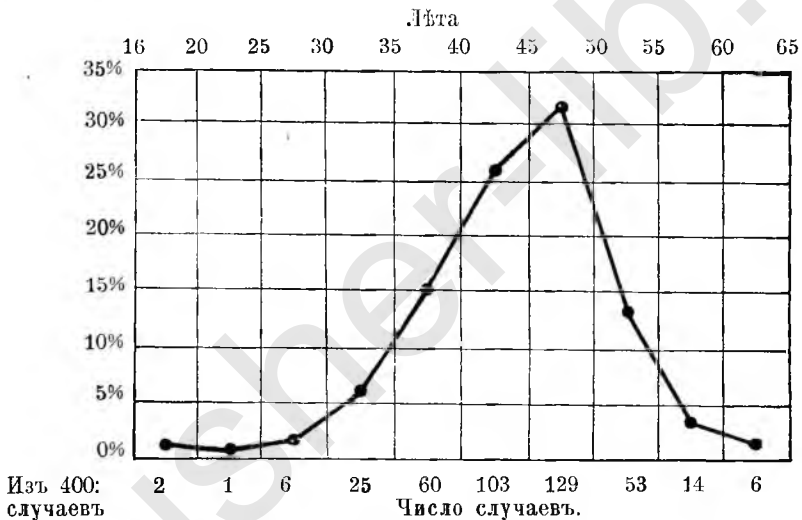


Рис. 121. Графическое изображеніе частоты маточныхъ міомъ по возрастамъ у 400 женщинъ, оперированныхъ по поводу міомы въ Тюбингенской женской клиникѣ.

Самыя частыя, самыя важныя по послѣдствіямъ явленія при міомахъ, кровотеченія встрѣчаются въ большомъ разнообразіи, какъ по силѣ, такъ и по формѣ, начиная съ незначительнаго усиленія менструаціи и доходя до сильнѣйшихъ, почти не прекращающихся кровяныхъ ручьевъ. Поэтому міомы вызываютъ тѣ высокія степени анеміи, при которыхъ не замѣчается никакого окрашиванія слизистыхъ оболочекъ въ блѣдныхъ, какъ воскъ, лицахъ, при которыхъ, во время операций, вытекаетъ изъ разрыванныхъ сосудовъ жидкая и водянистая кровь, содержащая до 20% гемоглобина, при которыхъ, наконецъ, наступаютъ вторичныя измѣненія въ важныхъ для жизни органахъ, марантическіе тромбы и бурое перерожденіе сердечной мышцы. Только относительно медленное, какъ-бы подкрадывающееся, развитіе этого состоянія допускаетъ возможность существова-

нія жизни при этихъ высокихъ степеняхъ обезкровленности, вызывающей во многихъ случаяхъ удивленіе. Такъ какъ мы знаемъ, что при наступленіи климактерическаго періода, ожидаемаго у этихъ больныхъ въ 50 годахъ, прекращаются кровотечения, за исключеніемъ случаевъ полипозныхъ, гангренозныхъ или злокачественно перерожденныхъ, то для оперативнаго вмѣшательства будутъ имѣть значеніе не только видъ и сила кровотечения, но и возрастъ больной. Если женщина приближается къ той возрастной границѣ, когда наступаетъ климаксъ, то нужно будетъ попытаться довести ее паллиативнымъ леченіемъ до этого возраста, обеспечивающаго ей прекращеніе кровоотдѣленій; у женщинъ отъ 30 лѣтъ до первой половины 40 лѣтъ необходимость операціи намѣчается уже рѣзче. Условія жизни больной имѣютъ въ этомъ отношеніи также немаловажное значеніе. Исходя изъ того положенія, что кровотечения усиливаются до климактерическаго періода въ силѣ и въ частотѣ, будетъ ясно, что у женщины, добывающей для себя и семьи пропитаніе своимъ трудомъ и терпящей ущербъ въ своей работоспособности при каждомъ новомъ кровотеченіи, связанномъ съ все увеличивающейся анеміей, сама собой выдвигается необходимость полного и радикальнаго вмѣшательства. Женщина же независимая, имѣющая покой и уходъ, можетъ скорѣе перенести этотъ періодъ испытанія, благодаря лекарственнымъ и разнымъ другимъ лечебнымъ мѣропріятіямъ. Такимъ образомъ, каждый случай долженъ быть освѣщенъ съ разныхъ сторонъ; конечно, до возбужденія вопроса о радикальной операціи, нужно будетъ испробовать всѣ паллиативныя средства противъ кровотеченій, такъ какъ каждый случай долженъ быть оцѣненъ самъ по себѣ и по ихъ дѣйствию на него. Принимая всѣ эти условія въ соображеніе, можно будетъ въ каждомъ случаѣ легко рѣшить вопросъ объ операціи въ положительномъ или отрицательномъ смыслѣ.

Опредѣленное положеніе занимаютъ міомы, сопровождаемыя явлениями сдавленія, доходящими наконецъ до явленій ущемленія, особенно неподвижныя міомы шейки, затѣмъ подсерозныя, развившіяся около матки; онѣ скоро рождаютъ безусловную необходимость оперативнаго вмѣшательства.

Если онѣ затрудняютъ мочеиспусканіе, то можетъ развиться въ нѣсколько часовъ симптомокомплексъ *ischuriae paradoxae*. При полномъ затрудненіи мочеиспусканія мочевоу пузыря не опоражнивается вполне, это ведетъ, въ свою очередь, при длительности страданія, къ процессамъ разложенія въ остаточной мочѣ, какъ доказалъ *Baisch*, къ циститу, уретериту и піелонефриту. Странгурия и дизурия также получаютъ при міомахъ, растущихъ по направленію къ мочевоу пузырю.

Субсерозныя и особенно кистозно-перерожденныя міомы могутъ, занимая особое положеніе благодаря своему быстрому росту, своей величиной, вызывать опасныя для жизни явленія. Мягкія, кавернозныя міомы во многихъ изъ нашихъ случаевъ являлись причиной распространенныхъ тромбовъ, связанныхъ съ огромнымъ припуханіемъ нижнихъ конечностей. Въ одномъ изъ такихъ случаевъ мы наблюдали въ венѣ, проходившей по задней стѣнкѣ матки, отверстіе съ острыми краями, какъ-будто вырѣзанное пробойникомъ, изъ котораго произошло сильное кровотеченіе въ брюшную полость.

Въ субсерозныхъ фиброидахъ на ножкѣ послѣдняя иногда под-

вергается перекручиванію, благодаря чему получается ascites. Такимъ образомъ можетъ, какъ при кистахъ яичниковъ, получиться и откручиваніе міомы. Въ одномъ изъ нашихъ случаевъ мы нашли такую опухоль, отдѣлившуюся совершенно отъ матки, безъ ножки, припаянной къ брюшной полости плоскостными сращениями. Здѣсь наступила сухая мумификація съ начинающимся обызвествленіемъ, но опухоль пришлось удалить, такъ какъ она помѣщалась, по всей вѣроятности, вслѣдствіе своей тяжести, въ Дугласѣ, вызывая явленія ущемленія.

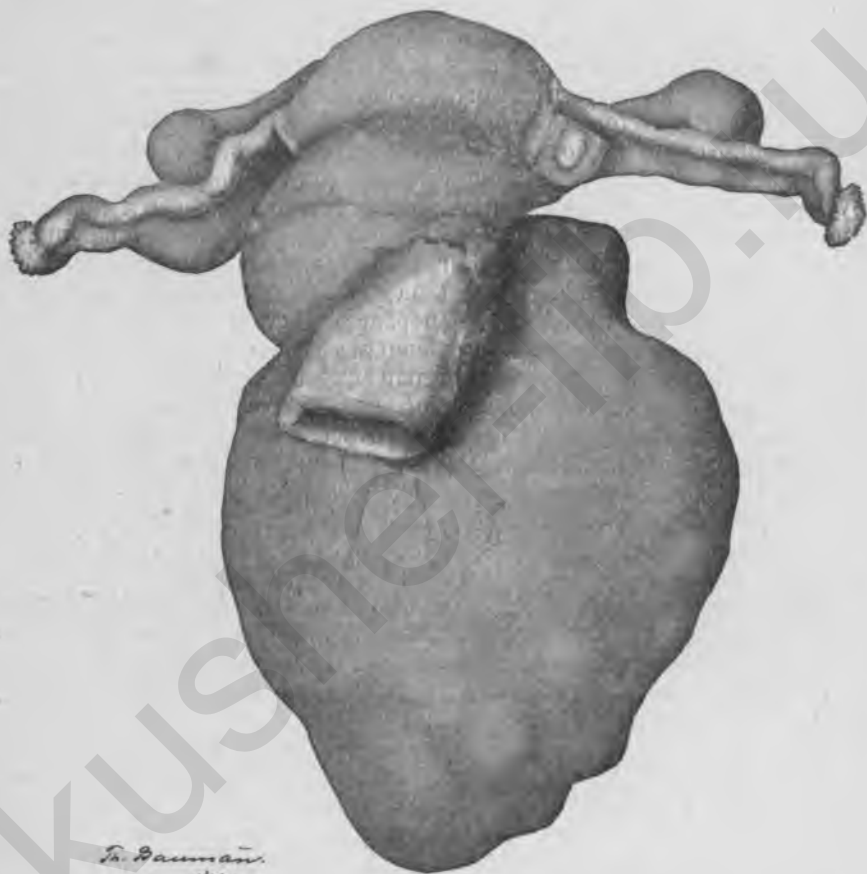


Рис. 122. Myoma cervicis. Препаратъ, полученный при полномъ удаленіи матки чревосѣченіемъ.

Болѣе тяжкія послѣдствія нарушеннаго питанія мы видимъ въ подслизистыхъ міомахъ, которыя подвергаются ихорозному разложенію подъ вліяніемъ восходящихъ микроорганизмовъ. Такимъ образомъ происходятъ тяжелые случаи зловонной гангрены опухоли, превращающейся въ отвратительный очагъ гніенія. На рис. 124 замѣтно начало такого произвольно развивающагося процесса на особенно поучительномъ препаратѣ женской клиники въ Тюбингенѣ. Подслизистая, величиною съ голову взрослому мужчине, міома истончила слизистую оболочку въ участкѣ величиною съ 5-марковую монету;

изъ образовавшагося отверстія выпячивается грязнаго цвѣта, вонючая міома. Въ другихъ случаяхъ мы наблюдали дальнѣйшія стадіи этого процесса у весьма истощенныхъ, сильно лихорадящихъ больныхъ, у которыхъ удаленіе этого гнилостнаго очага являлось, понятно, жизненнымъ показаніемъ.

Представляетъ-ли наблюдаемое нами неоднократно осложненіе міомы карциномой матки, которое распознается большею частью послѣ операціи, на препаратѣ, случайное явленіе, или же это сочетаніе имѣетъ какую-то внутреннюю связь—вотъ вопросъ, который, какъ и вообще вся этиологія опухолей, окутанъ мракомъ. Во всякомъ случаѣ при непрерывныхъ, атипическихъ кровотеченіяхъ

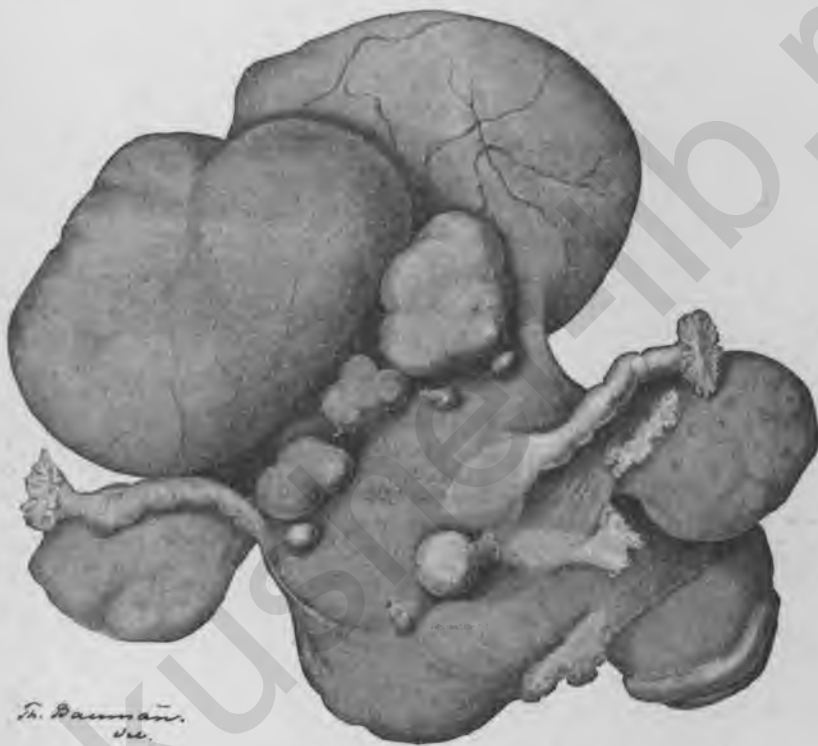


Рис. 123. Множественныя, подсерозныя міомы. Препаратъ полученъ при полномъ удаленіи матки чревостъченіемъ.

можно считаться съ возможностью такого сочетанія міомы съ карциномой. *Olshausen* упоминаетъ, что въ 207 случаяхъ разныхъ авторовъ 9 разъ наблюдалась комбинація міомы съ карциномой, между ними 7 разъ съ карциномой тѣла матки; онъ самъ наблюдалъ 7 такихъ случаевъ. *Geuer* нашелъ вообще 46 такихъ случаевъ въ литературѣ, въ 33 изъ нихъ имѣлась карцинома тѣла матки.

Несомнѣнно наблюдаемый, приблизительно въ 3%, переходъ міомы въ саркому вполне понятенъ при анатомическомъ сродствѣ этихъ десмоидныхъ опухолей.

Наконецъ, нужно еще упомянуть о случаяхъ простыхъ и осложненныхъ міомъ, въ которыхъ больную побуждаютъ лечь подъ ножъ

болевыя ощущенія и жалобы, которыя, частью по крайней мѣрѣ, должны разсматриваться какъ отраженныя, напримѣръ, жалобы со

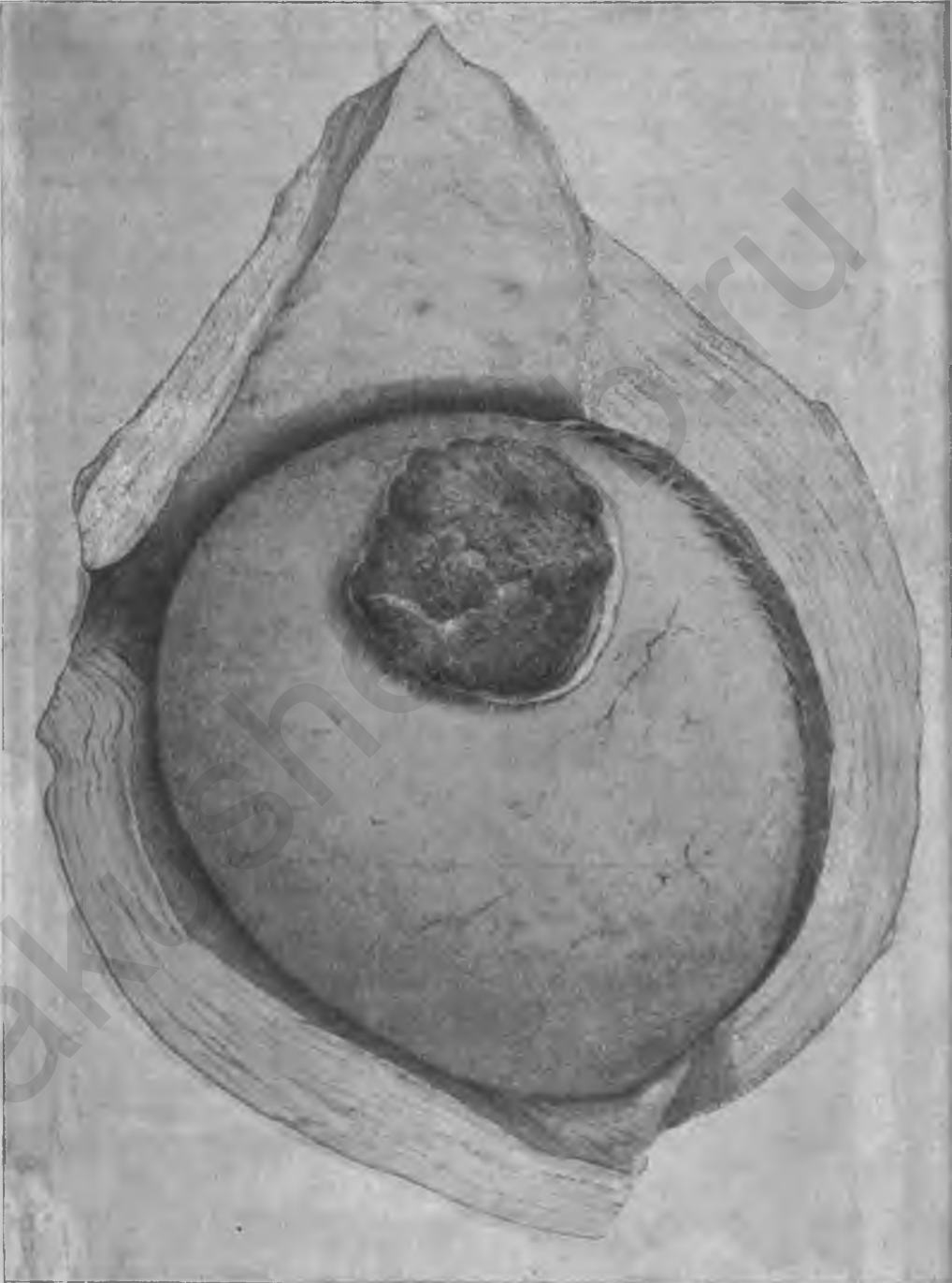


Рис. 124. Гангренозные, подслизистый фиброидъ, разрывшій своимъ давленіемъ слизистую оболочку. Изъ отверстія величайшю изъ галеры выпячиваются почернѣвшія массы мюмы.

стороны желудка и кишекъ, мигрени, разстройство кровообращенія, болѣзни сердца и почекъ. Во многихъ изъ этихъ случаевъ жалобы, несвойственныя міомѣ, выясняются только данными операциі, указывающими на вторичное заболѣваніе трубъ и яичниковъ вслѣдствіи застоя или зараженія ихъ гонорреей или туберкулезомъ.

Особеннаго вниманія для постановки показаній къ операциі міомѣ заслуживаютъ заболѣванія сердца. *Lehmann* и *Strassmann* находили изъ 71 случая въ 29 = 34%, т. е. въ одной трети всѣхъ случаевъ объективныя, патологическія измѣненія въ органахъ кровотока. Находимыя *Bulius*'омъ въ яичникахъ больныхъ міомой почти постоянно измѣненія сосудовъ артеріосклеротическаго характера, можетъ быть, представляютъ собой частичное явленіе общаго заболѣванія сосудистой системы. Бурое перерожденіе сердечной мышцы наблюдается такъ часто, что можно даже говорить о «міоматозномъ сердцѣ». Изъ 19 вскрытій труповъ больныхъ, одержимыхъ міомой, *Lehmann* и *Strassmann* находили въ 9 случаяхъ = 47% «ясно доказанныя пораженія сердца».

Изъ вышеизложеннаго явствуетъ, что міомы могутъ представлять весьма разнообразную картину заболѣванія, и что причина болѣзни можетъ лежать въ нихъ самихъ или же въ осложненіяхъ и комбинаціяхъ съ другими патологическими состояніями. Послѣднія могутъ имѣть рѣшающее значеніе, находясь въ причинной связи съ міомами или не завися отъ нихъ.

Въ непрерывной серіи изъ 233 случаевъ Тюбингенской женской клинки, въ которыхъ была произведена операциі, женщина-врачъ *Baltischwiler* сопоставила слѣдующія осложненія, находящіяся частью въ самой міомѣ, частью внѣ ея:

I. Осложненія въ міомѣ (30 случаевъ):

- 1) жировое перерожденіе съ частичнымъ обызвѣзвленіемъ одинъ разъ,
- 2) миксоматозное перерожденіе два раза,
- 3) миксоматозно-кистозное перерожденіе одинъ разъ,
- 4) кистозное перерожденіе восемь разъ,
- 5) некрозъ одинъ разъ, откручиваніе, некрозъ и обызвѣзвленіе два раза,
- 6) ичорозное разложеніе четыре раза,
- 7) саркоматозное перерожденіе шесть разъ,
- 8) adenomyoma одинъ разъ,
- 9) myoma teleangiectaticum одинъ разъ.

II. Осложненія рядомъ съ міомой.

- a) Осложненія, которыя этиологически зависятъ отъ міомы (56 разъ):
 - 1) перекручиваніе ножки одинъ разъ,
 - 2) срощенія съ брюшиной 23 раза,
 - 3) hydrosalpinx девять разъ,
 - 4) сдавленіе мочеточниковъ и гидронефрозъ одинъ разъ,
 - 5) водянка два раза,
 - 6) измѣненія въ сердцѣ и сосудахъ девятнадцать разъ,
 - 7) кровотеченіе изъ вены на задней сторонѣ опухоли одинъ разъ.
- b) Осложненія, которыя этиологически не зависятъ отъ міомы (52 раза).
 - 1) со стороны матки 9 разъ:
 - a) inversio vag. desc. и prol. ut. три раза,
 - b) беременность пять разъ,
 - c) myoma uteri bipartiti unicolliis одинъ разъ;
 - 2) со стороны придатковъ 43 раза:
 - a) со стороны трубъ 6 разъ,
 - pyosalpinx duplex 1 разъ,
 - pyosalpinx unilateralis 4 раза;

- б) со стороны яичниковъ 28 разъ:
 cystoma glandulare 19 разъ,
 cystoma papillare 1 разъ,
 cystoma dermoides 2 раза,
 haematoma ovarii 4 раза,
 pyoovarium 2 раза.

Кромѣ того въ 11 случаяхъ этой серіи міома осложнялась карциномой:

три	раза	carcinoma	corporis	uteri,
два	»	»	cervicis	»
два	»	»	port. vag.	»
четыре	»	»	ovarum	

Для подтвержденія того взгляда, что міома представляетъ относительно опасность, мы приведемъ еще то, что изъ 24 больныхъ міомой у которыхъ мы отклонили операцію вслѣдствіе переходящихъ (бронхитъ, инфлуэнца и т. д.) или длительныхъ (заболѣваніе сердца) осложненій, у четырехъ наступилъ, по письменному извѣщенію, скорѣ смертельный исходъ безъ операціи. Важно обращать вниманіе на такого рода противопоказанія.

Такимъ образомъ, въ полной противоположности анатомическому единству и доброкачественности міомъ стоитъ клиническое ихъ разнообразіе и значеніе, лишающія насъ возможности установить однородныя правила для терапевтическаго воздѣйствія.

Но какъ бы ни трудна была общая оцѣнка міомъ, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ бываетъ обычно легко стать на опредѣленную точку зрѣнія относительно леченія. Если мы разберемъ детально особенности cadaго случая, то намъ не трудно будетъ сдѣлать выборъ между выжидательнымъ или оперативнымъ вмѣшательствомъ.

Операція міомы въ историческомъ ея развитіи.

Въ виду сравнительной доброкачественности міомъ колебанія показаній въ одну или другую сторону зависятъ въ большей степени, чѣмъ при другихъ опухоляхъ, отъ удачныхъ или неудачныхъ результатовъ. Только въ новѣйшее время удалось, благодаря стараніямъ *Köberlé*, *Péan'a*, *Schröder'a*, *Martin'a*, *Olshausen'a*, *Zweifel'a*, *Hofmeister'a*, *Chrobak'a*, *Fritsch'a* и др., лишить разнообразныя вмѣшательства при міомахъ тѣхъ опасностей, которыя были связаны съ ними и противъ которыхъ было такъ трудно бороться. Характерно для операцій міомы, что онѣ не получили развитія, какъ нѣкоторыя другія, напримѣръ овариотомія, благодаря благотвительному вліянію анэстезики, но скорѣе лишь благодаря улучшеніямъ въ самой техникѣ операцій.

Первыя вырѣзыванія міомъ были, правда, произведены очень давно, но эти операціи дѣлались вслѣдствіе діагностическихъ ошибокъ.

Первые операторы, *Lizars* въ 1825 году, *Granville* въ 1826 году, *Dieffenbach* въ 1827 г., закрывали, не докончивъ дѣло, брюшную полость послѣ того, какъ они узнавали, что «имѣютъ дѣло съ фиброидомъ, опредѣливъ его троакаромъ и ножомъ». Первое удаленіе фиброида матки на ножкѣ произвелъ *Chelius* въ Гейдельбергѣ въ 1830 г. Однако *Zweifel* замѣчаетъ, что *Chelius*, *Ch. Clog. Heath*, *W. L. Atlee* произвели операцію только вслѣдствіе ошибки въ распознаваніи. Первую операцію по поводу міомы произвелъ *Kimball* въ 1853 году.

До появленія *Köberlé* въ Страсбургѣ въ 1863 году, предложившаго особый методъ вырѣзыванія міомъ, *Zweifel* собралъ изъ литературы 49 операций съ 32 смертельными исходами, причемъ міомы на ножкѣ давали 55% смертности, а тѣ случаи, въ которыхъ удалялась и матка частично, 74%.

Köberlé ввелъ лигатуру изъ дважды перекрученной проволоки, которую онъ затягивалъ особымъ инструментомъ для наложенія и затягиванія петли (*serre pœud*); до него пользовались одиночной или двойной лигатурой изъ шелка, а концы лигатуры выводились, какъ при овариотоміи, черезъ нижній уголь брюшной раны наружу. *Heath* и *Clay* впервые рискнули коротко обрѣзать лигатуры и погрузить ихъ въ брюшную полость. До 1869 г. *Köberlé* произвелъ 9 такихъ операций, въ 4 наступило выздоровленіе, 5 окончились смертью. Примѣненіе желѣзной проволоки для завязыванія ножки требовало внѣбрюшинной обработки культуры.

До 1876 года, начала антисептики, *Zweifel* насчитываетъ 78 случаевъ операций міомы съ 41 случаемъ выздоровленія и 37 смертельными исходами. Лучшіе результаты имѣлъ тогда *Pean*, который изъ 16 операций въ 11 получилъ выздоровленіе, въ то время какъ другіе операторы изъ 62 случаевъ имѣли 37 смертельныхъ исходовъ, т. е. 60% смертности.

Дальнѣйшій успѣхъ операціи получился въ 1876 году, благодаря *Kleeberg*'у ¹⁾ въ Бреславлѣ, который сталъ примѣнять вмѣсто желѣзной проволоки въ качествѣ лигатуры резиновый жгутъ. Онъ же далъ первый толчокъ къ внутрибрюшинной обработкѣ культуры, такъ какъ погружалъ лигатуру и выводилъ концы ея наружу, дабы имѣть возможность удалить ее впослѣдствіи. Его методъ развилъ дальше *Olshausen*. Внѣбрюшинный методъ особенно мастерски проводился *Hegar*'омъ. Полученные имъ результаты, какъ наилучшіе, на долгое время вытѣснили другія операціи. Только послѣ долгой борьбы удалось и при внутрибрюшинной обработкѣ культуры получить такіе же хорошіе результаты, главнымъ образомъ, благодаря стараніямъ *Schroeder*'а и *Zweifel*'я, методы которыхъ и теперь считаются господствующими. *Hofmeier*, *Fritsch*, *Chrobak*, *Martin* и *Olshausen* особенно способствовали развитію *Schroeder*'овскаго метода.

Когда внутрибрюшинный методъ началъ пріобрѣтать преобладающее значеніе, онъ получилъ внезапно новаго конкурента въ полномъ удаленіи матки путемъ чревосѣченія, которое въ настоящее время имѣетъ много приверженцевъ. Освѣщенъ былъ этотъ способъ при міомахъ *Bardenheuer*'омъ въ 1881 году; его послѣдователями были *M. Dixon Jones* и *Trendelenburg*, въ особенности вступился за него *Martin*. Приверженцами абдоминальной *panhysteromyomektomia* считаются *Boldt*, *Gersuny*, *Polk*, *Smyly*, *Edebohls*, *Croffard*, *Lennander*, *Mackenrodt*, *Krug*, *Delagénère*, *Richelot*, *Fritsch*, *Schantz* и отчасти *Chrobak*. Въ новѣйшее время примкнули еще *Wytt* и *Döderlein*.

Для общаго обзора первичныхъ результатовъ леченія послѣ операціи міомъ, мы приведемъ, кромѣ вышеупомянутаго сопоставленія *Zweifel*'я, касающагося самыхъ первыхъ періодовъ этой операціи, еще слѣдующія статистики позднѣйшаго времени.

¹⁾ *Клебергъ*, нашъ соотечественникъ, раньше подвизался въ Одессѣ См. *Славянскій*, Частн. патол. и тер. женск. бол., т. I, стр. 634. *Перев.*

Gusserow приводитъ въ 1878 г. слѣдующія цифры: на 17 чревосѣченій для удаленія однѣхъ только фибромъ безъ удаленія матки приходилось 12 смертныхъ случаевъ = 70 % смертности, на 55 надвлагалищныхъ ампутацій 32 = 58% смертности и на 41 удаленіе фиброкистозныхъ опухолей 19 = 46,3% смертности.

Съ 1878 года по 1885 *Gusserow* собралъ 359 операций міомъ, на нихъ приходилось 122 = 33,9% смертныхъ случаяхъ, причемъ на надвлагалищную ампутацію матки приходилось 295 случаевъ, изъ нихъ 105 = 36,2% смертныхъ случаевъ, и 64 на удаленіе однѣхъ только міомъ, изъ нихъ 17 = 26,5% смертныхъ случаевъ.

Bigelow собралъ случаи до 1883 года: изъ 573 чревосѣченій для удаленія міомъ матки 311 закончились выздоровленіемъ и 281 смертью, что составляетъ 42,05% смертности; *Hofmeier* и *Gusserow* дополнили эту статистику до 1885 года, приведя 533 случая съ 338 выздоровленіями и 185 смертельными исходами, что составляетъ 34,8% смертности.

Hofmeier насчитываетъ въ 1891 году у 18 операторовъ 881 операцию міомы самаго разнообразнаго характера; въ 204 = 23,1% наблюдался смертельный исходъ.

Zweifel высчиталъ въ 1888 году слѣдующее: въ 469 операцияхъ съ внѣбрюшинной обработкой культи 103 окончились смертью = 22%, а въ 243 случаяхъ съ внутрибрюшинной обработкой культи 84 = 34,5%. Другое сопоставленіе того же времени, которое онъ приводитъ на основаніи письменнаго опроса разныхъ операторовъ, дало въ 130 случаяхъ, леченныхъ внѣбрюшиннымъ методомъ, смертность въ 29 = 22,3% и въ 116, леченныхъ внутрибрюшиннымъ методомъ, 38 = 32,7% смертности. Такимъ образомъ мы видимъ, что 16 лѣтъ тому назадъ внѣбрюшинный методъ *Hegar*'а превосходилъ внутрибрюшинный въ смыслѣ большаго обезпеченія жизни. Въ теченіе слѣдующихъ лѣтъ внутрибрюшинный методъ со всѣми своими улучшениями пріобрѣталъ все больше и больше значенія и давалъ все лучшіе результаты.

Olshausen приводитъ въ 1897 г. статистику изъ 806 оперированныхъ 10 лѣтъ тому назадъ случаевъ надвлагалищной ампутаціи міоматозной матки со смертельнымъ исходомъ въ 45 = 5,6%. Появившееся за это время полное удаленіе матки представляло еще смертность въ 9,6%, т. е. 50 изъ 520 оперированныхъ больныхъ.

Новѣйшая статистика 1904 г. составлена *Winter*'омъ. Онъ высчитываетъ смертность при полныхъ удаленіяхъ міоматозной матки черезъ влагалище изъ 893 случаевъ разныхъ авторовъ въ 2,6% (23 смертныхъ случая), при надвлагалищной ампутаціи съ внутрибрюшинной и забрюшинной обработкой культи путемъ чревосѣченій изъ 689 операций 32 смертныхъ случая (4,6%).

Новѣйшіе результаты абдоминальныхъ *ranhysteromyomektomi*'й мы приводимъ на нижеслѣдующей таблицѣ (стр. 341).

Результаты клиники въ Тюбингенѣ за послѣднія 6 лѣтъ (*Döderlein*) слѣдующіе:

	Число случаев.	Число смертельных случ.	Причина смерти (по данным вскрытия).
I. Влагалищныя операции.			
а) <i>Консервативныя:</i>			
1) операций со стороны полости матки	12	0	
2) операции через кольготомію	7	0	
б) <i>Радикальныя:</i>			
влагалищная экстирпация матки	178	8	перитонитъ 5 разъ; послѣд. кровотеченіе 2 раза; myodegeneratio cordis 1 разъ.
II. Абдоминальныя операции.			
а) <i>Консервативныя:</i>			
1) отсѣченіе подсерозныхъ міомъ	7	1	механ. ileus 1 разъ.
2) выдѣщеніе межучточныхъ міомъ	14	0	
б) <i>Радикальныя:</i>			
1) amputatio supravaginalis	62	1	embolia art. pulm. 1 разъ.
2) полное удаленіе матки	148	6	embolia art. pulm. 2 раза; peritonitis 1 разъ; endocardit. verrucosa 1 разъ; ileus 1 разъ; pyonephrosis 1 разъ.
Сумма	428	16	==3.73%

Таблица абдоминальныхъ Panhysterомыоместом'ій.

№	Операторъ.	Число случ.	Литература.	Цит. по Frommels Jahresbericht.
1	Polk, W. 1894. 1895. 1896.	24	1	Jahrg. XI, стр. 92 и 102.
2	Bold, H. 1894—1896. 1893. 1897. До 1893.	28 28 21	1 1 7	Noble, The Development and the Present Status of Hysterectomy for Fibromyoma; Annal. of Gyn. and Ped. Vol. X, p. 652.
3	Diriart. (Op. Routier).	22	4	
4	Caboche, S. G. (Op. Nélaton и Reclus).	30	3	Über Totalexirpat. d. Ut. p. Japarot. (nach dem Doyenschen Verfahren). Diss. Paris, Steinhilf 1897.
5	Снегиревъ.	83	4	83 Fälle v. Myomo-Hysterectomia abdom. tot. modifiz. Doyenschen Verfahren; Monatschrift f. G. u. Gyn. 1896, Bd. IV, стр. 525.
6	Martin.	81	6	Weill, Beitrag zur Myomektomie (группировка и общая статистика всѣхъ оперативныхъ методовъ, съ обращеніемъ особ. вним. на методъ примѣненія зажимовъ); Centralblatt f. Gyn. 1898, № 20, S. 521.
7	Freund.	10	1	Die operative Behandlg. der Fibromyome d. Ut.; Rapport, Congrès périodique internat. de Gyn. et d'Obst. 1899.
8	Deletréz.	31	3	
9	Péan.	120	7	
10	Martin.	30	8	Jahrg. XIII. стр. 80 и 86.
11	Schauta.	106	16	

№	Операторъ.	Число случ.	†	Литература.	Цит. по From- mels Jahres- bericht.
12	Doyen.	25	1	Traitement chirurgic. d. Fibromyomes uté- rins; Annal. de Gyn. et d'Obst. Tome VII, p. 197.	Jahrg. XIII. стр. 74 и 90.
13	Zweifel.	16	2	Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn., Berlin, 24—27. Mai 1899, S. 79.	
14	v. Rosthorn.	56	9	Тамъ же, стр. 123—134.	
15	Amann. J. A.	30	1	Тамъ же, стр. 132.	
16	Landau. I.	32	0	Тамъ же, стр. 158.	
17	Czempin.	23	1	Тамъ же, стр. 169.	
18	Thorn.	21	3	Тамъ же, стр. 244.	
19	Carle.	129	6	Sui fibromiomi dell'utero e loro cura chirurgica. Torino 1899.	Jahrg. XIV. стр. 138 и 168.
20	Schwarzenbach. (Op. Wyder).	46	11	D. Myomfälle d. Frauenklinik in Zürich in d. letzten 13 Jahren; Hegars Beiträge z. Geb. u. Gyn. 1902, Bd. VI, S. 134.	
21	Martin.	26	5	Sollen Myome vaginal oder abdominal an- gegriffen werden? Centralbl. f. Gyn. 1902. No. 14, S. 353.	
22	Hofmeier.	14	5	D. Grundsätze d. modernen Behandlg. d. Fibromyome des Ut., Würzburger Abhandl. a. d. Gesamtgeb. d. prakt. Mediz. Bd. II, H. 10.	Jahrg. XVI. стр. 102 и 157.
23	Bumm.	82	5	Entwicklung d. Technik bei d. Myomekto- mie; Gesellsch. f. Geb. zu Leipzig, Centr. f. Gyn. 1902, No. 30, S. 800.	
24	Spencer.	14	0	Total Abdominal Hysterectomy (especially by Doyens method) for fibromyoma; The Brit. Med. Journ. p. 1131.	Jahrg. XVI. стр. 145 и 161.
25	Treub.	36	6	Myom-operaties, Herimmerungsbundel Ro- senstein.	Jahrg. XVI. стр. 146 и 165.
26	Каннигерсерт. (Op. Оттъ).	75	6	Хирург. лечение фиброміомъ матки. Журн. акуш. и женск. болѣзней, апрѣль 1902.	Jahrg. XVI. стр. 138 и 166.
27	Döderlein.	148	6	(= 4.0%)	
Сумма . .		1387	129	= 8.5%.	

Изъ 428 операций міомы, между ними 197 влагалищнымъ и 231 брюшнымъ путемъ, мы имѣли въ Тюбингенѣ, къ сожалѣнію, 16 смертныхъ случаевъ=3,73% смертности.

Провѣрочныя изслѣдованія *Sarweyl*'я показали затѣмъ, что 8 изъ больныхъ, которыя первоначально были излечены, умерли. О причинѣ смерти нельзя было, къ сожалѣнію, ничего узнать. Остальныя живы и здоровы.

Раздѣленіе и обзоръ операций міомы.

Удаленіе оперативнымъ путемъ міомъ мы можемъ произвести разными способами, а потому *myomotomia* не есть единичная операція, но сборное понятіе для самыхъ разнообразныхъ вмѣшательствъ. Причины этого заключаются въ томъ, что міомы представляютъ, смотря по мѣсту ихъ расположенія и величинѣ, а также по топографическому ихъ отношенію къ другимъ половымъ органамъ, то большее удобство для оперативнаго вмѣшательства со стороны влагалища и полости матки, то со стороны брюшной полости. Такимъ образомъ нужно, во-первыхъ, различать *влагалищныя* и *абдоминальныя* или *брюшныя* операція. Затѣмъ, нужно имѣть въ виду, что обыкновенныя такъ назыв. шаровидныя міомы *Recklinghausen*'а представляютъ собой хо-

рошо различимыя, точно отграниченныя отъ ткани матки соединительнотканной капсулой, вылуцивающіяся опухоли, которыя нерѣдко сами образуютъ ножку. Если онѣ превращаются въ полипы, то простое ихъ удаленіе есть естественная и давно практикуемая операція; но благодаря возможности вылуцитъ міому можно и въ другихъ случаяхъ субсерозныхъ, интерстиціальныхъ и подслизистыхъ міомъ сохранить матку. Такимъ образомъ получаютъ 2 новыхъ принципиально различныхъ способа оперативнаго вмѣшательства: во-первыхъ, съ сохраненіемъ матки, консервативное вмѣшательство, myomotomia въ болѣе узкомъ смыслѣ слова, и во-вторыхъ, съ полнымъ или частичнымъ удаленіемъ матки, радикальная операція, частичная или полная hysteromyomektomia или myomektomia.

Такимъ образомъ получается слѣдующая наглядная схема:

I. Влагалищныя операціи:

а) Консервативныя:

1. Удаленіе подслизистыхъ полиповъ.
2. Энуклеація (вылуценіе).

б) Радикальныя, полная экстирпація.

II. Брюшныя операціи:

а) Консервативныя:

1. Удаленіе подсывороточныхъ полиповъ.
2. Энуклеація.

б) Радикальныя:

1. Надвлагалищная ампутація.
2. Полная экстирпація.

Влагалищныя операціи міомъ.

а) Консервативныя.

1. Удаленіе подслизистыхъ полиповъ.

Подслизистыя міомы могутъ, съ теченіемъ времени, превращаться въ полипы на ножкѣ, сопровождааясь сильными кровотеченіями и часто сильными схваткообразными болями. Последніе рождаются, наконецъ, черезъ наружный зѣвъ и висятъ во влагалищѣ. Часто ножка разрывается, и міомы выдѣляются сами. Такія міомы могутъ превращаться путемъ обызвествленія въ твердыя, какъ камень, массы, называемыя «маточными камнями».

Если мы находимъ такія міомы въ томъ періодѣ ихъ изгнанія, когда онѣ уже прошли черезъ маточный зѣвъ и связаны со стѣнкой матки тонкой, вытянутой ножкой, то ихъ удаленіе стоитъ въ обратномъ отношеніи къ тяжести вызванныхъ ими явленій и представляеть настолько же легкую, какъ и безопасную операцію. Въ зависимости отъ кровотеченій, водянистыхъ, гнилостно разлагающихся истеченій женщины съ такими міомами кажутся весьма истощенными, страдающими тяжкимъ заболѣваніемъ, болѣе больными, чѣмъ тѣ, у которыхъ имѣются большія, интерстиціальныя или подсерозныя міомы, не вызывающія никакихъ симптомовъ. Одно лишь отсѣченіе ножницами ножки полипа достаточно для его удаленія и для прекращенія всѣхъ симптомовъ. Однако не слѣдуетъ здѣсь упускать нѣкоторыхъ мѣръ предосторожностей. Во-первыхъ, возможна діагностическая ошибка, поведшая уже во многихъ, извѣстныхъ случаяхъ къ неудачному исходу для больной. Это—злополучные случаи, гдѣ смѣшива-

рошо различимыя, точно отграниченныя отъ ткани матки соединительнотканной капсулой, вылуцивающіяся опухоли, которыя нерѣдко сами образуютъ ножку. Если онѣ превращаются въ полипы, то простое ихъ удаленіе есть естественная и давно практикуемая операція; но благодаря возможности вылуцитъ міому можно и въ другихъ случаяхъ субсерозныхъ, интестиниальныхъ и подслизистыхъ міомъ сохранить матку. Такимъ образомъ получаются 2 новыхъ принципиально различныхъ способа оперативнаго вмѣшательства: во-первыхъ, съ сохраненіемъ матки, консервативное вмѣшательство, *myometomia* въ болѣе узкомъ смыслѣ слова, и во-вторыхъ, съ полнымъ или частичнымъ удаленіемъ матки, радикальная операція, частичная или полная *hysteromyomektomia* или *myomektomia*.

Такимъ образомъ получается слѣдующая наглядная схема:

I. Влагалищныя операціи:

а) Консервативныя:

1. Удаленіе подслизистыхъ полиповъ.
2. Энуклеація (вылуценіе).

б) Радикальныя, полная экстирпація.

II. Брюшныя операціи:

а) Консервативныя:

1. Удаленіе подсерозныхъ полиповъ.
2. Энуклеація.

б) Радикальныя:

1. Надвлагалищная ампутація.
2. Полная экстирпація.

Влагалищныя операціи міомъ.

а) Консервативныя.

1. Удаленіе подслизистыхъ полиповъ.

Подслизистыя міомы могутъ, съ теченіемъ времени, превращаться въ полипы на ножкѣ, сопровождаясь сильными кровотечениями и часто сильными схваткообразными болями. Послѣдніе рождаются, наконецъ, черезъ наружный зѣвъ и висятъ во влагалищѣ. Часто ножка разрывается, и міомы выдѣляются сами. Такія міомы могутъ превращаться путемъ обызвѣствленія въ твердыя, какъ камень, массы, называемыя «маточными камнями».

Если мы находимъ такія міомы въ томъ періодѣ ихъ изгнанія, когда онѣ уже прошли черезъ маточный зѣвъ и связаны со стѣнкой матки тонкой, вытянутой ножкой, то ихъ удаленіе стоитъ въ обратномъ отношеніи къ тяжести вызванныхъ ими явленій и представляетъ настолько же легкую, какъ и безопасную операцію. Въ зависимости отъ кровотеченій, водянистыхъ, гнилостно разлагающихся истеченій женщины съ такими міомами кажутся весьма истощенными, страдающими тяжкимъ заболѣваніемъ, болѣе больными, чѣмъ тѣ, у которыхъ имѣются большія, интестиниальныя или подсерозныя міомы, не вызывающія никакихъ симптомовъ. Одно лишь отсѣченіе ножки полипа достаточно для его удаленія и для прекращенія всѣхъ симптомовъ. Однако не слѣдуетъ здѣсь упускать нѣкоторыхъ мѣръ предосторожностей. Во-первыхъ, возможна діагностическая ошибка, поведшая уже во многихъ, извѣстныхъ случаяхъ къ неудачному исходу для больной. Это—злополучные случаи, гдѣ смѣшива-

лись полипъ матки и выворотъ ея. вмѣсто предполагаемой ножки перерѣзывалась шейка вывороченной матки, большіе сосуды ускользали, и непосредственно послѣ этого вмѣшательства больная погибала отъ потери крови.

Для избѣжанія такой ошибки необходимо въ каждомъ случаѣ полипа комбинированнымъ изслѣдованіемъ установить несомнѣнное присутствіе тѣла матки выше опухоли, при этомъ слѣдуетъ обращать особенное вниманіе и на частичные вывороты, узнаваемые по вмячиваніямъ маточной стѣнки. Опытный врачъ получить такимъ образомъ всегда достаточно точныя данныя изслѣдованія. Если же послѣ комбинированнаго изслѣдованія имѣются еще сомнѣнія, то, кромѣ того, отъ ошибки предохраняетъ ощупываніе пальцемъ или также толстымъ зондомъ маточной полости, доступной для изслѣдованія послѣ рожденія полипа обыкновенно довольно легко.

Именно потому, что удаленіе полиповъ производится такъ легко во время пріема, безъ предварительныхъ приготовленій, нужна крайняя щепетильность въ распознаваніи этихъ дифференціально-діагностическихъ моментовъ. Тогда можно избѣгнуть всякой опасности.

Если ножка не легко достижима, то опухоль захватываютъ крючкомъ и, потягивая полипъ, доходятъ пальцемъ до его ножки. Нужно произвести только небольшой разрѣзъ ножницами на мѣстѣ перехода ножки въ полипъ, не касаясь, по возможности, стѣнки матки, дабы не поранить ее или воронки выворота, если таковая имѣется, и избѣгнуть перфорации стѣнки.

При болѣе толстой ножкѣ цѣлесообразно не отрѣзать ее прямо, но сдѣлать надрѣзъ въ оболочкѣ полипа и затѣмъ уже вылуцивать его. Если затѣмъ остается слишкомъ большая и разодранная капсула, то части ея можно послѣдовательно удалить.

Кровотеченіе обыкновенно незначительно и не требуетъ вмѣшательства; при необходимости можно произвести обколъ; обычно достаточно тампонаціи матки. Остатки ножки и капсулы подвергаются въ нѣсколько дней обратному развитію.

Остерегаясь послѣдовательныхъ кровотеченій, мы укладываемъ больную на нѣсколько дней въ кровать. Позволить ей отправиться домой тотчасъ же послѣ операціи, т. е. производить операцію амбулаторно, мы считаемъ нераціональнымъ.

Если, кромѣ полипа на ножкѣ, прощупываются въ маткѣ еще другіе узлы міомы, мы считаемъ вмѣстѣ съ *Veit*омъ правильнымъ въ такомъ случаѣ удалить полипъ, не обращая вниманія на другія міомы.

Довольно часто эти рожденные во влагалищѣ фиброиды подвергаются влажной гангренѣ, а женщины, одержимыя ими, являются съ высокой лихорадкой, общимъ септическимъ зараженіемъ или, по меньшей мѣрѣ, зараженной уже маткой.

Въ такихъ случаяхъ трудно предрѣшить, улучшится-ли состояніе больной послѣ удаленія разложившейся міомы. Удаленіе и затронутой матки будетъ, какъ правило, болѣе цѣлесообразнымъ. Если удаленіе міомы на ножкѣ настолько просто, что можетъ быть произведено безъ наркоза однимъ ударомъ ножа, то сперва сдѣлаютъ это, затѣмъ уже черезъ нѣсколько дней, производятъ, убѣдившись, что состояніе больной не улучшается, лихорадка продолжается, полное удаленіе септической матки. Если только больныя приходятъ не слишкомъ поздно, то полное удаленіе матки при этихъ сапрэмическихъ инфекціяхъ даетъ недурное предсказаніе.

2. Влагалищное вылуцение не-стебельчатыхъ міомъ.

Значительно труднѣе задача, чѣмъ при удаленіи полиповъ на ножкѣ, предстоитъ оператору при влагалищномъ вылуценіи подслизистыхъ міомъ. Конечно, имѣются переходныя ступени отъ міомъ, имѣющихъ уже ножку, къ опухолямъ, истончившимъ капсулу и вдающимся въ просвѣтъ полости матки, но сидящимъ еще на широкомъ основаніи или вполнѣ въ своемъ ложѣ, и къ опухолямъ, окруженнымъ цѣльной капсулой и покрытымъ неповрежденной еще слизистой. Возможность добраться до этихъ опухолей черезъ влагалище и черезъ полость матки также весьма различна, въ зависимости отъ того, лежитъ-ли опухоль въ верхней или нижней части матки, и отъ того, открыта-ли шейка или нѣтъ.

Martin первый предложилъ въ 1874 г., на основаніи 5 собственныхъ благопріятныхъ наблюденій, влагалищное вылуцение внутривъстѣнныхъ міомъ и далъ этимъ толчокъ къ развитію консервативныхъ операцій міомъ въ случаяхъ, не имѣющихъ ножки. Первое влагалищное вылуцение приписывается *Amussat* въ 1840 году. Хотя предложенная *Martin*'омъ операція находила горячихъ защитниковъ и примѣнялась нѣкоторыми операторами, какъ, напр., *Frankenhäuser*'омъ, *Münnele*'емъ, *Engström*'омъ, *E. Fränkel*'емъ и *Ottom*ъ, однако эта операція заслужила меньше вниманія, чѣмъ другія операціи міомы, что, по всей вѣроятности, зависѣло отъ того, что предсказаніе этой операціи было долгое время очень плохое. *Gusserow* набралъ въ 1878 году въ литературѣ 154 случая влагалищныхъ вылуценій со смертностью въ 33,1%. Только въ новѣйшее время стали болѣе широко пользоваться этой влагалищной операціей, особенно потому, что усовершенствовались новые методы, какъ, напр., кольпотомія въ техническомъ отношеніи, и стали давать болѣе благопріятные результаты. Еще недавно за эту консервативную операцію вступился и *Olshausen*. *Engström* приводитъ въ 1899 году 172 вылуцения съ 8 смертными случаями (4,5%). *Olshausen* изъ 31 случая потерялъ только одинъ (3,2⁰/₀); въ 177 вылуценияхъ, произведенныхъ разными операторами, смертность равнялась однако все еще 13%.

Новѣйшая статистика составлена *Winter*'омъ. Влагалищныя удаленія міомъ изъ полости матки, т. е. большею частью удаленіе полиповъ на ножкѣ даютъ наилучшее предсказаніе, потому что изъ 329 случаевъ *Winter*'а, *Hofmeier*'а, *Rosthorn*'а, *Wyder*'а, *Carle*'а смерть наступила только въ одномъ, за исключеніемъ тѣхъ, въ которыхъ смерть наступила не отъ послѣдствій операціи.

Это обстоятельство должно быть особенно подчеркнуто, такъ какъ отъ послѣдствій самой болѣзни, которая далеко небезопасна—въ виду часто наблюдаемыхъ разложеній и высокихъ степеней анеміи, тромбовъ, эмболій, заболѣваній сердца—умерло, хотя и была произведена операція, гораздо больше больныхъ. *Winter* одинъ наблюдалъ изъ 77 шесть смертныхъ случаевъ. Другое сопоставленіе изъ 343 влагалищныхъ вылуценій, произведенныхъ отечественными и заграничными операторами, приводитъ 13 смертныхъ случаевъ = 3,79% смертности.

Значительно менѣе благопріятно протекаетъ болѣе трудная операція влагалищной энуклеаціи при помощи кольпотоміи. *Winter* приводитъ 101 случай *Winter*'а, *Hofmeier*'а, *Wertheim*'а, *Omma* и *Martin*'а съ 5 смертными случаями = 5% смертности отъ операцій.

Если опухоль может быть нащупана и захвачена через шейечный канал, проходимый для одного пальца, тогда можно испытывать, если она не превышает величины грецкого ореха, удалить ее по естественному пути, въ такомъ родѣ какъ добываютъ остатки выкидыша или пузырьный заносъ. Разрѣзавъ капсулу длиннымъ ножомъ,

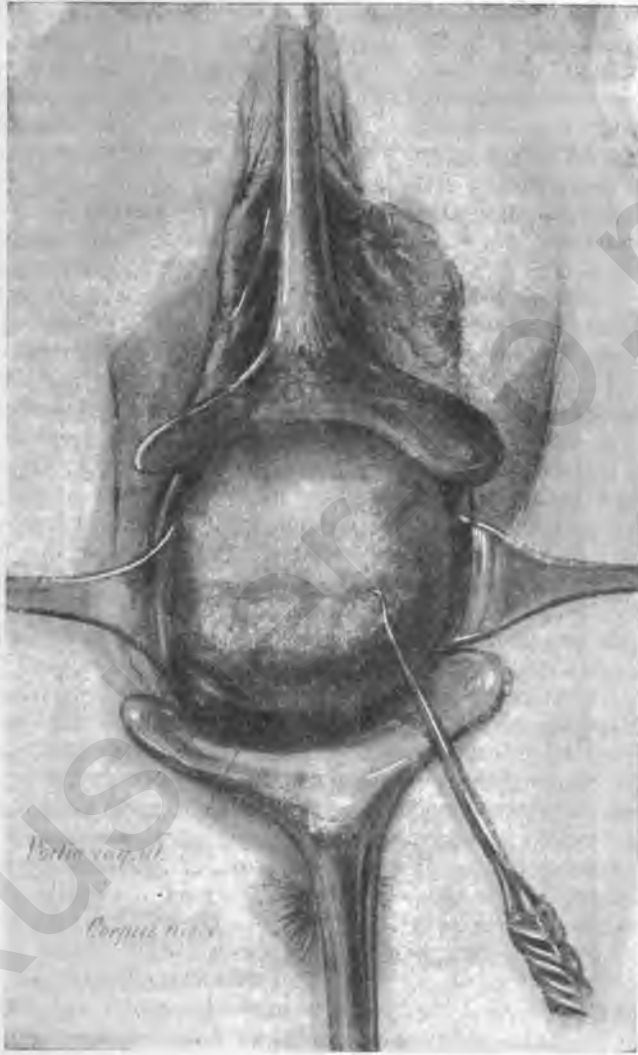


Рис. 125. Вылушение миомы черезъ влагалище. Выведение матки посредствомъ кольпокеліотоміи.

миому выдавливаютъ изъ ея ложа, дѣлая пальцемъ буравящія движенія между ложемъ и опухолью. Если каналъ шейки настолько узокъ, что черезъ него нельзя добраться безъ подготовки до опухоли, то его расширяютъ набухающими средствами или палочками *Hegar'a* или же однимъ или нѣсколькими надрѣзами стѣнки, не проникающими во всю толщю ткани. Такимъ образомъ, доступъ къ опу-

холи становится свободнымъ. Это вмѣшательство можетъ оказаться весьма благодарнымъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣются упорныя кровотечения, не поддающіяся никакому леченію. Только обследованіе пальцемъ полости матки даетъ возможность распознать въ маткѣ, кажущейся сначала при комбинированномъ изслѣдованіи неизмѣненной, подслизистую міому.

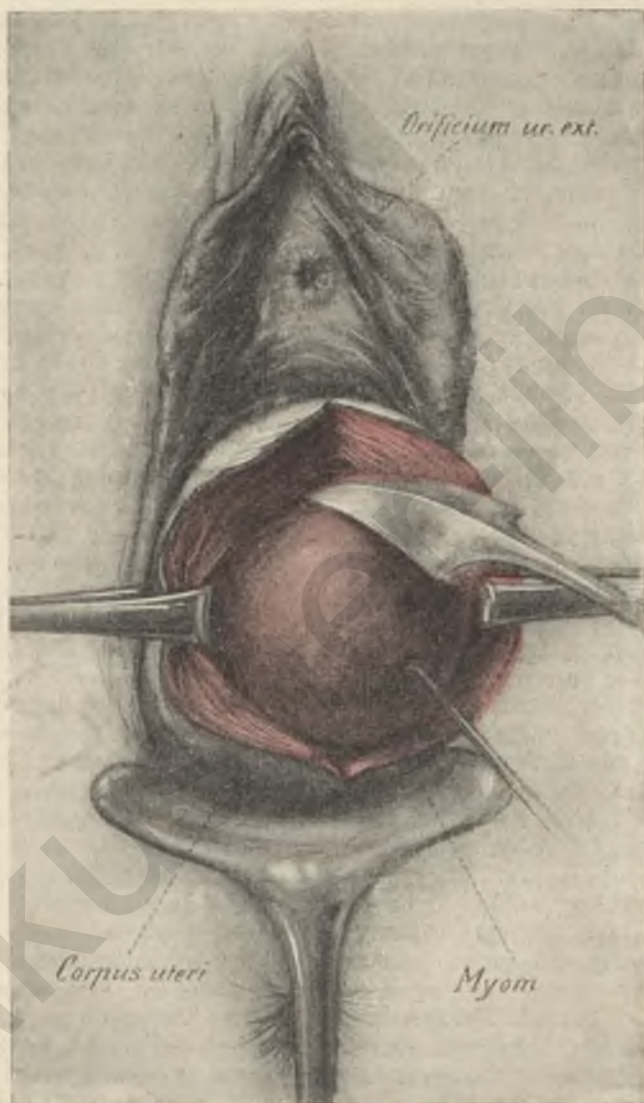


Рис. 126. Вылущеніе міомы черезъ влагалище. Матка выведена при посредствѣ кольпокеліотоміи; ея стѣнка разрѣзана; обнаженная міома удаляется ножомъ *Segond'a*.

Насколько просто удаленіе такихъ небольшихъ подслизистыхъ міомъ, къ которымъ можно подойти естественнымъ путемъ и вылущить ихъ, настолько трудной оказывается задача, если приступаютъ

такимъ образомъ къ сравнительно большимъ міомамъ. Тогда не только приходится дѣлать подготовительныя и вспомогательныя операціи, но и предварительное кускованіе міомъ, morcellement *Péan*'а, для того, чтобы имѣть возможность удалить одинъ за другимъ большіе куски. Въ концѣ-концовъ получается въ значительной степени растерзанная матка, заживленіе которой и обратное развитіе не происходитъ гладко. Если по характеру своему эта операція ставитъ большія требованія къ технической ловкости оператора, то нельзя отказать ей въ томъ, что при неслишкомъ широкихъ показаніяхъ она имѣетъ полное значеніе. Необходимымъ предварительнымъ условіемъ ея примѣненія должно быть, во-первыхъ, то, что сохраненіе матки представляетъ для ея обладательницы еще извѣстный интересъ. Тутъ играетъ, конечно, роль возрастъ женщины, и границей его должны быть 40 л.; во-вторыхъ, число міомъ должно быть ограничено, расположеніе ихъ подслизистое или межмышечное, но не субсерозное; въ-третьихъ, ихъ величина не должна превышать величину дѣтской головки. Всѣ эти условія вмѣстѣ взятыя составляютъ, пожалуй, самыя широкія, еще доступныя показанія къ влагалищнымъ консервативнымъ операціямъ міомъ. Въ остальныхъ случаяхъ примѣняется или болѣе простое въ техническомъ отношеніи полное удаленіе матки черезъ влагалище, или вылуценіе брюшнымъ путемъ. Доступъ къ настоящему полю операціи можетъ быть въ этихъ случаяхъ облегченъ разными способами. При узкомъ влагалищѣ, не поддающемся расширенію зеркалами, можетъ быть примѣненъ первымъ долгомъ промежностно-влагалищный разрьзъ по *Schuchardt*'у.

Если расширеніе тупымъ путемъ или предложенная впервые *Schröder*'омъ простая инцизія шейки оказываются недостаточными, то, по примѣру *Veit*'а и *Doyen*'а, приходится, въ качествѣ предварительной операціи, произвести полное расщепленіе шейки спереди (*hysterotomia anterior*) или сзади (*hysterotomia posterior*). Если это расщепленіе доходитъ до внутренняго зѣва или еще дальше, то спереди нужно предварительно отдѣлить передній сводъ и мочевоы пузырь, чтобы имѣть свободной переднюю стѣнку матки. Какъ при *hysterotomia anterior*, такъ и при *posterior* можно вскрыть брюшину или же, отодвигая ее назадъ, работать по внѣ или подбрюшинному способу. *Veit* и *Doyen* произвели такимъ образомъ 43 операціи съ однимъ смертельнымъ исходомъ = 2,32% смертности.

Чрезвычайно важно произвести полное обнаженіе міоматозной матки,—на что особенно обращаетъ вниманіе *Martin*, имѣющій наибольшій опытъ въ этомъ отношеніи,—до того, какъ приступить къ вылуценію, чтобы не оперировать въ темнотѣ, что можетъ быть здѣсь весьма опасно. Заслуживаетъ полнаго вниманія и дальнѣйшей совѣтъ *Martin*'а, очищать ложе опухоли отъ остатковъ разрушенной ткани и зашивать его этажнымъ швомъ, чтобы никакіе слѣпыя мѣшки не давали повода къ задержанію выдѣленій. Если необходимо вылущить нѣсколько міомъ, то *Martin* предпочитаетъ вылуцать ихъ, насколько это возможно, изъ первой освободившейся отъ опухоли полости, чтобы имѣть дѣло лишь съ одной раневой полостью.

Какъ только удалось добраться какимъ-либо путемъ до міомы, то, расщепивъ капсулу, можно попытаться вылуцить опухоль просто пальцемъ, въ такомъ родѣ, какъ отдѣляется плодное яйцо отъ

стѣнки матки при выкидышѣ. Если при этомъ удалось попасть въ надлежащій слой, т. е. въ рыхлую соединительнотканную полость міомы, тогда она выщипывается легко; если же ея вылуиценіе представляетъ затрудненіе, то оно производится въ невѣрномъ слоѣ. Опытъ вылуиценія брюшнымъ путемъ, являющагося прототипомъ, такъ какъ оно производится подъ болѣе строгимъ контролемъ глаза, учить насъ тому, что при правильной техникѣ міома покидаетъ свою капсулу безъ всякаго, такъ сказать, понужденія или же при незначительной помощи. Если обращать на это вниманіе и при болѣе трудномъ влагалищномъ вылуиценіи, то удастся всегда избавить больную отъ нежелательныхъ побочныхъ пораненій и прободеній.



Рис. 127. Буравчикъ для міомъ
Marion Sims'a.



Рис. 128. Ножъ *Segond'a* съ
двустороннимъ лезвиемъ для
кускованія міомъ.

Слишкомъ трудное вылуиценіе указываетъ на то, что техника неправильна. При опухоляхъ большихъ размѣровъ обойтись безъ инструментовъ трудно. Весьма цѣлесообразно пользоваться здѣсь, какъ и при вылуиценіи брюшнымъ путемъ, предложеннымъ *Marion Sims'омъ* буравчикомъ для міомъ (рис. 127), который очень просто и удобно, по крайней мѣрѣ, при твердыхъ міомахъ захватываетъ ткань и даетъ возможность производить сильное натяженіе.

Уже *Amussat* пользовался способомъ частичнаго уменьшенія опухоли кускованіемъ, получившемъ особое развитіе благодаря трудамъ *Péan'a*. При этой операціи вырѣзываютъ ножомъ *Segond'a*

имѣющимъ двустороннее лезвіе и похожимъ на кинжалъ (см. рис. 128), куски опухоли, или же въ ней прокладываютъ «туннели» посредствомъ «*tubes tranchants*» *Dojen'a*. *Winternitz* соединилъ штопоръ *Sims'a* и рѣзущую трубку *Dojen'a* въ одномъ цѣлесообразномъ инструментѣ, который даетъ возможность вырѣзывать цилиндрической, захваченный штопоромъ кусокъ, избѣгая побочныхъ пораненій (Centralbl. f. Gyn. 1901, стр. 575).

По окончаніи вылуценія приходится предложить себѣ вопросъ, можно-ли сохранить, какъ было предположено, матку или же лучше ее удалить ради такъ называемыхъ техническихъ соображеній или въ надеждѣ получить лучшіе шансы на исцѣленіе. Конечно, не нужно забывать обследовать состояніе пораженныхъ часто одновременно придатковъ, которое можетъ имѣть рѣшающее значеніе. Если же возможно и желательно сохраненіе матки, то отверстія въ брюшную полость должны быть защищены катгутовымъ швомъ. Лужи міомъ уменьшаются посредствомъ швовъ и тампонируются, вспомогательные разрѣзы матки и влагалища зашиваются.

Опасность при такихъ консервативныхъ операціяхъ больше, чѣмъ при полномъ удаленіи матки, при которомъ получаютъ ровныя раневыя поверхности и прямое заживленіе; въ каждомъ случаѣ нужно взвѣснить, окупаетъ-ли сохраненіе матки эти опасности.

Mackenrodt выработалъ собственный типичный способъ центрального консервативнаго вылуценія міомъ послѣ высокой ампутаціи шейки, дабы расширить границы влагалищныхъ операцій.

При сильномъ натягиваніи влагалищной части производится круговое отдѣленіе влагалища отъ мѣста прикрѣпленія; пузырь отодвигается кверху; параметрій перевязывается съ обѣихъ сторонъ и разсѣкается. Захвативъ пулевыми щипцами переднюю и заднюю маточную стѣнку, сколько возможно, выше внутренняго зѣва, отсѣкаютъ ниже щипцовъ, надъ внутреннимъ зѣвомъ, шейку, т. е. производятъ высокую ея ампутацію. Предварительной перевязкой околоматочныхъ сосудовъ ограничивается кровотеченіе; благодаря ампутаціи шейки получается широкій доступъ къ полости матки, въ которую можетъ при одновременномъ низдавливаніи матки черезъ брюшные покровы проникнуть свободно палецъ и ощупать міоматозные узлы. Послѣдніе захватываются въ полости и вылуциваются. Если при этомъ вскрывается брюшная полость, то во всякое время можно перейти къ полному удаленію матки. Если хотятъ оставить верхній остатокъ матки послѣ удаленія міомъ, то, зашивъ *excavatio vesico-uterina*, если она была вскрыта, соединяютъ стѣнку влагалища со стѣнкой матки; въ боковыя околоматочныя полости соединительной тканію вставляется дренажъ изъ іодоформенной марли по направленію къ влагалищу. Такимъ же образомъ дренируется и Дугласово пространство, если оно было вскрыто.

Также тампонируются плотно матка и ея раневыя поверхности, образовавшіяся послѣ вылуценія міомъ, іодоформенной марлей.

Mackenrodt думаетъ, что при помощи этого метода можно сохранить остатокъ матки, способный, по меньшей мѣрѣ, менструировать, а можетъ быть и беременѣть, и что такимъ образомъ получается возможность оперировать въ большемъ количествѣ и болѣе крупныя міомы влагалищнымъ, консервативнымъ путемъ.

Подсерозныя міомы, очевидно, не могутъ быть оперированы этимъ способомъ внимательства черезъ эндометрій. Но и къ нимъ можно

получить доступъ влагалищнымъ путемъ, производя по *Dührssen*'у и *Martin*'у colporrhiniotomy anterior или posterior. Въ этомъ случаѣ отказываются отъ ампутаціи или разсѣченія канала шейки, а вскрываютъ послѣ отдѣленія передняго и задняго свода брюшную полость, вставляютъ, низдавливая надлежащимъ образомъ матку, міому въ поле операціи, вылуцаютъ ее, затѣмъ зашиваютъ раневую полость и погружаютъ матку на свое мѣсто. Изъ литературы извѣстенъ 51 случай *A. Martin*'а, *Wendel-Baylay*'я, *Chiarleoni* и *Schantz* такого рода; ни у кого изъ нихъ не наблюдалось смертного случая.

За исключеніемъ простаго удаленія міомъ на пожкѣ и небольшихъ подслизистыхъ изъ полости матки всѣ эти влагалищныя, консервативныя операціи міомъ съ предшествующими и слѣдующими за ними вмѣшательствами представляютъ собой въ техническомъ отношеніи довольно трудныя оперативныя приемы. Трудности и опасности ихъ возрастаютъ чрезвычайно быстро съ увеличеніемъ числа и объема міомъ. Поэтому будетъ вполне правильнымъ приступать къ этимъ операціямъ съ извѣстной сдержанностью и, въ случаѣ сомнѣнія, переходить къ радикальной, вмѣсто того чтобы увеличивать рискъ обратнымъ введеніемъ и сохраненіемъ матки. Притомъ консервативное вмѣшательство заслуживаетъ тѣмъ менѣе оправданія, если оно производится вслѣдствіе преувеличенной боязни климактерическихъ явленій и вслѣдствіе желанія сохранить менструирующую матку женщины, находящейся въ періодѣ увяданія, мучимой кровотеченіями, у которой желаніе это вовсе невелико.

Если же уже приступлено къ операціи, то ее нужно закончить во что бы то ни стало, притомъ, по возможности, въ одинъ приемъ. Половинчатая работа, состоящая въ удаленіи только части міомы, предоставивъ остатку выдѣлиться самостоятельно, выказываетъ только замѣшательство оператора и есть чрезвычайно опасное начинаніе, котораго нужно строго остерегаться. Оставленная часть міомы непременно подвергается распаденію. По этимъ же соображеніямъ уже окончательно и съ полнымъ основаніемъ оставлены операціи, способствующія произвольному выдѣленію міомъ, напр. расщепленіе капсулы и 2-хъ и много-моментныя операціи. Если предположенное сначала вылуцженіе не удастся, то будетъ значительно лучше перейти къ полному удаленію матки, чѣмъ оставить операцію незаконченной и отложить дальнѣйшее вмѣшательство, разсчитывая на то, что стремленіе міомъ къ самопроизвольному выдѣленію облегчитъ производство операціи.

b) Радикальная влагалищная операція міомы.

Экстирпація матки.

Если матка не увеличена или мало увеличена, то влагалищный путь самый подходящій для полной экстирпаціи матки. Употребляемому болѣею частью способу *Czerny* мы предпочитаемъ выработанный, по образцу *Peter Müller*'а и *Doyen*'а, *Döderlein*'омъ для операціи міомы методъ предварительнаго срединнаго полнаго разсѣченія матки.

Безъ предварительнаго круговаго разрѣза влагалищной части и отслоенія влагалища, матка оттягивается сперва внизъ и въ то же время впередъ съ помощью двухъ паръ *Doyen*'овскихъ крючковатыхъ щипцовъ, всаженныхъ въ заднюю губу; вслѣдствіе этого задній сводъ

напрягается и матка отходит отъ прямой кишки. Теперь разсѣкаютъ ножомъ или ножницами заднюю губу и задній сводъ въ сагиттальномъ направленіи; большею частью этотъ разрѣзъ вскрываетъ



Рис. 129. Влагалищная полная экстирпация. Начало операціи: разсѣченіе задней цервикальной стѣнки съ одновременнымъ вскрытіемъ Дугласова пространства.

Дугласово пространство; двумя боковыми ударами ножницъ, крестообразно расширяющими разрѣзъ, задній сводъ отдѣляется. Затѣмъ вводятъ во вскрытую брюшную полость длинное *Péan*'овское зеркало,

такъ что становится видной задняя маточная стѣнка. Захватывая все выше и выше *Doyen'*овскими щипцами, разсѣкаютъ заднюю маточную стѣнку все дальше и дальше и въ то же время вытяги-

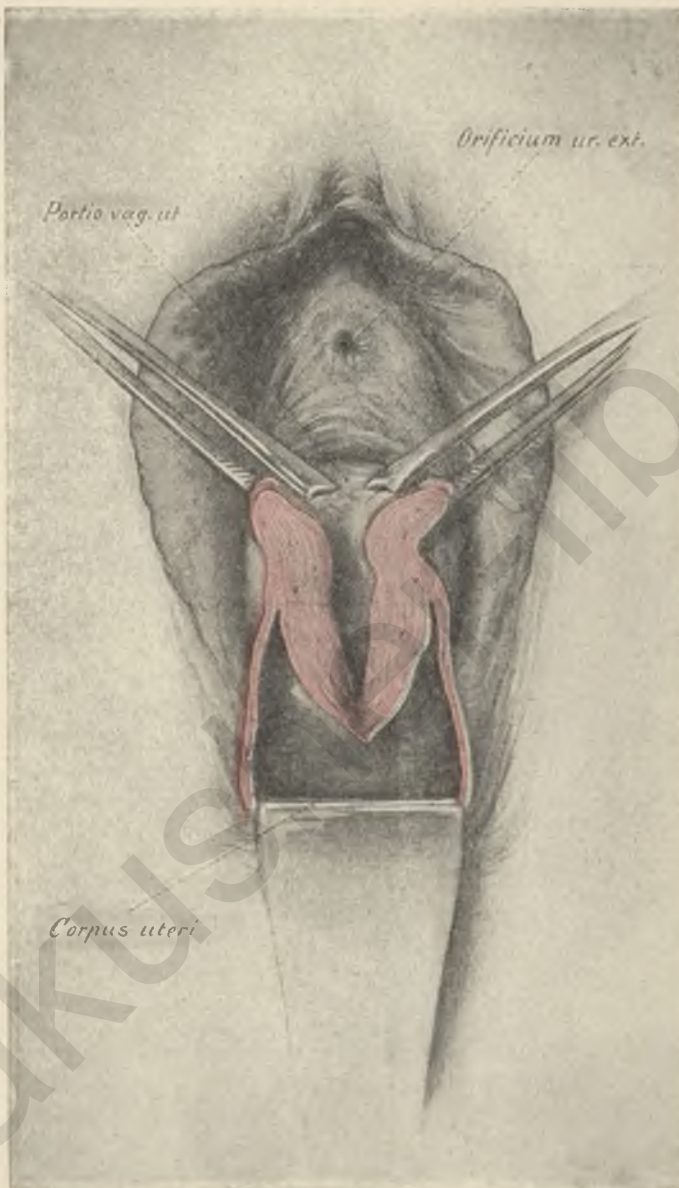


Рис. 130. Влагалищная полная экстирпація. Задняя цервикальная и влагалищная стѣнки разсѣчены продольнымъ разрѣзомъ, во вскрытое Дугласово пространство введено длинное *Réan'*овское зеркало.

ваютъ ее сзади, пока наконецъ не выскользнетъ дно матки, тогда матка выведена въ ретрофлексию. Расщепленіе продолжается черезъ дно на переднюю маточную стѣнку, такъ что передняя губа разсѣ-

кладываются щипцы, за которые тянутъ ввизъ. Незначительное кровотеченіе изъ перерѣзанной влагалищной стѣнки можетъ быть оставлено на первыхъ порахъ безъ вниманія. Для защиты пузыря цѣле-

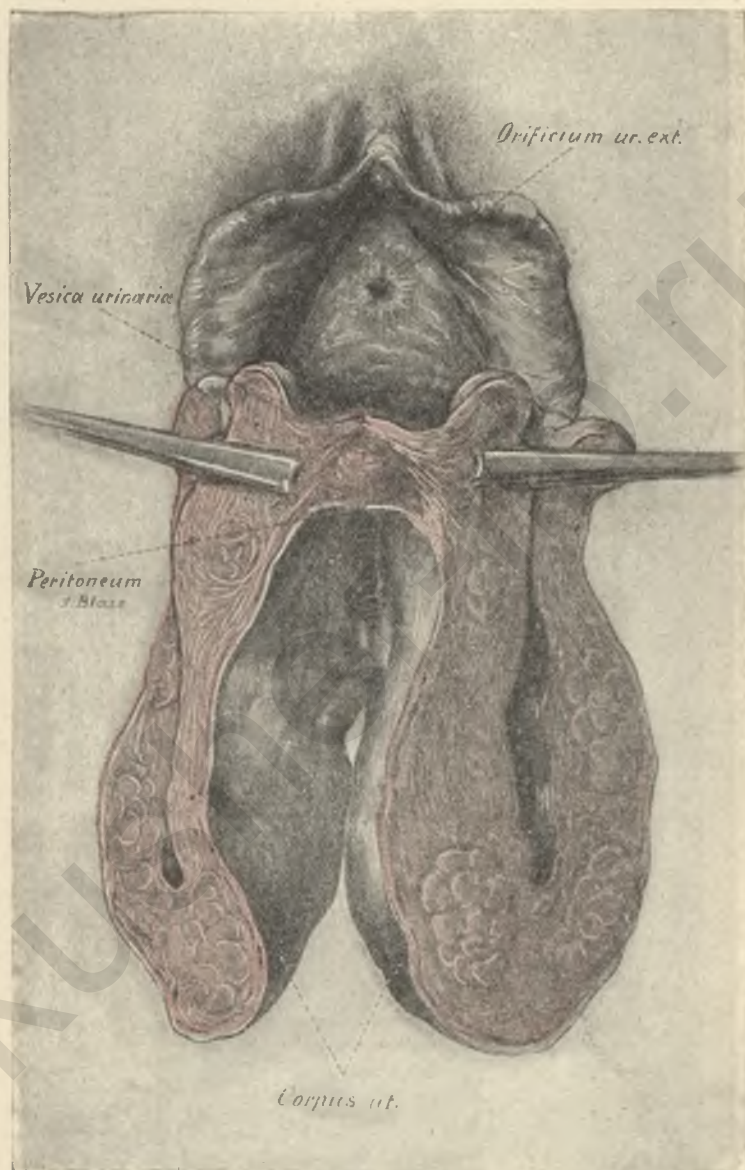


Рис. 133. Влагалищная полная экстирпация. Матка совершенно раздѣлена на двѣ половины. Расщепленіе идетъ до передняго свода, гдѣ видѣется пузырь.

сообразно шивать брюшину пузырно-маточной складки съ передней влагалищной стѣнкой.

Обработка широкихъ связокъ можетъ быть произведена различнымъ образомъ. По нашему мнѣнію, проще и вѣрнѣе всего накла-

дывать на каждую сторону 3—4 зажима этажами, отъ параметріа къ *lig. suspensorium ovarii* или, если хотять сохранить яичникъ, къ *lig. ovarii proprium*.

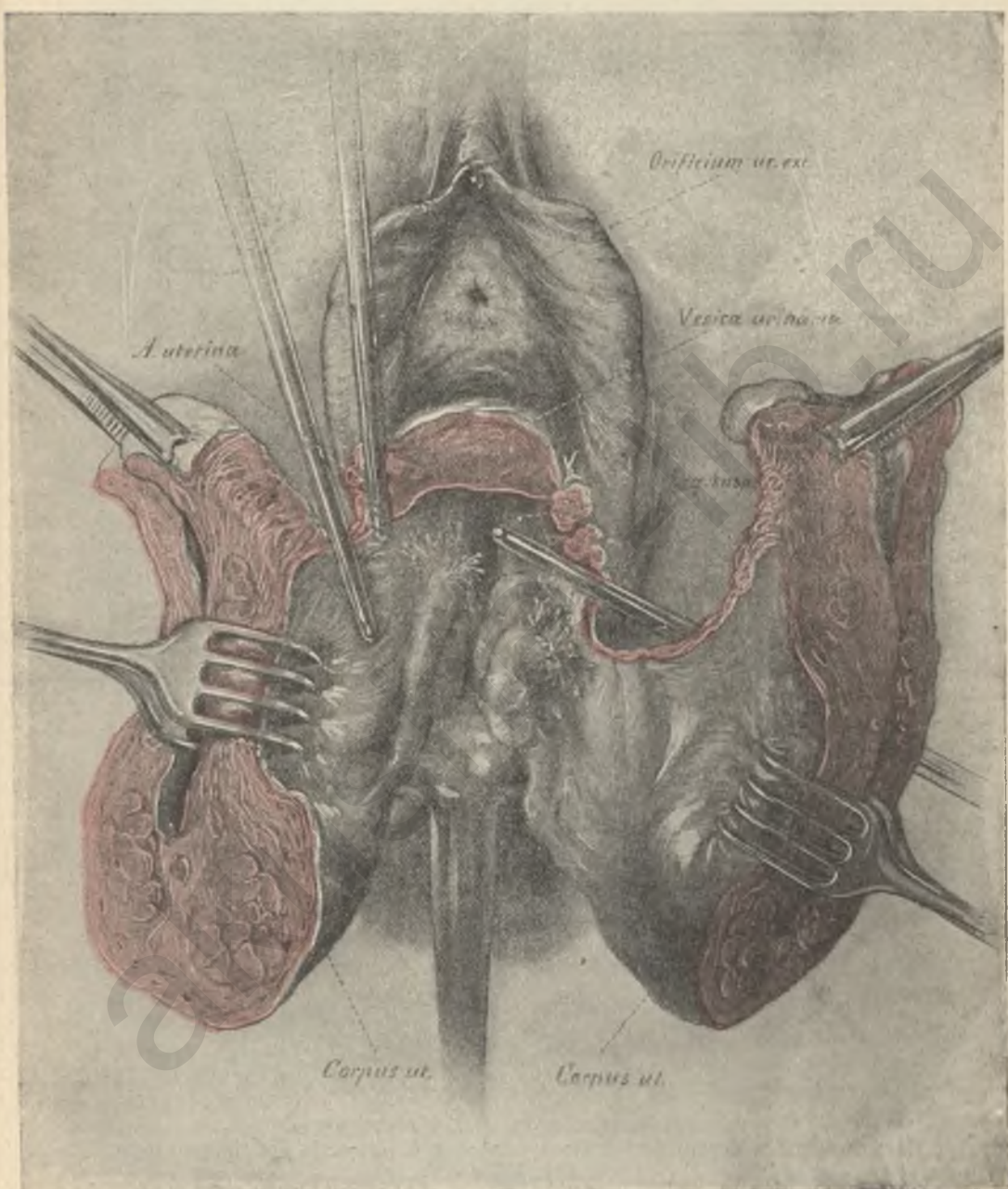


Рис. 134. Влагалищная полная экстирпация. Передній свод отдѣленъ поперечнымъ разрѣзомъ, обѣ половинки матки теперь висятъ только на своихъ связкахъ, которыя отщемляются зажимами и затѣмъ перерѣзываются.

Послѣ отдѣленія матки зажимы замѣняются лигатурами, причемъ за каждыиъ зажимомъ проводятъ крѣпкую катгуттовую нить и при завязываніи перваго узла снимаютъ зажимъ, дабы можно было захватить ткань. При хорошей доступности операціоннаго поля мы

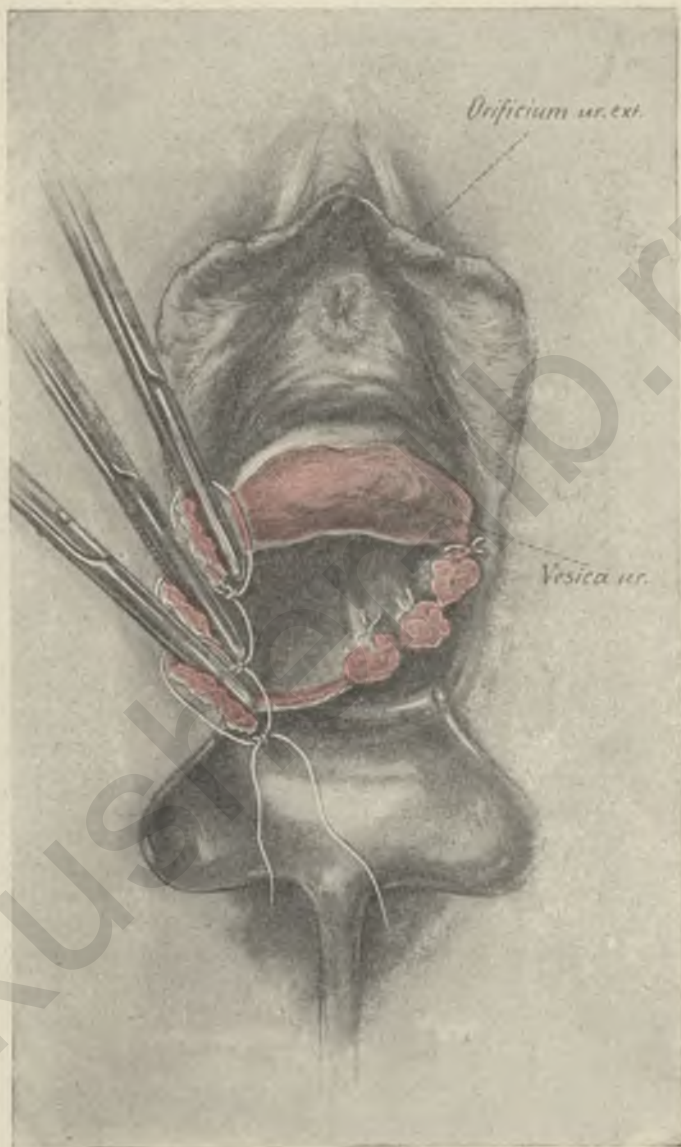


Рис. 135. Влагалищная полная экстирпация. Матка отрѣзана. Зажимы замѣщаются лигатурами. Закрытие брюшной полости см. рис. 105 и 106.

обыкновенно замѣщаемъ одной крѣпкой ниткой по порядку всѣ три зажима, т. е. нитка первой лигатуры примѣняется для второй и затѣмъ еще для третьей лигатуры, такъ что въ концѣ-концовъ всѣ

три лигатуры связаны между собою и стягиваютъ ткань безъ пробыловъ на-подобіе цѣпи. Выгода этого способа, помимо простоты, заключается еще въ томъ, что получаютъ возможно меньшія культи.

Въ приподнятомъ положеніи таза, причемъ крѣпкими подпорами для плечъ устраиваютъ соскальзываніе больной, послѣ осмотра культей электрическимъ зеркаломъ (см. рис. 21), брюшная полость закрывается. Если зажимы оставляютъ до окончательной остановки кровотеченія, способъ, которымъ мы обязавы французской школь, *Péan, Richelot, Doyen*, тогда брюшная полость должна оставаться открытой. И здѣсь нужна подъ конецъ ревизія операціонной области при хорошемъ освѣщеніи въ Тренделенбурговомъ положеніи, чтобы провѣрить, не кровоточитъ-ли еще гдѣ-нибудь и не захвачено-ли зажимами что-нибудь лишнее. Затѣмъ вводятъ въ тазовую брюшную полость сложенную въ нѣсколько слоевъ іодоформную марлю, обкладывая ею концы зажимовъ, дабы оградить отъ прикосновенія съ ними спускающіяся кишки. Тогда брюшная полость въ первые дни послѣ операціи осумковывается отъ операціонной и раневой области, и открытая рана въ нѣсколько недѣль зарастаетъ посредствомъ грануляцій. Зажимы снимаются осторожно спустя 2—3 сутокъ, причемъ они сперва раскрываются и затѣмъ, по предложенію *Winter'a* лишь черезъ нѣсколько часовъ, вытягиваются. Марля вынимается постепенно, не сразу и безъ настоятельной надобности не равнѣ 8—10 дней послѣ операціи.

Понятно безъ разъясненій, что перевязка культей съ послѣдующимъ зашиваніемъ брюшной полости создаетъ условія для болѣе гладкаго заживленія раны, нежели способъ употребленія зажимовъ, связанный съ дренажемъ брюшной полости. Послѣдній приѣмъ долженъ быть примѣненъ лишь тогда, когда изъ-за укороченія связокъ наложеніе лигатуръ наталкивается на затрудненія, и потому остановка кровотеченія, отъ которой и здѣсь все зависитъ, становится трудной и ненадежной.

Если міоматозная матка слишкомъ велика и неподатлива для того, чтобы ее можно было при расщепленіи вытянуть сзади, тогда включаютъ кускованіе (*morcellement*) по *Péan'у*.

Операція начинается тогда совершенно такимъ же образомъ съ срединнаго разрѣза задней губы, чѣмъ лучше всего достигается въ то же время доступъ къ маточной полости. Если мѣсто очень стѣснено, то можно также, по примѣру *Péan'a*, отсѣчь влагалищную часть и этимъ начать кускованіе матки.

Здѣсь важно всегда придерживаться опредѣленнаго плана, а не отрѣзывать безъ разбора то здѣсь, то тамъ кусокъ маточной стѣнки или міомы. Этотъ методъ имѣетъ въ себѣ всегда нѣчто неприятное, такъ какъ неизбѣжно приходится работать въ темнотѣ, и потому возможны случайныя поврежденія сосѣднихъ органовъ, прободеніе матки, попаданіе въ брюшную полость. Поэтому надо сперва предпринимать удаленіе отдѣльныхъ болѣе мелкихъ міоматозныхъ узловъ, насколько они достижимы, и терпѣливо подвигаться впередъ шагъ за шагомъ. Удаленіе цѣлыхъ міомъ и размельченіе болѣе крупныхъ слѣдуетъ всегда начинать съ эндометрія, къ которому получается хорошій доступъ благодаря расщепленію задней стѣнки. При сильномъ расщепленіи обѣихъ половинокъ матки можно какъ пальцемъ, такъ и довольно часто глазомъ опредѣлить міомы, и зачастую ихъ удастся вылущить съ помощью только остраго крючка. Такимъ обра-

зомъ, удаляя одну міому за другой, получаютъ все больше простора и наглядности.

Болѣ крупные міомы должны быть особо подвергнуты кускованію. При этомъ также рекомендуется дѣйствовать по извѣстной системѣ, а именно сперва съ помощью *Doyen*'овскихъ *tubes tranchants* или еще лучше инструментомъ *Winternitz*'а, состоящимъ изъ буравчика и рѣзущей гильзы, міому тоннелизируютъ, высверливая цилиндръ по возможности изъ середины. Затѣмъ въ полученный такимъ образомъ каналъ можно всадить крючкообразные щипцы и вырѣзывать дальнѣйшіе куски *Segond*'овскимъ кинжалообразнымъ ножомъ, причѣмъ міома все время натягивается книзу. Иныя болѣ мягкія міомы при этомъ все болѣе и болѣе вытягиваются въ длину, онѣ нѣкоторымъ образомъ моделируются, и часто совсѣмъ неожиданно выскакиваютъ наружу огромныя массы. При этомъ никогда не слѣдуетъ выпускать самую стѣнку матки, ибо она служитъ для насъ путеводнымъ пунктомъ для дальнѣйшихъ дѣйствій, пока наконецъ сама матка не уступаетъ тракціи внизъ и можетъ быть выведена предъ половую щель.

При кускованіи какъ міомъ, такъ и матки никогда не слѣдуетъ примѣнять слишкомъ большую силу натяженія. Нѣтъ ничего тягостнѣе и досаднѣе, какъ срываніе щипцовъ. Матка ускользаетъ, операціонная область заливается кровью при одновременномъ исчезаніи надрѣзанной опухолевой массы въ брюшную полость, теряется ориентировка и весь планъ мѣстоположенія.

Двѣ пары щипцовъ должны всегда лежать на поверхностяхъ разрѣза матки, захватывая всю ея толщю. Если отрѣзаютъ кусокъ самой матки, то всегда предъ полнымъ разъединеніемъ захватываютъ сперва верхній край раны, никогда поверхность разрѣза не должна ускользнуть отъ зрѣнія. Въ выбранную для кускованія міому слѣдуетъ всегда всаживать нѣсколько паръ щипцовъ, дабы, если одни сорвутся, запасные щипцы еще удерживали міому. Само собою разумѣется, многое зависитъ отъ доброкачественности модели щипцовъ; лучше всего можно рекомендовать *Doyen*'овскіе щипцы съ 4—6 крючками изготовленія *Collin*'а, между тѣмъ какъ предостерегать приходится отъ старыхъ *Museix*'евскихъ щипцовъ.

Надо удалять терпѣливо одинъ кусокъ матки за другимъ, одну міому за другой, не слѣдуетъ никогда дергать и рвать насильно, и щипцами надо захватывать всегда возможно выше, дабы кровоточащія поверхности никогда не вдавались въ брюшную полость.

Лишь усвоивши технику этой операціи на болѣ простыхъ случаяхъ съ міомами, величиною въ апельсинъ или кулакъ, можно перейти къ болѣ труднымъ. Начинающій лучше сдѣлаетъ, если возьметъ подобныя міомы брюшнымъ путемъ, нежели тщеславно домогаться того, чтобы тотчасъ же удалять снизу доходящія до пупка міомы. Какая величина міомъ служитъ вообще границей для этого влагалищнаго кускованія, трудно сказать, но можно согласиться съ *Veit*'омъ, который считаетъ крайнимъ допустимымъ предѣломъ такія опухоли, которыя еще можно снаружи вдавить въ тазъ. Кто идетъ дальше этого, долженъ уже во всякомъ случаѣ обладать очень хорошимъ навыкомъ и опытомъ въ этой операціи.

Кромѣ величины самихъ міомъ, играетъ роль также большая или меньшая доступность ихъ, въ зависимости отъ ширины и растяжимости влагалища. При вяломъ, широкомъ влагалищѣ могутъ быть

взяты влагалищнымъ путемъ болѣе крупныя міомы, нежели при узкомъ и неподатливомъ влагалищѣ, которое, правда, можетъ быть расширено вспомогательнымъ разрѣзомъ *Schuchardt*'а.

Если даже влагалищныя операціи въ общемъ даютъ болѣе гладкое поправленіе, нежели брюшныя, то не надо забывать, что послѣднія даютъ болѣе удобную ориентировку и, благодаря усовершенствованію *Pfannenstiel*'евскимъ поперечнымъ разрѣзомъ и *Trendelenburg*'овымъ положеніемъ, многое утратили отъ своихъ прежнихъ опасностей. При соблюденіи современныхъ мѣръ разница въ теченіи рековаленсенціи уже неслишкомъ велика, и можно привѣтствовать предостереженіе *v. Rosthorn*'а противъ слишкомъ широкаго распространенія показанія къ влагалищной экстирпации міомъ, какъ противъ достойнаго сожалѣнія модничанія. Долгое время были очень склонны преувеличивать опасности *laparomyomectomy*'и и слишкомъ низко оцѣнивать опасности влагалищной *hysteromyomectomy*'и; и здѣсь надлежитъ держаться золотой середины.

Въ сомнительномъ случаѣ можно начать операцію снизу, имѣя въ планѣ перейти къ лапаротоміи, если встрѣтятся неожиданныя трудности.

При всякой влагалищной операціи міомы надо заранѣе все приготовить на случай, если понадобится чревосѣченіе, что иногда бываетъ совершенно внезапно, напр. при кровотеченияхъ. Надо также заручиться заранѣе согласіемъ больной на могущее понадобится чревосѣченіе. *Chrobak* справедливо предостерегаетъ не обѣщать больнымъ, что будутъ оперировать только снизу, ибо никогда нельзя заранѣе знать, какъ пойдетъ дѣло, и можно натолкнуться на искъ о возмѣщеніи убытковъ, съ которыми больныя и ихъ родныя все чаще выступаютъ.

Предостерегая отъ излишествъ въ отношеніи влагалищной операціи міомы, мы не можемъ съ другой стороны не признать огромныхъ успѣховъ, которыхъ достигла гинекологическая оперативная техника въ этой области. Въ соблюденіи мѣры сказывается мастеръ своего дѣла.

На общую сумму въ 1781 влагалищную полную экстирпацию міоматозной матки отечественныхъ и заграничныхъ клиникъ отмѣчено 73 смертныхъ случая = 4,09% смертности.

Брюшныя операціи міомы.

а) Консервативныя.

1. Отсѣченіе подсыороточныхъ полиповъ.

Подобно подслизистымъ міомамъ, подсывороточныя также могутъ соединяться съ маткой только тонкой, вытянутой ножкой; дѣло можетъ даже дойти здѣсь до полнаго отдѣленія опухолей. Стебельчатая міомы удаляютъ просто такимъ образомъ, что ножку перевязываютъ и опухоль отрѣзываютъ. При болѣе толстыхъ ножкахъ, дабы не погружать въ брюшную полость слишкомъ много мертвой ткани надъ лигатурой, цѣлесообразно клинообразнымъ разрѣзомъ вылучить основаніе ножки изъ толщи матки и этотъ дефектъ аккуратно зашить. Брызжущіе сосуды отдѣльно перевязываются или обкалываются.

Если при удаляемыхъ влагалищнымъ путемъ подслизистыхъ міомахъ можно придерживатся *Veit*’овской точки зрѣнія, чтобы удалять только эту, вызвавшіую симптомы, міому, а одновременно существующія межстѣночныя міомы оставлять, ибо именно отсѣченіе полипа представляетъ столь простую, предпринимаемую безъ наркоза операцію, то это, разумѣется, не можетъ имѣть силы для подсывороточныхъ, стебельчатыхъ міомъ, удаление которыхъ требуетъ чревосѣченія. Наоборотъ, здѣсь надо очень внимательно осмотрѣть и ощупать матку, и другія міомы, какъ бы онѣ малы ни были, должны быть удалены отдѣльно, или дѣлаютъ тутъ же *hysteromyometomiю*, смотря по числу и положенію міомъ и по возрасту больной.

Если въ видѣ исключенія, напр., изъ-за сердечныхъ или другихъ органическихъ заболѣваній, надо въ интересахъ больной возможно скорѣе окончить операцію, между тѣмъ какъ удаление другихъ, можетъ быть, подбрюшинныхъ, цервикальныхъ или параметрально развившихся опухолей наталкивается на большія затрудненія, тогда можетъ оказаться цѣлесообразнымъ соединить быстрое снятіе полипа съ *Hegar*’овской кастраціей.

Прогнозъ этой операціи довольно благоприятный. *Winter* вычисляетъ изъ новѣйшей литературы у операторовъ *v. Rosthorn, Hofmeier, Heintzius, Czerny, Küstner, Olshansen* 114 операцій съ 4 смертными случаями = 3,5%, причемъ онъ, правда, выпускаетъ 2 смертныхъ случая *Olshansen*’а, какъ не имѣющіе связи съ операціей.

2. Брюшное вылущеніе внутривъстѣночныхъ міомъ.

Отмѣченное уже при описаніи влагалищныхъ операцій міомы обстоятельство, что шаровидныя міомы заложены въ соединительно-тканную капсулу, изъ которой онѣ легко и сравнительно безкровно могутъ быть вылущены, при условіи, если работаютъ въ подлежащемъ тканевомъ слоѣ, имѣетъ, разумѣется, значеніе и при брюшной операціи. Болѣе того, здѣсь отпадаетъ затруднительный при влагалищномъ вылущеніи доступъ къ опухолямъ, здѣсь всѣ части могутъ быть выведены на свѣтъ, наглядность и доступность операціоннаго поля не оставляютъ желать ничего лучшаго, и потому брюшная энуклеація представляется а ргіогі идеальной операціей, при коей удаляется только больное, а освобожденный отъ своихъ наростовъ органъ, матка, остается способнымъ къ своимъ отправлениямъ.

Между тѣмъ приходится съ самаго начала предостеречь отъ подобной принципальной преувеличенной оцѣнки этой операціи. Опытъ учитъ, что эта операція отнюдь не проще и не безопаснѣе, нежели полное или частичное удаленіе матки; къ тому же съ маткой могутъ быть оставлены невидимые и не ощупываемые ко времени операціи зачатки міомъ, такъ что больная впослѣдствіи снова заболѣваетъ міомой, вѣдь это свойство міомъ появляться во множественномъ числѣ; наконецъ, не слѣдуетъ упускать изъ виду, что матка не только не важный для жизни органъ, но даже съ извѣстнаго возраста женщины,—а именно на этотъ періодъ падаетъ большинство операцій міомы,—излишня и можетъ играть еще роль только какъ носительница болѣзней.

Поэтому мы представляемъ какъ принципъ для энуклеаціи міомъ: не мѣстоположеніе и не родъ міомъ служатъ къ тому показаніемъ,

а скорѣе то обстоятельство, что женщина находится въ такомъ возрастѣ и въ такихъ условіяхъ, что сохраненіе и дальнѣйшее отправленіе матки имѣетъ особенное значеніе. Слѣдовательно, операція эта примѣнима у больныхъ, которымъ 20—30 съ лишнимъ лѣтъ отъ роду, у которыхъ совсѣмъ нѣтъ или мало дѣтей, такъ что онѣ настоятельно желаютъ беременности, или у которыхъ желательно по крайней мѣрѣ сохраненіе менструаціи. Тогда окажется, что эта операція вообще только примѣнима для небольшого числа случаевъ.

Первыя брюшныя вылученія міомъ произвели *Spiegelberg*, *Billroth* и *Péan*, но всѣ съ неблагоприятнымъ исходомъ. Лишь *Martin*'у, которому принадлежатъ особенныя заслуги въ области этой консервативной операціи, удалось выработать технику, которая дала ему благоприятные результаты. Онъ располагалъ въ 1890 г. 96 случаями, межъ ними 24 съ вскрытіемъ маточной полости, изъ коихъ 8 умерли, тогда какъ изъ 72 безъ вскрытія полости погибли 10, причемъ надо, разумѣется, принять во вниманіе, что *Martin* на этомъ матеріалѣ испробовалъ операцію. Въ послѣднее время *Olshausen* выступилъ въ пользу энуклеаціи, которую онъ сталъ примѣнять съ возрастающей частотой; между тѣмъ какъ раньше онъ примѣнялъ вылученіе въ 14% своихъ брюшныхъ операцій міомы, процентное отношеніе возросло впоследствии на 27.

Winter нашелъ въ литературѣ 451 операцію, которыя произвели *v. Rosthorn*, *Hofmeier*, *Henricius*, *Martin*, *Olshausen*, *Thorn*, *Engström*, *Tuffier*, *Schault*, *Zwiefel*, *Wyder*, *Winter*, съ 44 смертельными случаями=9,8%. Общая статистика, отечественная и заграничная, даетъ 661 случай съ 60=9,08% смертельными случаями.

Итакъ, эта операція даетъ пока наибольшую смертность изъ всѣхъ операцій міомы. *Abuldase* нашелъ въ своей статистикѣ въ общемъ 807 случаевъ съ 10,7%, изъ нихъ 767 изъ новѣйшаго времени съ 9,2% смертности.

Техника операціи представляется на простомъ примѣрѣ въ слѣдующемъ видѣ: по вскрытіи брюшной полости матка извлекается наружу помощью ввинченнаго въ міому буравчика; брюшная полость временно закрывается щипцами или по крайней мѣрѣ прикрывается салфетками.

Сагиттальнымъ разрѣзомъ вскрывается капсула міомы, и міома вылучивается изъ своего ложа. Маленькія міомы слѣдуютъ простому влеченію буравчикомъ. Рана закрывается нѣсколькими проводимыми подъ все ложе опухоли катгутовыми швами, иногда этажными, причемъ нѣтъ надобности касаться раны пальцемъ. Болѣе крупныя міомы приходится вылучивать изъ капсулы съ помощью пальца, пока онѣ послѣдуютъ влеченію буравчика; болѣе плотныя соединительнотканые пучки, удерживающіе міому, приходится даже перерѣзать ножницами или ножомъ. Если остается слишкомъ широкая, вялая капсула, то лучше избытокъ срѣзать, чѣмъ сшивать.

Если приходится вылучивать нѣсколько міомъ, то можно попытаться, по совѣту *Leopold'a*, съ перваго болѣе крупнаго ложа опухоли проникнуть къ другимъ, дабы въ заключеніе получить только одну линію швовъ на маточной поверхности. *Martin* вскрываетъ маточную полость, какъ при кесарскомъ сѣченіи, что теперь выставляется также какъ принципъ для энуклеаціи міомъ при *hysterotomia vaginalis*. Для подслизистыхъ міомъ этотъ методъ, примѣненный послѣ *Martin'a* также *Schröder'*омъ, *E. Fränkel'*емъ *Freund'*омъ и др., кажется цѣле-

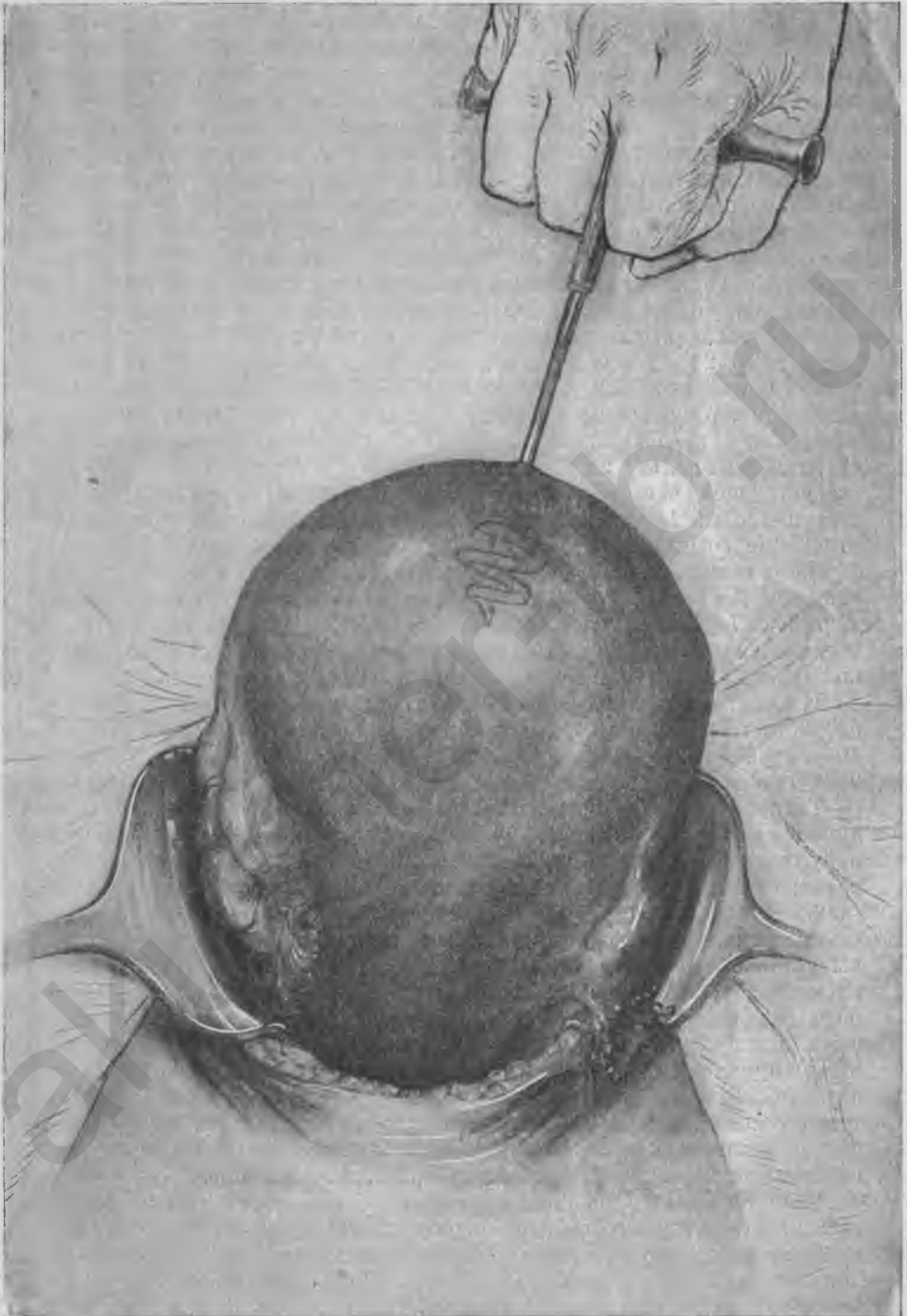


Рис. 136. Брюшное вылучение миомы.
Матка извлекается изъ брюшной полости помощью ввинченнаго въ миому буравчика.



Рис. 137. Брюшное вылущивание миомы.
Миома обнажена сагиттальнымъ разрѣзомъ, проведеннымъ черезъ дно матки.
При потягиваніи за буравчикъ опухоль вылущивается изъ своей капсулы.

сообразнымъ, тѣмъ болѣе, что здѣсь при вылуциваніи приходится все-таки вскрывать маточную полость; но подсывороточныя и внутривѣстничныя міомы проще брать при чревосѣченіи со стороны брюшинной поверхности.

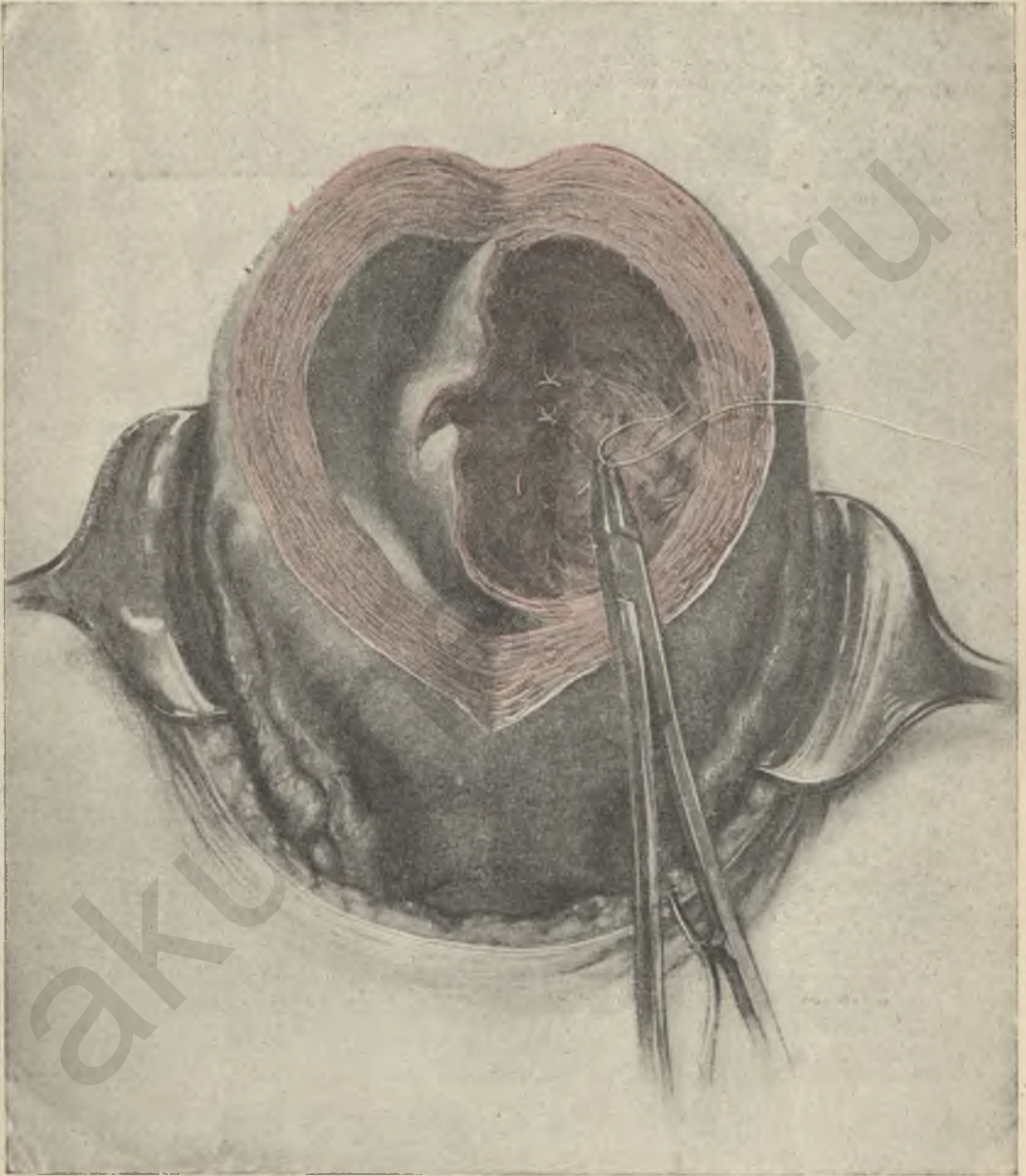


Рис. 138. Брюшное вылуциваніе міомы.
Зашиваніе ложа міомы погружными катгутowymi узловатыми швами.

Остановка кровотока и зашивание ложа опухоли должно производиться очень тщательно, дабы не образовались карманы съ застоємъ

секрета; верхніе серо-серозныя швы изъ тонкаго кэтуга должны плотно смыкаться и по возможности ограждать брюшную полость отъ секреціи изъ раневого ложа. Еще и въ послѣднее время наблюдалось сравнительно много случаевъ сепсиса и ileus'a при энуклеаціяхъ.



Рис. 139. Брюшное вылученіе міомы.
Ложе міомы зашито погружными швами. Зашиваніе маточаой раны.

Если можно опасаться просачиванія секрета или крови изъ зашитого ложа опухоли, тогда мы рекомендуемъ вшивать матку, по *Kocher*'у, внѣбрюшинно въ брюшную рану, какъ это описано и иллюстрировано было выше (стр. 233—234). Благодаря получаемой при этомъ возможности отводить секреты наружу посредствомъ дренажа, предотвращается опасность, которая при просачиваніи раневого отдѣленія

или крови въ брюшную полость, при внутрибрюшинномъ погруженіи матки, могла бы угрожать жизни. Правда, *Kocher*'овская операція

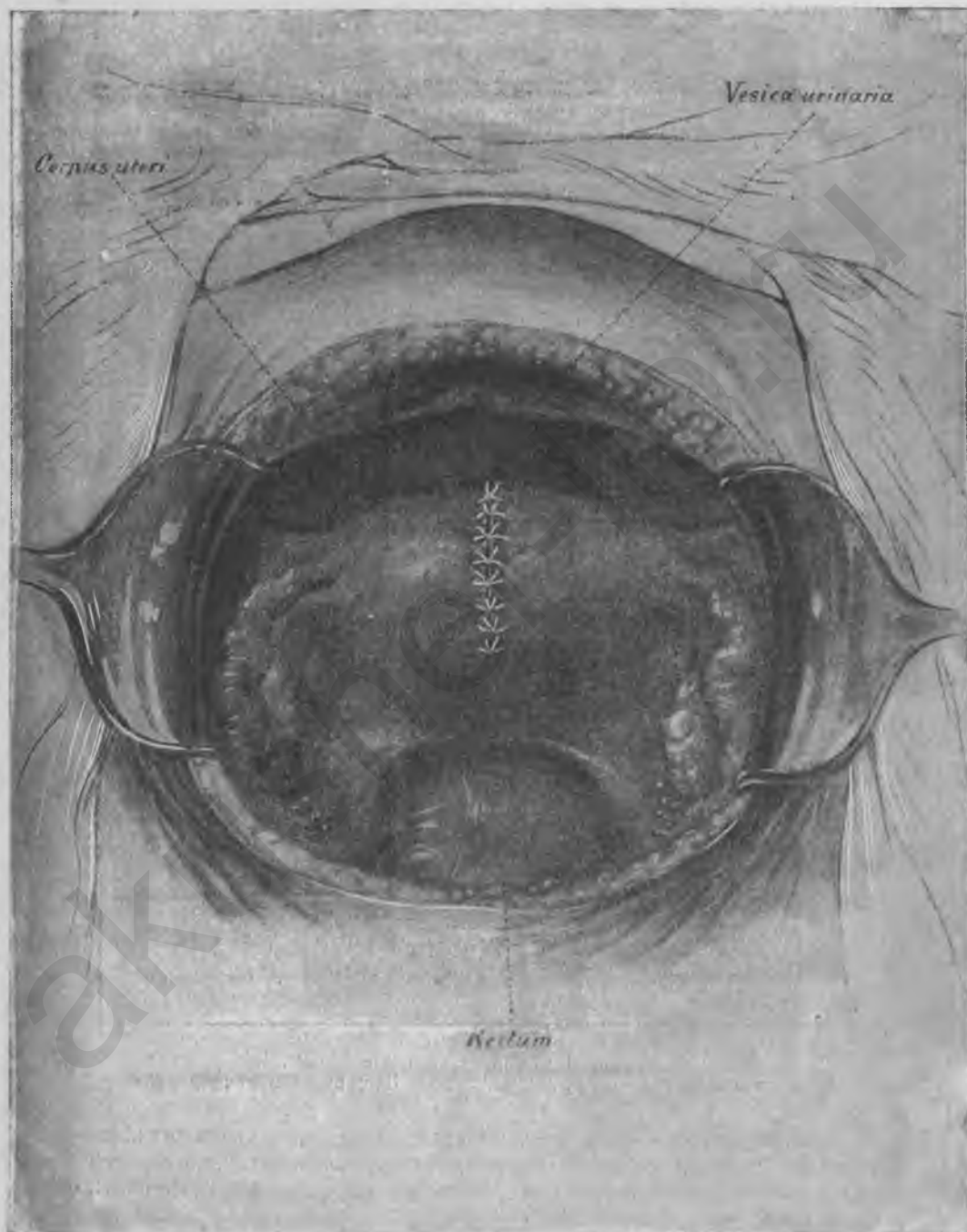


Рис. 140. Брюшное вылученіе міомы.
Видъ зашитой матки.

нарушает консервативный характер энуклеации, так как дальнейшее дѣторождение приходится исключить посредствомъ одновременной перевязки трубъ. Вопросъ о томъ, имѣеть-ли въ отдѣльномъ случаѣ сохраненіе полового отличія и менструаціи столь великое значеніе, чтобы предпочитать подобную, довольно сложную операцію радикальной, приходится предоставить личному благоусмотрѣнію оператора. Но мы все-таки не желали упустить случая, чтобы указать на эту возможность консерватизма.

Menge рекомендуетъ, для уменьшенія кровотока при самой энуклеаціи, а также для лучшаго предупрежденія послѣдовательнаго кровотока, воздушной эмболии и роста оставшихся незамѣченными зачатковъ міомы, предварительную перевязку обоихъ боковъ матки непрерывной лигатурой, притомъ настолько близко къ маткѣ, чтобы были пощажены сосуды, ведущіе къ придаткамъ, и чтобы для снабженія матки кровью остались только *ramus cervico-vaginalis a. uterinae* и, пожалуй, конецъ *ramus tubarius* яичниковъ. Запиваніе ложа міомы должно производиться съ большой тщательностью тонкимъ катгуттомъ, послѣ изолированной перевязки перерѣзанныхъ сосудовъ капсулы. Кромѣ погружного этажнаго шва, онъ примѣняетъ также глубокіе швы, уменьшающіе напряженіе краевъ, и заканчиваетъ серо-серознымъ покровнымъ швомъ съ загибаніемъ внутрь краевъ брюшины. Онъ имѣеть въ виду предупредить этимъ *ileus postoperativus*, который ужасно часто наблюдается послѣ энуклеаціи міомъ вслѣдствіе плотнаго приращенія и перегіба кишки. Тонкая техника *Menge* несомнѣнно заслуживаетъ испытанія.

О результатахъ энуклеаціи будетъ данъ отчетъ въ отдѣльной главѣ, въ которой мы будемъ сравнивать въ этомъ направленіи всѣ операціи міомы.

б) Радикальныя операціи.

1. Надвлагалищная ампутация, *Hysteromyometomia partialis*.

Какъ ни разнообразенъ видъ міоматозной матки, извѣстные типы все-таки повторяются. При описаніи брюшной надвлагалищной ампутации мы имѣемъ прежде всего въ виду тѣ случаи, въ которыхъ опухоль величиною съ матку на 5—10-мъ мѣсяцѣ беременности. Міома или, какъ обыкновенно бываетъ, міомы заложены въ тѣлѣ матки, преобразуя оное въ бугристую опухоль твердой консистенціи, которая кверху суживается, такъ что вся эта зачастую безформенная масса сидитъ на шейкѣ какъ-бы на ножкѣ.

Брюшная полость вскрывается въ общемъ на такомъ протяженіи, чтобы можно было вывести опухоль цѣликомъ. При опухоляхъ, достигающихъ до пупка, достаточно для этого и для доступности операціонной области *a priori* болѣе выгоднаго и предпочтительнаго поперечнаго разрѣза по *Pfannenstiel*'ю, при условіи оперированія въ положеніи съ сильно приподнятымъ тазомъ, въ прочихъ случаяхъ проводятъ продольный разрѣзъ соразмѣрно величинѣ опухоли. Мы не рекомендуемъ здѣсь внутрибрюшного уменьшенія опухоли посредствомъ *morcelement* по *Réan*'у; само собою понятно, что для выигрыша мѣста при случаѣ отрѣзаютъ стебельчатая міомы циркулярно кистовидныя, но настоящее кускованіе съ провизорной лигатурой или безъ нея неумѣстно, такъ какъ оно хлопотливо, ведетъ къ кровоточенію и замедленію операціи.

Для вытягиванія и направленія опухоли во время дальнѣйшей операціи мы употребляемъ простой и весьма удобный буравчикъ, предложенный впервые *Marion Sims*'омъ и затѣмъ рекомендованный *Segond*'омъ и *Fritsch*'емъ; онъ дѣлаетъ излишними обычно употребляемые большіе и малые щипцы, которые *Schultze* снабдилъ даже влекущимъ приборомъ.

Только въ размягченныхъ, гангренозныхъ или кистовидныхъ міомахъ этотъ буравчикъ не держится, и тутъ вступаютъ въ свои права широкіе *Museux*'евскіе съ 8 крючками или окончатые щипцы. Для выкапыванія опухоли приходится иногда прибѣгать къ нѣкоторымъ уловкамъ, какъ, напр., сдвигать брюшныя стѣнки по опухоли, особенно по ея верхушкѣ, отдавливая ихъ въ глубину или повернуть опухоль и поставить ее на бокъ.

Послѣ выведенія матки, кишки, которыя при Тренделенбургомъ положены опускаются кверху и совершенно исчезаютъ изъ виду, прикрываются широкой, сложенной въ нѣсколько разъ салфеткой, въ предупрежденіе затеканія крови въ верхнія части брюшной полости.

Широкія связки, въ которыхъ при міомахъ зачастую находятся огромныя венныя сплетенія, лучше всего, какъ совѣтуютъ *Goffier*, *Vaer* и *Vuntt*, отщепить провизорно зажимными щипцами хорошей работы, которые накладываются этажами, какъ при влагалищной полной экстирпаціи. Если связка не особенно вытянута, то достаточно на каждой сторонѣ 2 паръ зажимныхъ щипцовъ, между которыми связку разрезаютъ, не теряя почти ни капли крови. Можно тутъ же или лучше только послѣ вынутія матки боковые зажимы снять и сосуды перевязать или обколотъ (рис. 141 и 142).

Когда связки матки отрѣзаны, тогда она виситъ только на шейкѣ какъ на ножкѣ; уходъ за ножкой послѣ отрѣзанія матки и есть тотъ актъ операціи міомы, надъ технической выработкой котораго трудились десятки лѣтъ, придумавъ самые различные приемы. Трудности заключаются въ томъ, что здѣсь послѣ отсѣченія матки остается иногда довольно толстая, богатая сосудами, мясистая культя, которая, какъ впервые правильно установилъ *Schröder*, не должна ни давать послѣдовательнаго кровоточенія, ни быть совершенно лишена питанія вслѣдствіе слишкомъ тугой перетяжки.

Если туго переиянуть культю, какъ это раньше дѣлалось, каучуковой трубкой или резиновымъ шнуромъ (*Olshausen*), или проволочнымъ экразеромъ (*Cintrat*), или толстыми нитками (*Martin*), тогда подобный, лишенный питанія, подпадающій некрозу кусокъ ткани совершенно непригоденъ для интра- или ретроперитонеального погруженія въ брюшную полость. Слѣдствіемъ должно было быть и было то, что, если отсюда не распространялась инфекция на полость брюшины, лимфатическіе или кровеносные пути, то по крайней мѣрѣ образовывались мѣстныя осумкованныя воспалительныя гнѣзда, пока черезъ долгое время гангренозная ткань не извергалась вмѣстѣ съ матеріаломъ, примѣненнымъ для перетягиванія культя. Если культя была совершенно выключена изъ питанія, тогда приходилось помѣщать ее внѣбрюшинно и вообще внѣ тѣла, какъ это было первоначально общепринято и разработано *Hegar*'омъ въ типическій методъ.

Процессъ омертвѣнія и отторженія совершался тогда всецѣло внѣ тѣла; правда, больной приходилось долго лежать, ибо маточная культя отпадала лишь спустя 3—4 недѣли послѣ операціи, послѣ чего

заживленіе глубокой гранулирующей воронки тоже отнимало нѣсколько недѣль. Но въ виду безопасности этого оперативнаго метода для жизни, его недостатки настолько отступали на задній планъ, что большинство операторовъ обратились къ нему, ибо внутрибрюшинный уходъ за ножкой давалъ въ то время почти въ $\frac{1}{3}$ случаевъ летальный исходъ.

Главное при погруженіи ножки это—остановка кровотеченія, которая рациональнѣе всего достигается, какъ уже требовалъ *Schröder*, изолированной перевязкой главныхъ стволовъ приводящихъ сосудовъ, т. е. здѣсь обѣихъ аа. *uterinae*. Съ этимъ требованіемъ связано дальнѣйшее слѣдствіе, что матку надо отрѣзывать на уровнѣ внутренняго зѣва, скорѣе еще ниже, послѣ предварительнаго препарованія параметрія до ствола маточныхъ артерій.

Послѣ отрѣзки широкихъ связокъ операція представляется въ слѣдующемъ видѣ:

Поперечный разрѣзъ, проведенный сзади и спереди черезъ матку, соединяетъ нижніе пункты разрѣзовъ широкихъ связокъ, такъ что отдѣляются пузырь и иногда также прямая кишка, въ послѣднемъ лишь рѣдко бываетъ надобность. Пузырь прилегаетъ въ области шейки настолько рыхло, что послѣ разъединенія брюшины его легко сдвинуть компрессикомъ; лишь далѣе книзу на передней влагалищной стѣнкѣ прикрѣпленія становятся плотнѣе, такъ что посрединѣ, гдѣ родъ шва или «гребешка» подкрѣпляетъ соединеніе органовъ, приходится работать ножомъ и ножницами. Но при міомахъ едва-ли придется такъ далеко отсепаровывать пузырь, такъ какъ ампутацію опухоли предпринимають всегда, если не выше, то во всякомъ случаѣ тотчасъ подъ внутреннимъ зѣвомъ.

Лишь тогда, когда пузырь ненормально смѣщенъ зашеечнымъ подбрюшиннымъ развитіемъ міомъ, необходимо отсепаровать его на большемъ протяженіи.

Теперь слѣдуетъ важнѣйшій актъ операціи, т. е. обнаженіе и перевязка стволовъ маточной артеріи, идущихъ на уровнѣ внутренняго зѣва отъ тазовой стѣнки черезъ параметральную клѣтчатку поперекъ къ маткѣ.

Обезпеченіе этихъ сосудовъ гораздо важнѣе для остановки кровотеченія и ухода за ножкой, нежели самый способъ обработки культи, надъ которымъ трудились десятки лѣтъ. Если обѣ аа. *uterinae* перевязаны, тогда способъ зашиванія и ухода за ножкой вовсе не играетъ такой роли, какъ это долгое время думали.

Для отысканія маточныхъ артерій, если онѣ не видны, надо растянуть нѣсколько листки широкой связки у ея основанія, т. е. въ параметріи, сдвинуть тупымъ путемъ клѣтчатку, тогда легко обнаруживается идущій поперекъ извилистый стволъ а. *uterina*, подъ коимъ, скрещиваясь подъ прямымъ угломъ, тянется мочеточникъ черезъ параметрій мимо шейки къ пузырю. Поэтому надо захватить артерію очень осторожно и совершенно отдѣльно зажимомъ; перерѣзавъ ее и оттянувъ слегка въ сторону, замѣчаютъ лежащую подъ нею вену, которую забирають въ одну лигатуру съ артеріей. Чтобы съ увѣренностью избѣжать мочеточника, лучше всего прослѣдить его ходъ на тазовой стѣнкѣ, гдѣ онъ большею частью подъ брюшиной прямо виденъ; иногда приходится его отпрепарировать, что служить правиломъ при абдоминальной полной экстирпаціи раковой матки.

Если хотять оставить кусокъ шейки, т. е. ампутировать надвлагалищ-



Рис. 141. Надвлагалищная ампутація.
 Міоматозна матка виведена из брюшной полости. Ліва широка зв'язка
 відділена надъ тремя зажимами, которые наложены этажами. Справа намі-
 чено провизорное отщепленіе и моментъ перерѣзки.

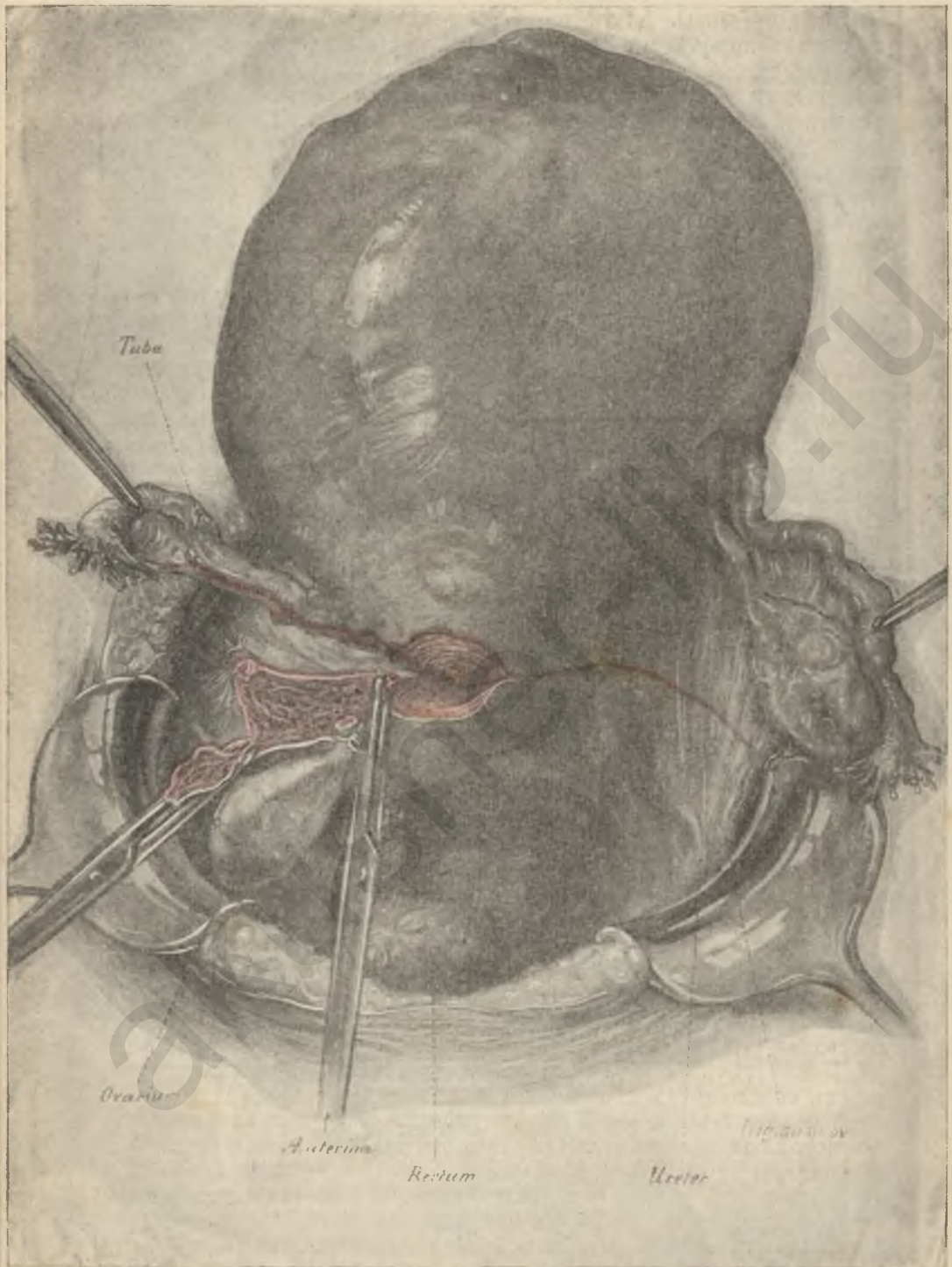


Рис. 142. Надвлагалищная ампутация.
Изолированная перевязка сосудовъ. Клиновидное изсѣченіе шейки.

галищно, то теперь, послѣ двусторонней изолированной перевязки маточныхъ артерій, матку отрѣзываютъ поперекъ, притомъ не просто горизонтально, а слегка воронкообразно, дабы сходящіяся подъ угломъ въ серединѣ шейки поверхности разрѣза могли быть легче прилажены для сшиванія. Такъ какъ *a. uterinae* при этомъ методѣ всегда перевязаны, то этотъ остатокъ шейки питается только сосудами, отдимающимися изъ влагалища, по которымъ хотя и притекаетъ столько крови, что культя не подпадаетъ некрозу, но и не столько, чтобы потребовались другія кровоостанавливающія мѣры, кромѣ простого *Schröder*'овскаго пива, какъ, напр., резиновый жгутъ или перевязка въ нѣсколько пучковъ.

Кэтгутовыми узловатыми швами соединяютъ надъ культей края брюшины, такъ что къ брюшной полости обращенъ только линейный перитонеальный шовъ. Этотъ брюшинный покровный шовъ есть несомнѣнно важная составная часть ухода за ножкой при міом-эктоміи (рис. 143 и 144).

Hofmeier и *Chrobak* рекомендовали для такъ назыв. ретроперитонеального ухода за ножкой образование особыхъ широкихъ лоскутовъ брюшины, которые отсепаровываются отъ передней и задней стѣнки матки, послѣ чего она отрѣзается глубоко внизу. *Hofmeier* соединяетъ затѣмъ эти лоскуты надъ незашитой культей, которая только по краямъ получаетъ скорняжный шовъ, такимъ образомъ, что одинъ лоскутъ ложится надъ культей, а другой надъ первымъ. *Chrobak*, напротивъ, придаетъ особенное значеніе тому, чтобы перитонеальный покровный шовъ не совпадалъ со швомъ культы, а именно проходилъ бы позади него. Насколько важнымъ мы считаемъ покровный шовъ вообще, настолько мало мы вѣримъ, чтобы подобныя детали играли какую-нибудь роль.

Какъ временная, такъ и длительная перетяжка маточной культы эластическимъ шнуромъ, по *Olshausen*'у, представляетъ только извѣстную ступень развитія въ выработкѣ ухода за ножкой и больше не примѣняется. Точно также надо считать исчерпаннымъ вопросъ объ антисептическомъ леченіи цервикальной полости; дезинфицирующія средства, равно какъ рекомендованное многими выжиганіе каленымъ желѣзомъ ослабляютъ жизнеспособность культы. Если по особенностямъ случая имѣютъ основаніе не довѣрять асептикѣ маточной и цервикальной полости, тогда надо предпочесть полную экстирпацію.

Этотъ способъ ухода за ножкой, въ сущности говоря, сводится къ первоначальному *Schröder*'овскому методу. Неблагоприятные результаты его, давніе толчокъ къ выработкѣ многихъ модификацій, объясняются тѣмъ, что ни *Schröder* самъ, ни его послѣдователи не проводили строго изолированной перевязки ствола маточныхъ артерій. Между тѣмъ *Schröder*'овскому методу именно ставили всегда въ упрекъ опасность послѣдовательнаго кровоточенія или по крайней мѣрѣ просачиванія крови и секрета, дающаго поводъ къ разложенію и сепсису. Если довольствоваться, какъ это большею частью дѣлалось, наложеніемъ лигатуры у края шейки, которая «можетъ быть» захватываетъ *a. uterina*, то это, разумѣется, не то же самое, что отпрепаровать артерію и отдѣльно перевязать самый стволъ, а не одну изъ главныхъ вѣтвей. При этомъ надо всегда углубиться по боку матки настолько, чтобы обнаружить главный стволъ артеріи. Этому самъ *Schröder* строго не проводилъ. Это видно уже изъ того, что онъ, въ противорѣчіе съ своимъ требованіемъ изолированной пере-

вязки *a. uterina*, совѣтуеь въ то же время сохранить отъ матки, сколько возможно. Между тѣмъ это технически невыполнимо, развѣ если отыскать *a. uterina* на тазовой стѣнкѣ снаружи отъ ея скрещенія съ мочеточникомъ и перевязать на протяженіи. Если перевязать



Рис. 143. Надвлагалищная ампутация.
Зашиваніе цервикальной культи.

вѣтвь *a. uterinae*, проходящую выше по боку матки, тогда сохраняется, что *Zweifel* справедливо отмѣчаетъ какъ очень существенный пунктъ, *a. cervico-vaginalis*, откуда культя еще настолько снабжается кровью, что простого обшиванія ея недостаточно для полной остановки кровотока. Если и не послѣдуетъ кровотока, то все-

таки получается то отдѣленіе изъ раны, которое столь долго дискредитировало внутрибрюшинный уходъ за ножкой по *Schröder*'у.

Знаменательно, что всѣ сторонники внутри- или забрюшиннаго ухода за ножкой, какъ *v. Rosthorn*, *Fritsch*, *Hofmeier*, *Chrobak*, единогласно высказались, что остающюся культю надо сдѣлать возможно

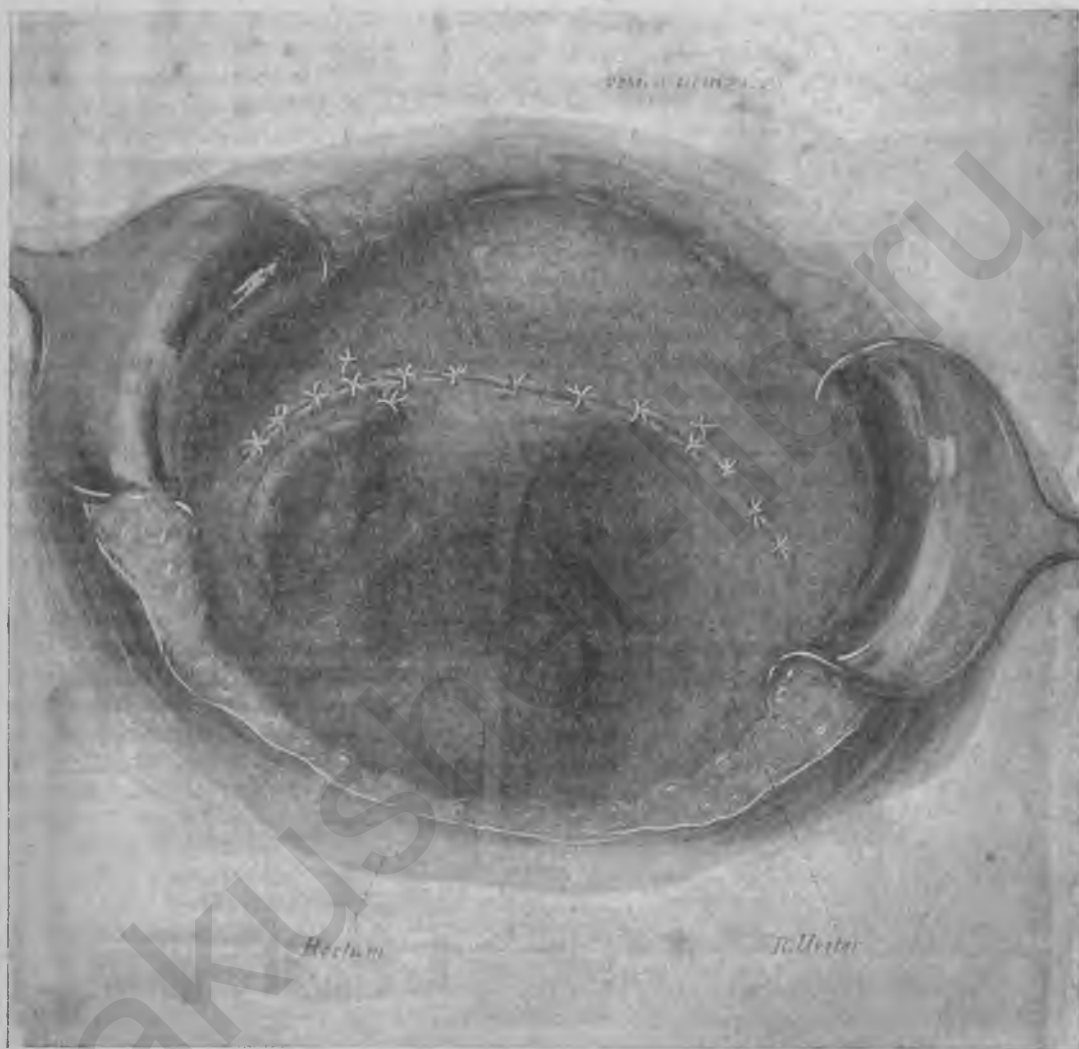


Рис. 144. Надвлагалищная ампутація.
Конецъ операціи. Ливейный перитонеальный покровный шовъ.

меньше. Для достиженія же возможно меньшей культы, надо ампутировать матку невысоко надъ внутреннимъ зѣвомъ, тогда *a. uterina* надежно перевязывается въ своемъ стволѣ до отхожденія шеечно-влагалищной вѣтви, и васкуляризація культы настолькоъ слаба, что простое обшиваніе и покрытіе брюшиной обезпечиваетъ отъ послѣдовательнаго кровотеченія и раневой секреціи.

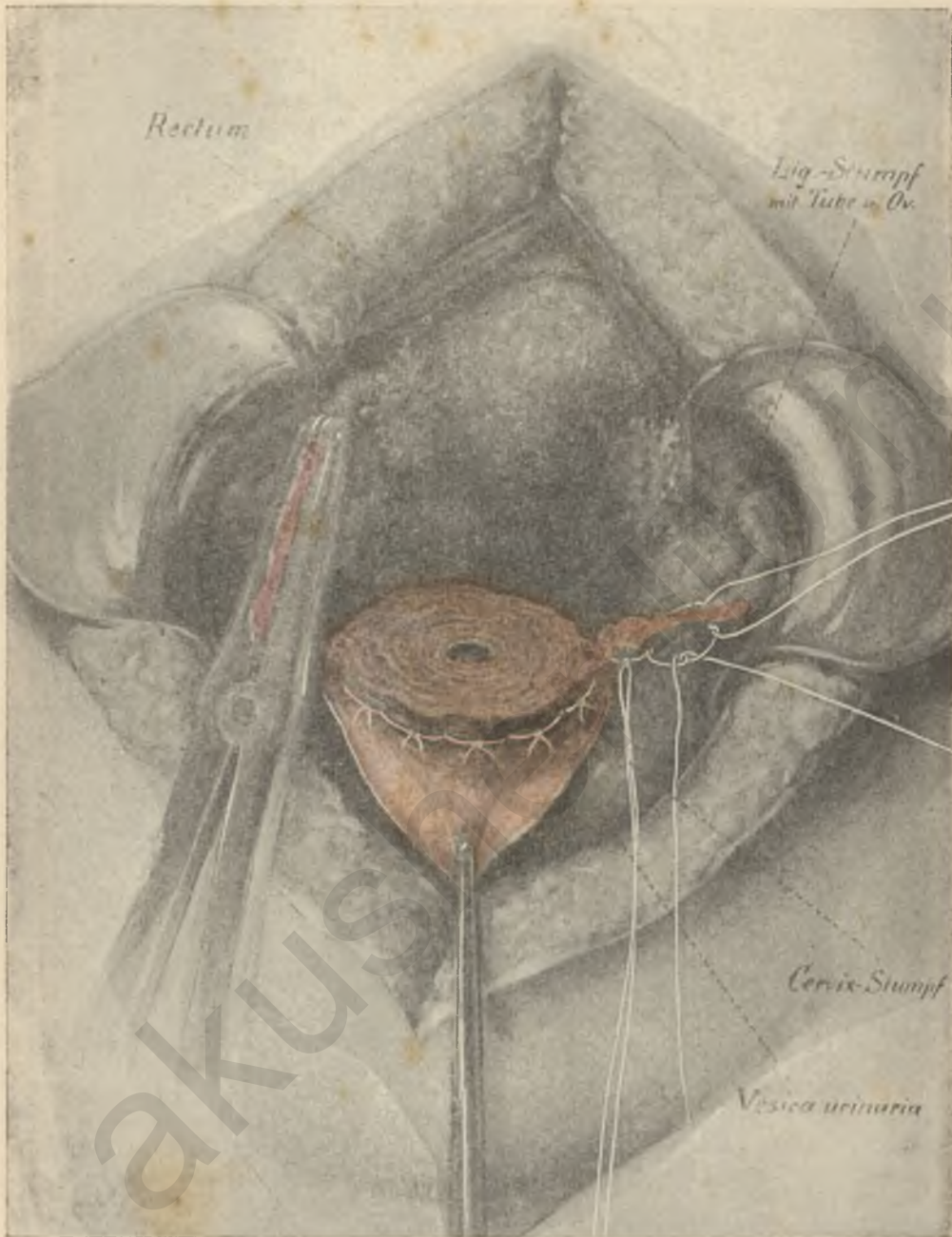


Рис. 145. Міомектомія по Zweifel'ю съ резекцією матки, обкалываніємъ культи и брюшиннымъ покрывнымъ швомъ; слѣва наложена на lig. lat. цѣпочечная лигатура, справа лежить еще большой Zweifel'евскій зажимъ, культя перевязана въ нѣсколько пучковъ. Добытыи съ передней брюшной стѣнки брюшинный лоскутъ отсепарованъ до lig. vesico-uterin.; послѣдній надо по возможности шадить, чтобы сохранить питающіе сосуды для лоскута. До сихъ поръ операція производилась въ Péan-Martin'овскомъ положеніи при отвисающихъ ногахъ.

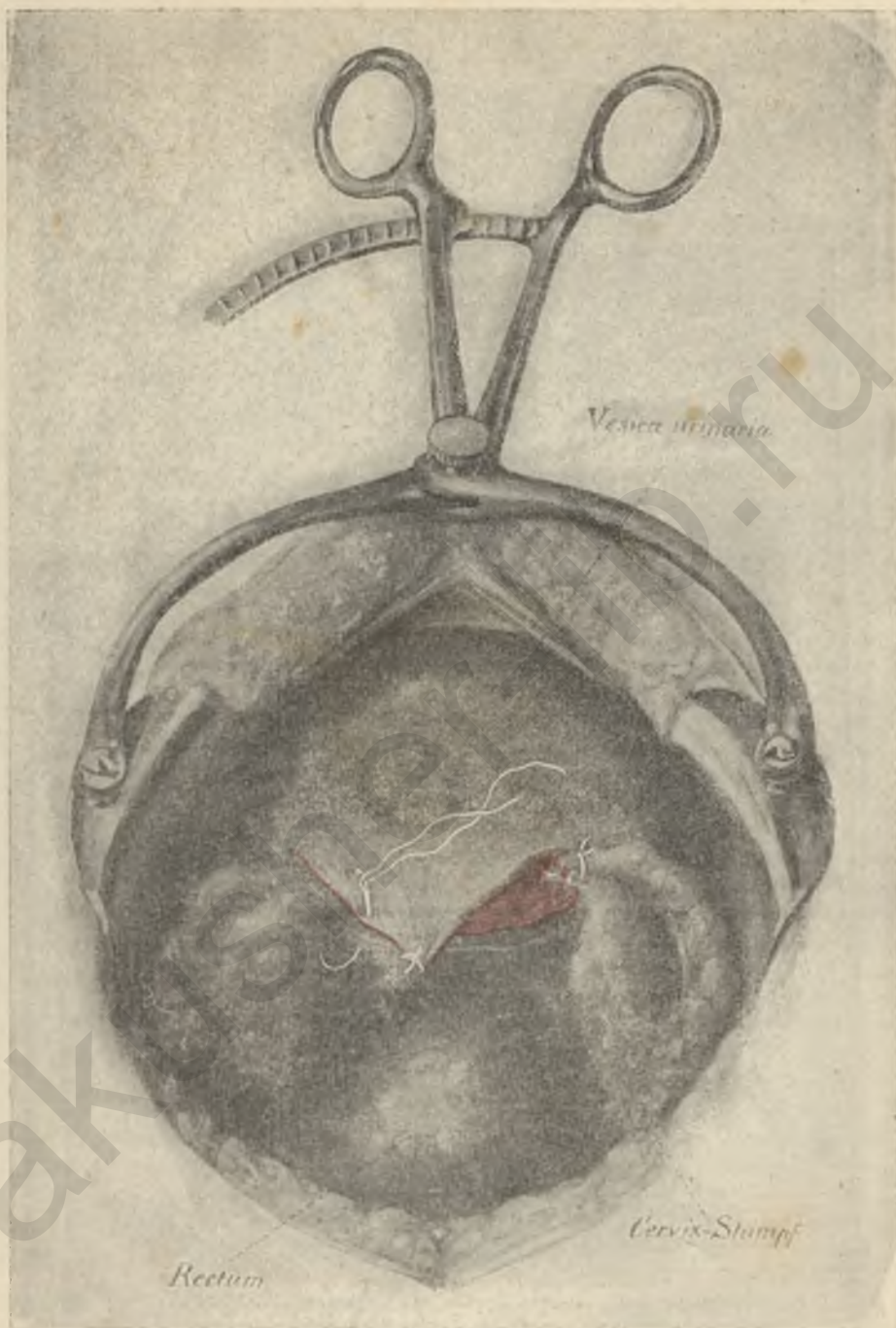


Рис. 146. Миомэктомия по Zweifel'ю. Брюшинный покровный шовъ. Передній лоскутъ брюшины перетягивается черезъ перевязанную культю назадъ и фиксируется швами. Большая переложена въ Тренделенбургово положеніе. (Рис. 145 и 146 срисованы въ Лейпцигской клиникѣ съ операций Zweifel'я).

Конечно, какъ тѣ же авторы подчеркиваютъ, различіе тогда между надвлагалищной ампутаціей и полной экстирпаціей матки настолько незначительно, что принципиальное разграниченіе этихъ операцій ставится шаткимъ.

Слѣдуетъ отдать полную справедливость *Zweifel*'ю, если онъ требуетъ, чтобы тѣ, которые придаютъ значеніе сохраненію большей культи или даже, какъ онъ самъ стремится, функционирующаго остатка согр. *uteri*, отказались принципиально отъ перевязки ствола *a. uterina*, иначе они рискуютъ, вслѣдствіе недостаточнаго питанія культи, гангреной, эксудатами или сращеніемъ съ кишками. Но тогда выступаетъ на очередь особый уходъ за маточнымъ остаткомъ, и для этого *Zweifel* выработалъ свой способъ, который онъ озаглавилъ: «Міомэктомія съ резекціей матки, обкалываніемъ культи и перитонеальнымъ покровнымъ швомъ (перитонизированіе).»

Способъ *Zweifel*'я слѣдующій:

Послѣ выкалыванія опухоли, широкая связка перевязывается съ помощью тупой выдвижной иглы до основанія непрерывной лигатуры въ нѣсколько пучковъ, такъ что захватываются всѣ сосуды, артеріи и вены, чему *Zweifel* придастъ значеніе. Чтобы при перерѣзкѣ связки избѣгнуть кровотеченія изъ опухоли, накладываются на край матки длинные зажимы, а трубы выжигаются *Paquelin*'омъ. Послѣдняя, нижняя, обыкновенно третья нитка проводится черезъ край матки, чтобы служить здѣсь для обкалыванія. Теперь спереди изъ отслаиваемой части брюшины формируется большой лоскутъ, который на гребешкѣ или шпорѣ, какъ это называется *Olshausen*, отдѣляется ножницами, а въ другихъ мѣстахъ—тупо пальцемъ. Либо до отсѣченія опухоли, либо, если это оказывается болѣе цѣлесообразнымъ, послѣ производится тотчасъ подъ поверхностью разрѣза перевязка ножки въ нѣсколько пучковъ съ помощью острой *Bruns*'овской выдвижной иглы. При прокалываніи иглы по возможности щадятъ слизистую оболочку тѣла матки, такъ какъ весь способъ направленъ на сохраненіе менструаціи. Послѣ завязыванія лигатуръ культа должна быть совершенно суха, кровоточащіе пункты брюшиннаго лоскута должны быть отдѣльно перевязаны. Въ заключеніе слѣдуетъ покрыть культи брюшиннымъ лоскутомъ, причемъ сперва середина лоскута перетягивается швомъ на заднюю стѣнку матки. Захваченная второй лигатурой широкой связки круглая связка пришивается подъ брюшиннымъ лоскутомъ къ маточной культѣ, между тѣмъ какъ перевязанная и выжженная *Paquelin*'омъ труба остается внѣ покровнаго перитонеальнаго шва. Всѣ перевязки и швы выполняются кумоловымъ катгуттомъ *Krönig*'а.

Съ этимъ способомъ *Zweifel* получилъ на 185 міомэктомій смертность въ 2,7%, въ 1892—1898 гг. смертность уменьшилась на 1,5%, и, наконецъ, онъ отмѣчаетъ непрерывную серію въ 81 операцію безъ смертельнаго случая.

Надвлагалищная ампутація съ внутрибрюшиннымъ уходомъ за ножкой дала въ 2025 случаяхъ отечественныхъ и заграничныхъ операторовъ 175=8,64%, съ забрюшиннымъ уходомъ за ножкой на 893 случая 61=6,81% смертности.

2. Брюшная полная экстирпация, *Panhysteromyomectomy*.

Если вспомнить, какія трудности представлялъ уходъ за цервикальной культей при міомэктоміи, какъ десятки лѣтъ трудились надъ изобрѣтеніемъ методовъ, которые не подвергали бы опасности

жизни, то непонятнымъ кажется, почему не встрѣтило тогда одобренія сдѣланное въ 1881 г. *Bardenheuer*'омъ предложеніе экстирпировать заодно и шейку. При полномъ удаленіи матки отпадаетъ, конечно, всякій уходъ за ножкой. Вѣроятно, падающіе на то время неблагоприятные опыты съ *Freund*'овской полной экстирпаціей раковой матки *per laparotomiam* были основаніемъ того, что *panhysteromyometomia abdominalis* такъ долго не находила сторонниковъ. Не хватало, очевидно, смѣлости для того, чтобы сдѣлать пробу; если бы проба была сдѣлана, притомъ точно по указаніямъ *Bardenheuer*'а, тогда не только полная экстирпація нашла бы больше сочувствія, но и не было бы тогда столь многихъ испытаній и видоизмѣненій ухода за ножкой, ибо лучшій уходъ за культей шейки есть полное ея удаленіе.

Bardenheuer оперировалъ такъ же, какъ и *Freund* въ 1878 г., въ положеніи съ приподнятымъ тазомъ, «дабы свѣтъ падалъ въ тазовую полость и въ то же время для удержанія кишечныхъ петель въ верхней половинѣ таза». Для абдоминальной полной экстирпаціи этотъ пунктъ имѣетъ огромное значеніе, такъ какъ при общепринятомъ тогда продольномъ положеніи или *Péan-Martin*'овскомъ положеніи съ отвисающими ногами самая трудная часть операціи, отдѣленіе шейки, несравненно кропотливѣе, отнимаетъ больше времени, сопровождается большей кровопотерей, притомъ и кишечникъ, съ эвентраціей или безъ оной, гораздо больше страдаетъ. Впрочемъ, оперированіе въ положеніи съ возвышеннымъ тазомъ получило распространеніе лишь 10 годами позже, послѣ того какъ оно было горячо рекомендовано *Trendelenburg*'омъ, по имени котораго это положеніе въ настоящее время и называется.

Замѣчательно, что *Bardenheuer* тогда почти не отклонялся отъ техники, принятой въ настоящее время, по крайней мѣрѣ въ существенныхъ пунктахъ, за исключеніемъ того, что онъ, какъ поклонникъ дренажа, который онъ рекомендуетъ для всѣхъ операцій въ брюшной полости, дренировалъ и здѣсь каучуковой трубкой тазовую полость по направленію къ влагалищу. Доказательствомъ превосходной техники *Bardenheuer*'овской операціи служить то, что первые 4 случая, сообщенные *Thelen*'омъ, всѣ выздоровѣли. Несмотря на эти, хотя и немногочисленные, но для того времени очень подкупающіе результаты, методъ *Bardenheuer*'а не нашелъ на первыхъ порахъ подражателей. Были опубликованы только отдѣльные случаи, такъ: *Dixon Jones* 1888, *Trendelenburg* 1890 (4 случая), *Stimson*, *Thomas Keith* (2 случая), *Polk* (1 случай), *Boldt* (3 случая), *Chrobak* (17 случаевъ), *Gersuny*.

Только энергичное и повторное выступленіе *Martin*'а въ защиту полной экстирпаціи и его старанія по выработкѣ типической техники и улучшенію результатовъ приобрѣли ей друзей, которые въ дѣвшемся тогда еще спорѣ о внѣ- и внутрибрюшинномъ уходѣ за ножкой послѣдовали совѣту *Martin*'а разрѣшить споръ просто устраненіемъ самого спорнаго объекта, источника всѣхъ затрудненій въ выполненіи операціи, т. е. шейки. Это былъ тотъ же ходъ мысли, который опредѣлилъ переходъ *Bardenheuer*'а отъ внѣбрюшиннаго ухода за ножкой къ полной экстирпаціи; обезпеченный дурными исходами, онъ желалъ обойти неизвѣстность судьбы надвлагалищной ампутаціи, обусловленную гангреней маточной ножки.

Въ настоящее время этотъ вопросъ потерялъ свою остроту. У

операторовъ, которые при надвлагалищной ампутаціи принципиально выкраиваютъ возможно меньшую культю шейки, слѣдовательно, ампутируютъ всегда возможно ниже, существуетъ въ техническомъ отношеніи еле замѣтная разница между этой операціей и полной экстирпаціей матки, какъ это и отмѣтили *Fritsch*, *Hofmeier* и др.

Въ отношеніи безопасности для жизни эти операціи тоже въ настоящее время сравнивались. Существенная разница возникаетъ лишь тогда, если, по совѣту *Zweifel'a*, стремятся сохранить функционирующую слизистую оболочку тѣла матки. Кто придерживается этого принципа, а будущее покажетъ, стоитъ-ли вообще стремиться къ этой цѣли, тотъ, естественно, долженъ отвернуться отъ *panhysteromyomectomy*'и.

Мы рекомендуемъ слѣдующую технику:

Въ Тренделенбурговомъ положеніи брюшная полость вскрывается, при входящихъ до пупка міомахъ *Pfannenstiel'*евскимъ поперечнымъ разрѣзомъ, при болѣе крупныхъ—продольнымъ разрѣзомъ. Выкатываніе опухоли, отщепленіе и перерѣзка широкихъ связокъ до основанія, поперечное отдѣленіе брюшины спереди и сзади совершается точно такъ же, какъ при вышеописанной надвлагалищной ампутаціи. Теперь, если сильно перетянуть тѣло матки надъ симфизомъ кпереди, то влагалищные своды туго напрягаются, и легко удается узкимъ скальпелемъ вскрыть задній сводъ и отдѣлить кругомъ влагалище у самаго наружнаго зѣва.

Если оперируютъ такимъ образомъ и вскрываютъ сперва задній сводъ, который, не соединяясь съ сосѣдними органами, находится прямо подъ брюшиной Дугласова пространства, то не требуется ни вынычиванія пальцемъ ассистента, ни особыхъ инструментовъ, какъ «колокольчатые или желобоватые зонды». Потребность въ подобныхъ пособіяхъ доказываетъ уже ненужное затрудненіе операціи вслѣдствіе недостаточнаго обнаженія органовъ. Здѣсь особенно обнаруживается значеніе Тренделенбургова положенія, точно также, какъ при отслаиваніи пузыря, который послѣ разъединенія брюшины почти самъ собою ускользаетъ и во всякомъ случаѣ легко можетъ быть сдвинуть компрессикомъ, что впрочемъ, какъ и при влагалищномъ методѣ, не требуется на большомъ протяженіи, если не собираются экстирпировать также значительную часть передней влагалищной стѣнки.

Цѣлесообразно вскрывать задній сводъ небольшимъ продольнымъ разрѣзомъ, который можетъ начинаться на задней стѣнкѣ шейки, слѣдовательно еще въ области матки, такъ какъ пораненіе послѣдней не имѣетъ значенія; тогда совершенно не рискуютъ попасть въ прямую кишку, которая прикрѣпляется ниже и которая слишкомъ глубокимъ поперечнымъ разрѣзомъ можетъ быть иногда захвачена. Разъ имѣется отверстіе во влагалищѣ, тогда видимая и легко ощупываемая сверху влагалищная часть служитъ путеводной нитью для ножа.

Для отыскиванія свода, обнаженія и отдѣленія *portio vag.* отъ влагалища и пузыря, довольно рационально предложеніе *Krönig'a* приимѣнить вышеописанное при влагалищной полной экстирпаціи срединное расщепленіе матки также и для брюшной полной экстирпаціи.

Способъ *Krönig'a* слѣдующій: какъ первый актъ операціи въ Тренделенбурговомъ положеніи матка, сильно оттянутая впередъ и

вверхъ черезъ симфизъ, разсѣкается по задней своей стѣнкѣ крѣпкимъ взмахомъ ножа, пока брюшная полость не вскрыта. Кровотеченія нечего опасаться, такъ какъ разрѣзъ можно во всякое время захватить зажимными щипцами. Впрочемъ, ничто не мѣшаетъ при очень обильной васкуляризаціи опухоли предварительно перевязать широкія связки и перерѣзать. Теперь прямыми, крѣпкими ножницами, одна вѣтвь которыхъ вводится въ маточную полость, разрѣзываютъ, придерживаясь средней линіи, нижнюю часть тѣла матки и всю шейку до задняго свода. При растягиванія краевъ маточнаго разрѣза хорошо обнажаются цервикальный каналъ, передняя губа и верхняя часть влагалищной трубки; поперечными ударами ножницъ отрѣзаютъ заднюю влагалищную стѣнку у самой губы, отчего отверстіе увеличивается и операціонная область становится доступнѣе. Затѣмъ разсѣкаютъ ножомъ переднюю маточную стѣнку, причемъ нечего опасаться надрѣзать пузырь, если работать осторожно и шагъ за шагомъ, улавливая моментъ, когда попадаютъ въ рыхлую клетчатку между пузыремъ и шейкой. Захватывая переднюю стѣнку расщепленной матки крючковатыми щипцами, можно послѣднюю легко растянуть, причемъ пузырь самъ отходитъ или сдвигается съ помощью компрессика. Послѣ того какъ передняя влагалищная стѣнка отдѣлена непосредственно у наружнаго зѣва, остается еще обезпечить а. uterina, наложивъ съ обѣихъ сторонъ зажимъ по возможности у самой матки. Побочныя пораненія пузыря и мочеточниковъ могутъ быть легко и надежно избѣгнуты при этомъ методѣ.

Какъ бы ни производили отдѣленіе шейки, въ каждомъ случаѣ, на что уже указали *Thelen-Bardenheuer*, эта процедура очень облегчается тѣмъ, что можно при отдѣленіи опухоли держаться матки вплотную, чѣмъ надежно и просто предупреждаются, по крайней мѣрѣ въ типическихъ случаяхъ, случайныя пораненія пузыря, мочеточника и прямой кишки. Этимъ существенно отличается полная экстирпація при міомѣ отъ той же операціи при карциномѣ, гдѣ приходится держаться возможно дальше отъ матки и удалять, сколько возможно, отъ влагалища. Насколько фундаментально это различіе для исхода, ибо всякое побочное пораненіе подвергаетъ риску излеченіе, настолько же оно важно для техники. Кто набилъ себѣ руку на расширенной брюшной операціи карциномы, тотъ съ чрезвычайнымъ удовольствіемъ ощущаетъ указанное облегченіе при операціи міомы и потому не встрѣчаетъ въ ней никакихъ затрудненій.

Конецъ операціи, послѣ отрѣзанія матки, выполняется весьма различно. Мы считаемъ за лучшее, если въ гладкихъ случаяхъ, послѣ перевязки и тщательной остановки кровотечения, влагалищныя стѣнки сшиваются съ брюшиной, такъ что передняя стѣнка соединяется съ брюшиной пузыря, а задняя съ брюшиной Дугласова пространства. Наконецъ брюшина закрывается линейнымъ швомъ. Если это удастся безъ образованія кармановъ, которые только тогда могутъ возникнуть, когда пришлось вылущать міомы изъ тазовой клетчатки, то дренажъ по меньшей мѣрѣ излишенъ; точно также здѣсь нѣтъ надобности въ открытомъ уходѣ за влагалищной раной или тазовой полостью. Полное, чистое закрытіе брюшной полости и влагалищныхъ стѣнокъ даетъ при абсолютной остановкѣ кровотечения наилучшее заживленіе. Преимущество полной

экстирпации предъ надвлагалищной ампутаціей именно и заключается въ томъ, что не оставляютъ никакой культи съ нарушеннымъ питаніемъ или могущей дать поводъ къ секретіи. Въ заключеніе остается обращеннымъ къ брюшной полости линейный перитонеальный шовъ, который накладывается лучше всего тонкимъ кэтгутомъ, въ видѣ непрерывнаго или узловатаго шва, но безъ пробѣловъ.

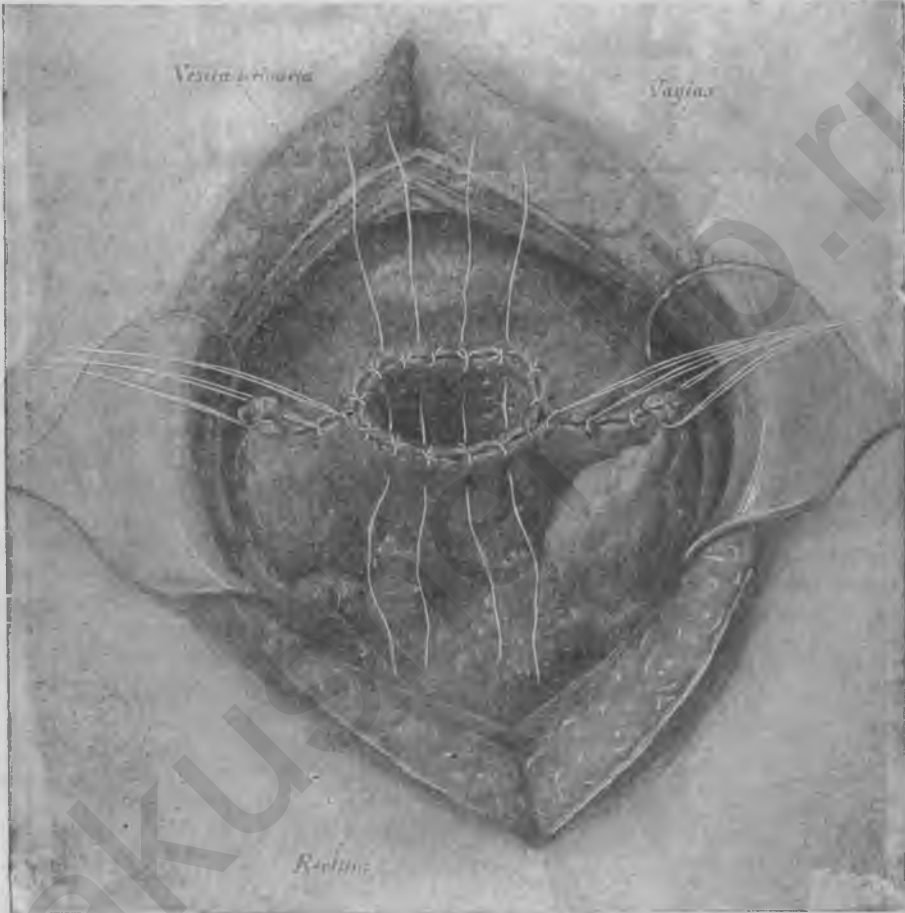


Рис. 147. Panhysteromyomektomia abdominalis.
Сливаніе влагалищныхъ стѣнокъ и брюшины.

Въ этомъ видѣ — положеніе съ приподнятымъ тазомъ, провизорное отщепленіе хорошими зажимами, отрѣзаніе параметрія у самой шейки и отсѣченіе матки непосредственно у наружнаго зѣва, е.ъ съ срединнымъ расщепленіемъ — полная экстирпация міомы per laparotomiam представляется нетрудной, наглядной, ясной операціей. Продолжительность ея ограничивается 15—30 минутами, съ зашитіемъ брюшной раны включительно. Кто оперируетъ по часамъ и придаетъ значеніе быстротѣ, можетъ ее кончить еще скорѣе. Это стоитъ упомянуть, потому что *Chrobak* забросилъ полную экстирпацию

именно изъ-за большей ея продолжительности по сравненію съ яд-
влагалищной ампутаціей. И въ этомъ отношеніи эта операція міомы



Рис. 148. Panhysteromyektomia Doyen'a.
Начало операціи посредствомъ вскрытія задняго свода, выпячиваемаго со
стороны влагалища корнцангомъ.

может соперничать съ другими; по сравненію съ болѣе или менѣе консервативными операціями, она типична и представляетъ гораздо болѣе простыя условія для заживленія. Служить-ли преслѣдуемый



Рис. 149. Panhysteromyektomia Doyen'a.
Влагалищная часть извлечена черезъ отверстіе въ заднемъ сводѣ и отдѣляется круговымъ разрѣзомъ.

при этомъ радикализмъ нѣ пользу или во вредъ больной, это покажутъ дальнѣйшія наблюденія, впрочемъ, этотъ вопросъ будетъ нами разобранъ въ особой главѣ.

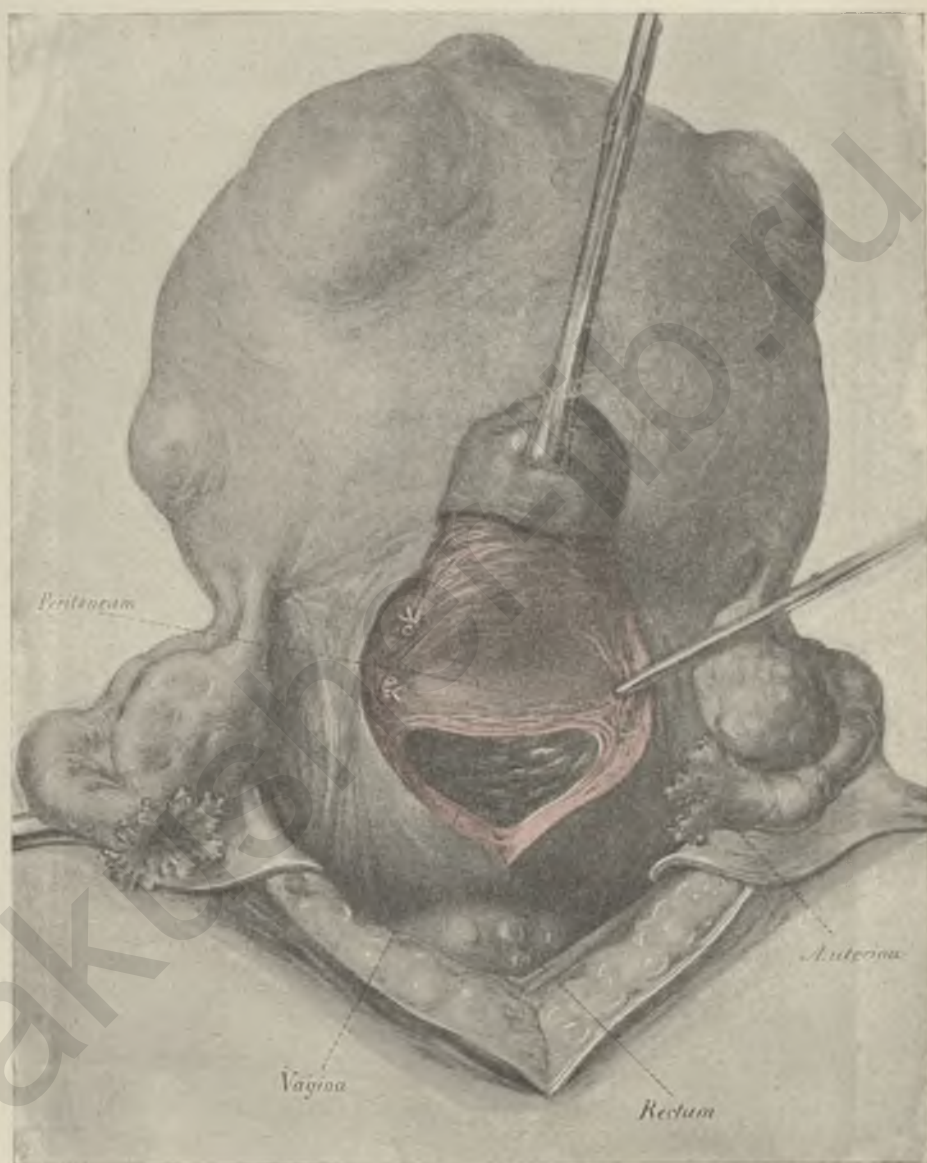


Рис. 150. Panhysteromyomektomia Doyen'a.

Влагалищная часть съильнымъ потягиваніемъ высвобождается изъ ея соединеній.

Изъ различныхъ методовъ, которые были придуманы для брюшной panhysteromyomectom'и, требуетъ упоминанія двухактная операція, которую впервые примѣнилъ *Martin*, а затѣмъ также повременамъ производили *Péan*, *Fritsch*, *Goullioud*, *Rouffart*, *Chaput*, *Delas*

sus, Stinson, Döderlein, Schauta. При этомъ либо сперва дѣлали над-
влагалищную ампутацию *per laparotomiam* и затѣмъ удаляли шейч-
ную культю *per vaginam*, либо, наоборотъ, начинали операцію со

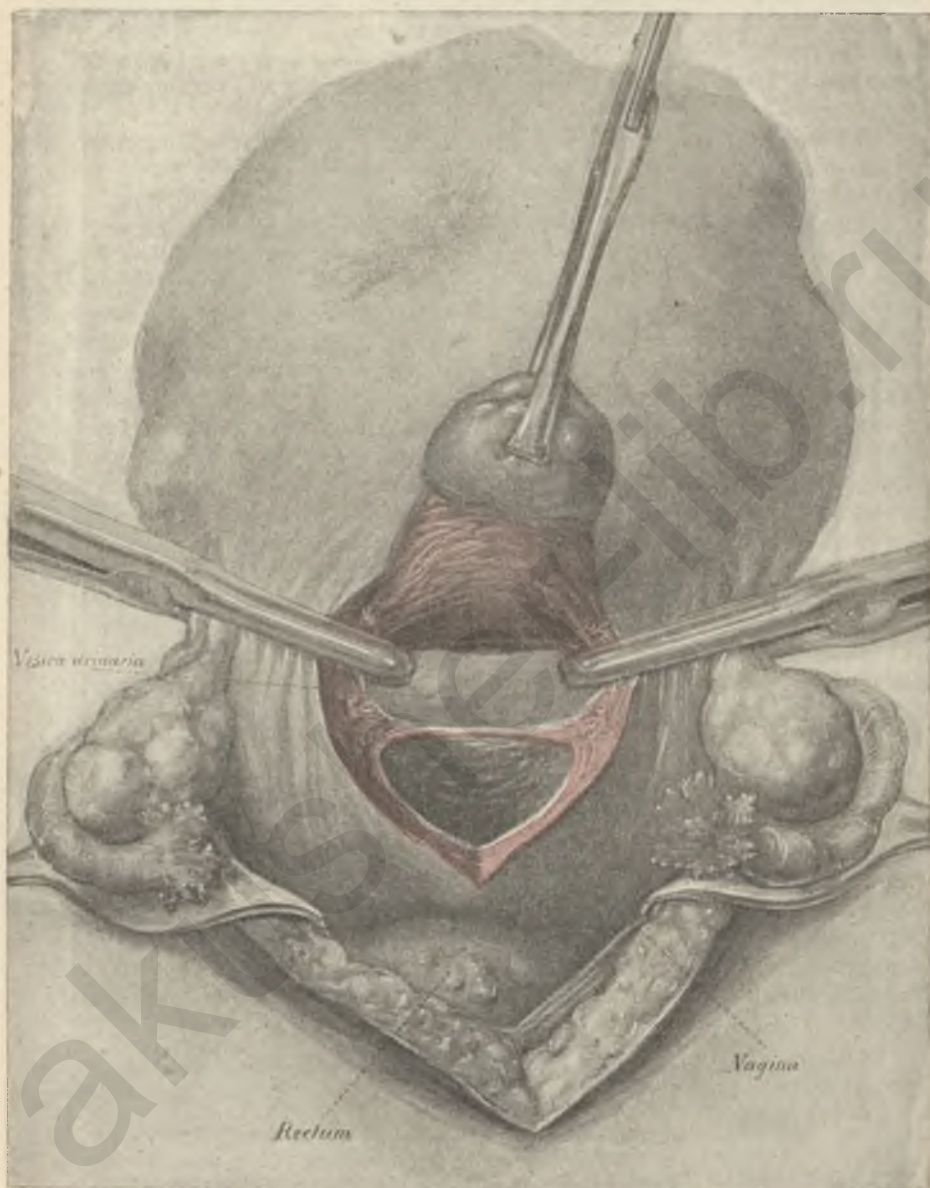


Рис. 151. Panhysterомыоэктомія *Doyen*'а.

Пузырно-маточная складка вскрыта. Широкия связки захвачены зажимами.

стороны влагалища и послѣ перевязки или отщепленія параметрія кончали чревосѣченіемъ.

Основаніе для подобнаго образа дѣйствій надо искать въ трудностяхъ, съ которыми сопряжено высвобожденіе шейки путемъ чре-

восвѣщенія. Мы возвращаемся при этомъ снова къ *punctum saliens*, положенію больной. Съ тѣхъ поръ какъ мы также при операціи міомы совершенно перешли къ Тренделенбургову положенію, мы не испытываемъ болѣе никакихъ затрудненій, каковыя дѣйствительно встрѣчались при положеніи по *Péan-Martin'u*. Съ тѣхъ поръ для насъ стала излишней двухмоментная операція, которая, разумѣется, уже изъ-за перекладыванія больной связана съ извѣстной потерей времени.

Оригинальнымъ методомъ мы обязаны *Doyen'u*: положеніе съ приподнятымъ тазомъ; послѣ выкатыванія опухоли матка сильно оттягивается съ помощью штопора впередъ черезъ симфизъ, такъ что задній сводъ туго напрягается. Экстирпація начинается съ вскрытія задняго свода продольнымъ разрѣзомъ, причемъ изогнутымъ корнцангомъ со стороны влагалища самый глубокий пунктъ свода отбѣсняется кверху. Палецъ оператора идетъ черезъ отверстіе во влагалище, отыскиваетъ *portio vag.* и зацѣпляетъ ее особой конструкціи крючковатыми щипцами. Теперь влагалищная часть вытягивается черезъ отверстіе вверхъ, такъ что обнаруживаются туго натянутыя влагалищныя стѣнки, которыя и могутъ быть отдѣлены круговымъ разрѣзомъ, какъ при влагалищной полной экстирпаціи. При сильномъ потягиваніи за влагалищную часть, она освобождается изъ своихъ соединительнотканныхъ соединеній при содѣйствіи поверхностныхъ ударовъ ножницъ. Кровоточащіе сосуды захватываются отдѣльно и перевязываются. Когда пузырь отслоенъ и вскрыта пузырно-маточная складка, то матка виситъ только на широкихъ связкахъ, которыя всякій можетъ обработать по своему перевязкой въ нѣсколько пучковъ, зажимами, ангиотрипторомъ или изолированной перевязкой. *Doyen* захватываетъ ткань при разрѣзаніи между пальцами и перевязываетъ отдѣльные сосуды. Закрытіе влагалища и брюшины катгутовымъ швомъ. *Doyen'*овская операція довольно наглядная. Необходимое условіе только, чтобы широкія связки были настолько растяжимы, чтобы допускали перетягиваніе тѣла матки черезъ симфизъ и тѣмъ дѣлали доступнымъ задній сводъ; въ противномъ случаѣ мы предпочитаемъ перевязку широкихъ связокъ какъ первый актъ операціи. Когда вслѣдствіе атипическаго положенія міомъ, межсвязочнаго развитія или сращеній ориентированіе затруднено, тогда намъ оказывало особенныя услуги предварительное отысканіе и обнаженіе влагалищной части по *Doyen'u*, которая тогда служитъ хорошей путеводною нитью въ операціонномъ планѣ.

Общая статистика брюшныхъ *panhysteromysectomii* даетъ въ настоящее время на 1668 случаевъ отечественныхъ и заграничныхъ операторовъ 148 смертельныхъ исходовъ = 8,27% смертности.

Атипическія операціи вслѣдствіе необычнаго мѣсто-положенія міомъ. (Шеечныя міомы или межсвязочное развитіе).

Общимъ условіемъ для описанныхъ до сихъ поръ операцій міомы было то, что міомы такъ заложены въ матку, что превращаютъ ея тѣло въ болѣе или менѣе объемистую опухоль, которая къ шейкѣ служивается, такъ что послѣдняя представляетъ какъ-бы ножку опухоли. Хотя это и правило, но бываютъ и многообразныя

отклоненія отъ этой формы, которыя обусловливаютъ, конечно, и измѣненіе операціоннаго плана. Нельзя дать указаній для всѣхъ подобныхъ случаевъ, но кое-что можно намѣтить.

Къ совершенно атипическимъ операціямъ даютъ поводъ на первомъ планѣ шеечныя или подбрюшинныя, параметральныя или межсвязочныя міомы, которыя, смѣщая брюшину и сосѣдніе органы, пузырь, прямую кишку, мочеточники, могутъ представить большія затрудненія для ихъ удаленія. Благодаря своей неподвижности, подобныя опухоли легко ущемляются, вызываютъ осложненія, какъ *ischuria*, прижатіе мочеточниковъ съ застоємъ мочи въ почкѣ, *cystitis*, *ureteritis*, *hydro-pyelonephrosis*, прижатіе прямой кишки, и тогда даютъ жизненныя показанія. Если такія паціентки, какъ это легкитъ въ натурѣ болѣзни, уже очень истощены, то въ виду огромныхъ техническихъ трудностей подобной операціи, операторъ стоитъ предъ весьма каверзной задачей. Тутъ большею частью можетъ подниматься вопросъ только о чревосѣченіи, такъ какъ только полная доступность зрѣнію операціонной области можетъ оградить здѣсь отъ побочныхъ пораненій. Къ этому понуждаетъ также необходимость зачастую справляться съ очень значительными кровотечениями, такъ какъ предупредительныя мѣры кровоостанавливанія невыполнимы. Даже поклонники надвлагалищной ампутаціи признають, что здѣсь полная экстирпація вступаетъ въ свои права, и мы а priori отдаемъ ей предпочтеніе еще и потому, что она, какъ уже указалъ *Bardenheuer* 25 лѣтъ тому назадъ, открываетъ наилучшій путь для могущаго понадобится дренажа большихъ раневыхъ полостей.

Относительно техники подобныхъ операцій мы рекомендовали бы слѣдующее: по вскрытіи брюшной полости надо сперва разобраться въ топографіи опухолей, особенно что касается ихъ отношенія къ сосѣднимъ органамъ, пузырю, прямой кишкѣ, мочеточникамъ, чтобы на основаніи этого начертать планъ операціи. При этомъ надо въ особенности выяснитъ отношенія опухоли къ мочевому пузырю и сращенія съ нимъ; иногда пузырь далеко перетянуть на переднюю и боковую поверхность опухоли, а это происходитъ оттого, что опухоль, находясь въ нижней части передней маточной стѣнки или въ шейкѣ, растетъ подбрюшинно по направленію къ пузырю и оттѣсняетъ его далеко вверхъ. Благодаря этому мочеточники могутъ быть настолько смѣщены, что безъ предварительной оріентировки ихъ можно нечаянно перерѣзать на совершенно необычномъ мѣстѣ. Граница пузыря не всегда легко опредѣляется. Цѣлесообразно это дѣлать при полномъ, т. е. специально для этого искусственно наполненномъ пузырьѣ. Во избѣжаніе недоразумѣнія прибавимъ, что предъ всякой лапаротоміей надо принципиально катетеризовать, дабы при разрѣзѣ брюшной стѣнки не попасть въ наполненный и поэтому высоко стоящій пузырь. Если затѣмъ отысканіе границы атипически лежащаго пузыря доставляетъ затрудненія, тогда его наполняютъ 300 грм. 3% раствора борной кислоты. Весьма цѣлесообразнымъ мы нашли также (*Döderlein*) освѣтить наполненный такимъ образомъ пузырь помощью введеннаго цистоскопа. На 1—2 поперечныхъ пальца выше границы пузыря дѣлается мѣтка съ помощью поверхностнаго, разсѣкающаго брюшину, поперечнаго разрѣза черезъ переднюю стѣнку матки. Крупные сосуды, которые столь часто видѣются на опухоляхъ, должны быть при этомъ избѣгаемы. Большею

частью, однако, не рационально начинать тотчас отслаивание пузыря, а лучше приступать къ этому послѣ высвобожденія опухоли изъ ея ложа въ тазу; это выгоднѣе не только въ томъ отношеніи, что кровотоечение меньше, но иногда можно также снизу или сбоку напасть на легче отдѣляемые тканевые слои, нежели сверху, гдѣ такіе вытянутые пузыри могутъ быть настолько тонкостѣнны, что они рвутся при захватываніи и самомъ легкомъ потягиваніи; если же отдѣляютъ на этомъ слабѣйшемъ мѣстѣ подъ конецъ, то это обыкновенно легче дѣлается.

Если можно сбоку между опухолью и тазовой стѣнкой добраться до сѣменныхъ сосудовъ, тогда рекомендуется во всякомъ случаѣ начинать операцию съ ихъ отщемленія или перевязки. Вообще и въ дальнѣйшемъ теченіи операциі вездѣ, гдѣ встрѣчаютъ приводящіе сосуды, надо ихъ обезпечить отъ кровотечения. Мы предпочитаемъ и здѣсь работать сперва зажимами, дабы по возможности скоро и безкровно вынуть опухоль; зачастую лежатъ тогда 20 и болѣе зажимовъ, которые потомъ замѣняются лигатурами. Но послѣднее надо начинать лишь тогда, когда съ удаленіемъ опухоли стало больше пространства и свѣта въ операционной области; тогда кровоостанавливаніе выполняется часто поразительно легко. Если въ глубинѣ, на тазовомъ днѣ замѣна зажимовъ перевязкой оказывается затруднительной, тогда можно помочь себѣ тѣмъ, что накладываютъ со стороны влагалища зажимы à demeure, чѣмъ также сберегается много времени. Надо дѣлать все, чтобы облегчить себѣ кровоостанавливаніе, но вмѣстѣ съ тѣмъ очень акуратно его выполнить. Это зачастую трудная работа, такъ какъ тутъ получаютъ большія раневыя полости съ богатой васкуляризацией стѣнокъ. И здѣсь положеніе съ сильно приподнятымъ тазомъ наполовину облегчаетъ работу.

При брюшинномъ развитіи опухоль иногда расправляетъ mesocolon кишки; послѣдняя тогда находится въ самомъ тѣсномъ соединеніи съ опухолью. слѣдуетъ всѣмъ ея угламъ, и надо очень осторожно и съ большимъ трудомъ выпрепарировать ее отсюда. При этомъ надо твердо придерживаться правила не отдѣлять внутри самой кишечной стѣнки, напр., muscularis, по которой и можно распознать кишку, особенно прямую. Если не находятъ соединительно-тканыхъ слоевъ между кишкой и опухолью, то лучше кое-что оставить отъ стѣнки опухоли, что при доброкачественныхъ міомахъ не влечетъ за собою никакого ущерба. Въ такихъ случаяхъ гинекологу приходится иногда доказать, что онъ владѣетъ всей техникой клинической хирургіи, отъ простаго шва до резекціи кусковъ въ нѣсколько метровъ, энтероанастомоза, примѣненія пуговки *Murphy* и т. д.

Мы считаемъ очень важнымъ совѣтъ производить вылуциваніе такихъ опухолей изъ тазовой клѣтчатки внутри самой капсулы міомы. Надо, слѣдовательно, вылуцивать всегда міому изъ ея капсулы, а не вмѣстѣ съ капсулой изъ клѣтчатки. Выгода ясна: между міомой и капсулой нѣтъ ни пузыря, ни кишечка, ни большихъ принадлежащихъ тѣлу, сосудовъ; къ тому же вылуциваніе изъ капсулы идетъ несомнѣнно легче. Начинаютъ съ поперечнаго разрѣза опухоли, пока не доберутся до выпячивающихся міоматозныхъ массъ, вводятъ указательный палецъ между капсулой и міомой и отдѣляютъ кругомъ, захватывая все время несущую большіе сосуды опухолевую стѣнку зажимами. Когда разрѣзъ произведенъ кругомъ, опухоль извлекается изъ ея ложа съ помощью глубоко задвинутой руки и

при потягиваніи щипцами и штопоромъ кверху. Глубоко внизу сидящіе сосуды захватываются зажимами. Когда опухоль наконецъ удалена посредствомъ отдѣленія влагалища и кровотечение остановлено зажимами, слѣдуетъ ревизія пузыря, кишекъ, особенно прямой, и мочеточниковъ, которые приходится особо препаровать, если они сами по себѣ не видны, причемъ не слѣдуетъ, однако, отслаивать ихъ отъ подлежащей ткани, такъ какъ это нарушаетъ ихъ питаніе и можетъ повести къ некрозу.

Въ заключеніе ставшей свободнымъ пузырь сшивается въ сборку и край его брюшины соединяется съ передней влагалищной стѣнкой. Лишь въ видѣ исключенія удается раневое ложе такъ хорошо зашить, чтобы нигдѣ не оставались карманы. Поэтому мы предпочитаемъ въ такихъ случаяхъ отказаться отъ полного закрытія раны и вмѣсто того выполнить полости іодоформной марлей и дренировать черезъ оставленное широко открытымъ влагалище. Этому дренажу, гдѣ это только возможно, должно быть по многимъ основаніямъ отдано предпочтеніе предъ способомъ *Mikulicz*'а дренировать черезъ нижній уголъ брюшной раны. Во-первыхъ, книзу отдѣленіе раны стекаетъ само собою и полностью, во-вторыхъ, въ случаѣ *Mikulicz*'евского дренажа большею частью возникаетъ впослѣдствіи брюшная грыжа, если послѣ удаленія марли на 1—2 день не позаботиться о *prima genio* посредствомъ послѣдовательнаго тщательнаго наложенія этажнаго шва, и, въ-третьихъ, дренажъ *Mikulicz*'а не допускаетъ обособленія остальной брюшной полости. При влагалищномъ же дренажѣ послѣднее достигается тѣмъ, что надъ іодоформной марлей сшиваются перитонеальную крышу, для чего можно притянуть брюшину со всѣхъ сторонъ, гдѣ только возможно располагать ею.

Послѣдовательный уходъ состоитъ въ томъ, что на 1—2-й день р. ор. вытягиваютъ черезъ влагалище іодоформную марлю, состоящую изъ одной непрерывной полосы, и на ея мѣсто вкладываютъ резиновую T-образную трубку, которая отводитъ секреты.

Если самый глубокій пунктъ раневой полости лежитъ еще ниже, нежели влагалищная рана, то можно также наряду съ влагалищемъ дренировать черезъ *sacrum ischio-rectale*. Тогда отыскиваютъ пальцемъ самый низкій пунктъ, выпячиваютъ его возлѣ влагалища наружу, гдѣ около сѣдалищнаго бугра накладываютъ противоотверстіе. Снаружи проводится корнцангъ, и имъ протягивается марля изъ брюшной полости. И здѣсь влагалище остается открытымъ.

Удаленіе *большихъ, гангренозныхъ, изорозно распавшихся опухолей* требуетъ особенной тщательности, во избѣжаніе исходящей изъ опухоли и маточной полости инфекціи.

Мы рекомендуемъ для этого слѣдующія мѣры предосторожности: если, какъ мы это неоднократно видѣли, значительныя массы зловонной, размягченной опухоли отвисаютъ во влагалище и черезъ половую щель, тогда цѣлесообразно удалить сначала отсюда, что возможно, для каковой цѣли просто входятъ рукой и безъ помощи инструментовъ вычищаютъ, сколько возможно, эти мертвыя массы.

Это дѣлается какъ подготовительный актъ къ лапаротоміи либо лицомъ, не участвующимъ въ операціи, либо рукой, защищенной резиновой перчаткой. *Olshausen* рекомендуетъ выполнить маточную полость, послѣ дезинфекціи и обсушки, полосками іодоформной марли и зашить зѣвъ. Когда влагалище такимъ образомъ, опорожнено, производятъ брюшную полную экстирпацію по образцу *Wert-*

heim'овской операціи карциномы, причемъ, какъ и тамъ, слѣдуетъ во всей техникѣ опасно обращать вниманіе на то, чтобы ничего не попало въ брюшную полость изъ опухолевыхъ массъ и секретовъ; отъ всякаго кускованія со стороны брюшной полости надо, разумѣется, отказаться. Освободивъ матку вмѣстѣ съ верхней частью влагалища отъ ихъ соединеній, накладываютъ *Wertheim*'овскій кольчатый зажимъ (см. рис. 160) тотчасъ подъ наружнымъ зѣвомъ на влагалище, такъ что оно вполне и плотно замкнуто. Раньше чѣмъ подъ зажимомъ отрѣзать поперекъ влагалище, послѣднее вычищается субламинамъ и затѣмъ обсушивается, что должно производиться съ щепетильной аккуратностью. Но тогда мы обезпечены, что при перерѣзкѣ не занесемъ нисколько ихора изъ опухоли. Въ заключеніе влагалища и брюшина зашиваются безъ дренажа. Изъ 14 оперированныхъ по этому методу въ Тюбингенской клиникѣ 13 выздоровѣли при быстромъ спаденіи лихорадки, а одна умерла отъ констатированной уже раньше *endocarditis verrucosa*. Насколько плохо было состояніе больныхъ и предсказаніе до операціи, настолько отрадна была переменна съ удаленіемъ очага гніенія.

Внѣбрюшинный уходъ за ножкой по *Hegar*'у, кастрація *Hegar-Battey*'а, перевязка артерій.

Мы излагаемъ вкратцѣ эти неоднородныя операціи вмѣстѣ, ибо, съ одной стороны, онѣ играли важную роль въ развитіи операцій міомы, въ видѣ исключенія примѣняются еще и теперь, съ другой стороны, онѣ бросаютъ интересный свѣтъ на біологическія взаимныя отношенія половыхъ органовъ.

Spencer Wells и *Péan* первые стали помѣщать цервикальную культю внѣбрюшинно. Методъ *Péan*'а состоялъ въ перетяжкѣ культи проволоочной петлей, которая стягивалась застежками (*serre-noeuds*) *Cintra*'а, но петля имѣла тотъ недостатокъ, что не могла слѣдовать за сморщиваніемъ омертвѣвающей культи и такимъ образомъ допускала выскальзываніе кровоточащихъ сосудовъ. Опираясь на методъ *Péan*'а, *Hegar* выработалъ свой способъ, который долгое время былъ господствующимъ. Существенна въ немъ замѣна стальной проволоки введеннымъ *Клебертомъ* въ міомэктомию резиновымъ жгутомъ. Послѣ выведенія опухоли, ориентируются тщательно относительно границъ пузыря, степени напряженія связокъ, отношенія яичниковъ, соединеній опухоли, съ помощью *Kallenbach*'овской шпиковальной иглы проводятъ черезъ шейку двойную эластическую лигатуру, завязываютъ ее по обѣ стороны, по возможности ниже яичниковъ, и надъ нею отрѣзываютъ опухоль поперекъ. Если изъ ножки кровоточитъ, то въ первую борозду отъ перетяжки или подъ нею накладываются еще общая эластическая лигатура. *Peritoneum parietale* соединяется кругомъ ниже лигатуры съ брюшиной культи, такъ что здѣсь получается солидное обособленіе брюшной полости.

Брюшная рана закрывается до самой культи обычнымъ образомъ. Дабы ножка не ускользнула въ брюшную полость, прокалываются на-крестъ черезъ культю выше эластическихъ лигатуръ двѣ крѣпкія ланцетныя иглы, которыя покоятся на ватной подушечкѣ, положенной на брюшную стѣнку. Перевязанная ножка затѣмъ еще уменьшается, причемъ надо, однако, придерживаться извѣстнаго предѣла, дабы она не могла проскользнуть сквозь лигатуру. Вокругъ ножки, въ желобокъ между нею и брюшной стѣнкой совмываютъ

марлю, пропитанную 3% хлористымъ цинкомъ, самую поверхность ножки смазываютъ 10% хлористымъ цинкомъ.

Заживленіе идетъ такимъ образомъ, что кусокъ ткани, лежащій надъ жгутомъ, омертвѣваетъ и вмѣстѣ съ жгутомъ отваливается на 4-й недѣлѣ послѣ операціи; остается гранулирующая воронка, которая спустя 2—3 недѣли закрывается.

Въ связанныхъ съ некрозомъ непріятностяхъ и затяжномъ періодѣ поправленія лежатъ тѣневые стороны этого способа, который только потому долго первенствовалъ предъ другими брюшными операціями міомы, что послѣднія уступали ему въ отношеніи безопасности для жизни. Теперь это измѣнилось, и потому внѣбрюшинный методъ ухода за ножкой не примѣняется болѣе, къ тому же, какъ *Hegar* самъ признаетъ, въ срочшемъ *per secundam* рубцѣ въ послѣдствіи часто появлялись грыжи. Только для экстирпаціи ихорозно распавшихся міомъ или для случаевъ, въ которыхъ операцію надо произвести особенно скоро, *Chrobak* и *Olshausen* еще совѣтуютъ иногда примѣнять, главное ради сбереженія времени, внѣбрюшинный уходъ за ножкой; кто хорошо вработался во внутрибрюшинный методъ или также въ полную экстирпацію, будетъ тратить не больше времени, скорѣе меньше, чѣмъ на внѣбрюшинную операцію, а экстирпація ихорозно распавшихся міомъ по вышеописанному способу несомнѣнно безопаснѣе для жизни, нежели оставленіе иногда уже инфицированной ножки. Въ литературѣ имѣются 1216 случаевъ, отечественныхъ и заграничныхъ, съ 177 летальными исходами = 14,55% смертности.

Hegar'у мы обязаны еще второй операціей, а именно кастраціей, которая предложена имъ для того, чтобы ускорить наступленіе климактеріи и тѣмъ вызвать остановку въ ростѣ фиброидовъ и прекращеніе менструальныхъ кровотеченій.

Послѣ того какъ *Hegar* уже въ іюлѣ 1872 г. произвелъ въ Кенцингенѣ у Фрейбурга въ первый разъ холощеніе женщины, ставшей морфинисткой изъ-за невыносимой оваріальной невралгіи, и приблизительно въ то же время, какъ *Batthey* предпринялъ удаленіе нормально лежащихъ (не въ грыжевомъ мѣшкѣ) яичниковъ, *Hegar* произвелъ въ 1878 г. первую кастрацію по поводу міомы. Нѣсколькими мѣсяцами раньше *Trenholme* сдѣлалъ ту же операцію по такому же показанію и съ тѣмъ же намѣреніемъ.

На съѣздѣ натуралистовъ въ Баденъ-Баденѣ въ 1879 г. *Hegar* докладывалъ о 42 кастраціяхъ, произведенныхъ по различнымъ показаніямъ, между ними 12 по поводу фибромъ матки. Опухоли были не очень велики и никогда не поднимались значительно выше пупка, за исключеніемъ одной женщины съ колоссальной опухолью. Среди этихъ 42 операцій онъ имѣлъ 3 смертныхъ случая отъ септического перитонита; 6 разъ была констатирована менопауза и сморщиваніе опухоли.

Эти первыя данныя *Hegar*'а были въ послѣдствіи подтверждены со многихъ сторонъ, и до послѣдняго времени были операторы, которые, какъ, напр., *Saxinger* въ Тюбингенѣ, предпочитали эту операцію всѣмъ другимъ операціямъ міомы и были довольны достигнутыми результатами. Вполнѣ понятно, что пока настоящія операціи міомы должны были считаться со столь высокой смертностью, кастрація, какъ сравнительно простое и безопасное для жизни вмѣшательство, могла оспаривать у нихъ пальму первенства во всѣхъ

тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ кровотеченія были единственной жалобой больныхъ, а таковыхъ вѣдь большинство.

Если при кастраціи удалялась вся оваріальная ткань, равно какъ и ея отростки въ *lig. ovarii proprium*, тогда можно было съ увѣренностью рассчитывать на прекращеніе кровотеченій и уменьшеніе міомъ. Неудачи въ этомъ отношеніи доказывали неполную кастрацію.

Olshausen собралъ изъ литературы 573 кастраціи по поводу міомы, произведенныя *Hegar* омъ и *Wiedow*, *Kaltenbach*, *Fehling*, *P. Müller*, *Zweifel*, *Howitz*, *Prochownik*, *Schauta*, *Mann*, *Freund*, *Noble*, *Olshausen*, *Werth*, *Hofmeier*, *Leopold*, *Laroyenne* и *Chr. Martin* омъ.

Если онъ насчитываетъ между ними 48 смертныхъ случаевъ, то эта смертность (8,4%) поразительно высока и объясняется развѣ только тѣмъ, что часть этихъ операций относится къ далекому прошлому; съ другой стороны, изъ этого усматриваемъ, что при міомахъ удаленіе яичниковъ сопряжено съ извѣстными затрудненіями и опасностями, зависящими отъ своеобразныхъ топографическихъ условій и въ особенности отъ распредѣленія сосудовъ.

Новѣйшія статистики показываютъ значительно лучшіе результаты. Такъ, *Hermes* даетъ слѣдующія цифры:

<i>Kaltenbach</i>	48 случаевъ съ	2 exitus
<i>Fehling</i>	30 » »	3 »
<i>Wiedow</i>	66 » »	5 »
<i>Leopold</i>	75 » »	6 »
<i>Hofmeier</i>	15 » »	2 »
<i>Olshausen</i>	55 » »	8 »
<i>Freund</i>	23 » »	2 »
<i>Lawson Tait</i>	327 » »	2 »

639 случаевъ съ 30 exitus.

Это даетъ смертность въ 4,6%; въ другой статистикѣ *Träger*'а 1025 случаевъ дали смертность въ 58=5,7%.

Что касается дѣйствія кастраціи на міому и ея припадки, то мы имѣемъ слѣдующія данныя:

Прекращеніе кровотечения наступило:

<i>Fehling-Kaltenbach</i>	въ 78,4% случаевъ
<i>Wiedow-Hegar</i>	» 97 » »
<i>Glävecke-Werth</i>	» 88 » »
<i>Olshausen</i>	» 82 » »
<i>Hofmeier</i>	» 92 » »
<i>Leopold</i>	» 96 » »
<i>Winternitz-Säxinger</i>	» 88 » »

Сморщиваніе фиброида наблюдали:

<i>Fehling-Kaltenbach</i>	въ 97 % случаевъ
<i>Wiedow-Hegar</i>	» 97 » »
<i>Glävecke-Werth</i>	» 90 » »
<i>Winternitz-Säxinger</i>	» 83,3 » »

Такимъ образомъ остаются лишь немногія исключенія, въ которыхъ эффектъ кастраціи на міомы не получался. Однако эти неудачи падаютъ тяжело на вѣсы. *Fehling*, *Prochownik*, *Fritsch*, *Glävecke*, *Leopold* вынуждены были черезъ вѣкоторое время послѣ кастраціи, въ виду дальнѣйшаго роста подслизистыхъ міомъ, произвести еще и радикальную операцію, слѣдовательно, подобныя опухоли лучше принципиально исключить изъ кастраціи. Въ двухъ случаяхъ, кастрирован-

ныхъ *Säxinger*'омъ, *Döderlein*'у пришлось потомъ предпринять полную экстирпацію, въ виду наступившаго кистовиднаго и злокачественнаго перерожденія. *Zweifel* имѣлъ среди 4 случаевъ 3 неудачи, а именно, у одной больной спустя три мѣсяца послѣ кастраціи была самопроизвольно извергнута при истощающихъ кровотеченияхъ міома, величиною съ кулакъ, между тѣмъ какъ двѣ другія женщины погибли вслѣдствіе злокачественнаго перерожденія міомы черезъ 6 и 7 лѣтъ послѣ кастраціи. Подобныя наблюденія, разумѣется, дискредитируютъ операцію, и понятно само собою, что удаленіе больныхъ органовъ самихъ, какъ *Fritsch* замѣчаетъ, а priori болѣе желательно, тѣмъ болѣе, что смертность при радикальной операціи теперь даже ниже, нежели при кастраціи. Къ тому же клиническія изслѣдованія представляютъ значеніе зародышевой железы для внутренней экономики организма въ совершенно новомъ свѣтѣ, такъ что ея сохраненіе гораздо важнѣе для больной и для ея общаго состоянія, нежели сохраненіе матки. Больная теряетъ при кастраціи здоровые органы, за утрату которыхъ она расплачивается болѣзненными (климактерическими) явленіями, и сохраняетъ свою опухоль, имѣя нѣкоторыя, хотя и незначительныя, шансы подвергнуться изъ-за нея въ будущемъ новой операціи или даже погибнуть отъ нея.

Итакъ, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ радикальному удаленію міомъ не стоятъ по пути особенныя затрудненія и опасности, въ видѣ сращеній, ненормальнаго развитія, органическихъ заболѣваній, кастрація неумѣстна; она остается вынужденнымъ пособіемъ для спеціальныхъ случаевъ, какъ, напр., у очень обезкровленныхъ женщинъ съ *myodegeneratio cordis*.

Техника кастраціи очень проста: послѣ вскрытія брюшной полости срединнымъ разрѣзомъ, накладываютъ внутри отъ трубы и ячника у самаго края матки зажимы, начиная сверху книзу, причемъ надо слѣдить, чтобы по ту сторону отъ нихъ въ *lig. ovarii proprium* не оставалась овариальная ткань. Самый наружный зажимъ лежитъ подъ ячникомъ на *lig. infundibulo-pelvicum*. Правильнѣе и проще заодно удалять и трубу. Послѣ снятія зажимовъ и перевязки сосудовъ брюшная полость закрывается.

Исходя изъ той точки зрѣнія, что при кастраціи дѣйствуетъ не столько удаленіе ячниковъ, сколько выключеніе большихъ сосудовъ, питающихъ міому, *Hofmeier* впервые рекомендовалъ перевязку артерій какъ палліативную операцію, опираясь на наблюденіе *Rydygier*, который послѣ перевязки артерій видѣлъ полное исчезновеніе міомы. *F. Martin* оперировалъ такимъ образомъ 14 случаевъ, перевязывая со стороны влагалища всю широкую связку вмѣстѣ съ *a. ovarica*. *Gottschalk* и *Küstner* ограничивались перевязкой тоже со стороны влагалища только обѣихъ *aa. uterinae*. Въ настоящее время въ литературѣ опубликованы всего 49 подобныхъ операцій безъ смертельнаго исхода.

Хотя результаты прославляются операторами, но эти случаи недостаточно убѣдительны и недостаточно долго были подъ наблюдениемъ. Во всякомъ случаѣ по своему дѣйствію перевязка артерій уступаетъ кастраціи; съ другой стороны, операція все-таки слишкомъ серьезна, особенно при перевязкѣ 4 крупныхъ артерій, чтобы она могла оправдываться ненадежнымъ, палліативнымъ результатомъ.

Разграниченіе консервативныхъ и радикальныхъ операцій міомы.

Первичные лечебные результаты различныхъ операцій міомы должны быть въ общемъ названы въ настоящее время удовлетворительными, доказательство того, что ихъ техника послѣ многихъ трудовъ приблизилась къ совершенству. Чѣмъ ближе подвигались къ этой цѣли, тѣмъ больше стали посвящать вниманіе и другимъ, менѣе неотложнымъ, отчасти лишь вновь всплывающимъ вопросамъ, между коими на первый планъ выступаетъ вопросъ о послѣдующемъ состояніи оперированныхъ. Пока этимъ операціямъ была присуща высокая опасность для жизни, приходилось всё стремленія направить на уменьшеніе этой опасности. Теперь, когда это достигнуто, обращаютъ вниманіе и на меньшее зло, которое можетъ наступить въ будущемъ какъ послѣдствіе операціи. Распознаваніе и оцѣнка этихъ дурныхъ послѣдствій сдѣлались предметомъ научныхъ изысканій, въ результатѣ коихъ явилось въ настоящее время болѣе консервативное направленіе въ оперативномъ леченіи міомъ, слѣдуя впрочемъ въ этомъ отношеніи общей тенденціи хирургіи, которая отказывается отъ уродующихъ операцій вездѣ, гдѣ возможно консервативное вмѣшательство. Хотя разграниченіе консервативныхъ и радикальныхъ операцій міомы представляетъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ на первомъ планѣ вопросъ оперативно-технической, который нашелъ подробное обсужденіе при различныхъ типахъ операціи, тѣмъ не менѣе и для этого имѣются извѣстные научные основы и принципы, которые мы здѣсь намѣрены изложить въ общемъ.

Вѣское значеніе получилъ при этомъ дознанный фактъ, что полное удаленіе женскихъ половыхъ органовъ можетъ еще и въ послѣдующей жизни вызвать болѣзненные (климактерическіе) припадки, которые являются въ высшей степени несприятнымъ побочнымъ послѣдствіемъ даже вполне удавшейся операціи міомы. Относительно подробностей отсылаемъ къ сказанному въ общей части о біологическомъ значеніи яичниковъ и матки (см. стр. 131—144).

Слѣдствіемъ всѣхъ этихъ изслѣдованій было то, что при различныхъ гинекологическихъ операціяхъ, въ частности по поводу міомы, стали стремиться къ сохраненію, по крайней мѣрѣ, одного яичника или хотя бы части его.

Zweifel пошелъ еще дальше и, движимый контрольнымъ изслѣдованіемъ *Abel*'я, модифицировалъ свой оперативный методъ при міомахъ въ томъ направленіи, чтобы по возможности оставался кусокъ тѣла матки со слизистой оболочкой, дабы женщина продолжала менструировать и уцѣлѣвшая функція матки сохранила бы яичники отъ атрофіи.

Olshausen не только, подобно *Werth*'у, приходитъ къ заключенію, что надо путемъ особыхъ техническихъ приѣмовъ обезпечить оставшемуся яичнику достаточный притокъ крови, но и требуетъ возвращенія къ энуклеаціи въ широкихъ предѣлахъ.

Если бы консервативныя операціи міомы сравнились съ радикальными какъ въ своихъ первичныхъ, такъ и конечныхъ результатахъ, то у всѣхъ молодыхъ женщинъ консервативныя операціи несомнѣнно могли бы оспаривать пальму первенства. Но *Winter* на основаніи собственныхъ наблюденій и изученія литературы приходитъ къ выводу, что консервативныя операціи даютъ въ настоящее

время худшіе (на 7,5%, resp. 5%) первичные результаты, нежели радикальныя.

Еще важнѣе, нежели эти первичные результаты, которые вѣдь могутъ быть улучшены, другое возраженіе *Winter'a*, что при оставленіи всей матки или даже большей или меньшей части ея угрожаетъ опасность рецидива. Только полная кастрація по *Hegar'у* могла бы оградить отъ этого, но тогда тотчасъ возникаетъ коллизія съ климактерическими явленіями. Само собою разумѣется, что опасность рецидива важнѣе, нежели угроза временными нервными симптомами.

Опасность рецидива обуславливается тѣмъ обстоятельствомъ, что миома лишь рѣдко появляется какъ одиночная опухоль, обычно же матка пронизана множественными миомами самыхъ различныхъ величинъ.

Если разрѣзать по всѣмъ направленіямъ препаратъ миоматозной матки, то находятъ большею частью маленькія и мельчайшія миомы, которыя совершенно ускользаютъ отъ оцупыванія. Послѣ вылуценія при операціи всѣхъ видимыхъ и оцупываемыхъ узловъ неизбежно остаются, какъ-бы основательны ни были поиски, эти скрытые зачатки миомъ, которые, съ удаленіемъ болѣе крупныхъ узловъ, вѣроятно, получаютъ толчокъ къ усиленному росту.

Winter нашелъ въ своемъ матеріалѣ, а равно въ литературѣ слѣдующія данныя относительно рецидивовъ послѣ вылуценія миомъ: на 78 случаевъ влагалищнаго удаленія подслизистыхъ миомъ со стороны полости отмѣчено 9 рецидивовъ; на 18 удаленій подбрюшинныхъ миомъ *per laparotomiam* приходится 2 рецидива и на 13 абдоминальныхъ энуклеацій интерстиціальныхъ миомъ—2 рецидива. *Winter* и *Engström* нашли при своихъ контрольныхъ изслѣдованіяхъ 6 и 8% рецидивовъ.

Всякій подобный случай рецидива обозначаетъ полную неудачу, отъ которой страдаетъ какъ больная, такъ и операторъ. Если при ракъ мы поставлены въ этомъ отношеніи въ невыгодное положеніе, такъ какъ опасность возврата упорно уничтожаетъ наши лечебные результаты, то при миомахъ, гдѣ радикальная экстирпація съ абсолютной вѣрностью ограждаетъ отъ рецидивовъ, неудача особенно чувствительна для насъ, такъ какъ вина ея падаетъ исключительно на оперативный методъ.

Вдобавокъ, какъ нашелъ *Winter*, консервативныя операціи менѣе радикальныхъ имѣютъ послѣдствіемъ освобожденіе отъ наличныхъ страданій.

Между тѣмъ какъ при радикальной операціи миомы только 6% оперированныхъ сохраняютъ свои жалобы, это число при консервативныхъ операціяхъ возрастаетъ до 32%; слѣдовательно, несмотря на серьезное вниманіе, около $\frac{1}{3}$ больныхъ остаются при своихъ страданіяхъ, болѣе того, въ 12 изъ 122 случаевъ наступили потомъ даже новыя жалобы, которыхъ раньше не было.

Мы согласны съ *Winter'омъ*, что нѣтъ основанія отдавать принципиально предпочтеніе консервативной операціи миомы предъ радикальной, такъ какъ достигаемый выигрышъ перевѣшивается недостатками и опасностями.

Что касается консерватизма, направленнаго на сохраненіе способности къ дѣторожденію, то, помимо числа, формы и величины миомъ, надо считаться съ возрастомъ, съ относящимися сюда анам-

нестических данными и съ личными желаніями женщины. Если она, рискуя рецидивомъ, выбираетъ технически выполнимую въ данномъ случаѣ энуклеацію, то операторъ выправѣ слѣдовать этому желанію; но на такіе случаи не часто наталкиваются.

Winter прослѣдилъ за судьбой 214 женщинъ, которыя были оперированы консервативно имъ и его предшественникомъ *Dohrn*'омъ въ Кенигсбергѣ за послѣднія 20 лѣтъ по поводу міомъ, и напелъ, что 7 впослѣдствіи забеременѣли. Изъ литературы онъ собралъ еще 30 случаевъ беременности послѣ консервативной міотоміи, которые доказываютъ, что послѣ подобнаго удаленія міомъ всякаго рода развитія можетъ наступить зачатіе. Но болѣе детальное изученіе этихъ случаевъ показываетъ, что при этомъ рѣчь шла болѣею частью о небольшихъ міомахъ; при міомахъ величиною съ дѣтскую головку позднѣйшая беременность «уже очень рѣдка, при еще большихъ крайне рѣдка».

Исслѣдованія *Winter*'а учатъ, что хотя послѣ консервативной міотоміи дальнѣйшее зачатіе и роды возможны, но только при извѣстныхъ условіяхъ, которыя требуютъ тщательнаго выбора случаевъ, а именно: женщина должна быть моложе 40 лѣтъ, міомы не должны превышать величины дѣтской головки, не должно быть сопутствующихъ рѣзкихъ измѣненій слизистой оболочки и мускулатуры, а также пораженій придатковъ; въ противномъ случаѣ консерватизмъ бесплоденъ.

Дальнѣйшія наблюденія должны еще показать, насколько матка, пронизанная рубцами послѣ энуклеаціи нѣсколькихъ міомъ, можетъ функционировать какъ плодовместилище. *Hegar* и *Baisch* выражаютъ опасеніе, что подобная матка не особенно пригодна для этой цѣли, въ виду опасности разрыва.

Когда эта глава была уже написана и закончена, намъ пришлось пережить въ Тюбингенѣ случай, который, къ сожалѣнію, подтверждаетъ упомянутое опасеніе. Та больная, при операціи которой были сдѣланы художникомъ съ фотографическою точностью рисунки типической, абдоминальной энуклеаціи (рис. 136—140), поступила спустя 16 мѣсяцевъ въ клинику въ отчаянномъ состояніи. Черезъ 6 мѣсяцевъ послѣ консервативной операціи міомы она забеременѣла и доносила живого ребенка до нормальнаго конца беременности. До тѣхъ поръ, слѣдовательно, успѣхъ нашей операціи былъ полный. Послѣ долгихъ родовъ призванный врачъ извлекъ выходными щипцами мертваго младенца, который погибъ уже за нѣсколько часовъ предъ тѣмъ. Такъ какъ пріемъ *Credé* былъ безуспѣшно испробованъ спустя часъ, то пришлось приступить къ ручному отдѣленію плаценты, причемъ врачъ констатировалъ въ днѣ матки проходимую для нѣсколькихъ пальцевъ дыру, черезъ которую торчала пуповина, послѣдъ же выступилъ въ брюшную полость. Въ такомъ видѣ больная попала въ клинику. Немедленно сдѣланное чрезосѣченіе подтвердило показаніе врача,—кромѣ плаценты, въ брюшной полости находилось большое количество жидкой крови. Была произведена брюшная экстирпація изображенной на рис. 152 матки, брюшная полость вычищена посредствомъ обильнаго промыванія стерильнымъ растворомъ поваренной соли. Пациентка имѣла счастье и выздоровѣла, перенесши самопроизвольный разрывъ дна матки въ рубцѣ, возникшій, вѣроятно, уже наканунѣ операціи наложенія щипцовъ, и лишь спустя 30 часовъ послѣ этого *extirpatio uteri*. Нашъ кон-

серватизмъ могъ ей стоить жизни именно потому, что онъ имѣлъ успѣхъ.

Такимъ образомъ, перечисленныя выше различныя причины дѣлають сохраненіе способности дѣторожденія осуществимымъ лишь въ меньшинствѣ случаевъ; гораздо чаще побуждаетъ къ консерватизму при операцияхъ міомы желаніе предупредить климактерическія явленія. На этомъ основано не только облюбованное особенно *Olshausen*'омъ показаніе къ энуклеаціи, но и выработанная *Zweifel*'емъ резекція матки, которая хотя и уничтожаетъ производительную способность, зато даетъ большую гарантію отъ рецидива и все-таки сохраняетъ овуляцію и менструацію.

Несомнѣнно, что среди больныхъ міомой есть большое число женщинъ, у которыхъ сохраненіе менструаціи, а съ этимъ и предупрежденіе климактерическихъ явленій само по себѣ было бы технически выполнимо и съ клинической точки зрѣнія желательно. Но и здѣсь въ пользу болѣе безопасныхъ въ общемъ и надежнѣе устраняющихъ



Рис. 152. Разрывъ дна матки, возникшій при роженіи доношеннаго младенца въ рубцѣ, оставшемся послѣ энуклеаціи міомы. Препаратъ взятъ отъ того же случая, что и рис. 136—140.

всѣ страданія радикальныхъ операций говоритъ то, что угасаніе менструаціи и наступленіе климактерическаго покоя половой сферы у большинства этихъ женщинъ не только предстоить въ близкомъ будущемъ, но даже желательно. Прежде всего надо принять во вниманіе, что большинство больныхъ міомой рѣшаются подвергнуться тяжелой операциіи изъ-за кровотеченій; именно обѣщаніе, что онѣ потомъ не будутъ больше кровоточить, служитъ имъ главнымъ утѣшеніемъ, между тѣмъ какъ возвращеніе менструаціи наполняетъ ихъ ужасомъ. Прекращеніе регулъ и болѣзненные симптомы переходнаго періода представляютъ для женщинъ болѣе зрѣлаго возраста хорошо знакомое физиологическое явленіе, такъ какъ яичникъ и матка тогда и сами по себѣ прекращають свою дѣятельность.

Въ доказательство того, что большинство больныхъ міомой попадаютъ на операцію въ тотъ періодъ жизни, когда *paris generationis*

и gestationis уже отслужили и приближаются къ физиологическому покою, мы ссылаемся на изображенную на рис. 121 кривую возраста 400 оперированныхъ въ Тюбингенской клиникѣ.

Четвертая часть этихъ женщинъ были въ возрастѣ ниже 40 лѣтъ, только трое были въ юношескомъ возрастѣ 16—21 лѣтъ, когда міома принадлежитъ къ большимъ рѣдкостямъ, 6—между 26 и 30 годами, 25 женщинъ между 31 и 35 г. и 60—между 35 и 40 г. Другая четверть относилась къ первой половинѣ 5-го десятка лѣтъ. Если принять 45-й годъ за обычный предѣлъ половой дѣятельности, то половина міотомированныхъ нами женщинъ перевалила за этотъ предѣлъ, такъ что у нихъ удаленіе матки и яичниковъ вызвало только то измѣненіе, которое ожидалось и физиологическимъ образомъ. Другая четверть была близка къ этому періоду, такъ что у нихъ едва-ли можно говорить о klimax praesens, и только четвертая часть всѣхъ была въ такомъ возрастѣ, который могъ бы оправдывать болѣе частое примѣненіе консервативной операціи.

Ракъ матки.

Установленный вѣ всякихъ сомнѣній фактъ, что своевременнымъ удаленіемъ раковой матки мы можемъ часть этихъ больныхъ вылечить не только временно, но и навсегда, представляетъ одинъ изъ величайшихъ триумфовъ, завоеванныхъ оперативнымъ искусствомъ. Достиженіе этой цѣли было суждено лишь послѣднимъ десятилѣтіямъ протекшаго вѣка. До сихъ поръ никакимъ другимъ способомъ не удается бороться съ карциномой матки, и пока намъ ничего неизвѣстно о причинѣ возникновенія рака, мало надежды, чтобы удалось найти противъ него специфическое лечебное средство. Рентгеновскіе лучи, успѣшно примѣненные при кожныхъ ракахъ *Pertthes'омъ*, *v. Bruns'омъ*, *Lassar'омъ*, *Mertens'омъ* и др., а также мѣстно прилагаемые въ маленькихъ трубочкахъ катодные лучи по *Strebel'ю*, были тщетно испробованы, по крайней мѣрѣ до сихъ поръ, при карциномѣ матки; точно также безуспѣшными оказались опыты съ радіемъ.

Такимъ образомъ въ настоящее время въ борьбѣ съ карциномой матки дѣятельность хирурга, столь трудная и, къ сожалѣнію, также опасная въ этой области, господствуетъ вѣ конкуренціи, она одна призвана спастись отъ жестокой участи безъ этого безнадежно потерянныхъ больныхъ. Здѣсь, какъ ни при одномъ другомъ страданіи, существуетъ безпрекословное показаніе къ оперативному вмѣшательству, которому поставлена только преграда тогда, когда технически невозможно отдѣлить больное отъ здороваго.

Исторія развитія операций, придуманныхъ для удаленія рака матки, свидѣтельствуетъ, какъ долго воплѣ правильное стремленіе операторовъ мѣстно ограниченную карциному вырѣзать въ здоровомъ наталкивалось на препятствія, казавшіяся непреодолимыми. Недоступность матки, заложеной въ глубинѣ таза между легко ранимыми и притомъ столь чувствительными органами, какъ пузырь, прямая кишка и мочеточники, ея богатое кровоснабженіе, необходимое при удаленіи ея широкое вскрытіе полости брюшины со столь страшнымъ при этомъ рискомъ зараженія—все это затрудняло всѣ оперативныя попытки. Понадобились тѣ завоеванія, которыя сдѣлала научная медицина во второй половинѣ прошлаго столѣтія, чтобы поставить эту операцію на научную почву и снабдить ее такой техникой, чтобы и она могла дать успѣшные результаты.

Первыя попытки оперативнаго леченія рака матки относятся къ отдаленному прошлому. По сообщенію *Frommel'я*, уже въ сочиненіи *Schenk von Grafenberg'a* отъ 1600 г. упоминается о томъ, что различными хирургами была экстирпирована раковая матка. Но такъ какъ часть этихъ женщинъ впослѣдствіи менструировали и даже рожали,

то эти операціи могли быть только частичнаго характера, и невѣроятно, чтобы тамъ рѣчь шла о карциномѣ. Напротивъ, операція, произведенная *Marschall* емъ въ 1783 г., была частичная ампутація раковой шейки при пролапсѣ матки; точно также *Osiander* въ 1801 г. удалил канкреоидъ матки, находящейся *in situ*. Эта операція *Osiander*'а нашла много подражателей, и отъ нихъ имѣются сообщенія о довольно почтенныхъ результатахъ. *J. Simpson* видѣлъ болѣзную спустя 15 лѣтъ послѣ ампутаціи раковой влагалищной части, она была здорова и за это время родила 5 дѣтей. *Mikschik* сообщаетъ, что оперированная имъ такимъ образомъ больная лишь черезъ 10 лѣтъ послѣ операціи погибла отъ рака желудка. Дальнѣйшіе случаи сообщены *Ziemssen*'омъ, *C. Mayer*'омъ, *Martin*'омъ, *Grünewaldt*'омъ, у ихъ больныхъ не было рецидива еще спустя 17, 5, 10, 12 лѣтъ. Благопріятныя наблюденія опубликовали также *Hegar*, *Scharlau*, *Lisfranc*, *Dupuytren*, *Spiegelberg*, *Köberlé*, *v. Winckel* и др.

Правда, по отношенію къ этимъ сравнительно многочисленнымъ и благопріятнымъ результатамъ частичныхъ операцій изъ прежнихъ временъ могли бы возникнуть сомнѣнія въ правильности диагноза; пусть это небезосновательно для ряда случаевъ, однако позднѣйшія достовѣрныя наблюденія *Schröder*'а, *Hofmeier*'а и *Winter*'а, прослѣженные до послѣдняго времени, показываютъ, что при извѣстныхъ формахъ и раннихъ ступеняхъ развитія рака влагалищной части подобныя ампутаціи, особенно высокія, могутъ дать поразительно высокій процентъ стойкихъ излеченій.

Но такъ какъ эта операція могла примѣняться и давать успѣхъ лишь въ незначительной части случаевъ рака матки, то, аналогично господствующимъ въ хирургіи принципамъ—при карциномахъ другихъ органовъ оперировать по возможности поодаль отъ больной ткани, возникло желаніе и здѣсь увеличить шансы стойкаго излеченія удаленіемъ всего органа.

Первый, который это осуществилъ, былъ *K. M. Langenbeck*, который въ 1813 г. произвелъ удаленіе выпавшей, вѣроятно, также раково-перерожденной матки съ помощью такъ прозваннаго имъ «подбрюшиннаго вылушенія» и съ кровоостанавливаніемъ посредствомъ перевязки сосудовъ. Это вмѣшательство было въ своей сущности самому оператору несовсѣмъ ясно, ибо онъ сообщаетъ, что удалилъ оба яичника, не повреждая брюшины и не вскрывая брюшной полости; между тѣмъ это технически невозможно. Вѣрнѣе, что онъ, какъ и намѣревался, предпринялъ подбрюшинное вылушеніе матки, ибо при сдѣланномъ потомъ вскрытіи оба яичника оказались въ брюшной полости. *Langenbeck* оперировалъ потомъ еще три раза такимъ образомъ.

Первую, несомнѣнно установленную, влагалищную полную экстирпацию лежащей *in situ* раковой матки произвелъ *Sauter* въ Констанцѣ въ 1821 г. Изъ его нагляднаго отчета мы узнаемъ, что, находясь подъ свѣжимъ впечатлѣніемъ ужасной судьбы одной женщины, погибшей отъ рака матки, онъ предложилъ сперва больной оперативное удаленіе матки, но затѣмъ сталъ колебаться «изъ опасенія натолкнуться на непреодолимыя трудности». Лишь тогда, когда больная его упрекнула въ трусости, онъ рѣшилъ дѣйствовать и «вооружившись ножомъ, нѣсколькими парами щипцовъ, трутомъ, корпией и нѣсколькими другими кровоостанавливающими средствами», приступилъ къ своей тяжелой работѣ, съ намѣреніемъ вылущить

матку по *Langenbeck*'у, операція котораго была ему знакома. Такъ какъ это не удалось, то онъ перешелъ къ переходнымъ складкамъ брюшины, причемъ поранилъ пузырь. Онъ вскрылъ брюшную полость, вывелъ матку, зацѣпивъ дно крючкообразно согнутымъ пальцемъ, отрѣзалъ ее отъ связокъ, держась по возможности края матки, не принявъ, однако, никакихъ мѣръ противъ кровоточенія. Въ заключеніе влагалище было выполнено комочками корпіи. Больная выздоровѣла, но осталась съ мочевымъ свищемъ, а спустя 4 недѣли погибла отъ неизвѣстной причины, но безъ рецидива. Мы не можемъ не дивиться храбрости оператора и живучести больной; поразительно, что она не истекла кровью. Хорошо во всякомъ случаѣ, что операція *Sauter*'а съ ея въ высшей степени неудовлетворительной техникой не нашла много подражателей. Историческая справедливость требуетъ для *Sauter*'а приоритета, но вмѣстѣ съ тѣмъ нельзя ему приписать заслугу изобрѣтенія рациональной операціи. Для этого нужны были другія времена и другая техника.

О позднѣйшихъ операціяхъ имѣются сообщенія *Blundell*'я, *Roux*, *G. v. Siebold*'а, *Récamier*, *Delpech*'а, причемъ замѣчательно, что послѣдній оперировалъ комбинированнымъ способомъ, а именно, сперва отдѣлялъ шейку отъ окружающихъ органовъ *per vaginam*, а затѣмъ заканчивалъ экстирпацію *per laparotomiam*. *Jürgensen*, *Gebhardt*, *Daburg*, *Kieter*, *Caselli*, *Fabrizius*, *Coudero*, *Hennig* и *Nöggerath* также сообщаютъ о влагалищныхъ полныхъ экстирпаціяхъ раковой матки. Мы видимъ такимъ образомъ, что вездѣ смѣлые операторы дѣлали попытки радикально лечить ракъ матки посредствомъ экстирпаціи всего органа. Но результаты были такъ неободрительны, что выдающіеся операторы, какъ *Diffenbach*, *Kilian*, *Jörg* и др. отказались отъ столь безрезультатныхъ и чрезвычайно опасныхъ для жизни операцій и предостерегали другихъ.

Начало развитія этой операціи надо отнести собственно къ позднѣйшему времени, когда можно было воспользоваться великими завоеваніями антисептики, какъ необходимымъ залогомъ для успѣха. Неувядаемая слава въ дѣлѣ направленія оперативнаго леченія рака матки на надлежащій путь принадлежитъ *W. A. Freund*'у, который 30 января 1878 г. въ первый разъ удалилъ раковую матку *per laparotomiam* въ положеніи съ приподнятымъ тазомъ, причемъ больная на 19-й день послѣ операціи могла считаться «излеченной, за исключеніемъ небольшого мѣстечка въ нижнемъ углу раны». Полгода спустя въ июнѣ 1878 г. *Freund* могъ уже сообщить о 5 новыхъ операціяхъ съ 3 излеченіями, и на тотъ же мѣсяць падаетъ операція той женщины, которую *Freund* въ 1904 г. демонстрировалъ передъ гинекологической секціей съѣзда естествоиспытателей въ Бреславлѣ, въ доказательство того, что спустя 26 лѣтъ послѣ операціи она еще была жива и свободна отъ рецидива. Стойкое излеченіе этой больной тѣмъ болѣе заслуживаетъ вниманія, что въ свое время установленный въ патологическомъ институтѣ въ Бреславлѣ діагнозъ гласилъ: «*carcinoma tubularae portiois vaginalis* съ изолированной карциномой въ днѣ».

Freund'овская операція была вскорѣ принята многочисленными операторами, но, къ сожалѣнію, первичные результаты ея оказались въ то время настолько неблагоприятными, что энтузіазмъ къ ней быстро остылъ. Появившіеся въ ближайшіе годы отчеты различныхъ авторовъ показывали ужасающую смертность. *Ahlfeld* опубликовалъ

въ 1880 г. статистику всѣхъ извѣстныхъ до тѣхъ поръ случаевъ со смертностью въ 72%, *Kleinwächter* отмѣчаетъ 74%, *Gusserow* собралъ 148 случаевъ *Freund*'овской операціи, изъ нихъ 106 со смертельнымъ исходомъ = 71,6% смертности. Если уже эта ужасающая смертность могла отбить охоту къ дальнѣйшимъ опытамъ съ этой операціей, то тѣмъ болѣе она должна была отступить на задній планъ, когда вскорѣ выступилъ могучій соперникъ ей въ видѣ влагалищной полной экстирпаціи матки, которую *Czerny* въ Гейдельбергѣ выработалъ въ опредѣленный методъ.

Первую операцію *Czerny* произвелъ 8 августа 1878 г. Больная выздоровѣла, но умерла спустя $\frac{1}{2}$ года отъ ретронеритонеального абсцесса въ нижней области живота, который, вѣроятно, имѣлъ исходнымъ пунктомъ случившееся при операціи поврежденіе пузыря. Кромѣ лимфатической железы, величиною съ яблоко, въ лѣвой подвздошной ямкѣ, которая, вѣроятно, была карциноматозной, рецидива не было. Операція *Czerny* была тотчасъ принята *Billroth*'омъ, *Mikulicz*'емъ, *Schröder*'омъ, *Olshausen*'омъ, *Martin*'омъ, и уже спустя 2 года *Czerny* могъ сообщить, отъ этихъ и другихъ операторовъ, о 81 случаѣ «*kolpohysterektomia*», изъ коихъ 26 умерло. Это давало смертность въ 32%. Къ нимъ *Czerny* прибавилъ еще 7 произведенныхъ имъ операцій; изъ его первыхъ 9 умерло 3. Если уже эти первые отчеты доказывали, что операція *Czerny* безопаснѣе *Freund*'овской, то въ ближайшіе годы это подтвердилось столь блестящимъ образомъ, что долгое время казалось, будто развитіе операціи маточной карциномы достигло своего завершенія.

Если бы при операціи рака съ удаленіемъ пораженнаго органа достигалось въ то же время излеченіе болѣзни, какъ это, напр., имѣеть мѣсто при операціяхъ міомы, тогда *Czerny*'евская влагалищная полная экстирпація раковой матки, благодаря многочисленнымъ усовершенствованіямъ техники и потому все улучшающимся первичнымъ результатамъ, осталась бы дѣйствительно внѣ конкуренціи. Но дѣло въ томъ, что значеніе всѣхъ операцій рака оцѣнивается не столько моментальными результатами, сколько стойкимъ устраненіемъ коварной болѣзни. Опредѣленіе истинной цѣны операціи рака требуетъ обширныхъ, добросовѣстныхъ статистическихъ изысканій, которыя въ отношеніи влагалищной полной экстирпаціи раковой матки показали слѣдующее.

Статистическіе результаты влагалищнаго полного удаленія раковой матки.

Благодаря работамъ *Winter*'а, мы обладаемъ теперь особой системой статистическаго изслѣдованія рака матки, которая даетъ намъ возможность судить о дѣйствительномъ лечебномъ результатѣ операціи карциномы. Первичный эффектъ, который мы привыкли приводить для оцѣнки операцій, имѣеть при этомъ лишь второстепенное значеніе. Важно прослѣдить за оперированной въ послѣдующее время, какъ это впервые предпринялъ *Hofmeier*, а затѣмъ *Winter* установилъ для этого опредѣленные правила группировки матеріала, которыя допускають абсолютную и относительную оцѣнку лечебнаго значенія операцій рака.

Winter требуетъ вычисленія слѣдующихъ цифръ:

- 1) первичные лечебные результаты,
- 2) стойкіе результаты,
- 3) процентъ оперируемости,
- 4) абсолютные лечебные результаты.

Притязаніе на научное значеніе могутъ имѣть только тѣ статистики, которыя удовлетворяютъ этимъ требованіямъ *Winter*'а во всѣхъ деталяхъ, ибо только изъ совокупности этихъ цифровыхъ данныхъ можно вывести заключеніе о дѣйствительныхъ успѣхахъ.

Первичные результаты.

Въ исторіи различныхъ операций установленъ тотъ фактъ, что новыя операции, даже новые методы и модификаціи старыхъ операций, на первыхъ порахъ, въ теченіе нѣкотораго періода времени, который можно характеризовать какъ учебный, даютъ какъ въ общемъ, такъ и у каждаго оператора неудовлетворительные лечебные результаты.

Влагалищная полная экстирпація матки по *Czerny* служитъ примѣромъ того, какъ блестяще можетъ развиваться столь трудная въ техническомъ отношеніи операція. Первичная смертность съ 30⁰/₀ перваго времени спустилась теперь на 8%. *Piqué* и *Maclair* собрали въ 1899 г. изъ литературы всего міра 2357 случаевъ влагалищной полной экстирпаціи раковой матки, которые дали въ общемъ смертность въ 8,9⁰/₀. Какъ смертность уменьшалась съ теченіемъ времени, показываютъ статистики *Tanner*'а, который въ 1886 г. на 311 операций нѣмецкихъ операторовъ вычислилъ смертность въ 14,8⁰/₀, и *Fehling*'а, который 7 годами позже, въ 1893 г., на 778 операций различныхъ авторовъ нашелъ только 9,6⁰/₀. *Hirschmann* собралъ въ 1895 г. отъ 17 операторовъ 1241 случай съ 8,8⁰/₀ смертности. Отдѣльные операторы остаются даже значительно ниже этой цифры смертности, такъ, *Schröder* 8,1⁰/₀, *Leopold* 5,7⁰/₀, *Landau* 7,6⁰/₀, *Martin* 14,6 и 7,7⁰/₀, *Chrobak* 5,9⁰/₀, *Kaltenbach* и *Fehling* 6,6⁰/₀, *Winter* 7,5⁰/₀, *Zweifel* 8,5⁰/₀, *Schault* 10,3⁰/₀, *Thorn* 8,7⁰/₀, *Hofmeier* 10,8⁰/₀, *Fritsch* 8,62 и 6,5⁰/₀, *Pfannenstiel* 3,2⁰/₀, *P. Müller* 5,7⁰/₀, *Schuchardt* 12,2⁰/₀, *Amann* 4⁰/₀, *Richelot* 6,8⁰/₀, *Küstner* 1,8⁰/₀, *Fleischlen-Ruge* 8⁰/₀. *Olshausen*, у котораго общая смертность 8⁰/₀, могъ даже представить одну серію въ 100 влагалищныхъ полныхъ экстирпацій по поводу рака матки съ однимъ только смертнымъ случаемъ.

При этомъ надо принять во вниманіе, что на операцію, какъ таковую, падаетъ гораздо меньшая цифра смертности, ибо это—фактъ, признанный всѣми операторами и особенно выдвинутый *Winter*'омъ, что операции рака заключаютъ въ себѣ специфическія опасности, изъ коихъ главнѣйшая та, что при влагалищномъ методѣ мы вынуждены оперировать всегда внутри септического очага болѣзни, вслѣдствіе чего наилучшая асептика можетъ быть сведена на нѣтъ. *Winter* нашелъ среди 116 смертныхъ случаевъ различныхъ операторовъ 74 раза инфекцію какъ причину смерти; *Hermonius* констатировалъ на 130 случаевъ въ 47,45% перитонитъ, въ 28,8%—шокъ (т. е., вѣроятно, скрытая инфекція), какъ причину смерти. У *Zweifel*'я у 81,8% умершихъ причину смерти составляли септические процессы различнаго рода.

Кромѣ того, при нѣсколько прогрессиравшей карциномѣ особенная опасность заключается при экстирпаціи въ неизбежномъ иногда побочномъ раненіи сосѣднихъ органовъ, какъ пузырь, моче-

точникъ и прямая кишка; таковыхъ пораненій указываютъ *Olshausen* 5,1%, *Schauta* 6,5%, *Kaltenbach* 11,9%, *Fehling* 6,5%, *Landau* 3%, *Chrobak* 3%, *Zweifel* 6,92%, *Pfannenstiel* 3,9%, *v. Erlach* и *v. Würz* 4,5%. Насколько прогнозъ операціи рака омрачается этими спеціальными опасностями, видно изъ сопоставленія результатовъ, достигнутыхъ одними и тѣми же операторами той же операціей при различныхъ показаніяхъ. Въ противоположность вышеупомянутымъ цифрамъ смертности, получили при влагалищной полной экстирпаціи по поводу міомы, эндометрита, пролапса и другихъ показаній *Leopold* 2,7⁰/₀ смертности, *Richelot* 2,6⁰/₀, *Landau* 4⁰/₀, *Martin* 5,2⁰/₀, *Hofmeier* 0%, *Olshausen* 0%.

Несмотря на большія трудности, которыя съ распространеніемъ рака все возрастаютъ, влагалищная полная экстирпація въ общемъ даетъ теперь благоприятные первичные результаты, и можно ожидать, что будущее принесетъ съ собою еще дальнѣйшія улучшенія.

Если бы эти лечебные результаты опредѣляли всю цѣну операціи, тогда едва ли была бы потребность въ другихъ оперативныхъ методахъ при ракъ матки.

Но къ совершенно другому сужденію объ этой операціи ведетъ опредѣленіе стойкихъ результатовъ.

Стойкіе результаты.

Какъ при операціяхъ рака другихъ органовъ, такъ и при удаленіи раковой матки пришли къ печальному выводу, что въ большинствѣ случаевъ успѣхъ былъ только кратковременный, такъ какъ рецидивъ уничтожалъ лечебный эффектъ операціи. По единодушному мнѣнію различныхъ операторовъ, рецидивъ щадилъ только около $\frac{1}{3}$ оперированныхъ. Такъ, *Winter* констатировалъ на матеріалѣ Берлинской клиники на 260 оперированныхъ 33% стойкихъ излеченій, *Leopold* имѣлъ таковыхъ 53%, *Thorn* 25%, *Landau* 17%, *Kaltenbach* 25%, *Schauta* 26,4%, *Zweifel* 35,6%, *Fritsch* 36,2%, *Schuchardt* 40%, *Omm* 12⁰/₀, *Flaischlen-Ruge* 34—40⁰/₀.

Если при вычисленіи стойкихъ результатовъ отдѣлить карциномы шейки отъ таковыхъ тѣла матки, то получаютъ слѣдующія различія:

	Ракъ шейки. Излеченія.	Ракъ тѣла матки. Излеченія.
<i>Olshausen-Schröder</i>	30 %	53,3%
<i>Leopold</i>	50 »	100 »
<i>Fritsch</i>	34,3 »	100 »
<i>Pfannenstiel-Krömer</i>	45 »	86,6 »
<i>Zweifel</i> (Glockner)	34,7 »	Portio 41,6 Cervix 35,3
<i>Kaltenbach</i> (Bücheler)	21 »	
<i>Chrobak</i>	31,5 »	75 »
<i>Landau</i> (Thumim)	22 »	100 »
<i>Döderlein</i>	28,5 »	100 »
<i>Schauta</i>	26,4 »	83,3 »
<i>Fehling-Kaltenbach</i>	23 »	75 »
<i>Hänisch</i> (Сборная статистика)	26,2 »	75 »
<i>Winter</i> (Сборная статистика)	29 »	59 »
»	(47,1 » Portio)	
»	(28,2 » Cervix)	
» Матеріалъ Берлинской кли- ники	30 »	53,3 »

Эти повѣрочныя изслѣдованія относительно дальнѣйшей судьбы оперированныхъ обнаружили необходимость продлить срокъ наблюденія по меньшей мѣрѣ на 5 лѣтъ, ибо столько времени существуетъ опасность появленія рецидива. Относительно времени наступленія рецидивовъ имѣются слѣдующія наблюденія: *Kruckenberг* наблюдалъ на первомъ году на 200 случаевъ 82 рецидива, на второмъ году на 88 случаевъ 23, въ третьемъ на 47 случаевъ 6, въ четвертомъ на 28 случаевъ 2, въ пятомъ на 9 случаевъ еще одинъ. *Frommel* констатировалъ среди его случаевъ рецидива въ 35,6% появленіе на первомъ году, *Zweifel* даже въ 69,84%, причемъ половина случаевъ приходится уже на первое полугодіе послѣ операціи, *Fritsch* видѣлъ $\frac{3}{4}$ всѣхъ рецидивовъ на первомъ году. *Winter* нашелъ среди 148 рецидивовъ начало въ 1-мъ году 115 разъ, во 2-мъ году 13 разъ, въ 3-мъ 13 разъ, въ 4-мъ 5 разъ и въ 5-мъ 2 раза.

Смертныя случаи отъ рецидива въ Бреславльской клиникѣ *Fritsch'a* (1883—1890 г.) распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

на 1-мъ году умерли	16,28	} 61,5%
» 2 » » »	44,23	
» 3 » » »	23,07	
» 4 » » »	9,6	
» 5 » » »	3,8	
» 6 » » »	2,9	

Въ матеріалѣ *Flaischlen-Ruge* умерли 17 изъ 24 получившихъ рецидивъ въ первые 2 года, 3—въ теченіе 3-го года, напротивъ 5 изъ нихъ оставались 4—5 лѣтъ здоровыми и только потомъ были поражены рецидивомъ.

Хотя такимъ образомъ огромное большинство возвратовъ наступаетъ уже въ первый годъ послѣ операціи, такъ что тѣ оперированныя, которыя дожили здоровыми до 2-го года, имѣютъ уже довольно много шансовъ остаться здоровыми, тѣмъ не менѣе гарантія отъ рецидива достигается лишь по истеченіи 5-го года, и даже послѣ этого срока встрѣчались еще отдѣльные случаи возврата рака. Такъ, *Winter* могъ констатировать на матеріалѣ *Kruckenberг'a* при продолжительности наблюденія, превышающей 17 лѣтъ, что въ 7 случаяхъ ракъ вернулся еще по истеченіи 5 лѣтъ, однако не всѣ эти случаи должны быть разсматриваемы какъ рецидивы, ибо въ одномъ случаѣ рѣчь шла, вѣроятно, о первичномъ ракѣ желудка, въ другомъ о первичномъ ракѣ влагалища. Но есть все-таки 4 случая въ литературѣ (*Winter, Kruckenberг, Fränkel, M. Cosh*), въ которыхъ удостоверено, что карцинома появилась въ видѣ рецидива позже 5 лѣтъ послѣ операціи. На основаніи этихъ данныхъ установленъ для статистики рака матки 5-лѣтній срокъ наблюденія, если хотятъ имѣть по возможности окончательныя цифры излеченія.

Winter предлагаетъ, частью изъ внутреннихъ, частью изъ внѣшнихъ оснований, дѣлать изъ общаго числа оперированныхъ слѣдующіе вычеты:

1) Умершія отъ операціи, 2) умершія отъ другихъ болѣзней, 3) пропавшія безъ вѣсти. Противъ перваго вычета *Waldstein, Wertheim, Döderlein* выставляютъ то возраженіе, что при сравненіи отдѣльныхъ операцій со столь различной смертностью получились бы неодинаковыя цифры. Если не хотятъ принципиально отказаться отъ этихъ вычетовъ, то цѣлесообразно давать обѣ цифры, съ вычетомъ и безъ вычета первично умершихъ.

Само собою разумѣется, что и прочими вычѣтами вводятся извѣстные источники ошибокъ, которые тѣмъ чувствительнѣе, чѣмъ крупнѣе цифры, но это неизбежно, такъ какъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ удастся прослѣдить за всеми оперированными. Какъ въ опредѣленія причинъ смерти, такъ и въ діагностикѣ рецидивовъ слѣдуетъ соблюдать величайшую осмотрительность, если хотя бы при- дать матеріалу научное значеніе.

Процентъ оперируемости и абсолютная цифра излеченій.

Цифра оперируемости даетъ въ процентахъ отношеніе оперированныхъ къ перебивавшимъ вообще за одинаковый періодъ времени въ соответственной клиникѣ карциномамъ. Эта величина очень колеблется. Въ литературѣ находятся слѣдующія указанія:

Процентъ оперируемости:

<i>Olshausen-Schröder</i> (1880—87)	28,7 ⁰ / ₀	
<i>Olshausen</i> (1885—91)	31,6	»
(1894—96)	44	»
(1898—1900)	50	»
(1901—02)	61,6	»
<i>Gusserow</i>	5—15,4	»
<i>Freund</i>	28	»
<i>Leopold</i>	20,4	»
<i>Kaltenbach</i>	40	»
<i>Czerny</i>	27,1	»
<i>Frommel</i>	20,6—33	»
<i>Schauta</i>	14,7, 18 и 46,5	»
<i>Küstner</i>	22,8—30	»
<i>Schuchardt</i>	56—61	»
<i>Thorn</i>	45	»
<i>Fritsch</i> (Бреславль)	19,5	»
<i>Fritsch</i> (Боннъ)	40,6	»
<i>Zweifel</i>	26,6	»
<i>Chrobak</i>	15,6—29, 2—32	»
<i>Pernice-Martin</i>	34	»
<i>Löhlein</i>	30,2	»
<i>Döderlein</i>	48,3	»
<i>Staude</i>	64,5	»
<i>Winter</i>	58	»
<i>Mackenrodt</i>	92,9	» (Igniexstirpatio)
<i>Pfannenstiel</i>	28,6, 35,4—53,6	»
<i>P. Müller</i>	32,5—33,3	»
<i>Torggler</i>	8	»
<i>Bäcker</i>	10	»
<i>Akontz</i>	13,3	»
<i>v. Rostorn</i>	34	»
<i>Croom</i>	6	»
<i>Даншинъ</i>	9,7	»
Голландія (различные операторы)	33	»
<i>Cullen</i>	58	»

Разнообразіе этихъ цифръ зависитъ, во-первыхъ, отъ колебаній въ широтѣ показаній у отдѣльныхъ операторовъ, смотря по тому, выбираютъ-ли они для операціи только благоприятные или жетакже болѣе прогрессировавшіе случаи рака. Съ другой стороны, изъ этого можно заключить о мѣстномъ и, можетъ быть, также временномъ различіи раковаго матеріала, такъ что къ сравнительной оцѣнкѣ этихъ числовыхъ различій надо относиться съ осторожностью.

Главное значеніе этихъ чиселъ въ томъ, что только съ ихъ помощью можно вычислить послѣднюю *Winter*'овскую цифру абсолютнаго излеченія. Она получается отъ перемноженія цифры оперируемости на цифру стойкихъ излеченій. Если, напр., операторъ зарегистрировалъ у себя 33% оперируемости и 33% стойкихъ излеченій, то его цифра абсолютнаго излеченія составляетъ около 11%; операторъ радикально оперировалъ одну треть перебивавшихъ у него раковыхъ больныхъ, и изъ нихъ опять-таки одна треть выздоровѣла окончательно.

Если положить въ основу статистики всѣ требуемыя *Winter*'омъ условія, то получаются слѣдующіе итоги абсолютной излечимости у различныхъ операторовъ: *Olshausen-Schröder* 9,6%, *Olshausen* 18—19%, *Leopold* 10,2%, *Kaltenbach* 8%, *Thorn* 8,7%, *Fritsch* 7%, *Zweifel* 9,7%, *Chrobak* 10,1% и 5,3%, *Pfannenstiel* 12,8%, *Schuchardt* 24,5%, *Döderlein* 19,6%, *Omm* 12%, *Richelot* 18%, *Schauta* 3,4%, *Dunning* 16,6%, *Briggs* 20⁰/₀.

Изъ всего этого вытекаетъ, что при сосчитываніи всѣхъ различныхъ формъ рака матки мы въ состояніи излечить окончательно съ помощью влагалищной полной экстирпаціи по *Czerny* отъ одной десятой до одной пятой части раковыхъ больныхъ.

Если же разбить карциномы на группы по ихъ мѣстоположенію и, что въ настоящее время еще невыполнимо, по гистологическому ихъ характеру, то получается очень замѣтная разница въ излечимости отдѣльныхъ разновидностей. Эта разница особенно выступаетъ, если, что легко возможно, раздѣлить карциномы тѣла матки и шейки.

Карциномы тѣла матки, по общему мнѣнію, отличаются своей относительной доброкачественностью, мало склонны къ переходу на окружающія части и обыкновенно заражаютъ лимфатическія железы лишь въ прогрессировавшихъ стадіяхъ, отличаясь тѣмъ отъ карциномъ шейки, занимающихъ по злокачественности первое мѣсто. *Leopold*, *Fritsch* и *Döderlein* сообщаютъ о 100% стойкаго излеченія оперированныхъ карциномъ тѣла матки, т. е. всѣ выздоровѣвшія отъ операціи остались здоровыми. *Olshausen* имѣетъ 53,3% стойкихъ излеченій при ракъ тѣла матки, *Zweifel* 66,7%, *Chrobak* 73%, *Schauta* 83%, *Fehling-Kaltenbach* 75%.

При *карциномахъ шейки Winter* находитъ среди 220 случаевъ 91 ракъ влагалищной части съ 47,1% стойкаго излеченія противъ 131 рака шейки съ 28,2% стойкаго излеченія.

Если бы изъ вышеприведенныхъ цифръ абсолютнаго излеченія можно было выключить ту часть, которая приходится на карциномы тѣла матки, то для карциномъ шейки остался бы ужасающе малый итогъ.

Частота карциномъ тѣла матки составляетъ въ среднемъ около 10%. *Hofmeier* отмѣчаетъ 11,0 проц., *Fehling-Kaltenbach* 7,5, *Löhlein* 8, *Schauta* 13,8, *Döderlein* 21,8, *Martin* даже 27,5%.

Ясно, что это слагаемое при 100% выздоровленія играетъ боль-

шую роль въ абсолютной цифрѣ излеченій, и вычетъ его далъ бы существенное измѣненіе суммы.

Въ 10% итогѣ абсолютной излечимости наибольшая доля падаетъ на карциномы тѣла матки и влагалищной части, между тѣмъ какъ карциномы шейки имѣютъ въ немъ столь ничтожное участіе, что ихъ излеченіе посредствомъ влагалищной полной экстирпации должно быть обозначено какъ рѣдкость.

Такимъ образомъ окончательный результатъ влагалищной полной экстирпации для карциномъ тѣла матки въ высокой степени удовлетворительный, такъ какъ первичное излеченіе даетъ въ то же время очень благопріятные шансы на радикальное излеченіе. Напривствъ, шеечныя карциномы, и между ними особенно собственно цервикальныя, даютъ при влагалищной полной экстирпации совершенно неудовлетворительный результатъ. Значеніе первичнаго излеченія для большинства этихъ случаевъ сводится къ временному успѣху, который уничтожается скорымъ возвратомъ болѣзни.

Научныя изысканія, направленные на расширеніе операціи рака.

Въ какомъ направленіи надо было дальше разрабатывать операцію рака матки, чтобы получить лучшіе стойкіе результаты, для этого точки опоры давали весьма цѣнныя научныя изысканія. Большое значеніе имѣло изученіе рецидивовъ, предпринятое впервые *Winter*'омъ, который изъ ихъ натуры старался вывести заключенія касательно ихъ предупрежденія. *Winter*, примыкая къ классификаціи рецидивовъ рака *König*'а, различаетъ: 1) мѣстные или раневые рецидивы, 2) рецидивы въ лимфатическихъ железахъ, 3) метастатическіе рецидивы, 4) прививные рецидивы.

Главное значеніе *Winter*'овскаго изслѣдованія заключается въ установленіи того факта, что доля участія этихъ 4 видовъ рецидива совершенно неодинаковая.

Первое мѣсто занимаютъ по частотѣ *мѣстные рецидивы*. Среди 58 случаевъ рецидива послѣ операціи рака шейки *Winter* констатируетъ 54 раза мѣстный или раневой рецидивъ, изъ коихъ въ 32 случаяхъ съ «приблизительной вѣрностью» можно полагать, что рецидивъ развился изъ оставшихся раковыхъ зародышей, притомъ въ періодъ времени отъ 2 мѣсяцевъ до 3 лѣтъ, 24 раза послѣ экстирпации цервикальнаго рака и 8 разъ послѣ удаленія карциномы влагалищной части. Въ согласіи съ этимъ находится сообщеніе *Pfannenstiel*'я, что изъ 30 рецидивовъ послѣ рака шейки онъ нашелъ 25 = 83,3% мѣстныхъ.

2. Въ противоположность частотѣ мѣстныхъ или раневыхъ рецидивовъ, *Winter* считаетъ *рецидивы въ лимфатическихъ сосудахъ* рѣдкими. При 44 вскрытіяхъ женщинъ, умершихъ послѣ полной экстирпации, онъ нашелъ только 2 раза пораженія железъ, среди 58 возвратовъ послѣ операціи рака шейки—4 рецидива въ лимфатическихъ железахъ. Онъ ссылается далѣе на слова *Gusserow*'а, что немалое число маточныхъ карциномъ протекаетъ безъ участія сосѣднихъ лимфатическихъ железъ, и что *Blau* и *Dyowski* тоже сравнительно рѣдко констатировали при вскрытіи умершихъ отъ рака матки метастазы въ железахъ. *Blau* нашелъ при 93 вскрытіяхъ 30 разъ тазовыя железы пораженными, 24 раза поясничныя, 15 разъ забрю-

шинныя и 8 разъ паховыя, *Dybowski* изъ 110 случаевъ 6 разъ подвздошныя, 4 раза газовыя, 14 разъ забрюшинныя, 19 разъ поясничныя и 5 разъ паховыя. *Winter* указываетъ далѣе, что при изслѣдованіи подъ наркозомъ 50 неоперируемыхъ карциномъ матки онъ нашелъ 12 разъ подвздошныя железы пораженными. Онъ приходитъ къ тому выводу, что при карциномахъ, которыя еще ограничиваются маткой, заболѣванія железъ принадлежатъ къ величайшимъ исключеніямъ, и что даже при пораженіи параметрія они встрѣчаются приблизительно лишь въ одной трети всѣхъ случаевъ.

Эта часть *Winter*'овскихъ выводовъ не можетъ быть болѣе отстаиваема въ настоящее время, что мы подробно докажемъ ниже въ главѣ, трактующей объ отношеніи лимфатическихъ сосудовъ къ раку матки.

3. *Метастатическіе рецидивы* играютъ, по мнѣнію *Winter*'а, лишь совсѣмъ второстепенную роль. Изъ 351 выздоровѣвшихъ отъ операціи женщинъ заболѣли 202=57,5% рецидивомъ, изъ коихъ 9=2,5% были метастатическіе рецидивы въ яичникѣ, желудкѣ, легкихъ, печени и костяхъ. Вообще, ракъ матки, повидимому, очень мало склоненъ къ образованію метастазовъ. *Wagner*, *Blau* и *Dybowski* нашли при вскрытіи 255 умершихъ отъ рака матки 24 раза=9% метастазы въ печени, 18 разъ=7% въ легкихъ, 9 разъ=3,5% въ почкѣ, 4 раза въ желудкѣ, 4 раза въ кишкахъ, 5 разъ въ щитовидной железнѣ и кромѣ того единичные переносы въ мозгу, надпочечникахъ, кожѣ, желчномъ пузырьѣ, сердцѣ, грудной железнѣ, мышцахъ и костяхъ. У 44 женщинъ, умершихъ послѣ полной экстирпаціи, у которыхъ ракъ еще находился на ранней ступени развитія, *Winter* ни разу не нашелъ метастаза; среди 202 рецидивовъ, наступившихъ послѣ влагалищной полной экстирпаціи или ампутаціи влагалищной части, онъ констатировалъ 9 метастатическихъ, а именно въ яичникѣ, желудкѣ, легкихъ, печени и костяхъ.

4. Труднѣе всего, наконецъ, изслѣдованіе *прививныхъ рецидивовъ*, такъ какъ ихъ существованіе представляетъ вообще спорный научный вопросъ, и опредѣленіе ихъ въ частномъ случаѣ наталкивается на большія затрудненія. *Winter* понимаетъ подъ этимъ выраженіемъ развитіе рецидивовъ изъ раковыхъ зародышей, которые во время операціи привиты въ здоровую ткань. Это совпадаетъ съ такъ назыв. трансплантационнымъ карциномомъ, о которомъ имѣется своя собственная большая литература.

Между тѣмъ какъ раньше *Winter* склоненъ былъ придавать прививнымъ рецидивамъ немаловажную роль и на основаніи этого ученія рекомендовалъ предупредительныя мѣры при операціи, *Mackenrodt*'а это побудило обратиться къ экстирпаціи *Raquelin*'омъ, онъ впослѣдствіи созналъ, что принятыя мѣры не отозвались на частотѣ рецидивовъ: въ 147 случаяхъ, оперированныхъ въ 1888—1890 гг. до введенія этихъ мѣръ, 57% получили возвратъ, а въ 1894—1896 гг., когда примѣняли профилактику противъ прививныхъ рецидивовъ, число возвратовъ составляло 53%; разница же въ 4%, по собственному выраженію *Winter*'а, «ничего не доказываетъ». Толкованіе самихъ случаевъ тоже не выясняетъ дѣла, ибо и прививные рецидивы мѣстны и, какъ таковыя, не могутъ быть отличены отъ тѣхъ, которые возникли изъ оставшихся раковыхъ гнѣздъ. Одно мы хотѣли бы подчеркнуть, что тѣ оперативные методы, которые ограждаютъ отъ имѣющихся въ карциномѣ септическихъ зародышей и

отъ занесенія раковыхъ клѣтокъ, имѣють во всякомъ случаѣ преимущество предъ другими способами, не дающими этой гарантіи. Мы увидимъ ниже, что техника новыхъ абдоминальныхъ операцій считается съ этими требованіями и вполне удовлетворяетъ имъ.

Эти крайне важныя заявленія *Winter'a* упали на благодатную почву, давъ толчокъ къ патолого-анатомическимъ изысканіямъ относительно путей распространенія рака матки и побудивъ клиницистовъ расширить технику операцій въ томъ направленіи, чтобы вмѣстѣ съ маткой, какъ очагомъ болѣзни, удалить также соединительно-тканые слои, таящіе въ себѣ отростки раковыхъ разроженій. Капитальное значеніе имѣлъ дознанный впервые *Köster'омъ* фактъ, что ракъ распространяется вдоль преформированныхъ полостей, кровеносныхъ капилляровъ и лимфатическихъ сосудовъ; *Th. Landau* и *Abel* работали дальше надъ этимъ вопросомъ и въ результатѣ выставили важное ученіе, «что ракъ, проникая въ соковые каналцы клѣтчатки, выполняетъ также лимфатическія щели, обвивающія преформированныя полости, слѣдовательно, ползетъ впередъ въ периваскулярныхъ и перигландулярныхъ лимфатическихъ пространствахъ». Эти свѣдѣнія имѣли тѣмъ большее значеніе, что, судя по дальнѣйшимъ изслѣдованіямъ, эта инфекция лимфатическихъ сосудовъ наступаетъ гораздо раньше и распространяется дальше, чѣмъ подозрѣвали прежде.

Seelig доказалъ, что ракъ уже рано проникаетъ въ лимфатическіе пути, такъ что его распространеніе вскорѣ гораздо болѣе обширное, чѣмъ можно было бы думать по макроскопическимъ и клиническимъ даннымъ; такъ, въ одномъ случаѣ цервикальной карциномы *Seelig* констатировалъ внутри маточной стѣнки вверхъ до дна лимфатическіе сосуды, наполненные раковыми клѣтками.

Къ этому примыкаетъ наблюденіе *Veit'a*, который въ трехъ случаяхъ рака шейки нашелъ въ экстирпированныхъ тяжахъ лимфатическіе пути захваченными карциномой, причемъ послѣдняя распространялась не непрерывно, а скачками, такъ что «здоровыя части лимфатическихъ сосудовъ регулярно чередовались съ больными».

Дальнѣйшими изслѣдованіями въ этомъ направленіи мы обязаны *Williams'у*, *v. Franqué* и *Puppel'ю*; эти, а также позднѣйшія данныя, касающіяся анатоміи и патологіи лимфатическихъ путей полового аппарата при ракъ, будутъ изложены въ особой главѣ.

Такимъ образомъ, клиническія изслѣдованія доказали, что лечебные успѣхи влагалищной полной экстирпаціи большею частью уничтожаются рецидивами, появляющимися въ первые годы послѣ операціи, что эти рецидивы преимущественно возникаютъ мѣстно какъ послѣдствіе развитія оставшихся раковыхъ гнѣздъ; съ другой стороны, анатомическія изысканія дополнили эту картину указаніемъ, что ракъ предпосылаетъ клинически нераспознаваемые, прерывистые отростки въ лимфатическіе пути, которые именно и представляютъ то злое сѣмя, которое послѣ операціи раньше или позже всходитъ, обративъ въ ничто наши старанія.

Расширенная операція рака.

Такимъ образомъ различными путями добытые факты побуждали къ принципиальному измѣненію операціи маточной карциномы, не сопровождавшейся до сихъ поръ удовлетворительными результатами. Клиническія данныя были гармонично дополнены патолого-анатоми-

ческими, и слѣдствіемъ было то, что теперь новые проекты операций пали на плодотворную почву и снова привели къ *Freund*овской операции. Такъ, и не иначе, долженъ былъ развернуться весь вопросъ, ибо теперь это не было шатаніе ощущью между двумя соперничающими операциями, а новая перемѣна, зрѣло обоснованная внутренней необходимостью.

Замѣчательно, что сдѣланное *Veit*омъ раньше этого времени, въ 1891 г., предложеніе, чтобы для извѣстныхъ трудныхъ, прогрессирующихъ случаевъ цервикальнаго рака предпочесть брюшную, *Freund*овскую операцию влагалищной, не нашелъ подражанія, хотя обоснованіе *Veit*'а должно быть признано вполне правильнымъ. Онъ приводилъ въ пользу абдоминальной операции то, «что при сильномъ приподнятїи таза весьма облегчаютъ себѣ изоляцію больного отъ здороваго, что надежно избѣгаютъ побочныхъ пораненій (мочеточникъ), что легко совладаютъ съ кровотеченіемъ и не заносятъ гибельной инфекции изъ частей карциномы въ брюшную полость».

Такими словами удачно очерчены главные преимущества брюшного метода, но слова пали на бесплодную почву, ибо впечатлѣніе отъ огромной смертности глубоко засѣло въ сознанїи операторовъ и оно не могло быть поколеблено 4 случаями *Veit*'а, которые выздоровѣли. Сдѣланное двумя годами позже *H. W. Freund*омъ младшимъ указаніе на улучшеніе смертности также заглохло. Между тѣмъ какъ до 1886 г. смертность отъ *Freund*овской операции составляла еще 67%, *Freund* могъ съ тѣхъ поръ отыскать въ литературѣ 27 случаевъ со смертностью въ 33%. Хотя такимъ образомъ смертность пала на половину, все-таки она была ужасающая по сравненію съ результатами влагалищной операции, и если *Freund* далѣе докладываетъ, что въ самомъ Страсбургѣ изъ 10 оперированныхъ 4 раньше или позже еще погибали отъ послѣдствій операции, то понятно, что только нѣчто совсѣмъ новое во всемъ вопросѣ могло возбудить охоту къ дальнѣйшимъ опытамъ и къ дальнѣйшей работкѣ *Freund*овской операции.

Это новое пришло и было настолько заманчиво, что въ короткій періодъ нѣсколькихъ лѣтъ наверстали то, что казалось невозможнымъ десятилѣтія, а именно усовершенствовали технику брюшной операции настолько, что ея результаты уже приближаются къ результатамъ влагалищной операции, и недалеко то время, когда и первичные лечебные исходы брюшной полной экстирпаціи превзойдутъ успѣхи влагалищной. Такъ плодотворно можетъ дѣйствовать научное убѣжденіе.

Инициатива опять-таки исходила отъ *A. W. Freund*'а и его школы. Зачатки ея мы можемъ прослѣдить до 1881 г, когда *Freund* устами *Linkenheld*'а предложилъ «экстирпировать заодно клѣтчатку и железы параметрія». Въ томъ же году *Freund* удалилъ при брюшной экстирпаціи сарцинома corporis «нѣсколько значительно увеличенныхъ внутрибрюшныхъ лимфатическихъ железъ (gl. iliacaе)», которыя были карциноматозны. Въ 1892 г. *Freund* вылуцилъ съ успѣхомъ при операции рецидива, возникшаго черезъ годъ послѣ влагалищной полной экстирпаціи, пакетъ подвздошныхъ лимфатическихъ железъ.

Разобравъ обстоятельно анатомическія отношенія пузыря и мочеточниковъ къ параметрію, *Mackenrodt* въ 1894 г. предложилъ оперировать трудные, прогрессировавшіе случаи брюшнымъ путемъ, а для

благопріятныхъ случаевъ онъ выработалъ особый влагалищный методъ, причемъ во избѣжаніе прививныхъ рецидивовъ работалъ исключительно каленымъ желѣзомъ (*Igniestirpation*); но затѣмъ въ 1899 году онъ отказался отъ этого метода и выработалъ особую брюшную операцію, которая по радикализму превосходитъ всѣ прочія.

Однако исходнымъ пунктомъ новыхъ оперативныхъ методовъ послужили работы *Riess'a* и *Rumpf'a*. Независимо другъ отъ друга и одновременно (1895) *Rumpf* и *Riess* стремились расширить *Freund'*овскую операцію въ томъ направленіи, чтобы вмѣстѣ съ тазовой клѣтчаткой каждый разъ и систематически удалять также относящійся къ половымъ органамъ лимфатическій аппаратъ. Если у *Rumpf'a* были къ этому скорѣе техническія основанія, разумѣется, также стремленіе радикальнѣе бороться съ карциномой, то *Riess'a* побуждали болѣе теоретическія выкладки и сравненіе съ принципами *Volkmann'a*, добытыми при операціи *sarcoma mammae*.

Первыя подобныя операціи *Rumpf* произвелъ въ мартѣ и іюнѣ 1895 г. Онъ поступалъ при этомъ слѣдующимъ образомъ:

Послѣ перевязки сѣменныхъ сосудовъ и расщепленія задняго листка широкой связки, онъ проникалъ тупымъ путемъ въ параметрій и обнажалъ мочеточникъ, изолируя его на всемъ протяженіи отъ п. *proas* до пузыря. Послѣ изолированной перевязки маточной артеріи, онъ экстирпировалъ параметрій, отодвигая мочеточникъ въ сторону. Наконецъ, удалялись съ обѣихъ сторонъ прилегающіе къ *a. iliaса communis* припухшіе сѣро-красные пакеты железъ, и также отсекаровались Дугласовы складки отъ прямой кишки, такъ что матка экстирпировалась вмѣстѣ съ прилегающей къ ней сбоку и сзади клѣтчаткой. «Это была красивая картина при взглядѣ въ опорожненный такимъ образомъ тазъ, черезъ который мочеточники одиноко тянулись къ пузырю, обнаруживая время отъ времени червеобразныя перистальтическія движенія».

Первая больная, у которой *Rumpf* экстирпировалъ матку на 7—8 мѣсяцѣ беременности по поводу рака влагалищной части, съ одновременнымъ удаленіемъ праваго карциноматознаго мочеточника и правой почки, погибла черезъ 1½ года отъ рецидива; вторая была еще спустя два года свободна отъ рецидива.

Riess былъ слѣдующій, который опубликовалъ оперированные по его собственному плану случаи и въ то же время доставилъ микроскопическое доказательство, что удаленные имъ при операціи лимфатическіе узлы были карциноматозно перерождены.

Вскорѣ многочисленныя операторы приняли участіе въ выработкѣ техники брюшной операціи, стремясь къ тому, чтобы тщательной препарировкой избѣгнуть побочныхъ пораненій мочеточниковъ, пузыря и прямой кишки, а также къ тому, чтобы возможно было болѣе основательное удаленіе связанной съ маткой тазовой клѣтчатки и, кромѣ того, находящихся въ различныхъ мѣстахъ таза лимфатическихъ железъ и по возможности также лимфатическихъ тяжей, въ каждомъ случаѣ, или, по крайней мѣрѣ, когда они оказываются пораженными. Къ этому движенію примкнули: въ Германіи *Freund jun., v. Kothorn, Wertheim, Mackenrodt, Küstner, Zweifel, Amann, Pfannenstiel, Döderlein, Krönig*, въ Америкѣ *Clark, Russel, Kelly, Cushing, Mann, Prior*; въ Англіи *Rouffart, Gleason*; въ Бельгіи *Jacobs*; во Франціи *Terrier, Quénu, Michaux, Regnier, Legneau, Faux, Hartmann, Picqué* и *Mauclair*; въ Италіи *Pestalozza; Jonnesco* въ Бухарестѣ. Воз-

никающее при этомъ требованіе одновременной экстирпаціи лимфатическаго аппарата дѣлало необходимымъ точное знаніе топографически-анатомическихъ условій, которыя потому и были подвергнуты особому изученію.

Лимфатическіе сосуды женскихъ половыхъ органовъ.

О лимфатическихъ путяхъ, исходящихъ изъ различныхъ отдѣловъ половыхъ органовъ, и относящихся къ нимъ лимфатическихъ железахъ мы были уже хорошо освѣдомлены, благодаря прежнимъ анатомическимъ изслѣдованіямъ (съ помощью инъекціи ртутью) *Mascagni* (1787), *Cruveilhier* (1832—42), *Lucas Championnière* (1870), *Flooupe* (1876), *Sappey* (1885) и *Poirier* (1889); теперь наши свѣдѣнія пополнились изслѣдованіями *Bruhns'a*, *Peiser'a* и *Krömer'a*, произведенными съ помощью новѣйшаго способа инъекціи по *Gerota*.

На основаніи этихъ изысканій анатомія лимфатическихъ органовъ женскаго полового аппарата представляется въ слѣдующемъ видѣ: вульва, влагалище, шейка и тѣло матки обладаютъ отдѣльными лимфатическими путями, которые хотя имѣютъ между собою многочисленныя анастомозы, но въ концѣ-концовъ сливаются въ три главныхъ теченія, которыя на своемъ пути въ тазу слѣдуютъ за большими сосудами и нервами, окружая ихъ богатой сѣтью.

Три главныхъ теченія суть: во-первыхъ, изъ наружныхъ частей и нижней части влагалища тянутся многочисленныя лимфатическіе сосуды къ лежащимъ въ бедренномъ сгибѣ, поверхностнымъ и глубокимъ паховымъ железамъ, которыя, какъ опыты учить, при карциноматозномъ заболѣваніи этихъ частей перехватываютъ раковыя зародыши и становятся метастазами. Отъ верхней части влагалища и шейки тянутся по обѣимъ сторонамъ 5—6 сосудистыхъ стволиковъ черезъ параметрію, вдоль крупныхъ сосудовъ, идущихъ по бокамъ и задней стѣнкѣ таза, сходясь кверху по направленію къ мысу. Третье главное теченіе происходитъ изъ тѣла матки; 4—5 стволовъ покидаютъ мускулатуру подъ мѣстомъ впаденія трубы, тянутся подъ трубой въ широкой связкѣ мимо яичника, обмѣниваясь съ ея лимфатическими сосудами обильными анастомозами (*Poirier*), дабы затѣмъ, обвивая сѣменные сосуды, направиться къ большимъ брюшнымъ сосудамъ, аортѣ и полой венѣ.

Для нашихъ оперативныхъ плановъ имѣютъ особенное значеніе тѣ станціи лимфатическихъ железъ, которыя имѣютъ отношеніе къ операціонной области. Если мы, слѣдуя общему изложенію, признаемъ и отмѣчаемъ здѣсь опредѣленныя группы железъ, то должны все-таки подчеркнуть, что положеніе этихъ железъ отнюдь не связано съ опредѣленною локализацией, наоборотъ, ихъ распредѣленіе не постоянное, поскольку онѣ вмѣстѣ съ лимфатическими путями окружаютъ большіе сосуды таза и брюшной полости, хотя и съ тенденціей къ скопленію въ извѣстныхъ мѣстахъ.

Для перваго лимфатическаго пути, идущаго изъ наружныхъ половыхъ частей и нижней части влагалища, поверхностныя и глубокая паховыя железы служатъ пріемной станціей.

Второе теченіе отъ верхней половины влагалища и шейки встречается, хотя не всегда, но сравнительно часто барьеръ уже въ параметріи въ найденной впервые *Sappey* и *Lucas Championnière* железѣ, которая лежитъ на мѣстѣ скрещенія маточной артеріи и мочеточ-

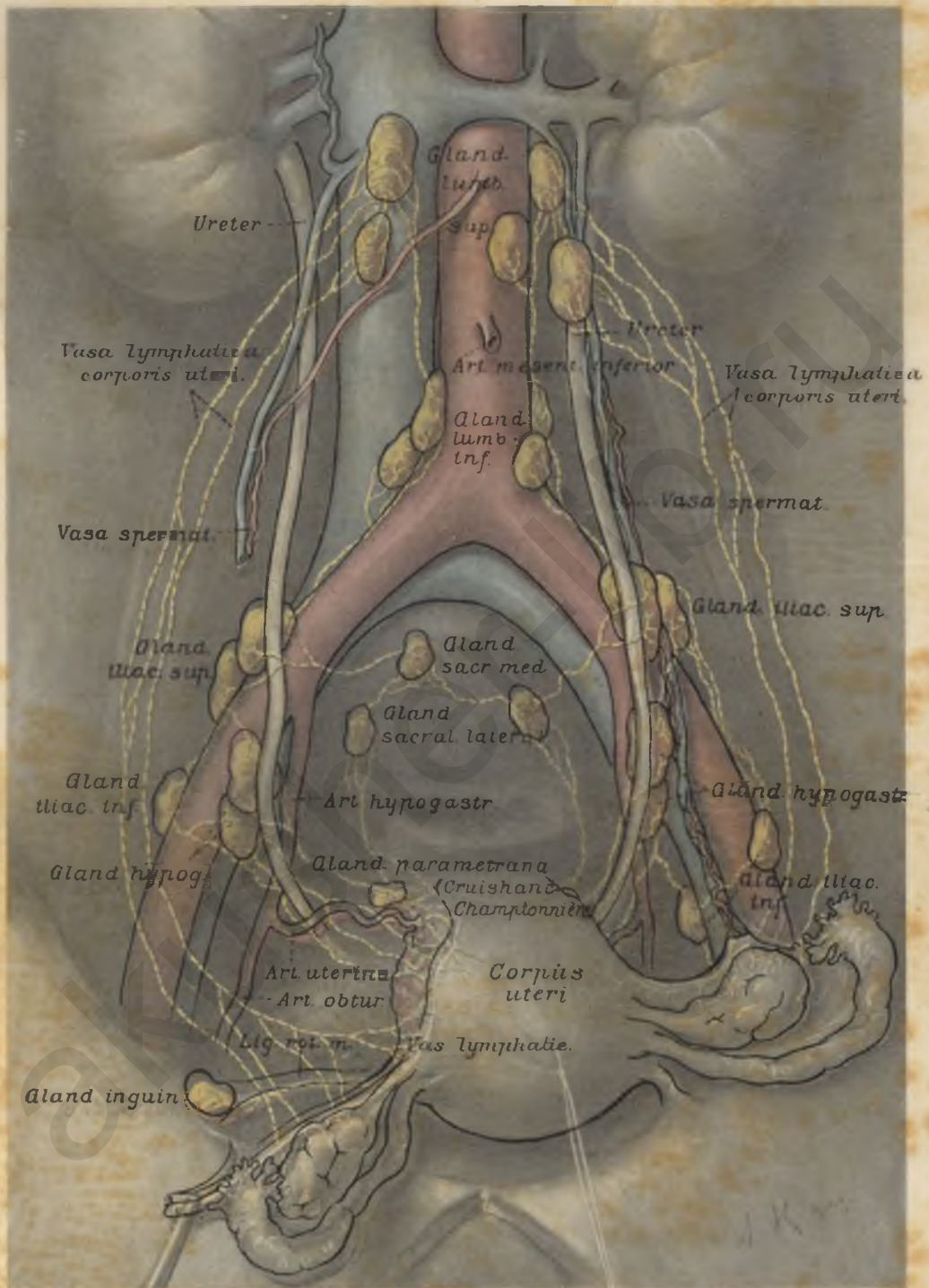
ника и существованіе которой могли подтвердить *v. Rosthorn, Döderlein* и др. при операціяхъ рака. Непостоянны, далѣе, параметральныя железы неопредѣленной локализаціи (*Cruishank, Henle, Lucas Championnière, Sappey, Krömer, Pankow*). Болѣе типичными мы должны признать для этихъ шеечно-влагалищныхъ путей подчревныя и подвздошныя железы, топографія которыхъ видна на схемѣ. Это и есть настоящіе очаги железъ для самыхъ частыхъ карциномъ.

При этомъ надо помнить, что часть лимфатическихъ путей тянется прямо къ подвздошнымъ железамъ, не проходя черезъ подчревныя, между тѣмъ какъ, съ другой стороны, подчревныя железы стоятъ въ соединеніи съ подвздошными черезъ *vasa efferentia*. Нижнія подвздошныя железы обозначаются также *Cruveilhier, Lucas Championnière* и *Peiser* омъ какъ *gl. obturatoriae*. Побочное теченіе идетъ отъ задней стѣнки влагалища и шейки черезъ крестцово-маточныя связки къ задней тазовой стѣнкѣ, чтобы здѣсь слѣдовать за прямой кишкой и кончиться въ крестцовыхъ железахъ.

Третье, исходящее изъ тѣла матки главное теченіе впадаетъ въ расположенныя справа и слѣва отъ большихъ брюшныхъ сосудовъ поясничныя железы, которыя также черезъ *vasa efferentia* снабжаются изъ подвздошныхъ и, слѣдовательно, также подчревныхъ железъ. Побочное теченіе идетъ отъ тѣла матки черезъ нѣжный лимфатическій сосудъ подъ круглой связкой къ лежащей у нижняго пахового кольца железѣ, которая стоитъ въ сообщеніи съ наружной паховой железой (*Mascagni*). Въ общемъ, *Krömer* насчитываетъ 26—36 железъ, которыя можно прослѣдить вдоль *m. psoas* по большимъ сосудамъ вверхъ до почки.

Важно знать, что тремъ главнымъ теченіямъ соотвѣтствуютъ опредѣленныя и совсѣмъ разныя станціи железъ, что, слѣдовательно, эти группы железъ не представляютъ различныя, включенныя поочередно этапы, а, наоборотъ, всякая группа имѣетъ свои особые притоки. Онѣ связаны между собою лишь постольку, поскольку онѣ черезъ *vasa efferentia* могутъ доставлять другъ другу матеріалъ, притомъ, какъ это давно извѣстно, также въ обратномъ направленіи. Но надо полагать, что эти выносящіе сосуды играютъ гораздо меньшую роль, и что главные пути непосредственно приносятъ лимфу изъ различныхъ отдѣловъ половыхъ органовъ къ отдѣльнымъ станціямъ железъ, такъ что къ различнымъ карциномамъ полового аппарата относятся также различныя очаги лимфатическихъ железъ.

Намъ, операторамъ, приходится сожалѣть, что, какъ учатъ эти анатомическія изслѣдованія и какъ подтверждаютъ наблюденія при брюшныхъ операціяхъ карциномы, лимфатическіе сосуды и лимфатическія железы въ области таза слѣдуютъ вдоль большихъ сосудовъ, поврежденіе которыхъ влечетъ за собою самыя роковыя послѣдствія. Особенно сложны условія для операціи въ томъ мѣстѣ, гдѣ мочеточникъ перекрещиваетъ *a. iliaca comm.* и дѣленіе ея на *iliaca ext.* и *hypogastrica*. Требуется чрезвычайно осторожная манера оперировать, чтобы уберечься отъ подобныхъ побочныхъ пораненій, тѣмъ болѣе, что раково-перерожденныя, увеличенныя и въ то же время воспаленныя железы имѣютъ свойство образовывать плотныя сращения съ окружностью, такъ что ихъ отдѣленіе, особенно отъ тонкой, легко ранимой венной стѣнки, зачастую весьма трудно и не можетъ быть выполнено столь радикально, какъ это было бы желательно въ смыслѣ стойкаго излеченія. Но, и помимо



Лимфатический аппарат женских половых органов.
(Полусхематически).



Лимфатическій аппаратъ женскихъ половыхъ органовъ.
(Полусхематически).

этихъ особенныхъ случайностей, выставленное ревностными поклонниками этой операціи требованіе, чтобы не только были удалены отдѣльные увеличенныя железы, но и всѣ и въ то же время соотвѣтственные лимфатическіе сосуды, должно быть названо совершенно невыполнимымъ. Наша оперативная техника всегда останется въ этомъ отношеніи позади техники хирурговъ при вычищеніи подкрыльцовой ямки при рактъ грудной железы.

Техника расширенной брюшной операціи рака.

Обоснованное выше стремленіе удалять не только одну раковую матку, какъ при влагалищной полной экстирпаціи, но съ нею одновременно таящую раковые зародыши клѣтчатку и по возможности также соотвѣтственный лимфатическій аппаратъ—имѣло послѣдствіемъ выработку особой операціи, которая для выполненія этихъ требованій должна была избрать брюшной путь. Существуетъ уже теперь нѣсколько соперничающихъ между собою методовъ, окончательная взаимная оцѣнка которыхъ еще невозможна, въ виду кратковременности ихъ испытанія.

Мы кладемъ въ основу нашего изложенія главнымъ образомъ методъ, выработанный *Wertheim*'омъ.

Дезинфекція больной обычная. Влагалище вымывается субламивомъ и сулемовымъ спиртомъ и выполняется іодоформной марлей, которая бы вбирала вытекающія при операціи выдѣленія и отдѣляющіяся отъ опухоли крошки.

Отъ подготовки самой карциномы, которая часто рекомендуется и выполняется, мы отказываемся. Не подлежитъ сомнѣнію, что въ распавшихся раковыхъ гнѣздахъ вегетируютъ бактеріи различнаго рода, даже патогенныя и въ высокой степени вирулентныя, которыя и таятъ въ себѣ особенную опасность операцій рака. Но подготовительнымъ выскабливаніемъ и прижиганіемъ карциномы эти бактеріи, проникающія въ глубину—по *Veit*'у, даже въ лимфатическія железы,—отнюдь не могутъ быть уничтожены, наоборотъ, скорѣе возникаетъ опасность дальнѣйшаго ихъ занесенія и диссеминаціи. Мы считаемъ особымъ преимуществомъ брюшной операціи передъ влагалищной именно то, что, при соблюденіи включенныхъ *Wertheim*'омъ мѣръ предосторожности, само раковое гнѣздо остается внѣ предѣловъ операціонной области, если не считать тѣ рѣдкіе случаи, когда, вопреки всяческой осторожности, пробѣвшій всю стѣнку рактъ прорывается во время операціи, но въ этомъ, разумѣется, предварительная подготовка карциномы ничего перемѣнить не можетъ. Въ остальныхъ случаяхъ удается всегда оградить брюшную полость и раневую область отъ всякаго загрязненія раковыми массами или выдѣленіями, чѣмъ вѣрнѣе всего предупреждается прививка раковыхъ клѣтокъ, а также зараженіе операціоннаго поля септическими секретами.

Для успѣшнаго выполненія этой брюшной полостной экстирпаціи раковой матки, мы считаемъ особенно важнымъ положеніе больной. Въ обыкновенномъ горизонтальномъ положеніи или также въ положеніи *Péan-Martin*'а съ отвисающими ногами, причѣмъ операторъ сидитъ между ногами больной, эта операція прямо-таки не выполнима, такъ какъ препарированіе въ глубинѣ таза, особенно на его передней стѣнкѣ, въ области параметрія, пузыря и мочеточниковъ крайне затруднено. Здѣсь больше, чѣмъ гдѣ-либо, сказывается чрез-

вычайная выгода положенія съ приподнятымъ тазомъ, которымъ *Fremund* уже пользовался въ своихъ первыхъ случаяхъ. Мы рекомендуемъ подвѣсить здѣсь больныхъ настолько, чтобы кишки остались совершенно вдали отъ операціонной области и глубина таза была доступна горизонтальному освѣщенію. Операція такъ сильно облегчается этимъ, что у не слишкомъ тучныхъ женщинъ мы обходимся даже поперечнымъ надлобковымъ разрѣзомъ по *Pfannenstiel*'ю.

Для обнаженія операціоннаго поля мы пользуемся брюшными зеркалами *Doyen*'а и *Fritsch*'а.

Вскрывъ брюшную полость, раньше чѣмъ приступить къ самой операціи, надо сперва тщательнымъ ощупываніемъ матки, параметрія, Дугласовыхъ складокъ, пузыри и мочеточниковъ, въ особенности боковыхъ стѣнокъ таза и позвоночника вдоль большихъ сосудовъ, убѣдиться, нѣтъ-ли метастазовъ въ лимфатическихъ железахъ, вообще оперируемый-ли это случай. Въ этомъ заключается немаловажная выгода брюшного метода, что онъ существенно пополняетъ сужденіе, приобретенное предварительно комбинированнымъ изслѣдованіемъ случая.

Кто слѣдуетъ этому совѣту, можетъ подтвердить сдѣланное нами неоднократно наблюденіе, что такимъ способомъ иной случай получаетъ совсѣмъ другое освѣщеніе, нежели раньше, притомъ въ томъ и другомъ направленіи. Случаи, казавшіеся благоприятными, представляются послѣ этого обстоятельнаго обследованія настолько хуже, что приходится отказаться отъ радикальной операціи. Неоднократно, напр., мы находили неожиданно плотно приросшія, твердыя, большія карциноматозныя лимфатическія железы, простиравшіяся далеко вверхъ по позвоночнику.

Но дабы въ этихъ случаяхъ использовать вскрытіе брюшной полости въ лечебномъ отношеніи, перевязываютъ, по примѣру *W. R. Pryor*'а и *Krönig*'а, обѣ аа. hypogastricae и ovaricae, дабы ограниченіемъ притока крови ослабить наклонность къ росту карциномы и, какъ *Krönig* могъ констатировать, уменьшить кровотеченія. Въ двухъ случаяхъ урэміи вслѣдствіе прижатія мочеточниковъ *Krönig* пересадилъ еще оба мочеточника въ пузырь, перерѣзавъ ихъ до вступленія въ параметрій.

Съ другой стороны, послѣ внутрибрюшного ощупыванія иногда оказывается, что раковое перерожденіе ограничивается лишь немногими железами, которыя могутъ быть удалены, что инфильтраты въ параметрії воспалительнаго характера, и такимъ образомъ случаи съ неблагоприятнымъ прогнозомъ представляются въ лучшемъ свѣтѣ и ободряютъ еще къ операціи, которая иначе была бы упущена.

Wertheim, v. Rosthorn и мы настойчиво подчеркивали это распознавательное значеніе брюшной операціи; *Krönig* идетъ такъ далеко, что совѣтуетъ даже въ случаяхъ, представляющихся а ргіоі неоперируемыми, вскрывать брюшную полость, дабы каждый случай полностью уяснить въ этомъ отношеніи. Необходимость подобнаго образа дѣйствія *Krönig* еще больше поддерживаетъ теперь, послѣ того какъ *Pankow* произвелъ тщательное гистологическое изслѣдованіе параметрія, мочеточниковъ и железъ въ 66 оперированныхъ имъ, частью съ односторонней резекціей мочеточника, случаяхъ рака шейки. Во многихъ случаяхъ двусторонней широкой инфильтраціи параметрія, въ которыхъ *Krönig*, несмотря на свои 87% оперируемости, считалъ сперва радикальное удаленіе рака едва-ли возмож-

нымъ, онъ затѣмъ послѣ предварительнаго консервативнаго леченія попытался и выполнилъ операцию. Rankow нашелъ, что параметріи были свободны отъ карциномы и обнаруживали лишь воспалительныя измѣненія, точно также и разбѣянные въ параметріи железы. Изолированные увеличенныя железы въ такихъ случаяхъ либо совѣмъ не находились, либо, если и были, оказывались свободными отъ карциномы.

Далѣе Rankow констатировалъ, что въ 12 случаяхъ, въ которыхъ была произведена резекція мочеточника, карцинома хотя и доходила болѣею частью до самаго мочеточника, но лишь единственный разъ пробиравалась въ его стѣнку, которой, повидимому, присуща особенная сопротивляемость противъ рака. Въ 3 изъ этихъ случаевъ не только мочеточникъ, но и клинически широко инфильтрованный параметрій были свободны отъ карциномы. Наконецъ эти изслѣдованія показали, что изъ 4 случаевъ, въ которыхъ клинически было констатировано oedema ballosum слизистой оболочки пузыря и кусокъ пузырной стѣнки, который не удалось отслоить отъ шейки, былъ тоже удаленъ, только одинъ разъ карцинома перешла на самую стѣнку пузыря, на другихъ же трехъ препаратахъ обнаружено только густое скопленіе круглыхъ клѣтокъ въ мускулатурѣ.

Когда, выяснивъ себѣ эти данныя, приступаютъ къ экстирпации, то начинаютъ ее съ того, что насаживаютъ на дно матки хорошо держащіяся щипцы, помощью которыхъ матку направляютъ во время операціи въ разныя стороны, чтобы напрягать то боковыя, то переднія или заднія соединенія и сдѣлать ихъ себѣ хорошо доступными.

Сперва матка сильно оттягивается черезъ симфизъ впередъ и вверхъ. Въслѣдствіе этого брюшина Дугласова пространства напрягается, особенно въ области Дугласовыхъ складокъ, и у не слишкомъ тучныхъ особъ можно видѣть (см. рис. 153), какъ черезъ брюшину съ обѣихъ сторонъ просвѣчиваетъ мочеточникъ. Во все дальнѣйшее теченіе операціи важно не терять изъ виду обоихъ мочеточниковъ на всемъ ихъ протяженіи черезъ тазъ вплоть до пузыря, какъ это можно прослѣдить на нашихъ рисункахъ. Предварительное зондированіе мочеточниковъ путемъ цистоскопіи мы считаемъ, согласно съ Wertheim'омъ, не только излишнимъ, но и вреднымъ. Во многихъ случаяхъ оба мочеточника видны безъ затрудненій, тогда незачѣмъ искать ихъ посредствомъ спеціальной препарировки. Въ противномъ случаѣ надо ихъ обнаружить, осторожно расщепляя брюшину въ той области, гдѣ предполагаются мочеточники, причемъ, какъ совѣтуетъ Krönig, не прямо надъ мочеточниками, а нѣсколько сбоку, такъ что при отсепарованіи брюшиннаго лоскута они остаются покрытыми брюшиной и такимъ образомъ менѣе лишаются питающихъ сосудовъ. При этомъ, какъ и при всѣхъ дальнѣйшихъ манипуляціяхъ въ области мочеточниковъ, рекомендуется возможно бережнѣе обращаться съ самимъ мочеточникомъ, никогда не сжимать и не держать его пинцетомъ и не вынимать изъ его широкопетлистой клѣтчатки.

Всѣ операторы пришли къ убѣжденію, что слишкомъ большое обнаженіе мочеточника влечетъ за собою опасность гангрены. Если послѣдняя занимаетъ большое протяженіе, то послѣдствіемъ является смертельный перитонитъ; въ болѣе благоприятныхъ случаяхъ гангрена ведетъ къ появленію въ высшей степени непріятныхъ мочеточничко-влагалищныхъ свищей, которые представляютъ тяжелое

осложненіє въ ходѣ излеченія и требуютъ серьезныхъ послѣдовательныхъ операцій.

По инициативѣ *Wertheim'a*, *Feitel* подвергъ тщательному изуче-

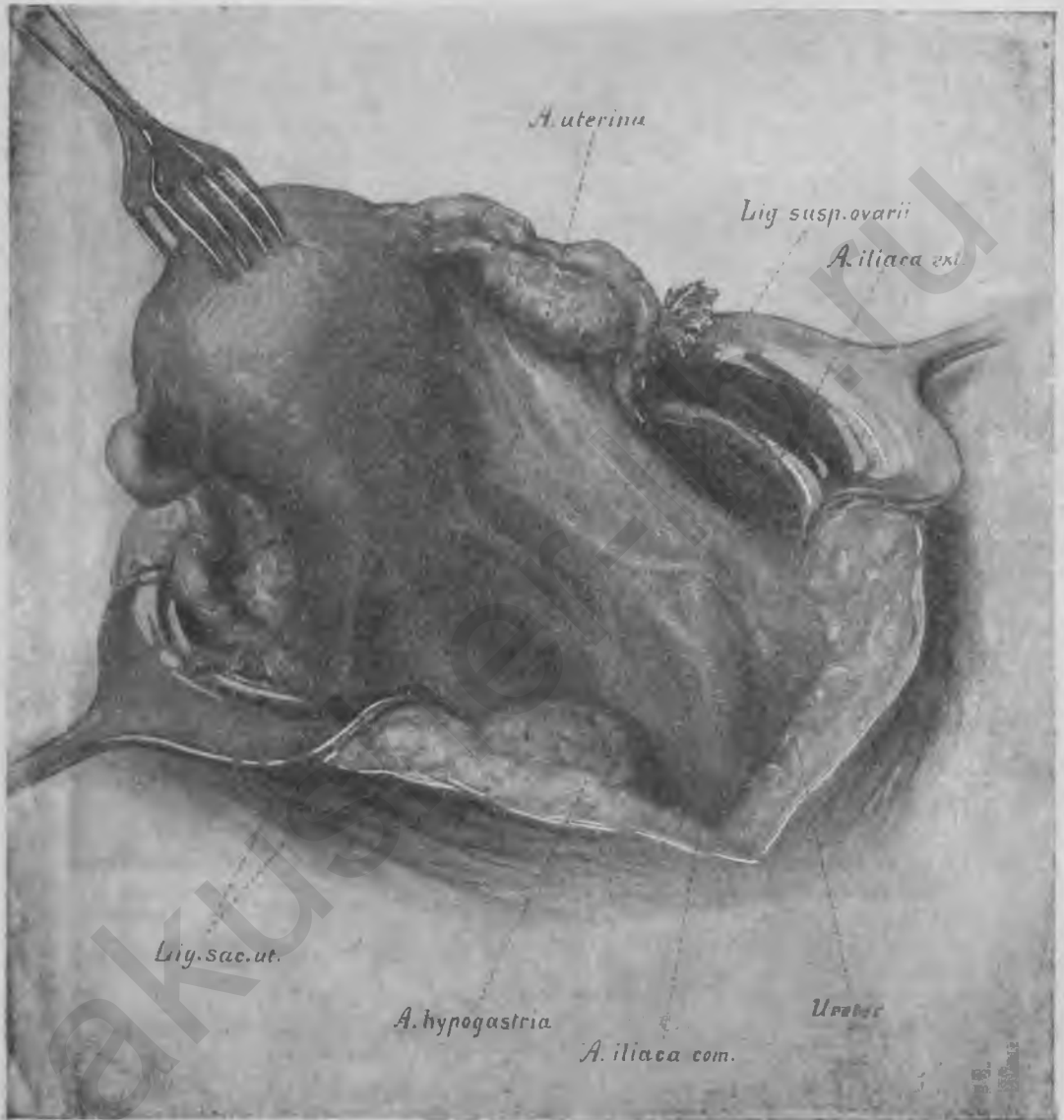


Рис. 153. Брюшная операція рака по *Wertheim'у*.

Благодаря сильному оттягиванію матки вверхъ и напряженію брюшины Дугласова пространства, видна топографія боковой стѣнки таза, сосуды и мочеточникъ.

нію помощью инъекцій сосуды, питающіє мочеточникъ. Въ результатѣ оказалось, что артеріи и здѣсь не отличаются постоянствомъ. Для операціи имѣютъ значеніє главнымъ образомъ два сосуда: во-первыхъ, такъ назыв. *Feitel'емъ* art. ureterica, которая иногда само-

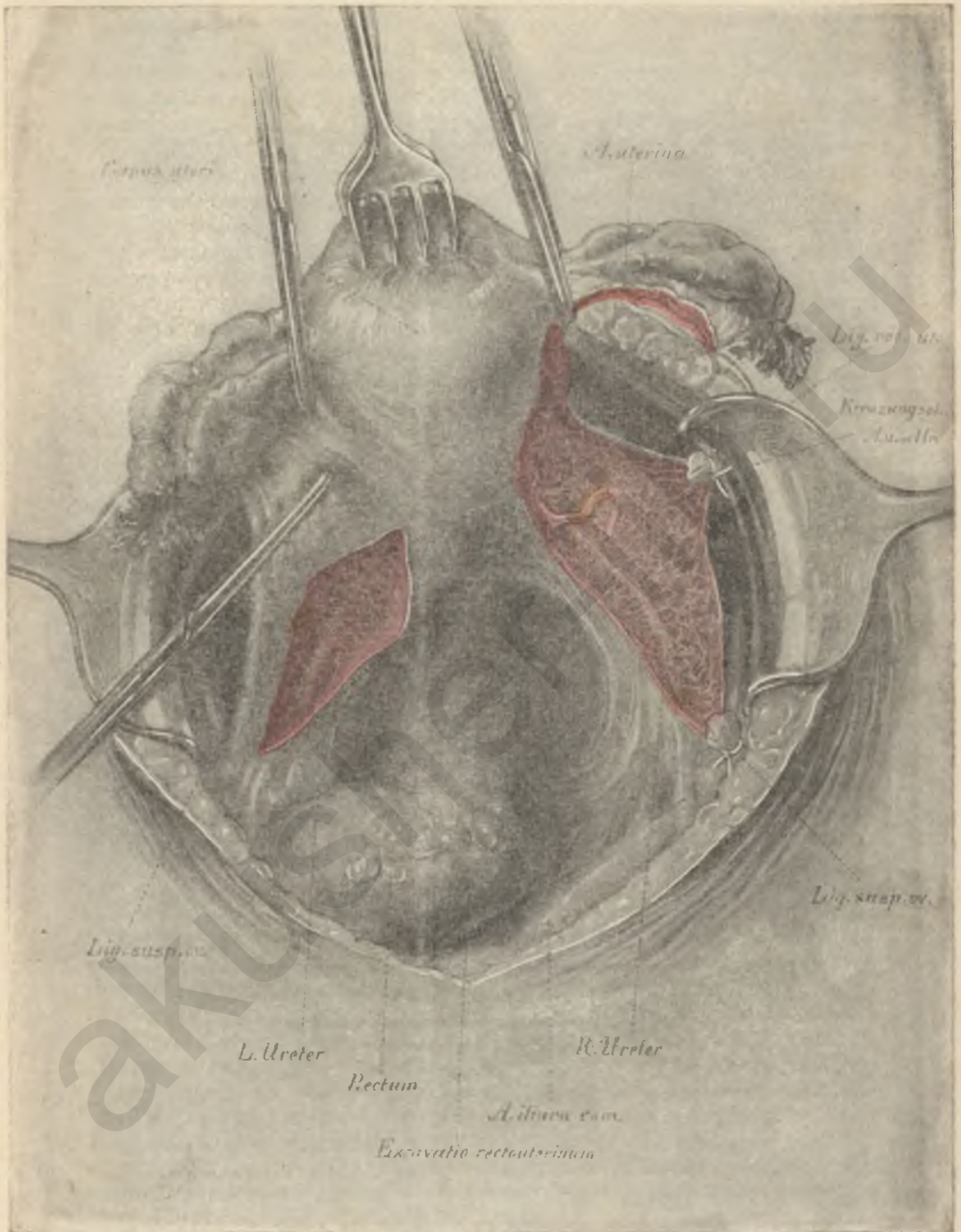


Рис. 154. Препарование мочеточниковъ.
Справа широкая связка совсѣмъ перерѣзана.

стоятельно отходить отъ аорты, большею же частью отъ *a. hypogastrica*, рѣже отъ *a. iliaca comm.* Второй сосудъ, который снабжаетъ нижнюю треть мочеочника, гдѣ онъ при операціи чаще всего затрогируется, происходитъ изъ *a. uterina* и *vesicalis sup.* Большею частью *art. ureterica* можно падить, если не затрогивать брюшину кнутри отъ мочеочника и при вычищеніи *gl. hypogastricae* обращать вниманіе на этотъ сосудъ. Но главное, по нашему мнѣнію, не въ томъ, чтобъ стараться падить отдѣльные сосуды, что черезчуръ противорѣчитъ общему направленію операціи и зачастую совершенно невозможно, но скорѣе въ томъ, чтобы оставлять по возможности мочеочникъ на его подстилкѣ, не теробить и не поднимать его. Если его выдергиваютъ изъ его ложа, то эти сосуды отрываются и если обнаженіе происходитъ на большомъ протяженіи, такъ что сосуды, идущіе вдоль въ его стѣнкѣ недостаточны для его питанія, тогда мы рискуемъ омертвѣніемъ мочеочника.

Экстирпація начинается теперь съ того, что съ обѣихъ сторонъ перевязываютъ сѣменные сосуды и затѣмъ перерѣзаютъ широкую связку, причемъ накладываютъ также лигатуру на круглыя связки изъ-за проходящихъ здѣсь сосудовъ. Нижніе пункты обонхъ разрѣзовъ, разъединившихъ связки, соединяютъ спереди и сзади поперечными разрѣзами, которые разъединяютъ только брюшину, вслѣдствіе чего отдѣляются переходныя складки брюшины, идущія съ пузыря и прямой кишки на матку. Если теперь сильно оттянуть матку щипцами, управляющими ею, черезъ мышь кзади, то передняя стѣнка влагалища напрягается и легко удастся компрессикомъ отгѣснить князу рыхлую клѣтчатку, соединяющую пузырь съ шейкой. Ниже, въ области соединенія пузыря съ передней влагалищной стѣнкой, слои соединительной ткани переплетаются, и тамъ приходится тонкими, круглыми *Cooper*'овскими ножницами старательно перерѣзать эти пучки шагъ за шагомъ.

Для обнаженія части мочеочника, идущей въ параметрію, лучше всего отпрепаровать тунымъ инструментомъ въ тазовой клѣтчаткѣ проходящую надъ мочеочникомъ къ маткѣ *art. uterina*; тотчасъ подъ *a. uterina* лежитъ *vena uterina*. *Wertheim* поступаетъ такимъ образомъ, что проводитъ палецъ подъ эти сосуды и надъ мочеочникомъ, нарушая этимъ соединеніе между мочеочникомъ и сосудами. Надъ пальцемъ накладывается лигатура помощью *Deschamp*'овской иглы. Вѣрнѣе и проще представляется намъ либо перерѣзать маточную артерію и вену осторожными, короткими ударами ножницъ и тотчасъ захватить брызжущіе концы, либо защемить сперва сосуды зажимомъ по возможности у тазового края и затѣмъ перерѣзать ихъ. Раньше чѣмъ наложить лигатуру надъ зажимомъ рекомендуется, отодвинувъ въ сторону перерѣзанные концы сосудовъ и клѣтчатку, обнажить мочеочникъ на его протяженіи черезъ параметрію, дабы быть увѣреннымъ, что онъ остается въ сторонѣ отъ лигатуры.

Если *pars vesicalis* мочеочника не отсепарована уже отъ боковой влагалищной стѣнки при отслоеніи пузыря, то это слѣдуетъ произвести теперь, осторожно прослѣживая и обнажая мочеочникъ до его паденія, но щадя по возможности окутывающую его клѣтчатку.

Сзади соединеніе между прямой кишкой и задней влагалищной стѣнкой оказывается настолько рыхлымъ, что достаточно потянуть за матку, чтобы отдѣлить *rectum* отъ задней влагалищной стѣнки.

Ближайшая задача, высвобожденіе параметрію, представляетъ

самую трудную часть операции. Этому акту слѣдуетъ посвятить особенное вниманіе, ибо, во-первыхъ, главное значеніе при операциі придается тому, чтобы возможно больше удалить этой клѣтчатки, таящей въ себѣ при цервикальныхъ карциномахъ раковыя гнѣзда, во-вторыхъ, здѣсь лежитъ то важное въ топографическомъ отношеніи мѣсто, гдѣ поперечно идущая маточная артерія скрещивается съ мочеточникомъ, перерѣзывающимъ параметрій вдоль. Такъ какъ развѣтвляющіеся здѣсь сосуды требуютъ лигатуръ, то мочеточнику грозитъ быть тоже захваченнымъ, и при влагалищной полной экстирпациі, при которой, по крайней мѣрѣ до сихъ поръ, мочеточникъ не обнажался посредствомъ препарировки, иногда неизбѣжно было захватываніе его въ лигатуру, равно какъ печальная перерѣзка, особенно если карциноматозные инфильтраты не давали ему ускользнуть.

Брюшной методъ, который въ каждомъ стадіи операциі съ начала до конца даетъ возможность различать мочеточникъ на всемъ его протяженіи до впаденія въ пузырь, ограждаетъ отъ его непреднамереннаго поврежденія. Если мочеточникъ проходитъ среди обросшей его карциномы, какъ показываетъ рис. 158, снятый съ препарата Тюбингенской клиники, или если онъ самъ раково перерожденъ (см. рис. 157), тогда брюшная операциі даетъ намъ возможность экстирпировать большую сторону вмѣстѣ съ мочеточникомъ и соответственной почкой, — что и было съ успѣхомъ произведено въ упомянутомъ случаѣ, — убѣдившись предварительно въ наличности другой почки и цѣлости другого мочеточника.

Какое значеніе имѣеть бережное обращеніе съ мочеточниками, видно изъ того, что всемъ операторамъ пришлось въ этомъ пунктѣ поплатиться. *Wertheim* получилъ въ своей второй серіи изъ 30 операций 5 мочеточничко-влагалищныхъ фистулъ. *v. Rosthorn* отмѣчаетъ на 33 операциі 8 прямыхъ поврежденій пузыря, одну фистулу отъ некроза пузыря стѣнки и 2 фистулы отъ некроза мочеточниковъ. *Döderlein* тоже имѣлъ 3 случая свищей мочеточника вслѣдствіе гангрены, изъ коихъ одинъ погибъ отъ перитонита.

Krönig не имѣлъ ни одного случая нечаяннаго пораненія или некроза мочеточника и обязанъ этимъ тому обстоятельству, что онъ 8 разъ сдѣлалъ частичную резекцію мочеточника: 2 раза для расширенія оперируемости раковой матки, 5 разъ при палліативныхъ операцияхъ рака для устраненія урэміи, обусловленной карциноматозной стриктурой мочеточника, и 1 разъ изъ опасенія некроза вслѣдствіе разстройства питанія.

Опытъ выработалъ въ этомъ актѣ операциі, обнаженіи и дальнѣйшемъ уходѣ за мочеточниками, совершенно особенную технику. Въ простыхъ, благопріятныхъ случаяхъ, гдѣ ракъ еще не захватилъ параметрія и проходящихъ здѣсь сосудовъ и въ особенности мочеточниковъ, уходъ за мочеточниками сравнительно легокъ и простъ: мочеточникъ бережно отпрепаровывается, такъ что онъ становится виднымъ, не будучи сдвинутымъ съ своего ложа, и его питаніе и проходимость не страдаютъ. Напротивъ, въ неблагопріятныхъ случаяхъ мочеточникъ нуждается въ особомъ хирургическомъ леченіи либо вслѣдствіе имѣющихся въ немъ стриктуръ, замѣтныхъ по расширенію, либо вслѣдствіе того, что онъ самъ оказывается раково-перерожденнымъ. Выше упомянуты 8 случаевъ резекціи мочеточника *Krönig'a*; *Rumpf* и *Döderlein* удалили карциноматозные моче-

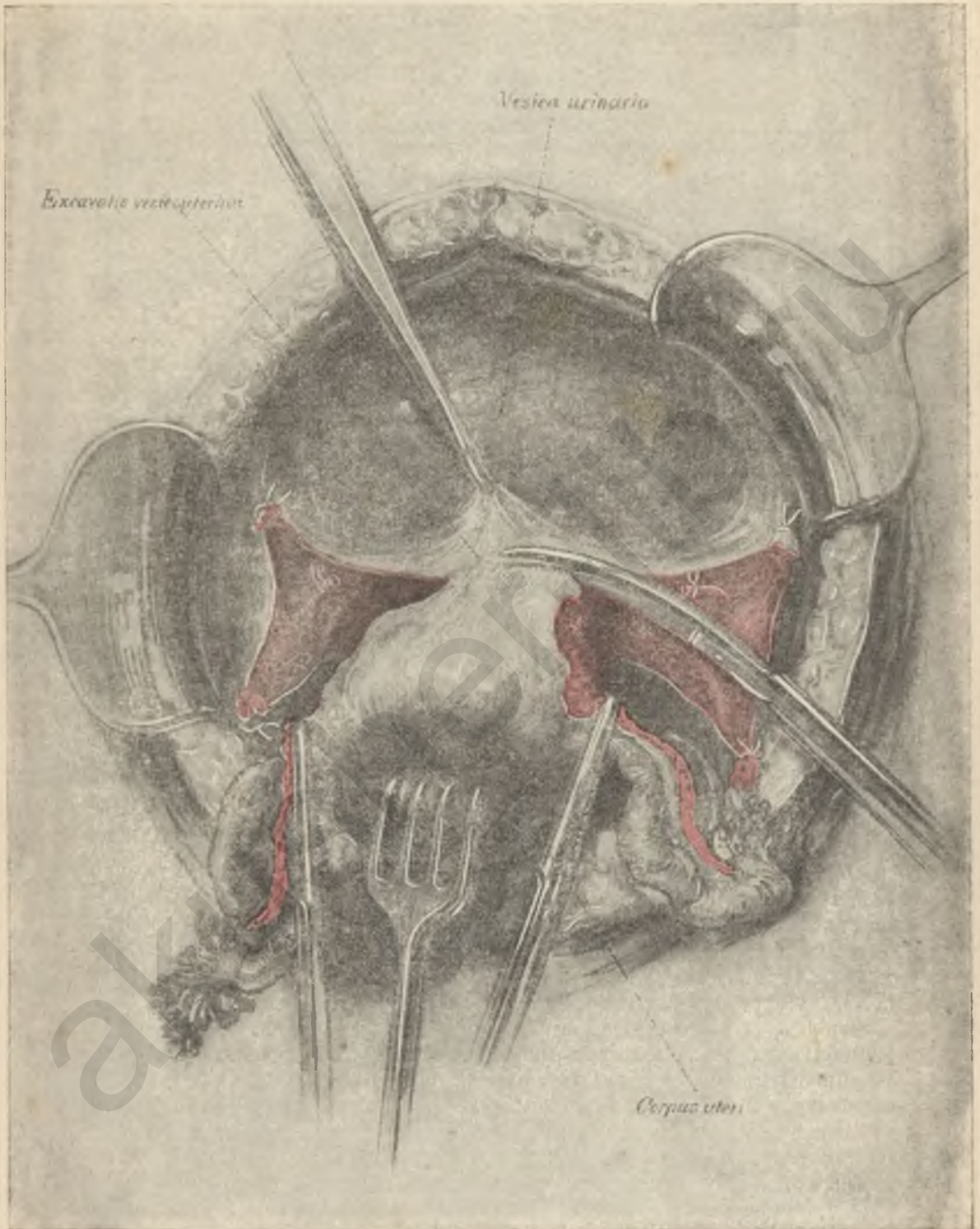


Рис. 155. Об'є широкої зв'язки перерізано. Поперечне відділення брюшини
пузырно-маточної складки.

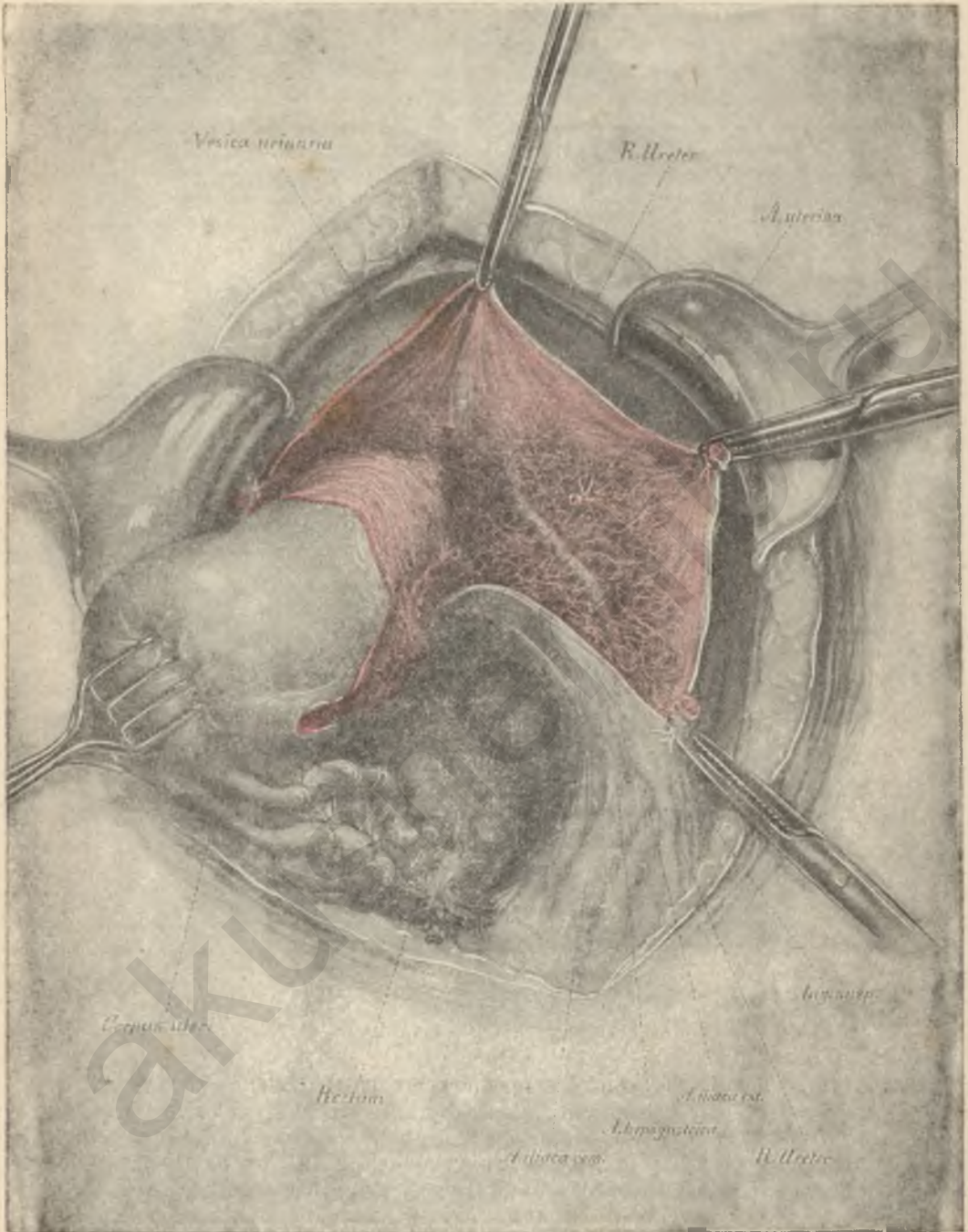


Рис. 156. Пузырь отслоенъ, правая а. uterina перевязана, виденъ правый мочеточникъ въ его прохожденіи черезъ параметрій, а въ особенности его отпрепарированная pars vesicalis.

точники вмѣстѣ съ соответственной почкой, и пока эти случаи протекають успѣшно.

Если мочеточникъ настолько вступилъ въ связь съ карциномой, что онъ самъ раково переродился или проходитъ среди карциномы, такъ что пришлось бы ее разрѣзать, чтобы его освободить, тогда, въ согласіи съ *Sampson'*омъ, мы рекомендуемъ въ интересахъ радикальной операціи перерѣзать его поодаль отъ мѣста впаденія въ раковую массу и сперва закончить операцію. Если удалось сберечь второй мочеточникъ, то, убѣдившись въ наличности и функционируваніи второй почки, удаляютъ весь больной мочеточникъ съ соот-

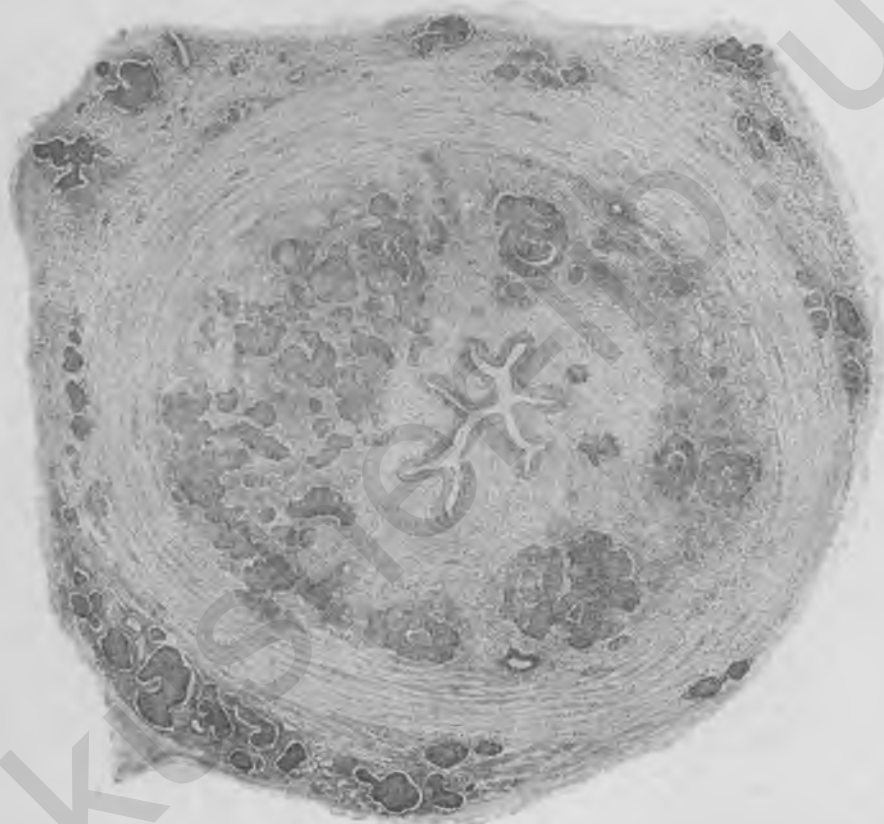


Рис. 157. Микроскопическая картина мочеточника съ раково-перерожденной стѣнкой.

ответственной почкой, притомъ проще всего со стороны брюшной полости, чтобы не прибѣгать для этой цѣли къ новымъ разрѣзамъ. Предложенную *Füth'*омъ, *Bastionelli*, *Феноменовымъ*, *L. Landau* для такихъ случаевъ простую перевязку почечнаго конца мочеточника, въ ожиданіи, что соответственная почка прекратитъ послѣдовательно свою дѣятельность, мы считаемъ нераціональной, послѣ того какъ наблюдали въ одномъ подобномъ случаѣ, попавшемъ впослѣдствіи на вскрытіе, образованіе гидронефроза, а *Krönig* видѣлъ появленіе мочеточнико-влагалищной фистулы, несмотря на двойную перевязку оставшагося конца мочеточника шелкомъ, вѣроятно, вслѣдствіе прорѣзанія нитокъ.

Если хотятъ избѣжать одновременной экстирпации почки, то выступаетъ на очередь шиваніе мочеточника (uretero-ureterostomia) или образованіе соустья съ пузыремъ (ureterocystanastomosis), что уже въ многочисленныхъ случаяхъ было произведено съ полнымъ успѣхомъ. *Fritsch, Stöckel, Mackenrodt, Franz-Bumm, Lichtenauer, Martin, Krönig, Döderlein* и др. описали подобныя операціи.

Соединеніе перерѣзанныхъ концовъ мочеточника предпринимается тогда, когда верхній конецъ настолько отдаленъ отъ пузыря, что образованіе соустья съ послѣднимъ невыполнимо. Простое прилаживаніе обоихъ краевъ разрѣза мало обезпечиваетъ заживленіе, такъ какъ раненыя поверхности крайне малы. Лучше инвагинація обоихъ

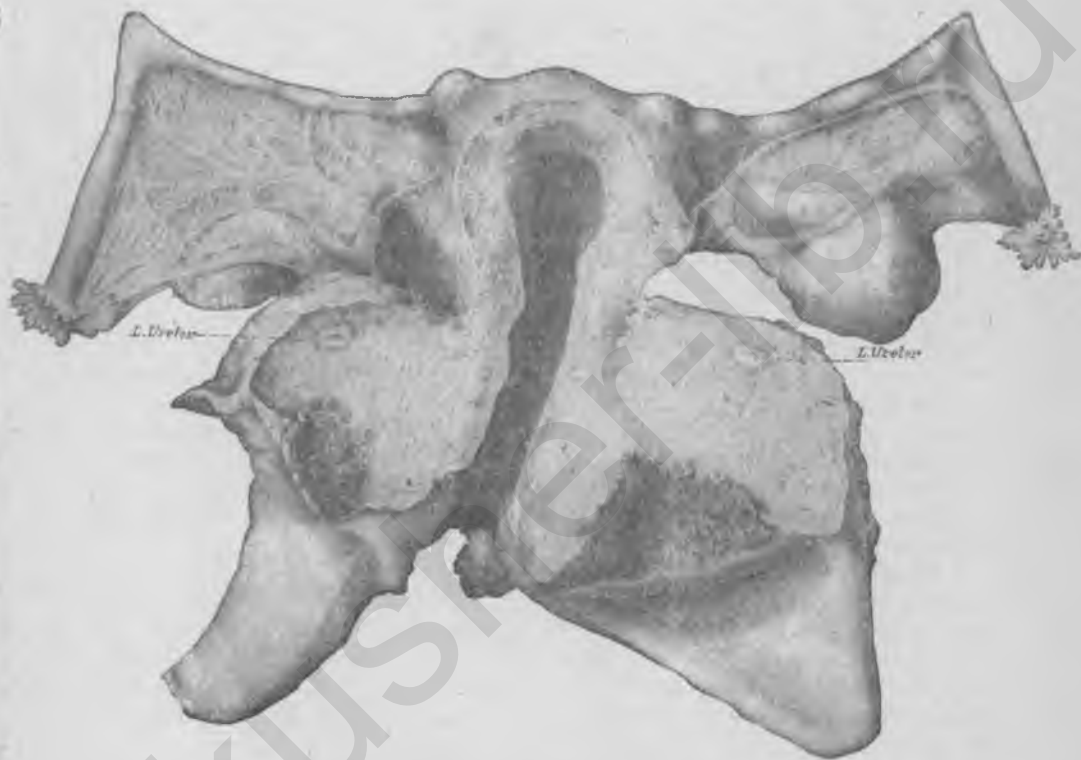


Рис. 158. Добытый посредствомъ брюшной полной экстирпации препаратъ цервикальной карциномы, въ которомъ лѣвый мочеточникъ проходитъ среди раковой инфильтраціи.

кусковъ, такъ чтобы верхній конецъ довольно далеко былъ воткнутъ въ нижній. Въ одномъ случаѣ мы съ полнымъ успѣхомъ примѣнили этотъ способъ. Другой приѣмъ *Weller van Hook'a* состоитъ въ томъ, что завязываютъ нижній конецъ мочеточника, прорѣзываютъ въ его передней стѣнкѣ щель, черезъ которую вдвигаютъ верхній конецъ и и шиваютъ, какъ показано на рис. 159.

Имплантація перерѣзаннаго мочеточника въ пузырь упрощается здѣсь потому, что искомыя части, мочеточникъ и пузырь, обнажены уже самой операціей, и потому отпадаетъ рядъ предварительныхъ вопросовъ о направленіи разрѣза, внѣ- или внутривнутрибрюшинномъ отысканіи мочеточника и т. д.

Техника имплантаціи мочеточника изложена въ главѣ о свищахъ мочеточника, куда мы и отсылаемъ.

Вопросъ о томъ, выбрать-ли въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ образование соустья съ пузыремъ или одностороннюю экстирпацію почки, рѣшается въ зависимости отъ положенія вещей. Если мочеточникъ или его ближайшая окружность карциноматозны, или если разстояніе конца мочеточника отъ пузыря настолько велико, что онъ не можетъ быть приближенъ безъ дерганія, или если расширеніе указываетъ уже на бывшій застой, въ которомъ, вѣроятно, приняла участіе и соответственная почка, тогда мы предпочитаемъ экстирпацію почки. Но и для другихъ случаевъ, гдѣ нѣтъ подобныхъ осложнений, экстирпація почки по своимъ послѣдствіямъ, пожалуй, менѣе тяжелая операція, нежели имплантація мочеточника. Если пересадка не держитъ плотно, что при нѣжности участвующихъ тутъ тканей не всегда можно гарантировать съ увѣренностью, тогда въ послѣдствіи самыя тяжкія осложнения, какъ пропитываніе мочей, ихорозные абсцессы съ восходящимъ піелонефритомъ, кладутъ конецъ жизни. *Franz* констатировалъ, кромѣ того, что отечное припуханіе пересаженного мочеточника можетъ повлечь за собою функциональное разстройство, каковое въ одномъ случаѣ *Herff*'а повело къ смерти. Съ другой стороны, въ двухъ случаяхъ, въ которыхъ пробная лапаротомія обнаружила невозможность радикальной операціи, а оба мочеточника были расширены до толщины большого пальца, и въ третьемъ случаѣ, въ которомъ уже сутки держалась анурия вслѣдствіе прижатія мочеточника, *Krönig* произвелъ двустороннюю имплантацію мочеточника въ пузырь. Во всѣхъ 3 случаяхъ наступило съ перваго дня послѣ операціи правильное, обильное мочеотдѣленіе и функциональныя разстройства не замѣчались. Такъ какъ человѣкъ можетъ продолжать жить съ одной почкой, то экстирпація почки надо меньше бояться, нежели пересадки мочеточника, если послѣдняя не можетъ быть произведена совсѣмъ легко и надежно.

Когда параметрія перерѣзаны, тогда матка виситъ только, не считая влагалища, на обѣихъ крестцово-маточныхъ связкахъ, которыя при сильномъ потягиваніи матки впередъ и вверхъ напрягаются и либо прямо перерѣзаются, а затѣмъ уже захватываются брызжущіе сосуды, которые всегда здѣсь попадаютъ, либо и здѣсь накладываютъ предварительно зажимъ, причемъ не слѣдуетъ, разумѣется, захватывать слишкомъ близко къ прямой кишкѣ.

Наконецъ, матка совершенно свободна и только еще соединяется съ вытянутой теперь въ длину влагалищной трубкой. Марля теперь вынимается изъ влагалища, влагалище еще разъ вычищается сухими шариками, и *Wertheim*'овскій зажимъ, изогнутый почти подъ прямымъ угломъ, какъ показываетъ рис. 161, накладывается на пустую теперь влагалищную трубку возможно дальше ниже карциномы, причемъ матка сильно оттягивается къ мысу. Если влагалище слишкомъ широко, чтобы можно было однимъ зажимомъ надежно разобщить весь каналъ, тогда накладываются два зажима, одинъ справа, другой слѣва, причемъ концы зажимовъ посрединѣ заходятъ другъ за друга.

Осторожно оттѣсняя выпирающій надъ зажимомъ пузырь, перерѣзаютъ теперь ножомъ или ножницами влагалище поперекъ ниже зажима, такъ что послѣдній остается на препаратѣ и выполняетъ то назначеніе, что при вскрытіи влагалища разобщаетъ вполне раковое

гвѣздо, чтобы помѣшать всякому вытеканию раковыхъ частицъ или выдѣлений. Удачное проведеніе этого отщемленія ограждаетъ отъ опасностей, сопряженныхъ съ подобными загрязненіями.

Кровотеченія останавливаются изолированной перевязкой. Затѣмъ приступаютъ къ экстирпации железъ, причемъ оцупываютъ на мѣстахъ, которыя слѣдуетъ точно знать, нѣтъ-ли увеличенныхъ железъ, и высвобождаютъ таковыя изъ ихъ клѣтчатки частью тупымъ путемъ, частью съ инструментальной помощью.

Закрытіе раненой области дѣлается такимъ образомъ, что сперва перерѣзанную поперекъ брюшину прямой кишки соединяютъ съ зад-

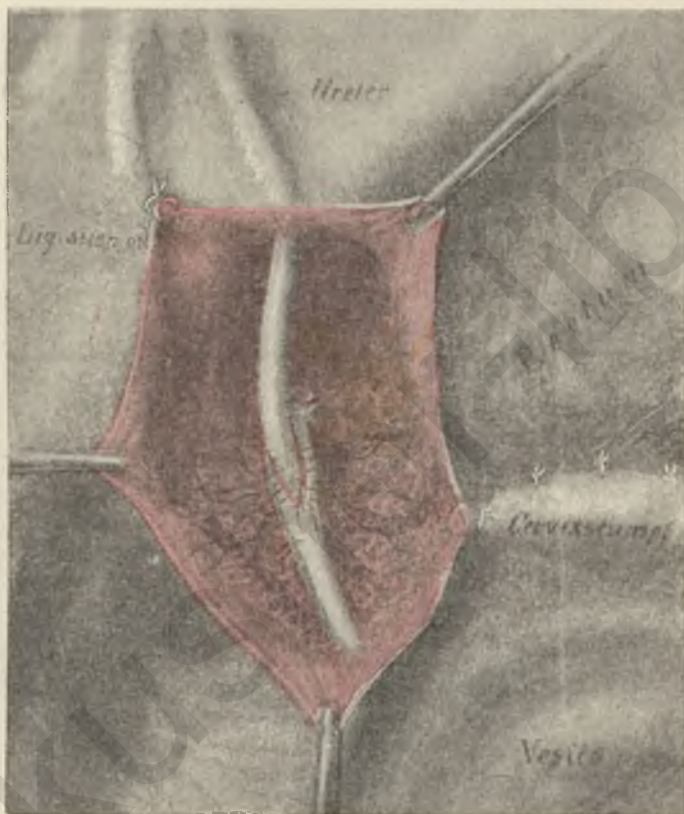


Рис. 159. Ureterorrhaphia или Uretero-Ureterostomia.
(Kelly, «Operative Gynäkologie» Bd. I, S. 467).

ней влагалищной стѣнкой такимъ образомъ, чтобы подъ ними не оставалось мертвое пространство, что достигается поверхностнымъ захватываніемъ межлежащей рыхлой клѣтчатки. Такимъ же образомъ перерѣзанная поперекъ брюшина пузыря соединяется съ передней влагалищной стѣнкой, причемъ опять-таки захватываютъ пузырь въ складку, разумѣется, совсѣмъ поверхностно, дабы и здѣсь избѣгнуть образованія мертвыхъ пространствъ.

Это осторожное пришиваніе отслоеннаго пузыря пріобрѣтаетъ также значеніе, въ виду возможности возникновенія послѣоперацион-

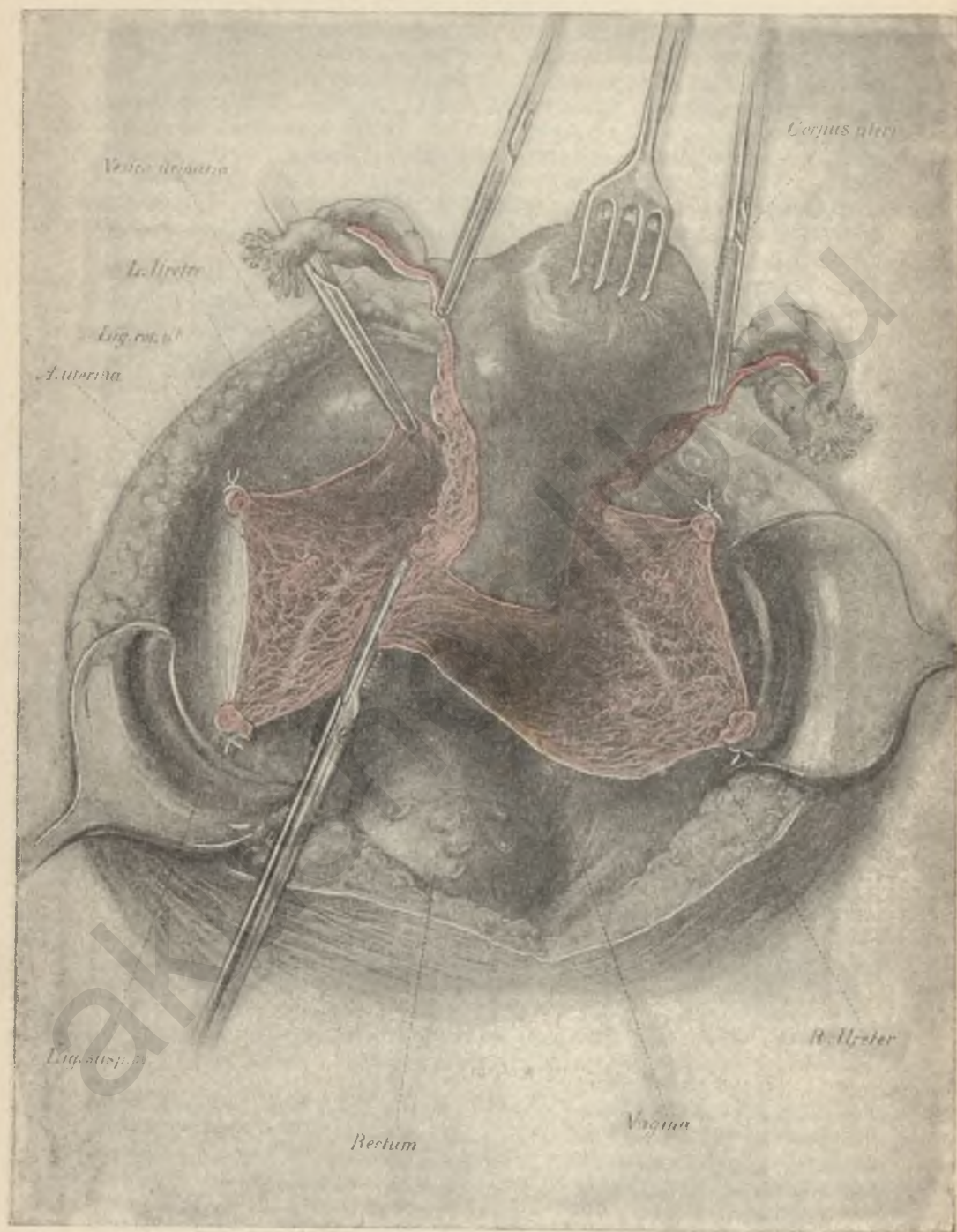


Рис. 160. Матка висит только на влагалищѣ и lig. Douglasii

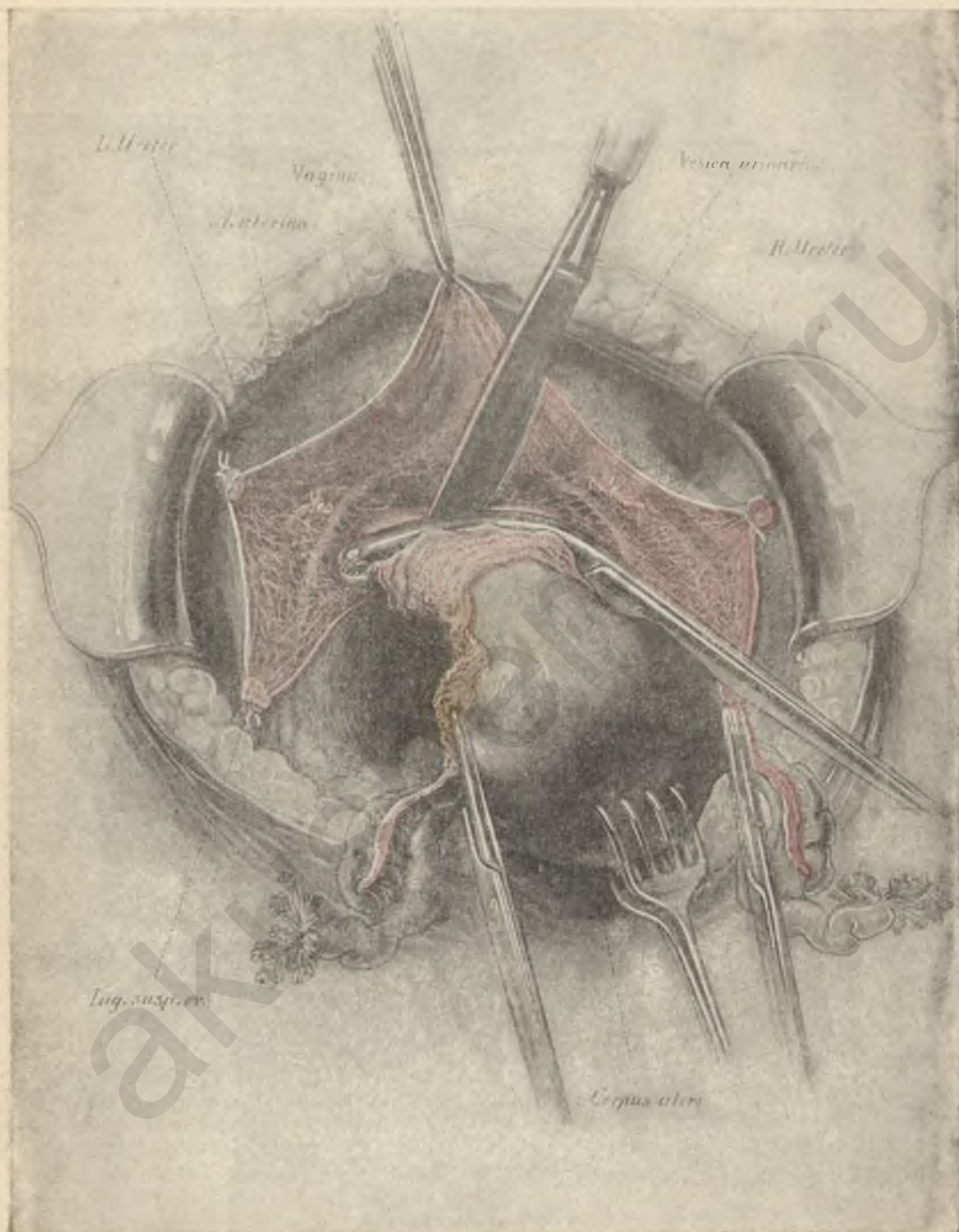


Рис. 161. Перерѣзка влагалища ниже Wertheim'овскаго зажима, служащаго для разобщенія раковаго гнѣзда.

наго цистита; какъ отмѣчаютъ *Krönig* и *Menge*, этимъ предупреждается чрезмѣрное расслабленіе лишившагося опоры пузыря.

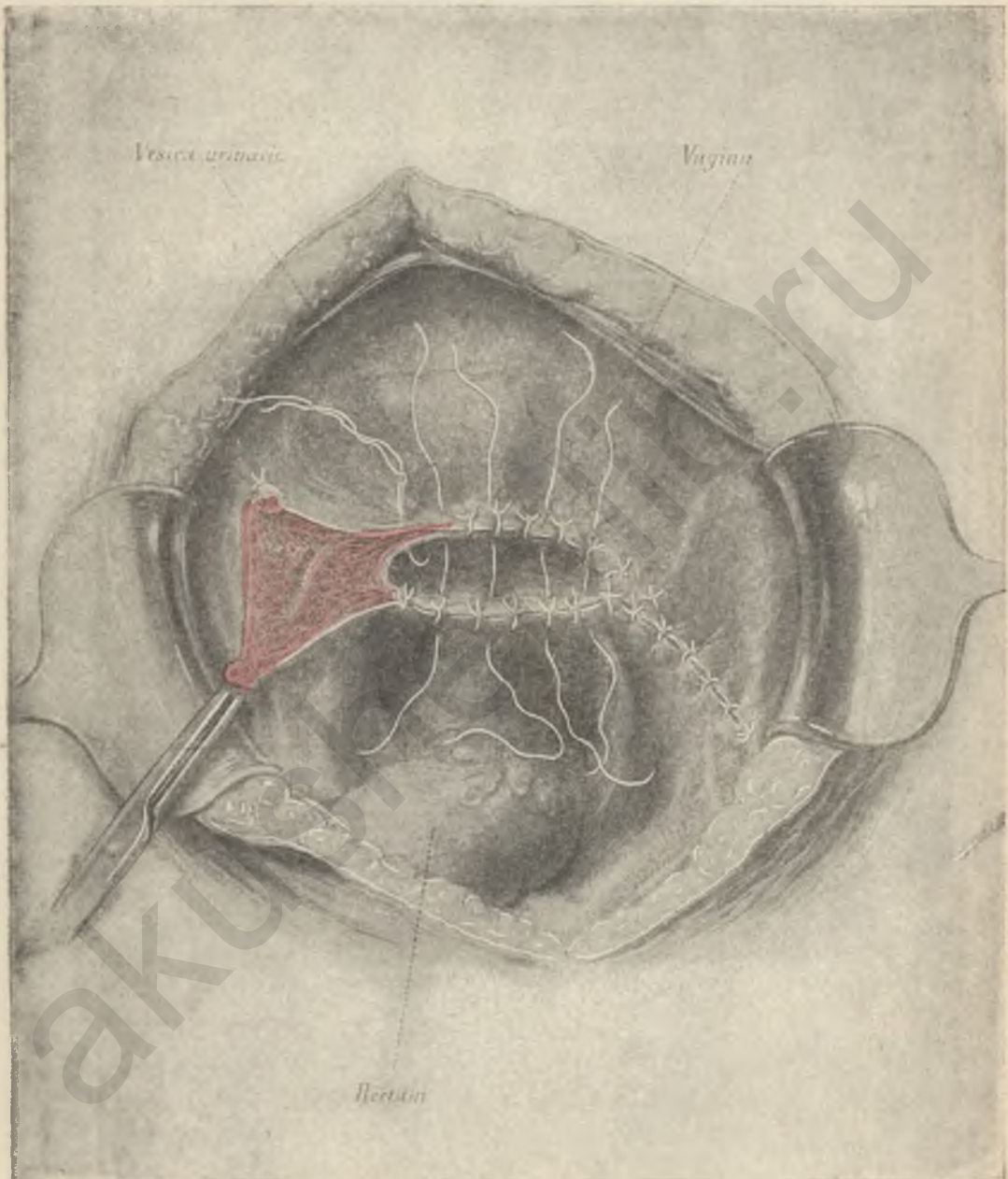


Рис. 162. Закрытие раненой области брюшиннымъ покровнымъ ливомъ.

Наконецъ, остающіяся боковыя раны и карманы клѣтчатки могутъ быть обработаны различно. Если ракъ далеко зашелъ, такъ что при отдѣленіи параметрія и пакетовъ железъ образовались большія раненыя полости, тогда мы рекомендуемъ дренажъ этихъ полостей,

которыя неминуемо дадутъ сильную секрецію, по способу *Atan'n'a*, который рекомендуетъ дренировать съ обѣихъ сторонъ, возлѣ и кнутри отъ сѣдалищнаго бугра, черезъ *sacrum ischiorectale*, выводя дренажъ черезъ противоотверстіе возлѣ большихъ губъ. Если же нѣтъ значительныхъ полостей и кармановъ, тогда можно и здѣсь линейно соединить брюшинные листки при поверхностномъ захватываніи боковой клѣтчатки, причемъ, конечно, при всякомъ швѣ надо обращать тщательное вниманіе на мочеточники и на проходящія здѣсь большіе сосуды. Въ заключеніе отороченные уже брюшиной влагалищные края сшиваются, такъ что влагалищныя стѣнки, равно какъ листки брюшины вполне соединены между собою, и къ брюшной полости остается обращеннымъ солидное соединеніе краевъ раненой брюшины, которое лучше всего предотвращаетъ позднѣйшее осложненіе въ видѣ срощенія кишекъ съ кульями.

Послѣдовательный уходъ не отличается ничѣмъ отъ обычнаго при лапаротоміи, только на одинъ пунктъ должно быть обращено особенное вниманіе, это — на предупрежденіе и цѣлесообразное леченіе послѣоперационнаго цистита. Опытъ всѣхъ операторовъ говоритъ за то, что именно послѣ этихъ брюшныхъ полныхъ экстирпацій, при которыхъ пузырь на большомъ протяженіи отслаивался отъ своей подстилки, особенно часто и упорно наступаетъ *cystitis post-operativa* вслѣдствіе разстройствъ иннерваціи и кровообращенія. *Wertheim, v. Rosthorn, Zwickel, Krönig, Baisch-Döderlein* высказываютъ мнѣніе, что эти циститы, которые появляются въ періодъ поправленія послѣ брюшной операціи, не только существенно удлиняютъ ходъ выздоровленія, но и обуславливаютъ прямую опасность для жизни вслѣдствіе возможности восходящаго уретерита и піелонефрита. Между тѣмъ какъ *Krönig* хочетъ бороться съ этимъ осложненіемъ посредствомъ особаго пришиванія пузыря «въ сборку» при операціи, въ Тюбингенѣ, на основаніи обширныхъ бактериологическихъ изслѣдованій *Baisch'a*, было обращено особенное вниманіе на профилактику цистита въ послѣоперационномъ періодѣ.

Изслѣдованія *Baisch'a* обнаружили, что, вопреки мнѣнію прежнихъ авторовъ, это воспаленіе пузыря обуславливается не иммиграціей бактерій, стоящей внѣ сферы нашихъ вліяній, хотя бы, напр., изъ кишечника, но занесеніемъ извнѣ черезъ уретру или самостоятельнымъ проникновеніемъ по этому пути. Какъ заразовозбудители, были найдены имъ здѣсь гноеродныя бактеріи, къ которымъ очень часто присоединяется кишечная палочка. Эти микроорганизмы могутъ вызвать тяжелое заболѣваніе пузыря, особенно тогда, если они вслѣдствіе частой катетеризаціи заносятся массами и находятъ въ болѣе или менѣе наполненномъ всегда вслѣдствіе задержки мочи пузырь благопріятныя условія для своего развитія. Отсюда вытекаетъ то практическое слѣдствіе, что надо, насколько возможно, избѣгать катетера; въ этихъ видахъ неоднократно оказывается успѣшнымъ впрыскиваніе 20 куб. см. 3% боро-глицерина въ пузырь. Но при тѣхъ глубокихъ разстройствѣхъ иннерваціи, какія наступаютъ въ пузырь послѣ операцій рака, это возбужденіе мочеиспусканія оказывается недостаточнымъ, и мы все-таки вынуждены браться за катетеръ. Такъ какъ даже при величайшей внимательности неизбѣжно занесеніе бактерій въ пузырь при катетеризаціи, то *Baisch* попробовалъ дезинфицировать пузырь тотчасъ послѣ катетеризаціи, промывая его нѣжнымъ антисептическимъ средствомъ, въ предупре-

ждение развитія этихъ зародышей. Эти профилактическія промыванія пузыря должны продолжаться до тѣхъ поръ, пока на 2—3-й недѣлѣ послѣ операціи пузырь станетъ вполне опорожняться самопроизвольнымъ мочеиспусканіемъ. При неполномъ опорожненіи мочи, въ остаточной мочѣ могутъ развиваться бактеріи и вызвать циститъ.

Этой послѣдовательной профилактикой мы достигли въ Тюбингенѣ того, что изъ 50 оперированныхъ только двое заболѣли катаромъ пузыря, изъ коихъ одна страдала тяжелымъ нефритомъ уже до операціи. Въ другихъ 5 случаяхъ наступило только временное помутнѣніе мочи съ раздраженіемъ пузыря. Прочія 43 больныя, часть которыхъ пришлось катетеризовать до 18-го дня, раньше чѣмъ послѣдовало въ первый разъ вполне самопроизвольное опорожненіе мочи, остались совершенно свободными отъ заболѣваній пузыря.

Другіе методы и проекты брюшной операціи ваза.

Для оперативнаго удаленія карциномъ, которыя далеко перешли на сосѣдніе органы, параметрій, мочеточника, пузырь, продольный разрѣзъ не всегда даетъ достаточно простора и наглядности. Операція при этомъ затягивается, такъ что мы можемъ опасаться, чтобы больная не погибла отъ операціоннаго шока. Здѣсь еще поперечный разрѣзъ черезъ брюшные покровы можетъ доставить требуемый просторъ, но онъ не долженъ разсѣкать только кожу и фасцію, на манеръ *Pfannenstiell's* ескаго поперечнаго разрѣза, а необходимъ также для лучшей доступности операціоннаго поля въ маломъ тазу поперечное разсѣченіе брюшка прямыхъ мышцъ. Послѣ поперечнаго также разъединенія брюшины въ направленіи кожного разрѣза, можно закончить операцію по образцу вышеописанной *Wertheim'*овской и, наконецъ, закрыть брюшную рану, соединяя брюшину съ брюшиной, мышцу съ мышцей, фасцію съ фасцией; или же, какъ предложили *Amann* и *Mackenrodt*, можно *peritoneum parietale* на вѣкоторомъ протяженіи отслоить отъ мышечной пластинки и, при Тренделенбурговемъ положеніи женщины послѣ удаленія кишекъ изъ полости малаго таза, пришить брюшинный лоскутъ къ брюшинѣ задняго Дугласа.

Этой перегородкой брюшная полость разобщается съ операціоннымъ полемъ въ маломъ тазу. Это разобщеніе можетъ быть временное, причемъ къ концу операціи распускаютъ швы, которые соединили перитонеальный лоскутъ съ брюшиной Дугласа, и сшиваютъ брюшную рану послойно: брюшину съ брюшиной, мышечную пластинку съ мышечной, фасцію съ фасціей и т. д.; или же можно разобщеніе превратить въ постоянное; тогда остается на пергыхъ порахъ послѣ операціи пустое пространство, которое ограничивается спереди брюшными мышцами, сверху—отвернутыми брюшинными лоскутами, снизу—верхушкой пузыря и образовавшейся послѣ удаленія матки раненой поверхностью (см. рис. 45).

Выгоды образованія брюшинной перегородки, при надобности подкрѣпленной нижней частью фасціи, мы готовы уеатривать въ томъ, что дѣйствіе шока при операціи ослабляется: кишки остаются все время операціи нетронутыми; охлажденіе больной уменьшается, такъ какъ отпадаетъ испареніе съ большой поверхности кишекъ. Во всѣхъ 34 случаяхъ Іен-кэй клиники, въ которыхъ *Kronig* произвелъ эту покрывку, это рѣзко бросалось въ глаза. Такъ какъ поперечнымъ разрѣзомъ оперировались только очень прогрессиравшіе случаи, то продолжительность операціи составляла обыкновенно больше

двухъ часовъ; тѣмъ не менѣе во всѣхъ случаяхъ въ вечеръ перваго дня послѣ операціи нульсъ можно было назвать относительно крѣпкимъ, по сравненію съ состояніемъ послѣ операціи съ продольнымъ разрѣзомъ и безъ образованія перегородки.

Дальнѣйшую выгоду искусственнаго образованія перегородки мы видимъ въ томъ, что послѣ резекціи пузыря или послѣ пересадки резецированнаго мочеточника въ пузырь и при дефектѣ въ швахъ моча не выступаетъ въ свободную брюшную полость; точно также при надлежащемъ дренажѣ можно съ увѣренностью избѣгнуть при этомъ способѣ инфильтраціи тазовой кѣлѣчатки мочей.

Напротивъ, на основаніи нашихъ данныхъ мы не можемъ вполне признать преимуществъ, приписываемаго *Mackenrodt*'омъ своему методу, а именно надежнаго предупрежденія общаго перитонита посредствомъ разообщенія брюшной полости отъ операціонной области; правда, образованная перегородка представляетъ извѣстную защиту, но, къ сожалѣнію, она не препятствуетъ съ увѣренностью прониканію бактерій въ брюшную полость.

Кромѣ выгодъ, есть и большіе недостатки. По сравненію съ *Wertheim*'овскимъ методомъ, получаемыя раны кѣлѣчатки при способѣ *Amann-Mackenrodt*'а очень велики. Онѣ возникаютъ оттого, что при поперечномъ разрѣзѣ брюшинныя мышцы широко разсѣкаются, и что вслѣдствіе отслоенія поперечной фасціи и брюшины отъ передней брюшной стѣнки большая часть мышечной пластинки *m. recti* лишается своей задней покрывки. Другой недостатокъ заключается въ томъ, что вслѣдствіе пришиванія *peritoneum parietale* къ брюшинѣ Дугласова пространства возникаетъ пустое пространство, которое при инфекціи ааключаетъ въ себѣ опасности нагноенія въ полостяхъ съ неподатливыми стѣнками. Ожиданіе, что отъ давленія кишекъ перегородка вскорѣ послѣ операціи настолько опустится, что будетъ прилегать къ верхушкѣ пузыря и мышечной пластинкѣ *m. recti*, къ сожалѣнію, не всегда оправдывается. Зачастую еще на 7-й день послѣ операціи полость сравнительно велика; вслѣдствіе этого отсутствуетъ двленіе брюшного пресса на верхушку пузыря, такъ что наступаетъ недостаточное опорожненіе и разложеніе мочи. Почти всѣ оперированные у насъ (*Krönig*) такимъ образомъ случаи получили циститъ, притомъ частью въ тяжелой ихорозной формѣ, отчего поправление очень нарушилось и затянулось. Наконецъ послѣдній недостатокъ этого метода, это—наблюдавшееся нами въ очень многихъ случаяхъ плохое заживленіе брюшной раны. Брюшная рана большею частью заражается отъ нагноенія въ пространствѣ между перегородкой и передней брюшной стѣнкой. Нагноеніе брюшной раны не можетъ быть также надежно устранено рекомендованнымъ *Mackenrodt*'омъ дренированіемъ черезъ остающуюся открытой влажной трубку и черезъ оба края брюшного разрѣза.

Krönig въ послѣднее время видоизмѣнилъ способъ *Mackenrodt*'а въ томъ направленіи, что сталъ сшивать не только пристѣночную брюшину съ брюшиной Дугласа, но и примѣнять для покрывки поверхностную брюшную фасцію, дабы тѣмъ надежнѣе оградить брюшную полость отъ вторичной инфекціи изъ раневой полости малаго таза. Его побудило къ этому то наблюденіе, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ брюшинный лоскутъ въ центрѣ омертвѣлъ и вслѣдствіе прохожденія кишекъ въ зараженную полость малаго таза наступалъ еще поздній перитонитъ. Къ сожалѣнію, и фасциально-брюшинный

лоскутъ не ограждаетъ съ абсолютной увѣренностью отъ вторичной инфекции брюшной полости въ періодъ выздоровленія, ибо соединительный шовъ съ брюшиной Дугласа можетъ ослабнуть, особенно при сильныхъ кашлевыхъ толчкахъ.

Несмотря на всѣ его недостатки, мы не стуждемъ обойтись безъ поперечнаго разрѣза, если желаемъ браться за болѣе прогрессиравшія карциномы. Если *Krönig* оперировалъ радикально 87% всѣхъ случаевъ рака, попадавшихъ подъ его наблюденіе, то онъ этимъ обязанъ частому примѣненію этого разрѣза.

Мы поступаемъ обыкновенно такимъ образомъ, что убѣждаемся подъ наркозомъ, обнаруживается-ли матка еще извѣстную подвижность. Если да, то мы проводимъ продольный разрѣзъ и оперируемъ по вышеуказанному методу *Wertheim'a*; если же ощупываніемъ констатируется вполне фиксированная матка съ широкой инфильтраціей параметрія, то мы, несмотря на упомянутые недостатки, пользуемся поперечнымъ разрѣзомъ.

Операция представляется тогда въ слѣдующемъ видѣ: разрѣзъ начинается слѣва на уровнѣ и на 3 поперечныхъ пальца кнутри отъ *spina il. ant. sup.* и идетъ отсюда слегка дугообразно къ симфизу, гдѣ онъ на поперечный палецъ надъ лономъ заворачиваетъ, чтобы такой же дугой подняться къ другой сторонѣ и кончиться на томъ же мѣстѣ, что и слѣва. Поверхностная фасція расщепляется по направлению кожного разрѣза; точно также мышечныя брюшки *mm. recti* перерѣзаются поперекъ, близъ мѣста ихъ прикрѣпленія къ симфизу. Показывающіяся сбоку *vasa epigastrica* мы перевязываемъ обыкновенно и перерѣзываемъ посрединѣ. Затѣмъ мы разсѣкаемъ глубокую фасцію и брюшину въ направленіи кожного разрѣза и широко вскрываемъ брюшную полость. Пузырь, упавшій послѣ вскрытія брюшной полости далеко кзади, снова тотчасъ фиксируется спереди, для чего передній, перерѣзанный брюшинный край пузыря пришивается къ *fascia transversa* на уровнѣ верхняго края симфиза. Затѣмъ матка захватывается крючковатыми щипцами. *Art. и v. ovarica*, какъ и при *Wertheim'овской* операциі, обкалываются съ обѣихъ сторонъ въ *lig. suspensorium ovarii*, точно также крутлая связка близъ входа въ паховой каналъ; перерѣзка *lig. suspensorium ovarii* между лигатурой и маткой, точно также *lig. rotunda*; отсѣченіе трубъ и яичниковъ послѣ наложенія *Kocher'овскаго* зажима съ обѣихъ сторонъ параллельно маточному краю; вскрытіе рыхлаго соединительнотканнаго пространства между обоими листками широкихъ связокъ; немедленное отыскиваніе обоихъ мочеточниковъ на внутреннемъ листкѣ *lig. latum* и прослѣживаніе ихъ до мѣста скрещенія съ *art. uterina*. Теперь передній лоскутъ пристѣвочной брюшины и поверхностной фасціи пришивается къ брюшинѣ Дугласа такимъ образомъ, что сперва культи перевязанныхъ *art. и v. spermatica* соединяются сбоку швомъ съ фасциально-брюшиннымъ лоскутомъ; затѣмъ перетягиваютъ послѣдній дугообразно надъ прямой кишкой и частыми стежками узловатаго шелковаго шва сшиваютъ его съ серознымъ покровомъ прямой кишки и Дугласова пространства. По бокамъ наконецъ брюшная полость разобщается съ раневой областью въ маломъ тазу такимъ образомъ, что наружный листокъ расщепленной широкой связки соединяется непрерывнымъ катгутовымъ швомъ съ *peritoneum parietale* боковой брюшной стѣнки. Дальнѣйшій ходъ операциі тотъ же, что и *Wertheim'овской*, такъ что мы отсылаемъ къ ея

описанію; только окончаніе операціи видоизмѣняется въ зависимости отъ способа дренированія.

Въ виду того, что поверхностная фасція отворочена къ Дугласу, остается, какъ передняя покрывка полости въ маломъ тазу, только кожа передней брюшной стѣнки, которая и соединяется нѣсколькими шелковыми швами съ нижнимъ краемъ кожной раны; на боковыхъ концахъ разреза остается открытымъ съ обѣихъ сторонъ отверстие въ два поперечныхъ пальца, чтобы вывести марлевые полоски дренажа. До закрытія кожной раны полость въ маломъ тазу выполняется ксероформной марлей. Концы марлевыхъ полосъ выводятся частью книзу во влагалищную трубку, частью черезъ оба боковыхъ угла кожного разреза.

Къ сожалѣнію, несмотря на дренажъ, нагноеніе въ полости большею частью не преминетъ наступить. На 5-й день начинаютъ мало-по-малу вытягивать марлю, и если общее состояніе женщины позволяетъ, ей придаютъ скоро въ передвижной кровати болѣе сидячее положеніе, дабы отъ давленія брюшного пресса полость скорѣе уменьшилась.

Первичные лечебные результаты расширенной брюшной операціи рака.

Первичные лечебные результаты расширенной брюшной операціи не могли, разумѣется, въ первое время удовлетворять. Но первыя же опубликованныя болѣе значительныя серіи операцій показали несравненно болѣе благоприятную цифру смертности, нежели прежняя Freund'овская операція, хотя опасности и трудности новой операціи далеко превосходили таковыя старой.

О первичныхъ результатахъ имѣются до сихъ поръ слѣдующія цифровыя данныя:

Freund отмѣтилъ на 15 случаевъ смертность въ 3=20%, Küstner на 20 случаевъ комбинированной операціи, начатой per vaginam и конченной per laparotomiam, 4=20%, v. Rosthorn при 33 случаяхъ 2=6% смертности, Clark-Velly 10 случаевъ, все выздоровѣли; Hofmeier 14 случаевъ съ 2=14,28% смертности; Freund jun. 15 случаевъ съ 2=13,3% смертности P. Müller 7 случаевъ съ 3=42,8% смертности; Zweifel 59 случаевъ съ 10% смертности; у Wertheim'a умерли изъ первыхъ 30 случаевъ 12, во второй серіи 5, въ третьей серіи 3 и въ четвертой серіи 4, слѣдовательно, изъ 120 оперированныхъ въ общемъ 24=20%, но изъ послѣднихъ 90 только 12=13%, Kleinhaus 32 : 3=9,4%; Jacobs 28 случаевъ съ 1 смертнымъ случаемъ=3,6%; Pfannenstiel (Krömer) 10:2=20,0%; Mackenrodt даетъ двѣ серіи операцій, въ первой умерли изъ 15 оперированныхъ 4=36,6%; во второй изъ 17 съ дренажемъ Mikulicz'a 2=11,7%. Morisani имѣлъ на 14 операцій 1 смертный случай; Gattorno на 18 операцій 2; Spinelli на 5 операцій 1; Döderlein имѣлъ на 115 операцій 18 смертныхъ случаевъ, между послѣдними 25 ни одного смертнаго случая; Krönig имѣлъ на 47 оперированныхъ по Wertheim'у случаевъ 2 смертныхъ исхода.

Дальнѣйшее выраженіе продуктивности операціи мы видимъ въ значительномъ возрастаніи цифры оперируемости у всехъ операторовъ, хотя матеріалъ и въ качественномъ, и въ количественномъ отношеніи остался тотъ же. Благодаря расширенію показаній на болѣе неблагоприятные случаи, можно было подвергнуть радикальной операціи гораздо большее число больвыхъ. Wertheim отмѣчаетъ въ

его послѣдовательныхъ серіяхъ цифры оперируемости въ 29,2, 40 и 52,9%, *P. Müller* поднялся съ 33,3 на 89,5%, *v. Rosthorn* съ 25 на 46%, *Krönig* съ 61,7 на 87%, *Döderlein* съ 48,3 на 68,6%.

Несмотря на эту широту показаній, включающую гораздо больше неблагоприятныхъ случаевъ, мы не ошибемся, если оцѣнимъ современную смертность при расширенной брюшной полной экстирпации раковой матки около 15%. Если она такимъ образомъ все еще значительно выше, нежели при влагалищной экстирпации, то надо принять во вниманіе, что брюшная операція еще находится въ стадіи развитія, и недалеко то время, когда она и въ первичныхъ своихъ результатахъ сравняется съ влагалищной и даже ее превзойдетъ.

Относительно цифры достигаемыхъ брюшной операціей стойкихъ излеченій настоящее время еще не можетъ дать матеріала для сужденія. Результаты, обнаруженные до сихъ поръ, даютъ право и въ отношеніи конечныхъ результатовъ надѣяться на улучшеніе терапіи рака.

Wertheim сообщаетъ о 14 случаяхъ съ 4-лѣтней и о 31 случаѣ съ 3-лѣтней продолжительностью наблюденія; первые дали абсолютную цифру выздоровленія въ 18,8%, послѣдніе въ 27,5%; при двухлѣтнемъ наблюденіи *Wertheim* нашелъ абсолютное излеченіе въ 31%. Сравненіе этихъ чиселъ съ данными влагалищной полной экстирпации при томъ же срокѣ наблюденія даетъ нижеслѣдующая таблица, причѣмъ А обозначаетъ абсолютное выздоровленіе, а приставка выраженное въ годахъ время наблюденія.

	<i>Wertheim</i>	<i>Chrobak</i>	<i>Schauta</i>	<i>Zweifel</i>
	Брюшнымъ путемъ.		Влагалищнымъ путемъ.	
A ₁	18,8	7,2	5,1	9,5
A ₃	27,5	7,4	6,6	10,0
A ₂	31,0	8,5	8,6	11,6

Научные и практическіе результаты экстирпации лимфатическихъ сосудовъ и железъ.

Особого разсмотрѣнія требуютъ еще практическія и научныя данныя, добытыя во время брюшныхъ операцій при отысканіи железъ и послѣдующихъ микроскопически анатомическихъ изслѣдованій, для которыхъ получался теперь совершенно новый, своеобразный матеріалъ, въ виду того, что онъ былъ взятъ, отчасти по крайней мѣрѣ, при незашедшихъ еще далеко, во всякомъ случаѣ доступныхъ еще радикальной операціи карциномахъ матки. Эти данныя представляютъ цѣнное обогащеніе нашихъ свѣдѣній относительно анатомическаго развитія и распространенія рака матки и должны а priori не сходитьса съ результатами прежнихъ изслѣдованій, произведенныхъ патолого-анатомами на трунахъ тѣхъ женщинъ, которыя погибли отъ рака.

Процентное отношеніе случаевъ, въ коихъ при радикальной операціи рака были найдены и удалены карциноматозныя железы, къ числу операцій вообще, насколько до сихъ поръ стало извѣстно, у отдѣльныхъ операторовъ слѣдующее: *Jonnesco* 61,5%, *v. Rosthorn* 52,5 и 42,4%, *Wertheim* 35%, *Bunn* 33,3%, *Mackenrodt* 20%, *Freund* 35,8%, *Gellhorn* (средняя цифра различныхъ операторовъ) 33,6%, *Kleinhans* 28%, *Zweifel* 18,1%, *Pffannenstiel* 45%, *Döderlein* 22,8%, *Krönig* 28,2%.

Разница объясняется отчасти различіемъ матеріала, но, можетъ быть, также у отдѣльныхъ авторовъ толкованіе несовсѣмъ однородныхъ микроскопическихъ изслѣдованій не всегда одинаковое. Во всякомъ случаѣ эти анатомическія изысканія предполагаютъ извѣстныя знанія, и только неоспоримыя данныя должны находить оцѣнку. Проверка опубликованныхъ въ литературѣ указаній, разумѣется, невозможна.

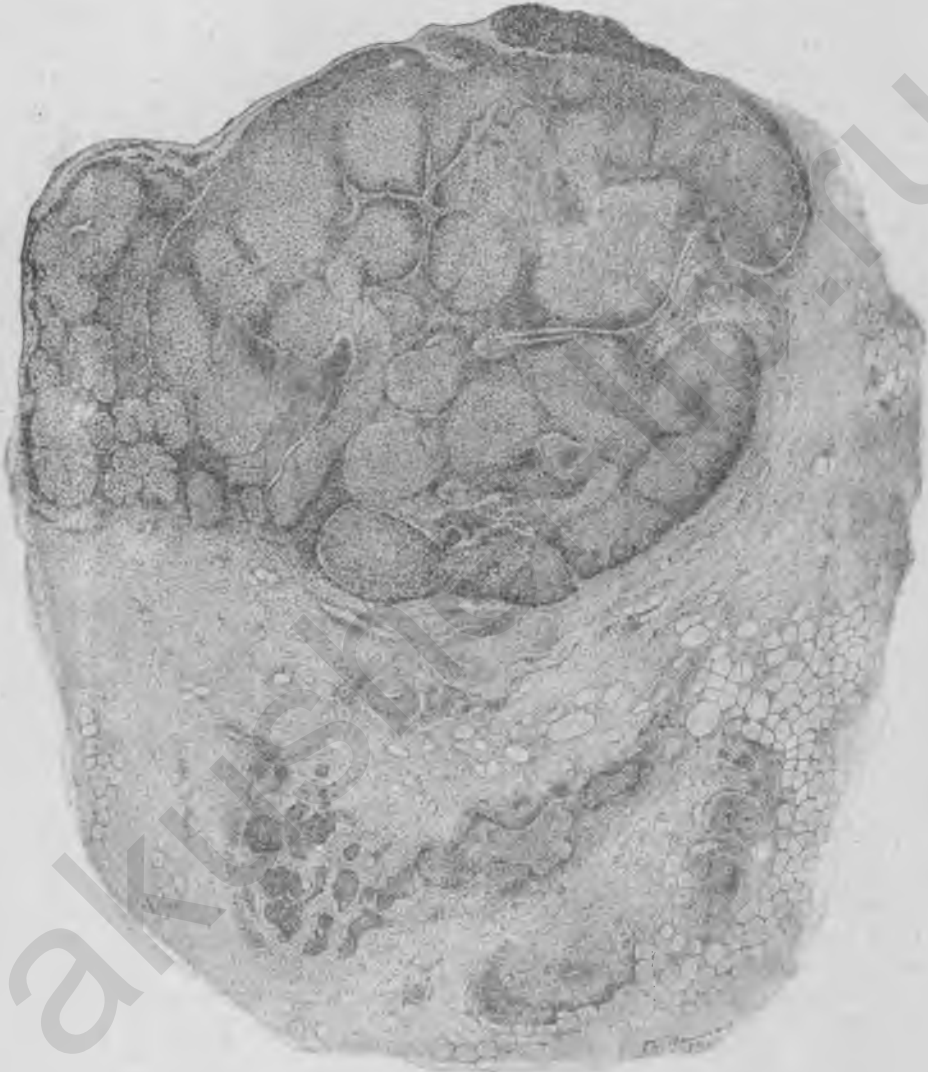


Рис. 163. Микроскопическій срѣзь раковой лимфатической железы съ лимфатическими сосудами, наполненными раковыми клѣтками.

Наблюденія Тюбингенской клиники указываютъ, что есть существенная разница между карциномами гѣла и шейки матки. Среди 24 карциномъ *corporis ut.* были, правда, также найдены 4 раза раковыя железы, а именно одинъ разъ наховая, одинъ разъ подвздош-

ная и два раза поясничная; но всё эти четыре случая отличались тѣмъ, что карцинома, хотя она была еще радикально оперирована, въ сущности перешагнула за предѣлы оперируемости, такъ что *Döderlein* въ согласіи съ *Cullen*'омъ приходитъ къ убѣжденію, что при оперируемомъ ракъ тѣла матки железы обыкновенно еще свободны отъ карциномы. *Krönig* нашелъ среди 4 начинающихся карциномъ *scrophis ut.* только одинъ разъ увеличенную подвздошную железу, которая однако была свободна отъ карциномы.

Наравнѣ съ ракомъ влагалищной части, имѣющимъ видъ цвѣтной капусты, карцинома слизистой оболочки тѣла матки отличается тѣмъ, что ея ростъ имѣетъ болѣе характеръ гипертрофіи, поверхностной пролифераціи, и что она долгое время не обнаруживаетъ наклонности проникать въ мускулатуру, гдѣ она тогда только и приходитъ въ прикосновеніе съ лимфатическими сосудами. Анатомическія изслѣдованія *Seelig*'а показали, кромѣ того, что внутренній мы-

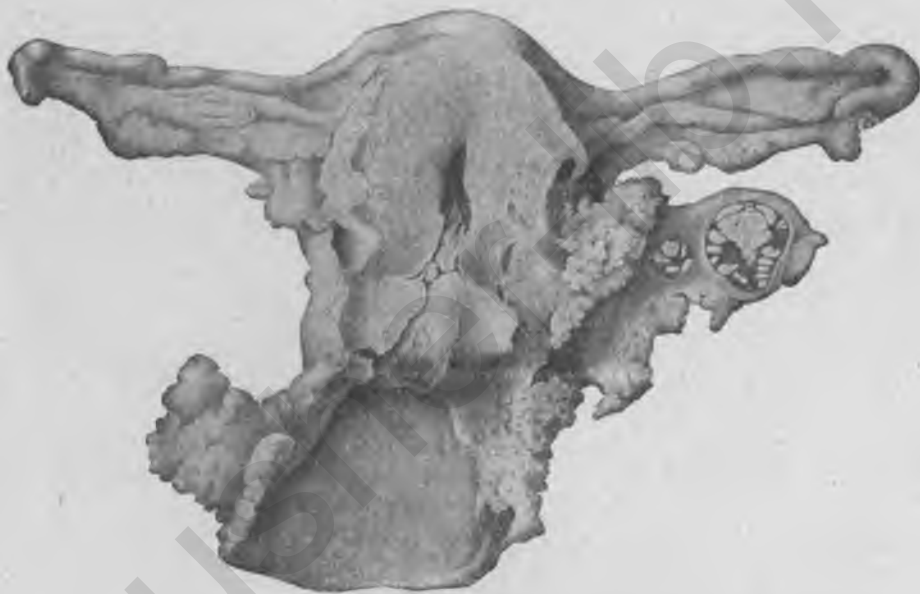


Рис. 164. Препаратъ рака шейки съ раковыми лимфатическими железами, удаленными вмѣстѣ съ маткой.

шечный слой плотнѣе и менѣе проницаемъ, нежели наружный, рыхлый, въ которомъ болѣе обильные и широкіе лимфатическіе пути способствуютъ распространенію рака. Въ этомъ отношеніи тѣло матки существенно отличается отъ шейки, ракъ которой склоненъ болѣе къ индуративнымъ формамъ, которыя раньше поражаютъ болѣе обильные здѣсь лимфатическіе пути, способствуя тѣмъ быстрому распространенію рака и дѣлая тщетными усилія операторовъ. Выводъ изъ всѣхъ этихъ данныхъ и наблюденій тотъ, что мы для *carcinoma scrophis* не ощущаемъ потребности въ расширеніи теперешней операціи.

Процентное отношеніе раковыхъ железъ при *carcinoma cervicis* было бы въ вышеуказанномъ численіи выше, если бы операторы выключали карциномы тѣла матки, напр., въ Тюбингенскомъ матеріалѣ процентное отношеніе возросло бы при этомъ съ 22,8 на 33.

По современному положенію вещей можно считать твердо установленнымъ, что при брюшной радикальной операціи рака шейки приблизительно въ $\frac{1}{3}$ всѣхъ случаевъ приходится одновременно удалять раковыя железы, каковое мѣропріятіе, разумѣется, исключается при всѣхъ влагалищныхъ операціяхъ.

На основаніи чрезвычайно тщательныхъ изслѣдованій *Schauta*, которые онъ произвелъ у 50 умершихъ отъ рака матки, мы должны вышеупомянутыя данныя, добытыя на оперативномъ матеріалѣ, дополнить въ томъ направленіи, что въ общемъ приблизительно въ $\frac{2}{3}$ случаевъ рака матки въ теченіе болѣзни и до смерти появляются метастазы въ железахъ, ибо *Schauta* нашелъ среди этихъ 50 случаевъ въ 32 (=64%) раковыя железы.

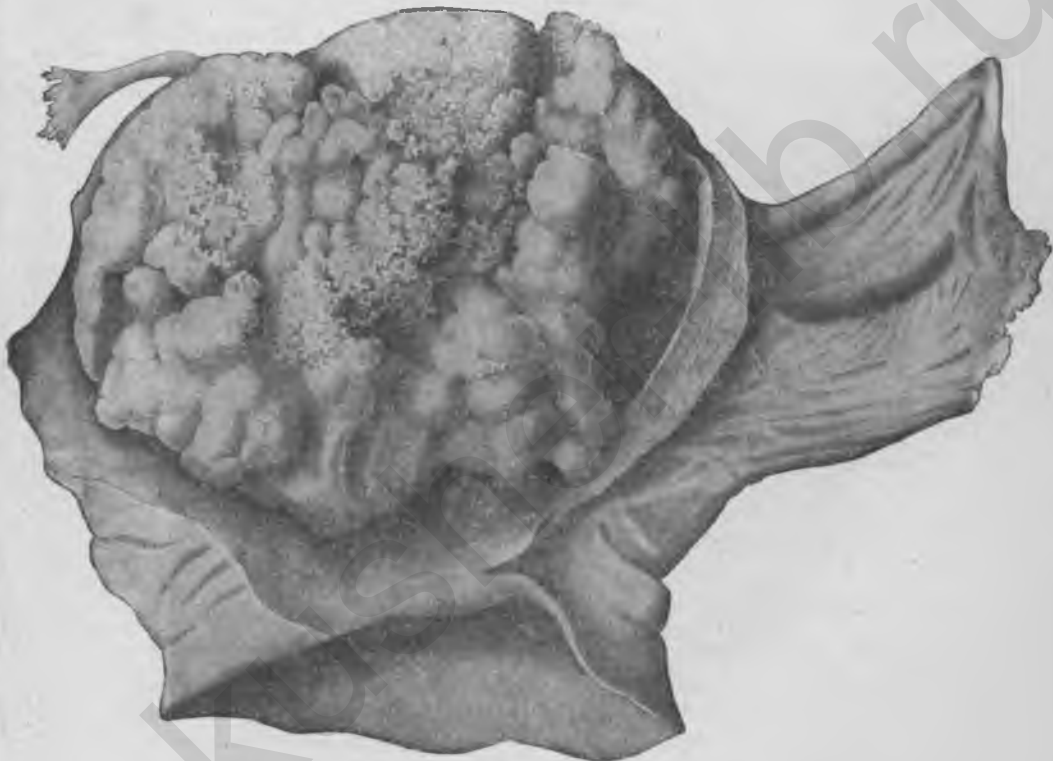


Рис. 165. Препаратъ разрастающагося рака тѣла матки.

Прежнія изслѣдованія, по которымъ раковыя железы нашли въ трупахъ *Williams* въ 72%, *Wagner* 50%, *Dittrich* 40%, *Blau* 33%, *Dybowski* 28%, *Russel* 40%, *Cruveilhier* почти во всѣхъ случаяхъ, не могутъ въ настоящее время быть руководящими. Слишкомъ большія колебанія въ цифрахъ зависятъ, вѣроятно, отъ того, что изслѣдованія секціоннаго матеріала не дѣлались съ достаточной тщательностью, отчасти даже безъ примѣненія серіи микроскопическихъ срѣзовъ. Наиболѣе достовѣрной представляется работа *Riechelmann*'а, который у 86 раковыхъ труповъ нашелъ карциноматозныя железы 30 разъ, т. е. въ 35%.

Для вычисленія частоты карциноза железъ въ оперативномъ раковомъ матеріалѣ даютъ еще болѣе цѣнныя данныя тѣ случаи, ко-

торые послѣ операціи попали на вскрытіе, и у которыхъ были предприняты особенно тщательные поиски за железами и микроскопическая обработка этого матеріала. Здѣсь клиническому матеріалу приходится въ подмогу точность патолого-анатомическаго изслѣдованія трупа, при которомъ возможны болѣе обстоятельныя изысканія въ соответственной области тѣла, нежели при операціи. *Schauta* нашелъ въ 10 подобныхъ трупахъ 2 раза раковыя железы, *Öhleker* въ 7 случаяхъ тоже два раза, а въ Тюбингенѣ профессоръ *v. Baumgarten* нашелъ при вскрытіи среди 18 случаевъ 9 разъ карциноматозныя железы. Такимъ образомъ въ этихъ 35 случаяхъ были констатированы при вскрытіи умершихъ послѣ операціи рака 13 разъ карциноматозныя железы, т. е. въ 37%.



Рис. 166. Препаратъ рака влагалищной части, имѣющаго форму цвѣтной капусты

Практическое значеніе имѣетъ установленіе того факта, въ какомъ стадіи ракъ матки обыкновенно поражаетъ эти железы, происходитъ-ли это лишь въ прогрессировавшихъ или также уже въ раннихъ ступеняхъ развитія, и, далѣе, нельзя-ли вывести опредѣленные законы въ этомъ отношеніи для карциномъ различнаго мѣстоположенія и характера. Въ этомъ направленіи имѣются слѣдующія наблюденія: *Winter*, какъ уже упомянуто выше, предположилъ въ 1893 г., что железы заражаются обыкновенно лишь тогда, когда ракъ пробился въ параметрій. Онъ видоизмѣнилъ это воззрѣніе въ 1901 г. на Гиссенскомъ конгрессѣ на основаніи результатовъ новѣйшихъ изслѣдованій въ томъ смыслѣ, что при клинически свободномъ параметріи раковыя железы встрѣчаются въ 20% случаевъ, но при пора-

женномъ уже параметрії это число возрастаетъ на 50%. Съ тѣхъ поръ появились работы *Kundrat'a* и *Laméris-Kermauner'a*. *Kundrat* нашелъ при гистологически свободномъ отъ карциномы параметрії раковыя железы только въ 5% случаевъ, напротивъ, въ 50%, если въ параметрії констатировались уже микроскопически раковыя гнѣзда. *Kermauner* и *Laméris* наблюдали метастазы въ железахъ при здоровомъ параметрії въ 12,5%, а при карциноматозномъ въ 40% случаевъ. *Pankow* изслѣдовалъ добытый *Krönig'омъ* материалъ и нашелъ метастазы въ железахъ при свободномъ отъ рака параметрії въ 19%, при карциноматозномъ параметрії въ 35,5%. Изъ Тюбингенскаго матеріала *Baisch* извлекъ слѣдующія данныя: въ 72 случаяхъ клинически свободнаго параметрія 12 разъ=16% имѣлся карцинозъ железъ, между тѣмъ какъ въ 41 случаѣ инфильтрированнаго параметрія раковыя железы были найдены 21 разъ, т. е. въ 50%. Въ согласіи съ этимъ находится и выводъ *Krömer'a*, который при инфильтрированномъ параметрії нашелъ железы пораженными въ 45% случаевъ.



Рис. 167. Препаратъ индуративнаго рака шейки съ поражениемъ железъ.

Изъ этихъ данныхъ можно вывести законъ, что въ раннихъ стадіяхъ ракъ поражаетъ железы приблизительно въ $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{10}$ случаевъ, что съ прониканіемъ рака въ параметрій частота карциноза железъ тотчасъ подымается на половину всѣхъ случаевъ. Тѣмъ не менѣе столько случаевъ находили начальной карциномы съ поражениемъ железъ, что можно обобщить право вовлеченія лимфатическаго аппарата въ операціонную область.

Особенно важныя отдѣльныя наблюденія имѣются у *Küstner'a*, *Laméris-Kermauner'a*, *Tiburtius'a*, *Kleinhans'a* и *Beckmann'a*, которые при начинающемся ракъ влагалищной части констатировали карциноматозныя железы.

Если бы оказалось въ будущемъ, что случаи, въ которыхъ железы уже поражены, вообще излечиваются расширенной операціей рака, тогда пришлось бы принципиально отклонить при ракъ матки частичныя операціи или такія, которыя не считаются съ карцинозомъ железъ.

Попытки *Krömer-Pfannenstiel'я* руководствоваться при выборѣ операціи характеромъ эпителия шеечной карциномы до сихъ поръ не

были уснѣшны, такъ какъ не удалось отыскать закономѣрныхъ различій. Помимо трудности рѣзкаго разграниченія шеечныхъ карциномъ, на которую единодушно указываютъ всѣ авторы, опытъ говоритъ противъ особой классификаціи ихъ въ оперативномъ отношеніи, ибо, если мы даже констатируемъ, что плоскоэпителиальный ракъ благоприятѣе протекаетъ нежели цилиндро-эпителиальный ракъ шейки, мы все-таки не вправѣ изъ-за этого выбирать для первыхъ болѣе легкія или частичныя операціи.

Возрастъ больной также не можетъ тутъ имѣть рѣшающаго значенія, хотя и нельзя не признать, что болѣе молодыя пациентки даютъ худшее предсказаніе въ отношеніи рецидива, нежели болѣе старыя.

Вѣское съ виду возраженіе противъ операціи карциномы со включеніемъ железъ выставилъ *Schauta*; на основаніи изслѣдованія серій срѣзовъ лимфатическихъ железъ, взятыхъ изъ труповъ раковыхъ больныхъ, онъ приходитъ къ тому заключенію, что только въ 13,3% изслѣдованныхъ имъ случаевъ удаленіе карциноматозныхъ железъ было бы технически возможно. Въ прочихъ случаяхъ раковыя железы либо были такъ расположены, что не были бы доступны операціи, либо перерожденіе было настолько обширно, что операціи пришлось бы черезчуръ раскинуться. *Mackenrodt*, *Wertheim* и *Baisch* выставили противъ этихъ изслѣдованій мотивированныя возраженія.

Во всякомъ случаѣ мы считали бы преждевременнымъ на основаніи научно-теоретическихъ соображеній прервать попытки улучшенія стойкихъ результатовъ операціи рака посредствомъ вовлеченія лимфатическаго аппарата. Только дѣйствительный успѣхъ или окончательная неудача можетъ здѣсь рѣшить вопросъ. Возникло даже предположеніе, что иногда оставленіе раковыхъ клѣтокъ въ железахъ не имѣетъ значенія, такъ какъ железы въ состояніи уничтожить эти клѣтки.

Можетъ-ли расширеніе операціи рака посредствомъ включенія лимфатическаго аппарата въ операціонную область дать улучшеніе нашихъ конечныхъ результатовъ при ракъ матки или нѣтъ, это можетъ быть рѣшено только наблюденіями у постели больной и, слѣдовательно, это вопросъ будущаго. Но мы хотѣли бы подчеркнуть, что если нѣкогда мы придемъ къ грустному признанію, что эта попытка улучшенія результатовъ была тщетная, это еще отнюдь не обозначаетъ провала брюшной операціи.

Есть еще другой чрезвычайно цѣнный анатомическій матеріалъ, добытый при подобныхъ операціяхъ, который обосновываетъ расширеніе ихъ въ другую сторону, а именно въ сторону удаленія параметральной ткани. Потребность въ этомъ выясняется усердными изслѣдованіями *Kundrat*'а, который на серіяхъ срѣзовъ изъ параметрій въ 160 случаяхъ изучилъ прониканіе рака въ околomatочную клѣтчатку и нашелъ при этомъ, что въ 55% случаевъ шеечной карциномы параметрій уже заключалъ раковыя гнѣзда. Въ согласіи съ этимъ находится результатъ изслѣдованія *Lamèris-Kermanner*'а, которые при 33 случаяхъ carcinoma colli нашли въ 57,5% параметрій карциноматознымъ.

Kundrat доказалъ, далѣе, что прониканіе раковыхъ массъ можетъ происходить *per continuitatem*, т. е. непрерывно, либо, во-вторыхъ, скачками, т. е. первичное гнѣздо отдѣлено поясомъ здоровой ткани отъ раздѣльныхъ переносовъ, находящихся въ лимфатическихъ

узлахъ или сосудахъ, либо, въ-третьихъ, возможно сочетаніе обоихъ способовъ распространенія. *Pankow* изслѣдовалъ параметрій серіями срѣзовъ въ 66 случаяхъ рака шейки изъ матеріала *Krönig's* и нашелъ даже въ 68,2% всѣхъ случаевъ раковыя отложенія по крайней мѣрѣ въ одномъ параметріи. Это высокое процентное отношеніе объясняется тѣмъ, что и далеко прогрессировавшія карциномы (87% оперируемости) были еще оперированы.

Онъ даетъ слѣдующія цифры: оба параметрія были свободны отъ рака въ 31,8%, одинъ параметрій былъ свободенъ, а другой обнаруживалъ раковыя гнѣзда въ 31,8%; оба параметрія заключали раковыя гнѣзда въ 36,4%.

Pankow подчеркиваетъ несовпаденіе клиническаго и гистологическаго status'a.

Изъ 2×66 параметріевъ только 28 разъ=(21,2%) клинической діагнозъ совпадалъ съ гистологическими данными, т. е. клинически не инфильтрированный параметрій оказывался и гистологически свободнымъ отъ раковыхъ отложеній, и наоборотъ.

Расширенная влагалищная операция рака матки.

Во время развитія этого новаго брюшного оперативнаго метода обнаружилия также стремленія расширить влагалищную операцію въ томъ направленіи, чтобы можно было удалить не только матку, но и окружающую клетчатку, особенно параметрій. Это было достигнуто болѣе обширнымъ обнаженіемъ операціонной области, которая сама по себѣ очень ограничена.

Schuchardt выработалъ для этого особый методъ, который дѣйствительно оказался чрезвычайно выгоднымъ для удаленія карциномъ, притомъ и въ болѣе прогрессировавшихъ случаяхъ, а также для влагалищныхъ полныхъ экстирпацій, предпринимаемыхъ по другимъ показаніямъ. Это удалось съ помощью такъ назыв. «паравагинальнаго вспомогательнаго разрѣза». Уже и раньше предлагались и примѣнялись боковыя насѣчки вульвы и влагалища съ цѣлью улучшенія доступа при узкомъ и негодатливомъ влагалищѣ. Но *Schuchardt*'овскій разрѣзъ существенно отличается отъ этихъ боковыхъ насѣчекъ и открываетъ доступъ къ маткѣ и ея окружности въ совершенно неожиданной мѣрѣ. Производство операціи представляется въ слѣдующемъ видѣ:

Больная находится въ положеніи для камнешѣченія, Кожный разрѣзъ начинается между задней и средней третью лѣвой срамной губы, окружаетъ выпуклой кнаружи дугой заднепроходное отверстіе, оставаясь въ разстояніи двухъ поперечныхъ пальцевъ отъ него, и кончается у крестца; длина его въ общемъ 18—20 см. Въ продолженіе этого разрѣза влагалище разсѣкается по всей его длинѣ до мѣста прикрѣпленія влагалищной части, такъ что теперь правая половина вмѣстѣ съ прямой кишкой совершенно отходитъ въ правую сторону, и получается широко зіяющая рана. Анатомическія изслѣдованія показали *Schuchardt*'у, «что этимъ паравагинальнымъ разрѣзомъ воронка *m. levator ani* и *m. coccygeus* перерѣзаются въ сагиттальномъ направленіи близко у прямой кишки и копчика, но съ сохраненіемъ *m. sphincter ani externus*, и благодаря этому *sacrum musculare pelvis* широко вскрывается *Pars perinealis* и нижняя часть *pars perivina recti* съ *levator ani* и *sphincter ani ext.* совершенно отворачиваются въ правую сторону». По вскрытіи Дугласова пространства

можно ощупать параметрій до тазовой стѣнки и перерѣзать его въ любомъ разстояніи отъ матки. Кромѣ возможности, благодаря большей наглядности и доступности параметрія, вести разрѣзъ подалеже отъ матки, *Schuchardt* выставляетъ въ похвалу своему способу то, что онъ въ своихъ случаяхъ никогда не поранилъ нечаянно мочеточника, ибо, если вельзя было отодвинуть пузырь съ мочеточниками отъ матки, какъ въ легкихъ случаяхъ, онъ могъ отпрепарировать мочеточники и сдѣлать ихъ доступными зрѣнію. Результаты *Schuchardt*'а въ высшей степени достойны вниманія. изъ 58 оперированныхъ умерли вслѣдъ за операцией $7=12\%$, изъ 25 оперированныхъ съ 5-лѣтней продолжительностью наблюденія $10=40\%$ были стойко излечены; при процентѣ оперируемости въ 61 получается абсолютная цифра выздоровленій въ 24,5%.

Столь же благопріятныя наблюденія сдѣлалъ *Schauta* на болѣе значительномъ рядѣ операций. При оперируемости въ 44,3% онъ имѣлъ на 120 операций 24 смертныхъ случая $=20\%$, но между послѣдними 60 операциями только 3 $=5\%$ смертности. Операция представляется, по *Schauta*, въ слѣдующемъ видѣ: либо непосредственно предъ операцией, либо наканунѣ предпосылается во всѣхъ случаяхъ распадающаго рака выскабливаніе и пакеленизированіе, послѣ чего еще разъ происходитъ тщательное обеззараживаніе операционной области. *Schuchardt*'овскій разрѣзъ выполняется точно по предписанію автора, но съ немедленнымъ кровоостанавливаніемъ. Теперь производится круговое отдѣленіе влагалища «на большемъ разстояніи отъ карциномы», причемъ влагалище кругомъ захватывается пулевыми щипцами и влагалищная часть нѣскольکو оттягивается. Полученная вслѣдствіе отсепарованія влагалища манжета сшивается по снятія пулевыхъ щипцовъ, такъ что карцинома этимъ прикрывается; нитки оставляютъ длинными, и онѣ служатъ возжами для низведенія и направленія матки. *Schauta* справедливо придастъ большое значеніе отодвиганію пузыря съ его боковыми концами, лежащими на параметрії и содержащими мочеточники. Въ тѣхъ случаяхъ, когда пузырь и мочеточники не поражены, они легко отходятъ назадъ при тупомъ сдвиганіи пальцемъ, «не показываясь»; ихъ поврежденіе невозможно. Въ тяжелыхъ случаяхъ приходится примѣнять для отсепаровыванія, кромѣ пальца, еще и ножницы; здѣсь слѣдуетъ на томъ мѣстѣ, гдѣ мочеточники проходятъ черезъ параметрій, отпрепарировать ихъ и сдѣлать видимыми глазу, дабы сдвинуть ихъ вверхъ, выше области параметрія и такимъ образомъ оградить отъ нечаянной перерѣзки и перевязки. Отрѣзаніе параметрія *Schauta* производитъ безъ предварительной перевязки, просто ножницами настолько далеко кваружи, насколько случай этого требуетъ, иногда «у самого періоста боковой тазовой стѣнки». Критерій для выполнимости операции *Schauta* приобрѣтаетъ въ возможности или невозможности отпрепарировать пузырь и мочеточники; если это удастся, то даже инфильтрированный параметрій не представляетъ больше препятствія.

Послѣ перевязки а. uterina, матка выводится спереди или сзади и затѣмъ обрабатываются широкія связки, съ удаленіемъ или съ оставленіемъ придатковъ.

Послѣ тщательной остановки кровотеченія, полость брюшины вполне закрывается сшиваніемъ брюшинныхъ краевъ раны. Лежащая внизу полость клѣтчатки выполняется іодоформной марлей, *Schuchardt*'овскій разрѣзъ зашивается, но черезъ нижній уголъ раны выводится дренажъ къ задней промежности.

Сущность этой расширенной влагалищной операции, по сравнению съ прежней, заключается, слѣдовательно, въ томъ, что продольнымъ расщепленіемъ влагалища и влагалищнаго входа повышаютъ доступность и наглядность операціонной области. Образованіемъ и спиваніемъ большого влагалищнаго лоскута пріобрѣтаютъ двѣ выгоды: во-первыхъ, удаляютъ больше отъ влагалища, во-вторыхъ, разобщаютъ карциному на время операціи. Благодаря достаточному отсепарованію пузыря и мочеточниковъ, параметрій можетъ быть удаленъ на большемъ протяженіи, причемъ, въ случаѣ надобности, мочеточники дѣлаются доступными зрѣнію и тѣмъ ограждаются отъ случайныхъ пораненій.

Отдѣленіе параметрія происходитъ у тазовой стѣнки.

Нельзя не признать, что благодаря этому влагалищная операція становится болѣе дѣйствительной и, если бы удаленіе железъ оказалось въ будущемъ совершенно безцѣльнымъ, ея право на существованіе будетъ внѣ спора; правда, и тогда еще остается вопросъ, какая изъ обѣихъ конкурентокъ технически болѣе легка и болѣе цѣлесообразна по отношенію къ уходу за мочеточниками и пузыремъ; можетъ быть и въ этомъ отношеніи брюшная все-таки одержитъ побѣду.

О возможности выбора операціи рака.

Возможно, что съ накопленіемъ опыта, который долженъ опираться, по меньшей мѣрѣ, на 5-лѣтнемъ контролѣ послѣ операціи, мы пріобрѣтемъ точки опоры для рѣшенія вопроса о томъ, допустимо-ли различіе въ оперативномъ методѣ при извѣстныхъ видахъ карциномы; пока было бы преждевременно выставить опредѣленные принципы для этого, но кое-какія указанія имѣются, что мы могли бы, пожалуй, дѣйствовать въ этомъ отношеніи съ нѣкоторымъ выборомъ.

Такъ, напримѣръ, какъ замѣчено было выше, поразительный контрастъ сказывается въ конечныхъ результатахъ при карциномахъ тѣла и шейки матки; изъ этого можно бы сдѣлать выводъ, что ракъ тѣла матки, который сравнительно гораздо меньше склоненъ къ переносамъ въ железы и клѣтчатку, слѣдуетъ лечить простой влагалищной полной экстирпаціей по *Szeryu*. Весь вопросъ о мочеточникахъ, который въ настоящее время больше, чѣмъ вопросъ о железахъ, говоритъ за выборъ брюшнаго метода при ракѣ шейки, а также требованіе обширной экстирпаціи параметральной ткани а ргіогі отпадаетъ при *carcinoma corporis*. Такъ какъ здѣсь къ тому же преобладаетъ престарѣлый возрастъ, когда мы охотно избѣгаемъ чревосѣченія изъ-за того, что оно предъявляетъ повышенныя требованія къ легкимъ и сердцу, то такое обособленіе операціи рака тѣла матки можно было бы только приветствовать.

Въ особое положеніе можно бы также поставить начинающійся плоскоклетчатый ракъ влагалищной части. Судя по даннымъ Берлинской клиники *Schröder'a*, которыя были прослѣжены сначала *Hofmeier'*омъ и затѣмъ *Winter'*омъ, изъ 47 случаевъ *carcinoma portionis vag.*, пользовавшихся *Schröder'*омъ посредствомъ высокой ампутаціи шейки, 19 = 41.3% жили еще спустя 4 года свободными отъ рецидива. Кажущійся парадоксъ въ этихъ результатахъ становится понятнымъ, если вспомнить, что *Schröder* оперировалъ частично только вполне благопріятныя, начинающіяся карциномы, а неблагопріятные случаи попадали на полую экстирпацію. Однако успѣхъ, достиг-

нутый ампутаціей, и теперь еще въ высокой степени заслуживаетъ вниманія и наводитъ на размысленія. *Winter* продолжалъ контролировать этихъ оперированныхъ до 1890 г. и констатировалъ 26,5% стойкихъ излеченій; отражая нападки на эту операцію, онъ высказалъ, что здѣсь нельзя найти ни одного научно обоснованнаго возраженія противъ оставленія тѣла матки. Конечно, не доказано, что при этомъ сравнительно благоприятномъ матеріалѣ полная экстирпация не дала бы еще болѣе благоприятныхъ цифръ стойкаго излеченія, но возможность этого не можетъ быть отвергнута.

Pfannenstiel очень резонно замѣчаетъ на это, что возможность, хотя бы отдаленная, одновременнаго существованія *carcinoma corporis* и во много разъ уменьшившаяся смертность отъ полной экстирпации отбѣняютъ ампутацію на задній планъ, тѣмъ болѣе, что при этихъ благоприятныхъ случаяхъ разница въ опасности обѣихъ операцій стирается. То обстоятельство, что слизистая оболочка тѣла матки такъ часто воспалительно измѣнена и такимъ образомъ становится источникомъ послѣдующихъ страданій, и что, наконецъ, сохраненіе производительной способности при столь серьезномъ недугѣ врядъ-ли имѣетъ интересъ, въ особенности потому, что остающіеся послѣ высокой ампутаціи рубцы осложняютъ роды, дѣлаютъ одновременное удаленіе тѣла матки желательнымъ и по другимъ основаніямъ,

Winter выставляетъ слѣдующія показанія для *amputatio supravaginalis* въ тѣхъ немногихъ случаяхъ, въ которыхъ ракъ совершенно опредѣленно исходитъ изъ наружной поверхности *port. vag.* и появляется въ видѣ совершенно плоской язвы или какъ только-что начинающійся наростъ:

1) если придается большое значеніе потомству,

2) если вскрытіе полости брюшины сопряжено съ большой опасностью (напр., при осложняющемъ свѣжемъ параметритѣ, *Thorn*),

3) если удаленіе тѣла матки могло бы причинить чрезвычайныя затрудненія и потому быть опаснымъ (общія сращенія, гнойныя опухоли придатковъ, старые интралигаментарные эксудаты),

4) если больныя слишкомъ ослаблены для производства полной экстирпации (крайняя степень анеміи, тяжелый нефритъ и т. п.).

Какъ 5) мы хотѣли бы прибавить: у старыхъ женщинъ (за 70 лѣтъ).

При соблюденіи этихъ требованій выборъ больныхъ для этой операціи будетъ очень малъ, но для исключительныхъ случаевъ она можетъ оставаться въ силѣ.

Техника операціи очень проста. Послѣ подготовки карциномы, влагалищная часть оттягивается внизъ, влагалище обрѣзывается кругомъ и тупо отодвигается. Послѣ тупой также отслойки пузыря отъ шейки и параметрія до обнаруженія пузырно-маточной складки брюшины, происходитъ перевязка цервикальной вѣтки *a. uterina*. Затѣмъ при сильномъ натяженіи *port. vag.* передняя цервикальная стѣнка отрѣзывается на уровнѣ внутренняго зѣва до шеечнаго канала, и тотчасъ передній сводъ сшивается съ культей передней маточной стѣнки. Точно такимъ же образомъ отсѣкается задняя губа. Если бы при этомъ было вскрыто Дугласово пространство, то оно снова закрывается отдѣльнымъ катгутовымъ швомъ, и затѣмъ задняя влагалищная стѣнка сшивается съ культей задней маточной стѣнки. Среди 73 подобныхъ операцій, произведенныхъ съ 1884 г. въ Берлинской клиникѣ, не отмѣченъ ни единый смертный случай.

О раннемъ распознаваніи рака и новѣйшихъ стремле- ніяхъ въ этомъ направленіи.

Выше было подробно изложено, какъ первоначальные робкіе шаги въ дѣлѣ оперативнаго леченія рака матки выработались въ тѣ крупныя и трудныя операціи, которыя не довольствуются удаленіемъ только больного органа, но, несматривая на топографически-анатомическія затрудненія, захватываютъ въ операціонную область также соединительнотканнй аппаратъ и лимфатическіе сосуды половыхъ органовъ. Какіе успѣхи могутъ быть этимъ въ концѣ-концовъ достигнуты, должно сказать будущее. Въ настоящее время могутъ быть въ лучшемъ случаѣ доведены до стойкаго излеченія 20—25% карциномъ матки, попадающихъ подъ наблюденіе оператора.

По сравненію съ результатами операцій рака въ другихъ органахъ это неоспоримый успѣхъ. Такъ, напр., относительно рака грудной железы въ Вѣнской клиникѣ указана *Eiselsberg* омъ абсолютная цифра излечимости въ 18%, что приближается къ излечимости рака матки. *Rotter* отмѣчаетъ 33%. *Kocher* 50% стойкихъ излеченій у оперированныхъ по поводу рака прямой кишки, при двухлѣтнемъ наблюденіи; статистики *Czerny*, *Bergmann*'а, *König*'а и *Kraske* даютъ 20—30% стойкаго излеченія оперированныхъ, абсолютныя цифры излеченія не вычислены.

Вышеупомянутое стремленіе операторовъ посредствомъ расширенія операціи еще улучшить цифру излеченій, наталкивается на большія затрудненія, ибо съ раздвиганіемъ границъ операціи трудности ея несоразмѣрно возрастаютъ, особенно если съ расширеніемъ показаній качество оперативнаго матеріала остается безъ измѣненій. Поэтому съ благодарностью была встрѣчена идея *Winter*'а усилить борьбу съ карциномой матки еще въ другомъ направленіи, а именно путемъ изслѣдованія причинъ, почему женщины съ ракомъ матки такъ часто попадаютъ на операцію уже въ такомъ стадіи, когда шансы на радикальное излеченіе уже а priori крайне шатки. Разъ будутъ найдены эти основанія, тогда дана возможность устраненіемъ ихъ раньше направить больную на операцію.

Winter сдѣлалъ слѣдующія интересныя вычисленія: онъ попробовалъ опредѣлить, какъ велико число женщинъ, страдавшихъ въ 1900 г. въ Восточной Пруссіи ракомъ матки, и съ помощью к. прусскаго статистическаго бюро получилъ цифру въ 350. Опросомъ всѣхъ оперирующихъ гинекологовъ онъ констатировалъ, что въ томъ же году были произведены 60 операцій рака матки, т. е. изъ всѣхъ раковыхъ больныхъ Восточной Пруссіи подверглись въ 1900 г. радикальной операціи только 17%, огромное же большинство погибло безъ операціи. Такъ какъ, согласно статистикѣ, только $\frac{1}{3}$ оперированныхъ можетъ рассчитывать на дѣйствительное выздоровленіе, то въ сущности лишь весьма немногія изъ больныхъ ракомъ матки получаютъ исцѣленіе, на томъ простомъ основаніи, что многія больныя совершенно не ищутъ нашей помощи, тѣ же, кто обращаются, болѣею частью приходятъ слишкомъ поздно.

Hegar пытался получить эти цифровыя данныя для великаго герцогства Бадена. Онъ сообщаетъ, что въ 1880 — 1896 гг. изъ Фрейбургской клиники выписались 35 женщинъ послѣ влагалитцной экстирпаціи рака шейки; сюда присоединяются еще 17 операцій въ 1896—1900 гг. Отъ 1900 до 1904 г. въ клинику обращались съ ра-

комъ матки всего 65 женщинъ. Въ Гейдельбергской хирургической клиникѣ подверглись въ 1878—1900 гг. влагалищной экстирпация по поводу цервикальнаго рака 44 больныхъ, сюда надо прибавить еще 7 съ *carcinoma corporis*. Въ обоихъ клиникахъ (Фрейбургской женской и Гейдельбергской хирургической) были за 1879—1900 гг. произведены въ среднемъ ежегодно только 4,5 влагалищныхъ экстирпаций по поводу рака шейки; при этомъ *Hegar*, на основаніи статистики *Winter'a*, полагаетъ, что въ среднемъ ежегодно 150 женщинъ погибають въ Баденѣ отъ рака матки. Слѣдовательно, и здѣсь минимальное количество вообще прибѣгаетъ къ помощи.

Winter сдѣлываетъ приблизительно число больныхъ ракомъ матки въ Германіи въ 1900 г. въ 25.000, отсюда, на основаніи общаго процента оперируемости и излечимости, получила бы цифра излеченныхъ операцией около 12—1300. Ясно, что рѣзкое улучшеніе въ этомъ дѣлѣ не можетъ быть достигнуто расширеніемъ нашихъ оперативныхъ методовъ, а скорѣе такими мѣрами, которыя побудили бы больныхъ больше обращаться къ нашей оперативной помощи и, главнымъ тѣмъ, чтобы эти больныя раньше попадали на операцию.

На основаніи специальныхъ изысканій *Winter* нашелъ слѣдующія причины большой частоты запущенныхъ случаевъ рака матки: 1) недостаточное знаніе дѣла и безпечность домашнихъ врачей, 2) недобросовѣтность акушерокъ и 3) поведеніе самихъ женщинъ. По 1-му пункту изслѣдованія показали, что въ Берлинѣ изъ 62 женщинъ 47=76% обратилась сперва къ своему домашнему врачу, а въ Кенигсбергѣ (1898—1902 гг.) изъ 242 женщинъ 143=59%. Аналогичные опросы больныхъ, поступающихъ въ Тюбингенскую женскую клинику, обнаружили, что здѣсь обращались сперва къ домашнему врачу 72%.

10—15% изъ этихъ домашнихъ врачей не предприняли ни одного внутренняго изслѣдованія. Здѣсь, слѣдовательно, можно было бы приложить одинъ изъ рычаговъ для улучшенія діагностики, напоминая настойчиво врачамъ, чтобы они во всѣхъ случаяхъ, гдѣ есть малѣйшее подозрѣніе на злокачественное заболѣваніе, тотчасъ изслѣдовали внутренне и исчерпали бы всѣ діагностическія пособія.

Если найдена карцинома въ какомъ-либо мѣстѣ матки, тогда больная въ теченіе 8 дней должна быть переслана къ оператору. Это сдѣлали въ Вюртембергѣ 57% домашнихъ врачей, въ 2%, однако, она сама сперва пользовалась больныхъ и лишь потомъ, иногда спустя мѣсяцы, послала въ клинику, между тѣмъ какъ въ 18% больныя вообще не получили отъ своихъ врачей совѣта обратиться въ клинику.

Такъ какъ женщины не только въ акушерскихъ случаяхъ, но и при гинекологическихъ заболѣваніяхъ склонны обращаться за совѣтомъ къ своимъ акушеркамъ, то и послѣднія представляютъ одинъ изъ важныхъ факторовъ въ данномъ вопросѣ, и дѣйствительно оказалось, что акушерки до 78% своихъ больныхъ не передавали врачамъ, а лечили сами. *Winter* старается соответственными инструкціями акушеркамъ и здѣсь внести улучшеніе.

Но оба эти фактора могутъ лишь немного повліять на итогъ, главная вина лежитъ на самой больной. По вычисленіямъ *Winter'a*, изъ 1062 раковыхъ больныхъ 87% ждали больше мѣсяца со времени появленія первыхъ замѣтныхъ симптомовъ, раньше чѣмъ онѣ пошли къ врачу. Въ Вюртембергѣ это число доходило до 75%; 40% ждали даже больше $\frac{1}{4}$ года. Равнодушіе женщинъ къ себѣ самимъ, въра въ

то, что это переходные года, которые обуславливаютъ перемѣну, что само собою лучше станетъ, боязнь операціи, а то и сопряженныхъ съ нею расходовъ—вотъ побудительныя причины къ этому.

Winter и здѣсь попытался внести улучшение, побудивъ поврежденную печать въ Кенигсбергѣ опубликовать соответственное воззваніе къ женщинамъ.

Повсюду въ Германіи женскіе врачи и гинекологическія общества приняли эти мѣры борьбы, предложенныя *Winter*'омъ, и надо надѣяться, что благодаря этимъ воззваніямъ, обращеннымъ къ врачамъ, акушеркамъ и больнымъ женщинамъ, больше карциномъ матки попадутъ на операцію, притомъ въ болѣе благоприятномъ и раннемъ стадіи.

Въ доказательство успѣха этихъ мѣръ, *Winter* могъ уже сообщить, что врачи и акушерки Восточной Пруссіи приняли къ сердцу его совѣты; женщины сами тоже реагировали, такъ что въ 1903 г. число тѣхъ, которыя въ первую $\frac{1}{4}$ года послѣ появленія раковыхъ симптомовъ обратились за совѣтомъ, возросло съ 33% до 57%, и 90% противъ прежнихъ 87% согласились въ теченіе 14 дней подвергнуться операціи. Въ Кенигсбергской клиникѣ оперируемость для *Schuchardt*'овской влагалищной экстирпации возросла съ 71% 1902 г. на 82% въ 1903 году. Прочіе спеціалисты отмѣтили 65% противъ прежнихъ 52% за тотъ же періодъ времени, общая оперируемость возросла съ 62 на 74%.

Проектъ *Winter*'а создалъ школу въ Германіи; многія гинекологическія общества выпустили такимъ же образомъ глубочайшія воззванія, особенно къ врачамъ, въ которыхъ излагается настоятельная необходимость равнаго діагноза. Какъ примѣръ этой пропаганды мы приводимъ составленное д-ромъ *Simon*'омъ въ Нюрнбергѣ и изданное Франконскимъ акушерско-гинеколог. Обществомъ посланіе.

Къ борьбѣ съ ракомъ матки.

Многоуважаемый товарищ!

«Стремясь къ увеличенію числа случаевъ полного излеченія рака матки, оперативная гинекологія выработала въ послѣднемъ десятилѣтіи новыя способы, позволяющіе удалить не только матку, но также и окружающія станы, въ которыхъ почти всегда происходитъ рецидивъ болѣзни. Такая радикальная операція, посредствомъ которой возможно удалить не только матку, связки, параметрій и, въ случаѣ необходимости, мочеточникъ, но также «разыскать и экстирпировать всѣ тазовыя железы до мѣста развѣтвленія «аорты, можетъ считаться совершенствомъ въ оперативной техникѣ, такъ «какъ съ удаленіемъ железъ устраняется всякая возможность рецидива.

«Нѣ сожалѣю, и при этой операціи, несомнѣнно увеличивающей число случаевъ излеченія рака, далеко не всегда возможно достигнуть нужныхъ результатовъ, такъ какъ въ болѣе или менѣе запущенныхъ случаяхъ не «всегда удается радикальное удаление всего карциноматознаго.

«Принимая же во вниманіе, что въ свѣжихъ случаяхъ, когда ракъ представляетъ собою только мѣстное заболѣваніе матки, результаты операціи «благоприятны, вносите естественна и позитивна стремленіе врачей оперировать «случаи рака матки возможно раньше. Въздѣтвіе этого Франконское акушер- «ское и гинекологическое Общество рѣшило принять съ своей стороны всѣ «мѣры къ тому, чтобы совмѣстными силами стремиться къ достиженію же- «вательныхъ результатовъ, и обращается поэтому и къ Вашему, уважаемый «товарищъ, съдѣянію.

«Нѣ анимоза женщинъ, больныхъ ракомъ, мы знаемъ, что большая «часть половина прежде всего обращается за совѣтомъ къ своему домашнему «врачу, въ котораго, слѣдовательно, и зависить направить больную по то- «му или другому пути; правда, извѣстно, что многія женщины, отчасти вслѣд-

«ствіе небрежнаго отношенія къ своему здоровью, въ случаяхъ, когда болѣзни не принимаютъ имъ боли, отчасти же въ слѣдствіе страха предъ освидѣтельствованіемъ и операціей, обращаются и къ своимъ домашнимъ врачамъ. «слишкомъ поздно, все же мы думаемъ, что такой врачъ, какъ домашній постоянный совѣтникъ, можетъ обратить вниманіе своихъ пациентокъ на тѣ или другіе симптомы серьезнаго заболѣванія половой сферы.

«Если домашній врачъ замѣтитъ явленія, заставляющія его хотя бы только заподозрить ракъ половыхъ органовъ, онъ нравственно обязанъ немедленно употребить всю свою энергію и не долженъ успокоиться до тѣхъ поръ, пока не будетъ поставленъ правильный діагнозъ. Къ сожалѣнію, многіе врачи изъ легко понятныхъ, но тѣмъ не менѣе не оправдываемыхъ соображеній часто грѣшатъ въ этомъ направленіи. Безяны и нежеланіе многихъ женщинъ, чтобы ихъ освидѣтельствовалъ знакомый имъ врачъ, съ одной стороны, замѣчаемое у нѣкоторыхъ врачей уклоненіе отъ всякихъ гинекологическихъ изслѣдованій, съ другой стороны, приводятъ часто къ тому, что проходятъ недѣли и мѣсяцы, пока ухудшающійся общій видъ больной, все увеличивающіеся кровотеченія, принятые раньше врачомъ за явленія наступающаго климактерія, появленіе болей не заставляютъ его признать истинный характеръ страданія. Широко распространенная у врачей привычка—женщинъ, приходящихъ къ нимъ за съѣтомъ по поводу неправильныхъ кровотеченій—отпускать съ рецептомъ *Secalis* или *Hydrastis* много способствовало несвоевременному опредѣленію болѣзни: кровотеченіе действительно на нѣкоторое время останавливается, пациентки успокаиваются, но за свое временное успокоеніе имъ приходится въ слѣдствіи рас支付的аться большими мученіями и даже жизнью.

«Наше требованіе заключается въ томъ, чтобы методы обычныхъ врачебныхъ мѣропріятій были примѣнены также и въ гинекологіи: сначала изслѣдованіе и постановка діагноза и затѣмъ только леченіе.

«При ракъ матки діагнозъ къ тому проще, чѣмъ при ракъ другихъ внутреннихъ органовъ: симптомы появляются уже очень рано, а опредѣленіе болѣзни не очень трудно.

«Какъ на ранніе симптомы рака слѣдуетъ указать: на всякаго рода неправильныя кровотеченія даже въ томъ случаѣ, если они не очень обильны; на кровотеченіе *post coitum* и на кровавистое выделеніе; боль въ начальномъ стадіи совершенно отсутствуетъ. Осложняетъ правильную постановку діагноза то обстоятельство, что ракъ поражаетъ главнымъ образомъ женщинъ въ возрастѣ 40—50 лѣтъ въ періодъ, когда всякій отклоненія въ половой сферѣ склонны прививать наступающему климактерію; врачу все всегда удается предостеречь отъ этого самообмана, да, къ сожалѣнію, я очень часто изъ соображеній личнаго удобства или по другимъ подобнымъ мотивамъ поддерживаю этотъ самообманъ. Особенно подозрительны случаи, когда женщины *послѣ* наступленія климакса по прошествіи мѣсяцевъ или даже нѣсколькихъ лѣтъ снова получаютъ кровотеченіе.

«Если пациентка съ однимъ изъ вышеуказанныхъ симптомовъ обращается къ врачу, то необходимо настаивать на *немедленномъ* изслѣдованіи. «прибѣгая въ случаѣ надобности даже къ указанію на возможность рака съ цѣлью его послѣдствіями, и до изслѣдованія отказать во всякомъ терапевтическомъ совѣтѣ.

«Въ случаѣ, если пациентка, несмотря на это, все же откажется отъ изслѣдованія, что при извѣстной настойчивости со стороны врача рѣдко бывааетъ, то должно быть отказано ей въ леченіи, каковая угроза можетъ еще заставить ее побороть нежеланіе или страхъ. Изслѣдованіе должно производиться и во время кровотеченій, такъ какъ иначе можетъ быть потеряно много времени. При изслѣдованіи надо прежде всего обратить вниманіе на измѣненія *portio vaginalis* и шейки матки, такъ какъ $\frac{3}{4}$ всѣхъ случаевъ рака матки начинаются именно здѣсь. Не слѣдуетъ также забывать, что бывають случаи высокосидящаго рака шейки и тѣла, діагнозъ которыхъ ставится только послѣ пробнаго выскабливанія или изслѣдованія пальцемъ послѣ сдѣланнаго расширенія шейки.

«Въ случаѣ небольшихъ начинающихся карциномъ играетъ громадную роль микроскопическое изслѣдованіе, и желательно, чтобы въ сомнительныхъ и подозрительныхъ случаяхъ прибѣгали къ нему и практической врачъ; но такъ какъ врачъ-гинекологистъ обыкновенно не владѣетъ въ достаточной степени методами этого изслѣдованія, то онъ долженъ направить этотъ матеріалъ для изслѣдованія, что обыкновенно удается безъ особенныхъ трудностей.

Если дѣло идетъ о подозрительной твердой на ошупь эрозии у маточнаго отверстия, то слѣдуетъ по установленіи его въ зеркалѣ вырѣзать острымъ ножомъ кусокъ величиною съ горошину или бобъ, лучше всего на границѣ здоровой ткани. Если подозривается ракъ тѣла при кровотеченияхъ въ климактеріумѣ при здоровой portio, то слѣдуетъ ложкой или кюреткой достать для изслѣдованія кусокъ слизистой оболочки матки. Кусочки слѣдуетъ положить въ абсолютный алкоголь и немедленно отправить куда-нибудь для изслѣдованія. Проф. *Hofmeier* въ Вюрцбургѣ, проф. *Menge* въ Эрлангенѣ и д-ръ *Bandel* въ Нюрнбергѣ на Каролинской ул. охотно предложили свои лабораторіи для этихъ изслѣдованій; нѣсколько дней спустя лечащій врачъ можетъ получить уже результатъ изслѣдованія. При отрицательномъ результатѣ пациентка оцѣнитъ стараніе и добросовѣстность своего врача, хотя и подвергшаго ее ненужной операциі; при положительномъ же результатѣ начинается для домашняго врача вторая, не менѣе важная задача угловорить пациентку *немедленно* подвергнуться операциі.

Всякія отсрочки должно настойчиво отклонять, такъ какъ въ теченіе нѣсколькихъ недѣль оперативный случай рака можетъ сдѣлаться неоперабельнымъ или, по крайней мѣрѣ, могутъ ухудшиться шансы на полное излеченіе.

Слѣдуетъ еще прибавить, что своевременно оперированныя карциномы остаются на долгое время излеченными; если число излеченій въ настоящее время опредѣляется только 10% (отсутствіе рецидивовъ въ теченіе 5 лѣтъ), то вѣдь это доказываетъ, что ракъ излечимъ; также и смертность при удаченіи матки чрезъ влагалище уменьшено до 5%, что даетъ основаніе считать эту операцию безопасной.

Слѣдуетъ избѣгать лечить небольшія раковыя изъязвленія посредствомъ прижигающихъ средствъ, такъ какъ цѣльзы оно не приносятъ, а время теряется.

Къ такому же результату приводятъ и методъ наблюденія, и выжиданія для постановки діагноза; въ дѣйствительно подозрительныхъ случаяхъ долженъ и можетъ быть поставленъ діагнозъ въ теченіе нѣсколькихъ дней.

Трудный подчасъ вопросъ, возможно-ли данный случай оперировать или нѣтъ, можетъ быть рѣшенъ только операторомъ, въ большинствѣ случаевъ только послѣ точнаго изслѣдованія подъ наркозомъ.

Резюмируя все сказанное, мы приходимъ къ слѣдующему заключенію относительно роли домашняго врача въ случаяхъ рака матки:

- 1) «Онъ долженъ обращать серьезное вниманіе на *все подозрительные* для рака симптомы или *познакомить* съ ними своихъ пациентокъ.
- 2) «Онъ долженъ при всякаго рода кровотеченияхъ и ненормальныхъ изъязвленіяхъ *немедленно* произвести *гистологическое* изслѣдованіе.
- 3) «Діагнозу должно предшествовать ручное или микроскопическое изслѣдованіе.
- 4) «Поставивъ діагнозъ рака, онъ долженъ *немедленно* направить больную для операциі.

Мы убѣждены, что при сознаніи важности вышеуказанныхъ предписаній и строгомъ ихъ исполненіи, при доброй волѣ врача и пациентки число удачно оперированныхъ случаевъ рака матки значительно возростетъ, и то большее число случаевъ, которые въ настоящее время не могутъ быть вслѣдствіе ихъ запущенности оперированы, значительно понизится.

И чувство радости и удовлетворенія будетъ ощущать всякій врачъ, которому удастся своевременно опредѣлить болѣзнь, направить больную для операциі и тѣмъ способствовать излеченію пациентки, ибо ему не меньше, чѣмъ оператору, будетъ принадлежать заслуга спасенія человѣческой жизни.

Въ интересахъ общаго блага обращаемся отъ имени Франковскаго акушерскаго и гинекологическаго Общества и къ Вамъ, уважаемый товарищъ, съ настоятельной просьбой не отказать намъ въ своемъ содѣйствіи въ совместной борьбѣ противъ самаго ужаснаго врага женщинъ—рака матки.

Правленіе Франковскаго акушерско-гинекологическаго Общества.

Къ Франковскимъ акушеркамъ.

Несмотря на уснѣхи, достигнутые гинекологіей благодаря которымъ удается своевременно оперированные случаи рака половыхъ частей привести къ совершенному излеченію, большое число болвныхъ ракомъ женщинъ все же обречены на мучительную смерть. Это обстоятельство и заставило насъ искать причины, вызывающія это печальное явленіе. При этомъ мы нашли, что глав-

«ная вина лежить на самих пациенткахъ, которыя, съ одной стороны, слишкомъ «хладнокровно относятся къ начальнымъ симптомамъ рака и, не ощущая боли, «утѣшаютъ себя тѣмъ, что болѣзнь сама пройдетъ, съ другой же стороны, не «обращаются за врачебной помощью изъ-за страха предъ изслѣдованіемъ и «операцией. Часть такихъ больныхъ, приблизительно $\frac{1}{3}$ общаго числа при- «выкли обращаться раньше всего къ акушеркѣ, и на нее такимъ образомъ «падаетъ часть отвѣтственности за дальнѣйшую судьбу пациентки.

«Добросовѣстная, сознающая эту нравственную отвѣтственность акушер- «ка укажетъ подобной пациенткѣ на то, что она даетъ совѣты только бере- «меннымъ и роженицамъ, и что, не обучавшись гинекологіи, она не въ состоя- «ніи давать ей совѣты; къ сожалѣнію, многія акушерки не отказываютъ па- «циенткамъ, изслѣдуютъ ихъ и предписываютъ имъ спринцованіе, компрессы, «сидячія ванны, чай и т. п.

«Въ легкихъ скоропреходящихъ заболѣваніяхъ вредъ отъ подобныхъ «совѣтовъ невеликъ; но если дѣло идетъ о начинающемся ракѣ матки, ко- «торый вълѣдствіе неясныхъ, едва ощутимыхъ симптомовъ, не можетъ быть «опредѣленъ акушеркой, вредъ отъ подобныхъ совѣтовъ очень великъ: боль- «ная, вѣря въ искусство акушерки, пропускаетъ время, не обращается за «дѣйствительной помощью и платитъ жизнью своей за недобросовѣтность «акушерки.

«Чтобы измѣнить это, необходимо всѣмъ акушеркамъ другъ передъ «другомъ обязаться *дѣлать только то, къ чему онѣ призваны.*

«Прививая же во вниманіе довѣріе, которымъ хорошія акушерки поль- «зуются у своихъ клиентокъ, онѣ могутъ принести огромную пользу, высту- «пая въ роли совѣтницъ и направляя больныхъ женщинъ на правильный «путь, и мы поэтому убѣдительно просимъ ихъ содѣйствія въ спасеніи жен- «щинъ отъ ожидающей ихъ ужасной участи. Главные симптомы начинающа- «гося рака матки, къ сожалѣнію, не боли, иначе пациентки сами сейчасъ же «обращались бы за врачебной помощью, а *неправильныя кровотеченія*, иногда «обильныя, иногда же весьма скудныя, часто появляющіяся *послѣ сэвокуле- «нія или спринцованія*; далѣе выдѣленія, часто напоминающія мясные помои, «съ сильнымъ вонючимъ запахомъ; особенно же подозрительны неправиль- «выя кровотеченія у женщинъ въ *климактерическомъ періодѣ нѣсколько мѣ- «сяцевъ или лѣтъ спустя послѣ прекращенія менструаціи.*

«Когда женщина жалуется, что она послѣ годовой или двухлѣтней «паузы снова получила менструацію, слѣдуетъ съ увѣренностью подозрѣвать «ракъ.

«Такъ какъ извѣстно, что женщины въ возрастѣ 40 годовъ склонны «всякія ненормальныя явленія въ половой сферѣ объяснить климактеріумомъ «и не придають поэтому этимъ явленіямъ никакого значенія, обязанность «акушерки не поддерживать ихъ въ этомъ мнѣніи, а помнить, что *именно въ «этомъ возрастѣ начинается большинство раковыхъ заболѣваній*; вслѣдствіе «чего онѣ не должны ихъ сами изслѣдовать, а, указавъ на возможную опас- «ность, направлять ихъ немедленно для *точного врачебнаго изслѣдованія.* «Лучше напрасно подвергнуть изслѣдованію 9 женщинъ, чѣмъ у одной про- «смотрѣть ракъ.

«Сотни разъ доказано, что своевременнымъ удаленіемъ матки, что въ «настоящее время не сопряжено съ большой опасностью, больныя ракомъ «на долгое время могутъ излечиваться; у многихъ, какъ показали наблюде- «нія, ракъ не возвращается въ продолженіе 10—20 лѣтъ.

«Мы должны поэтому совмѣстными силами стремиться къ тому, чтобы «больныя своевременно были оперированы, что представляетъ для нихъ един- «ственное спасеніе.

«Акушерка, пропустившая это, можетъ быть обвинена въ небрежности, «и не исключается возможность, чтобы она была привлечена къ уголовной «отвѣтственности, какъ знахарка, лишившая своимъ неправильнымъ леченіемъ «пациентку возможности своевременно обратиться къ врачебной помощи.

«Мы твердо вѣримъ, однако, въ нравственность и добросовѣтность на- «шихъ акушерокъ и надѣмся, что съ своей стороны онѣ сдѣлаютъ всевоз- «можное для успѣшной борьбы съ этой ужасной женской болѣзью.

«Управленіе Франконскаго акушерско-гинекологическаго «Общества.

Діагностическіе симптомы рака матки.

Діагностика рака матки покоится прежде всего на критическом анализѣ вызываемыхъ имъ первоначальныхъ симптомовъ. Въ высшей степени печально, что менструація пріучаетъ женщинъ смотрѣть и на неправильныя кровотеченія какъ на невинныя, ничего общаго съ болѣзью не имѣющія, особенно въ климактерическомъ періодѣ, когда, вслѣдствіе распространеннаго предрасудка, всякія неправильности въ менструаціи считаются естественными. Такъ какъ маточныя кровотеченія вызываються также и фунговыми эндометритами, полипами слизистой оболочки, измѣненіями въ положеніи матки, а также и доброкачественными фибромами, то всякія отклоненія отъ правильной менструаціи относятся къ наиболѣе частымъ и важнымъ патологическимъ явленіямъ. Въ то время какъ кровотеченія, обусловленныя вышеназванными болѣзнями, относятся къ типу метроррагій и представляютъ собою измѣненія въ количествѣ или въ формѣ нормальной менструаціи, кровотеченія, вызванныя ракомъ, характеризуются тѣмъ, что они представляютъ собою метроррагіи, независимы отъ менструаціи и обуславливаются распадомъ ткани и обнаженіемъ вслѣдствіе этого сосудовъ. *Ракъ имѣетъ источникъ кровотеченія въ себѣ самомъ*, въ то время какъ кровотеченія при міомахъ или эндометритахъ зависятъ отъ менструаціи и, не считая рѣдкихъ исключеній, когда они вполнѣдствіи ведутъ къ гангренѣ, образованію полиповъ и т. д., исчезаютъ съ прекращеніемъ регуль. Если еще въ періодѣ половой зрѣлости женщинъ, а также при наступленіи климактерія мы отличаемъ меноррагіи отъ метроррагіи, придавая послѣднимъ, какъ частому признаку добро- и злокачественныхъ процессовъ, громадное значеніе, то тѣмъ большее вниманіе мы должны удѣлять кровотеченіямъ, появляющимся уже послѣ прекращенія менструаціи въ болѣе пожиломъ возрастѣ, такъ какъ такія кровотеченія должны прежде всего заставить насъ подозрѣвать злокачественное новообразованіе, хотя въ крайне рѣдкихъ случаяхъ такое кровотеченіе можетъ быть въ этомъ возрастѣ вызвано и другими заболѣваніями.

Отсюда слѣдуетъ, что при всякомъ случаѣ кровотеченія изъ половыхъ органовъ, особенно же послѣ прекращенія менструаціи, первымъ и наиболѣе важнымъ требованіемъ должно быть детальное изслѣдованіе половыхъ органовъ, какъ *ручное, такъ и посредствомъ зеркала и инструментовъ; безъ такого изслѣдованія всякій диагнозъ является недостаточно обоснованнымъ.*

Раковыя новообразованія, сидяція на portio vaginalis или на слизистой оболочкѣ шейки, ощупываются пальцемъ и узнаются по ихъ затвердѣнію, размѣру или разрощеніямъ. Часто, однако, не удается ихъ ощупать вслѣдствіе закрытія наружнаго маточнаго отверстія: тогда необходимо употребить большее усиліе, чтобы пройти пальцемъ черезъ orificium ext.

Характерно для рака въ отличіе отъ доброкачественныхъ гипертрофій и эрозій то обстоятельство, что ткань при раковыхъ новообразованіяхъ легко отдѣляется и крошится: уже ногтемъ удается отдѣлить кусокъ ткани между тѣмъ какъ при доброкачественныхъ процессахъ въ шейкѣ матки это не удается; отдѣляемая такимъ образомъ ткань рака красновата и салына. Характерно также для раковой язвы кровоточивость ея при легкомъ дотрогиваніи пальцемъ,

зеркаломъ или ватнымъ тампономъ; вотъ почему такъ важно для діагноза указаніе на появленіе кровотеченія post coitum.

Еще характернѣе отдѣленіе ткани не ногтемъ, а инструментомъ, такъ какъ при доброкачественныхъ эрозіяхъ возможно такимъ образомъ отдѣлить лишь микроскопическіе кусочки, но отнюдь не крошки да и то не безъ усилія.

Въ сомнительныхъ случаяхъ опредѣляется характеръ новообразованія посредствомъ микроскопическаго изслѣдованія тѣмъ или другимъ способомъ отдѣленнаго куска ткани, и это изслѣдованіе, принимая во вниманіе всю важность ранняго діагноза для оперативнаго леченія, должно получить самое широкое примѣненіе. Во всякомъ подозрительномъ случаѣ слѣдуетъ примѣнить всѣ способы изслѣдованія для скорѣйшаго діагноза, всякое выжиданіе появленія другихъ симптомовъ слѣдуетъ разсматривать, какъ ошибку врача.

Ракъ тѣла матки, вслѣдствіе невозможности его прощупать, представляетъ большія діагностическія затрудненія, чѣмъ ракъ шейки. Наблюденіе, однако, показываетъ, что, несмотря на это, большее сравнительно число случаевъ раковыхъ опухолей тѣла матки является въ сравнительно хорошемъ состояніи, когда оперативное вмѣшательство еще возможно, и когда удаленіе опухоли дастъ много шансовъ на полное излеченіе; отсюда слѣдуетъ заключить, что ракъ тѣла матки остается сравнительно долго локализованнымъ, мѣстнымъ страданіемъ, быть можетъ, вслѣдствіе особеннаго распредѣленія лимфатическихъ сосудовъ матки, не дающихъ опухоли возможности распространяться. Къ этому слѣдуетъ еще прибавить, что ракъ тѣла поражаетъ женщинъ въ болѣе пожиломъ возрастѣ, чѣмъ ракъ шейки (большинство больныхъ находится въ возрастѣ 45—70 лѣтъ), что значительно облегчаетъ діагнозъ, такъ какъ между прекращеніемъ нормальной менструаціи и появленіемъ раковыхъ кровотеченій проходитъ уже нѣсколько лѣтъ, и появленіе этихъ новыхъ кровотеченій можетъ скорѣе заставить какъ пациентку, такъ и врача заподозрить серьезное заболѣваніе.

Стремленіе гинекологовъ-операторовъ—сдѣлать значеніе этихъ симптомовъ общезвѣстнымъ и распространеннымъ; при этомъ слѣдуетъ еще прибавить, что измѣненія въ мачѣ при изслѣдованіи руками могутъ или вовсе отсутствовать, или же казаться слишкомъ ничтожными, и что поэтому здѣсь еще болѣе, чѣмъ при ракъ шейки, слѣдуетъ предпринимать микроскопическое изслѣдованіе ткани; другія свойственныя раку тѣла матки явленія, какъ воничія выдѣленія и боли, наступаютъ слишкомъ поздно и потому не имѣютъ никакого значенія въ дифференціальной діагностикѣ, а отсутствіе этихъ явленій не должно поэтому служить доказательствомъ отсутствія рака.

И по мѣрѣ того, какъ врачи и, если возможно, и женщины усвоятъ себѣ этотъ взглядъ на неправильныя кровотеченія, какъ на ранній симптомъ рака, число излечимыхъ случаевъ рака будетъ увеличиваться.

Саркома матки.

Несмотря на огромную разницу, существующую между ракомъ и саркомой матки въ анатомическомъ строеніи этихъ двухъ опухолей, клиническая картина и показанія къ оперативному вмѣшательству при этихъ двухъ болѣзняхъ настолько сходны, что врядъ-ли

приходится отдѣльно говорить о нихъ, такъ какъ и саркома относится къ разряду опухолей, извѣстныхъ подъ именемъ «ракъ». Все же слѣдуетъ упомянуть о нѣкоторыхъ особенностяхъ саркомы, отличающихъ ее отъ карциномы. Саркома въ противоположность карциномѣ не исходитъ только изъ эпителиальной или железистой ткани, но можетъ появиться какъ въ слизистой оболочкѣ, такъ и въ стѣнкѣ матки, въ тѣлѣ ея или въ шейкѣ и *portio vaginalis*.

Также въ противоположность раку саркома чаще бываетъ въ тѣлѣ матки, чѣмъ въ шейкѣ; изъ 403 случаевъ рака матки, бывшихъ въ клиникѣ въ Галле, *Poschmann* нашелъ 387 карциномъ и 16 саркомъ, изъ которыхъ 11 исходили изъ тѣла матки и 5 изъ шейки; изъ 377 же карциномъ 366 принадлежали шейкѣ и только 10 тѣлу матки. *Gesner* опредѣляетъ отношеніе карциномъ къ саркомамъ, какъ 40 : 1. Бросается въ глаза также частота заболѣванія саркомой сравнительно молодыхъ женщинъ; мы сами видѣли неоперативный случай саркомы матки у двухлѣтней дѣвочки.

Дифференціальная діагностика саркомы труднѣе, чѣмъ карциномы, и требуетъ непремѣннаго микроскопическаго изслѣдованія.

Что касается результата леченія, то *Gesner* собралъ слѣдующія данныя: 26 случаевъ саркомы слизистой оболочки дали 10 разъ рецидивы, причемъ всѣ они произошли въ первый же годъ послѣ радикальной операціи, 16 больныхъ остались здоровыми, причемъ періодъ наблюденія только у 3 изъ нихъ продолжался больше 5 лѣтъ.

Изъ 35 случаевъ саркомы стѣнки 14 рецидивировали уже въ теченіе перваго года послѣ операціи; 21 больная осталась здоровыми, но только 3 изъ нихъ находились подъ наблюденіемъ больше 5 лѣтъ.

Очень жаль, что статистическія данныя о саркомѣ далеко не такъ обильны, какъ при карциномѣ, что происходитъ вслѣдствіе рѣдкости этого заболѣванія. Тѣмъ благодарнѣе поэтому было бы собраніе статистическаго матеріала, ибо извѣстно, что злокачественностью саркома превосходитъ карциному, благодаря своему быстрому росту она еще раньше дѣлается неоперативной, и всякая операція остается безрезультатной, если опухоль не локализована; быть можетъ, здѣсь прогнозъ улучшится отъ болѣе радикальнаго вмѣшательства.

Первичный ракъ влагалища.

Примѣненіе оперативнаго вмѣшательства при первичномъ ракѣ влагалища наталкивается въ настоящее время еще на нѣкоторыя трудности, происходящія вслѣдствіе имѣющагося сравнительно мало статистическаго матеріала. Первичный ракъ влагалища встрѣчается очень рѣдко, что видно изъ сравнительныхъ данныхъ разныхъ патолого-анатомическихъ институтовъ о локализациі раковыхъ опухолей въ разныхъ органахъ; такъ, напр., *Eppinger* въ обнародованной имъ статистикѣ изъ Пражскаго патолого-анатомическаго института приводитъ данныя о 3149 вскрытіяхъ, сдѣланныхъ въ періодъ времени 1865—1871; въ этомъ числѣ были 308 случаевъ рака, изъ нихъ у женщинъ 202, причемъ ракъ матки былъ въ 79 случаяхъ. изъ нихъ въ 35—было поражено одновременно и влагалище, и только въ 3 случаяхъ былъ первичный ракъ влагалища. Клинической статистической матеріалъ обнародованъ *Hecht* омъ изъ вѣнскихъ больницъ; изъ зарегистрированнаго тамъ общаго числа случаевъ рака у женщинъ *Hecht* приводитъ 2189 случаевъ рака половыхъ органовъ, а именно 2045 рака матки и 50 влагалища.

Изъ всѣхъ клинически наблюдавшихся случаевъ рака влагалища только ничтожная часть можетъ быть оперирована, такъ какъ большинство этого рода больныхъ является къ врачу уже въ то время, когда опухоль уже нельзя оперировать, что происходитъ отъ того, что ракъ влагалища въ начальномъ стадіи имѣетъ весьма ничтожные симптомы: боль, какъ на то особенно указываетъ *Küstner*, совершенно отсутствуетъ; кровотеченія и выдѣленія или вовсе не бываетъ, или въ такомъ незначительномъ количествѣ, что пациентки не считаютъ нужнымъ обращаться къ врачебной помощи. Сообщенія объ операціяхъ при ракѣ влагалища стали появляться только въ послѣднее время послѣ опубликованной въ 1895 году въ *Centralblatt f. gyn.* работы *Olshausen*'а объ экстирпациі влагалища при ракѣ его: только съ этого времени мы имѣемъ сравнительно большой литературный матеріалъ.

Результаты оперативнаго леченія рака влагалища очень трудно учесть, такъ какъ они должны быть различны въ зависимости, съ одной стороны, отъ степени распространенія опухоли во время операціи, съ другой стороны, отъ локализациі ея, т. е. находится-ли она на передней или задней влагалищной стѣнкѣ, ближе-ли къ области *vulvae* или же *port. vagin.* Ракъ влагалища бываетъ, по *Klebs*'у, въ двухъ различныхъ формахъ: въ формѣ диффузной инфильтраціи, окружающей кольцеобразно все влагалище и превращающей его въ неподвижную твердую трубку, и въ формѣ болѣе локализованной опухоли, сидящей на одной изъ стѣнокъ влагалища въ видѣ разрощенія, похожаго по формѣ на цвѣтную капусту.

Диффузная форма рѣдко оперируется, такъ какъ при такомъ распространеніи опухоли шансы на успѣхъ очень плохи.

Насъ поэтому интересуютъ только локализованныя карциномы влагалищной трубки; согласно статистическимъ даннымъ, онѣ чаще сидятъ на задней влагалищной стѣнкѣ; такъ, изъ 123 случаевъ раковая опухоль сидѣла

на задней стѣнкѣ	71	разъ
» передней »	23	»
» боковыхъ »	13	»

кольцеобразно окружала влагалище 16 разъ.

Такимъ образомъ въ $\frac{2}{3}$ всѣхъ случаевъ опухоль сидѣла на задней стѣнкѣ и чаще всего въ нижней ея трети.

Способы операціи при первичномъ ракѣ влагалища дѣлались съ теченіемъ времени все радикальнѣе; вначалѣ ограничивались, какъ это во многихъ случаяхъ дѣлалъ *Schröder*, вырѣзываніемъ опухоли; въ послѣднее время же предпочитаютъ даже при ограниченныхъ новообразованіяхъ экстирпировать большую часть влагалища вмѣстѣ съ маткой.

Schröder обрѣзывалъ опухоль кругомъ и тупымъ инструментомъ, начиная снизу, отдѣлялъ ее отъ нижележащей ткани; затѣмъ раневая поверхность прижигалась каленымъ желѣзомъ и тамповировалась. *Schwarz*, опубликовавъ случаи, оперированные имъ по этому методу въ клиникѣ *Olshausen*'а въ Галле, пришелъ на основаніи собственныхъ наблюденій, а также данныхъ изъ литературы къ слѣдующему заключенію:

«Прогнозъ и результаты радикальной операціи рака влагалища абсолютно плохи; излеченія почти не бываетъ; приводить % излеченныхъ случаевъ не стоитъ, такъ какъ карциному влагалища слѣдуетъ считать абсолютно неизлечимой болѣзнью».

Причину такихъ неблагоприятныхъ результатовъ операціи *Schwarz* видитъ въ томъ обстоятельстве, что карцинома уже очень рано проникаетъ чрезъ влагалищную стѣнку и переходитъ или на мочевой пузырь, или на прямую кишку.

Такимъ же неблагоприятнымъ считаетъ прогнозъ при ракѣ влагалища и *Lauenstein*: «во всѣхъ сообщеніяхъ по этому вопросу въ литературѣ красною нитью проходитъ взглядъ, что прогнозъ очень плохъ, причина же этого неизвѣстна».

Olshausen объясняетъ неблагоприятные результаты этой операціи или тѣмъ, что вслѣдствіе тѣснаго соединенія влагалищной стѣнки съ нижележащей тканью операція производится не въ здоровой ткани, а въ раковой, или же тѣмъ, что во время самой операціи ракъ прививается въ широкую поверхность обнаженной соединительной ткани влагалища. Другіе полагаютъ, что при кажущейся локализованности опухоли раковыя клѣтки, однако, уже распространены въ слизистой оболочкѣ влагалища. Въ одномъ случаѣ рака вагины, нами (*Krönig*) оперированномъ, мы могли это доказать. Казалось въ этомъ случаѣ, что опухоль занимала часть задней влагалищной стѣнки величиною съ талеръ; послѣ же удаленія всей вагины и микроскопическаго ея изслѣдованія обнаружилось, что раковыя клѣтки распространены также и въ подслизистой ткани, прикрытой поверхностью здоровой слизистой оболочкой.

Эти плохіе результаты заставили поэтому выставить требованіе удалять не только, согласно *Schröder*'у, самую опухоль, но экстирпировать

рывать всю вагину, дѣлая даже высокую ампутацію шейки или удаляя всю матку.

Въ 1895 году *Olshausen* предложилъ слѣдующій способъ: промежность разсѣкается по всей ея ширинѣ, послѣ чего проходятъ при помощи тупого инструмента между прямой кишкой и влагалищемъ до самаго Дугласова пространства; чтобы не поранить кишки, ассистентъ входитъ въ нее пальцемъ и контролируетъ руку оператора. Если ракъ сидитъ близко отъ port. vagin., то матка должна быть экстирпирована; въ такомъ случаѣ открываютъ непосредственно позади влагалища Douglas, выворачиваютъ матку кзади и перевязываютъ ligamenta lata; наконецъ, удаляются сверху также и боковая и передняя влагалищная стѣнки.

Olshausen оперировалъ по этому способу 3 случая, изъ которыхъ только 2 оставались долгое время подъ наблюдениемъ, и въ обоихъ наступили рецидивы.

Dührssen модифицировалъ этотъ способъ такимъ образомъ, что онъ употребляетъ для удаленія влагалища еще какъ вспомогательный разрѣзъ—глубокій разрѣзъ чрезъ вагину и промежность, идущій отъ влагалищнаго свода до снайки и дальше по промежности до линіи, соединяющей anus съ tuber ischii. *Dührssen* комбинируетъ съ удалениемъ влагалища также и высокую ампутацію шейки матки.

Amiot желая избѣгнуть инфекции посредствомъ прививки, дѣлалъ боковой разрѣзъ промежности. Онъ обрѣзывалъ при помощи термокаутера въ области вульвы входъ во влагалище и дѣлалъ еще разрѣзъ по направленію къ tuber ischii sup. для того, чтобы можно было обнажить дѣвную часть влагалища снаружи сверху; затѣмъ онъ, начиная сверху, отдѣлялъ какъ стѣнку пузыря, такъ и стѣнку прямой кишки отъ вагины и только потомъ доходилъ до трудныхъ частей въ области уретры, отдѣленіе которыхъ также производилось сверху. Постепенно такимъ образомъ онъ опускалъ внизъ не вскрытую влагалищную трубку и, перевязавъ приводящіе сосуды, выщипывалъ ее изъ окружающей ткани; только потомъ онъ вскрывалъ брюшину въ excavatio vesico-uterina и удалялъ матку съ придатками.

Kelly съ цѣлью обнажить sericum rectovaginale дѣлалъ въ боковомъ положеніи пациентки разрѣзъ, идущій отъ конца крестца около os coccygis сбоку отъ прямой кишки къ промежности; чрезъ этотъ разрѣзъ онъ потомъ удалялъ влагалище и матку.

Разсматривая достигнутые всѣми этими оперативными пріемами результаты, мы видимъ, что они еще настолько плохи, что является необходимость въ дальнѣйшемъ расширеніи операціи, чтобы уменьшить число рецидивовъ.

Благодаря тѣсной анатомической связи между влагалищной стѣнкой и сосѣдними органами, пузыремъ и прямой кишкой, карциномы легко переходятъ съ вагины на эти органы. Исслѣдованія *Gerota*, *Sappey*, *Poirier* и *Bruhns'a* показали, что лимфатическіе сосуды влагалища образуютъ въ подслизистой очень густую сѣть и соединяются какъ между собою, такъ и съ лимфатическими сосудами мышечной стѣнки влагалища и portio vagin.

Мы имѣемъ также анатомическія исслѣдованія объ отношеніи лимфатическихъ сосудовъ влагалища къ таковымъ же прямой кишки; первая исслѣдованія сдѣланы *Moran'*омъ и подтверждены *Bruhns'*омъ; они показываютъ, что лимфатическіе сосуды идутъ отъ задней поверхности задней влагалищной стѣнки къ прямой кишкѣ, окружая

последнюю и частью идя около art. haemorrhoidal. sup. вливаются затѣмъ въ lymphoglandulae haemorrhoido sup. и lymphoglandulae mesorectales. Съ этимъ анатомически доказаннымъ распредѣленіемъ лимфатическихъ сосудовъ влагалища вполне согласуются наблюденія сдѣланныя въ случаяхъ распространеннаго рака влагалища.

Инфекція лимфатическихъ железъ при ракъ влагалища происходитъ, по мнѣнію Hecht'a, по извѣстной правильной системѣ: при локализациі опухоли въ нижней трети вагины опухаютъ паховыя железы; если ракъ сидитъ въ двухъ верхнихъ третяхъ, то мы получаемъ инфильтрацію ректо-вагинальныхъ железъ; въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ поражаются бываютъ также septum recto-vaginale и сама прямая кишка. Последнее имѣетъ, конечно, мѣсто тогда, когда раковая опухоль находится на задней влагалищной стѣнкѣ: сначала инфильтруется, утолщается septum recto-vagin., затѣмъ та часть слизистой оболочки прямой кишки, которая вначалѣ еще была невредима и гладка, дѣлается на соответствующемъ мѣстѣ неподвижной и не подымается больше въ складку; постепенно поражается и сама слизистая оболочка кишки, а при распадѣ рака происходитъ перфорация въ кишку съ образованіемъ ректовагинальнаго свища.

Исходя изъ этихъ анатомическихъ и клиническихъ наблюденій, мы должны выставить непремѣнное требованіе, чтобы и при локализованномъ ракъ вагины всегда удалялось все влагалище. Въ случаѣ принятія этого требованія должно у женщинъ въ періодѣ половой зрѣлости одновременно производить и удаленіе матки, такъ какъ послѣдняя не можетъ уже оставаться позади образовавшейся рубцовой атрезіи.

Даже и въ климатическомъ періодѣ нужно въ такихъ случаяхъ удалять матку, такъ какъ въ одномъ случаѣ первичнаго рака влагалища Lauenstein 3 года спустя послѣ удаленія большей части вагины видѣлъ рецидивъ на portio vaginalis.

Вслѣдствіе тѣсной связи, существующей между влагалищемъ и пузыремъ и прямой кишкой, естественно возникаетъ вопросъ, не рационально-ли, слѣдуя принципу оперировать возможно больше въ здоровой ткани, удалять также и часть пузыря и прямой кишки. Сравнительно большая часть дна пузыря не можетъ безъ особенно тяжелыхъ послѣдствій для женщины быть удалена: все же, принимая во вниманіе, что въ настоящее время удается вшить мочеточники въ вышележащія части пузыря, не слѣдуетъ всякій случай рака, сидящаго на передней влагалищной стѣнкѣ и поразившаго дно пузыря, считать абсолютно неоперативнымъ, а подумать у очень крѣпкихъ особъ о возможности экстирпациі и дна пузыря. Гораздо проще рѣшеніе вопроса о томъ, слѣдуетъ-ли при этомъ также удалять и часть прямой кишки. Тѣсная анатомическая связь между задней влагалищной стѣнкой и прямой кишкой, клиническія наблюденія о быстромъ переходѣ первичнаго рака вагины на septum recto-vagin. и на самую кишку заставляютъ насъ рѣшиться на это; при этомъ мы не должны, принимая во вниманіе изслѣдованія Bruhns'a о непосредственномъ переходѣ лимфатическихъ сосудовъ съ задней влагалищной стѣнки на прямую кишку, которая ими окружается, ограничиваться только частичной резекціей передней стѣнки прямой кишки, но циркулярно ее резецировать; дѣло оперативной техники рѣшить вопросъ, производить-ли экстирпацию влагалища и кишки по способу Kraske при помощи крестцоваго разрѣза или же по способу Rehn'a

и *Schuchardt'a* посредствомъ разрѣза спереди. *Friedrich* и *Zweifel* избрали послѣдній способъ.

Операція можетъ быть произведена двумя способами:

1) Экстирпируютъ по перинеальному методу *Olshausen'a* или же съ помощью также вспомогательныхъ разрѣзовъ *Schuchardt'a* влагалище и матку, отпрепаровываютъ затѣмъ прямую кишку отъ ея боковыхъ и заднихъ соединеній, спускаютъ внизъ *Plexus*, резецируютъ достаточно большой кусокъ кишки и циркулярно соединяютъ верхнюю часть кишки съ нижней.

2) Удаляютъ пораженную часть задней влагалищной стѣнки *одновременно* съ прилежащей прямой кишкой такимъ образомъ, что задняя стѣнка вагины, поскольку она поражена, обрѣзается кругомъ, послѣ чего дѣлаютъ два боковыхъ глубокихъ паравагинальныхъ разрѣза, которые проникаютъ также черезъ *musc. levator ani* и, такимъ образомъ, обнажаютъ боковыя и заднія части прямой кишки. Экстирпацию матки и резекцію части передней влагалищной стѣнки лучше всего дѣлать до резекціи кишки, послѣ вскрытія *Дугласоваго* пространства и сдѣланныхъ боковыхъ разрѣзовъ чрезъ влагалище и промежность.

По первому способу оперировалъ *Zweifel*, по второму *Friedrich*, причемъ послѣдній не экстирпировалъ одновременно матки. Случаи продолжительнаго излеченія неизвѣстны.

По крестцовому методу *Kraske* до сихъ поръ, насколько извѣстно изъ литературы, кромѣ *Kelly* никто не оперировалъ.

Первичный ракъ трубы.

Результаты операціи первичнаго рака трубы до сихъ поръ очень неблагоприятны, что происходитъ

1) отъ того, что ранній діагнозъ этого заболѣванія сопряженъ съ неизвѣрными трудностями;

2) ракъ трубы, подобно карциномѣ влагалища, не причиняетъ вначалѣ пациенткамъ никакой боли,

и 3) операціи дѣлались недостаточно радикально.

Діагнозъ потому труденъ, что поверхность опухоли долгое время остается гладкой и ровной, что дѣлаетъ часто невозможнымъ отличие ея отъ обыкновенныхъ салпингитовъ и нагноеній трубы. Существенно важно для діагноза то обстоятельство, что ракъ трубы поражаетъ обыкновенно въ концѣ періода половой зрѣлости или въ климактеріи. По *Zangenmeister*'у, изъ 44 случаевъ рака трубы 24 были въ возрастѣ 43—50, а 12 въ возрастѣ 55—60 лѣтъ.

Если поэтому у женщины въ возрастѣ, близкомъ къ климактерію или же въ самомъ климактерическомъ періодѣ замѣчается утолщеніе одной или обѣихъ трубъ, то, принимая во вниманіе злокачественность опухолей, является показаніе къ пробной лапаротоміи, чтобы раннимъ діагнозомъ улучшить шансы операціи.

Субъективныя жалобы могутъ при ракѣ трубы очень долго совершенно отсутствовать. Мы (*Krönig*) видѣли одинъ случай, гдѣ ракъ трубы перешелъ уже на брюшину, и сама опухоль достигла пупка; пациентка потому только обратилась къ врачу, что вслѣдствіе увеличивающагося асцита объемъ живота увеличивался. Подобныя же ничтожныя жалобы были отмѣчены въ сообщеніяхъ другихъ авторовъ; часто больныя чувствуютъ только тупую, тянущую боль.

Гинекологи довольствовались до сихъ поръ только тѣмъ, что удаляли заболѣвшія трубы, такъ какъ карцинома трубы макроскопически локализовалась только въ трубѣ. Быть можетъ, анатомическое строеніе опухоли заставляло относиться оптимистически къ ея злокачественности. Карциномы трубы имѣютъ въ большинствѣ случаевъ сосочковое строеніе, альвеолярныя карциномы совершенно, напр., отрицаются *Sänger*'омъ. Этотъ взглядъ, однако, послѣ опубликованныхъ случаевъ *v. Rosthorn'a*, *Hofbauer'a* и *Eckhard'a*, въ которыхъ были опухоли съ яснымъ альвеолярнымъ, эпителиальнымъ строеніемъ, невѣренъ; все же папиллярный характеръ карциномъ трубы и теперь еще считается правиломъ. Такъ какъ, наконецъ, въ виду рѣдкости заболѣванія трубъ ракомъ, неблагоприятные результаты операціи не были извѣстны, то не считали нужнымъ дѣлать болѣе радикальную операцію. Только наблюденія послѣдняго времени показали, что только единичные случаи послѣ такой операціи свободны отъ рецидивовъ.

Рецидивъ наступаетъ обыкновенно уже очень скоро; въ случаѣ *Osterloh*'а уже черезъ годъ, у *Cullingworth*'а чрезъ 1 $\frac{1}{4}$; у пациентки *Novy* появился рецидивъ черезъ 2 года, отъ каковой она черезъ 5 мѣсяцевъ умерла.

Въ одномъ только случаѣ, оперированномъ *Zweifel*'емъ, въ теченіи 7 лѣтъ, по словамъ *Zungenmeister*'а, не было рецидива; небезынтересно прибавить, что въ этомъ случаѣ уже во время операціи были асцитъ. Слѣдуетъ, однако, прибавить, что продолжительныхъ наблюдений надъ оперированными карциномами трубъ вообще очень мало, такъ какъ ракъ трубы по частотѣ занимаетъ послѣднее мѣсто среди опухолей половыхъ органовъ. *Zungenmeister*'у удалось въ недавно опубликованной работѣ собрать изъ литературы только 51 случай.

Чтобы достигнуть лучшихъ результатовъ, не слѣдуетъ ограничиваться удаленіемъ однихъ только трубъ.

Необходимость болѣе радикальной операціи подсказывается, съ одной стороны, тѣмъ, что во многихъ случаяхъ находили метастазы въ маткѣ, съ другой стороны, *Stoltz* при операціи одного случая начинающагося рака трубы нашелъ конгломератъ карциноматозныхъ железъ на мѣстѣ бифуркаціи art. *iliaca communis*. Если, вскрывъ брюшную полость, находятъ ракъ трубы, то лучше всего поступать такъ, какъ мы поступаемъ по методу *Wertheim*'а при абдоминальной экстирпаціи карциноматозной матки, т. е. резецируемъ оба яичника, трубы, матку съ большей частью широкихъ связокъ и параметрія и въ случаѣ надобности экстирпируемъ и соответствующую часть лимфатическаго аппарата.

Овариотомія.

Происхожденіе и классификація новообразованій яичника.

Яичникъ состоитъ изъ такого необыкновеннаго разнообразія полныхъ энергій кѣтокъ, и жизнь кѣтокъ его даже въ нормальныхъ условіяхъ такъ интенсивна, что не удивительно, если этотъ органъ дѣлается излюбленнымъ мѣстомъ всевозможныхъ новообразованій.

v. Winkel нашелъ среди 2830 пациентокъ Дрезденской женской клиники 116 женщинъ, страдающихъ новообразованіемъ яичниковъ, что составляетъ 4,8%. *Gurtl* опредѣляетъ частоту этихъ новообразованій въ 8,5%; въ Лейпцигѣ изъ 22.619 пациентокъ поликлиники 414, т. е. 1,83% имѣли новообразование яичника; въ клиникѣ того же города изъ 8268 пациентокъ этимъ страдали 182, т. е. 6,47%. Въ Тюбингенской клиникѣ въ періодъ времени отъ 1 октября 1897 года до 31 декабря 1904 г. (*Döderlein*) изъ 5600 больныхъ 515 имѣли эту болѣзнь, что составляетъ 9,2%.

Въ противоположность миомамъ и карциномамъ женскихъ половыхъ органовъ, поражающимъ главнымъ образомъ женщинъ извѣстнаго возраста, опухоли яичниковъ свойственны всякому возрасту отъ рожденія до глубокой старости. Также и этиологическая зависимость ихъ отъ половой жизни вообще и беременности въ частности, въ противоположность опять же миомамъ и карциномамъ, не играетъ никакой роли.

Новообразования могутъ исходить изъ самыхъ разнообразныхъ кѣточныхъ элементовъ яичника. По примѣру *Pfannenstiel*'я дѣлятся всѣ опухоли яичника на двѣ главныя группы, на исходящія изъ эпителиальныхъ кѣтокъ, такъ назыв. *паренхиматогенныя*, и исходящія изъ соединительнотканнхъ элементовъ—*строматогенныя*. Среди эпителиальныхъ играютъ главную роль тѣ, которыя исходятъ изъ эпителия фолликула, такъ назыв. «простыя, серозныя кисты», а также и тѣ, составляющія главную группу, которыя называются пролиферирующими кистадами, происходящими вѣдствие вѣдренія и метастазіи эпителия яичника.

Пролиферирующія кистадемы дѣлятся въ свою очередь на *adenoma papillare pseudomucinosum* и *serosum*, и на *cystadenoma pseudomucinosum* и *serosum*. Особенную разновидность сосочковыхъ кистадемомъ образуетъ *adenoma papillare superficiale* или поверхностная папиллома, а отдѣльную группу псевдомуцинозныхъ кистадемомъ составляетъ такъ назыв. псевдомиксома и *pseudomuxoma peritonei Werth'a*. Рѣдкій типъ кистъ образуютъ гроздевидныя яичниковыя опухоли *Olshausen'a*.

Своеобразный видъ кистовыхъ опухолей, составляющей особый классъ, представляютъ дермоидныя кисты и тератомы. Гистологическія изслѣдованія *Wilms'a*, *Boström'a* и *Pfannenstiel'a* показали, что эти опухоли овулогеннаго происхожденія, по мнѣнію *Bonnet'a*, по крайней мѣрѣ, онѣ происходятъ отъ яйца.

Всѣ перечисленные новообразования представляютъ собою доброкачественныя эпителиальныя опухоли; въ противоположность имъ должно поставить карциномы—опухоли также эпителиальнаго происхожденія, появляющіяся какъ первично, такъ и, что еще чаще бываетъ, въ видѣ послѣдующаго перерожденія бывшихъ вначалѣ доброкачественныхъ кистомъ. Изъ строматогенныхъ новообразованій доброкачественными считаются фибромы, ангиомы, миксомы и энхондромы; саркомы же и эндотелиомы относятся къ злокачественнымъ строматогеннымъ опухолямъ. Къ этимъ настоящимъ новообразованиямъ слѣдуетъ еще прибавить, въ виду ихъ одинаковаго клиническаго значенія, тѣ кистовидныя опухоли, особенность которыхъ составляетъ отсутствіе пролифераціи, внутренняя поверхность которыхъ не покрыта эпителиемъ и которыя могутъ расти только до извѣстнаго предѣла такъ назыв. олигоцистическихъ опухолей *Olshausen'a*. *Pfannenstiel* полагаетъ, что онѣ происходятъ вслѣдствіе дегенеративнаго процесса, и онѣ называетъ ихъ фолликулярными кистами, представляющими собою *hydrops follicularis* вслѣдствіе гибели Граафова фолликула съ кистовымъ перерожденіемъ. Къ этой-же категоріи относятся кисты *corporis lutei*, также не превышающія размѣра дѣтской голвки.

Кромѣ опухолей самихъ яичниковъ, слѣдуетъ еще упомянуть о новообразованіяхъ придаточныхъ яичниковъ. Также и опухоли ероорхогон'а, такъ назыв. пароваріальныя кисты, являются въ видѣ кисты. *Olshausen* и *Fritsch* нашли среди наблюдавшихся ими кистъ яичника 11,3% и 11,8% пароваріальныхъ. Соответственно субсерозному положенію ероорхогон, пароваріальныя кисты лежатъ подъ серознымъ покровомъ въ двойной стѣнкѣ, образуемой ихъ собственнымъ покровомъ и листками *ligamenta lata*; содержимое ихъ безцвѣтно и жидко; въ противоположность кистомамъ яичника, пароваріальныя опухоли однокамерны. Какъ на клиническую особенность этихъ опухолей слѣдуетъ указать, что онѣ, какъ и простыя ретенціонныя кисты, въ противоположность настоящимъ кистомамъ яичника, совершенно исчезаютъ послѣ того, какъ онѣ лопнуть, или ихъ содержимое будетъ удалено. Несмотря на это, онѣ все же причисляются къ настоящимъ новообразованиямъ и требуютъ одинаковаго съ ними леченія. Злокачественныя новообразования яичниковъ, карциномы и саркомы, имѣютъ всѣ свойства такихъ же опухолей другихъ органовъ: онѣ также неограниченны въ своемъ ростѣ, образуютъ метастазы и быстро сравнительно приводятъ къ смерти. Подобно другимъ раковымъ опухолямъ, онѣ требуютъ быстрого и ранняго удаленія, что представляетъ единственную возможность сохранить жизнь.

Злокачественныя опухоли яичника такъ часты, что въ каждомъ случаѣ можно съ вѣроятной вѣроятностью предположить ее характеръ, такъ какъ дифференціальная діагностика не всегда возможна; каждая четвертая или пятая опухоль этого органа—злокачественной формы. *Schultze* нашелъ въ своемъ матеріалѣ 27% злокачественныхъ опухолей яичника, *Leopold*—21—26%, *Frcund*—21,6%, *Cohn*—16%, *Olshausen* 15%, *Hecht*—17,8%, *Fontane*—18,9%, *Runge*—15%, *Zweifel*—

26,15%, *Fritsch*—17,9%, *Pfannenstiel*—19%; въ Тюбингенской клиникѣ изъ 452 овариальныхъ опухолей 70=15,5% были злокачественны. Злокачественность ихъ опредѣляется часто только микроскопическимъ изслѣдованіемъ. И здѣсь карцинома численно превосходитъ всѣ остальные формы опухолей, составляя 70—80% общаго числа. Особенный клинической интересъ представляетъ то, что патогенезъ рака яичника бываетъ троякій:

1) Злокачественная опухоль происходитъ первично въ яичникѣ и развивается, какъ таковая. Въ большинствѣ случаевъ, хотя и не всегда, она находится въ обоихъ яичникахъ, во всякомъ случаѣ двухсторонняя опухоль такъ часта, и послѣдовательное развитіе ея въ оставленномъ, не удаленномъ яичникѣ такъ постоянно, что слѣдуетъ принять за правило въ такихъ случаяхъ удалять оба яичника.

2) Злокачественная опухоль развивается изъ новообразованія, бывшаго вначалѣ доброкачественнымъ—злокачественное перерожденіе доброкачественныхъ кистъ яичника; отсюда слѣдуетъ, что всѣ даже и доброкачественныя опухоли должны быть возможно своевременно удаляемы,

3) Ракъ яичника есть метастазъ. Последнее считалось раньше рѣдкимъ явленіемъ, и только новѣйшія работы доказали это; отсюда слѣдуетъ вывести весьма важныя практическія заключенія.

Schlangenhauer и послѣ него *Glockner* показали, что дѣло не идетъ здѣсь, какъ раньше полагали, объ образованіи множественныхъ совершенно независимыхъ и самостоятельныхъ раковыхъ новообразованій, но что они имѣютъ внутреннюю связь, что имѣетъ громадное клиническое значеніе и важно при рѣшеніи вопроса объ оперативномъ вмѣшательствѣ: *Schlangenhauer* собралъ матеріалъ изъ 8 собственныхъ наблюденій и 71, взятыхъ изъ литературы, и нашелъ, что одновременно съ опухолями яичника были 61 разъ опухоль въ желудкѣ, 10 разъ въ кишкахъ, 7 разъ въ желчныхъ путяхъ и одинъ разъ въ надпочечной железѣ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ дѣло шло о карциномахъ, зависимость которыхъ другъ отъ друга онъ считаетъ доказанной и притомъ въ томъ смыслѣ, что карцинома яичника являлась какъ вторичное заболѣваніе, какъ метастазъ.

Онъ полагаетъ, что «большая часть двухстороннихъ злокачественныхъ овариальныхъ опухолей составляютъ карциномы, причѣмъ происходятъ метастатически». Отсюда онъ дѣлаетъ практической выводъ, что во всѣхъ случаяхъ «двухстороннихъ твердыхъ овариальныхъ опухолей слѣдуетъ всегда изслѣдовать органы живота, особенно же желудокъ». *Glockner* подтвердилъ этотъ взглядъ на матеріалѣ Лейпцигской клиники. Изъ 121 случая экстирпацій овариальныхъ опухолей, сдѣланныхъ въ 1901 и 1902 годахъ въ этой клиникѣ, 6 разъ была комбинація съ ракомъ другихъ органовъ, что составляетъ 5%; эти 6 случаевъ составляли почти половину всѣхъ бывшихъ въ клиникѣ одновременно 14 случаевъ рака яичника; такимъ образомъ, почти половина всѣхъ карциномъ яичника была вторичнаго метастатическаго характера. *Glockner* полагаетъ, что это не было случайнымъ совпаденіемъ, съ чѣмъ мы на основаніи собственного опыта вполне соглашаемся. Не сомнѣваемся, что въ будущемъ такая комбинація карциномъ будетъ встрѣчаться чаще, разъ будетъ обращено на это обстоятельство должное вниманіе, ибо врядъ-ли кто нибудь можетъ спорить, что безъ особеннаго специально направленаго изслѣдованія многіе случаи комбинированнаго рака могутъ не обра-

тять нашего вниманія. *Glockner* приходитъ поэтому къ заключенію, что господствовавшій взглядъ, будто яичники не склонны къ образованію вторичныхъ опухолей, невѣренъ и долженъ уступить другому мнѣнію, что вторичныя карциномы яичника составляютъ весьма частое явленіе. Подобно *Schangenhauser* у *Glockner* также полагаетъ, что многіе случаи двухстороннихъ карциномъ яичника—заболѣваніе вторичное, представляя собою метастазъ рака желудка, матки, грудной железы, кишекъ и желчныхъ путей. Всѣ эти органы должны поэтому при операціи двухстороннихъ овариальныхъ карциномъ быть тщательно изслѣдованы.

Необходимость оперативнаго удаленія опухолей яичника.

Доброкачественныя новообразованія яичниковъ, особенно же чаще встрѣчающаяся форма пролиферирующихъ кистомъ, представляются въ клиническомъ смыслѣ тоже злокачественными, такъ какъ, достигши извѣстнаго возраста и, слѣдовательно, извѣстной величины, они не только разрушаютъ здоровье, но ведутъ и къ смерти. Обиліе эпителиальныхъ разрощеній, распространяющихся по всѣмъ направленіямъ, необыкновенно разнообразная дѣятельность этихъ клѣтокъ и, наконецъ, безконечно большая секреторная способность ихъ, безразлично, какой продуктъ онѣ выдѣляютъ, серозный или слизистый, вызываютъ такой необыкновенно интенсивный ростъ кисты, что организмъ не въ состояніи больше сопротивляться имъ.

Кисты растутъ такъ быстро, что скоро занимаютъ всю полость живота, отгнѣняя всѣ органы, не исключая и діафрагмы, и вызывая послѣдовательныя явленія, сдавливанія всѣхъ органовъ полости живота и груди.

При своемъ безпрепятственномъ ростѣ онѣ скоро выпячиваютъ брюшную стѣнку, и животъ принимаетъ такіе размѣры, что исхудалый, тощій организмъ кажется лишь маленькимъ придаткомъ на этой колоссальной массѣ.

Впрочемъ, до такого состоянія въ настоящее время дѣло врядъ ли доходитъ, такъ какъ болѣе или менѣе интеллигентныя пациентки еще раньше прибѣгаютъ къ врачебной помощи. Тѣмъ болѣе, что еще въ раннихъ состояніяхъ, когда опухоль не успѣла еще достигнуть такихъ размѣровъ, происходятъ во многихъ кистахъ такія измѣненія, которыя мы называемъ осложненіями и которыя вызываютъ цѣлый рядъ симптомовъ, дающихъ показаніе къ оперативному вмѣшательству.

Главную роль среди этихъ осложненій по частотѣ и тяжести вызываемыхъ послѣдовательныхъ явленій играетъ перекручиваніе ножки кисты. Въ то время, какъ раньше осложненіе это считалось рѣдкимъ явленіемъ—*Sp. Wells* видѣлъ его среди 500 овариотомій только 12 разъ, впоследствии *Rokitansky* опредѣляетъ его частоту въ 13%, *Thornton*—9,5%, *Olshausen*—6,5%.

Вѣрными свѣдѣніями о происхожденіи и значеніи перекручиванія ножки мы обязаны *H. W. Freund*у, который впервые показалъ, что здѣсь дѣло идетъ не о рѣдкомъ случайномъ явленіи, но что перекручиваніе ножки представляетъ собою явленіе, вполнѣ соответствующее росту и распространенію опухоли, и что, наоборотъ, отсутствіе этого осложненія должно считаться исключеніемъ. *Curio* и *Küstner* впоследствии подтвердили съ нѣкоторыми измѣненіями это

ученіе *Freund'a*. *Freund* объясняет происхождение перекручиванія ножки слѣдующимъ образомъ:

Въ началѣ своего развитія опухоль яичника лежитъ въ тазу позади матки и нѣсколько сбоку отъ нея, при дальнѣйшемъ своемъ ростѣ постепенно отодвигая ее вперед и въ противоположную сторону. Ножка находится въ это время на передней поверхности опухоли (I стадій). Само собою разумѣется, что рѣчь идетъ здѣсь о тѣхъ случаяхъ, гдѣ топографическое расположеніе половыхъ органовъ совершенно нормально, гдѣ не существуетъ ни срощеній, ни другихъ особенностей, какъ беременность или другія еще опухоли.

Когда опухоль достигаетъ такихъ размѣровъ, что не можетъ помѣститься въ тазу, она «перекочевываетъ» въ полость живота (II стадій) такимъ образомъ, что верхняя ея часть выростаетъ изъ таза и своей большей тяжестью выкатываетъ часть, оставшуюся въ тазу, причемъ вся опухоль при одновременномъ вращеніи ножки падаетъ на переднюю брюшную стѣнку, гдѣ и остается лежать. Размѣръ вращенія составляетъ 90° , опухоль, по словамъ *Fritsch'a*, дѣлаетъ поворотъ на $\frac{1}{4}$ круга. *Küstner* при этомъ показалъ, что вращеніе ножки происходитъ постоянно по опредѣленному направленію, а именно такъ, что ножка опухоли праваго яичника вращается влѣво, ножка лѣвой яичниковой опухоли—вправо (законъ *Küstner'a*).

Вслѣдствіе этого перемѣщенія кисты матки оттѣсняется книзу и кзади, принимая типичное для второго стадія роста овариальныхъ опухолей положеніе—*retroflexio*.

Для жизни опухоли это перекручиваніе на 90° совершенно безвредно, иначе, однако, дѣло обстоитъ, если происходятъ дальнѣйшія перекручиванія, вызванныя уже не правильнымъ ростомъ опухоли, какъ «первое или первичное вращеніе» а совершенно другими разнообразными причинами: при четырехъ или пятикратномъ перекручиванія ножка съ проходящими чрезъ нее сосудами совершенно отшнуровывается; бываютъ даже случаи, когда ножка совершенно уничтожается, и опухоль остается безъ всякой связи съ половыми органами.

Взгляды различныхъ авторовъ на причины множественныхъ перекручиваній ножки различны; на первомъ планѣ слѣдуетъ считать дѣйствіе силы тяжести при быстрой перемѣнѣ положенія тѣла. *Ols-hausen* и *Küstner* видятъ причину въ перистальтикѣ кишекъ и неравномѣрномъ ростѣ опухоли; *Fritsch* винитъ частыя перемѣны положенія тѣла, *Fränkel*—напряженіе брюшного пресса при дефекаціи, сильномъ кашлѣ, рвотѣ, сгибаніи тѣла, а также подниманіи тяжести. *Barnes*, *Schröder*, *Wilson*, *Tait* и друг. видятъ причину въ другихъ, одновременно съ кистами яичника растущихъ опухоляхъ, особенно же въ беременной маткѣ и опоронженіи ея послѣ родовъ.

Ученіе *Freund'a*, *Küstner'a* и *Cario* о правильности и законмѣрности перекручиванія ножки нашло себѣ подтвержденіе во все увеличивавшихся наблюденіяхъ разныхъ авторовъ; такъ, *Fritsch* нашелъ при своихъ операціяхъ перекручиваніе ножки въ 38,8 и 26%, *Thorn*—въ 35%, *Schauta*—въ 20%, *Fehling-Freund*—въ 20%, *Küstner*—въ 17%, а *Freund* самъ нашелъ первое перекручиваніе въ 75 случаяхъ изъ 98.

Причины, мѣшающія опухоли переходить изъ полости таза въ брюшную полость и не дающія, такимъ образомъ, перекручиванія ножки, по мнѣнію *Freund'a*, слѣдующія: 1) интралигаментарное развитіе опухолей; 2) срощеніе въ тазу; 3) фиксація матки; 4) осложненіе овариальныхъ опухолей съ беременностью или другими ново-

образованіями, міомами, двусторонніми кистами и т. д.; 5) кисты *hilus'a*; 6) очень упругія брюшныя стѣнки, особенно у молодыхъ еще не рожавшихъ женщинъ; 7) слишкомъ жирныя или отечныя брюшныя стѣнки.

Серьезный по своимъ послѣдствіямъ характеръ принимаетъ перекручиваніе ножки тогда, когда оно сильно сдавливаетъ вены опухоли и тѣмъ препятствуетъ оттоку крови изъ опухоли, которая вслѣдствіе этого сначала сильно распухаетъ, а потомъ скопляется кровь въ его стѣнкахъ и полостяхъ. Опухоль еще сильнѣе растетъ, получаетъ синевато-красный цвѣтъ и наполняется многочисленными свѣжими и старыми кровяными сгустками. Если кромѣ того прекращается и притокъ артеріальной крови, то опухоль лишается питанія, бурно и быстро появляются признаки остраго перитонита съ лихорадочнымъ состояніемъ, сильной болѣзненностью и вздутіемъ живота и сильной рвотой. Вслѣдствіе вынота происходитъ склеиваніе опухоли по всей ея поверхности съ сосѣдними органами: кишками, брыжейкой, передней, боковой и задней брюшными стѣнками такъ, что опухоль совершенно срастается съ этими органами, снова получаетъ чрезъ нихъ питаніе и снова начинаетъ расти.

Помимо этого найчаще встрѣчающагося, бурно, но зато сравнительно скоро проходящаго осложненія бывають еще и другія, какъ воспаленіе и нагноеніе кистъ, разрывъ ихъ, а также и раковое ихъ перерожденіе; послѣднее осложненіе бываетъ не очень рѣдко и представляется, естественно, наиболѣе опаснымъ.

Чѣмъ болѣе скрытно протекають кисты яичника въ первые мѣсяцы или годы, смотря по быстротѣ роста, тѣмъ вѣроятнѣе, что рано или поздно наступитъ одно изъ перечисленныхъ осложненій, которыя вызовутъ быстро или постепенно весьма опасное состояніе. Въ сравнительно рѣдкихъ случаяхъ, въ которыхъ кисты протекають безъ осложненій, ихъ сильный и неограниченный ростъ дѣлаетъ ихъ опасными для жизни.

Отсюда слѣдуетъ, что всякая киста, сколько бы времени она ни протекала благопріятно, въ концѣ-концовъ причиняетъ смерть. *Ols-hausen* опредѣляетъ продолжительность жизни больныхъ съ пролиферирующими кистами въ 60—70% всѣхъ случаевъ — 3 годами, считая со времени появленія первыхъ симптомовъ, въ 10%—больныя умирають черезъ 4 года. При папиллярныхъ кистахъ продолжительность жизни нѣсколько большая, особенно когда онѣ развиваються между связками.

Вслѣдствіе этого всѣ единогласно высказываются за то, что всякая киста должна быть удалена, развѣ только, если имѣются опредѣленныя противопоказанія. Само собою разумѣется, что даже небольшія кисты, не дающія еще никакихъ симптомовъ, не должны составлять исключенія, такъ какъ ихъ дальнѣйшая судьба, какъ выше было указано, а также судьба пациентки совершенно ясна, и не слѣдуетъ ожидать, пока присоединившееся осложненіе не дастъ показанія къ немедленному оперативному вмѣшательству. Операция можетъ тогда быть уже слишкомъ поздней, чтобы спасти жизнь пациентки, или же она въ случаѣ воспаленія и нагноенія можетъ быть слишкомъ затруднена и уменьшить шансы на благопріятный исходъ, между тѣмъ какъ при малыхъ и несложненныхъ кистахъ операція даетъ хорошій прогнозъ.

Существовавшій раньше взглядъ, по которому небольшія, еще въ

тазу находящаяся и протекающая безъ симптомовъ кисты не слѣдуетъ оперировать, а ждать съ операціей до появленія сильныхъ явленій, этотъ взглядъ совершенно оставленъ, и это тѣмъ болѣе вѣрно, что примѣняемая при такихъ именно кистахъ влагалищная овариотомія представляетъ собою весьма простую и по своимъ результатамъ очень благоприятную операцію и должна быть предпочтена абдоминальной овариотоміи, примѣняемой въ болѣе позднихъ стадіяхъ, при большихъ и осложненныхъ опухоляхъ. Это преимущество операціи при малыхъ кистахъ слѣдуетъ использовать, иначе придется въ послѣдствіи все-таки оперировать и только посредствомъ абдоминальной овариотоміи. Отсрочка операціи ухудшитъ шансы на успѣхъ.

Овариотомія представляетъ собою такую обычную операцію, съ которой никакая другая въ гинекологіи конкурировать не можетъ: на ней и развивались вообще лапаротоміи. Только съ развитіемъ техники овариотоміи и съ получениемъ благоприятныхъ результатовъ осмѣлились перейти къ болѣе сложнымъ операціямъ, какъ, напр., міомотомія. Какъ при міомахъ, такъ и при кистахъ мы имѣемъ два способа оперировать: посредствомъ вскрытія брюшной стѣнки — лапаротоміи и чрезъ влагалище. Какъ здѣсь, такъ и тамъ еще не сошлись на разграниченіи этихъ двухъ способовъ.

Влагалищная овариотомія.

Какъ при изученіи всѣхъ почти операцій, такъ и здѣсь мы находимъ въ литературѣ указанія на то, что еще въ болѣе отдаленное отъ насъ время частью случайно, частью же совершенно сознательно удалялись въ некоторыми операторами опухоли яичниковъ чрезъ задній влагалищный сводъ; но настоящее начало развитія этой операціи относится къ послѣднему десятилѣтію.

Первая вагинальная овариотомія приписывается *Atlee* въ 1854 г.: если эта операція была сдѣлана несознательно, то первымъ, произведшимъ ее въ 1870 г. совершенно обдуманно и систематически былъ *Gaillard Thomas*, такимъ же образомъ оперировалъ потомъ *Mc. Goodell* въ 1877 г., *Davis, Gilmore, Wing, Thomas, Battey, Martin, Leopold* и *Baker*. Не сдѣлавъ ничего для распространенія этой операціи, большинство этихъ гинекологовъ вслѣдствіе полученныхъ ими неблагоприятныхъ результатовъ ее совершенно оставили.

Другіе принципиально отвергли эту операцію, утверждая, что при ней приходится оперировать въ темнотѣ, неувѣренно и что ова можетъ только испортить результаты абдоминальной овариотоміи, дающей столько счастливыхъ исходовъ. Заслуга *Dührssen*'а заключается въ томъ, что онъ, разрабатывая методы влагалищныхъ операцій въ связи съ вагинофиксаціей, снова ввелъ способъ удаленія овариальныхъ кистъ чрезъ влагалище; цѣлый рядъ гинекологовъ-хирурговъ присоединился къ нему, и можно думать, что эта операція будетъ теперь постоянно примѣняться.

Существуютъ два пути, чтобы пройти изъ влагалища въ полость живота, съ цѣлью достигнуть находящихся тамъ органовъ или новообразований: 1) *colpocoeliotomia anterior*, при которой мы, отдѣляя передній влагалищный сводъ отъ *portio vagin.* и пузырь отъ передней стѣнки шейки матки, доходимъ до *plica vesico uterina*, вскрывъ которую мы проникаемъ въ полость живота; 2) *colpocoeliotomia post.*, при которой мы, отдѣляя задній влагалищный сводъ отъ задней стѣнки *portio vagin.*, проходимъ въ Дугласово пространство.

Благодаря анатомическимъ особенностямъ брюшины, которая спереди переходитъ съ матки на пузырь посредствомъ *plica vesico-uterina* приблизительно на высотѣ внутренняго маточнаго отверстия, между тѣмъ какъ сзади она покрываетъ весь *servix* и только на высотѣ влагалища переходитъ на прямую кишку, благодаря этой особенности гораздо легче проникнуть въ полость живота чрезъ задній влагалищный сводъ, чѣмъ чрезъ передній.

Третья совершенно отличная отъ только что перечисленныхъ возможность проникнуть въ полость живота заключается въ томъ, что удаляютъ матку и тѣмъ дѣлаютъ какъ-бы брешь во влагалищѣ, чрезъ которую и проникаютъ въ полость живота. Въ этихъ случаяхъ экстирпация матки производится, такъ сказать, изъ техническихъ соображеній и составляетъ средство для достиженія извѣстной цѣли, безразлично, больна-ли матка или нѣтъ.

Не касаясь послѣдней операціи, которая вслѣдствіе того, что при ней приходится экстирпировать здоровую матку, можетъ быть примѣнена только въ исключительныхъ случаяхъ, мы видимъ въ двухъ другихъ—въ *colpocoeliotomia ant.*, особенно-же въ *colpocoeliotomia post.* вполнѣ приемлемые оперативные приемы, имѣющіе несомнѣнно большую будущность. Въ то время, какъ *Dührssen* самъ, а также *Martin*, *Schantz*, *Abel* отдають предпочтеніе первой, *Mackenrodt*, *Döderlein*, *Tenloß*, *Löhlein*, *Bumm*, *Steffek*, *De Voss* примѣняютъ исключительно *colpocoeliotomia post.*

Въ Тюбингенѣ примѣняется исключительно *colpocoeliotomia post.*, и въ доказательство ея хорошихъ результатовъ, о которыхъ сообщалъ уже *Sarwey*, приведемъ здѣсь нѣкоторые данныя: изъ 450 случаевъ удаленія опухолей яичниковъ въ 111 сдѣлана была влагалищная овариотомія; такимъ образомъ, въ 24% всѣхъ случаевъ влагалищная овариотомія была удачна.

Способъ выполнения передней и задней кольпотомій изложенъ въ общей части этой книги на стр. 147 и слѣд. здѣсь мы хотимъ только повторить существенное, относящееся къ вагинальной овариотоміи.

Придавъ пациенткѣ положеніе, какъ при операціи камнесѣченія, обнажаютъ задній влагалищный сводъ крючковатыми щипцами захватываютъ заднюю маточную губу, оттягиваютъ *portio vagin.* впереди и кверху, а короткимъ зеркаломъ *Simons'a* открываютъ заднюю влагалищную стѣнку. Лучше всего вскрыть затѣмъ Дугласово пространство посредствомъ предложеннаго *Fritsch'*емъ сагиттальнаго разрѣза (см. рис. 52, стр. 153), который отвѣсно пересѣкаетъ поперечный конецъ Дугласова пространства и тѣмъ дѣлаетъ легко возможнымъ вскрытіе брюшины. Двумя перпендикулярными поперечными разрѣзами отдѣляютъ затѣмъ задній сводъ отъ *portio*, такъ что получаютъ такимъ образомъ отверстие въ полость живота, пригодное для двухъ пальцевъ.

Съ цѣлью ориентироваться въ свойствахъ опухоли и отношеніи ея къ тазовой брюшинѣ, удаляютъ зеркало и ощупываютъ пальцемъ тазовую полость.

Если окажется, что удаленіе опухоли такимъ путемъ возможно, то при помощи длиннаго *Pean'*овскаго зеркала вставляется нижній конецъ опухоли; если онъ лежитъ въ Дугласовомъ пространствѣ, то это удастся сейчасъ же; въ противномъ же случаѣ приходится сначала сдвинуть опухоль въ Дугласово пространство, надавливая на

ее снаружи, что особенно нужно при опухоляхъ, первично-лежащихъ спереди матки. Сдѣлавъ такимъ образомъ кисту видимой для глаза, стараются уменьшить ее объемъ, пунктируя ее посредствомъ длиннаго, искривленнаго, толщиной въ карандашъ, троакара. Нѣсколько опорожненная киста часто подъ давленіемъ снаружи сама спускается во влагалище, откуда при помощи *Nélaton*'овскихъ щипцовъ выводится наружу. При опорожненіи и опусканіи опухоли мы придаемъ тазу опущенное положеніе для того, чтобы жидкость, которая можетъ вытекать и мимо троакара, не попала вверхъ въ брюшную полость, а выливалась бы внизъ по зеркалу, защищающему брюшину, рану влагалища и самую вагину. Эта предосторожность понятна, проста и дѣйствительна. Когда опухоль опорожнена настолько, что стѣнка ея можетъ быть поднята въ складку, опускаютъ ее постепенно при помощи *Nélaton*'овскихъ или другихъ щипцовъ во влагалище, а оттуда наружу. Изъ рисунка 169, представляющаго вѣрное изображеніе операціи, видно, какъ вслѣдъ за кистой опускается и матка и выводится наружу, и операціонное поле такимъ образомъ совершенно открыто, какъ и при абдоминальной оваріотоміи.

Предварительное выведеніе матки, какъ того требуютъ приверженцы *colpocoeliotomia ant.*, обыкновенно совершенно не нужно при *colpocoeliotomia post.*; нѣтъ необходимости ее вообще выводить, если ножка опухоли доступна.

Съ самой ножкой мы поступаемъ такъ, что накладываемъ большой ангиотрибъ (по модели *Zweifel*'я), удаляемъ кисту, прижимаемъ ножку и затѣмъ, снявъ инструментъ, перевязываемъ кѣгуттомъ такъ, что лигатура приходится въ желобкѣ ангиотриба. Послѣ тщательнаго осмотра ножка вмѣстѣ съ маткой, которую не слѣдуетъ по возможности трогать ни щипцами, ни лигатурой, опускается на мѣсто.

Края брюшинной раны двумя зажимами стягиваются вмѣстѣ, спаиваются двумя швами или же на подобіе кисета, послѣ чего нѣсколькими кѣгуттовыми швами сшивается рана влагалища.

Сдѣланные такимъ способомъ въ Тюбингенѣ 111 случаевъ влагалищныхъ оваріотомій, среди которыхъ были самыя разнообразныя формы кистъ, не исключая и такихъ, которыя доходили до реберной дуги, всѣ вычленились, что лучше всякихъ словъ доказываетъ качества этого операціоннаго метода. *Abel* сообщаетъ о 10 излеченныхъ вагинальныхъ оваріотоміяхъ, *Bürger*—о 84 случаяхъ изъ клиники *Schauta* безъ одного смертнаго случая, *Martin*—о 131 съ двумя смертными случаями, *Wimm*—о пяти совершенно излеченныхъ случаяхъ; все это—результаты, совершенно исключаютъ всякія сомнѣнія въ достоинствѣ этого метода.



Рис. 168. Длинный троакаръ для пункции кистойъ яичника при влагалищной оваріотоміи.

Подходящими для влагалищной овариотоміи считаются, какъ уже раньше было сказано, тѣ случаи, въ которыхъ опухоль достижима чрезъ влагалище или можетъ быть сдѣлана достижимой. Далѣе, содержимое кисты должно быть таково, чтобы его можно было проколомъ удалить, и сама киста должна быть настолько подвижна, чтобы по опорожненіи возможно было ее опустить внизъ.

Изъ 500 въ Тюбингенѣ оперированныхъ кистомъ около $\frac{1}{4}$ удовлетворяла этимъ условіямъ. Если бы мы захотѣли примѣнять этотъ способъ еще въ менѣе благоприятныхъ случаяхъ, численный результатъ былъ бы тогда еще больше; все же мы совѣтуемъ при первыхъ опытахъ подыскивать себѣ болѣе благоприятные случаи и вообще не особенно расширять границы показаній, въ чемъ мы слѣдуемъ со-

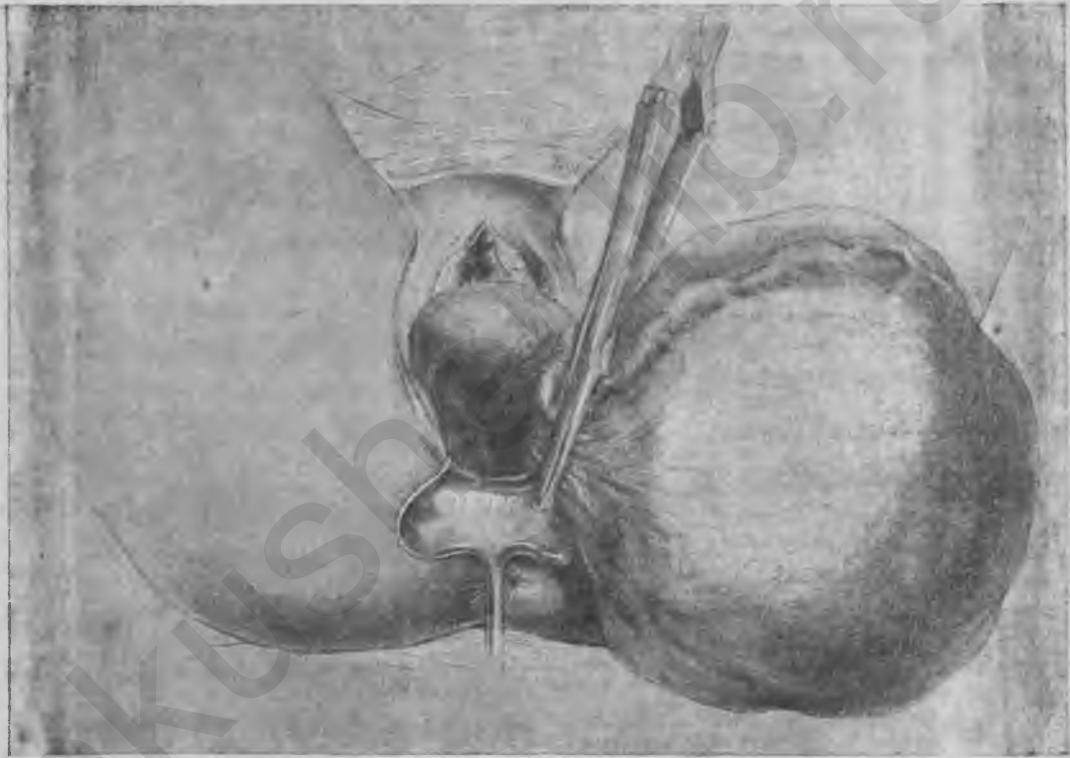


Рис. 169. Влагалищная овариотомія посредствомъ *colpocoelectomia posterior*. Матка вытянута сзади, лѣвосторонняя опухоль была при извлеченіи опорожнена, но еще разъ наполнена для демонстраціи ея величины.

вѣту *Fehling'a* и *Zweifel'a*. Никогда не слѣдуетъ форсировать эту операцію и, разрывая имѣющіяся сращения, работать въ темнотѣ или, по кусочкамъ разрывая высоко сидящую опухоль, создать неблагоприятныя условія, которыхъ не имѣетъ абдоминальная овариотомія.

Только тогда мы предпочитаемъ влагалищную овариотомію абдоминальной, когда мы можемъ оперировать съ полной ясностью и увѣренностью; всякое расширение ея показаній и границъ дискредитируетъ ее. Мы убѣждены, что задняя *colpocoelectomia* еще недоста-

точно обратила на себя вниманіе, и что въ будущемъ эта операція будетъ пользоваться большей симпатіей и будетъ чаще примѣняться.

Съ цѣлью еще больше отгнать случаи, въ которыхъ слѣдуетъ воздержаться отъ влагалищной овариотоміи, мы устанавливаемъ здѣсь слѣдующія противопоказанія:

1) Случаи съ какими-либо осложненіями въ опухоли, какъ перекручиваніе ножки, лихорадочное состояніе, инфекция, злокачественное перерожденіе и вообще плотныя опухоли, подозрительныя въ смыслѣ злокачественности.

Эти случаи легко діагносцируются клинически, но не нужно дѣлать никакихъ попытокъ къ вагинальной операціи, нераціональность и вредъ которой ясны, такъ какъ главное условіе удачі этой операціи заключается въ возможности уменьшить опухоль, опорожнявая ее содержимое, проведеніи ея чрезъ сравнительно небольшое отверстіе, образованное въ заднемъ влагалищномъ сводѣ, и перевязываніи затѣмъ ея ножки.

Въ случаяхъ, къ которымъ относится это противопоказаніе, должна быть сохранена возможность удаленія опухоли безъ ея уменьшенія, а также возможность уничтоженія сращеній, для чего приходится иногда обнажить всю брюшную полость, если не хотятъ оперировать въ темнотѣ.

2) Также и размѣръ опухоли при влагалищной овариотоміи не долженъ быть очень великъ. *Martin* считаетъ максимальной величиной—величину страусоваго яйца; *Schauta* идетъ дальше, допуская величину съ голову взрослога человѣка и еще больше; *Wimm* удалялъ опухоли, доходившія до діафрагмы. Собственными наблюденіями мы убѣдились, что это легко возможно, если имѣешь дѣло съ однокамерными, съ жидкимъ содержимымъ, кистами, исцное опорожненіе которыхъ легко возможно. Если такимъ образомъ размѣръ опухоли самъ по себѣ не играетъ въ этомъ вопросѣ существенной роли, то не слѣдуетъ, однако, забывать, что большія опухоли обыкновенно своимъ нижнимъ концомъ сидятъ надъ входомъ въ тазъ, что онѣ въ большинствѣ случаевъ оказываются въ послѣдствіи многокамерными, и что онѣ чаще, чѣмъ небольшія, подвержены осложненіямъ.

Число случаевъ, годныхъ для влагалищной операціи, такимъ образомъ уменьшается съ увеличеніемъ размѣра опухоли. Если при изслѣдованіи оказывается, что опухоль состоитъ изъ одной только кисты и совершенно подвижна, покоясь на длинной ножкѣ, то слѣдуетъ попытаться удалить ее влагалищнымъ путемъ, а именно чрезъ задній сводъ, такъ какъ операція вскрытія брюшной полости состоитъ здѣсь только изъ одного разрѣза и не требуетъ никакихъ предварительныхъ операцій. Если затѣмъ окажется, что по какимъ-либо причинамъ дальнѣйшій ходъ операціи чрезъ влагалище невозможенъ, то ничто не мѣшаетъ сейчасъ же приступить къ абдоминальной операціи. Здѣсь надо упомянуть о совѣтѣ *Chrobak*'а никогда не обѣщать пациенткѣ не дѣлать разрѣза брюшной стѣнки. Никогда нельзя заранее знать, что произойдетъ во время операціи, и не придется ли перейти къ лапаротоміи, а потому слѣдуетъ заранее имѣть на это согласіе больной.

Въ нашихъ случаяхъ пришлось 5 разъ во время операціи перейти къ абдоминальной овариотоміи. По мѣрѣ того, какъ увеличится опытъ оператора въ техническомъ и дифференціально-диагностическомъ отношеніяхъ, такіе случаи будутъ все рѣже. Отверстіе, сдѣланное во

влагалищѣ, или зашивается по окончаніи брюшной операціи двумя швами со стороны брюшной полости, или же пользуются этимъ отверстиемъ для дренажа.

Ширпна влагалища не играетъ въ этихъ случаяхъ той роли, какъ при другихъ тяжелыхъ операціяхъ, напр. полной экстирпаціи при міомахъ. Не нужно большого отверстия, чтобы достать опорожняющую кисту и тонкую, растяжимую ножку. Мы не одобряемъ предложенія *Heinsius'a* и *Martin'a* при узкомъ и нерастяжимомъ влагалищѣ дѣлать еще вспомогательный разрѣзъ *Schuchardt'a* уже по тому одному, что такіе случаи вообще не годятся для влагалищной операціи. Какъ ни хорошъ паравагинальный разрѣзъ *Schuchardt'a* для тяжелыхъ операцій міомъ и карциномъ, мы все же не прибѣгаемъ къ нему при вагинальной овариотоміи, предпочитая ей лапаротомію.

Особенно важное преимущество *colpocoeliotomia post.* предъ *ant.* заключается въ томъ, что при ней предварительная для вскрытія брюшины операція состоитъ только изъ одного небольшого разрѣза между тѣмъ какъ при *colpocoeliotomia ant.* приходится сначала отдѣлывать пузырь отъ шейки, чтобы найти пузырно-маточную складку, что не всегда легко удастся и часто ведетъ къ пораненіямъ. Приемъ, употребляемый нѣкоторыми операторами, какъ, напр., *Abel'емъ* и *Dührssen'омъ* и заключающийся въ томъ, что матку стягиваютъ внизъ крючками или нитками, накладываемыми на ея переднюю поверхность, я считаю вреднымъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ желательно сохраненіе матки. Крючки и нитки въ случаяхъ, гдѣ для низведенія матки нужно нѣкоторое усиліе, часто надрываютъ ткань матки и оставляютъ послѣ себя раны, которыя приходится зашивать, и которыя, несмотря на это, кровоточатъ и часто ведутъ къ сращеніямъ кинешника и послѣдовательнымъ кровотеченіямъ. Только если потомъ крѣпко фиксировать матку, эти опасности уменьшаются вслѣдствіе противодавленія, но въ такомъ случаѣ фиксація, немаловажная по своимъ послѣдствіямъ, предпринимается, значитъ, изъ-за побочных раненій, служащихъ только средствомъ къ цѣли.

Не легко также привести въ порядокъ соединительнотканнаго пространства, лежація между пузырьмъ и шейкой, если нѣтъ давленія фиксированной матки. Никакихъ подобныхъ осложненій мы не имѣемъ при *colpocoeliotomia post.*, а доступность опухоли при этой операціи не только не меньше, но, наоборотъ, больше, такъ какъ киста съ самаго начала лежитъ позади матки, и первые операторы и удаляли ее чрезъ задній влагалищный сводъ, разсматривая этотъ путь, какъ наиболѣе естественный; путь чрезъ передній сводъ—новѣйшей формаціи и долженъ быть разсматриваемъ, какъ болѣе искусственный.

Даже въ томъ случаѣ, когда опухоль лежитъ впереди матки, мы ее удаляемъ чрезъ задній сводъ при условіи, если она подвижна, что, какъ извѣстно, составляетъ вообще необходимое условіе вагинальной овариотоміи. Въ этомъ случаѣ опухоль перемѣщается обѣими руками въ Дугласово пространство и такимъ образомъ дѣлается доступной для экстирпаціи.

Другое преимущество этой операціи заключается въ томъ, что при ней возможно, если это почему-либо окажется нужнымъ, оставить брюшную полость открытой для тампоннаго дренажа; возможно также оставить на продолжительное время зажимъ, что при операціи чрезъ передній сводъ невозможно. Слѣдуетъ, наконецъ, указать на то, что въ противоположность *colpocoeliotomia ant.*, при этой опера-

дія совершенно исключена возможность пораненія пузыря или нарушенія питанія и иннервации. Здѣсь не приходится также прибѣгать въ періодѣ выздоровленія къ катетеризаціи пузыря, и тѣмъ устраняется возможность образованія катарра пузыря.

Нельзя не указать, однако, и на отрицательныя стороны влагалищной операціи, какъ передней, такъ и задней. Доступъ изъ вагины остается ограниченнымъ; размѣры опухоли не всегда позволяютъ передъ ся опорожненіемъ низвести ее въ малый тазъ и сдѣлать видимой для глазъ. Такимъ образомъ случалось чуть-ли не со всѣми операторами, которые расширяли показанія къ *влагалищной* овариотоміи, что они непреднамѣренно приступали *per vaginam* къ экстирпаціи злокачественныхъ яичниковыхъ опухолей, несмотря на то, что злокачественность составляетъ противопоказаніе къ операціи. Отъ такихъ ошибокъ возможно уберечься, если оперировать только опухоли съ ясной всесторонней флюктуаціей и если предъ экстирпаціей, послѣ вскрытія Дугласова пространства при помощи зеркалъ убѣдиться въ характерѣ опухоли. Во всѣхъ же, даже нѣсколько сомнительныхъ случаяхъ лучше сразу приступить къ лапаротоміи.

Среди всѣхъ случаевъ, оперированныхъ влагалищнымъ путемъ въ Тюбингенской клиникѣ, было 50 однокамерныхъ кистъ, 13 паровариальныхъ, 2 гематомы яичника и только 6 многокамерныхъ. Мы приводимъ эти данныя для того, чтобы показать, насколько мы были осторожны въ показаніяхъ къ этой операціи; зато мы ни разу не удалили этимъ путемъ злокачественной опухоли.

Не рѣшенъ еще вопросъ, должны-ли дермоидныя кисты быть удаляемы влагалищнымъ путемъ. Большинство операторовъ высказывается противъ, изъ опасенія загрязненія раны содержимымъ кисты и волосами. Это загрязненіе раны можетъ вызвать мѣстную инфекцію, и неоднократно дѣйствительно наблюдалось повышение температуры, если содержимое дермоидной кисты попадало на брюшину. Все же возможно защитить операціонное поле отъ загрязненія, если вскрытіе и опорожненіе кисты дѣлать при низкомъ положеніи таза и при этомъ защитить нижнюю часть брюшной полости при помощи *Pean'*овскаго зеркала. Несмотря на то, что мы вполне удачно удалили влагалищнымъ путемъ 21 дермоидную кисту (*Döderlein* 13, *Krönig* 8), все же мы не советуемъ примѣнять этотъ методъ для дермоидныхъ кистъ, такъ какъ наблюденія показали, что именно эти кисты часто нагнаиваются, и ихъ содержимое не легко опорожняется. Абдоминальная операція въ этихъ случаяхъ болѣе цѣлесообразна, такъ какъ при ней возможно удаленіе опухоли *in toto*.

Въ заключеніе слѣдуетъ также упомянуть, что и при многокамерныхъ кистахъ не исключается опасность прививки опухоли къ раневой поверхности, гдѣ вслѣдствіе этого образуются впоследствии опухоли. Это опасеніе особенно высказывается *Pfannenstiel'*емъ, и мы сънимъ встрѣтимся также при абдоминальной овариотоміи. Наблюденія до сихъ поръ, однако, показали, что это опасеніе не соответствуетъ дѣйствительности. *Döderlein* въ своихъ 59 случаяхъ вагинальной овариотоміи изслѣдовалъ въ послѣдствіи своихъ больныхъ и ни разу не нашелъ привитой инфекціи ¹⁾.

Зато *Krönig*, какъ *Pfannenstiel* и другіе авторы, нашелъ 3 года спустя послѣ абдоминальной овариотоміи съ раскромсѣніемъ опухоли въ брюшномъ рубцѣ карциному.

¹⁾ *Krönig* по вышеимъ причинамъ не былъ въ состояніи дѣлать такіа переосвидѣтельствванія своего Лейпцигскаго и Іенскаго матеріала.

Брюшная оваріотомія.

Какъ только опухоли яичника достигаютъ размѣра, превышающаго дѣтскую головку, онѣ, не находя себѣ больше мѣста въ тазу, переходятъ, насколько имъ позволяетъ подвижность и отсутствіе особенныхъ обстоятельствъ, какъ положеніе ихъ между связками, въ брюшную полость, гдѣ ложатся на переднюю брюшную стѣнку, поворачиваясь въ то же время на своей ножкѣ и отгѣсная матку кзади. Совершенно типичнымъ, слѣдовательно, нужно считать для опухолей известной величины, что онѣ лежатъ впереди матки и надъ нею, отгѣсная послѣднюю въ малый тазъ и придавая ей положеніе *retroflexio*. По этому типическому положенію кисты и матки съ одной стороны и топографическому отношенію этихъ двухъ органовъ другъ къ другу можно узнать, что киста развивается совершенно свободно, не стѣняясь никакими особенными условіями. При дальнѣйшемъ своемъ ростѣ опухоль все болѣе и болѣе занимаетъ брюшную полость, отодвигая подвижные органы вверхъ и въ стороны, пока не достигнетъ реберной дуги, послѣ чего выпячивается брюшную стѣнку какъ при беременности.

Для удаленія этихъ опухолей естественнымъ и давно практикуемымъ путемъ считается путь чрезъ брюшную стѣнку. Мы не станемъ здѣсь останавливаться на историческомъ развитіи абдоминальной оваріотоміи въ отдѣльныхъ ея фазисахъ, какъ мы это дѣлали при описаніи операций міомъ и карциномъ изъ тѣхъ соображеній, что такимъ образомъ лучше всего выяснялись въ ихъ послѣдовательномъ развитіи различные оперативные приемы, практикуемые еще и теперь.

Въ противоположность этимъ операциямъ брюшная оваріотомія представляетъ собою болѣе однородную операцію. Она лишена разнообразія и особенностей, что можетъ служить доказательствомъ того, что она, по крайней мѣрѣ, въ главныхъ своихъ типахъ, совершенно разработана и выяснена; разнообразныя модификаціи въ ея развитіи имѣютъ такимъ образомъ только историческій интересъ. Классическое описаніе исторіи оваріотоміи можно найти въ произведеніяхъ *Hegar-Kaltenbach'a* и *Olshansen'a*. Всѣ манипуляціи, свойственныя лапаротоміямъ вообще, какъ приготовленіе къ операціи, наркозъ, дезинфекція, стерилизація, положеніе больной, техника брюшного разрѣза изложены въ общей части, точно также и послѣдовательный уходъ за лапаротоміей. Мы ограничимся здѣсь только мѣропріятіями, необходимыми исключительно при оваріотоміи. Для брюшныхъ стѣнокъ предположены два разрѣза: продольный вдоль *linea alba* и поперечный надъ симфизомъ по *Küstner-Pfannenstiel-Rapin'у*.

Послѣдній разрѣзъ годится только для такихъ кистъ, которыя совершенно подвижны и поддаются уменьшенію, такъ какъ иначе онѣ не могли бы пройти чрезъ небольшое отверстіе въ брюшной ранѣ; такъ же, какъ и при влагалищной оваріотоміи, опорожненная киста должна быть извлечена чрезъ это отверстіе. Послѣдовательное увеличеніе разрѣза во время операціи нежелательно, такъ какъ оно было бы возможно только, посредствомъ проведенія второго разрѣза перпендикулярно къ поперечному и притомъ такъ, чтобы онъ проходилъ чрезъ средину брюшной стѣнки, отъ чего отпадутъ всѣ преимущества надлобкового разрѣза, и вмѣсто благоприятныхъ условій для раны и рубца мы получимъ крайне неблагоприятныя.

Такъ какъ мы нашли, что очень подвижныя и поддающіяся при помощи пункции уменьшенію опухоли лучше всего удалять влагалищ-

нымъ путемъ, то для абдоминальной оваріотоміи остается только небольшое число опухолей, которыя въ слѣдствіе своего высокаго положенія въ брюшной полости трудно достижимы со стороны влагалища. Кто, слѣдовательно, вообще оперируетъ кисты чрезъ влагалище, тому придется только небольшую ихъ часть удалять чрезъ разрѣзъ надъ симфизомъ. Для большей же части опухолей остается продольный разрѣзъ, который въ любой моментъ можетъ быть по желанію оператора удлиненъ.

Старый споръ о *sectio major* и *minor* представляется въ настоящее время въ такомъ видѣ, будто онъ не имѣетъ большого значенія, такъ какъ длина разрѣза нисколько не вліяетъ на теченіе и исходъ операціи. Тѣмъ не менѣе, принимая во вниманіе, что гинекологами придается большое значеніе грыжамъ рубца, образованіе которыхъ считается признакомъ неудачи операціи, мы не можемъ быть совершенно равнодушны къ вопросу о длинѣ разрѣза. Само собою разумѣется, что чѣмъ меньше разрѣзъ, тѣмъ меньше оснований ждать образованія въ послѣдствіи грыжи. Какъ при влагалищной оваріотоміи и фасциальномъ разрѣзѣ по *Pfannenstiel*ю, такъ и здѣсь необходимо при небольшомъ продольномъ разрѣзѣ уменьшить опухоль раньше, чѣмъ ее экстирпировать. Въ большинствѣ случаевъ это легко удается, такъ какъ достаточно вставить тонкій троакаръ, чрезъ который вытекаетъ содержимое, чтобы самая большая опухоль могла пройти чрезъ отверстіе діаметромъ въ палецъ. Противъ этого издавна при оваріотоміи употребляемаго вспомогательнаго метода возражаетъ *Pfannenstiel*, утверждая, что при вскрытіи этихъ эпителиальныхъ новообразованій легко можетъ произойти зараженіе опухолью какъ брюшной полости, такъ и брюшной стѣнки; эта опасность зараженія будто бы особенно велика при полутвердыхъ и ложнослизистыхъ кистахъ.

Принимая во вниманіе преимущество небольшихъ разрѣзовъ при большинствѣ оваріотомій, мы не можемъ придавать большое значеніе этому осложненію, наступающему только въ отдѣльныхъ, исключительныхъ случаяхъ; далеко безразлично, сдѣлать ли ниже пупка небольшое, длиной въ палецъ, отверстіе, удалить чрезъ него кисту и тѣмъ закончить операцію, или же при той же опухоли сдѣлать разрѣзъ, начинающійся на ладонь выше пупка и доходящій до симфиза и оставляющій послѣ себя соотвѣтствующій большой рубецъ.

Если мы такимъ образомъ считаемъ желательнымъ ограничиться возможно меньшимъ разрѣзомъ брюшной стѣнки, то пункція кисты является въ такомъ случаѣ крайне необходимой для извлеченія опухоли изъ брюшной полости при непремѣнномъ, конечно, условіи, что киста въ слѣдствіе ея содержимаго и анатомическихъ особенностей легко поддается уменьшенію.

Если этихъ условій нѣтъ, если, слѣдовательно, опухоль срощена, тверда или полутверда, ея содержимое не можетъ быть свободно опорожнено, или если имѣются другія осложненія, какъ раковое перерожденіе стѣнки кисты, тогда, разумѣется, большее преимущество имѣетъ длинный разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ, совершенно открывающій намъ брюшную полость.

Имѣя слѣдовательно, въ виду пока только тѣ случаи, въ которыхъ нѣтъ вышеуказанныхъ осложненій, мы представляемъ себѣ операцію оваріотоміи крайне простою.

Послѣ вскрытія полости брюшины киста, лежащая у передней брюшной стѣнки, сейчасъ же бросается въ глаза синевато-бѣлымъ блескомъ своей поверхности.

Въ видимую часть поверхности кисты вкалывается толщиною в мизинецъ троакарь, состоящій изъ мегаллической трубки, передній конецъ которой косо заостренъ, а на задній надѣта стерилизованная гуттаперчевая трубка.

По предложенію *Schröder'a*, многіе не употребляютъ троакара и вскрываютъ кисту разрѣзомъ ножа. Содержимое кисты выдѣляется тогда фонтаномъ, причемъ операціонное поле покрывается губками и салфетками, чтобы жидкость не попала въ брюшную полость и на брюшную рану. Мы не видимъ никакого основанія для замѣны пункции троакаромъ—разрѣзомъ кисты, представляющимъ менѣе чистый приемъ; вѣдь троакарь имѣетъ то достоинство, что содержимое кисты, если оно вообще можетъ выдѣляться, т. е. если оно не очень густо или слизисто, вытекаетъ изъ опухоли чрезъ трубку прямо въ тазъ, не загрязняя операціоннаго поля. Особенно желательнымъ кажется намъ примѣненіе троакара съ цѣлью предохраненія отъ диссеминаціи клѣточекъ опухоли; между тѣмъ какъ при разрѣзѣ опухоли вмѣстѣ съ жидкостью выдѣляются и клѣточные элементы. Противопоказанія для пункции сами собою понятны и вытекаютъ изъ условій, воспрепятствующихъ вообще вскрытію опухоли.

При многокамерныхъ кистахъ съ жидкимъ содержимымъ цѣлесообразно послѣ опорожненія одной кисты сейчасъ же вскрыть и остальные, предпринимая это или отсюда же, опуская троакарь глубже, или же вскрывая пальцемъ.

Какъ только оказалось возможнымъ вслѣдствіе уменьшенія внутрикистового давленія поднять сѣтку опухоли въ складку, накладываютъ *Nélaton'*овскіе щипцы и тянутъ кисту къ брюшной ранѣ, слѣдя за тѣмъ, чтобы она не ускользнула.

Послѣ выведенія опухоли, приступаютъ къ обработкѣ ножки ея, техника которой прошла много ступеней развитія. Мы рекомендуемъ или изолированную перевязку сосудовъ, или же перевязку ножки послѣ предварительнаго сдавливанія ея при помощи ангиотристора. Изъ всѣхъ для этой цѣли предложенныхъ инструментовъ мы нашли наиболѣе простымъ и удобнымъ зажимъ *Zweifel'*я, при помощи котораго удастся, употребивъ небольшое усиліе, произвести настолько сильное сжатіе, что сосуды сильно сдавливаются, а сама ткань дѣлается тонкой, какъ бумага. Если было перекручиваніе ножки, то слѣдуетъ предъ наложеніемъ зажима раскрутить ея, дабы получить болѣе равномерное давленіе. Инструментъ долженъ лежать по меньшей мѣрѣ 3 минуты, въ теченіе какового времени ножка, по предложенію *Zweifel'*я, отжигается электрическимъ прижигателемъ и обугливается надъ зажимомъ.

Первоначальное предложеніе *Doyen'a*, *Tuffier* и *London* примѣнять ангиотристию для остановки кровотеченія безъ перевязки въ вообще отвергаемъ, особенно же при оваріотоміи; мало того, мы даже предостерегаемъ отъ этого приѣма и совѣтуемъ ножку немедленно по снятіи щипцовъ, но крѣпко удерживая ее, перевязать, причемъ такъ, что проводятъ приблизительно посрединѣ образовавшагося отъ давленія желобка иглу съ катгутовой ниткой, затѣмъ перевязываютъ ножку въ этомъ желобкѣ, вслѣдствіе чего не только перевязываются сосуды, но ножка стягивается до *minimum'a*. Сдавливаніе ткани облегчаетъ значительно перевязку сосудовъ, во-первыхъ, потому, что даетъ возможность провести иглу въ совершенно безкровной ткани, во-вторыхъ, потому, что культи тогда тоньше и можетъ быть крѣпче перевязута.

Кровотечение отъ уколовъ, а также послѣдовательныя кровотечения устраняются, слѣдовательно, простымъ и надежнымъ способомъ. Послѣ этого тщательно осмотрѣнная ножка опускается. Покончивъ съ операцией, ощупываютъ другой яичникъ. У молодыхъ особъ второй яичникъ удаляется только тогда, когда онъ замѣтно боленъ; у болѣе же пожилыхъ женщинъ и особенно тогда, когда опухоль папиллярна, злокачественна или даже только подозрительна въ этомъ отноше- нии, цѣлесообразно съ профилактической цѣлью удалить и второй яичникъ.

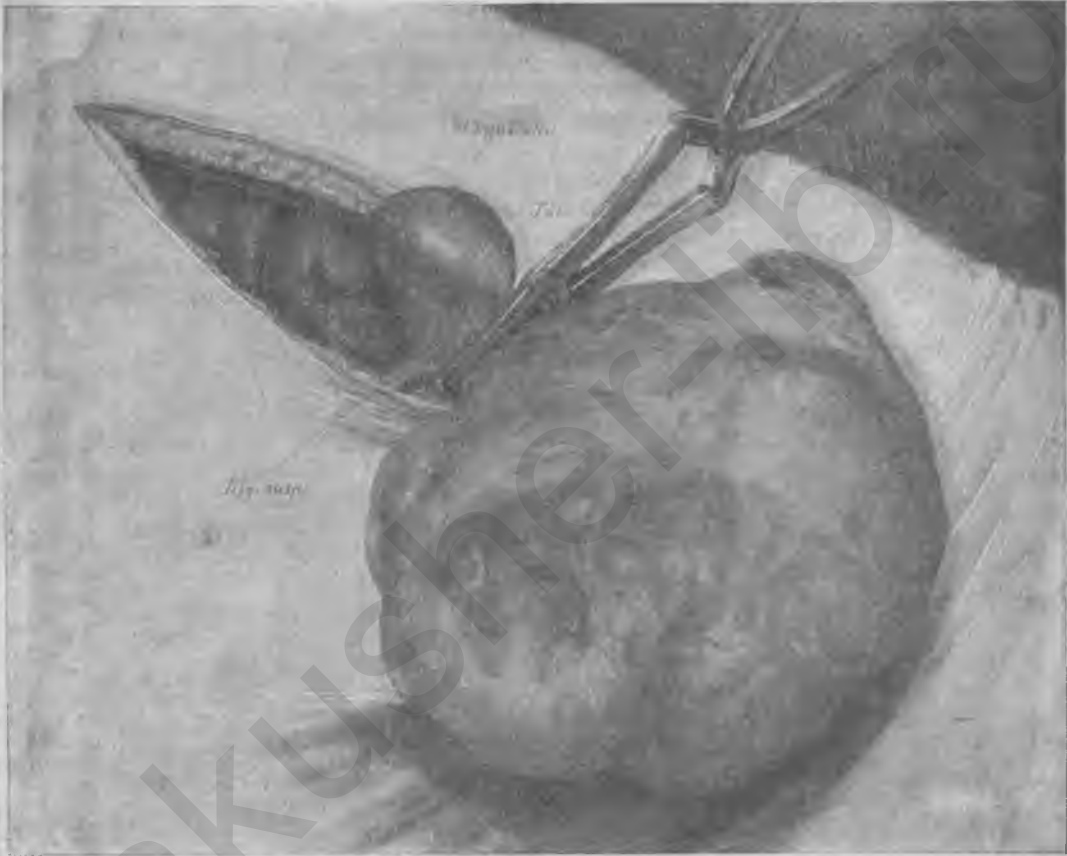


Рис. 170. Брюшная овариотомія. Отщепленіе ножки кистомы зажимомъ Zweifel'я.

Если операція прошла совершенно гладко, т. е. если содержимое опухоли не попало въ брюшную полость, самую опухоль легко, безъ осложненій удалить въ брюшную рану, а сдавливаніе и перевязка ножки произошли безъ особенностей, тогда намъ не нужно заботиться о «туалетѣ» брюшной полости, такъ какъ въ этихъ случаяхъ брюшная полость не только не загрязнена, но въ нее не могли попасть даже и постороннія, употребляемая для дезинфекціи жидкости. Здѣсь не приходится ни вытирать, ни чистить, а вытираніе су-

хими или влажными тампонами или губками может только вызвать повреждение брюшины и ничѣмъ не можетъ быть оправдываемо. Если операція сдѣлана при высокомъ положеніи таза, тогда и кишки во время операціи устранены изъ операціоннаго поля, такъ что и по отношенію къ нимъ не нужны никакія предосторожности. Послѣ того, какъ ножка опущена, закрываютъ по правиламъ, изложеннымъ въ общей части, брюшную полость.

Операція атипическихъ и осложненныхъ кистомъ.

Уклоненія отъ описаннаго оперативнаго метода требуютъ только тѣ случаи, въ которыхъ оператору, вслѣдствіе какихъ-либо осложненій, предстоятъ особенныя задачи. Прежде всего въ такихъ случаяхъ должно быть правиломъ дѣлать разрѣзы брюшныхъ покрововъ настолько большимъ, чтобы всякое оперативное дѣйствіе производилось подъ контролемъ глазъ.

При срощеніи опухоли различаютъ болѣе свѣжія и болѣе старыя срощенія. Свѣжія срощенія мы обыкновенно встрѣчаемъ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ не задолго предъ тѣмъ произошло перекручиваніе ножки, вызвавшее симптомы остраго перитонита, потребовавшего немедленнаго оперативнаго вмѣшательства. При этомъ возникаетъ вопросъ, слѣдуетъ-ли вообще оперировать въ такомъ остромъ лихорадочномъ состояніи или же выждать, пока бурныя явленія остраго перитонита пройдутъ.

На основаніи многочисленныхъ наблюденій мы совѣтуемъ въ такихъ случаяхъ не откладывать операціи, а, наоборотъ, видимъ въ перекручиваніи ножки съ его возможными послѣдствіями необходимымъ показаніе къ немедленному удаленію опухоли и къ радикальному устраненію причины болѣзни и вызванныхъ ею бурныхъ явленій. Поразительно, какъ эти больныя, въ противоположность другимъ, жалующимся обыкновенно послѣ операціи на боль на мѣстѣ разрѣза, сейчасъ же послѣ пробужденія отъ наркоза выражаютъ свою радость по поводу избавленія отъ мучительныхъ страданій. Всѣ субъективные и объективные симптомы перекручиванія ножки сразу исчезаютъ, лихорадка прекращается, боль и рвота пропадаютъ. Оперативное вмѣшательство въ такихъ случаяхъ относится къ числу самыхъ благодарныхъ нашихъ пріемовъ не только благодаря устраненію страданія, но также и быстрому успѣху. Помимо этого, оперировать въ остромъ стадіи перекручиванія ножки заставляють насъ еще то обстоятельство, что непрѣмнымъ и естественнымъ послѣдствіемъ перекручиванія ножки является сростаніе опухоли посредствомъ образующейся на ея поверхности соединительной ткани съ окружающими органами. Если операцію производятъ спустя недѣли, мѣсяцы или годы, тогда отдѣленіе этихъ плотныхъ, богатыхъ сосудами срощеній очень трудно, отъ чего увеличивается опасность операціи. Въ свѣжихъ же случаяхъ, вскорѣ послѣ произошедшаго перекручиванія ножки, опухоль соединена съ окружающей тканью только посредствомъ пластическаго эксудата или мягкихъ, нѣжныхъ соединительнотканыхъ образований, легко отдѣлимыхъ рукою, и наблюденіе показываетъ, что даже при имѣющихся въ нихъ молодыхъ сосудахъ кровотеченіе при этомъ очень слабо.

Для вылушенія срощенныхъ кистъ, а также такихъ, которыя находятся между связками и такимъ образомъ не развиваются свободно въ брюшной полости, для удаленія этихъ опухолей не существуетъ об-

шихъ постоянныхъ правилъ, а приходится приравниваться къ каждому отдѣльному случаю, а при сосочковыхъ кистахъ задача оператора можетъ сильно осложниться.

Широкія срощенія опухолей съ передней брюшной стѣнкой создаютъ трудности уже при вскрытіи брюшной стѣнки, такъ какъ связь опухоли съ брюшной передней стѣнкой бываетъ настолько тѣсная, что при вскрытіи брюшныхъ покрововъ брюшина часто ошибочно принимается за стѣнку кисты и отдѣляется отъ своей подстилки вмѣсто того, чтобы отдѣлить опухоль отъ брюшины. Предложенный некоторыми совѣтъ при вскрытіи брюшныхъ покрововъ сосчитывать отдѣльные слои ткани не всегда спасаетъ отъ ошибки; болѣе цѣлесообразнымъ кажется намъ въ такихъ случаяхъ не отдѣлять опухоли отъ брюшной стѣнки тутъ же, а продолжить сначала разрѣзъ до *epigastrium* и оттуда уже начать отдѣленіе опухоли. Особенно слѣдуетъ остерегаться въ этихъ случаяхъ рыться въ слояхъ брюшной стѣнки, лежащихъ на протяжении ладони надъ симфизомъ, такъ какъ при этомъ возможно пораненіе пузыря, который при этихъ обстоятельствахъ можетъ быть смѣщенъ. Само отдѣленіе опухоли отъ брюшной стѣнки должно производиться тупымъ инструментомъ, не обращая вниманія на могущія произойти при этомъ пораненіе сосудовъ и кровотеченіе. При пораненіи сравнительно большихъ сосудовъ на передней брюшной стѣнкѣ ихъ слѣдуетъ перевязать, паренхиматозное же кровотеченіе устраняется только по окончаніи операции. Отдѣленіе опухоли отъ кишекъ бываетъ въ тяжелыхъ случаяхъ очень затруднительно и опасно въ смыслѣ пораненія кишекъ. Не считая такихъ перфорирующихъ пораненій и разрывовъ кишекъ, даже иногда необходимо при этой операциіи обнаженіе кишки отъ покрывающей ее брюшины считается опаснымъ осложненіемъ операциі, такъ какъ вызываетъ обширныя раны кишекъ съ возможными кровотечениями. Въ тяжелыхъ случаяхъ лучше слѣдовать совѣту *Olshausen'a* не отдѣлять опухоли отъ кишечной стѣнки, а оставить на ней часть кисты. При этомъ, конечно, слѣдуетъ обратить вниманіе, чтобы эти остатки опухоли не имѣли пролиферирующаго эпителия или, по крайней мѣрѣ, его уничтожить.

Леченіе обнаженныхъ кровоточащихъ кишечныхъ петель бываетъ различно. Проникающія пораненія шиваются *Lembert'овскимъ* кишечнымъ швомъ, или же резецируются сравнительно большіе кишечные куски съ примѣненіемъ пуговки *Murphy* или циркулярнымъ швомъ, или, наконецъ, дѣлается *enteroanastomosis*. При вылушеніи кисты изъ таза вслѣдствіе-ли того, что она тамъ была срощена или представляла, согласно *Faullik'у*, такъ назыв. псеудо- или ретролитаментарное развитіе, или же развилась междусвязочно, слѣдуетъ обращать особенно серьезное вниманіе на срощенные съ опухолью органы, какъ-то: пузырь съ мочеточниками и прямую кишку.

Цѣлесообразно при этомъ сначала отщепить приводящія сосуды съ цѣлью уменьшенія кровотечения; прежде всего это дѣлается на *Lig. suspensorium ovarii*, гдѣ оно въ большинствѣ случаевъ и легко выполнимо. Послѣ этого разсѣкаютъ брюшину надъ опухолью и стараются вылущить ее подбрюшинно, что легче удается при наполненной, а не опорожненной кистѣ. вслѣдствіе чего не слѣдуетъ въ такихъ случаяхъ ее пунктировать. Къ сожалѣнію, стѣнка кисты часто такъ тонка, что она нечаянно надрывается, и содержимое выливается; въ этихъ случаяхъ необходимо захватить опорожненную кисту щип-

цами и отдѣлать ее in toto или же частями отъ подлежащей ткани; такія операціи иногда бываютъ очень трудны; не слѣдуетъ при этомъ проникать глубоко въ тазовую клетчатку во избѣжаніе пораненія большихъ сосудовъ и мочеточниковъ. Особенной осторожности требуютъ мочеточники, которые во избѣжаніе пораненія, перерѣзки или же перевязки ихъ должны быть тщательно отпрепарированы и свободно лежать на всемъ ихъ протяженіи въ тазу, какъ это дѣлается при операціяхъ міомы и карциномы. Въ случаяхъ двухстороннихъ срощенныхъ опухолей, гдѣ приходится освобождать матку отъ всѣхъ срощеній, лучше всего по техническимъ и другимъ соображеніямъ экстирпировать и ее, такъ какъ она все равно лишена всякой опоры.

Остающуюся большую рану въ тазу мы совѣтуемъ послѣ тщательной перевязки сосудовъ затампонировать іодоформенной марлей по вѣробразному способу *Fritsch'a*, и одинъ конецъ марли провести чрезъ влагалище. Способъ тампониранія по *Mikulicz'u* годится только для нѣкоторыхъ исключительныхъ случаевъ. Мы избѣгаемъ этого способа, такъ какъ, примѣняя его, мы не можемъ первично зашить брюшную рану, а вторичное заживленіе ея даетъ поводъ къ образованію рубцовыхъ грыжъ. Для остановки кровотеченія изъ передней брюшной стѣнки мы предлагаемъ въ виду слабости брюшныхъ покрововъ валиковый шовъ по *Köberle*. При удаленіи злокачественныхъ опухолей приходится, какъ и при удаленіи карциномы матки, экстирпировать и карциноматозныя железы, хотя шансы на радикальное излеченіе въ такихъ застарѣлыхъ случаяхъ крайне слабы. Рекомендуются въ такихъ случаяхъ также экстирпировать всѣ половые органы, особенно оба яичника (даже при заболѣваніи одного изъ нихъ) и, если возможно, и матку. При описаніи оваріотоміи изъ прежнихъ временъ мы часто встрѣчаемся со случаями незаконченныхъ операцій. Незаконченныя оваріотоміи надо разсматривать какъ неудачу и приписывать недостаточности оперативной техники. Каждый хирургъ подтвердитъ, что по мѣрѣ улучшенія техники, уменьшается число незаконченныхъ операцій, игравшихъ особенную роль раньше при операціяхъ злокачественныхъ новообразованій. Гарантировать себя отъ подобныхъ неудачъ мы можемъ лучше всего тѣмъ, что по вскрытіи брюшной полости мы въ такихъ случаяхъ ощупываніемъ всего живота составляемъ себѣ ясное понятіе о томъ, возможна-ли вообще операція, или нѣтъ. Если бы оказалось, что экстирпація совершенно невозможна, то лучше всего не предпринимать ея. Определенныхъ правилъ для этихъ случаевъ не существуетъ, и въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ надо примѣнять подходящія средства.

Консервативныя мѣропріятія при оваріотоміяхъ.

Какъ и при операціи міомъ, такъ и при оваріотоміяхъ наблюдаются стремленія къ консервативному леченію.

То обстоятельство, что доброкачественныя опухоли яичниковъ бываютъ односторонними, значительно оправдываетъ наше консервативное стремленіе.

Въ Лейпцигской клиникѣ отношеніе числа одностороннихъ яичниковыхъ опухолей къ числу двухстороннихъ было, какъ 83,4%:16,5%, причемъ въ половинѣ всѣхъ двухстороннихъ случаевъ были злокачественныя новообразованія.

Оставленіе одного яичника создаетъ, конечно, опасность, что и онъ заболѣетъ и сдѣлаетъ необходимой вторую операцію. Но при доброкачественныхъ заболѣваніяхъ эта опасность значительно меньше, чѣмъ предполагаютъ, и у женщинъ въ періодѣ половой дѣятельности приходится рисковать этой опасностью, если не желаетъ основательно ихъ кастрировать; по *Sp. Wells, v. Velits* и *Pfannenstiell* у оставленный яичникъ дегенерируетъ въ 1,3% случаевъ.

Другое дѣло во всѣхъ случаяхъ злокачественныхъ опухолей, гдѣ нужно радикально оперировать, и мы совершенно согласны съ *Pfannenstiell*'емъ, который совѣтуетъ у женщинъ, старше 40 лѣтъ, удалять оба яичника при заболѣваніи одного изъ нихъ, ибо здѣсь потеря другого яичника уравнивается предохраненіемъ его отъ заболѣванія.

Если у молодой женщины рядомъ съ кистой одного яичника находятъ и второй кистовидно перерожденнымъ, хотя и не до степени опухоли, то вопросъ о томъ, оставить-ли его, не легко рѣшить. *P. Müller* и *Pozzi* совѣтуютъ въ такихъ случаяхъ вскрывать кисту посредствомъ термокаутера, что, однако, возможно только при ретенционныхъ кистахъ, но не пролиферирующихъ, даже очень маленькихъ. *Schröder* и *Martin* прибѣгаютъ къ резекціи яичника, къ каковому мнѣнію присоединился въ послѣднее время и *Olshausen*. Они резецируютъ опухоль или подозрительныя части яичника, а остающуюся часть яичника зашиваютъ тонкимъ катгутомъ, завязывая при этомъ узлы крайне осторожно, такъ какъ они легко перерѣзаютъ ткань.

Наблюденіе показало, что остающагося небольшого куска яичника достаточно, чтобы сохранить овуляцію и менструацію и сдѣлать возможно и беременностью.

Martin убѣдился въ этомъ въ 6 случаяхъ изъ 40 имъ оперированныхъ; такіе же результаты получили также *Veit* и *Schatz*; *Matthaei* сообщаетъ, что изъ 6 женщинъ, оперированныхъ *Olshausen*'омъ съ резекціей яичника, 5 забеременѣли и родили доношенныхъ дѣтей.

Нельзя, конечно, отрицать, что резекція сопряжена съ опасностью рецидива, т. е. образованія новыхъ опухолей, и къ числу уже сообщенныхъ въ литературѣ случаевъ оказавшихся необходимыми вторичныхъ операцій, всякій операторъ могъ-бы прибавить все новые и новые случаи; вина падаетъ обыкновенно въ такихъ случаяхъ на оператора, сдѣлавшаго «неудачную» операцію. Такое консервативное леченіе должно во всякомъ случаѣ примѣняться только въ исключительныхъ случаяхъ, сообразуясь съ возрастомъ пациентки и ея настойчивымъ желаніемъ забеременѣть. Триумфомъ этой операціи явилась бы беременность, если до тѣхъ поръ заболѣваніе яичниковъ обуславливало беременность.

Предсказаніе при оваріотоміи.

Прогнозъ оваріотоміи мы въ настоящее время вправѣ считать благоприятнымъ.

Въ Тюбингенской женской клиникѣ изъ 452 сдѣланныхъ *Döderlein*'омъ оваріотомій умерли 16 женщинъ, что составляетъ 3,5%; среди этихъ 452 случаевъ были 70 операцій рака и саркомы, изъ которыхъ нѣкоторые были тяжелые и запущенные случаи. Изъ этихъ 70 умерли 11, такъ что на 362 случая операцій доброкачественныхъ опухолей

приходится только 5 смертных случаевъ, т. е. 1,3%. Въ число этихъ смертныхъ случаевъ входятъ и такіе, гдѣ смерть не была въ зависимости отъ операціи. *Pfannenstiel*, имѣвшій одинъ только смертный случай на 78 овариотомій, приводитъ въ книгѣ *Veit*'а слѣдующія статистическія данныя новѣйшаго времени: *Olshausen*—4%, *Martin*—8,5%, *Schauta*—8,1%, *Dojen*—8%, *Mandel*—9,4%, *Hofmeier*—11,6% при послѣднихъ 100—12,9%, при исключеніи злокачественныхъ—только 1,45%; *Runge*—12%, послѣ только 9%, *Fehling*—8,4%, а послѣ только 4%, *Fritsch*—4,5%, *Peroice*—4,3%, *Dohrn*—4%, *Péan*—2%, *Sr. Wells* въ послѣдней серіи 4,4%, *Lawson Tait*—3,3%, *Lippert* изъ клиники *Zweifel*'я приводитъ 5,17% на 638 операцій, причемъ число это за выдѣленіемъ злокачественныхъ опухолей понижается на 3,7%. смертность при неосложненныхъ операціяхъ составляетъ 1,7%.

Сегаловичъ опредѣляетъ % смертности при 1953 случаяхъ овариотоміи, взятыхъ имъ изъ литературы за послѣднія 10—15 лѣтъ, въ 7,63%; при этомъ для доброкачественныхъ опухолей смертность въ 1134 случаяхъ выражается 5,29%, а въ 356 случаяхъ злокачественныхъ—17,98%. Относительно оперируемости и прогноза злокачественныхъ яичниковыхъ опухолей Тюбингенская клиника даетъ слѣдующія данныя: въ 7 изъ 82 случаевъ возможность оперативнаго вмѣшательства была съ самаго начала исключена, въ 11 изъ 75 лапаротомій пришлось зашить брюшную полость безъ операціи, такъ что въ 18 изъ 82 случаевъ, т. е. въ 22% опухоль оказалась неоперируемой. Сюда слѣдуетъ прибавить еще 46 случаевъ, въ которыхъ предпринята была экстирпация, но не радикальная; остаются такимъ образомъ 18 случаевъ изъ 82, въ которыхъ произведена была операція радикально, т. е. безъ оставленія остатковъ или метастазовъ.

Изъ 18 радикально оперированныхъ ни одна не умерла первично, изъ 56 нерадикальныхъ операцій, при которыхъ остались метастазы, умерли первично 11; изъ 11 пациентокъ, которымъ сдѣлана пробная лапаротомія, ни одна не умерла. Въ этихъ 75 случаяхъ были найдены 62 раза частью до, частью же во время операціи опухоли и въ другихъ органахъ, а именно, 8 разъ ракъ яичника и желудка, 3 раза саркома яичника и ракъ желудка. 3 раза ракъ яичника и матки (2—тѣла, 1—шейки матки), 48 разъ множественные метастазы.

Дальнѣйшія наблюденія надъ 18 радикально оперированными показали, что четверо изъ нихъ умерли отъ рецидива, 14 остались во время наблюденія здоровы; относительно четвертыхъ нельзя еще ничего опредѣленнаго сказать, такъ какъ операція произведена всего полгода или годъ тому назадъ, 10, вѣроятно или навѣрно здоровы, изъ нихъ 5 уже больше 2 лѣтъ здоровы, двое—3 года, и трое свыше 5 лѣтъ.

Конечный результатъ этихъ наблюденій довольно печальный. такъ какъ только ничтожный процентъ оперируемыхъ выздоравливаетъ; къ сожалѣнію, эти данныя указываютъ также и на невозможность дальнѣйшимъ усовершенствованіемъ оперативной техники улучшить исходы рака яичника. Но вина за этотъ неутѣшительный результатъ падаетъ на больныхъ, а не на насъ: изъ 82 только 18 могли быть радикально оперированы, въ остальныхъ же случаяхъ имѣлись многочисленныя метастазы, дѣлавшіе операцію невозможной. Если же радикальная операція возможна, т. е. если опухоль ограничена, прогнозъ не можетъ считаться плохимъ.

Удаленіе нормальныхъ яичниковъ вслѣдствіе остеомалачіи.

Fehling впервые обратилъ вниманіе на то обстоятельство, что удаленіе яичниковъ производитъ благопріятное вліяніе на излеченіе остеомалачіи, и пришелъ онъ къ этой мысли послѣ долгихъ наблюденій надъ больными остеомалачіей, которымъ при родахъ сдѣлана операція *Porro*, *Fuchier*, *Levy*, *Kleinwächter* и *Sänger* обратили вниманіе на то обстоятельство, что больныя остеомалачіей совершенно излечиваются отъ размягченія костей послѣ операціи *Porro*, между тѣмъ какъ консервативное кесарское сѣченіе не улучшаетъ ихъ положенія. *Fehling* вывелъ изъ этого заключеніе, что именно удаленіе яичниковъ производитъ это дѣйствіе и въ виду этого экстирпировалъ впервые въ 1887 для этой цѣли яичники. Въ 1891 году онъ опубликовалъ уже 20 случаевъ, въ которыхъ кастрація вызвала полное излеченіе отъ остеомалачіи.

Вліяніе кастраціи нѣсколько преувеличено подъ вліяніемъ перваго впечатлѣнія. *Desiderius v. Velits* утверждалъ даже, что отнынѣ всѣмъ больнымъ этой болѣзью можетъ быть предложена кастрація какъ «вѣрное средство». Но уже *v. Winkel* на основаніи большого числа произведенныхъ имъ по поводу остеомалачіи кастрацій указалъ на разницу между временнымъ результатомъ вскорѣ послѣ кастраціи и болѣе продолжительнымъ вліяніемъ этой операціи.

Дѣйствіе операціи въ первое время дѣйствительно поразительное и наступаетъ весьма быстро, но при дальнѣйшемъ наблюденіи можно констатировать рецидивы или, по крайней мѣрѣ, ухудшеніе болѣзни.

Truzzi нашелъ въ 63 случаяхъ при продолжительности наблюденія свыше года 83,1% излеченій, 6,5% улучшеній и 11,3% неудачъ. *Frei* констатировалъ 80% излеченій, 40% улучшеній и 16% неудачъ. Указавъ на эти благопріятные результаты, мы, однако, не станемъ разсматривать здѣсь трудный и еще нерѣшенный вопросъ о томъ, какимъ именно образомъ кастрація вліяетъ на остеомалачію, какое соотношеніе существуетъ между яичниками и этой болѣзью костей; скажемъ только, что разнообразныя попытки опровергнуть ученіе *Fehling*'а о существующей между ними связи окончились неудачей. Что между яичникомъ и остеомалачіей въ дѣйствительности существуетъ своеобразная связь, независимая отъ беременности и рожденія, показываетъ одинъ изъ нашихъ случаевъ, опубликованныхъ *Landenburger*'омъ, касающійся 35-лѣтней пациентки, *virgo intacta*. *Hofmeier*, *Holländer*, *Preindlsberger* и *Truzzi* также видѣли остеомалачію у дѣвицъ; *Latzko* видѣлъ ее даже у 15-лѣтней дѣвушки.

Кастрація при остеомалачіи должна быть произведена, какъ самъ *Fehling* устанавливаетъ, только тогда, когда всѣ остальные терапевтическія мѣры остались безплодными. Многочисленныя наблюденія въ послѣднее время показали, что при помощи грязевыхъ ваннъ и рыбьяго жира съ фосфоромъ можно достигнуть излеченія даже въ возрастѣ половой зрѣлости. Въ этихъ случаяхъ, т. е. при достигнутомъ излеченіи при помощи внутреннихъ средствъ, слѣдуетъ предостерегать больную отъ новой беременности, такъ какъ мы знаемъ, что при беременности можетъ наступить рецидивъ остеомалачіи.

ляці. Кастрировать же мы будемъ тѣмъ скорѣе, чѣмъ ближе пациента къ климактерическому періоду.

Кастрація раньше производилась почти исключительно посредствомъ лапаротоміи, причемъ операція удаленія неувеличенныхъ, несросшихся яичниковъ настолько проста, что не требуетъ особаго описанія.

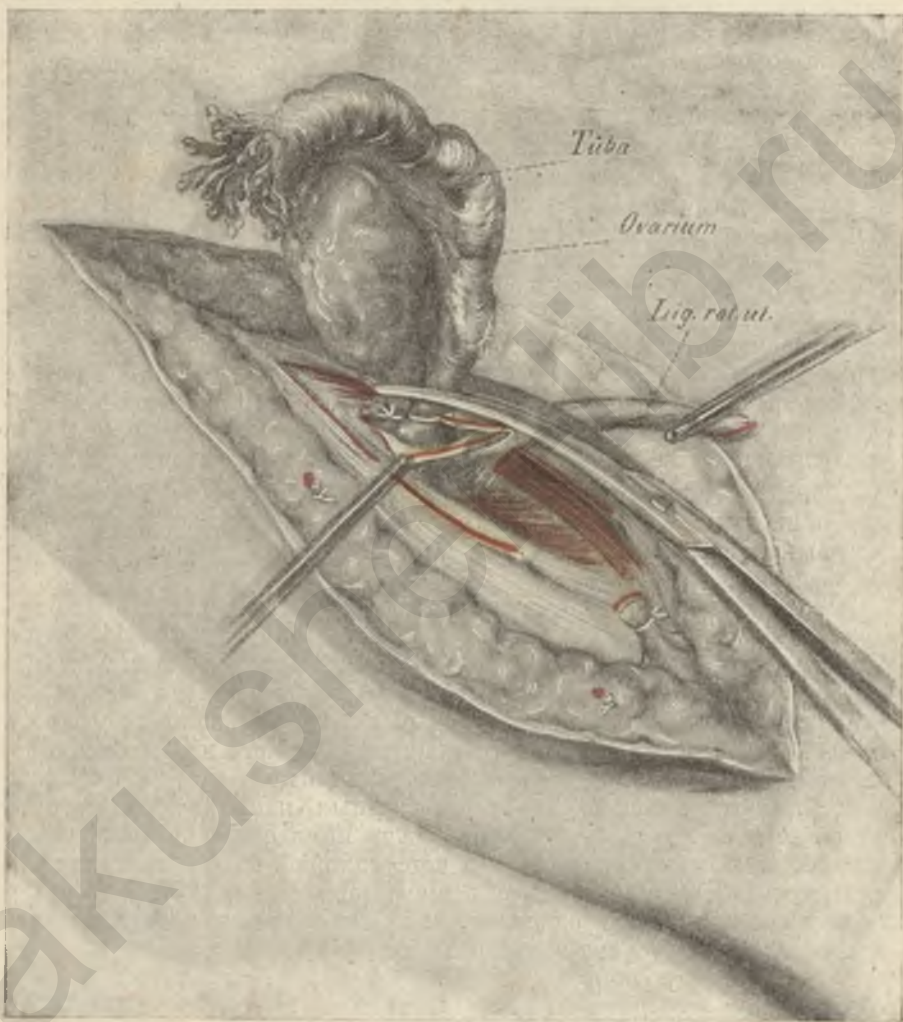


Рис. 171. Труба и яичникъ вытянуты, чтобы показать, что черезъ паховой разрѣзъ можно легко экстирпировать не только трубу, но и яичникъ.

Вмѣсто разрѣза въ срединной линіи можно его сдѣлать также изъ паховаго канала, какъ при операціи *Alexander'a*. На рисункѣ 171 можно видѣть, какъ легко по вскрытіи брюшины вытянуть оба яичника, перевязать ихъ ножки и экстирпировать. Мы много разъ такъ оперировали, особенно въ случаяхъ, гдѣ требовалось сдѣлать кастрацію безъ общаго наркоза.

II влагалищный путь также годится для этих случаев. Вскрываемъ брюшную полость посредствомъ разрѣза задняго свода (ср. стр. 153, рис. 152), достаемъ чрезъ это отверстіе трубу и яичникъ, перевязываемъ ножку и перерѣзаемъ ее. Задній влагалищный сводъ снова зашиваемъ нѣсколькими катгутовыми швами. Разрѣзъ чрезъ паховой каналъ, а также влагалищный путь имѣютъ, конечно, большія преимущества предъ брюшнымъ путемъ, представляя менѣе серьезное оперативное вмѣшательство.

Показанія къ дренажу брюшной полости.

Въ общей части настоящей книги при описаніи асептическихъ мѣропріятій мы указали, при какихъ условіяхъ оказывается необходимымъ дренировать раны; если мы только теперь въ *спеціальной* части хотимъ касаться дренажа брюшной полости, то дѣлаемъ это потому, что считали весьма важнымъ, въ дѣлахъ пониманія принциповъ дренажа брюшной полости, сперва разсмотрѣть операціи при гнойныхъ заболѣваніяхъ придатковъ, опухоляхъ матки и яичниковъ.

Мнѣнія о дѣлахъ дренажа брюшной полости значительно измѣнились съ теченіемъ времени. *Marion-Sims* требовалъ дренажа брюшной полости при каждой лапаротоміи, такъ какъ «опасность внутрибрюшинныхъ операцій заключается не во вскрытіи брюшной полости, а во вторичномъ ея зашиваніи послѣ операціи съ остающеюся тамъ жидкостью, которая отравляетъ кровь пациентки и причиняетъ ей смерть». *Wegener*, первый производившій большіе опыты по вопросу о состояніи брюшины послѣ операціи, требуетъ, подобно *Marion-Sims*'у, удаленія скопляющейся въ брюшной полости жидкости во избѣжаніе ея разложенія; онъ совѣтуетъ дренировать, если не во всѣхъ случаяхъ, то, по крайней мѣрѣ, въ тѣхъ, гдѣ механически раздражается брюшина.

Какъ диаметрально противоположный взглядъ можно привести недавно высказанное въ одной статьѣ мнѣніе *Olshausen*'а, основанное на наблюденіи надъ матеріаломъ Берлинской клиники; *Olshausen* приходитъ къ заключенію, что нѣтъ надобности дренировать брюшную полость ни при одной операціи; изъ 1555 случаевъ онъ дренировалъ только 4 раза.

Изъ сообщеній различныхъ клиникъ можно усмотрѣть, что существуетъ еще большое разногласіе относительно показаній къ дренажу послѣ лапаротомій. *Fehling* дренировалъ изъ 327 лапаротомій 36 разъ, т. е. въ 11%, *Sänger*—въ 8,5%, *Hofmeier*—въ 4,5%. *Döderlein* дренировалъ изъ 754 лапаротомій, исключая случаевъ рака матки, 161 разъ, т. е. въ 21,3%; *Krönig* изъ 338 лапаротомій Іенской клиники 32 раза=9,4%. Это различіе въ частотѣ примѣненія дренажа зависитъ, разумѣется, отъ показаній, которыя каждый ставитъ для этого.

Въ одномъ всѣ въ настоящее время согласны, что при гладко протекающихъ лапаротоміяхъ дренажъ не нуженъ; споръ-же идетъ о томъ, нуженъ-ли дренажъ:

1) при недостаточной остановкѣ кровотеченій изъ интраперитонеальныхъ поверхностей.

2) при оставленіи въ брюшной полости кусковъ опухоли, стѣнокъ кисты, стѣнокъ мѣшка кровяной опухоли, которыя могутъ выдѣлять серозную жидкость или кровь въ брюшную полость;

3) послѣ попаданія гноя на брюшину;

4) при прободящихъ пораненіяхъ кишекъ и пузыря.

Еще въ общей части мы установили принципъ не зашивать брюшной полости до тѣхъ поръ, пока кровотеченіе совершенно не остановилось, и операционное поле не представляется совершенно сухимъ. Но бываютъ случаи, въ которыхъ, особенно послѣ отдѣленія опухолей, приросшихъ къ Дугласову пространству, полная остановка кровотечения весьма затруднительна; продолжительность операціи сильно увеличилась бы, если бы мы ждали, пока кровь изъ самаго маленькаго сосуда не прекратится. Такъ какъ для прогноза лапаротоміи далеко не безразлична продолжительность операціи, то мы считаемъ цѣлесообразнымъ, особенно въ случаяхъ, гдѣ раневая поверхность находится глубоко въ Дугласѣ, не останавливаться долго надъ тщательной остановкой кровотечения, а сдѣлать въ заднемъ сводѣ противоотверстіе и пропустить по направленію къ влагалищу полоску іодоформенной марли, выполняющей Дугласово пространство и ограничивающей полость брюшины. Мы согласны съ *Olshausen*'омъ въ томъ, что при несильно кровоточащихъ ранахъ въ Дугласѣ можно обходиться безъ дренажа, что смертность отъ этого не увеличится; но мы вмѣстѣ съ тѣмъ на основаніи собственныхъ наблюденій утверждаемъ, что въ случаяхъ не дренированныхъ образуются въ полости Дугласа экссудаты, которые если и не причиняютъ смерти, то все же ухудшаютъ теченіе послѣоперационнаго періода.

Въ цѣломъ рядѣ подобныхъ случаевъ мы испытали способъ, который хотѣли бы здѣсь предложить. Исходя изъ стремленія по возможности закрывать брюшную полость, мы на первыхъ порахъ отказывались отъ дренажа. Но если затѣмъ въ теченіе ближайшихъ дней оказывалось, что все-таки послѣдовала секретія изъ раны, что узнается по лихорадочной температурѣ, а иногда даже по опухоли, прощупываемой въ Дугласовомъ пространствѣ, тогда мы, не дожидаясь какихъ-либо угрожающихъ симптомовъ, клали больную на операционномъ стулѣ въ положеніе для камнесѣченія, безъ наркоза обнажали зеркалами задній сводъ, какъ для *colpotosmia posterior*, натягали его между пулевыми щипцами и свищевымъ ножомъ вскрывали здѣсь брюшную полость. Скопившееся въ Дугласѣ раневое отдѣленіе тогда опорожняется. Мымогли такимъ образомъ констатировать иногда нѣсколько сотъ граммъ кровянисто-серозной, мутной жидкости. Введемъ Т-образной трубки тазовая полость поддерживается открытой на 2—3 недѣли. Это маленькое, почти безболѣзненное вмѣшательство избавляетъ насъ отъ возможныхъ осложненийъ съ экссудатомъ и позволяетъ намъ при самой операціи не дренировать.

Къ постановкѣ этого показанія близко примыкаетъ возбужденный *Olshausen*'омъ вопросъ, надо-ли дренировать при оставленіи опухолевыхъ частицъ, стѣнокъ кисты, *haematocoele*, которыя заставляютъ опасаться просачиванія крови или серозной жидкости. При условіи хорошаго кровоостанавливанія нѣтъ надобности дренировать, если при неполной овариотоміи оставлены куски опухоли изъ техническихъ основаній; мы только должны по возможности стараться здѣсь покрыть эти поверхности брюшиной (перитонизировать), чтобы предупредить склейки съ кишками и обусловленный этимъ иногда *ileus postoperativus*. Напротивъ, мы считаемъ дренажъ желательнымъ, хотя и не безусловно необходимымъ, при оставленіи ключевъ мѣшка *haematocoele*, мозолистыхъ раневыхъ поверхностей въ Дугласѣ послѣ экстирпаціи мѣш-

ковъ *pyosalpinx*, будь то съ заразнымъ или незаразнымъ содержимымъ. Какъ упомянуто при этихъ операціяхъ, во избѣжаніе послѣопераціоннаго *pleur'a*, мы по возможности устраиваемъ крышу надъ этими раневыми поверхностями въ маломъ тазу, располагая *flexuram* надъ маткой, либо сшивая ее съ серознымъ покровомъ пузыря; тогда остается обыкновенно въ тазу полость съ неподатливыми стѣнками, въ которой охотно скопляется кровянистый выпотъ. Если здѣсь не дренировать, то едва-ли это будетъ вліять на смертность, но мы можемъ дѣйствительно при случаѣ предупредить лихорадочную реконвалесценцію съ образованіемъ экссудата, если проведемъ изъ раневой полости небольшую Т-образную дренажную трубку во влагалище, дабы скопляющіеся секреты тотчасъ отводить книзу.

Если раненая поверхность расположена неблагоприятно для дренажа, то мы, съ другой стороны, не слѣдуемъ примѣру тѣхъ операторовъ, которые вводятъ сверху тампонъ *Mikulicz'a* и выводятъ его черезъ нижній уголъ брюшной раны. Здѣсь намъ представляется болѣе правильнымъ закрыть брюшную полость, даже рискуя экссудатомъ, нежели вводить тампонъ *Mikulicz'a* со всѣми его многочисленными вредными послѣдствіями. Такъ какъ тампонъ *Mikulicz'a* представляетъ инородное тѣло и, слѣдательно, раздражаетъ, и такъ какъ марля дѣйствуетъ не столько дренирующимъ, сколько тампонирующимъ образомъ, то легко можетъ получиться задержка секрета позади тампона, которая обуславливаетъ лихорадочный послѣопераціонный періодъ.

Труднѣе всего отвѣтить на вопросъ о дренажѣ, если содержимое гнойныхъ или ихорозныхъ опухолей брызнуло при операціи на брюшину. Мы присоединяемъ здѣсь къ взгляду *Szetrin'a*, что заразныя бактеріи, которыя во время операціи попали на *peritoneum parietale* или серозный покровъ кишекъ, нельзя обезвредить дренажемъ, будь то посредствомъ трубки или тампона. Дренажъ брюшной полости не обезпечиваетъ, какъ дренажъ полостей съ неподатливыми стѣнками, токъ жидкости наружу, ибо, благодаря пластическимъ свойствамъ брюшины, вытечное отверстие тотчасъ закупоривается; дренажъ можетъ даже вредить, такъ какъ, нарушая перистальтику на дренированномъ мѣстѣ, вліяетъ на всасываніе брюшины и, препятствуя быстрому удаленію бактерій, создаетъ предрасположеніе къ инфекціи. Здоровой брюшинѣ присуще столь интенсивное резорбирующее и бактерицидное свойство, что мы не должны его ослаблять плохо дѣйствующимъ дренажемъ. Поэтому мы считаемъ дренажъ, ненужнымъ, если септический или ихорозный гной съ заразными бактеріями попалъ на нормальную брюшину, при условіи, если удалось удалить опухоль, содержащую гной, не оставляя ключевъ стѣнокъ абсцесса или лишенныхъ брюшиннаго покрова раневыхъ поверхностей.

По сравненію съ нормальной брюшиной раны клѣтчатки гораздо менѣ защищены отъ вирулентныхъ зародышей; поэтому, если при выступленіи на брюшину одновременно пришли въ прикосновеніе съ вирулентнымъ гноемъ значительныя раны клѣтчатки, то эти соединительнотканныя щели должны быть, если возможно, дренированы наружу, сама же брюшина должна быть замкнута. При ранахъ клѣтчатки въ маломъ тазу это въ общемъ легко осуществимо, такъ какъ благодаря смѣщаемости брюшины дренированное пространство можетъ быть разобщено съ брюшной полостью посредствомъ соединенія прилежающихъ листковъ брюшины.

Такимъ же образомъ можно было бы рѣшить вопросъ о дренажѣ при выстуленіи гноя на поверхность брюшины, которая уже находится въ воспаленномъ состояніи, если бы мы въ настоящее время имѣли уже вѣрныя свѣдѣнія относительно бактерицидныхъ свойствъ измѣненной такимъ образомъ брюшины. *Riedel* и др. приписываютъ воспаленной брюшинѣ свойство задерживать развитіе бактерий еще въ большей степени, чѣмъ нормальной, такъ что здѣсь выстуленіе гноя должно бы внушать еще меньше опасеній, нежели при здоровой брюшинѣ. *Fehling*, напротивъ, утверждаетъ, что только здоровая брюшина способна быстро справиться съ проникшими зародышами, всѣ же поверхности, покрытыя измѣненной брюшиной, представляютъ опасное мѣсто поселенія для вирулентныхъ бактерий.

Мы въ общемъ не видимъ показанія къ дренажу даже въ выстуленіи гноя на воспаленную брюшину.

Напротивъ, если, напр., изъ техническихъ основаній, мы вынуждены оставить одновременно рваныя раневыя поверхности, напр., стѣнки ихоросно распавшейся *haematocoele*, то мы считаемъ настоятельно показаннымъ широкій дренажъ этихъ раневыхъ поверхностей наружу. Здѣсь значило бы ставить жизнь больной на карту, если не обезпечить оттокъ жидкости изъ раневой полости наружу. Въ противоположность свободной брюшной полости, мы можемъ наилучшимъ образомъ дренировать эти пространства, такъ какъ разобщеніемъ ихъ съ свободной брюшной полостью мы въ состояніи большею частью удерживать кишечныя петли поодаль отъ отверстій дренажной трубки.

Дренажъ какъ ранъ клѣтчатки, такъ и внутрибрюшинныхъ гнойныхъ полостей съ рваными поверхностями не нуженъ, если септический или сапрический гной не содержитъ заразныхъ бактерий или если зародыши не обладаютъ заразными свойствами въ смыслѣ раневой инфекции. Такъ, мы знаемъ, что гонококкъ *Neisser'a* хотя и можетъ вызвать легкія воспалительныя явленія на брюшинѣ, временно проникать въ клѣтчатку и даже обусловить маленькіе абсцессы гонорройнаго характера, тѣмъ не менѣе онъ по своимъ биологическимъ свойствамъ собственно паразитъ слизистой оболочки и никогда не причинитъ настоящей флегмоны. Слѣдовательно, если выступившій гной гонорройнаго происхожденія, какъ это въ большинствѣ случаевъ бываетъ при экстирпаціи *sactosalpinx*, то нѣтъ надобности дренировать раневыя поверхности. Иное дѣло при септическомъ и саприческомъгноѣ. *Streptococcus pyogenes*, анаэробныя саприческія бактерии находятъ какъ въ брюшинѣ, такъ и въ соединительнотканвыхъ щеляхъ очень подходящія мѣста для вѣдренія и могутъ при достаточно вирулентныхъ свойствахъ обусловить тяжелую мѣстную и общую инфекцію. Но такъ какъ септическія и саприческія бактерии въ замкнутыхъ полостяхъ, напр. трубахъ, тоже очень скоро утрачиваютъ свою вирулентность и способность къ развитію, то и этотъ гной черезъ извѣстное время становится безразличнымъ для заживленія раны.

Итакъ, при рѣшеніи вопроса о дренажѣ нуженъ собственно каждый разъ точный діагнозъ относительно характера гноя; въ зависимости отъ этого будетъ мѣняться показаніе.

При описаніи воспалительныхъ заболѣваній придатковъ мы упоминали, какимъ образомъ мы можемъ получить свѣдѣнія о характерѣ гноя посредствомъ пробнаго прокола, посредствомъ наблюденія кли-

ническаго теченія, посредствомъ микроскопическаго изслѣдованія гноя во время операціи, посредствомъ изслѣдованія содержанія лейкоцитовъ въ крови. При ясной этиологіи гноя мы будемъ придерживаться при установкѣ показанія къ дренажу вышеуказанныхъ принциповъ; при сомнительной этиологіи мы въ общемъ скорѣе будемъ дѣйствовать въ интересахъ больной, если будемъ разсматривать гной какъ заразный для раненыхъ поверхностей.

Въ главѣ о прободныхъ *ruosalpiin'*ахъ (стр. 311) мы изложили уже наши взгляды на этотъ предметъ и можемъ во всѣхъ подробностяхъ сослаться на эту главу. Здѣсь для полноты мы только резюмируемъ, что при пораненіяхъ тонкихъ кишекъ, пузыря мы не дренируемъ, напротивъ, при поврежденіяхъ толстыхъ кишекъ и прямой кишки мы считаемъ безусловно необходимымъ дренажъ черезъ влагаллице или черезъ переднюю брюшную стѣнку.

Мочеполовые свищи.

Предварительныя замѣчанія объ ихъ происхожденіи и излечимости.

Огромное большинство мочеполовыхъ свищей имѣютъ свое происхожденіе въ нецѣлесообразно проведенныхъ родахъ или случайныхъ поврежденіяхъ при акушерскихъ операціяхъ. По сравненію съ этими акушерскими поводами прочіе причинные моменты, заключающіеся въ травмахъ, инородныхъ тѣлахъ или гинекологическихъ операціяхъ, отступаютъ на задній планъ. Только нѣкоторые, справедливо осужденные, пессаріи, а именно *Zwank'*овскіе, примѣняемые все еще при пролапсѣ лечителями не-врачами, играютъ здѣсь извѣстную роль; другіе пессаріи вызываютъ фистулы только при особой небрежности, если они остаются лежать безъ перемѣны годы и десятки лѣтъ, такъ что сморщивающееся влагаллице все тѣснѣе и тѣснѣе обхватываетъ ихъ, пока наконецъ отъ давленія кольца не возникаетъ гангрена и образуется отверстіе. При этомъ зло обнаруживается обыкновенно лишь тогда, когда пессарій удаленъ, ибо до того онъ служитъ одновременно какъ затворъ. Поэтому до удаленія такихъ забытыхъ колецъ надо всегда указать на эту возможность, чтобы не быть обвиненнымъ въ причиненіи этого ущерба. Разумѣется, также инородныя тѣла, вводимыя для мастурбаціи или для преступнаго изгнанія плода, могутъ вызвать фистулы, вслѣдствіе непосредственнаго поврежденія или вслѣдствіе гангрены отъ давленія.

Между акушерскими фистулами стоятъ по частотѣ впереди тѣ, которыя вызываются при чрезмѣрной продолжительности родовъ давленіемъ высокостоящей вслѣдствіе узкаго таза головки и обусловленнымъ этимъ омертвѣніемъ мягкихъ частей. Имъ можно противопоставить насильственные свищи, которые причиняются различными инструментами, употребляемыми для разрыва плоднаго пузыря, катетерами, ложками щипцовъ, перфораторами или также при кранио-клазии выступающими осколками раздробленной головки. Раздѣленіе этихъ обоихъ видовъ происхожденія фистулъ важно не только этиологически, но и для послѣдующихъ оперативныхъ мѣропріятій. Свищи, возникшіе отъ гангрены вслѣдствіе прижатія, отличаются тѣмъ, что они ведутъ къ недержанію мочи лишь по истеченіи нѣсколькихъ

дней послѣ родовъ, именно тогда, когда омертвѣвшій кусокъ отпалъ, между тѣмъ какъ насильственные фистулы имѣють послѣдствіемъ произвольное отхожденіе мочи тотчасъ послѣ родовъ; кромѣ того, въ отличіе отъ послѣднихъ первые представляютъ не щелевыя сообщенія между соответственными половыми органами, но большіе или меньшіе дефекты въ стѣнкахъ.

Особенно невыгодно для оперативнаго леченія подобныхъ, возникшихъ отъ гангрены фистулъ то, что ихъ края вслѣдствіе демаркаціоннаго воспаленія представляютъ утолщенные, мозолистые

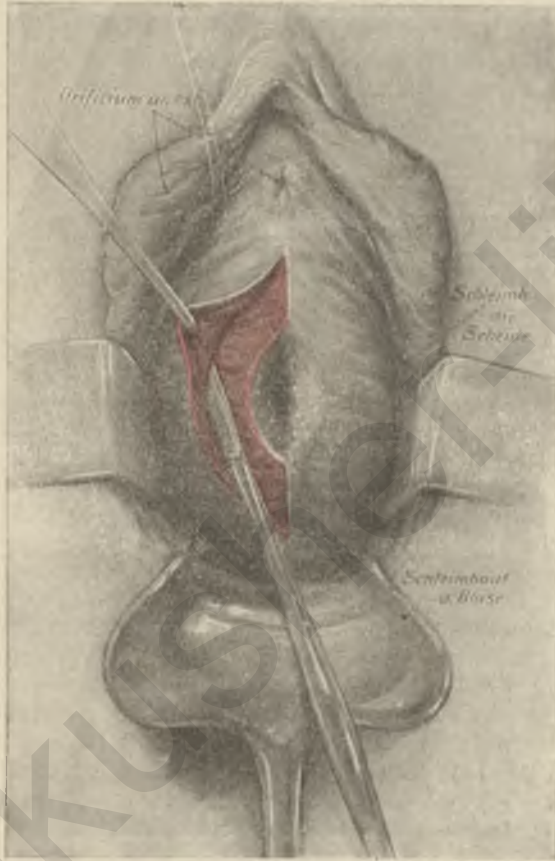


Рис. 172. Освѣженіе пузырно-влагалищной фистулы посредствомъ расплеченія лоскута.

рубцы, которые болѣе или менѣе плотно срослись съ окрестностью; если эти рубцовыя измѣненія простираются до кости, то послѣдствіемъ подобной гангрены являются почти непоправимыя опустошенія.

Разница въ способѣ происхожденія и то обстоятельство, что прижатіе сказывается то раньше, то позже въ теченіе родовъ, то на вышележащихъ, то на нижележащихъ отдѣлахъ полового канала, обуславливаетъ чрезвычайное многообразіе въ локализациі и формѣ мочеполовыхъ фистулъ, такъ что едва ли можно найти два сходныхъ между собою случая. Издавна цѣлесообразно различаютъ *уретро-влагалищныя, пузырно-влагалищныя, пузырно-маточныя, мочеточнико-маточныя* и *мочеточнико-влагалищныя фистулы*.

Свищи, возникшіе вслѣдствіе гангрены отъ прижатія при родахъ, сидятъ преимущественно въ верхней части влагалища и во влагалищномъ сводѣ, охотно простираясь на область шейки, такъ что получаются комбинированныя пузырно-влагалищно-маточныя фистулы, причемъ различаютъ обыкновенно между *«поверхностными и глубокими маточными фистулами»*, смотря по тому, распространяются ли онѣ болѣе или меньше вверхъ на цервикальную стѣнку.

При небольшихъ свищахъ, особенно съ гладкимъ, острымъ краемъ не исключена возможность самопроизвольнаго заживленія, но это со-

ставляет исключение, и въ особенности тогда, когда болѣе значительные участки клѣтчатки подвергаются омертвѣнію, остается въ заключеніе тянущагося недѣлями процесса дыра, черезъ которую половой каналъ сообщается съ пузыремъ, такъ что послѣдній не можетъ служить резервуаромъ для притекающей изъ мочеточниковъ мочи, которая произвольно и непрерывно вытекаетъ черезъ влагалище наружу—*incontinentia urinae*. При небольшихъ фистулахъ можетъ еще потомъ наступить относительное держаніе мочи либо потому, что при извѣстныхъ положеніяхъ тѣла фистула клапанообразно складывается, и моча

можетъ временно накопляться въ пузырь, либо потому, что плотный механический затворъ влагалища допускаетъ временный застой мочи во влагалищѣ и пузырь. Но даже въ столь благоприятныхъ случаяхъ какъ послѣдствіе этого дефекта ткани получается страданіе, которое чѣмъ дальше, тѣмъ становится невыносимѣе и придаетъ этимъ больнымъ отпечатокъ несчастныхъ существъ. Влагалище, наружныя половыя части и бедра день и ночь непрерывно смачиваются вытекающей мочей, вслѣдствіе амміачнаго разложенія которой не только распространяется крайне дурной запахъ вокругъ больной, но и развиваются экзематозныя воспаленія и ссадины на соответственныхъ мѣстахъ, которыя тяжко раз-

страиваютъ субъективное состояніе больной. Питаніе подобныхъ больныхъ тоже, повидимому, страдаетъ, по крайней мѣрѣ большинство одержимыхъ фистулами выглядятъ поразительно исхудалыми, почти кахектичными. Благодаря восходящей инфекціи страданіе можетъ привести къ смерти.

Единственная возможность излеченія состоитъ въ оперативномъ закрытіи фистулы. Показаніе къ этому дано во всякомъ случаѣ и безусловно. Этотъ успѣхъ нашего оперативнаго искусства примыкаетъ къ великимъ врачевнымъ завоеваніямъ второй половины про-



Рис. 173. Наложеніе погружныхъ швовъ на пузырь.

текашаго вѣка, когда, благодаря стараніямъ *Marion Sims'a* и его ученика *Bogemann'a* въ Америкѣ и особенно Гейдельбергскаго хирурга *Gustav Simon'a*, а также нашего стараго учителя *Hegar'a*, удалось выработать опредѣленные методы, которые дали возможность вернуть здоровье неизлечимымъ раньше больнымъ. Еще не задолго предъ тѣмъ такой мастеръ своего дѣла, какъ *Dieffenbach*, отказался отъ этого искусства, признавшись, что только въ единичныхъ благопріятныхъ случаяхъ его старанія увѣнчались успѣхомъ. «Напротивъ, въ большинствѣ случаевъ», такъ онъ взываетъ съ отчаяніемъ,



Рис. 174. Погружные пузырьные швы завязаны. Проведеніе влагалищныхъ швовъ.



Рис. 175. Самодержашійся катетеръ à demeure.

«фистулы отъ рѣзанія, сшиванія, прижиганія становятся только все больше. Изъ отверстія въ 1 грошъ получается такое въ 2 гроша, изъ отверстія въ 4 гроша такое въ 8 грошей и въ концѣ-концовъ всѣ старанія напрасны».

Въ противоположность этому мы можемъ утверждать, что, благодаря превосходнымъ техническимъ изобрѣтеніямъ, особенно зеркалъ, которымъ здѣсь надо приписать главную роль въ успѣхѣ, но также благодаря многочисленнымъ, хорошо придуманнымъ методамъ, число

неизлечимыхъ фистулъ уменьшается все больше и больше, и большинство женщинъ могутъ быть въ концѣ-концовъ избавлены отъ своего страданія, хотя иногда цѣною нѣсколькихъ и довольно сложныхъ операцій.

При фистулахъ, возникшихъ послѣ родовъ, опредѣленіе срока для оперативнаго вмешательства требуетъ извѣстнаго размысленія. Мы согласны съ *Fritsch* емъ, что здѣсь не слѣдуетъ слишкомъ рано оперировать, во-первыхъ, потому, что не исключена возможность самопроизвольнаго заживленія, во-вторыхъ, помѣхой служить пуэрперальное состояніе, особенно раннее, пока еще лохія выдѣляются, но и позже, пока не исчезли разрыхленіе и обильная васкуляризація, хрупкость тканей затрудняетъ операцію. Въ общемъ къ зашиванію фистулъ приступаютъ спустя 1/2 года послѣ родовъ.

Часто находятъ, будь то какъ остатки воспалительнаго процесса, будь то какъ послѣдствіе длительного смачиванія разлагающейся мочей, влагалища и наружныя половыя части въ крайне «неопытномъ» состояніи. Оможеніе мочевыхъ солей, фурункулезъ, эрозія, эритема и экзема являютоя тогда препятствіемъ для проведенія асептики при операціи. Эти осложненія, подвергая риску успѣхъ операціи, должны быть предварительно устранены. Для этого рекомендуется ежедневное употребленіе продолжительныхъ теплыхъ сидячихъ ваннъ съ прибавленіемъ лизоформа, ежедневное смазываніе больныхъ частей 2% растворомъ ляписа, промыванія влагалища и пузыря. Лишь послѣ излеченія этихъ воспаленій и инфекцій и послѣ очистки этихъ тканей можно приступить къ кровавой операціи фистулы.

Техника операціи свищей.

Нѣтъ ни одной операціи, по крайней мѣрѣ на женскихъ половыхъ органахъ, которая бы въ отдѣльныхъ случаяхъ была такъ малозначительна, какъ операція мочеполювыхъ свищей. Основаніе этого лежитъ въ чрезвычайной измѣчивости величины, формы и мѣстоположенія фистулы, и потому для каждаго отдѣльнаго случая нужно начертать опредѣленный операціонный планъ. Поэтому въ нижеслѣдующемъ наша задача можетъ состоять только въ томъ, чтобы дать для этого операціоннаго плана извѣстную руководящую нить, но не выставить типы операцій. Последніе подходили бы только для ограниченнаго числа несложныхъ случаевъ, для которыхъ, однако, операціонный планъ тогда самъ по себѣ ясенъ; труденъ онъ при всѣхъ большихъ, возникшихъ отъ гангрены дефектахъ со сложнымъ участіемъ различныхъ мочеполювыхъ отдѣловъ и ихъ соотвѣдныхъ частей. Какъ ни многочисленны приемы, придуманные для столь трудныхъ операцій фистулы, всегда будутъ случаи, въ которыхъ всплываютъ и могутъ быть осуществлены новыя идеи для достиженія лечебнаго результата, и какъ бы мы подробно ни перечисляли всѣ придуманные методы, мы не могли бы исчерпать всѣхъ возможностей.

Каждая операція фистулы составляется изъ 3 различныхъ актовъ, а именно: 1) *обнаженія фистулы*, 2) *окровавленія ея* и 3) *зашиванія*. Каждая изъ этихъ актовъ можетъ натолкнуться на особенныя затрудненія.

Дальше всего оставалось тщетными старанія *обнажить фистулу*, и теперь еще это особая задача положеніемъ большой и опредѣлен-

нымъ освѣщеніемъ зеркалами получить возможно лучшій доступъ къ фистулѣ.

Извѣстно, что *Marion Sims* при вправленіи перегнутой назадъ матки сдѣлала открытіе, что въ колыбно-локтевомъ положеніи женщины, при отдавливаніи промежности пальцемъ или ложкообразнымъ зеркаломъ, влагалище вслѣдствіе вхожденія воздуха баллонообразно вздувается, такъ что ея стѣнки становятся со всѣхъ сторонъ хорошо доступны глазу и оперирующимъ рукамъ; этимъ открытіемъ онъ впервые воспользовался для оперативнаго леченія несчастной больной, страдавшей фистулой. Съ тѣхъ поръ для этой цѣли пользовались колыбно-локтевымъ положеніемъ, въ особенности *Bozemann* и *Neugebauer*.

Благодаря усовершенствованію зеркалъ, особенно *G. Simon*'омъ, мы въ состояніи теперь и при оперированіи фистулы обойтись безъ этого положенія, сопряженнаго съ нѣкоторыми неудобствами и даже опасностями, а именно для наркоза, и довольствуемся обыкновенно спивно-ягодичнымъ положеніемъ, хотя, встрѣчая затрудненія съ послѣднимъ, не прочь испытать *Sims*'овское боковое или даже колыбно-локтевое положеніе.

Затрудненія возникаютъ въ особенности тогда, когда воспаленіе въ пuerperальныхъ половыхъ органахъ вызвало рубцовыя измѣненія, суженія, смѣщенія и сращения; въ такихъ случаяхъ можетъ оказаться труднымъ сдѣлать фистулу даже доступной глазу, не говоря уже инструментамъ для освѣженія и зашиванія.

Bozemann выработалъ для подобныхъ случаевъ особое подготовительное леченіе, состоящее въ расширеніи, вкладываніи шаровъ изъ твердаго каучука въ нарастающую величину. Мы согласны съ *Fritsch*'емъ, когда онъ называетъ этотъ способъ подготовки опаснымъ и большей частью также излишнимъ, ибо онъ не менѣе насильственный, чѣмъ однократное форсированное расширеніе или разрѣзаніе такихъ рубцовъ, между тѣмъ не только причиняетъ много боли, а и можетъ неблагоприятнымъ образомъ измѣнить ткань для послѣдующей операціи, вслѣдствіе застоя заразныхъ секретовъ или разложившейся мочи.

Важно для обнаженія фистулы правильное пользованіе пулевыми или другими захватывающими щипцами или острыми крючками, которыми растягиваютъ по разнымъ направленіямъ сосѣдную съ фистулой ткань и отгнѣиваютъ въ сторону застилающія ее складки. При этой подготовкѣ фистулы не слѣдуетъ никогда забывать точно ориентироваться относительно состоянія уретры и мочеточниковъ и ихъ отношенія къ свищу. Если предшествовали обширныя воспаленія и изъязвленія половыхъ органовъ, тогда уретра могла зарости, и нужно до операціи фистулы сперва возстановить проходимость мочеиспускательнаго канала.

Уже въ этомъ подготовительномъ первомъ актѣ операціи фистулы индивидуальной ловкости оператора отведено широкое поле; иногда въ успѣшномъ обнаженіи свища лежитъ въ значительной степени залогъ окончательнаго успѣха всей операціи.

Второй актъ операціи состоитъ въ *освѣженіи края фистулы*, дабы получить раны, которыя соединяютъ швомъ, и тѣмъ достигаютъ заживленія свища.

Первоначально ограничивались тѣмъ, что край свища вырѣзывали плоско или косо, благодаря чему устраняется окаймляющій фистулу рубецъ. Само собою разумѣется, что этимъ увеличиваютъ отверстіе,

чѣмъ объясняется вышеупомянутое выраженіе *Dieffenbach'a*, будто эффектъ операціи состоитъ только въ томъ, что фистула становится все больше.

Это не предоставлено благоусмотрѣнію оператора по произволу выбирать тотъ или другой способъ окровавленія; наоборотъ, при толстыхъ свищевыхъ краяхъ рекомендуется крутое направленіе разрѣза, такъ какъ этимъ создается достаточная раневая поверхность для соединенія швомъ, между тѣмъ какъ при тонкихъ рубцахъ умѣстно косое, болѣе плоское освѣженіе.

Вырѣзываніе свищевоего края должно бы производиться однимъ кускомъ, такъ что резецируется цѣльное кольцо; только тогда можно быть увѣреннымъ, что нигдѣ не остается рубецъ или эпителій, чѣмъ нарушилось бы заживленіе.

Однако весь этотъ методъ окровавленія не пользуется больше расположеніемъ; въ особенности при большихъ дефектахъ слѣдовало бы отъ него отстать, ибо вслѣдствіе увеличенія отверстія возможность соединить свищевые края швомъ все уменьшается. Только при совѣтѣ маленькихъ фистулахъ, которыя представляютъ отверстіе діаметромъ въ толщину карандаша или верхушку мизинца, могло бы еще вайти примѣненіе это болѣе плоское или болѣе крутое освѣженіе по *Simon'u*, *Bozemann'u*, *Sims'u*.

Но здѣсь еще другое обстоятельство иногда оказывается неприятной помѣхой, а именно осложненіе со стороны мочеточниковъ. По своей топографіи послѣдніе нерѣдко оказываются вблизи свищевой области. Теперь, если они выдаются у края фистулы, то, если ихъ не замѣтить при освѣженіи и не принять особыхъ мѣръ предосторожности, неизбѣжнымъ послѣдствіемъ является то, что либо ихъ отверстія зашиваются, либо же выдаются въ самую рану и препятствуютъ заживленію. Замѣтивъ мочеточники при окровавленіи или зашиваніи, ихъ устраняютъ, по совѣту *Simon'a*, изъ предѣловъ операціонной области тѣмъ, что расщепляютъ ихъ по направленію къ пузырю; если затѣмъ при наложеніи швовъ тщательно обходить отъ ретіе или конецъ мочеточника, то можно такимъ образомъ избѣгнуть неприятнаго осложненія.

Вмѣсто стараго способа освѣженія фистулъ, мы употребляемъ повѣйшій методъ *Walcher'a*, *v. Herff'a*, *Fritsch'a*, *Sänger'a*, *Ricard'a*, успешно примѣненный многими въ Германіи и въ особенности во Франціи, а именно такъ назыв. *расщепленіе лоскута*. Принципъ этого способа окровавленія тотъ, что оба сообщающихся фистулой органа, слѣдовательно, въ простыхъ случаяхъ пузырь и влагалище, разъединяютъ на значительномъ протяженіи, такъ что каждый органъ особо становится подвиженъ, и зашиваютъ дефектъ какъ въ пузырьѣ, такъ и во влагалищѣ отдѣльно. Освѣженіе представляется на простомъ примѣрѣ въ слѣдующемъ видѣ (рис 172, 173, 174) Начинаютъ продольнымъ разрѣзомъ, который разсѣкаетъ края фистулы съ обѣихъ сторонъ какъ-разъ на границѣ между пузыремъ и влагалищной слизистой. Теперь, держа ножъ плашмя, какъ при *colporrhaphia anterior*, отслаиваютъ влагалище отъ пузыря, такъ что получаются два отвороченныхъ наружу лоскута. причѣмъ нѣдѣ, разумѣется, тщательно избѣгать вырѣзывать «окошки» въ пузырной стѣнкѣ. Напротивъ, продыравливаніе влагалищной стѣнки не имѣло бы особеннаго значенія, поэтому надо направлять всегда лезвіе ножа болѣе къ влагалищному просвѣту, нежели къ пузырной стѣнкѣ.

Если имѣются двѣ или нѣсколько отдѣльных другъ отъ друга здоровой тканью фистулъ, то можно, если свѣ далеко отстоятъ одна отъ другой, лечить каждую отдѣльно, или же ихъ превращаютъ посредствомъ разсѣченія перегородокъ въ одно отверстіе, если ожидаютъ отъ этого выгоды для операціи.

Третій актъ операціи—положеніе швовъ, которое должно быть выполнено съ особенной тщательностью. Линія швовъ должна имѣть по возможности поперечное направленіе, т. е. перпендикулярно къ продольной оси влагалища, но надо приравливаться къ различнымъ условіямъ случая. Главное, надо шить такъ, чтобы нигдѣ не было пробѣловъ и чтобы края фистулы соодинались безъ всякаго напярженія. Въ противномъ случаѣ питки скоро прорѣзаются, или заживленіе не наступаетъ вслѣдствіе разстройствъ питанія. Надо, слѣдовательно, руководствоваться при наложеніи швовъ степенью смѣщаемости ткани; иногда приходится такъ шить, что возникаетъ нѣсколько линій швовъ, которыя сходятся подъ угломъ.

Лишь въ меньшинствѣ случаевъ, при маленькихъ фистулахъ мы можемъ обойтись простыми, проникающими черезъ толщину ранаго края швами, которые накладываются то лучше у самаго края, то на большемъ разстояніи (такъ назыв. швы, уменьшающіе напярженіе).

При способѣ расщепленія лоскута съ раздѣленіемъ органовъ слѣдуетъ сперва зашить отдѣльно отверстіе въ пузырь; можно при случаѣ и здѣсь воспользоваться круговымъ швомъ по *Gersuny*, который былъ уже упомянутъ при кольпорафіи и изображенъ на стр. 209. Здѣсь сама фистула закрывается уже тогда первымъ швомъ; второй концентрической шовъ, наложенный также на пузырь, служилъ бы для подкрѣпленія перваго; или же накладываютъ обычные поперечные швы.

При этомъ пузырьномъ швѣ надо обращать тщательное вниманіе на то, чтобы выкалывать аккуратно у края влагалищной слизистой, такъ что при завязываніи швовъ края раны должны быть хорошо прилажены, но ни одна нитка не должна выдаваться въ просвѣтъ пузыря, дабы не давать повода къ отложенію мочевыхъ инкрустацій и образованію камней. Отчасти также во избѣжаніе этого зла, на которое часто жаловались при операціяхъ фистулъ, мы рекомендуемъ зашивать пузырьную стѣнку тонкимъ катгуттомъ, уплотненнымъ въ хромовой кислотѣ или *Quebracho*, впрочемъ, мы такой же катгуттъ употребляемъ и для другихъ швовъ, накладываемыхъ на пузырьную стѣнку и влагалищную рану; но, считаясь съ взлюбленностью проволочныхъ швовъ для закрыванія фистулъ, мы можемъ одновременно рекомендовать и этотъ матеріалъ.

Цѣлесообразно наложить сперва все швы и лишь затѣмъ приступить къ ихъ завязыванію, дабы можно было вѣрнѣе проконтролировать, что нигдѣ не получаются щели или мертвые пространства.

Не слѣдуетъ накладывать слишкомъ много швовъ и затягивать слишкомъ туго нитки, дабы омертвѣніе ткани не нарушило заживленія. Усибъ во многомъ зависитъ отъ этихъ второстепенныхъ съ виду вещей, да и вообще операціи фистулъ требуютъ очень тонкой техники.

Можно облегчить себѣ проведеніе швовъ, если вкалывать не со стороны влагалища въ пузырь, а, наоборотъ, снаружи наружу, со стороны пузыря во влагалище; для этой цѣли надо оба конца нитки снабдить иглой. Если вкалываютъ съ обѣихъ сторонъ у края пу-

зыря, тогда можно здѣсь надежнѣе выбрать мѣсто вкола, нежели если здѣсь выкалывать.

Примѣненіе особыхъ иглодержателей, каковы *Hagedorn*овскій съ поперечной и косою захватывающей частью, или употребленіе черенковыхъ иглъ, каковыя придуманы *Stalin*омъ и *Neugebauer*омъ, излишне, если обнажить, какъ слѣдуетъ, операціонную область однимъ изъ вышеописанныхъ способовъ; мы не видѣли никакой выгоды отъ этихъ, частью очень затѣливыхъ, инструментовъ.

Въ заключеніе надо «пробой пузыря» (наполненіе пузыря 100—200 куб. стм. жидкости) убѣдиться, что зашитое мѣсто не протекаетъ; при надобности прибавляютъ еще нѣсколько швовъ.

Въ каждомъ случаѣ мы слѣдуемъ совѣту *Fritsch*'а иммобилизовать пузырь въ первые дни послѣ операціи вложеніемъ катетера à demeure, дабы оградить операціонную рану отъ неизбѣжно сопряженныхъ съ наполненіемъ и опорожненіемъ пузыря смѣщеній, нарушающихъ заживленіе. *Fritsch* совѣтуетъ для этого вкладывать тонкую резиновую дренажную трубку, которая вводится черезъ уретру въ пузырь, наполненный предварительно физиологическимъ солевымъ растворомъ настолько, чтобы верхній конецъ погружался въ пузырь какъ разъ у сфинктора. Эта трубка фиксируется швомъ у наружнаго отверстія уретры *Stöckel* примѣняетъ копытообразный *Skene*'вскій катетеръ, который онъ вкладываетъ между передней стѣнкой уретры и нижнимъ краемъ симфиза черезъ переднюю пузырную стѣнку. *Trendelenburg* дренируетъ зашитый пузырь надъ симфизомъ посредствомъ *sectio alta*. Мы нашли цѣлесообразнымъ употребляемый во Франціи катетеръ à demeure, изображенный на рис. 175; этотъ катетеръ самъ собою прилегаєтъ къ *orificium internum urethrae* и дренируетъ, какъ *Fritsch*евская трубка, естественнымъ путемъ. Моча отводится черезъ трубку въ прикрѣпленный къ кровати сосудъ, который долженъ быть аккуратно опорожняемъ ежечасно, дабы можно было слѣдить за непрерывнымъ оттокомъ, ибо случайная закупорка этого дренажа можетъ, разумѣется, имѣть самыя дурныя послѣдствія.

Для менѣе доступныхъ, глубокихъ пузырно-влагалищно-маточныхъ фистулъ тоже приложимъ этотъ принципъ расщепленія лоскута съ обширнымъ раздѣленіемъ органовъ, который впервые здѣсь былъ предложенъ *Jobert*омъ подъ названіемъ «*Cystoplastik par glissement*» или «*par locomotion*». Здѣсь операція представляется тогда въ такомъ видѣ, что сперва при сильномъ низведении матки проводится поперечный разрѣзъ въ переднемъ сводѣ подобно тому, какъ при *colpocoeliotomia anterior* или влагалищной полной экстирпаціи; какъ при послѣдней, пузырь отслаивается отъ цервикальной стѣнки до пузырно-маточной складки, вслѣдствіе чего онъ становится подвиженъ. Для выигрыша ткани *v. Herff* оставляетъ при этомъ на свищевомъ краѣ немного цервикальной ткани. *Mackenrodt* рекомендовалъ проводить продольный разрѣзъ отъ уретры черезъ всю переднюю влагалищную стѣнку до зѣва и отсюда отслоить пузырь на большомъ протяженіи, дабы затѣмъ послѣ зашитія пузыря помѣстить матку между пузыремъ и влагалищемъ, какъ при внѣбрюшинной вагинофиксаціи.

Образъ дѣйствія при сложныхъ свищахъ.

При способѣ освѣженія посредствомъ расщепленія лоскута все еще остается цѣлый рядъ фистулъ, которыя недоступны этому оперативному методу. потому что дефектъ слишкомъ великъ, края

его со стороны влагалища недостаточно достижимы и слишком мале ткани для прямого соединенія.

Для этихъ свищей придуманъ рядъ особыхъ *брюшинныхъ, влагалищныхъ, околъ влагалищныхъ* (паравагинальныхъ) методовъ, которымъ мы обязаны тѣмъ, что и въ этихъ случаяхъ, хотя и цѣною болѣе сложнаго вмѣшательства, удастся все-таки закрыть фистулы. Нѣтъ возможности точно указать, для какого рода фистулъ эти особые методы примѣнимы. Въ общемъ къ нимъ придется прибѣгнуть въ тѣхъ случаяхъ, въ коихъ простые оперативные способы измѣняютъ, будь то вслѣдствіе невозможности обнажить фистулу, будь то вслѣдствіе величины дефекта или за недостаткомъ необходимой для его закрытія ткани, или за невозможностью мобилизовать края со стороны влагалища.

Особымъ методомъ мы обязаны *Trendelenburg*'у, который онъ, а за нимъ *Mac Gill, Bunn, Madelung* и *Fritsch* примѣнили съ успѣхомъ. Это такъ назыв. «*интратрузерный* (эндovesикальный)» способъ, который состоитъ въ слѣдующей операціи. Въ положеніи съ круто приподнятымъ тазомъ, которое *Trendelenburg* именно для этой цѣли впервые ввелъ въ хирургию, проводится поперечный разрѣзъ по верхнему краю симфиза параллельно переходной складкѣ брюшины, отдѣляются мышцы, и пузырь обнажается внѣбрюшинно. Теперь вскрываютъ поперечнымъ разрѣзомъ на протяженіи 4—5 см. переднюю стѣнку пузыря, растягиваютъ края раны тупыми крючками, отчего пузырь наполняется воздухомъ и развертывается. Выбравъ тщательно кровь и жидкость изъ пузыря, мы имѣемъ всю слизистую оболочку его предъ глазами, видимъ заднюю стѣнку съ фистулой, и наша ближайшая задача—отыскать мочеточники и выяснитъ ихъ отношеніе къ свищу.

Trendelenburg хвалитъ въ своемъ способѣ ту выгоду, что имъ гораздо лучше, нежели при влагалищныхъ методахъ, устраняются осложненія со стороны мочеточниковъ. Въ одномъ изъ его случаевъ существовалъ, кромѣ пузырянаго свища, мочеточнико-влагалищный свищъ, который всякую другую операцію фистулы крайне осложнитъ бы, между тѣмъ какъ *Trendelenburg*'у удалось излечитъ фистулу въ одинъ сеансъ. Иногда онъ рекомендуетъ предложенное уже *Simon*'омъ расщепленіе мочеточниковъ, ссылаясь на аналогію съ операціей слюнной фистулы, которая также заживаетъ безъ пластики, если слюна получаетъ оттокъ въ ротъ.

Ориентировавшись такимъ образомъ относительно топографіи свища, освѣжаютъ обычнымъ образомъ, вырѣзывая воронкообразно рубцовый край фистулы.

Во время слѣдующаго наложенія швовъ цѣлесообразно зондировать мочеточники. Проведеніе швовъ происходитъ со стороны пузыря, причеиъ либо швы завязываются также со стороны пузыря и нитки погружаются, въ каковомъ случаѣ надо шить катгутомъ во избѣжаніе слѣдующаго образованія камней, которое неизбѣжно при употребленіи невсасываемаго матеріала, либо шьютъ шелкомъ, *fil de Florence* или серебряной проволокой, и тогда *Trendelenburg* совѣтуетъ прямыми или слабо искривленными иглами проводить нитки изъ пузыря во влагалище и затѣмъ, переложивъ большую, завязывать ихъ со стороны влагалища.

Когда фистула зашита, поперечный надлобковый разрѣзъ пузыря закрывается двумя рядами *Lembert*'овскаго шва, оставляя посрединѣ

небольшое отверстие, через которое вводится въ пузырь Т-образная дренажная трубка. Теперь наружная рана закрывается до дренажного отверстия, въ такомъ образомъ, что въ обоихъ углахъ остаются отверстия для дренирования предпузырного пространства. Въ заключеніе здѣсь лежатъ три дренажныхъ отверстия, а именно: черезъ среднее проходитъ дренажная трубка изъ пузыря, а черезъ оба боковыхъ отверстия дренируется посредствомъ полосокъ йодоформной марли *spatium praevesciale*. Затѣмъ больная помещается на водяной подушкѣ въ боковомъ положеніи, такъ что передняя брюшная стѣнка смотритъ косо книзу, и моча хорошо вытекаетъ черезъ дренажное отверстие. На 9—12 день дренажная трубка изъ пузыря удаляется, и вслѣдъ затѣмъ пузырно-брюшной свищъ обыкновенно самъ собою закрывается.

Не имѣя собственнаго опыта въ этомъ вопросѣ, мы не можемъ, однако, не замѣтить, что надлобковый дренажъ пузыря представляется намъ не безусловно необходимымъ осложненіемъ, такъ какъ, и, пожалуй, съ тѣмъ же успѣхомъ можно вполнѣ зашить пузырь и, какъ выше замѣчено, самодержащимся катетеромъ дренировать пузырь естественнымъ путемъ черезъ уретру; разумѣется, надо обращать большое вниманіе на то, чтобы этотъ дренажъ пузыря функционировалъ непрерывно.

Мы вполнѣ сходимся съ *Trendelenburg*омъ и *Fritsch*емъ въ томъ пунктѣ, что считаемъ для всѣхъ операций фистулъ этотъ дренажъ существеннымъ лечебнымъ факторомъ. Какъ вредное послѣдствіе *Trendelenburg*овской операціи обнаруживается почти регулярное возникновеніе брюшной грыжи, которое объясняется тѣмъ, что брюшныя мышцы не прирастаютъ болѣе къ верхнему краю лобного соединенія. *Trendelenburg* испробовалъ поэтому временную резекцію поперечнаго куска лобковой кости по с. *Bramann*'у, но этотъ костный кусокъ омертвѣлъ, что вызвало тяжелое осложненіе въ ходѣ заживленія. Предложенная *Wickhoff*омъ модификація *Trendelenburg*овскаго оперативнаго метода, а именно доставить доступъ къ пузырю путемъ симфизиотоміи, въ одномъ опытѣ *Schantz* не оправдала себя, такъ какъ лонное сочлененіе нельзя было довести до соответственнаго расхожденія.

Fritsch также пытался посредствомъ надлобковаго, въбрюшиннаго поперечнаго разрѣза облегчать себѣ тѣ операціи фистулъ, въ коихъ невозможно достаточно мобилизовать свищевой край со стороны влагалища. Онъ проникаетъ небольшимъ поперечнымъ разрѣзомъ тотчасъ надъ симфизомъ въ *cavim Retzi*, отслаиваетъ тупо пальцемъ пузырь отъ задней стѣнки лобковой кости, тампонируетъ рану плотно йодоформной марлей, дабы тѣмъ отдавливать отслоенный пузырь книзу. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ затѣмъ лишь спустя нѣсколько дней, въ другихъ же тотчасъ оперировалъ доступную теперь снизу фистулу *per vaginam*. При отслоеніи пузыря ему случалось разорвать стѣнку его, но это будто бы не осложняло хода заживленія.

Bardenheuer также обнажаетъ пузырь сверху надлобковымъ эксплантативнымъ разрѣзомъ, отсекаровываетъ его книзу до обнаруженія рубцоваго соединенія съ маткой и отсюда закрываетъ свищъ. Въ противоположность этимъ надлобковымъ и въбрюшиннымъ методамъ, *Dittel* прибѣгъ къ помощи чревосѣченія и совѣтуетъ, отдѣляя пузырно-маточную складку, проникать между маткой и пузыремъ сверху

къ фистулѣ. Этому intra- или трансперитонеальному методу *Dittel*'я справедливо дѣлають тотъ упрекъ, что въ немъ заключается особенная опасность зараженія брюшной полости.

На совершенно другой и во многихъ случаяхъ успѣшный путь для мобилизованія приросшихъ къ кости свищей вступилъ *Schauta*. Онъ проникаетъ паравагинально посредствомъ вертикальнаго разрѣза, проведеннаго снаружки отъ большой губы, причемъ держится у самой кости и распаторомъ отслаиваетъ ткань свища поднакостнично отъ вѣтви *os pubis*. Въ одномъ случаѣ онъ отдѣлилъ такимъ образомъ ткань отъ передней тазовой стѣнки до области *foramen obturatorium*. Такимъ образомъ ему удавалось закрывать фистулы, къ которымъ раньше и подступиться нельзя было. *Niehaus* и *Samter* пошли еще дальше и стали долотомъ отбивать часть кости у свищевоего края; костный кусокъ затѣмъ удалялся изъ ткани; но такимъ образомъ удавалось получить столько ткани для закрытія фистулы, что можно было достигнуть ея зашиванія и заживленія.

Если ткани такъ мало, что закрыть фистулу не удастся ни однимъ изъ вышеописанныхъ способовъ, то выступаютъ на очередь тѣ методы, которые притягивають соедѣнную ткань для возмѣщенія дефекта. На первомъ планѣ здѣсь надо упомянуть пересадку лоскута. *Martin* съ успѣхомъ пользовался подобной трансплантацией изъ ближайшей окружности свища, причемъ онъ влагалищный лоскутъ съ влагалищнымъ эпителиемъ оборачивалъ къ пузырю. *Lannelongue* добывалъ изъ слизистой пузыря лоскуты для закрытія фистулы и выворачивалъ ихъ книзу. *Trendelenburg*, по образцу уже раньше выполнявшейся *Jobert*'омъ, *Roux*, *Wutzer*'омъ «*Elytrophlastik*» пересадилъ лоскутъ изъ задней влагалищной стѣнки. Онъ оперировалъ двухмоментно, причемъ въ первый сеансъ онъ только оживилъ нижній передній край свища и его бока и на эти окровавленные края нашилъ лоскутъ, обращенный ранею въ поверхность къ пузырю, отсепарованный отъ соедѣнной задней влагалищной стѣнки, но еще соединенный съ нею широкой ножкой; во второй сеансъ, 4 недѣли спустя, ножка лоскута была окончательно отдѣлена отъ задней влагалищной стѣнки сильно выпуклымъ книзу, поперечнымъ разрѣзомъ; остатокъ свища былъ освѣженъ и къ нему съ успѣхомъ пришита только что окровавленная часть лоскута. Фистула зажила, и больная впоследствии благополучно разрѣшилась вторично. Такъ какъ *Trendelenburg* и здѣсь произвелъ надлобковый дренажъ пузыря, то результатъ удачно выполненной операціи фистулы былъ, къ сожалѣнію, омраченъ небольшой брюшной грыжей.

Küstner'у и *Freund*'у мы обязаны пластическимъ примѣненіемъ шейки и всей матки при зашиваніи свищей, которые иначе были бы неизлечимы. *Küstner* употребляетъ для этого отдѣленную отъ пузыря шейку, причемъ онъ матку низводитъ *in toto*; свой способъ онъ называетъ пластическимъ примѣненіемъ *portio supravaginalis*. Оттягивають при этомъ *portio* книзу, отдѣляютъ передній влагалищный сводъ посредствомъ поперечнаго разрѣза, какъ это дѣлается при полной экстирпации, и продолжаютъ этотъ разрѣзъ дальше вокругъ свища; послѣ этого тупымъ инструментомъ отдѣляютъ пузырь отъ шейки, не вскрывая при этомъ пузырно-маточной складки и разрѣзомъ тканей, окружающей свищъ, оживляютъ рану. Если при этомъ матеріалъ избыточенъ, то отпрепаровываютъ слизистую оболочку, чтобы не образовались слишкомъ большіе дивертикулы влагалища: въ

противномъ же случаѣ ее оставляють. Стѣнка пузыря зашивается отдѣльно, послѣ чего самъ свищъ закрывается глубокими швами изъ бронзовой проволоки. Послѣ операціи всгавляется постоянный катетеръ.

Freund, напротивъ, употребляетъ для plasticaго закрытія свища матку, которая выводится чрезъ задній сводъ во влагалище такимъ образомъ, что дно матки направлено къ вульвѣ. Такъ какъ при этомъ закрывается маточное отверстіе, то *Freund* дѣлаетъ отверстіе въ днѣ матки, чтобы такимъ образомъ дать выходъ менструальной крови. Это та операція, о которой мы уже говорили при употребленіи матки для леченія полныхъ выпаденій; детали этой операціи читатель найдетъ въ соответствующей главѣ (см. стр. 124).

Мы не можемъ, однако, не указать на нѣкоторыя неудобства, которыя имѣетъ операція *Freund*'а при зашиваніи большихъ пузырно-влагалищныхъ свищей: въ одномъ случаѣ, въ которомъ мы примѣнили этотъ способъ, пациентка умерла отъ инфильтраціи мочей, которая образовалась позади матки.

Наибольшія затрудненія для операціи представляютъ тѣ дефекты, при которыхъ задняя стѣнка пузыря цѣликомъ или въ большей своей части, а также мочеиспускательный каналъ разрушены. Операція въ этихъ случаяхъ должна имѣть своей задачей не только покрыть какимъ-нибудь способомъ дефектъ, но создать также для пузыря функционирующій замыкающій аппаратъ. До какого развитія доведена оперативная техника, показываетъ весьма поучительный случай *Sellheim*'а, который весьма сложной трансплантаціей лоскутовъ покрылъ дефектъ и сдѣлалъ новый мочеиспускательный каналъ съ затворомъ, похожимъ на сфинктеръ. Пациенткѣ было до этого различными врачами сдѣлано 14 операцій. Наиболѣе существенное и новое въ операціи *Sellheim*'а заключалось въ томъ, что онъ бралъ лоскуты изъ сосѣдней съ половыми органами ткани, причѣмъ проникалъ настолько глубоко въ ткани, что для созиданія задней стѣнки пузыря бралъ сократительную ткань мускулатуры тазового дна, служившую затѣмъ въ качествѣ детрузора. Вслѣдствіе невозможности подробно описать здѣсь эту сложную и трудную операцію, мы желающихъ познакомиться съ нею отсылаемъ къ работѣ *Sellheim*'а (*Hegars Beitr.*, т. 9, вып. 2).

Наконецъ, слѣдуетъ еще прибавить, что въ Тюбингенской клиникѣ въ случаяхъ глубокихъ пузырно-маточныхъ свищей, когда между пузыремъ и маткой существуютъ рубцовыя сращенія, дѣлающія невозможнымъ какъ отдѣленіе пузыря, такъ и оживленіе краевъ свища обыкновеннымъ способомъ, прибѣгаютъ съ успѣхомъ къ полной экстирпации матки чрезъ влагалище. И здѣсь отдѣленіе передней стѣнки матки отъ рубца и отъ пузыря встрѣчало бы большія затрудненія, если бы не прибѣгали къ полному разсѣченію матки по ея срединной линіи, начиная отъ задней стѣнки, что даетъ возможность проникнуть въ ткань, находящуюся позади пузыря и впереди рукава. Такимъ образомъ удалось, съ одной стороны, удалить матку безъ дальнѣйшихъ поврежденій легко разрываемой пузырной стѣнки, а съ другой стороны, стало возможнымъ оживить сдѣлавшійся подвижнымъ пузырь и зашить его. Для покрытія этого пузырного шва мы употребляемъ брюшину пузыря, представляющую собою прекрасный покровъ для свища.

Въ случаѣ, если при операціи свища не получается заживленія сшитыхъ частей, приходится спустя въкоторое время снова возобновить операцію. Не слѣдуетъ, однако, эти повторныя операціи дѣлать очень скоро. Лучше всего вынести большую изъ клавишки и совѣтовать ей вернуться черезъ $\frac{1}{4}$ года; иногда все-таки неожиданно спустя нѣсколько недель наступаетъ заживленіе.

То же самое слѣдуетъ дѣлать въ случаяхъ, когда невозможно въ одинъ пріемъ окончить операцію: при очень большихъ и неправильныхъ дефектахъ слѣдуетъ на первый разъ ограничиться только уменьшеніемъ отверстія, что достигается, какъ это указано было при описаніи операціи *Trendelenburg'a*, трансплантаціей лоскута, и въ этихъ случаяхъ не слѣдуетъ слишкомъ скоро назначать слѣдующую операцію.

Вслѣдствіе обилія существующихъ методовъ операцій, годныхъ для всѣхъ случаевъ свища, не удивительно, что старинный способъ оперированія фистуль, *hysterokleisis* или *kolpokleisis*, совершенно вышелъ изъ употребленія; совершенно понятно, что всякій другой методъ оперированія свища, даже тѣ, при которыхъ приходится жертвовать маткой, имѣетъ преимущество передъ старымъ способомъ, такъ какъ при послѣднемъ не только уничтожаются функціи половыхъ органовъ, но вызывается также и опасность сконченія выдѣленій, мочи и менструальной крови. Въ литературѣ вѣдь описаны случаи, когда послѣ такой операціи образовывались камни, описаны смертные случаи въслѣдствіе распространившейся вверхъ инфекціи, а также случаи, въ которыхъ во избѣжаніе зараженія приходилось вскрывать зашитый съ такимъ трудомъ свищъ и радоваться такимъ образомъ восстановленію первоначальнаго страданія. Въ случаяхъ же, когда вынуждены по какимъ-либо соображеніямъ прибѣгнуть къ этому методу операцій, слѣдуетъ, по совѣту *Fritsch'a*, зашивать возможно выше; непосредственно подъ свищемъ дѣлаютъ циркулярный разрѣзъ во влагалищѣ и отдѣляютъ, по *Fritsch'у*, лоскуты, открывающіеся какъ сверху, такъ и книзу; посрединѣ находится болѣе или менѣе широкое кольцо раны, которое затѣмъ срастается.

При полномъ разрушеніи мочеиспускательнаго канала приходится, по предложенію *Rose*, совершенно закрыть вульву, сдѣлавъ предварительно непосредственно надъ сфинктеромъ постоянный ректо-вагинальный свищъ, черезъ который выдѣляются менструальная кровь, моча и другія отдѣленія.

При пузырьно-шеечныхъ свищахъ приходится закрывать маточное отверстіе или сшивать заднюю маточную губу съ передней влагалищной сѣвкой. Операція рѣдко встрѣчающихся устро-вагалищныхъ свищей производится по тѣмъ же методамъ, которые указаны для пузырьно-вагинальныхъ фистулъ. Небольшія отверстія оживляются и зашиваются или прямо, или же посредствомъ лоскутковъ; большіе дефекты закрываются посредствомъ трансплантаціи лоскутковъ; матеріалъ для этого берутъ, по предложенію *Olshausen'a*, изъ боковыхъ участковъ слизистой оболочки.

При полномъ отсутствіи мочеиспускательнаго канала дѣлаютъ операцію *Sellheim'a*; образованіе искусственнаго мочеиспускательнаго канала надъ симфизомъ по методу *Witzel'a* посредствомъ образованія косога канала можетъ имѣть мѣсто только въ крайнихъ случаяхъ.

Мочеточнико-половые свищи.

Свищи мочеточнико-половые представляют для оператора еще болѣе трудныя задачи, чѣмъ пузырьно-половые; здѣсь приходится вѣдь имѣть дѣло съ весьма маленькими отверстиями и съ мочеточникомъ, представляющимъ собою весьма пѣкный, тонкостѣнный и легко разрываемый органъ. Къ тому еще приходится считатьъ съ тѣмъ обстоятельствомъ, что мочеточникъ долженъ непрерывно функционировать, при этомъ онъ производитъ весьма оживленные быстро другъ за другомъ слѣдующія движенія, что неблагоприятно отражается на заживленіи раны. Если же моча послѣ операціи не имѣетъ свободнаго оттока, то уже при одностороннемъ пораженіи образуется застой ея съ послѣдующими симптомами гидрорили даже пиэлоинфреза (боли и лихорадочное состояніе); при двустороннемъ же крайне рѣдкомъ пораженіи мочеточниковъ получается опасность уремій.

Свищи мочеточниковъ происходятъ главнымъ образомъ вслѣдствіе умышленныхъ или случайныхъ пораненій мочеточниковъ при влагалищныхъ или абдоминальныхъ операціяхъ, при которыхъ мочеточникъ былъ перевязанъ или надрѣзанъ или даже совершенно перерѣзанъ, какъ это бываетъ при влагалищной и абдоминальной экстирпаціи матки, при влагалищныхъ операціяхъ выпаденія матки и при брюшныхъ операціяхъ сростшихся или развившихся между связками опухолей. Также и нарушеніе питанія мочеточника, отпрепарированнаго и отдѣленнаго при операціи отъ окружающей его соединительной ткани, какъ объ этомъ указано было при описаніи операціи экстирпаціи карциноматозной матки, можетъ повести къ образованію свища, такъ какъ часть мочеточника можетъ при этомъ омертвѣть и отдѣлиться. Въ противоположность пузырьно-влагалищнымъ свищамъ фистулы мочеточниковъ весьма рѣдко вызываются родами, хотя неправильные роды и могутъ все-таки обуславливать гангрену съ послѣдующимъ сообщеніемъ между мочеточникомъ и влагалищемъ или мочеточникомъ и маткой. Диагностика свищей мочеточника не представляетъ обыкновенно никакихъ трудностей; она основывается на недержаніи мочи при одновременномъ правильномъ функционированіи пузыря; больная въ такихъ случаяхъ заявляетъ, что, несмотря на правильное и обильное мочеиспусканіе, она всегда находится въ мокротѣ. Такое явленіе происходитъ также и при небольшихъ, на-подобіе клапана закрывающихся пузырьно-половыхъ свищахъ, а также при слабости сфинктера, хотя все же не въ такой сильной формѣ. Не слѣдуетъ, однако, слишкомъ довѣрять заявленію больныхъ, а желательно пробовать показанія больныхъ такъ назыв. пробой пузыря, которая должна показать, что возможно наполнить пузырь 2—300 куб. см. жидкости, при этомъ послѣдняя не вытекаетъ,

Необходимо, наконецъ, въ случаяхъ свища мочеточниковъ непрерывно производить цистоскопію съ катетеризаціей мочеточниковъ, при этомъ можно видѣть, что при одностороннихъ свищахъ мочеточника одно отверстие его въ пузырь «мертво», т. е. не производитъ никакихъ движеній и изъ него не выдѣляется моча; изслѣдованіе это можно облегчить еще хромоцистоскопіей, т. е. окрашиваніемъ мочи посредствомъ подкожныхъ впрыскиваній индиго-кармина.

Катетеризація мочеочниковъ показываетъ, что на одной сторонѣ катетеръ безпрепятственно доходитъ до почечной лоханки, откуда періодически выступаетъ моча, собравъ и изслѣдовавъ которую, можно опредѣлить правильность функционирования почекъ. На другой же сторонѣ катетеръ проходитъ только на небольшомъ разстояніи въ мочеочникъ и тамъ наталкивается на препятствіе, не дающее ему возможности двигаться дальше, и сгибается въ пузырь. Этимъ же способомъ и опредѣляется, который мочеочникъ поврежденъ.

О леченіи свѣжихъ пораненій мочеочниковъ нами указано было при описаніи операцій, при которыхъ происходитъ такое пораненіе, особенно при операціи абдоминальнаго удаленія карциноматозной матки. Совершенно ясно, что во всѣхъ случаяхъ пораненія мочеочниковъ необходимо во избѣжаніе образованія свища немедленно позаботиться о леченіи этого пораненія посредствомъ-ли шва, инвагинація или же уретероцистанастомоза.

Здѣсь, слѣдовательно, мы рассмотримъ только оперативное леченіе застарѣлыхъ свищей мочеочнико-половыхъ, — страданіе, выражающееся въ томъ, что при полномъ зарубцеваніи ткани почечный конецъ мочеочника впадаетъ во влагалище или въ рукавъ и тамъ выдѣляетъ свою мочу.

Свищи, образовавшіеся въ періодъ выздоровленія послѣ гинекологическихъ операцій, сами залечиваются, если только дѣло идетъ о боковыхъ дефектахъ, не прерывающихъ мочеочника.

Свищи, образовавшіеся вслѣдствіе перевязки мочеочниковъ, никогда сами не залечиваются; въ сомнительныхъ случаяхъ можно подождать 2—3 мѣсяца послѣ операціи и потомъ приступить къ операціи свища.

Оперативное вмѣшательство и леченіе фистулъ мочеочниковъ стало возможнымъ только въ послѣднее время. Многочисленные предложенныя для этой цѣли методы можно раздѣлить на двѣ главныя группы, а именно на способы оперирования со стороны влагалища и на операціи со стороны брюшной полости. Теоретически можно опять же въ каждой изъ этихъ двухъ группъ различать два способа, а именно соединеніе обоихъ концовъ мочеочника, почечнаго и пузырянаго — *ureteroraphia* или *urter-uretero-anastomosis*, или же отказавшись съ самаго начала отъ этой крайне ненадежной по своимъ результатамъ операціи старыхъ свищей, искусственно пересаживать мочеочникъ въ пузырь *uretero-cyst-anastomosis* или *uretero-cysto-neostomia*. Здѣсь не мѣсто перечислять всѣ часто мало другъ отъ друга отличающіеся методы; желающимъ указываемъ на монографію *Stöckel's* (*Ureterfisteln u. Ureterverletzungen*, Leipzig, Breitkopf u. Härtel, 1900 и *Archiv f. Gyn.* 57 стр. 31). Всѣ влагалищные способы имѣютъ то общее, что пузырь послѣ того, какъ въ него чрезъ мочеиспускательный каналъ введенъ былъ толстый катетеръ, вскрывается въ возможно близкомъ соотвѣствіи со свищемъ. Тщательно обшивая слизистую оболочку пузыря и влагалища, образуютъ рядомъ съ отверстіемъ мочеочника настоящую пузырно-влагалищную фистулу; при этомъ слѣдуетъ позаботиться о томъ, чтобы отверстіе получилось не слишкомъ большое и не слишкомъ малое. Большинство авторовъ считаютъ это первымъ актомъ операціи *«colpo-uretero-cysto-anastomia»*, необходимымъ для того, чтобы быть гарантированнымъ отъ могущаго впоследствии образоваться стеноза или даже сращенія пузырныхъ свищей.

Если длительный успѣхъ въ этомъ отношеніи достигнуть, то стараются полученное между пузыремъ, влагалищемъ и мочеточникомъ сообщеніе закрыть по направленію къ влагалищу—второй актъ операціи. Согласно предложенію *Landau*, начинаютъ операцію съ того, что проводятъ чрезъ мочеиспускательный каналъ и пузырь катетеръ à demeure въ мочеточникъ и надъ нимъ уже закрываютъ отверстіе во влагалищѣ, что гарантируетъ не только проходимость мочеточника на этомъ мѣстѣ, но и покойное положеніе раны. Операція *Dührssen*'а имѣетъ въ виду наиболѣе цѣлесообразно предупредить опасности, наступающія въ періодѣ выздоровленія. Сущность ея заключается въ томъ, что находящуюся между свищемъ мочеточника и пузырно-влагалищнымъ свищемъ ткань разсѣкаютъ пополамъ и тонкими швами сшиваютъ пузырную слизистую со слизистой оболочкой отпрепарированнаго на большомъ протяженіи мочеточника. Эта операція предохраняетъ отъ существующаго и могущаго развиться впослѣдствіи стеноза со всѣми его неблагоприятными явленіями застоя. Имѣется отверстіе, въ которомъ слизистая оболочка мочеточника и влагалища соприкасаются между собою; у искусственно созданнаго пузырно-влагалищнаго свища слизистая оболочка пузыря и влагалища сходятся, слизистая же оболочка мочеточника и пузыря сшиваются. Послѣ того, какъ мочеточникъ такимъ образомъ снова сталъ сообщаться съ пузыремъ посредствомъ достаточно большого устья, отверстія эти посредствомъ образованія лоскутовъ оживляются и сшиваются.

Schede отпрепаровываетъ циркулярно на большомъ протяженіи *слизистую оболочку влагалища* отъ свища, выворачиваетъ ее лоскутами противъ пузыря и сшиваетъ. Неудобство употребленія большихъ лоскутовъ влагалища, дающее возможность образованія застоя мочи съ послѣдующимъ образованіемъ камней, заставила *Dührssen*'а прибѣгнуть къ непосредственному сшиванію свищей, предварительно ожививъ края посредствомъ образованія лоскутовъ.

Способъ *Mackenrodt*'а состоитъ въ томъ, что онъ вокругъ свища мочеточника отдѣляетъ и дѣлаетъ подвижнымъ лоскутъ влагалища и вшиваетъ его въ искусственно сдѣланный по содѣйствию пузырно-влагалищный свищъ такъ, что поверхность влагалищной слизистой оболочки вдается въ просвѣтъ пузыря. *Dührssen* находитъ въ этомъ методѣ то неудобство, что въ мочеточникѣ легко могутъ образоваться сгибанія и суженія.

Эти влагалищныя операціи свищей мочеточника представляются сравнительно неольшими, но требуютъ весьма осторожной и тщательной работы; результатъ же ихъ, несмотря на то, что цѣлый рядъ авторовъ, кромѣ перечисленныхъ еще *Bumh. Hofmeier, Schede, Bantl, Landau, Schatz* и др., достигли будто излеченія, недостаточно, однако, удовлетворителенъ.

Bumh внесъ въ технику этой colpo-uretero-cystoneoplastik и свой способъ, заключающійся въ томъ, что онъ находящуюся между свищемъ мочеточника и искусственно сдѣланной пузырно-влагалищной фистулой шпору уничтожаетъ посредствомъ наложенія на нее въ теченіе 6 дней зажимъ. Устроивъ такимъ образомъ болѣе сообщеніе между свищемъ мочеточника и пузыремъ, онъ оживляетъ затѣмъ ставшій общимъ свищъ и зашиваетъ его. *Reynolds* такъ же, какъ и до него еще *Wölfler*, соединялъ свищъ мочеточника съ отверстіемъ пузыря такимъ образомъ, что вводилъ чрезъ мочеиспускательный каналъ въ пузырь 2 артеріальныхъ зажима, съ помощью которыхъ

защемлялъ стѣнки мочеточника и пузыря. Зажимы оставались тамъ 20 дней.

Несмотря на эти новые, дополняющіе списокъ влагалищныхъ операцій методы, о пригодности которыхъ, впрочемъ, невозможно еще высказать определенное мнѣніе, все же намъ кажутся болѣе цѣлесообразными операція свищей мочеточниковъ, производимыя черезъ брюшную полость; онѣ, правда, болѣе сложны, но зато и болѣе надежны.

Первыя попытки въ этомъ отношеніи сдѣланы итальянцами *Poggi*, *Paoli* и *Busacchi* на собакахъ и затѣмъ *Novari* и *Vazy* на людяхъ. Задача этой операціи заключается въ томъ, чтобы подходящимъ разрѣзомъ брюшной стѣнки найти мочеточникъ, отпрепарировать его и затѣмъ вшить его въ подходящемъ мѣстѣ въ пузырь.

Разысканіе мочеточника можетъ быть произведено или изъ вскрытой брюшной полости, т. е. внутрибрюшинно, или же боковыми разрѣзами безъ вскрытія брюшины — экстра- или ретроперитонеально.

Преимущество экстраперитонеальной операціи, какъ ее дѣлали и предложили *Veit*, *Amann* и *Mackenrodt*, заключается въ томъ, что при ней не происходитъ пораненія брюшины.

Но наблюденія *Marlin*'а и другихъ показали, что въ случаяхъ распространенныхъ воспаленій и срощеній не всегда удается найти мочеточникъ. Для такихъ случаевъ пригоднѣе способъ интраперитонеальный. *Mackenrodt* предлагаетъ сдѣлать разрѣзъ вдоль наружнаго края ш. recti, откуда легко проникнуть въ кѣбчатку п зади брюшины, отодвигая боковыя переходныя складки брюшины. *Fritsch* и *Witzel*, напротивъ, вскрываютъ брюшную полость посрединѣ или нѣсколько сбоку отъ срединной линіи, конечно, на той сторонѣ, гдѣ находится свищъ, и ищутъ мочеточникъ на мѣстѣ его перекрещиванія съ art. и ven. iliaca. Мы полагаемъ, что при нѣкоторомъ навыкѣ и при высокомъ положеніи таза его не трудно найти еще ближе къ пузырю на мѣстѣ его прохожденія по параметрію, чѣмъ значительно уменьшается операціонное поле.

Во всякомъ случаѣ перерѣзку мочеточника можно сдѣлать и значительно ниже, чтобы такимъ образомъ сократить разстояніе между концомъ мочеточника и пузыремъ. Въ этомъ случаѣ слѣдуетъ, какъ это дѣлается при операціи *Wertheim*'а полной экстирпаціи матки, вскрыть брюшину нѣсколько сбоку отъ мочеточника, чѣмъ удастся его сдѣлать видимымъ для глаза, не отдѣляя его отъ соединительной ткани.

Сдѣлавъ его такимъ образомъ на большомъ протяженіи видимымъ для глаза, его наконецъ перерѣзаютъ и, сдѣлавъ его нижній конецъ на нѣкоторомъ протяженіи подвижнымъ, вшиваютъ его въ пузырь. Операція эта должна производиться при высокомъ положеніи таза.

О промежуточномъ кускѣ мочеточника, находящемся между влагалищемъ и мѣстомъ перерѣзки, нѣтъ надобности, согласно предложенію *Stöckel*'я, заботиться такъ же, какъ и о пузырьномъ его концѣ.

Не слѣдуетъ только оставлять мочеточникъ свободно проходящимъ по брюшной полости въ виду опасности его омертвѣнія. Въ случаѣ, если бы перерѣзка мочеточника вблизи пузыря не удалась, не слѣдуетъ насильственно притягивать его къ пузырю, для какой-либо цѣли даже прибѣгли къ мобилизованію почки; необходимо

избѣгать тянуть его, дабы не нарушить его питанія. Гораздо лучше подвинуть пузырь, который вообще подвиженъ.

Съ этой точки зрѣнія слѣдуетъ привѣтствовать предложеніе *Witzel*'я придвинуть пузырь къ мочеточнику и укрѣпить его нѣсколькими швами на боковой тазовой брюшинѣ.

Этотъ приемъ признанъ важной частью хирургіи мочеточничковъ, такъ какъ даетъ возможность избѣгнуть смѣщенія и напряженія на мѣстѣ имплантаціи мочеточника, которая такъ мѣшаетъ заживленію.

Самый процессъ вшиванія мочеточника слѣдуетъ производить весьма осторожно; техника его разработана съ особенной тщательностью, такъ какъ два диаметрально противоположныхъ обстоятельства создаетъ большія трудности: съ одной стороны, нужно вадежно шить мочеточникъ въ тонкую стѣнку пузыря такъ, чтобы жидкость не вытекла; съ другой стороны, вшиваніе не должно быть слишкомъ тѣснымъ, чтобы не образовалась стриктура, какъ слѣдствіе отека раны.

Наиболѣе простымъ и, по мнѣнію *Franz*'а, *Krönig*'а, *Stöckel*'я и *Lichtenauer*'а, болѣе вѣрнымъ кажется намъ способъ *Sampson*'а. Мочеточникъ разсѣкается разрѣзомъ длиною въ 8 миллим. такъ, что образуются передній и задній лоскуты; чрезъ каждый изъ нихъ проводится лигатура (см. рис. 176 по *Lichtenauer*'у); въ пузырь въ томъ мѣстѣ, гдѣ желаютъ шить мочеточникъ, дѣлаютъ два небольшихъ горизонтальныхъ и параллельныхъ надрѣза, которые посредникъ соединяются между собою перпендикулярнымъ разрѣзомъ такъ, что рана получаетъ форму лежащей буквы I, а по поднятіи лоскутовъ образуется четырехугольное отверстіе. Иглы съ продѣтыми въ нихъ лигатурами лоскутовъ мочеточника проводятся чрезъ стѣнку пузыря внутри и наружи такъ, что мѣсто выкола иглы находится приблизительно въ 5 миллим. отъ края раны. При помощи небольшого корпцанга, проведеннаго извнутри пузыря, мочеточникъ притягивается осторожно въ пузырь, лигатуры затѣмъ завязываются и такимъ образомъ укрѣпляютъ лоскуты мочеточника внутри пузыря; наконецъ, и боковые лоскуты пузыря сшиваются на стѣнкѣ мочеточника катгутовыми лигатурами; въ случаѣ же, если, какъ это бываетъ при двухстороннемъ вшиваніи мочеточниковъ, анастомозъ долженъ немедленно функционировать, лучше отказаться отъ этихъ вспомогательныхъ швовъ. Всѣ швы завязываются снаружи пузыря, чтобы этимъ избѣгнуть образованія камней.

Послѣ операціи вставляется на нѣсколько дней катетеръ, чтобы устроить движенія пузыря вслѣдствіе периодическихъ наполненій и опороженій.

Подобно *Fritsch*'у мы употребляемъ для этихъ швовъ тонкій уплотненный катгутъ, такъ какъ онъ предохраняетъ отъ инкрустаціи мочевыми солями, а слѣдовательно, и образованія камней.

Дренажъ мѣста, въ которомъ шить мочеточникъ, не нуженъ. слѣдуетъ отвергнуть также предложеніе *Krause* удерживать мочеточникъ въ пузырьѣ посредствомъ шелковой нити, проведенной чрезъ мочеиспускательный каналъ, такъ какъ это можетъ повлечь за собою неприятыя послѣдствія. З то мы советуемъ и здѣсь вставлять катетеръ, чтобы предотвратить движенія пузыря, вызываемыя его наполненіемъ и опороженіемъ.

Наконецъ, вскрывая около мочеточника брюшина сшивается, и мѣсто, въ которомъ шить мочеточникъ, покрывается тщательно брюшиной.

Другой способ вшиванія мочеточника предложилъ *Bovari*, который употреблялъ для этого пуговку на-подобіе *Murphy*; впрочемъ онъ это дѣлалъ при вшиваніи мочеточника въ кишку. *Calderini* употреблялъ эту пуговку и при uretero-cystanastomosis, причѣмъ онъ укрѣплялъ ее съ помощью шелковой нити, проведенной изъ пузыря чрезъ мочеиспускательный каналъ, и спустя 2 мѣсяца послѣ операціи удалялъ ее при помощи двухъ боковыхъ разрѣзовъ мочеиспускательнаго канала.

Вшиваніе мочеточника въ кишку, употреблявшееся раньше, должно быть теперь совершенно оставлено вслѣдствіе опасности восходящей инфекціи изъ кишечника. Зато мы не можемъ теперь еще совершенно обойтись безъ предложенной впервые *Simon*'омъ экстирпаціи почки. Операція эта произвела большую сенсацію, такъ какъ до *Simon*'а никто не осмѣливался лишить человека такого важнаго органа и заставить его ограничиваться одной только почкой.

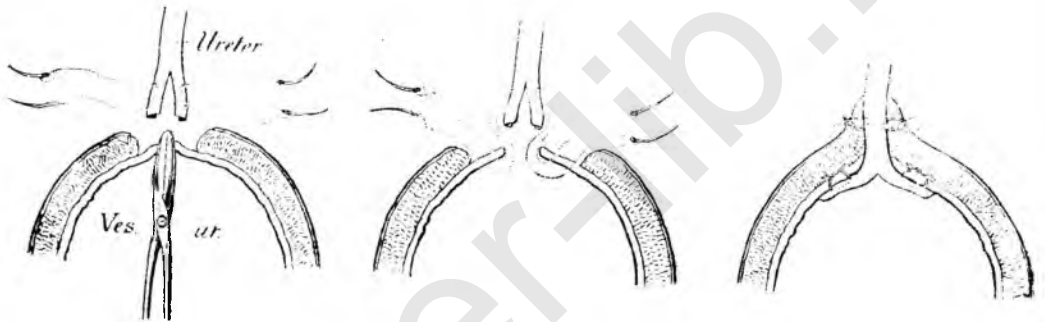


Рис. 176. Пересадка мочеточника въ пузырь. Ureterocystanastomosis по *Lichtenauer*'у.

Эта операція была потомъ повторена *Zweifel*'емъ, *Credé* и другими съ успѣхомъ, такъ что больныя послѣ этого чувствовали себя совершенно здоровыми. И мы имѣемъ дѣльный рядъ собственныхъ случаевъ съ благопріятнымъ стойкимъ результатомъ. Мы совершенно согласны съ *Fritsch*'емъ, который и теперь еще въ нѣкоторыхъ случаяхъ отдастъ предпочтеніе нефрэктоміи передъ вшиваніемъ мочеточника, причѣмъ онъ устанавливаетъ слѣдующія показанія для экстирпаціи почки при неизмѣнномъ, конечно, условіи, что вторая почка совершенно здорова: 1) когда вшиваніе мочеточника очень затруднено; 2) когда существуетъ болѣзнь почки, соответствующая поврежденному мочеточнику; 3) когда общее состояніе или возрастъ больной не позволяютъ дѣлать трудную лапаротомію, но въ то же время допускаютъ возможность менѣе продолжительной операціи; 4) когда на свищѣ имѣется рецидивъ раньше оперированной злокачественной опухоли; 5) когда при свѣжихъ пораненіяхъ мочеточника большой его кусокъ погибъ и другая его операція вслѣдствіе этого невозможна. Отъ перваго показанія *Fritsch*, судя по послѣднему сообщенію *Stoelckl*'а, отказался.

Прибавимъ еще, что удаленіе почки должно имѣть мѣсто еще и тогда, когда при операціи карциноматозной матки ракомъ пораженный мочеточникъ долженъ быть на большомъ протяженіи резецированъ и когда, слѣдовательно, почечный его конецъ не можетъ быть вшитъ въ пузырь.

Если во время операции в брюшной полости оказывается нужным удалить почку, то это дѣлають, само собою разумѣется, трансперитонеально съ удлинениемъ, если нужно, разрѣза брюшной стѣнки. Для вторичнаго же удаленія почки рекомендуется, наоборотъ, ретроперитонеальная операція съ помощью разрѣза *Bergmann'a*. Сдѣлавъ почку видимой для глаза, ее вылуциваютъ тупымъ инструментомъ изъ ея жировой капсулы. Не натягивая ее слишкомъ сильно, накладываютъ на hilus сверху и снизу колѣвчатые зажимы и разрѣзають надъ ними капсулу; при этомъ слѣдуетъ соблюдать осторожность, чтобы надъ зажимами оставалось по возможности много ткани и чтобы такимъ образомъ сосуды не выскользнули изъ зажимовъ. После этого перевязываются поодиночкѣ сосуды надъ зажимами, подъ ними же накладывается крѣпкая лигатура изъ катгута, которая по удаленіи щипцовъ стягивается и тѣмъ гарантируетъ тщательную перевязку почечныхъ сосудовъ. Мѣсто, гдѣ лежала почка, дренируется, фасція и кожа, кромѣ отверстія для дренажа, зашиваются.

Оперативное лечение недержания мочи, не вызваннаго свищами.

Нерѣдко у женщинъ послѣ родовъ или еще чаще при наступленіи климактерическаго періода замѣчается недержание мочи при совершенномъ отсутствіи какого-либо сообщенія между мочевыми и половыми органами. Дѣло идетъ тогда о слабости сфинктера или о функциональномъ разстройствѣ мочеиспускательнаго канала, которыя вызываютъ отхожденіе мочи при малѣйшихъ поводахъ, какъ кашель, чиханіе или даже перемена положенія тѣла. Если при этомъ находятъ опущеніе или ослабленіе передней влагалитцной стѣнки, то слѣдуетъ на это смотрѣть, какъ на причину *incontinentiae* и примѣнять соотвѣтствующее причинное лечение; наилучшій прогнозъ имѣють тѣ случаи, въ которыхъ недержание мочи вызвано недавними родами, такъ какъ можно надѣяться, что съ укрѣплениемъ тканей и страданіе пройдетъ, или же назначаютъ вяжущія спринцованія, глицериновые тампоны или подходящіе пессаріи.

Упорнѣе гораздо тѣ случаи, въ которыхъ причиной служить старческое сморщиваніе тканей.

Если симптоматическое лечение остается безрезультатнымъ, то въ случаяхъ ослабленія или опущенія передней влагалитцной стѣнки пробують сперва сдѣлать простую *colporrhaphia anterior*, причемъ по совѣту *Pawlik'a*, вырѣзываютъ по обѣимъ сторонамъ мочеиспускательнаго канала овалыные куски, чтобы такимъ образомъ укрѣпить уретру.

Если же эта операція, особенно когда уретра слишкомъ широка и вяла, не достигаетъ цѣли, тогда *B. S. Schultze* впервые попробовалъ оперативнымъ путемъ ссудить мочеиспускательный каналъ, вырѣзавъ ланцетовидный кусокъ изъ *septum urethrovaginale* и вскрывъ уретру.

Пробовали еще дальне идти и разрѣзать всю уретру, чтобы удалениемъ ткани ее ссудить.

Какъ ни проста эта операція, все же необходимо быть очень осторожнымъ какъ съ установленіемъ показаній, такъ и съ выполненіемъ самой операціи: ибо имѣются многія наблюденія, съ которыми наши собственныя совершенно согласуются, что ткань уретры не

имѣеть склонности къ первичному заживленію. Если такимъ образомъ происходятъ въ періодѣ выздоровленія разстройства, препятствующія соединенію краевъ раны, тогда образуется или полное открытіе уретры, или же мѣстами остаются уретро-вагинальные свищи. Понятно, что въ такихъ случаяхъ операція не только не устранила, но, наоборотъ, ухудшила болѣзнь.

Необходимо поэтому прежде всего испробовать всѣ палліативныя средства, къ которымъ относится недавно предложенная *Gersuny* и много обѣщающая инъекція парафина.

Наилучшіе результаты во многихъ случаяхъ дала намъ своеобразная операція *Gersuny*. *Gersuny* дѣлаетъ вокруг *orificium ext. urethrae* циркулярный разрѣзъ и отпрепаровываетъ отсюда уретру до *arcus rubis* на протяженіи приблизительно 2 см., причемъ онъ старается оставить на уретрѣ возможно больше окружающей ткани, чтобы не нарушить ея питанія. Послѣ этого онъ поворачиваетъ отпрепарированную уретру вокругъ ея продольной оси на половину или на полный кругъ и пришиваетъ ее къ кожѣ. Намъ всегда удавалось въ одинъ приемъ добиться такимъ образомъ полного устраненія страданія.

Кишечно-половые свищи.

Кишечно-влагалищные свищи дѣлятся естественнымъ образомъ на 2 группы: свищи прямой и тонкихъ кишекъ.

Наиболѣе частая причина ректо-вагинальныхъ свищей — ненормальные роды, но происходятъ они иначе, чѣмъ свищи мочевыхъ органовъ. Давленіе съ послѣдующей гангреной не бываетъ на задней стѣнкѣ родового канала, такъ какъ углубленіе задней тазовой стѣнки предохраняетъ мягкія части отъ давленія. Только ненормальный тазъ можетъ вызвать давленіе. Поврежденія инструментами здѣсь тоже не происходятъ. Зато происходятъ здѣсь во время родовъ разрывы тканей, а разрывы промежности третьей степени съ надрывомъ передней стѣнки кишки вызываютъ часто свищи. Если эти разрывы, какъ это часто бываетъ, не заживаютъ, то получается состояніе, описанное въ главѣ о разрывахъ прямой кишки и промежности. Часто, однако, бываетъ, что образуется болѣе или менѣе толстый кожный мостикъ, идущій поперекъ поверхъ *anus* на мѣстѣ промежности такъ, что снаружи кажется, что промежность совершенно залечилась. Но та часть разрыва, которая находится надъ этимъ мостикомъ въ *septum recto-vaginale*, остается незалеченной, и, благодаря губообразному зарубцеванію краевъ, образуется между кишкой и влагалищемъ дыра-фистула, чрезъ которую выдѣляются калъ и газы. Эта причина образованія свищей наиболѣе частая; возможны, конечно, и другія, помимо родового акта, причины, какъ травматическія съ продыравливаніемъ *septi recti-vaginalis*; сюда относится также поврежденіе прямой кишки во время въ которыхъ гинекологическихъ операцій, какъ операціи на промежности, *colporrhaphia post.*, удаленіе сросшихся съ кишкой опухолей, особенно же *pyosalpinx*.

Слѣдуетъ еще прибавить, что во время вышеописанныхъ операцій, а также въ періодѣ выздоровленія послѣ нихъ наблюдается, что стѣнка прямой кишки склонна къ нарушенію своего питанія въ случаяхъ, когда при операціи приходилось отдѣлять отъ нея сросшіяся опухоли. Какъ бы осторожно мы ни отдѣляли опухоль, все же замѣчается въ теченіе первой или второй недѣли образованіе свища.

Эти свищи, находящиеся на днѣ влагалища и образующіеся въ періодѣ выздоровленія, даютъ обыкновенно хорошій прогнозъ. Дѣло идетъ здѣсь о маленькихъ некрозахъ передней кишечной стѣнки, которые, благодаря богатымъ грануляціямъ, образующимся обыкновенно во влагалищѣ, и энергичному зарубцеванію, сами залечиваются.

Въ противоположность этимъ, фистулы, образующіяся вслѣдствіе разрывовъ промежности, вовсе не имѣютъ склонности къ самостоятельному заживленію.

При хирургическомъ леченіи этихъ послѣднихъ существенно важно имѣть въ виду способъ ихъ происхожденія и оперировать ихъ не такъ, какъ всѣ остальные свищи, т. е. оживлять края и зашивать. Слѣдуетъ, наоборотъ, начать операцію съ того, чтобы, по совѣту *Schröder'a*, вертикальнымъ разрѣзомъ разсѣчь пополамъ вышеупомянутый кожный мостикъ и снова такимъ образомъ создать разрывъ промежности третьей степени. При этомъ каждый разъ поражаешься, какъ мало мягкихъ частей участвовало въ зарубцеваніи; несмотря на кажущуюся снаружи высоту этого мостика, толщина его очень ничтожна и послѣ разрѣза оставляетъ весьма небольшую раневую поверхность; перестаешь тогда сожалѣть объ умысленномъ разрушеніи возстановленной ткани, такъ какъ убѣждаешься, что даже въ случаѣ, если бы фистула позади этого мостика и залечилась бы сама, лечебный результатъ былъ бы ничтоженъ, въ смыслѣ возстановленія тазового дна и промежности. Гораздо цѣлесообразнѣе, конечно, разрушить эту кажущуюся возстановленной промежность и, вызвавъ снова первоначальный разрывъ, оперировать его по способу, описанному на 519 страницѣ.

Свищи, находящіеся выше въ *sertum recto-vaginale* и не происшедшіе вслѣдствіе разрыва промежности, слѣдуетъ лечить какъ настоящія фистулы, т. е. посредствомъ образованія лоскутовъ отдѣлить прямую кишку отъ влагалища такъ, чтобы стѣнка кишки стала подвижной.

Если отверстіе въ ней невелико, его зашиваютъ, по *Gersuny*, посредствомъ циркулярныхъ швовъ. Большія же отверстія зашиваются погружными поперечными швами.

Эти швы мы также накладываемъ изъ тонкаго уплотненнаго катгута, стараясь, чтобы они не проходили чрезъ слизистую оболочку кишки, а только чрезъ ея край.

Если почему-либо операція такимъ способомъ не удастся, тогда остается еще испробовать способъ *Sänger'a* — *perinaeotomia transversalis*: сдѣлавъ поперечный разрѣзъ промежности, проникаютъ оттуда чрезъ соединительную ткань въ *sertum recto-vaginale* до свища; разрѣзавъ зарубцевавшіеся края фистулы, отдѣляютъ другъ отъ друга кишку и влагалище и зашиваютъ отверстіе въ кишкѣ.

Эта операція *Sänger'a* представляетъ собою несомнѣнно болѣе серьезное вмѣшательство и должно быть предпринято только послѣ тщетнаго испробованія другихъ способовъ; зато она даетъ больше всего шансовъ на благопріятный исходъ.

Segond вынужденъ былъ въ одномъ случаѣ даже сдѣлать резекцію нижняго отдѣла прямой кишки, чтобы, какъ при операціи рака кишки, пришить вышележащія ея части къ заднему проходу. Это обстоятельство показываетъ только, къ какимъ серьезнымъ операціямъ приходится прибѣгать въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ, которыхъ не слѣдуетъ, однако, считать типическими.

Еще рѣже, чѣмъ ректо-вагинальные свищи, бываютъ фистулы между влагалищемъ и тонкими кишками, *fistulae intestino-vaginales*, сидящія въ Дугласовомъ пространствѣ.

Въ литературѣ описаны отдѣльные случаи, въ которыхъ такіе свищи образовывались также во время родовъ, при которыхъ произошло поврежденіе задняго влагалищнаго свода съ выпаденіемъ и ущемленіемъ кишечныхъ петель, повлекшіе за собою образованіе фистулы. Помимо родовъ, и нѣкоторыя гинекологическія операціи, а также и воспалительные процессы могутъ повести къ образованію свищей. Если кишка не перерѣзана, то свищи могутъ сами залечиться; въ противномъ же случаѣ, т. е. при образованіи *apud praeternaturalis vaginalis* самостоятельное излеченіе невозможно. Приходится тогда прибѣгать къ лапаротоміи съ отдѣленіемъ приросшихъ кишечныхъ петель. Если при этомъ отверстіе находится на боковой стѣнкѣ кишки, то оно зашивается швами *Lembert'a*. Если же кишка оказывается перерѣзанной, то дѣлаютъ резекцію поврежденныхъ частей съ циркулярнымъ соединеніемъ посредствомъ шва или пуговки *Murphy*. Въ отдѣльныхъ случаяхъ даже вшивали тонкую кишку въ прямую, что, конечно, нужно дѣлать въ самыхъ крайнихъ случаяхъ, такъ какъ выключеніе такихъ большихъ отрѣзковъ кишечнаго канала не можетъ не отразиться на общемъ состояніи здоровья пациентки.

Въ заключеніе приходится еще упомянуть о пузырьно-кишечныхъ свищахъ, наблюдаемыхъ при нѣкоторыхъ гинекологическихкихъ заболѣваніяхъ. Установить какой-нибудь типъ этихъ рѣдкихъ фистулъ невозможно, какъ и нельзя предложить какой-нибудь опредѣленный для всѣхъ случаевъ подходящій оперативный методъ леченія. И здѣсь надо руководствоваться принципомъ сперва отдѣлять сросшіеся органы, а затѣмъ зашивать отдѣльно отверстія въ кишкѣ и пузырь.

Операція застарѣлыхъ прямокишечно - промежностныхъ разрывовъ.

Возникающія при родахъ поврежденія промежности могутъ быть раздѣлены на три группы, а именно на такія, которыя ведутъ только къ разъединенію кожи и слизистой оболочки, разрывы промежности I степени, тѣ, при которыхъ разрывается и подлежащая мускулатура, разрывы промежности II степени, и наконецъ на такія, при коихъ anus со сфинктеромъ и частью передней стѣнки recti вовлекаются въ разрывъ, разрывы промежности III степени, прямокишечно-промежностные разрывы. Обѣ первыя степени представляютъ *неполные* разрывы промежности въ противоположность послѣднимъ, *полнымъ* разрывамъ.

При плохомъ сращеніи неполныхъ разрывовъ промежности, когда поврежденныя части не соединились между собою, а только покрылись эпидермисомъ при одновременномъ расширеніи и смѣщеніи влагища и вульвы, послѣдствія на первыхъ порахъ не такъ серьезны и сказываются только ощущеніемъ зіянія половой щели съ явлениями раздраженія и усиленной секретіей; важность этихъ разрывовъ обнаруживается лишь въ послѣдствіи, когда они даютъ толчокъ къ тѣмъ измѣненіямъ, которыя мало-по-малу влекутъ за собою развитіе выпаденія. Въ виду этой этиологической связи разрывовъ промежности и выпаденій и въ виду того обстоятельства, что оперативное леченіе первыхъ должно обыкновенно сочетаться съ леченіемъ послѣднихъ, рѣчь о неполныхъ разрывахъ промежности была выше въ главѣ о пролапсахъ, куда мы и отсылаемъ. Здѣсь остается еще поговорить о полныхъ или прямокишечно-промежностныхъ разрывахъ, которые и въ оперативномъ отношеніи занимаютъ особое мѣсто между разрывами промежности.

Въ противоположность незначительности первичныхъ явленій, вызываемыхъ неполными разрывами промежности, полные разрывы промежности тотчасъ обуславливаютъ столь тягостныя и противныя функциональныя разстройства, что сами по себѣ, помимо позднѣйшихъ послѣдствій въ формѣ опущеній и выпаденій, возбуждаютъ настойчивое желаніе избавиться отъ нихъ. Но тутъ не столько отсутствіе промежности выступаетъ на передній планъ, какъ ни рѣзко бросается въ глаза этотъ дефектъ при изслѣдованіи, сколько функциональное разстройство ректального затвора съ вытекающей отсюда *incontinentia flatus et alvi*, обусловленной разрывомъ sphincter ani, концы котораго оттянулись въ обѣ стороны, такъ что переднее полукольцо сфинктера совершенно отсутствуетъ, а оставшееся заднее полукольцо не въ состояніи замкнуть заднепроходное отверстіе.

Если поперечный влагалищно-промежностный рубецъ туго натянутъ надъ отверстиемъ ані, тогда еще возможно относительное клапанообразное замыканіе, такъ что женщина можетъ удерживать по крайней мѣрѣ болѣе твердыя и объемистыя фекальныя массы; но уже и при этихъ формахъ полныхъ разрывовъ промежности очень легко наступаетъ недержаніе жидкаго и газообразнаго кишечнаго содержимаго. Если затворъ ані еще немного функционируетъ, то женщина имѣетъ въ запасъ сжиманіе ягодицъ, которое нѣсколько улучшаетъ ея состояніе. Если она еще беретъ въ помощь искусственный запоръ, такъ что кишечное содержимое становится толстымъ и твердымъ, то она по крайней мѣрѣ обезпечена отъ недержанія кала: но очевидно, что самочувствіе, пищевареніе и питаніе при этомъ страдаютъ самымъ чувствительнымъ образомъ. Но прямо безотраднымъ можетъ сдѣлаться положеніе, если, какъ это часто бываетъ, разрывъ еще простирается нѣсколько на переднюю стѣнку прямой кишки, такъ что всякій затворъ отсутствуетъ, и отхожденіе газовъ и испражненій совершенно не подчинено волѣ.

Есть только одна возможность, какъ освободить женщину отъ ея страданія, это—посредствомъ оперативной помощи, которая имѣетъ задачей вернуть функцію замыкающему аппарату прямой кишки и возстановить совершенно утраченную промежность.

Если разсматривать соотвѣтственныя части у пациентки, находящейся въ спинно-крестцовомъ положеніи, то бросается въ глаза, что вульва зияетъ, что отъ находящейся между задней спайкой влагалища и переднимъ краемъ ані промежности нѣтъ и слѣда, напротивъ, влагалище соединяется обыкновенно поперечно идущимъ, туго натянутымъ, линейнымъ рубцомъ съ зияющей также раной задняго прохода, изъ которой обыкновенно выдается ректальная слизистая. Съ виду кажется, что здѣсь произошла большая потеря ткани, но это не такъ, и мы считаемъ принципиально важнымъ для оперативныхъ задачъ, которыя намъ здѣсь поставлены, усвоеніе этого факта, что о потерѣ ткани, какъ, напр., при образованіи большихъ пузырно-влагалищныхъ или пузырно-маточныхъ фистулъ, здѣсь нѣтъ и рѣчи. При застарѣлыхъ разрывахъ прямой кишки мы имѣемъ дѣло только съ неправильнымъ заживленіемъ разорванныхъ частей, которыя имѣютъ склонность смѣщаться вслѣдствіе натяженія мышцъ и потому зарубцовываются въ этомъ неузнаваемомъ видѣ.

Операція полныхъ разрывовъ промежности располагаетъ цѣлымъ рядомъ различныхъ методовъ, которые выработались съ теченіемъ времени; неудовлетворительные результаты вели къ стремленію испытать все новыя предложенія. Мы находимся здѣсь передъ однородной задачей потому, что полные разрывы промежности всегда выступаютъ передъ нами въ одной типической формѣ, по крайней мѣрѣ тѣ, которые вызваны акушерскими поврежденіями, каковыхъ большинство. Только насильственные поврежденія половыхъ органовъ, какъ, напр. при сажаніи на колъ, изнасилованіи, особенно у молодыхъ субъектовъ, могутъ дать необычную картину смѣщенія и рубцеванія. Возникшія при родахъ разрывы прямой кишки по своей величинѣ различны, но по формѣ всегда приблизительно одинаковы. Поэтому намъ нѣтъ надобности располагать различными оперативными методами, чтобы выискивать ихъ для отдѣльныхъ случаевъ, какъ при мочеполовыхъ свищахъ, а можемъ довольствоваться однимъ рациональнымъ способомъ, коль скоро онъ удовлетворяетъ всѣмъ требова-

ніямъ. Таковой мы дѣйствительно имѣемъ въ предложенномъ впервые *Fritsch*'емъ оперативномъ методѣ, который имѣетъ цѣлью восстановление промежности. Своеобразное этого способа заключается въ

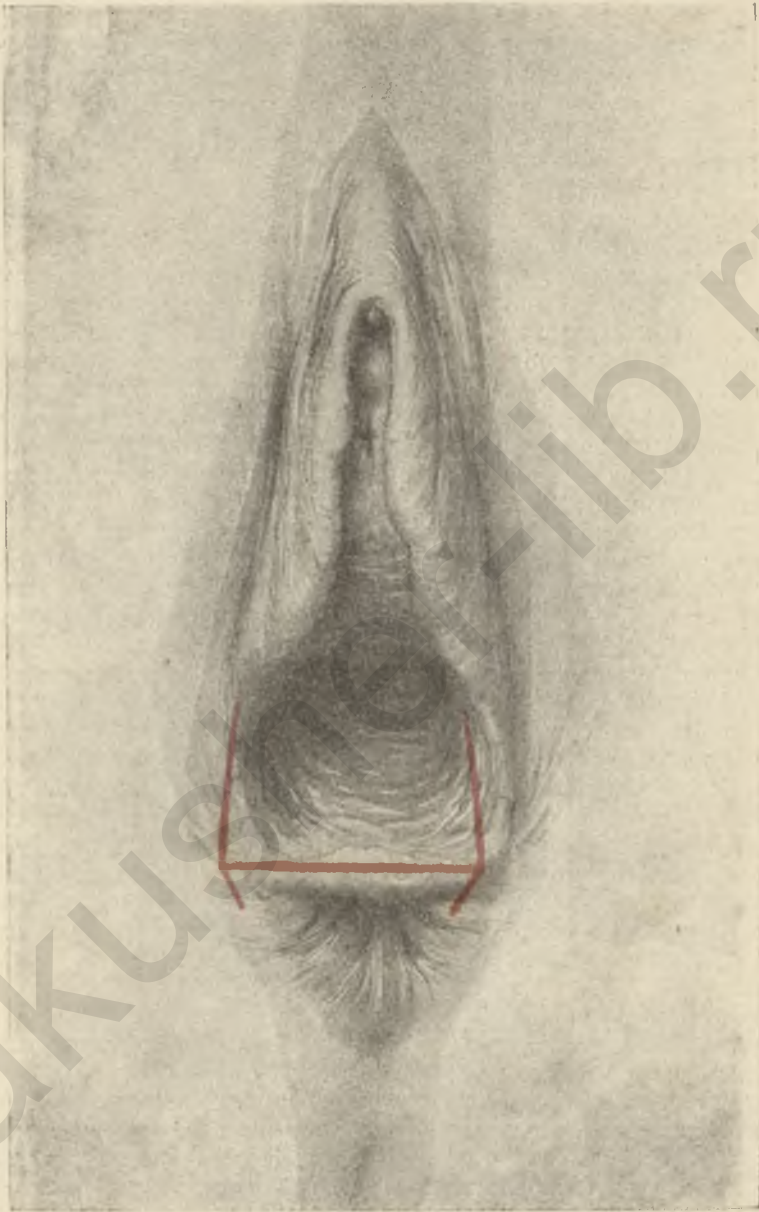


Рис. 177. Полный разрывъ промежности, красныя линіи показываютъ направление разрѣза при операціи.

томъ, что *Fritsch* принципиально отказывается отъ излюбленныхъ прежде и столь часто мѣнявшихся фигуръ окровавленія, при коихъ изсѣкались различной формы и величины отрѣзки влагалища и бо-

ковыхъ рубцовыхъ участковъ, дабы тѣмъ пріобрѣсти раненныя поверхности, соединеніемъ которыхъ достигалось замыканіе прямой кишки и въ то же время образованіе промежности.

Способъ *Fritsch'a* состоитъ въ томъ, что сперва какъ-разъ на уровнѣ, гдѣ сходятся влагалище и прямая кишка, слѣдовательно на поперечно идущей линіи рубца, проводится ножомъ горизонтальный разрѣзъ, посредствомъ котораго можно проникнуть въ клетчатку, находящуюся между задней влагалищной и передней ректальной стѣнкой, *septum recto-vaginale*. Достигши этого слоя, разсдиняютъ его помощью ножницъ дальше кверху, оттягивая влагалище кверху и прямую кишку книзу, такъ что оба эти органа вполне изолируются другъ отъ друга и становятся въ отдѣльности подвижны. Въ стороны поперечный разрѣзъ идетъ до тѣхъ поръ, пока тянется рубецъ. Отвѣсно къ этому поперечному разрѣзу проводится, на границѣ наружной кожи и влагалищной стѣнки, съ обѣихъ сторонъ разрѣзъ кверху до сдѣланной вначалѣ операціи мѣтки на вульвѣ, которая указываетъ высоту новообразуемой промежности. Какъ уже было упомянуто при операціи неполныхъ разрывовъ промежности, степень предполагаемаго суженія вульвы надо сообразовать съ возрастомъ женщины, а именно у болѣе молодыхъ надо считаться съ возможностью послѣдующихъ родовъ и потому сдѣлать вульву нѣсколько шире, нежели у болѣе старыхъ, у которыхъ можно удовлетворить желанію лучшаго замыканія вульвы, освѣжая для этого нѣсколько выше. Эту границу находятъ лучше всего такимъ образомъ, что предъ операціей сдвигаютъ зияющую вульву и на томъ мѣстѣ, гдѣ желаютъ имѣть заднюю спайку, дѣлаютъ съ каждой стороны небольшую мѣтку ножомъ.

Точно также съ каждой стороны поперечнаго разрѣза проводятъ меньшій разрѣзъ кзади по направленіи къ заднепроходному отверстию, чтобы тѣмъ нѣсколько мобилизовать боковые участки прямой кишки. Получается такимъ образомъ фигура разрѣза въ видѣ буквы Н съ неравными колѣнами. Въ этой части операціи тождественна со столь прославленной операціей *Lawson Tait'a*, сторонниками которой въ Германіи выступили въ особенности *Zweifel* и *Singer*. Принципъ этого метода состоитъ въ полоченіи раненой поверхности посредствомъ расщепленія лоскута. *Zweifel* переноситъ поперечный разрѣзъ выше рубца во влагалище, такъ что изъ послѣдняго добывается лоскутъ, который отвертывается къ прямой кишкѣ.

Fritsch, проводя разрѣзъ на уровнѣ рубца, не добываетъ въ сущности никакого лоскута, въ чемъ и нѣтъ ни надобности, ни выгоды, если быть послѣдовательнымъ и исходить изъ той точки зрѣнія, что никакая ткань не утрачена, слѣдовательно, наличной ткани достаточно для возстановленія промежности. Это представляетъ ту выгоду, что мы самые органы снова соединяемъ такъ, какъ они были разорваны, безъ искусственнаго смѣщенія ткани, какъ, напр., примѣненіе влагалищнаго лоскута для стѣнки прямой кишки.

Когда соотвѣтственнымъ углубленіемъ разрѣза въ *septum recto-vaginale* и въ обѣ стороны влагалище вполне и довольно высоко отдѣлено отъ прямой кишки,—причемъ надо всегда держаться ближе къ влагалищной стѣнкѣ, нежели къ прямой кишкѣ, ибо продыравливаніе влагалища совершенно невинная вещь, между тѣмъ какъ прободеніе *recti* ставитъ успѣхъ подъ большое сомнѣніе,—тогда по-

слѣдующее наложеніе швовъ имѣетъ задачей соединить разрывъ прямой кишки отдѣльно и затѣмъ полученную сбоку раненую поверхность соединить по серединѣ, отчего промежность возстановляется сама собой.

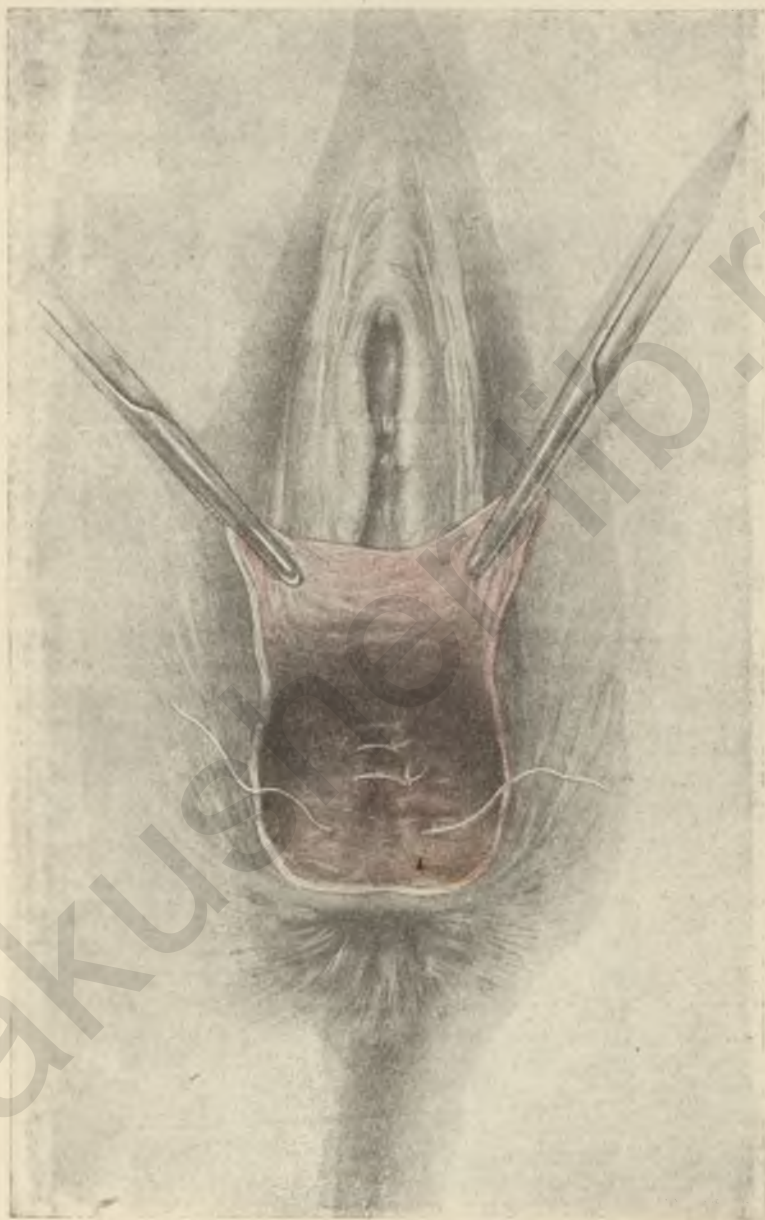


Рис. 178. Влагалище и прямая кишка отдѣлены другъ отъ друга доверху.
Наложеніе погружныхъ швовъ на прямую кишку.

Предложеніе *Lawson Tait*'а зашивать рану съ помощью черенковой иглы исключительно со стороны промежности мы считаемъ не-

цѣлесообразнымъ, ибо, во-первыхъ, это не даетъ увѣренности, что рана прилаживается во всю глубину ея, во-вторыхъ, аккуратное сшиваніе ректальной и влагалищной стѣнки при этомъ невозможно.

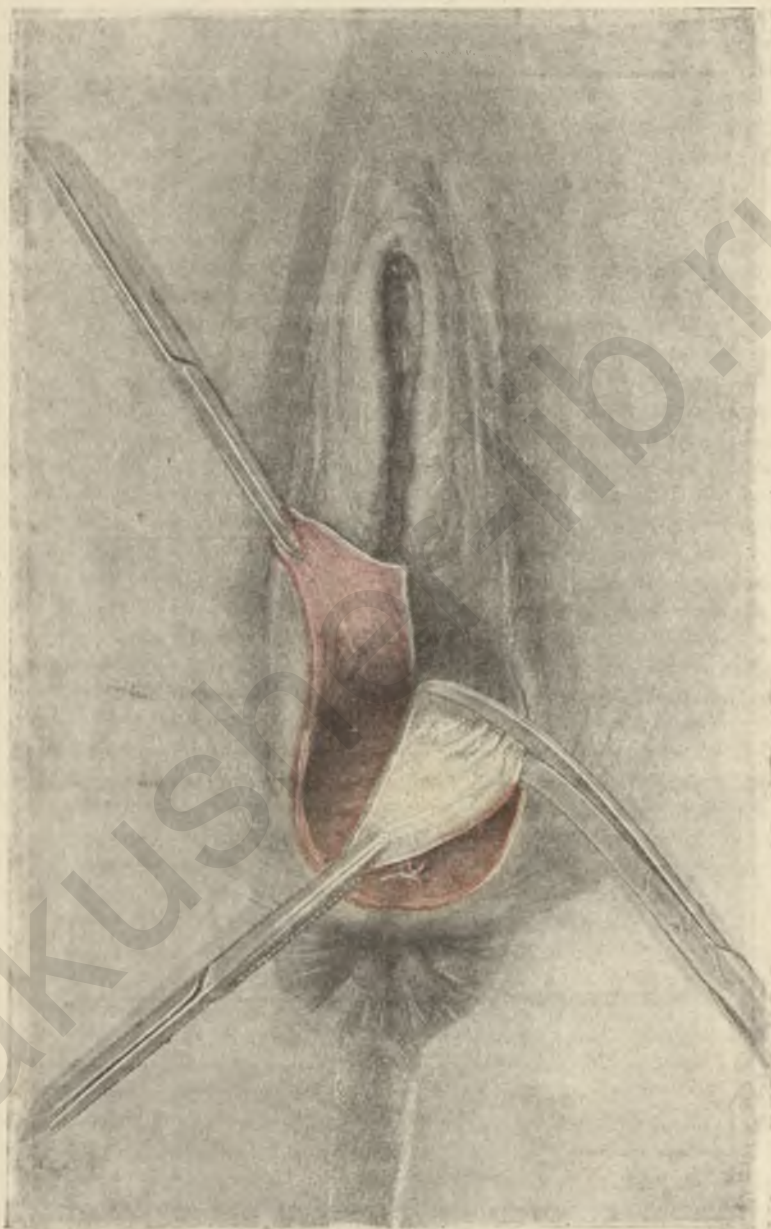


Рис. 179. Сагиттальное расщепленіе влагалищнаго лоскута и вырѣзываніе избыточной ткани

Гораздо лучше это достигается, если слѣдовать совѣту *Fritsch'a*. Мы шиваемъ сперва прямую кишку тонкимъ катгутомъ, причѣмъ

тонкими иглами вкалываемъ и выкалываемъ въ ранѣ, проводя иглу на границѣ ректальной слизистой и раневой линіи, такъ что при завязываніи швовъ слизистая оболочка прямой кишки прилагивается, а надъ нею образуется маленькая кромка; такъ какъ швы не



Рис. 180. Зашиваніе влагалища.

проникаютъ въ слизистую оболочку recti, то проходящія здѣсь заразные массы не могутъ попадать въ уколочные каналы и въ рану. Если даже разрывъ высоко поднимается на прямую кишку, мы сшиваемъ такимъ образомъ переднюю стѣнку recti, соединяя боковые

раневые участки къ серединѣ, пока наконецъ наиболѣе отдаленныя кнаружи части не будутъ соединены по средней линіи.

Эти ректальные швы продолжаются до наружнаго края *ap*, вслѣдствіе чего хорошо формируется заднепроходное отверстіе. *Fritsch*



Рис. 181. Зашиваніе промежности.

придаетъ значеніе тому, чтобы отыскать концы сфинктера и сшить ихъ особо. Это получается въ сущности само собою, ибо они находятся въ боковыхъ раневыхъ участкахъ. Мы считаемъ излишнимъ

отпрепарировать для этой цѣли мускулатуру, и во всѣхъ нашихъ случаяхъ достигли этимъ простымъ способомъ полного замыканія *recti et ani*.

Если по прописи *Lawson Tail'a* ничего отъ влагалища не удалять и только соединить поперекъ раненую поверхность, то влагалище выпячивается въ формѣ гузки, такъ что результатъ операціи получается некрасивый, хотя отправление отъ этого не страдаетъ. Мы считаемъ болѣе правильнымъ удалить столько ткани изъ влагалища, сколько нужно для устранения подобнаго выпячиванія и поступаемъ при этомъ такъ, что послѣ отслоенія влагалища отъ прямой кишки разсѣкаемъ заднюю влагалищную стѣнку сагиттально ножницами и съ обѣихъ сторонъ изсѣкаемъ небольшою треугольникъ.

Теперь сшиваютъ мало-по-малу ткань, начиная съ глубины. захватывая ткань то ниже влагалища, то выше прямой кишки, но никогда не проникая иглой и ниткой въ просвѣтъ *recti*.

Здѣсь чрезвычайно выгодно пользоваться погружными швами изъ кэтгута, безразлично непрерывными или прерывистыми, ибо съ ихъ помощью можно съ увѣренностью избѣгнуть всякаго мертваго пространства и приладить раненыя поверхности безъ всякаго напряженія. Не надо бояться накладывать столько швовъ, сколько требуется для тѣснаго соединенія всей раненой поверхности; если примѣняютъ тонкій, стерильный кэтгутъ, то швейный матеріалъ нисколько не нарушаетъ заживленія.

Въ заключеніе мы накладываемъ горизонтально проводимые промежностные швы, для которыхъ тоже беремъ кэтгутъ, нисколько, однако, не высказываясь противъ примѣненія болѣе стойкаго матеріала, какъ шелкъ или сильквормъ.

Нѣкоторые авторы, между ними и *Fritsch*, рекомендуютъ разрѣзы по задней стѣнкѣ *ani* для уменьшенія напряженія раны; мы не видѣли надобности въ ихъ примѣненіи. Для перевязки раны мы употребляемъ айроловую пасту *Brunsa*.

Чтобы оградить молодой рубецъ отъ скорого растяженія вслѣдствіе обильной дефекаціи, мы рекомендуемъ, во-первыхъ, подготовительное леченіе, состоящее въ основательномъ опорожненіи кишечника, во-вторыхъ, легкую діету въ первые дни послѣ операціи, въ предупрежденіе образованія большихъ каловыхъ массъ, въ-третьихъ, раннее назначеніе средствъ, поддерживающихъ мягкій стулъ, какъ *magnesia usta*, которую мы прописываемъ съ перваго дня послѣ операціи.

Періодъ поправленія длится около 2 недѣль, и въ теченіе этого времени оперированная должна оставаться въ постели.

Искусственное обезпложиваніе женщины.

Чтобы сдѣлать женщину оперативнымъ путемъ безплодной, мы можемъ либо удалить органы, служащія для выработыванія и поселенія яйца, яичники и матку, либо сдѣлать непроходимымъ или экстирпировать тотъ органъ, который служитъ для передвиженія яйца, яйцеводъ.

Удаленіе матки и яичниковъ въ настоящее время не примѣнимо болѣе для искусственной стерилизаціи женщины потому, что оба органа исполняютъ другія существенныя функціи въ организмѣ, кромѣ размноженія; вопросъ объ экстирпаціи этихъ органовъ могъ бы возникнуть лишь тогда, если они въ то же время больны.

Чтобы вызвать безплодіе *Frorier* въ давнее время пытался прижечь маточные концы трубъ со стороны матки, съ цѣлью достигнуть облитераціи ихъ; этотъ способъ впослѣдствіи не примѣнялся болѣе. Всѣ современные методы стерилизаціи направлены на то, чтобы сдѣлать Фаллопиеву трубу непроходимой или удалить ее.

Чтобы помѣшать встрѣчѣ яйца и сѣмени, проще всего было бы перевязать трубы на протяженіи шелкомъ или катгутомъ. Этотъ способъ прежде примѣнялся, теперь же онъ оставленъ, ибо *Falasci*, *Fritsch*, *Arendt* наблюдали беременность, несмотря на перевязку трубы.

Дальнѣйшей ступеню было, что стали не только перевязывать трубу, но и перерѣзать между лигатурами. Но этотъ способъ признали ненадежнымъ, хотя имѣется только одно единственное наблюденіе *Zweifel*'я, что женщина впослѣдствіи забеременѣла. *Rühl* выставилъ противъ этого метода то возраженіе, что возможна внѣматочная беременность, если бы трубные отрѣзки потомъ открылись; но пока нѣтъ ни одного доказательнаго случая.

Вмѣсто простой перерѣзки, стали затѣмъ изсѣкать небольшіе куски на протяженіи трубъ, а остатки перевязывали, чѣмъ, разумѣется, еще болѣе затрудняется возможность позднѣйшаго соединенія обоихъ концовъ, каковое наблюдалъ *Zweifel* въ своемъ случаѣ нѣсколько лѣтъ спустя.

Для большей вѣрности, стали изсѣкать павильонъ трубы съ прилегающимъ кускомъ большей или меньшей величинны, а культю погружали либо внѣбрюшинно въ паховой каналъ по поводу операціи *Alexander*'а (*Menge*), либо во влагалище по случаю вагинофиксаціи, либо между обоими листками широкой связки (*Braun* и *Fernwald*).

Такъ какъ и здѣсь мыслимо, что концы культы снова выскользнутъ въ брюшную полость и послѣ всасыванія лигатуры получатъ новое отверстіе для воспріятія яйца, то въ концѣ-концовъ перешли

къ полной резекціи трубы съ клиновиднымъ изсѣченіемъ куска изъ мускулатуры матки.

Такимъ образомъ изъ опасенія неудачи операціи становились все радикальнѣе и, слѣдовательно, серьезнѣе. Болѣе серьезныя операціи оправдываются молчаливымъ признаніемъ, что менѣе радикальныя не помогли бы, и ссылкой на эксперименты *Fränkel*'я на

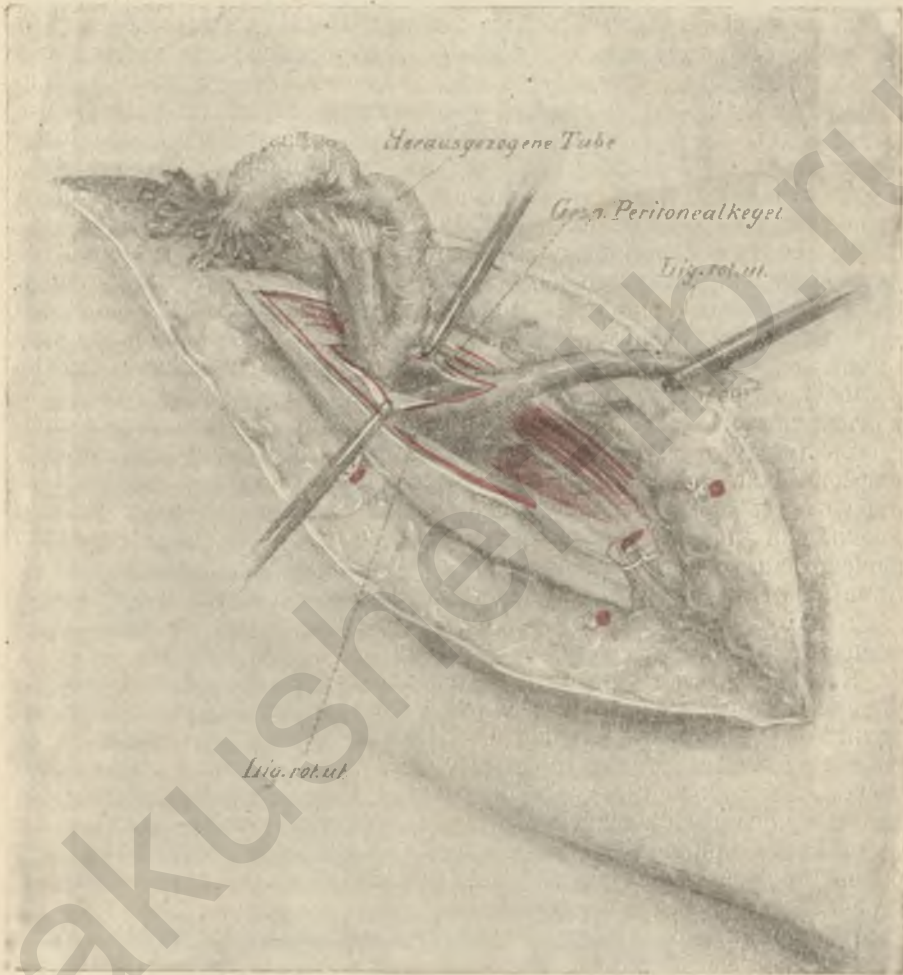


Рис. 182. Брюшинный конусъ вскрытъ со стороны пахового разрѣза. Труба вытанута.

животныхъ. Но если возьмемъ для провѣрки фактической матеріалъ, то до сихъ поръ нѣтъ основанія къ столь радикальному вмѣшательству, ибо до настоящаго времени собственно доказано только, что простая перевязка трубъ и перевязка съ перерѣзкой трубы недостаточна; послѣ первой операціи описано большое число неудачъ, послѣ послѣдней отмѣченъ лишь одинъ такой случай въ литературѣ, Это важно установить, ибо мы должны стремиться произвести труб-

ную стерилизацію женщины при помощи *возможно больше простого вмешательства* и все-таки съ вѣрнымъ успѣхомъ.

Полное удаление трубы съ клиновиднымъ изсѣченіемъ изъ матки можетъ быть произведено только посредствомъ влагалищной или брюшной келіотоміи. Въ виду опасности, которую заключаютъ въ себѣ всѣ чревосѣченія, мы не оправдываемъ производства лапаротоміи для цѣли трубной стерилизаціи какъ самостоятельной операціи, при влагалищномъ же методѣ клиновидное изсѣченіе трубы технически не легко выполнимо и даже небезопасно. Послѣ выведения тѣла матки черезъ переднюю кольпотомію во влагалище для экстирпаціи трубъ, въ венахъ, проходящихъ на краю матки, большею частью происходитъ застой, и потому клиновидное изсѣченіе изъ роговъ матки ведетъ къ неприятнымъ кровотечениямъ; разумѣется, ихъ можно легко остановить цѣпочнымъ швомъ, всетаки при обратномъ введеніи матки не исключена вполне опасность послѣдовательнаго кровотечения и образованія эксудата.

Мы считаемъ резекцію значительнаго куска брюшнаго конца трубы простѣйшей и достаточно надежной операціей для достиженія нашей цѣли. Это можно выполнить либо влагалищнымъ путемъ, либо также черезъ паховой разрѣзъ. При описаніи операціи *Alexander'a* мы уже имѣли случай показать, какъ мы вскрываемъ *processus vaginalis regionis* посредствомъ вытягиванія круглой связки. Входимъ пальцемъ и можемъ теперь выкатить трубу (см. рис. 182); двухъ простыхъ лигатуръ достаточно, чтобы изсѣчь кусокъ въ 6 см. изъ периферическаго конца яйцевода. Трубныя культы могутъ быть затѣмъ либо назадъ погружены въ брюшную полость, либо при опущеніи матки, для поднятія органа, втянуты въ паховой каналъ и здѣсь фиксированы. Хотя резекція брюшнаго конца трубы легко выполняется также черезъ переднюю кольпотомію, мы предпочитаемъ все-таки паховой разрѣзъ, ибо мы наблюдали боли при *coitus'ѣ* изъ-за рубца въ переднемъ сводѣ.

Насколько проста техника, настолько трудно *показаніе* къ оперативному обезпложиванію женщины. Разбору частныхъ показаній мы хотѣли бы предпослать общее положеніе *Kehrer'a*, что операція не должна служить для того, чтобы облегчить ищущимъ любовныхъ приключеній дѣвицамъ и дамамъ внѣбрачныя половыя сношенія, но что она предназначена исключительно для тѣхъ случаевъ, въ которыхъ врачъ пришелъ къ убѣжденію, что новая беременность могла бы имѣть послѣдствіемъ тяжелое, можетъ быть, непоправимое разстройство здоровья или смерть.

Принципально уклончивое отношеніе нѣкоторыхъ гинекологовъ ко всякаго рода стерилизаціи въ настоящее время не выдерживаетъ критики; ни одинъ гинекологъ не вправѣ больше заикнуться отъ серьезнаго вопроса объ установкѣ показаній къ искусственной стерилизаціи. Точно также неправильной намъ представляется точка зрѣнія тѣхъ операторовъ, которые не признаютъ трубной стерилизаціи, какъ *самостоятельной* операціи, но производятъ ее *при случаѣ*, при кесарскомъ сѣченіи, операціи *Alexander'a*, вагинофиксаціи. Если вообще оправдывать столь глубоко затрогивающую соціальную жизнь операцію, какъ искусственная стерилизація, тогда незначѣмъ ждать случая, какъ вагинофиксаціи или *Alexander'овской* операціи по поводу ретрофлексіи, а тогда операція показуется какъ самостоятельная операція, ибо вмешательство это, насколько человекъ можетъ раз-

считать, вполне безопасно и предпринимается для предупреждения опаснаго для жизни ухудшенія наличнаго страданія. Löwenfeld справедливо бичуетъ отстаиваемую многими точку зрѣнія, что врачъ не обязанъ нравственно давать совѣтъ, какъ ограничить дѣторождение безъ вреда для здоровья, такъ какъ это будто бы частное дѣло супруговъ, о которомъ намъ нечего заботиться.

Необходимымъ предварительнымъ условіемъ для *оперативной* стерилизаціи является признаніе того, что другія средства противъ зачатія либо заключаютъ въ себѣ вредныя побочныя дѣйствія для мужа или жены, либо недостаточно надежно предохраняютъ отъ беременности.

Всѣ согласны въ томъ, что мы *вѣрно дѣйствующиѣ* средствъ противъ зачатія не имѣемъ; тѣмъ не менѣе мы можемъ отчасти предохранить отъ новой беременности и не-оперативнымъ путемъ. Какъ средства противъ зачатія съ нѣкоторой гарантіей примѣняются промыванія влагалища тотчасъ послѣ coitus'a съ прибавленіемъ средства, умерщвляющаго spermatozoa (хининъ и квасцы, сулема, субламинъ 1 : 500); напротивъ, сравнительно ненадежно введеніе шариковъ изъ какаоваго масла съ хивиномъ и квасцами, а также прославленнаго pessarium oclusivum Mensinga, который еще имѣеть тотъ недостатокъ, что при продолжительномъ употребленіи раздражаетъ слизистую оболочку и вызываетъ зловонныя выдѣленія. Примѣненіе кондома хотя надежнѣе вышеназванныхъ средствъ, но зачастую категорически отклоняется супругомъ. Часто-практикуемый coitus interruptus бесспорно не безразличенъ для нервной системы мужчины и, можетъ быть, въ слабой степени дѣйствуетъ также вредно на нервную систему женщины, хотя при мало выраженной libido жены это лишь рѣдко обнаруживается. Можно также рекомендовать половое воздержаніе, но ни одинъ мало-мальски опытный врачъ не будетъ ждать успѣха отъ этой проповѣди.

Ненадежность этихъ средствъ вынуждаетъ насъ въ извѣстныхъ случаяхъ прибѣгать къ вѣрно дѣйствующей оперативной стерилизаціи. Нельзя также оставлять безъ вниманія социальное положеніе, ибо особенно въ рабочихъ классахъ трудно побудить мужа ограничить себя въ своихъ супружескихъ правахъ, а жена по невѣдѣнію не можетъ, какъ слѣдуетъ, употреблять средства противъ зачатія.

При установкѣ показанія къ *оперативной* стерилизаціи мы должны всегда помнить, что этимъ вмѣшательствомъ мы обезпложиваемъ женщину *навсегда*; всѣ оперативныя мѣропріятія, которыя имѣютъ въ виду при надобности снова сдѣлать трубу проходимою посредствомъ второй операціи, должны быть названы пока слишкомъ ненадежными. Поэтому мы обязаны уяснить мужу и женѣ послѣдствія оперативнаго вмѣшательства.

По вопросу о *предварительныхъ условіяхъ* для трубной стерилизаціи Kehler заходитъ въ своихъ требованіяхъ очень далеко, онъ требуетъ: 1) заявленіе обоихъ супруговъ, если возможно письменное, что они согласны на производство стойкаго безплодія; 2) письменное согласіе на операцію со стороны домашняго врача и призваннаго на консультацію опытнаго коллеги; 3) всѣ средства противъ зачатія должны были передъ тѣмъ тщетно быть испытаны; 4) наличность по крайней мѣрѣ нѣсколькихъ дѣтей.

Изъ этихъ требованій Kehler'a мы принимаемъ безъ возраженій только одно, а именно полное согласіе обоихъ супруговъ, напротивъ,

мы не можемъ признать необходимости предварительнаго испытанія противозачаточныхъ средствъ, ибо у нѣкоторыхъ больныхъ, напр. сердечныхъ, уже преждевременный перерывъ разъ наступившей, нежелательной беременности можетъ обусловить опасность для жизни.

Самымъ важнымъ намъ представляется полное согласіе обоихъ супруговъ, причемъ надо по возможности составить письменный протоколъ, ибо мы должны сознать, что беремъ на себя тяжелую отвѣтственность. Во время преній о трубной стерилизаціи въ Вѣнскомъ акушерскомъ обществѣ *Braun* справедливо напомнилъ, что мужъ и жена не навѣки связаны другъ съ другомъ; они могли дать обоюдное согласіе на стерилизацію въ интересахъ здоровья жены, но они могутъ разойтись, и теперь женщина, обвѣнчавшись съ другимъ мужемъ, захочетъ имѣть потомство.

Какъ первое и существенное показаніе къ оперативному обезпложиванію женщины разматриваются почти всѣми авторами, которые высказывались по этому вопросу, суженія таза второй и третьей степени, когда послѣ тщетныхъ попытокъ родить живыхъ дѣтей остается рассчитывать только на кесарское сѣченіе или симфизеотомию. *Gönnér* и *Solowij* полагаютъ даже, что суженія таза, которыя требуютъ кесарскаго сѣченія или перфорациі, даютъ абсолютное показаніе къ стерилизаціи.

Но именно противъ этого показанія можно, по нашему разумѣнію, больше всего спорить. Кесарское сѣченіе, симфизеотомія, *h-b-t-mia* представляютъ въ настоящее время такія операціи, которыя у здоровой въ общемъ женщины настолько безопасны, что, если женщина позволила себѣ забеременѣть, она не можетъ безъ другихъ основаній отклонить эти операціи и не можетъ также изъ-за этого уклониться отъ новой беременности, посредствомъ трубной стерилизаціи.

Отклоняя это показаніе *Kehrer'a*, мы полностью соглашаемся съ его послѣдующими показаніями, которыя удивительнымъ образомъ отклоняются очень многими авторами, между тѣмъ какъ съ первымъ показаніемъ *Kehrer'a* они согласны.

Если вслѣдствіе частыхъ родовъ наступилъ упадокъ питанія и сильная потеря въ вѣсѣ, если отъ этой же причины развилось сильное неврастеническое состояніе истощенія, каковое мы особенно встрѣчаемъ у женщинъ необезпеченнаго рабочаго класса, то, по нашему мнѣнію, въ этихъ случаяхъ, если есть уже нѣсколько живыхъ дѣтей, дано показаніе къ оперативной стерилизаціи. Эти женщины не въ состояніи щадить себя въ послѣродовомъ періодѣ; едва онѣ оправились отъ одной истощающей беременности, какъ появляется новая. Какъ ни склонны нѣкоторые клиницисты исключить социальный моментъ при постановкѣ показанія, мы не можемъ совершенно не считаться съ этимъ факторомъ. Всякій операторъ скорѣе рѣшится на трубную стерилизацію, если рѣчь идетъ объ истощенной въ конецъ женѣ рабочаго, у которой 6—10 живыхъ дѣтей, если заработка не хватаетъ для сноснаго содержанія всѣхъ дѣтей и матери, нежели у состоятельной женщины, которая имѣетъ возможность соответственными средствами въ промежуточное время поднять силы, ослабленныя отдѣльными беременностями. Конечно, въ такихъ случаяхъ показаніе только условное; если мужъ рѣшается примѣнять предохранительныя средства и если таковыя сопровождаются услѣхомъ, тогда мы не станемъ производить оперативной стерилизаціи.

При нервныхъ болѣзняхъ *Kehrer* признаетъ главнымъ образомъ тяжелые психозы, какъ показаніе къ трубной стерилизаціи, въ особенности если во время беременности сильно выражена склонность къ попыткамъ самоубійства. Согласно высказанному *Jolly* на съѣздѣ естествоиспытателей взгляду, мы считаемъ себя вправѣ выставить одинаковое показаніе при тяжелыхъ формахъ истеріи и ипохондріи, ибо мы также видимъ при истеріи обостренія скрытаго невроза подъ влияніемъ новой беременности, притомъ и здѣсь въ ипохондрическую сторону. Вопросъ объ оперативномъ обезпложиваніи женщины, какъ *профилактической* мѣрѣ, можетъ возникать также при тяжелыхъ функциональных нервныхъ болѣзняхъ и душевныхъ расстройствахъ. Мы знаемъ, что наследственность при нервныхъ болѣзняхъ играетъ большую роль; въ общемъ считаютъ, что одна треть душевныхъ болѣзней возникаетъ вслѣдствіе унаслѣдованія; *Möbius* считаетъ это число еще слишкомъ малымъ и полагаетъ, что въ большинствѣ случаевъ нервности можно констатировать наследственность. *Möbius* замѣчаетъ при леченіи нервности, что самой основательной мѣрой для ея предупрежденія было бы запрещеніе брака лицамъ, нервно-больнымъ въ тяжелой степени. Въ бракахъ, заключенныхъ между двумя нервно-больными, предостереженіе врача воздержаться отъ большого потомства, какъ справедливо говоритъ *Möbius*, большею частью останется пустымъ звукомъ, ибо браки не заключаются для блага потомства. Въ подобныхъ случаяхъ мы считаемъ оперативную стерилизацію показанной тогда, если отъ брака двухъ лицъ съ нервной наследственностью уже родились нѣсколько дѣтей, которыя рано обнаруживаютъ отчетливые признаки дегенерации.

Существенное показаніе къ оперативной стерилизаціи даютъ тѣ заболѣванія, которыя, какъ извѣстно, отъ беременности и родовъ настолько ухудшаются, что грозить опасность жизни матери. Сюда причисляются, во-первыхъ, сердечныя болѣзни и, во-вторыхъ, бугорчатка костей и легкихъ. Къ сожалѣнію, данныя литературы относительно влияния, которое имѣетъ беременность на эти обѣ столь частыя формы заболѣваній, а именно сердечныя болѣзни и туберкулезъ, сравнительно очень малочисленны.

Беременность, роды и пуэрперіи предъявляютъ къ дѣятельности сердца повышенныя требованія вслѣдствіе усиленнаго кровотока и кровообращенія. Расстройства могутъ держаться въ скромныхъ предѣлахъ, порокъ заслонки можетъ быть настолько уравновѣшенъ, что женщина чувствуетъ себя совершенно здоровой и переноситъ беременность, не прибѣгая къ врачу. Нерѣдко первые симптомы расстройства компенсаціи наступаютъ лишь по окончаніи родовъ; въ литературѣ сообщено немало наблюдений, что у сердечныхъ больныхъ беременность и роды протекали безъ существенныхъ расстройствъ, и затѣмъ внезапно смерть наступала отъ паралича сердца въ раннемъ пуэрперіи. Во многихъ случаяхъ нарушенная компенсація въ родильномъ періодѣ снова выравнивается, но затѣмъ остается извѣстная неуравновѣшенность на долгое время, нерѣдко навсегда.

Если у женщины имѣется уже до беременности нарушенная компенсація сердца, то состояніе больной почти всегда ухудшается, притомъ съ каждымъ родомъ все больше и больше; немалое число этихъ больныхъ гибнетъ вслѣдъ за родильнымъ періодомъ. Въ общемъ терапевты (*Leyden*, *Krönig*—Берлинъ, *Gerhardt*) на основаніи своихъ наблюдений считаютъ, что изъ тяжелыхъ случаевъ хроническихъ сер-

дечныхъ большихъ приблизительно 40% умирають вслѣдствіе беременности и пуэрперіи. Эта цифра смертности такъ велика, что мы, полагаю я, вправѣ у всякой сердечной больной, у которой предшествовавшія беременности и роды сопровождались все нарастающими тяжелыми разстройствами компенсаціи, ставить показаніе къ предупреденію зачатія. Впрочемъ, *Fellner* на основаніи богатаго матеріала акушерской клиники *Schauta* стоитъ на очень оптимистической точкѣ зрѣнія: онъ того мнѣнія, что усиливающіяся иногда отъ беременности жалобы сердечныхъ больныхъ всегда ослабѣвають тотчасъ послѣ родовъ, и что нарушенная временно вслѣдствіе беременности и родовъ компенсація обыкновенно въ пуэрперіи снова выравнивается. Однако *Fellner* недостаточно долго прослѣдилъ эти случаи.

Относительно значенія бугорчатки для беременности взгляды, къ сожалѣнію, тоже еще сильно расходятся; одни придерживаются стариннаго воззрѣнія, что беременность скорѣе благопріятно дѣйствуетъ на теченіе туберкулезныхъ процессовъ, между тѣмъ какъ многочисленные авторы въ послѣднее время выступаютъ противъ этого мнѣнія. *Jacob* и *Pannwitz* предприняли на матеріалѣ нѣмецкихъ санаторій для легочныхъ больныхъ изслѣдованія относительно значенія беременности для возникновенія и теченія легочной чахотки, изъ коихъ вытекаетъ, что вліяніе беременности на теченіе бугорчатки *болышею частью* неблагоприятное: питаніе сильно страдаетъ, кровохарканье нерѣдко появляется въ теченіе беременности. *Kaminer* дѣлаетъ выводъ изъ этихъ и собственныхъ наблюденій, что у всякой чахоточной женщины зачатіе знаменуетъ тяжелую опасность для здоровья и жизни, и что роды могутъ быть причиною обостренія туберкулеза, оставающагося долгое время скрытымъ. *Kirchner* требуетъ, чтобы всякій, имѣющій на это власть, препятствовалъ заключенію браковъ чахоточными; *Gerhardt* также рѣшительный противникъ брака чахоточныхъ. Рѣшить вопросъ о бракѣ потому такъ трудно, что теченіе бугорчатки отличается чрезвычайнымъ разнообразіемъ: далѣе, бракъ для чахоточныхъ несомнѣнно заключаетъ и извѣстныя выгоды, ибо, по крайней мѣрѣ для чахоточной женщины, благодаря браку зачатую облегчается борьба за существованіе. Впрочемъ, если вслѣдствіе рожденія многихъ дѣтей въ семью проникаютъ нужда и забота, тогда отпадаетъ важнѣйшій факторъ при леченіи туберкулезныхъ процессовъ, а именно извѣстное соціальное благосостояніе.

Поэтому, если мы и не запрещаемъ брака между чахоточными, то мы должны по крайней мѣрѣ по возможности препятствовать ихъ размноженію. Съ соціально-политической точки зрѣнія *Maragliano* и *Hamburger* считаютъ стерилизацію желательной, такъ какъ этимъ предупреждается созданіе «новыхъ туберкулезныхъ единицъ», которыя безъ исключенія дѣлаются жертвой туберкулеза. Насколько это оправдывается, намъ трудно судить, ибо мы не имѣемъ еще достаточнаго опыта относительно дальнѣйшей судьбы дѣтей чахоточныхъ матерей; впрочемъ въ послѣднее время накаплиются наблюденія прямого переноса туберкулеза отъ матери къ ребенку черезъ плаценту, даже при не очень прогрессировавшей бугорчаткѣ, особенно судя по новѣйшимъ изслѣдованіямъ *Schmorl*'я.

Очень радикальны въ постановкѣ показаній къ стерилизаціи при туберкулезѣ *Kaminer*, *Gönnner*, *W. Hahn*. *Kaminer* считаетъ «главнѣйшей обязанностью врача предупреждать беременность чахоточныхъ женщинъ всѣми средствами, которыми наука располагаетъ». *Gönnner*

полагаетъ, что не только прогрессировавшіе, но преимущественно начальные случаи легочной чахотки даютъ показаніе къ трубной стерилизаціи, ибо здѣсь есть шансы добиться полнаго выздоровленія. Наконецъ *W. Hahn* приходитъ на основаніи изученія литературы къ выводу: «Если гдѣ врачъ имѣетъ право все примѣнить, что намъ дастъ врачебное искусство для предупрежденія зачатія, то это именно при туберкулезѣ».

Наша точка зрѣнія та, что мы и при туберкулезѣ должны считаться съ социальными условіями; у чахоточныхъ женщинъ, которыя не въ состояніи имѣть продолжительный уходъ въ санаторіяхъ, дозволительна трубная стерилизація, если при прежнихъ беременностяхъ констатировано отчетливое прогрессирующее легочное чахотки. При этомъ предполагается, что туберкулезъ не настолько прогрессировалъ, чтобы оперативное вмѣшательство какъ таковое могло принести вредъ; именно не столь серьезная трубная стерилизація посредствомъ пахового разрѣза или задней кольпотоміи представляется намъ здѣсь показанной.

Если полный пролапсъ оперированъ у женщины въ производительномъ возрастѣ посредствомъ суживающихъ влагалитисе операцій съ одновременнымъ поднятіемъ матки посредствомъ операціи *Alexander'a* или *ventrifixura uteri*, то, какъ показали изслѣдованія, особенно *Zweifel'*евской клиники, послѣ новыхъ родовъ въ *каждомъ* случаѣ можно констатировать болѣе или менѣе значительное опущеніе передней или задней влагалитисной стѣнки, а во многихъ случаяхъ даже наступаетъ полный рецидивъ. Эти наблюденія возбуждаютъ вопросъ, не слѣдуетъ-ли въ случаяхъ полнаго выпаденія влагалитиса и матки у женщинъ, имѣющихъ нѣсколько дѣтей и близкихъ къ климактерію, сочетать съ операціей *Alexander'a* одновременно стерилизацію женщины посредствомъ резекціи трубъ; вмѣшательство это небольшое. При разборѣ этого вопроса въ Лейпцигскомъ акушерскомъ обществѣ это показаніе было общепризнано.

Относительно показанія къ трубной стерилизаціи при остеомалиаціи мы отсылаемъ къ соотвѣтственной главѣ.

О значеніи функціональныхъ нервныхъ болѣзней для установки показаній къ гинекологическимъ операціямъ.

Въ этой главѣ намъ приходится ограничиться лишь немногими замѣчаніями, относительно подробностей мы отсылаемъ къ соотвѣтственнымъ монографіямъ. Прежде всего мы хотѣли бы выставить положеніе, что теперь окончательно прошли тѣ времена, когда показаніе къ удаленію нормальныхъ или незначительно измѣненныхъ яичниковъ ставили исключительно на основаніи существующей истеріи. Мы намѣренно начинаемъ главу съ этого, ибо, къ сожалѣнію, въ иныхъ неврологическихъ статьяхъ все еще дѣлается гинекологамъ упрекъ, что они производятъ кастрацію по такому показанію. Правда, въ этомъ отношеніи грѣшили, но нельзя же упрекать гинекологовъ за грѣхи прошлаго, которымъ минуло уже десятки лѣтъ. Кстати, какъ гинекологи, мы хотѣли бы въ свою защиту сказать, что это были собственно неврологи, которые дали поводъ къ кастраціи, ибо пока они разсматривали истерію какъ рефлекторный нев-

розъ, исходящій изъ половыхъ органовъ, подобное вмѣшательство имѣло свое право на существованіе.

Значеніе истеріи и неврастеніи для оперативной гинекологіи лежитъ теперь въ другой области; благодаря истерическимъ и неврастеническимъ топальгіямъ возможенъ ошибочный діагнозъ и можетъ быть предпринято ошибочно оперативное вмѣшательство. *Leopold, Landau, Lomer, Gräfe, Kreuzmann, Vedeler, Salin, Theilhaber, Döderlein, Menge, Krönig, Baisch* указывали на большія діагностическія трудности, которыя могутъ возникать при совпаденіи мѣстно локализованныхъ истерическихъ жалобъ и аномалій половыхъ органовъ. Мы уже раньше, при *retroflexio uteri mobilis*, имѣли случай указать на важность истерическихъ и неврастеническихъ симптомовъ для оцѣнки клиническаго значенія этого неправильнаго положенія; точно также при дисменорреѣ мы предостерегали отъ поспѣшнаго мѣстнаго вмѣшательства, ибо она представляетъ зачастую чисто истерическій симптомъ.

Leopold Landau, Lomer и *Baisch* сообщили очень характерные случаи, въ которыхъ, за нераспознаемъ истерической подкладки, женщины многократно безуспѣшно подвергались операціи, даже 4—5-кратной лапаротоміи, пока наконецъ не была распознана истерическая натура страданія. Особенно часто наблюдались подобные ошибочные діагнозы при нахожденіи фиксацій половыхъ органовъ. Эти сращения дѣлали отвѣтственными за жалобы и для устраненія послѣднихъ производили чревосѣченіе. Будемъ надѣяться, что подобныя операціи при гиперальгезіяхъ и топальгіяхъ въ подчревной области станутъ все большей и большей рѣдкостью.

Совершенно невозможной становится часто оцѣнка извѣстныхъ симптомовъ, если при наличности истеріи имѣются тяжелыя измѣненія въ половомъ аппаратѣ, напр. опухоли трубъ, яичниковъ. Особую извѣстность приобрѣлъ случай дермоидной кисты, демонстрированный *Leopold* омъ *Landau* въ Берлинскомъ акушерскомъ обществѣ въ 1883 г.; женщина страдала жестокими болями въ лѣвой нижней области живота; послѣ экстирпаціи оваріальной опухоли боли въ *hypogastrium* остались. *Landau* распозналъ тогда причину неудачи въ одновременно существовавшей истерической оваріи и этимъ толкованіемъ существенно подвинулъ впередъ уясненіе этого вопроса.

Признаніе мѣстно локализованныхъ симптомовъ при истеріи и неврастеніи имѣло послѣдствіемъ значительное ограниченіе оперативныхъ мѣропріятій, но, съ другой стороны, наоборотъ, истеріи и неврастенія косвенно расширили показанія къ оперативному вмѣшательству.

Если въ настоящее время нельзя признать больше непосредственной этиологической связи между заболѣваніями половыхъ органовъ и существующей истеріей и неврастеніей, то было бы все-таки совершенно ошибочнымъ отрицать всякое взаимодѣйствіе. Мы хотѣли бы уступить здѣсь слово неврологу. *Binswanger* въ своей обширной статьѣ объ истеріи опредѣляетъ свою точку зрѣнія на причинную связь между хроническими заболѣваніями женскихъ половыхъ органовъ и между истеріей слѣдующимъ образомъ: «Насколько правильна оппозиція противъ шаблоннаго обобщенія отдѣльныхъ этиологически-клиническихъ данныхъ въ этой области, настолько же неправильно и преувеличено абсолютное отрицаніе всякаго взаимодѣйствія между

объемами болѣзнями. Мы твердо убѣждены, что при огромномъ богатствѣ тазовыхъ органовъ въ цереброспинальныхъ и симпатическихъ нервныхъ волокнахъ и нервныхъ сплетеніяхъ хроническія воспалительныя и дегенеративныя заболѣванія, благодаря суммированію патологическихъ раздраженій, могутъ вызвать пространныя измѣненія въ состояніи возбудимости центральной нервной системы. Сюда присоединяются еще ослабляющія вліянія иныхъ женскихъ болѣзней (метроррагіи, хроническій эндометритъ и метритъ, гонорройный салпингитъ); какъ третье слагаемое прибавляется вредное вліяніе этихъ заболѣваній половыхъ органовъ на психическіе процессы. Вматриваясь безъ предубѣжденія въ тѣ роковыя воздѣйствія, которыя оказываютъ половыя болѣзни на общую психику, мы наталкиваемся на наблюденія, въ которыхъ заболѣванія половой сферы дали непосредственный и единственный толчокъ къ развитію истеріи. Другой вопросъ, можно-ли приписать этимъ мѣстнымъ пораженіямъ предпологающее значеніе и въ томъ смыслѣ, что они сами по себѣ, безъ наличности невропатической конституціи, могутъ вызвать истерію. Наши собственныя данныя противорѣчатъ подобному предположенію, ибо мы во всѣхъ подобныхъ случаяхъ могли доказать врожденную невропатическую почву».

Это воззрѣніе *Binswanger*'а мы раздѣляемъ во всѣхъ пунктахъ и въ работѣ (*Krönig*) о значеніи функціональныхъ нервныхъ болѣзней и т. д. (изд. G. Thieme, Лейпцигъ) высказались въ томъ же смыслѣ.

Практическіе выводы изъ этого воззрѣнія для оперативной гинекологіи мы можемъ резюмировать вкратцѣ слѣдующимъ образомъ:

Если мы на основаніи клиническаго наблюденія пришли къ убѣжденію, что длительныя кровотеченія изъ половыхъ органовъ или другія жалобы, имѣющія корни въ половомъ страданіи, неблагоприятно вліяютъ на нервное равновѣсіе женщины, то наличная истерія и неврастенія или даже невропатическая почва скорѣе побудитъ насъ къ оперативному устраненію полового страданія, нежели при здоровой нервной системѣ. Особенно кровопотери очень плохо переносятся неврастеническими субъектами, такъ что при маточныхъ кровотеченияхъ неврастеническихъ или истерическихъ особъ мы скорѣе рѣшаемся на радикальное оперативное вмѣшательство, нежели у женщинъ съ нормальной нервной системой. Для примѣра скажемъ, что при кровотеченияхъ вслѣдствіе метроэндометрита у женщинъ, близкихъ къ климактерію, полная экстирпація матки у неврастеническѣ показуется уже тогда, когда мы у нормальныхъ женщинъ еще попробовали бы уменьшить кровотеченіе посредствомъ прижиганій, выскабливаній. Отъ продолжительныхъ кровотеченій нервное состояніе и истощенія женщины можетъ настолько ухудшиться, что работоспособность зачастую восстанавливается лишь спустя годы послѣ прекращенія кровотеченія.

Такимъ же образомъ дѣло обстоитъ при хроническихъ заболѣваніяхъ придатковъ; здѣсь играютъ роль не столько кровопотери, сколько мѣстные ощущенія. Послѣднія зачастую настолько слабы, что они при нормальной нервной системѣ либо совсѣмъ не ощущаются, потому что лежатъ ниже порога сознанія, либо обозначаются лишь какъ тупыя боли и легко переносятся долгое время; напротивъ, при повышенной возбудимости мозговой коры при истеріи они часто обозначаются уже какъ невыносимыя и настолько вліяютъ на общее

состояніе женщины, что полное ихъ устраненіе посредствомъ оперативнаго вмѣшательства скорѣе покажется.

На это значеніе раздраженій, которыя въ нормальномъ состояніи лежатъ ниже порога сознанія (*unterschwellige Reize*), а при повышенной возбудимости доходятъ до сознанія и такимъ образомъ могутъ дать показаніе къ оперативному вмѣшательству, мы уже указали при леченіи дисменоррей.

Такимъ образомъ мы видимъ, что, съ одной стороны, ознакомленіе съ функциональными нервными болѣзнями заставило существенно ограничить оперативныя мѣропріятія, но, съ другой стороны, наоборотъ, истерія понуждаетъ насъ радикально (оперативно) вмѣшаться тамъ, гдѣ при нормальной нервной системѣ было бы еще умѣстно выжидательное леченіе.

Истерія можетъ, наконецъ, даже *непосредственно* дать поводъ къ операціи на половыхъ органахъ, а именно при истерическихъ мено- и метроррагіяхъ. Последнія въ своемъ теченіи не имѣютъ ничего характеристичнаго и въ общемъ лишь тѣмъ отличаются отъ кровотеченій метритно-оваріальнаго происхожденія, что они зачастую зависятъ отъ психическихъ возбужденій. Они очень часто противостоятъ всякому внутреннему назначенію *stypica*; даже прижиганіе, выпариваніе, выскабливаніе имѣютъ лишь временный успѣхъ. Хотя мы того убѣждены, что эти кровотечения никогда не усиливаются до степени, опасной для жизни, тѣмъ не менѣе мы полагаемъ, что въ отдѣльныхъ случаяхъ они могутъ оправдывать оперативное вмѣшательство. Само собою разумѣется, что мы предпосылаемъ общее противонервное леченіе и пробуемъ сперва всѣ палліативныя средства противъ кровотеченій; но извѣстный процентъ случаевъ все таки остается, въ которыхъ мы на основаніи этого показанія рѣшились предпринять полную экстирпацію. Важное значеніе, которое кровотечения имѣютъ для состоянія нервного истощенія женщины, облегчаетъ показаніе къ этому вмѣшательству.

Относительно значенія искусственной стерилизаціи при тяжелыхъ неврастеническихъ состояніяхъ истощенія мы уже говорили въ предыдущей главѣ: точно также относительно вліянія операцій на истерію и неврастенію мы отсылаемъ къ соответственной главѣ.

Алфавитный указатель.

А.

- Адреналинъ для мѣстной анестезіи 74.
Alexander-Adams'a операція при подвижной ретроверсии 174;— при пролапсѣ 216, 237.
Алкоголь для обеззараживанія рукъ 10, 11;— для кровоостанавливанія 42.
Алюминіевая проволока для швовъ 2.
Ампутація влагалищной части при пролапсѣ 217;— при ракѣ 447.
Ангиотрибъ Thumm'a 41, Doyen'a 41, Zweifel'я 41, Tuffier 41;— при операціи міомы 377;— при оваріотоміи 479.
Anus praeternaturalis vaginalis 516.
Аппендицитъ и его отношенія къ половымъ органамъ 311.
Артеріальные зажимы 38.
Асептика рукъ 7.
Atm. kansis 246.
Атрезія hymen'a 160;— влагалища 160;— шейки 161.
Autotransfusio 84.

Б. В.

- Безплодіе, оперативное лечение 168.
Биеговская анестезія 75;— техника ея 76.
Billroth-батистъ 14.
Бромъ-этиль для наркоза 58.
Брюшина, мѣстное предрасположеніе къ инфекціи 45;— повышение сопротивляемости 52.
Брюшное зеркало Fritsch'a 22.
Брюшныя операціи міомы 361;— полная экстирпація 379, по Doyen'у 388;— по поводу карциномы 403.

В.

- Вагинуэксізація матки 181.
Вапоризація 246.
Вентриэксізація матки 172.
Веселящій газъ для наркоза 64.
Влагалище, содержаніе зародышей 16;— ракъ 458.
Влагалищная полная экстирпація при пролапсѣ 220;— при міомѣ—345;— при ракѣ—403; при влагалищной оваріотоміи 471;— при фистулахъ 505.
Влагалищный ракъ 458.
Вливаніе физиологическаго раствора 84.
Выборочный уходъ за ножкой при операціи міомы 392.
Воздушная инфекція 17.

- Возрастная кривая при пролапсѣ 199;— при міомѣ 331.
Всасываніе жидкостей брюшиной 45;— за разныхъ зародышей 45.
Выворотъ матки 198.
Выпаденіе 199;— ортопедическое лечение 200;— профилактика 203;— пластика 203;— ампутація шейки 216;— полная экстирпація 220;— операція Freund'a 223, Wertheim-Schauta 225.

Г. Н.

- Gaematometra unilateralis, оперативное лечение 163.
Гангрена міомы 334.
Гонорройныя воспаления придатковъ 265.
Грыжи послѣоперационныя 86;— радикальная операція ихъ 144.

Д.

- Давящая повязка послѣ брюшныхъ операцій 18.
Дезинфекція рукъ 7.
Дисменоррея, оперативное лечение 165.
Диагностика рака матки 455.
Дренажъ равъ 43;— брюшной полости 489.

Ж.

- Желудочныя кровотеченія послѣ операцій 85.

З.

- Зеркало съ лампочками наваливанія Otta 32, Döderlein'a 32.

И. I.

- Измѣреніе температуры во время операціи 81.
Цент. механической 53;— паразитической 115.
Инфекція капельная 17;— имплантационная 21;— контактная 21;— мѣтры предупрежденія 45;— выпрыскиваніе сыворотокъ 130.

К.

- Каломель послѣ чревосѣченій 108.
Кастрація, вліяніе на организмъ 131;— при міомѣ 393;— при остеомаляціи 487.
Катетеръ à demeure при операціяхъ мурзырныхъ свищей 496.
Кислородъ для наркоза 66;— при опасномъ кровотеченіи 83.

Кипячно-подовые свищи 514.
 Климатическая явленная после удаления
 яичников 131;—после удаления матки
 136;—после операции миомы 396.
 Кожа, обеззараживание 8;—уход 10.
 Кожань для местной анестезии 75.
 Kolpectomia по P. Müller'y 231.
 Kolpokleisis 506.
 Kolposceliotomia при овариотомии 472.
 Kolporrhaphia anterior 205;—posterior
 210;—mediana 217.
 Контактная инфекция 21.
 Кровать переставная 111.
 Кровоостанавливание 37.
 Кровотечения при мисиб 332;—при раке
 455.
 Катгутовые швы, погружные, при опера-
 циях пролапса 207;—при зашивании фи-
 стуль 496.
 Катгутъ 3;—влияние способа приготовления
 на частоту нагноений швовъ 36.

Л.

Лейкоцитозъ, искусственный 5.
 Литатуры изъ шелка 33;—изъ катгута 36.
 Лизолю для дезинфекции рукъ 11.
 Лимфатическй аппаратъ женскихъ поло-
 выхъ органовъ 415;—при раке матки
 437.
 Лимфатическй железы, карциноматозныя
 438, 439, 441.
 Липкй пластырь для укрѣпленія повязки
 18.

М.

Маска для лица 18.
 Маска для наркоза 58.
 Матка, содержание кардышей 16; про-
 лапсъ 217;—туберкулезъ 299;—ракъ
 401;—саркома 456.
 Метрить 240;—лечение 249.
 Миома матки 331;—операция 338;—консер-
 вативная, влагаллициная 343; радикаль-
 ная влагаллициная 351;—влагаллициная
 энуклеация 345;—брюшная консерватив-
 ная 361;—брюшн. полная экстирпация
 379;—надвлагаллич. ампутация 369;—
 уходъ за ножкой по Schröder'y 371,
 по Zweifel'ю 379, по Hegar'y 392.
 Molimina menstrualia 140.
 Мочеполовые свищи 493;—операция 497.
 Мочеточниково-володые свищи 507.
 Мочеточникъ при операции рака 420, 423.
 Местная анестезия 73.

Н.

Нагноение швовъ 35.
 Наркозъ 56;—выгоды и недостатки эфира
 и хлороформа 57;—бромъ-этиль 58;—
 хлоръ-этиль 59;—компоформъ 59; ве-
 селящий газъ 60;—выборъ маски 62;—
 аппаратъ Draeger'a 63;—скололаминт-
 морфий 70;—параличи 70.
 держание мочи безъ фистулы 513;—опе-
 рация Schultze 513;—операция Gersuny
 514.

Нуклеинъ для искусственного достиженія
 лейкоцитоза 51.

О.

Обезкровливание, искусственное 42.
 Обезпложивание перевязочного материала
 1;—инструментовъ 2;—швейного мате-
 риала 3.
 Овариотомия 465;—влагаллициная 471;—
 брюшная 478;—уходъ за ножкой 480.
 Омертвѣние миомы 334.
 Операционное поле, отграничение его 14;—
 обнаженіе его при операцияхъ въ брюш-
 ной полости 21;—при влагаллициныхъ опе-
 рацияхъ 26;—при операции фистуль 497.
 Операционный залъ, освѣщеніе 27.
 Освѣщеніе операционнаго поля 27, опе-
 рационнаго зала 28;—при влагаллициной
 полной экстирпации 359.
 Осложненія миомы 337.
 Остеомалиція, удаленіе яичниковъ 487.
 Отопленіе операционной комнаты 79.
 Охлажденіе при операции 81.

П. Р.

Panbysteromyometostomia 379;—по Douay'u
 388.
 Параличъ желудка послѣ операций 119;—
 кишечк 115.
 Penglhawar-Djambi для кровоостанавли-
 вания 42.
 Перекись водорода для кровоостанавли-
 вания 42.
 Переливаніе крови 84.
 Перистальтика, возбужденіе послѣ чрезъ-
 сѣченія 108.
 Перитонитъ, лечение 124;—дренажъ 128;
 въздѣйствіе переключиванія ножки вѣтви
 468;—операция 482.
 Перчатки для операций 11.
 Руоалрияхъ, операция 309.
 Питание, подкожное, при перитонитѣ 124.
 Пневмонія послѣоперационная 77, 110.
 Повязка послѣ операции 18.
 Понизъ экстирпации матки при пролапсѣ
 220;—при миомѣ влагаллициная 351;
 брюшная 379;—при раке влагаллициная
 404, по Scheuchardt-Schauta 445;—брюш-
 ная по AV. rtiney'u 417, по Mackenrodt'u
 445;—при пузырькахъ свищахъ 505.
 Положеніе большой при операции 21.
 Пороки развитія, операция при нихъ 56.
 Почки, экстирпация 428, 512.
 Предрасположеніе къ инфекціи 20;—възду-
 предупреденія 45.
 Приготовленіе большой къ операции 42.
 Производительная способность послѣ опе-
 рации миомы 319;—послѣ операции про-
 лапса 219, 220;—послѣ овариотомии 484.
 Проплапсъ см. Выпаденіе.
 Пузырно-кишечные свищи 516.

Р.

Разрывъ промежности, операция неволевого
 211;—волевого 517;—аналгезія при
 образованіи пролапса 202.