



ПРЕДИСЛОВИЕ РЕДАКТОРА.

Предлагаемый курс «Оперативной гинекологии» принадлежит крупнейшему хирургу и клиницисту профессору гинекологической клиники Парижского медицинского факультета Жан Луи Фору, виднейшему представителю современной французской хирургической школы.

Изыщество, быстрота и смелость его оперативной техники в сочетании с крайним упрощением хирургических приемов и обстановки являются главнейшими особенностями этого блестящего хирурга, заканчивающего операцию удаления фибромы в 12—15 мин., операцию Вертгейма в 40—45 мин., и имеющего смертность при хирургическом лечении рака матки лишь 3%.

Редактируемая нами в русском авторизованном переводе «Оперативная гинекология» Ж. Л. Фора представляет собой принадлежащую ему хирургическую часть капитального труда по гинекологии (*Traité de gynécologie médico-chirurgicale*), изданного Ж. Л. Фором совместно с Арман Сиредей (Armand Siredey) и вышедшего в 1928 г. 4-м изданием.

Отличаясь оригинальностью, богатством оперативных модификаций и рядом новых принципиальных положений в полостной хирургии, «Оперативная гинекология» Ж. Л. Фора, переработанная и дополненная автором для данного издания, занимает несомненно одно из наиболее крупных мест среди современных руководств по оперативной гинекологии. Благодаря сжатости изложения и богатству иллюстраций можно надеяться, что предлагаемое руководство будет иметь значительную практическую ценность.

Проф. Б. Архангельский.

24/IV 1932 г.
г. Москва.

ПРЕДИСЛОВИЕ АВТОРА К РУССКОМУ ИЗДАНИЮ.

Эта книга представляет собой лишь оперативную часть руководства *Traité de gynécologie médico-chirurgicale*, изданного мною совместно с А. Siredey.

Я надеюсь, что она окажет достаточную услугу и моим русским коллегам. По существу, в хирургической гинекологии отнюдь не являются главными вопросы диагностики, патологической анатомии или симптоматологии, которые всем хорошо известны и в отношении которых все хирурги придерживаются одинаковых взглядов.

Главным является вопрос о показаниях к операции, и когда последняя предпринимается — техника ее производства; ведь дело отнюдь не сводится только к тому, чтобы сделать операцию больной, нуждающейся в ней; необходимо произвести ее наиболее совершенным образом и в условиях, максимально обеспечивающих больной выздоровление. И вот на этой-то технике хирурги и должны фиксировать свое внимание.

Работая в течение 40 лет над усовершенствованием и упрощением техники оперативной гинекологии, я чувствую от этой последней работы удовлетворение и полагаю, что в технику операции над маткой и ее придатками мне удалось внести порядок и систему, которые обеспечили ей максимальную четкость. Это имеет большое значение, так как именно от уточнения методов, совершенства техники и наличия того или другого инструментария зависит как хороший исход операции, так и риск от нее.

Современная хирургия, развитие которой совершалось на глазах и при участии людей моего возраста, снизила опасность от больших операций до минимума. Она убедила нас в могущественном значении правил асептики, которыми в настоящее время с одинаковым успехом пользуются хирурги всего мира. Но вместе с тем она несколько отодвинула на второй план значение оперативной техники. И благодаря этому многие хирурги склонны думать, что если операция произведена в условиях асептики, то этим все сделано.

Однако желудочно-кишечная хирургия, где жизнь оперированных зависит от совершенства наложенных швов, нам показала, какое важное значение имеет здесь совершенная оперативная техника.

В тазовой хирургии значение безупречной техники не так очевидно. Однако она здесь имеет не меньшее значение, и нередко жизнь и смерть оперированной зависят лишь от совершенства техники данной операции.

Эту истину мы должны хорошо усвоить, ибо на нашем поприще хирурга на сотни и тысячи операций, которые мы принуждены делать, число погибающих или спасаемых нами больных зависит от техники производства операции.

Это одинаково справедливо как и в отношении техники экстирпации матки, так и особенно в отношении значения дренажа по Микуличу. Последний будет иметь значение до тех пор, пока какая-либо действительная предоперационная вакцина не заставит нас от него отказаться. Число больных, которых он ежегодно спасает, исчисляется тысячами.

Во время своего недавнего посещения Москвы я был удивлен тем, что техника русских хирургов столь сходна с техникой хирургов французских. Те же основные принципы, та же простота операции. Хирург оперирует с одним, максимум с двумя помощниками, стараясь не терять даром драгоценного времени, не затягивая напрасно операции, ибо он знает, что больная, которая находится под наркозом, подвергается опасности, и чем дольше длится операция, тем больше несчастных случаев и операционных осложнений.

Поскольку мои русские коллеги, присутствовавшие на нескольких операциях, которые я имел честь делать в больницах Москвы, высоко оценили особенности французской техники — методичность, простоту и быстроту выполнения — по крайней мере в отношении производства экстирпации матки, я вместе с моим другом проф. Б. А. Архангельским видел все основания перевести на русский язык часть моей книги, посвященную исключительно оперативной технике (4-е издание) и неизданной еще в СССР, с целью предоставить ее в распоряжение моих русских коллег.

Мой друг проф. Б. А. Архангельский, уже редактировавший прекрасный перевод моей книги «Рак матки», любезно согласился взять на себя редакцию этого нового перевода.

Вот каким образом появилась эта книга, которая укрепит научную связь хирургов двух наших стран и будет способствовать, я надеюсь, спасению жизни бесчисленного количества женщин великого русского народа.

Ж. Л. Фор.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

	Стр.
<i>Предисловие редактора</i>	3
<i>Предисловие автора к русскому изданию</i>	4
<i>Глава I. Оперативная анатомия</i>	9
<i>Глава II. Пороки развития половых органов</i>	32
<i>Глава III. Разрывы промежности</i>	37
Оперативное лечение	38
Свежие разрывы промежности	39
Давние разрывы промежности	40
Неполные разрывы промежности	41
Способ Хегара	42
Способ Лавсон-Тайта	44
Полные разрывы промежности	45
Способ Симон-Хегара	46
Способ Эммета	48
Способ Лавсон-Тайта	50
<i>Глава IV. Свищи половой сферы</i>	52
Мочевые свищи	52
Свищи мочевого пузыря (пузырно-влагалищные и пузырно-маточные)	54
Оперативное лечение их	55
Американский способ	57
Способ расслоения	58
Способ Фергюссон-Бракетт	59
Последующий уход за оперированными	60
Сложные операции	61
Уретро-влагалищные свищи	66
Оперативное лечение их	66
Свищи мочеоточника	67
Оперативное лечение их	69
Каловые свищи	73
Ректо-вагинальные свищи	73
Оперативное лечение их	74
Кишечно-влагалищные свищи	75
Оперативное лечение их	78
<i>Глава V. Оперативное лечение неправильных положений матки</i>	78
Отклонение матки кзади	81
Лигаментопексия	89
Гистеропексия	95
Показания для отдельных способов	97

<i>Глава VI.</i> Выпадение половых органов	98
Оперативное лечение выпадений	99
Передняя кольпоррафия	101
Задняя кольпоцервиксооррафия	105
Способ Дотери	105
Способ Мартина	108
Способ Эммета	108
Способ Лавеллонга	108
Способ миоррафии мышцы, поднимающей задний проход	110
Способ Мариона	112
Способ Ле-Фора	113
Кольпэктомия	114
Операции на связках	115
Влагалищная гистероэксия	116
<i>Глава VII.</i> Выворот матки	125
<i>Глава VIII.</i> Оперативное лечение воспалений матки	134
Выскабливание	135
Осложнение при выскабливании	139
Ампутация маточной шейки	139
Способ Шредера	140
Способ Симона-Марквальда	143
Оперативное лечение ненормальных состояний шейки матки	147
<i>Глава IX.</i> Оперативное лечение патологических процессов в малом тазу	150
Кольпотомия	152
Удаление придатков	163
Общая техника чревосечения	163
Техника экстирпации придатков	184
Удаление матки путем чревосечения	199
Надвлагалищное удаление матки	200
Способ Фора. Удаление матки путем отсечения	203
Способ Келли. Удаление матки непрерывным поперечным разрезом.	220
Способ Террье. Удаление матки путем первичной экстирпации матки	228
Способ Фора. Удаление матки путем рассечения ее пополам	234
Конец операции. Лигатуры и некролизация	238
Полное удаление матки	243
Способ Дуайена	244
Способ Келли-Сегона	246
Способ рассечения матки пополам	248
Способ Фрейнда	252
Показания и выбор оперативного метода	253
Удаление матки через влагалище	263
Техника влагалищного удаления матки при тазовых нагноениях	264
Способ Дуайена	266
Способ Мюллер-Кеню	282
Способ Пеана	285
Способ Сегона	286
Способ кускования	287
Сравнительная оценка методов удаления матки через влагалище и путем чревосечения при лечении тазовых нагноений	292
Консервативные операции	294
<i>Глава X.</i> Оперативное лечение фибром	304

	Стр.
<i>Глава XI. Рак матки</i>	315
Оперативное лечение рака шейки	316
Удаление матки через влагалище	317
Удаление матки путем чревосечения	326
Общие соображения относительно дренажа Микулича	355
Систематическое применение дренажа Микулича при расширенной операции удаления матки.	358
Брюшно-вагинальное удаление матки	369
Оперативное лечение рака тела матки	382
<i>Глава XII. Оперативное лечение опухолей яичника</i>	384
Овариотомия	384
<i>Глава XIII. Оперативное лечение внематочной беременности</i>	392
<i>Глава XIV. Оперативное лечение диффузных кровотечений и осумкованных крововизлияний</i>	398
Диффузные кровотечения	398
Осумкованные крововизлияния	400
<i>Список авторов</i>	407
<i>Предметный указатель</i>	410

ГЛАВА ПЕРВАЯ.

ОПЕРАТИВНАЯ АНАТОМИЯ ¹.

Головые органы женщины и в частности матка и ее придатки представляют как для хирурга, так и для анатома одно неделимое целое. Их общее развитие, их тесные сосудистые соотношения, их связочный аппарат — все это заставляет объединять их вместе.

Вот почему я считаю полезным, особенно в такой работе, как эта, прежде всего в кратком изложении охарактеризовать главнейшие соотношения этих органов между собою и с соседними с ними частями и главным образом отметить те анатомические детали, которые необходимо очень хорошо знать, поскольку они лежат, я бы сказал, в основе всей хирургической техники лечения заболеваний половой сферы.

При наличии у хирурга этих сведений, которые, будучи весьма простыми, являются почти основами анатомии, его оперативная техника становится своеобразно четкой. Некоторые случаи, которые на первый взгляд кажутся очень трудными, могут оказаться сравнительно простыми и нередко случается с легкостью и безопасностью производить операции там, где незнание этих основ делает их трудными и рискованными.

Если придать женщине положение, являющееся в настоящее время классическим при производстве хирургического вмешательства над придатками, т. е. *наклонное* положение под углом в 45° и, отодвинув кишечные петли, обследовать тазовую полость, то непосредственно в центре этой тазовой впадины оказывается *дно матки*; его легко распознать по розовато-белой окраске, продолговатой форме, а в случаях, где одного осмотра было бы недостаточно, по его своеобразной консистенции — одновременно плотной и эластичной.

Описанное *дно* матки, расположенное большей осью в поперечном направлении, истончается с каждой стороны на уровне маточных углов и без ясных границ сливается с верхним краем *широких связок*, которые, отойдя от краев матки, направляются в сторону к соответствующим стенкам малого таза, где они и переходят в париетальную брюшину.

Верхний конец каждой широкой связки оказывается разделенным на

¹ Мы приводим здесь лишь самые необходимые сведения, имеющие тесную связь с оперативной техникой. За множеством анатомических подробностей, о которых мы не имеем возможности говорить здесь, следует обратиться либо к классическим учебникам, либо к оригинальным рисункам, сопровождающим этот текст, которые имеют большее значение, чем всякие описания.

три вторичных складки, или, как принято называть, три *крыла*, которые все вместе начинаются у маточного угла и затем расходятся по направлению к стенкам таза. Главная, верхняя складка, кажущаяся непосредственным продолжением маточного угла, заключает в себе *трубу*, наруж-

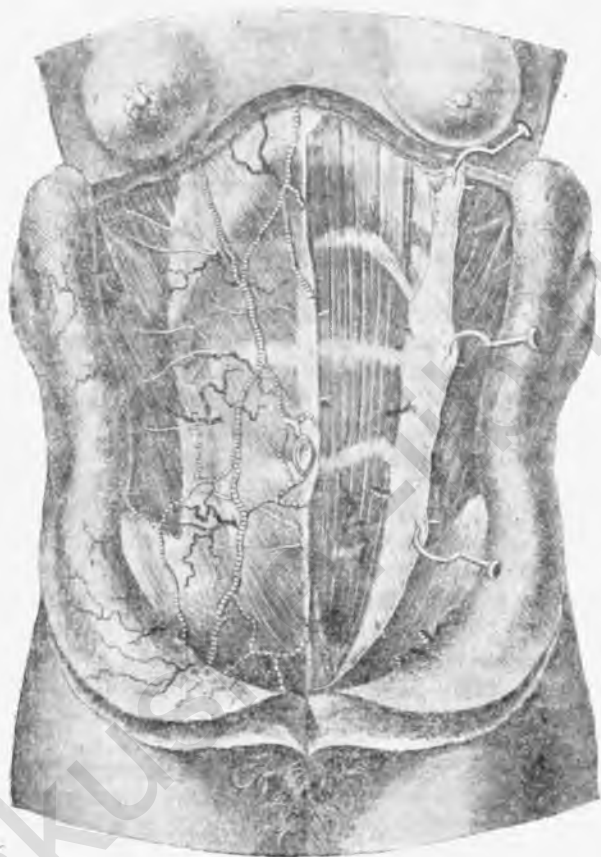


Рис. 1. Анатомия брюшной стенки. Поверхностный слой.

Справа апоневроз сохранен. Слева он рассечен на уровне влагалища большой прямой мышцы таким образом, чтобы дать возможность видеть последнюю на всем ее протяжении. Справа видны подкожная венозная сеть и выступающие артериальные веточки, идущие от надчревной артерии.

ный конец которой, слегка заворачиваясь сзади, касается своей бахромчатой частью яичника. *Яичник*, который имеет крайне разнообразный вид (даже в здоровом состоянии), нередко бывает скрыт трубой и покрывающей ее верхней складкой широкой связки. В действительности же он расположен в задней складке последней и соединен с маточным углом небольшой *маточно-яичниковой* связкой, а с фимбриальным концом трубы

еще менее значительной связкой *трубно-яичниковой*, которая часто представляет собой одну из наиболее развитых бахромок, расположенных вокруг отверстия трубы.

Итак следовательно яичник находится в задней складке широкой маточной связки и сам в свою очередь прикрыт верхней складкой послед-

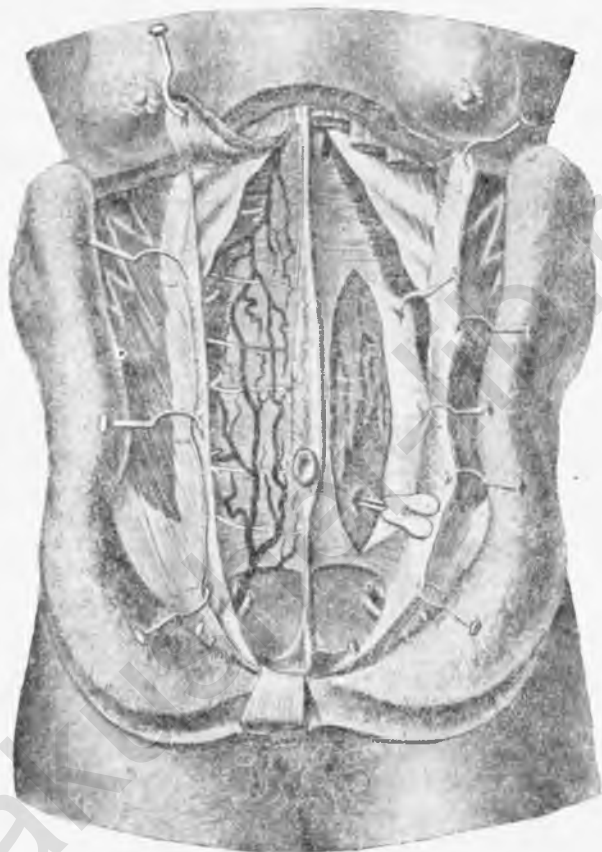


Рис. 2. Анатомия брюшной стенки. Глубокий слой.

Справа большая прямая мышца удалена, видна анастомозирующая сеть надчревной и внутренней грудной артерий, а в глубине виден апоневроз поперечной мышцы живота и полукружная линия Дугласа (*linea semicircularis Douglasii*. — *Ред.*) Слева этот апоневроз рассечен и отделен от брюшины, сквозь которую введен в брюшную полость желобоватый зонд и через которую просвечивает сальник.

ней. Поэтому, чтобы видеть яичник, почти всегда приходится приподнимать скрывающую его трубу.

Напротив, передняя складка широкой связки видна очень отчетливо, особенно, если дно матки подтянуть кверху. Тогда по передней поверхности широкой связки эта складка ясно обрисовывается в виде про-

долговатой выпуклости, которая, отойдя от места своего начала у маточного угла немного впереди от трубы, идет косо кнаружи по направлению к внутреннему отверстию пахового канала. Эта выпуклость создается *круглой маточной связкой*.

По средней линии дно матки непосредственно переходит в переднюю

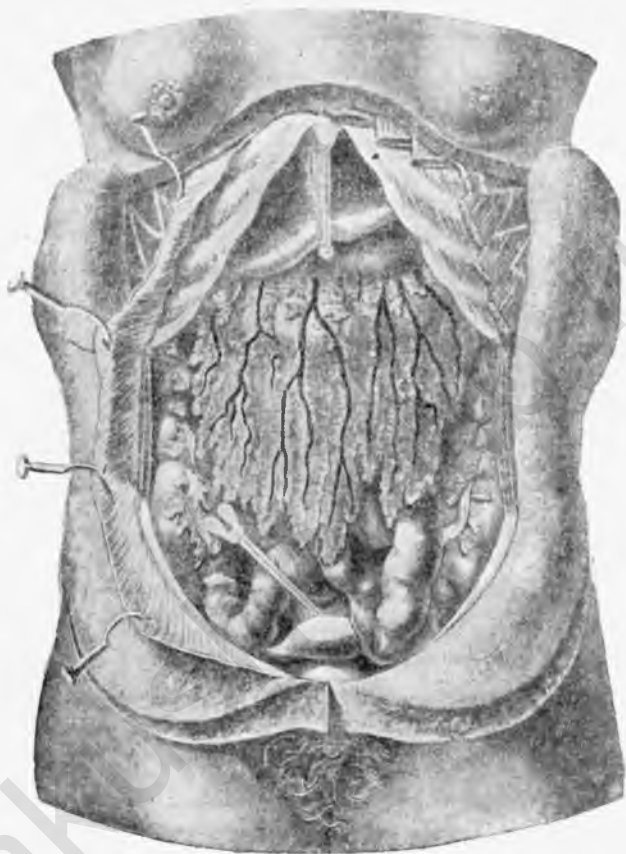


Рис. 3. Брюшная полость после удаления брюшной стенки.

Органы видны в их нормальных соотношениях. Нижние петли тонких кишок приподняты благодаря чему видны дно матки и дугласово пространство, в которое введен желобоватый зонд.

поверхность ее тела, видимую на значительном своем протяжении. По крайней мере видна вся та часть, которая покрыта брюшиной, т. е. от дна матки до пузырно-маточного свода. Когда женщина прокатетеризирована, и ее мочевой пузырь пуст, что всегда должно быть сделано к моменту операции, пузырно-маточного свода не существует. Кпереди от матки между ее передней поверхностью и лобком отмечается лишь

обширное углубление, дно которого образовано мочевым пузырем и выстилающей его брюшиной. Когда мочевой пузырь наполняется, это углубление мало-помалу сглаживается, и пространство, отделяющее матку от симфиза, выполняется шаровидной выпуклостью, которая отодвигает матку кзади; но тогда между мочевым пузырем и маткой обра-

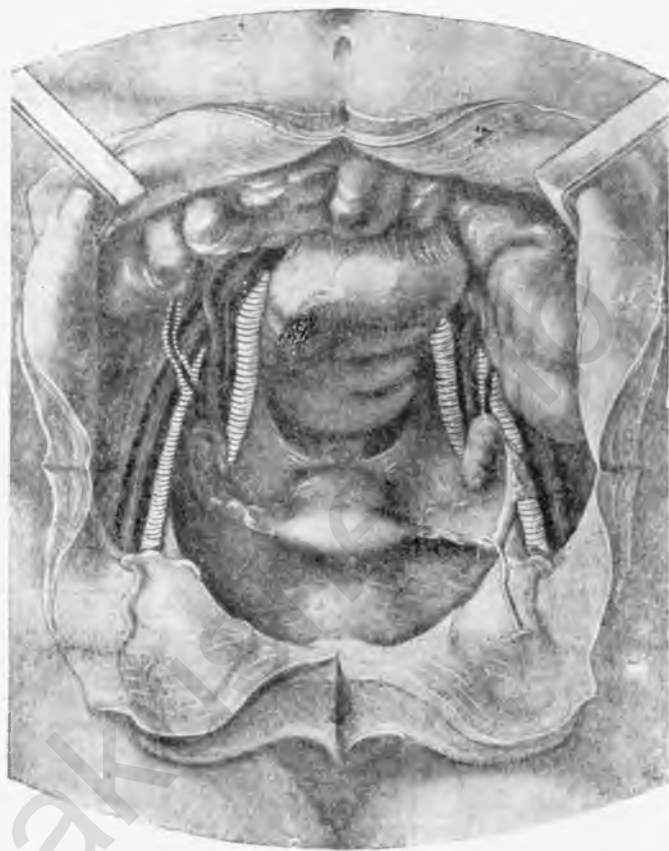


Рис. 4. Полость таза, вид сверху.

Брюшина удалена с боковых частей таза, вследствие чего видны подвздошные сосуды, маточно-яичниковые и мочеточник. В глубине видно дугласово пространство, ограниченное с каждой стороны крестцово-маточными связками.

зается слепой брюшинный мешок, который тем глубже, чем объемистее мочевой пузырь.

Когда женщина находится в наклонном положении, матка стремится отойти к крестцовой впадине. В этом случае видна лишь ее передняя поверхность, задняя скрыта совершенно. Чтобы видеть последнюю, надо специальными щипцами захватить дно матки и подтянуть его вперед по направлению к лобку. Тогда становится видной задняя поверхность

тела матки, которая по сторонам незаметно переходит в задние листки широких связок.

Позади матки находится очень глубокая полость — дугласово про-



Рис. 5. Передне-задний разрез таза по средней линии.

Кзади от симфиза разрез направляется влево от средней линии. Уретра, влагалище, прямая кишка отмечены зондами. Из ишио-ректальной впадины удален жир, вследствие чего видны сосуды и внутренние срамные нервы. Мышца, поднимающая задний проход, приподнята крючками. Так же приподнята брюшина, вследствие чего видны органы, находящиеся в широкой связке и в частности мочеточник и перегиб маточной артерии.

странство, представляющее собой дно тазовой брюшины, в которое вдается прямая кишка с весьма непостоянным расположением в данном месте. В некоторых случаях узкая и почти прямолинейная прямая кишка иногда может вместе с тазовым отрезком ободочной кишки (продолже-

нием которой она служит) образовать один или несколько больших изгибов, почти целиком выполняющих дугласово пространство.

Передняя стенка этого дугласова пространства почти целиком обра-



Рис. 6. Передне-задний разрез таза.

Разрез проходит немного влево от средней линии. Горизонтальный разрез мочеиспускательного канала, влагалища, прямой кишки. Мочевой пузырь, матка и большая часть прямой кишки удалены. Также удалена мышца, поднимающая задний проход, благодаря чему видна правая ишио-ректальная впадина с жиром и находящимися в ней различными органами. Спереди промежностный апоневроз вскрыт. Крючком раздвинута седалищно-пещеристая мышца и вскрыто пещеристое тело.

зается всей задней поверхностью матки. Но брюшина, выстилающая эту заднюю поверхность, не кончается на уровне шейки матки. Она спускается на известном протяжении по задней стенке влагалища, чтобы на уровне дна дугласова пространства перейти на прямую кишку.

Высота участка влагалища, покрытого брюшиной, гораздо значитель-

нее, чем это обычно принято думать, и когда матку сильно подтягивают
вверх, видно, как углубляется дугласово пространство и удлиняется
покрытая брюшиной часть влагалища. В этом случае последняя может

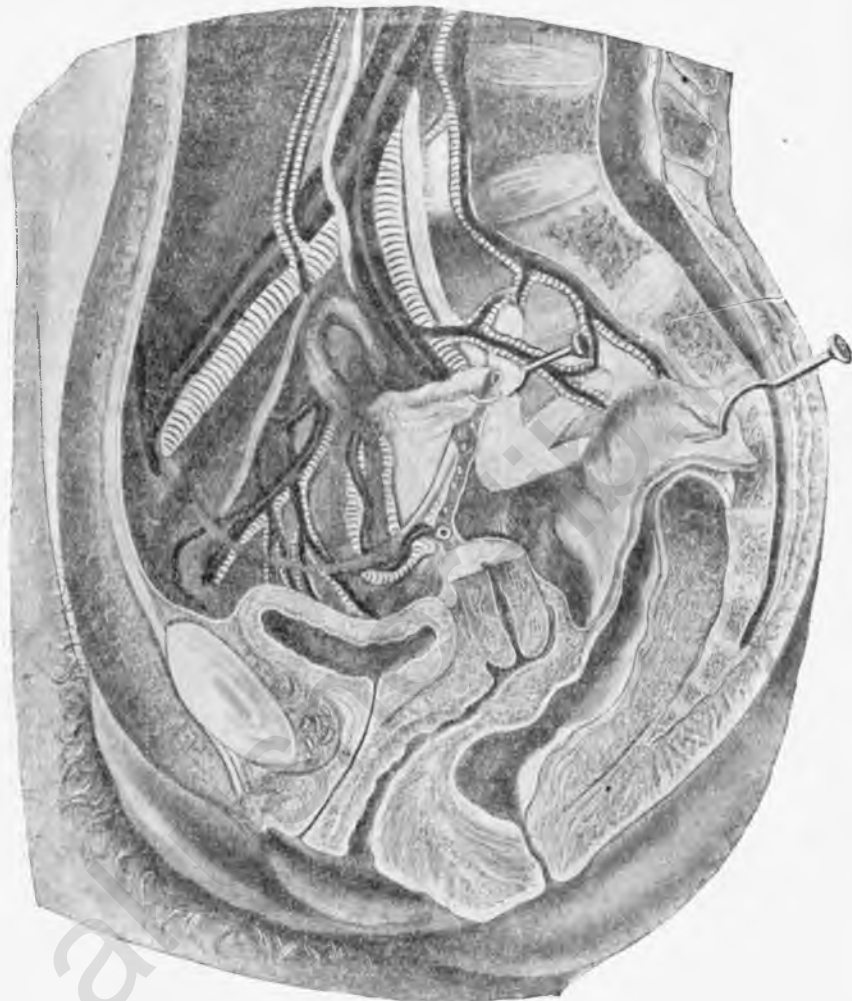


Рис. 7. Передне-заднее сечение таза по средней линии.

Матка отсечена на уровне внутреннего отверстия, и ее тело удалено. Виден участок
правой широкой связки, отсеченной на уровне маточных краев. Через брюшину про-
свечивают мочеточник, круглая связка, маточные и подчревные сосуды.

достигнуть нескольких сантиметров, и, несмотря на невозможность дать
здесь абсолютно точных цифр, все же совершенно очевидно, что на этом
участке почти всегда имеется достаточно места для производства широ-
кого вскрытия.

Эта анатомическая особенность имеет громадное значение с точки зрения хирургической техники, одинаково как при некоторых влагалищных операциях, при которых идут сзади от шейки матки и рассекают задний свод влагалища, чтобы вскрыть тазовые или даже трубные очаги,



Рис. 8. Вид таза сверху.

Матка удалена. Между мочевым пузырем и прямой кишкой видна культя влагалища. Справа видны все органы, расположенные по тазовому дну (маточная артерия, артерии мочевого пузыря и прямой кишки, мочеточник, круглая маточная связка и нервы). Слева все эти органы удалены и видна верхняя поверхность мышцы, поднимающей задний проход.

так и при брюшных операциях, где стараются, напротив, сверху вниз вскрыть влагалищную стенку непосредственно под шейкой, чтобы проникнуть во влагалище с целью захватить там шейку матки или же с целью поставить широкий дренаж.

Итак матка и придатки почти свободны в тазовой полости. Со стенками таза и его дном они соединены лишь относительно мало значащими связками, изучением которых мы сейчас и займемся. Такое расположение делает матку почти независимой от соседних органов, с которыми она,



Рис. 9. Вид тазового дна сверху.

Мочевой пузырь отсечен около шейки. Матка, удаленная целиком, позволяет видеть сечение влагалища, позади которого находится сечение прямой кишки. Мышца, поднимающая задний проход, на большем своем протяжении удалена с обеих сторон. Слева оставлено копчиковое прикрепление. Видны выполненные жиром обе шишко-ректальные впадины. Справа видны внутренние срамные сосуды и промежностный апоневроз.

исключая влагалище, находится только лишь в соприкосновении.

Сзади матка отделена от прямой кишки широким и глубоким дугласовым пространством.

Спереди она соприкасается с мочевым пузырем лишь нижней третью своей передней поверхности (от влагалищного прикрепления до внутрен-

него отверстия); вся же передняя поверхность ее тела, покрывая брюшиной, совершенно свободна.

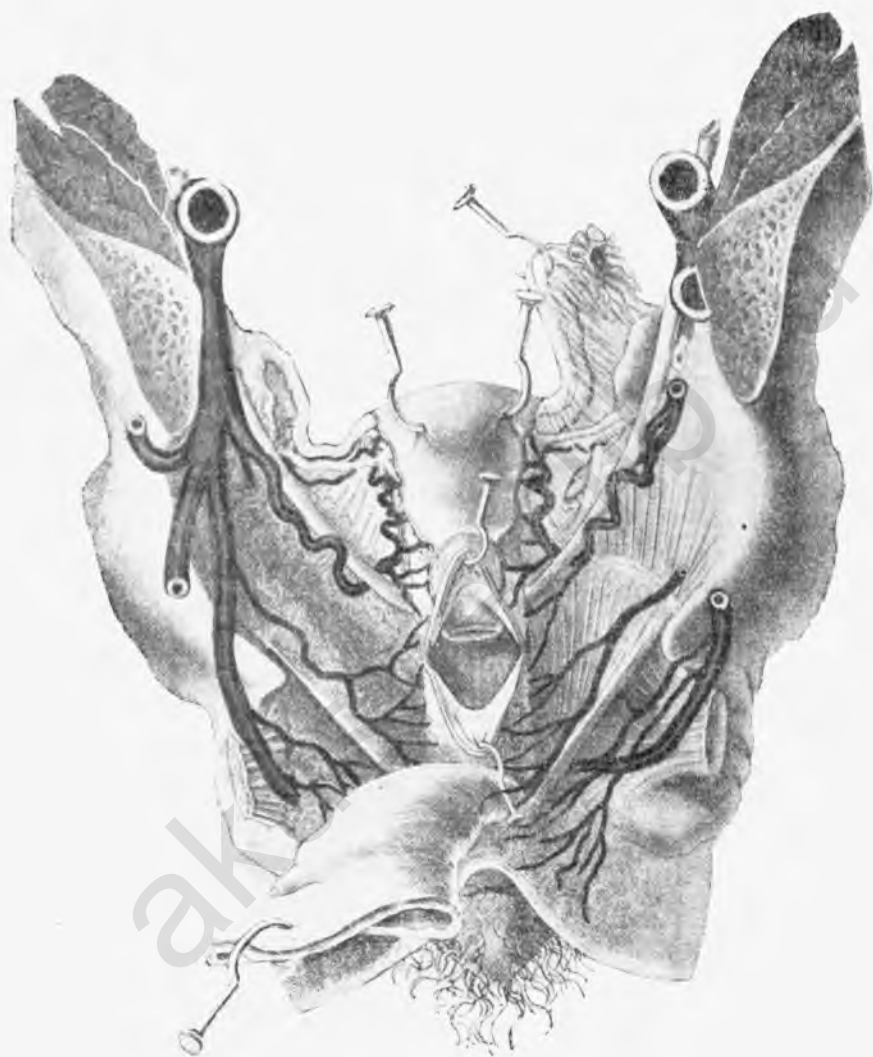


Рис. 10. Вертикальный и поперечный разрез на уровне седалищных вырезок.

Прямая кишка оттянута кзади, чтобы дать возможность видеть матку и влагалище, вскрытое на уровне шейки. Сверху, с каждой стороны, над мышцей, поднимающей задний проход, видно верхнее тазово-ректальное пространство. Слева — жир сохранен; справа — жир удален, и видны все органы, находящиеся в широкой маточной связке и в частности мочеточник и перегиб маточной артерии.

Между маткой и мочевым пузырем в том месте, где эти органы соприкасаются между собой, находится слой довольно рыхлой клетчатки.

При жизни эта клетчатка разъединяется с необыкновенной легкостью, причем можно без малейшего риска поранения мочевого пузыря (по крайней мере, когда он здоров) пальцем или простым оттягиванием отделить эти органы друг от друга.

Лишь брюшина, переходящая с матки на мочевой пузырь, соединяет



Рис. 11. Венозное сплетение широкой связки.

Мочеточник рассечен непосредственно под перегибом маточной артерии, чтобы показать его соотношение с венозным сплетением.

указанные органы более тесным образом; но обычно и этот серозный листок бывает не настолько плотным, чтобы его нельзя было разрушить пальцем, прилагая при этом самое незначительное усилие.

Наиболее важными с точки зрения хирургической техники являются *соотношения между маткой и мочеточником*. Последний отходит от боковой стенки таза у тазового дна, направляется вперед и внутрь и вступает в мочевой пузырь совсем близко от средней линии. На протя-

жении всего этого косою пути мочеточник лежит в основании широкой связки, совсем близко от *маточной артерии*, которая, находясь *кпереди* и *кнаружи* от него, идет на протяжении нескольких сантиметров параллельно с ним.

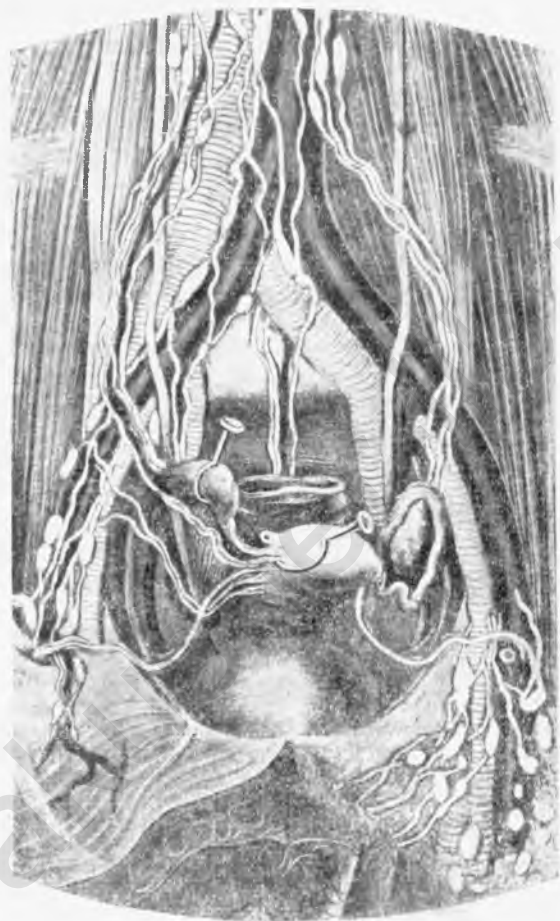


Рис. 12. Лимфатические сосуды матки.

Лимфатические сосуды шейки, идущие вдоль маточной артерии, направляются сначала к внутренним подвздошным железам. Лимфатические сосуды тела и дна матки идут, сопровождая маточно-яичниковые сосуды и проходя под основанием яичника. Некоторые из них идут к паховым железам, следуя направлению $\frac{1}{2}$ круглой связки.

На расстоянии 2 — 3 см от боковой части маточной шейки мочеточник перекрещивает маточную артерию, проходя *под* нею, затем направляется вперед и внутри, слегка приближаясь к шейке матки, которая вскоре оказывается позади него.

Затем мочеточник, продолжая спускаться ко дну мочевого пузыря, пересекает нижний уровень шейки, достигает переднего влагалищного свода и тотчас же проникает в толщу стенок мочевого пузыря (рис. 5, 10, 13 и 14).

На всем этом пути мочеточник находится от шейки матки на расстоянии не менее 12 — 15 мм. К тому же, он заложен в слой довольно рыхлой клетчатки, и этим легко объяснить относительную редкость ранения мочеточника при бесчисленных экстирпациях матки, производимых в настоящее время. И действительно мочеточник, прикрепленный к мочевому пузырю, фиксированному в свою очередь к лобку посредством



Рис. 13. Мочеточник и маточная артерия по сторонам шейки матки (Howard A. Kelly).



Рис. 14. Соотношения между мочеточником, маточной артерией и шейкой матки (полусхематично).

лобково-пузырных связок, не участвует в движениях маточной шейки, когда последнюю подтягивают в том или ином направлении.

Не одним только старением не удаляться от маточной ткани при освобождении шейки предупреждается поранение мочеточника, который всегда остается на известном расстоянии. Это расстояние очень заметно увеличивается при различных смещениях маточной шейки соответственно оперативному вмешательству, к которому в данном случае прибегают.

Когда матку оттягивают вниз, как это приходится, например, делать при влагалищной экстирпации, мочевой пузырь, после его отсепа-ровки от матки, остается позади лобка; поддерживаемый зеркалом. Его дно сдвигается едва заметно, и следовательно место вхождения мочеточников остается почти несмещенным. При оттягивании матки вниз мочеточники должны подняться вдоль краев матки, но все же не касаясь матки. В сущности им приходится даже отойти от краев матки благодаря наличию маточных сосудов, которые (если их только не пере-

резать в самом начале операции) спускаются к шейке, отодвигая в стороны мочеточники, которые обхватывают маточные сосуды своей верхней вогнутой стороной, скользя снизу вверх и изнутри кнаружи по нижней вогнутой стороне маточных сосудов. Чем больше смещается вниз матка, тем сильнее натягивается тяж, состоящий с каждой стороны из маточных сосудов, который настолько отодвигает мочеточники в стороны (рис. 15), что, когда матку вывихивают кпереди, как это делается при наиболее распространенных вмешательствах, дно ее, скользя под дно мочевого пузыря, проходит между мочеточниками, которые все более и более отодвигаются друг от друга (рис. 16).

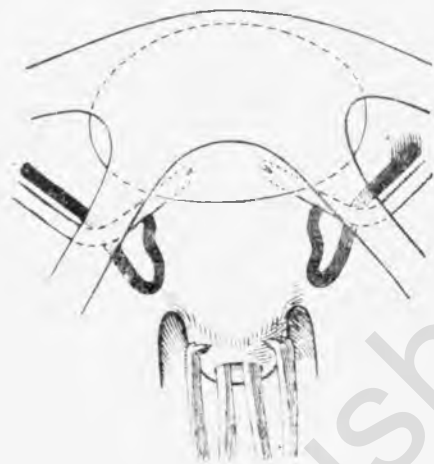


Рис. 15. Матка, оттягиваемая книзу, начинает опускаться. Маточная артерия проскальзывает внутрь от мочеточников и начинает отодвигать их в сторону.

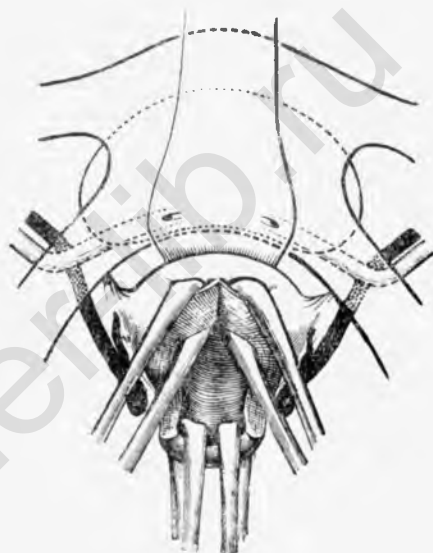


Рис. 16. Вывихивание матки при влажной удалении. Мочеточники целиком отодвинуты кнаружи. Дно матки вывихивается кпереди и проходит между мочеточниками и под ними.

Эти различные детали, изученные и отмеченные мною уже давно, недавно были снова проверены и подтверждены Дескомом¹ (Descomps).

Когда матку вывихивают кзади, дно ее, отклоняющееся к прямой кишке, проходит между двумя мочеточниками, которые в этом месте отстоят друг от друга очень далеко. Только лишь к концу операции, в момент, когда после отсечения верхней части широких связок, показывающейся первой, подходят к шейке, соседство мочеточника становится опасным. Впрочем и здесь легко удастся избежать его ранения, как и в случае, где матку вывихивают кпереди. Дело в том, что боковые ножки

¹ L'hémostase des pédicules annexiels et utérins. Arch. mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie. 1912, p. 154.

шейки, состоящие из маточных сосудов, которые неизбежно должны быть рассечены, уже целиком находятся кнутри от места прохождения мочеточников. Последние следовательно отведены кнаружи, и шейка проходит между ними в том месте, где они, направляясь к средней линии, приближаются друг к другу (рис. 17). К тому же, поскольку оттягивание шейки вниз предшествует вывихиванию матки как кзади, так и кпереди, шейка уже с самого начала операции находится под мочеточниками, между которыми она опускается в то время, как пузырьное зеркало фиксирует мочеточники в неподвижном положении.

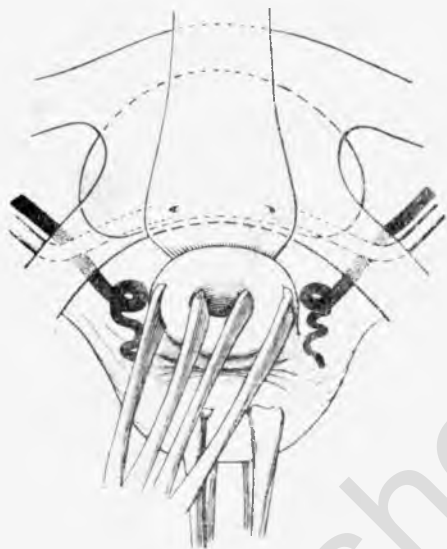


Рис. 17. Вывихивание матки кзади. Дно матки очень удалено от мочеточников. Шейка тоже находится довольно далеко от мочеточников, в плоскости, проходящей ниже последних.

ввиду ее чрезвычайной важности.

В том месте, где мочеточник входит в таз и направляется к основанию широкой связки, он настолько плотно прилегает к наружной поверхности пристеночного листка брюшины, образующего в этом месте боковую стенку дугласова пространства, что когда этот листок отводят из его естественного положения к центру таза, захватывая его у крестцово-маточной связки, и отделяют его от покрываемых им больших подвздошных сосудов, он увлекает за собою мочеточник, спаянный с ним слоем довольно плотной клетчатки.

Итак, следовательно некоторые хирургические приемы могут приблизить мочеточник к полю действия хирурга, другие — отдалить.

Пользуясь этими анатомическими особенностями, можно при желании

При брюшной экстирпации во время подтягивания матки кверху мочеточник, прикрепленный к дну мочевого пузыря (почти неподвижному благодаря своей фиксации к лобку) в движениях матки не участвует. Напротив он скользит сверху вниз по сторонам шейки и вскоре отходит от нее, приближаясь к боковым частям влагалища. Чем больше матка поднимается, тем больше отдаляются мочеточники, и в тот момент, когда матку сильно подтягивают кверху, что нужно всегда делать, связь между шейкой и мочеточником теряется настолько, что опасность поранения последнего исчезает, при условии однако, если не очень отдаляться при вмешательстве на шейке от маточной ткани, которая в данном случае должна служить опознавательным пунктом (рис. 18 и 19).

Наконец существует еще одна анатомическая особенность положения мочеточника, которую необходимо очень хорошо знать

очень легко отыскать мочеточник, что приходится делать как правило при брюшной экстирпации в случаях рака матки.

Таковы главнейшие хирургические соотношения матки.

Кроме этого матка соприкасается еще с кишечными петлями, которые окружают ее и почти целиком заполняют сзади дугласово пространство, спереди пузырно-маточный свод, покрывая петлями ободочной и тонких кишок дно матки и листки широких связок. Такое соприкосновение матки с кишечными петлями в здоровом состоянии не имеет никакого хирургического значения и устраняется закладыванием марлевых компрессов; напротив, в патологическом состоянии это приобретает особую важность вследствие образования тесных сращений между частями, что влечет за собой значительные оперативные затруднения.

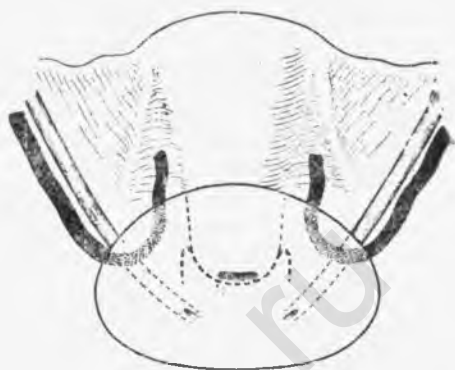


Рис. 18. Соотношения мочеточника с маточной артерией и с шейкой матки (полусхематично).

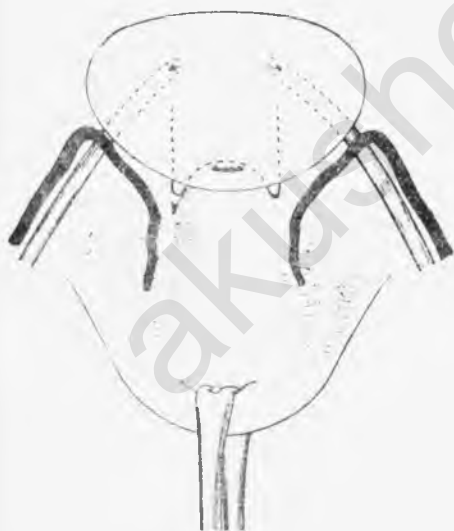


Рис. 19. Матка подтянута кверху, шейка все более и более удаляется от мочеточника (наклонное положение).

кишечными петлями и большими соединенная с соседними частями чрезвычайно эластичными связками матка обладает исключительной подвижностью; слегка подтягивая ее щипцами либо кверху при брюшных операциях, либо книзу при влагалищных, ее можно последовательно переводить во все точки малого таза (поднимать, опускать, перемещать по всем направлениям) — настолько ткани, служащие ей связочным аппаратом, обладают замечательной эластичностью.

Соединенная с соседними частями чрезвычайно эластичными связками матка обладает исключительной подвижностью; слегка подтягивая ее щипцами либо кверху при брюшных операциях, либо книзу при влагалищных, ее можно последовательно переводить во все точки малого таза (поднимать, опускать, перемещать по всем направлениям) — настолько ткани, служащие ей связочным аппаратом, обладают замечательной эластичностью.

Чрезвычайно важным с точки зрения оперативной техники является обстоятельное знание *способов фиксации и точек прикрепления матки*, в которых неизбежно приходится производить рассечение при удалении этого органа.

Со стенками таза матка соединена посредством связок: *широких*, *крестцово-маточных* и *круглых*. Впрочем последние заложены в широких связках и отсекаются одновременно с ними. Широкие связки обширны, но весьма эластичны и в сущности мало резистентны.

Со стенками таза матка соединена посредством связок: *широких*,

Лишь верхняя часть их, около маточного рога, заключающая в себе ножку трубы и основание круглых связок, представляет известную плотность. Нижняя также обладает некоторой плотностью благодаря заложеным в ней сосудам, образующим наиболее важную сосудистую ножку матки. Что же касается средней части широких маточных связок, расположенных по краю матки между ее рогом и внутренним отверстием, и состоящей просто из двух тонких листков брюшины, разделенных между собой слоем клетчатки, то она является очень слабой и в оперативном отношении не имеет большого значения сравнительно с верхним и нижним отделами широких связок. Лишенная сосудов, она легко разрывается пальцем, причем этот весьма простой прием чрезвычайно облегчает выделение широкой связки во время удаления матки.

Крестцово-маточные связки идут от шейки матки кзади по направлению к крестцу, образуя основание тех складок дугласова пространства, которые нетрудно увидеть при осмотре дна малого таза сверху. Как показал Лесен (Lescène), они в сущности состоят из двух пучков: одного верхне-заднего, покрытого непосредственно брюшиной, бедного сосудами, почти фиброзного, напрягающегося при подтягивании матки кверху в виде шнура, и другого, передне-нижнего, более плоского и более богатого сосудами, фиброзно-мышечного слоя, идущего к боковым частям таза и могущего быть разделенным на вторичные пучки. При расширенной экстирпации матки в случаях рака рекомендуется захватывать эти пучки отдельно и тщательно их перевязывать. Но захватывание передне-нижнего пучка может быть произведено лишь после отсечения верхне-заднего.

Тяжи клетчатки, связывающие матку с мочевым пузырем, не существенны и в счет не идут. Но имеется один орган, который, прикрепляясь к матке, значительно ее фиксирует. Это — *влагалище*. Вследствие своего кругового прикрепления к шейке матки влагалище плотно фиксирует последнюю к тазовому дну. Все остальные связки, как-то: широкие связки, круглые, даже крестцово-маточные, — в смысле фиксации ничто по сравнению с влагалищем. До тех пор, пока влагалищное прикрепление к маточной шейке не нарушено, отсечение всех других связок ни к чему не ведет, и матка остается неподатливой. Напротив, когда влагалище отсечено, матку ничто уже больше, так сказать, не удерживает, несмотря на наличие других связок, от которых легко освободиться самыми простыми приемами. То же происходит, когда, не трогая влагалища, отсекают шейку на уровне внутреннего отверстия. *Шейка отсечена — матка свободна*. Это одно из главных положений, которые лежат в основе всей оперативной техники при брюшной экстирпации матки.

Последнее, что необходимо знать хирургу, это точное расположение *маточных сосудов* или по крайней мере *артерий*, так как венозные сплетения, расположенные вдоль краев матки и вокруг шейки (рис. 11), с точки зрения оперативной техники имеют второстепенное значение. К тому же их почти невозможно изолировать. Шейка матки и ее края омываются многочисленными венозными сплетениями, которые, следуя вверх и вниз по широким связкам, изливают свою кровь в маточные и маточно-яичниковые вены.

Расположение артерий, питающих матку и ее придатки, гораздо более закономерно, чем расположение вен. Фреде (Fredet) дал по этому вопросу прекрасное руководство, к которому мы и считали бы лучше всего направить читателя ввиду множества анатомических деталей, которые не могут быть приведены в этой книге.

Артерия круглой связки, которая подходит к маточному рогу, с точки зрения хирургической техники не имеет никакого значения. Перерезанная, она едва дает несколько капель крови; но все-таки ее необходимо перевязывать, и при каждой брюшной экстирпации следует приступать к закрытию живота лишь после того, как хирург убедился в полнейшей остановке кровотечения из круглой связки.

Иного рода другие артерии матки, расположенные по две с каждой стороны от последней. Первая, предназначенная главным образом для кровоснабжения придатков, и сравнительно не крупная вне периода беременности, подходит к придаткам косо, извиваясь в верхней части широких связок. Это — *маточно-яичниковая артерия* (art. ovarica. Ped.). Вместе с сопровождающим ее венозным сплетением она находится в складке брюшины, идущей от конца трубы к верхнему выходу таза (lin. infundibulata. Ped.), которого она достигает у крестцово-подвздошного сочленения. Эту складку названную Генле lig. infundibulo-pelvicum, всегда можно легко найти; ее именно и следует искать, когда желают найти расположенную в ее толще маточно-яичниковую артерию (art. ovarica. Ped.). Достигнув наружного конца яичника, маточно-яичниковая артерия отдает ему несколько маленьких веточек, затем доходит до маточного рога и на его уровне, отдав несколько веточек самой матке, она анастомозирует с изогнутой артериальной петлей, идущей вдоль маточного края и служащей непосредственным продолжением маточной артерии (рис. 20 и 24).

Маточная артерия является наиболее важным сосудом из всех сосудов матки. Она ведает почти всем кровоснабжением последней. Начавшись от подчревной артерии, она направляется косо к основанию широкой связки *спереди и снаружи* от мочеточника, который на протяжении нескольких сантиметров идет параллельно с нею.

Затем артерия перекрещивает мочеточник, проходя впереди и *поверх* него, и подходит к краям шейки матки. Здесь она идет в широком венозном сплетении, окруженном слоем довольно плотной клетчатки. Впрочем, изолировать артерию удастся довольно легко. Она распознается по своим многочисленным изгибам и по своему диаметру, равному приблизительно диаметру вороньего пера. Диаметр ее равняется почти 3 мм. Она беловата, изогнута, иногда даже образует завитки. Это змеивидное расположение делает ее сравнительно свободной в окружающей ее клетчатке, настолько, что когда оперируют по соседству с нею, она часто освобождается самостоятельно, легко узнаваемая с первого же взгляда.

Приблизительно в 2 см от шейки, почти в том же месте, где маточная артерия проходит впереди мочеточника, она начинает отдавать ветви, из которых одни идут к верхним стенкам влагалища, другие же в толщу маточной шейки. Ветви эти довольно многочисленны и образуют настоящий артериальный букет. После их отхождения главный

ствол маточной артерии поднимается кверху и, сохраняя свой извилистый характер, идет параллельно маточному краю и около маточ-

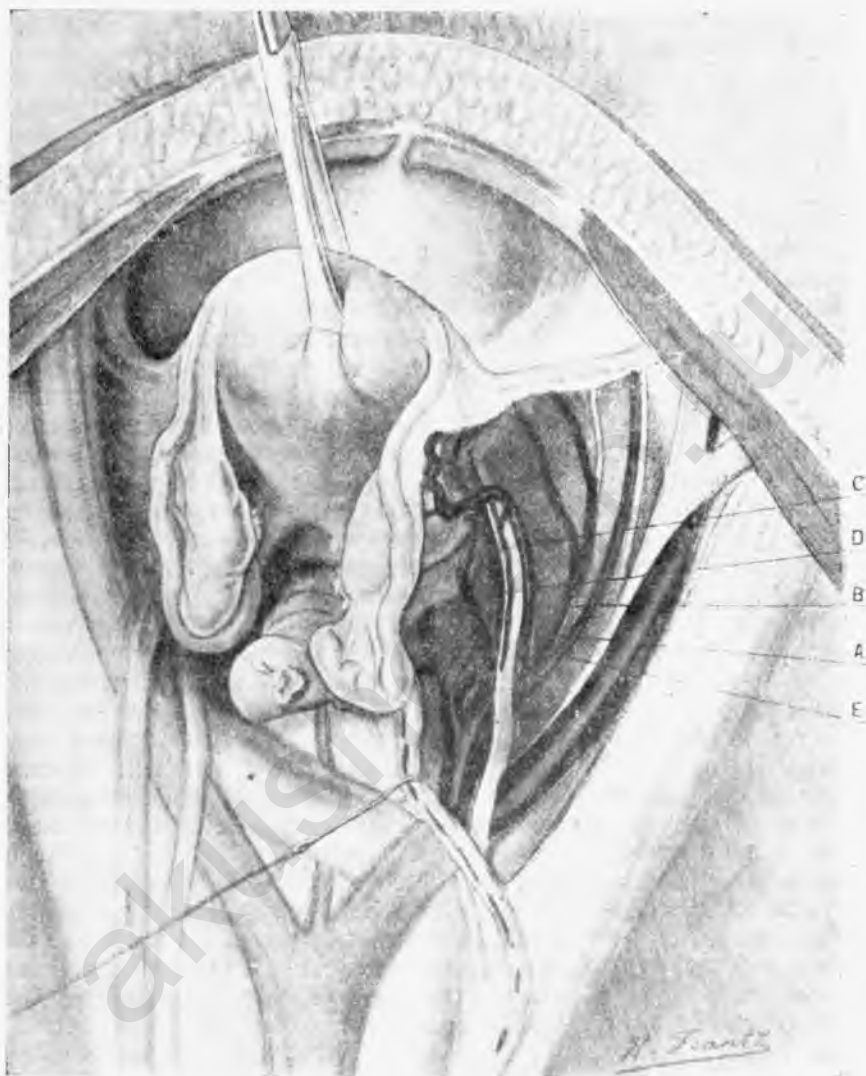


Рис. 20. Ветви подчревной артерии. Вид сверху.

A — пупочно-пузырная артерия (art. umbilicalis и продолжение ее — верхняя и нижняя пузырные артерии, *Ред.*). *B* — маточная артерия. *C* — влагалищная артерия. *D* — средняя артерия прямой кишки. *E* — запирательная артерия (по Descomps).

ного рога анастомозирует с концом маточно-яичниковой артерии (art. ovarica — *Ред.*).

На уровне своего перегиба маточная артерия отдает еще несколько ве-

точек, окруженных многочисленными венами, которые совсем близко от этого места вступают в стенки мочевого пузыря, проходя впереди от мочеточника и совсем рядом с ним.

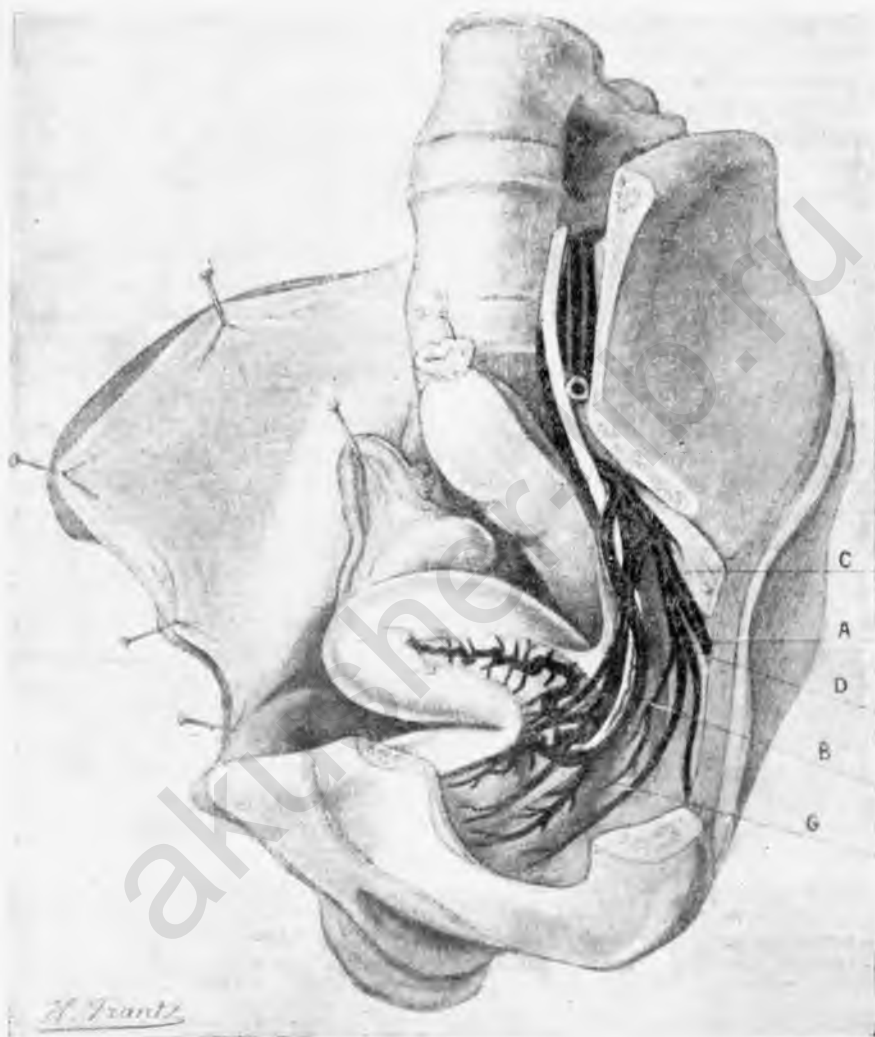


Рис. 21. Ветви подчревной артерии. Вид сбоку.

А — пупочно-пузырная (art. umbilicalis и продолжение ее — верхняя и нижняя пузырные артерии — *Ped.*); В — маточная артерия; С — G — влагалищная артерия; O — артерия прямой кишки (по Descomps).

При расширенной экстирпации эти веточки необходимо захватывать поперечно располагающимися зажимами, которые должны накладываться с особой предосторожностью вследствие близости мочеточника. Послед-

ний необходимо обязательно видеть в момент накладывания зажимов и в момент отсечения сосудистой ножки, на которую эти зажимы наложены.

На всем пути вдоль края матки ствол маточной артерии остается все время обособленным от матки и не проникает в тело последней; он отдает лишь более или менее значительное количество веточек, обычно некрупных по объему.

Этот факт имеет весьма существенное значение с точки зрения [хирургической техники. И действительно, при экстирпа-

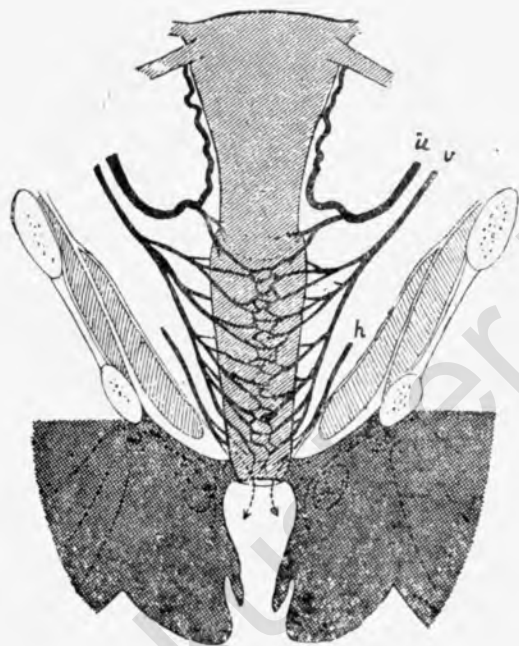


Рис. 22. Артериальное кровообращение влагалища.

Вид с передней поверхности.

u — маточная артерия; *v* — влагалищная артерия; *h* — средняя артерия прямой кишки. Следует обратить внимание на влагалищные ветви маточной артерии. Коллатеральные ветви влагалищной артерии на известном расстоянии от влагалища делятся на передние и задние ветви, также как и ветви шейки матки. Передне-центральная влагалищная сеть — влагалищные ветви артерии прямой кишки и их анастомозы (стрелки) с артерией промежности и вульвы. В светлых тонах — матка и влагалище, в темных — вульва (по Descamps).

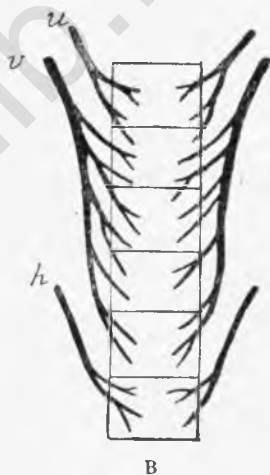
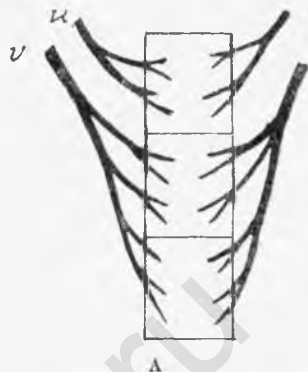


Рис. 23. А — передняя поверхность влагалища. Верхняя треть снабжается маточной артерией. Две нижних трети снабжаются влагалищной артерией. В — Задняя поверхность влагалища (более длинная чем передняя). Верхняя шестая часть снабжается маточной артерией $\frac{4}{6}$ средних снабжаются влагалищной артерией, нижняя часть снабжается средней артерией прямой кишки (по Descamps).

циях, и в частности экстирпациях брюшных, если только не отделяться от ткани матки, если отсекай шейку по возможности ближе к по-

следней, как это делается при некоторых оперативных приемах, о которых мы будем иметь случай говорить дальше, — ствол маточной артерии, расположенный несколько кнаружи, не перерезается, а пересекаются лишь отходящие от него небольшие веточки, могущие дать самое незначительное кровотечение и иногда даже не нуждающиеся в перевязке.

Кроме маточной артерии (*art. uterina. Ped.*) и артерии маточно-яичниковой (*art. ovarica. Ped.*), играющих главнейшую роль в питании матки и ее придатков, имеется еще одна ветвь, мало до последнего времени изученная, но ее значение весьма существенно с точки зрения оперативной техники при экстирпации матки. Это — *влагалищная артерия* (*art. vaginalis*).

Отойдя от подчревной артерии либо самостоятельно, либо общим стволом с маточной артерией или даже с пупочно-пузырной артерией (*art. umbilicalis* и продолжение ее — *art. vesical. super. et infer. Ped.*) или с запирательной артерией (*art. obturata. Ped.*), будучи иногда двойной или тройной, она является достаточно крупной. Она идет книзу, впереди и внутри, следуя параллельно маточной артерии и мочеточнику, позади последнего и почти касаясь его. В обычном нормальном случае она разветвляется в двух нижних третях передней поверхности влагалища, посылая несколько веточек мочевому пузырю. Верхняя треть влагалища снабжается влагалищной ветвью маточной артерии. По задней поверхности влагалища влагалищная артерия снабжает средние $\frac{4}{8}$ части этой поверхности, в то время как верхняя шестая часть снабжается маточной артерией, а нижняя шестая — средней артерией прямой кишки (*Descomps*).

Значение этих анатомических деталей само собой понятно с точки зрения получения гемостаза при производстве расширенной экстирпации.

Таким образом, если говорить исключительно с точки зрения хирургической техники, матка и ее придатки имеют шесть артериальных сосудистых ножек. *Две верхних ножки — маточно-яичниковые артерии* (*art. ovaricae. Ped.*). Их удается легко захватить в том месте, где они, проходя в *lig. infundibulo-pelvicum*, следуют от стенки таза к придаткам. *Две нижних ножки маточных артерий* (*art. uterinae. Ped.*) идут в основании широких связок с каждой стороны от маточной шейки; по мере удаления от шейки эти ножки содержат либо самый ствол маточной артерии, либо же просто отходящие от нее веточки. Наконец *две средние, сосудистые ножки круглых маточных связок*, подходящие к матке вместе

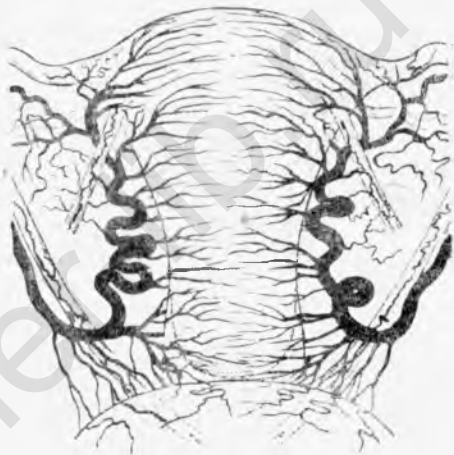


Рис. 24. Маточная артерия и артериальные сосудистые ножки матки (полусхематично).

с вышеназванными связками. Все эти детали, к тому же весьма несложные, имеют колоссальное значение с точки зрения оперативной техники. Я буду еще иметь случай вернуться к этому более подробно.

Здесь не место останавливаться на различных приемах исследования половых органов. Существует один прием, имеющий преимущественное значение перед всеми остальными — это *бимануальное исследование*, т. е. исследование через влагалище в сочетании с *надлобковой пальпацией*. Этот способ позволяет лучше всех других создавать себе ясное представление (когда брюшная стенка не очень напряжена и не слишком жирная) о положении, объеме и взаимных соотношениях матки и ее придатков. Я остановлюсь здесь лишь на одной детали, которая, мне кажется, недостаточно хорошо известна, как она того заслуживает, так как солидные труды, в которых описываются с мельчайшими подробностями различные способы исследования половых органов, повидимому не придают этой детали никакого значения и даже обходят ее полным молчанием. Влагалищное исследование должно по мере возможности производиться *двумя пальцами*. Лишь при наличии особых обстоятельств, как-то: узости влагалища, целости девственной плевы, при вагинизме и т. д., следует отступать от этого правила. Исследование, производимое двумя пальцами, указательным и средним, дает бесконечно более ясные, точные и отчетливые представления, чем исследование одним указательным пальцем. Исследование тремя пальцами в случаях, когда это позволяет размер влагалища, что наблюдается сравнительно не очень редко, дает еще более точное представление, чем исследование двумя пальцами.

Напомним еще о необходимости приучить себя производить влагалищное исследование левой рукой так же хорошо, как и правой. В сущности точное представление о состоянии правых придатков, за исключением случаев, когда они очень увеличены, можно получить лишь при исследовании их правой рукой, в то время как состояние придатков левой стороны способна точно определить лишь одна левая рука.

Наконец в трудных случаях может дать значительное преимущество бимануальное исследование *при наклонном положении больной*. При таком положении внутренности отходят к диафрагме, малый таз становится свободным, здоровые или больные органы делаются гораздо более доступными исследованию, и иногда удается составить себе ясное представление о таких поражениях, которые при обычном исследовании обнаружить нельзя.

ГЛАВА ВТОРАЯ.

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.

Пороки развития половых органов не требуют особых вмешательств, которые бы значительно отличались от правил общей хирургии.

Некоторые случаи — уздечки или перегородки влагалища, зарращение шейки матки и влагалищного канала, с последующим скоплением менструальной крови в полости матки или растянутом влагалище (*hämatometra*, *hämato-colpos*) — не требуют специального описания. Лишь дефекты строения самого влагалища, более или менее узкие перегородки

влагалища и особенно врожденное его отсутствие требуют специального хирургического вмешательства.

В некоторых случаях хирургическое вмешательство оказывается чрезвычайно сложным, так например, когда дело идет о создании искусственного влагалища при полном отсутствии всяких признаков последнего или же когда влагалищный канал представляется исключительно узким.



Рис. 25. Операция по Балдвину.

Изоляция участка тонкой кишки с энтероанастомозом.

В последнем случае условия для операции более выгодны поскольку имеющийся узкий канал служит во время операции направляющим путем к матке. Но все-таки и здесь дело идет всегда о весьма трудной операции, небезопасной вследствие возможного поранения соседних органов.

Необходимо с очень большими предосторожностями продвигаться между мочевым пузырем и прямой кишкой, пользуясь при отыскивании шейки (если она существует) всеми возможными средствами ориентировки, как-то: пузырьным катетром, ректальным катетром и т. д., и производя расслаивание тканей с помощью пальца.

Обычно это расслоение клетчатки позволяет получить достаточную полость для образования влагаллица, подходящего по размерам. Но главное затруднение возникает при создании для этой полости эпидермального покрова, исключающего ее быстрое заращение. В этом отношении предлагались многочисленные способы в зависимости от тех или иных обстоятельств или особенностей дефектов. Лоскуты для аутопластической пересадки выкраивались за счет внутренней поверхности бедер, малых губ или же слизистой вульвы. Производились пересадки эпидермиса, пластика по Тиршу (Thiersch) и по способу, недавно предложенному Дрейфузом и Оврэ (Dreyfus, Auvray), — пересадка свежевыделенного грижевого мешка. Лучший способ для удержания этих пересаживаемых



Рис. 26. Выделенная часть кишки притянута и фиксирована к основанию промежности через дугласово пространство и расслоенную ректо-вагинальную перегородку.

тканей на месте состоит в пользовании особого вида цилиндрическим зеркалом, по поверхности которого размещаются пересаживаемые кусочки таким образом, чтобы их освеженные поверхности были обращены наружу. Затем этот цилиндр вводят во вновь образованную вагинальную полость и оставляют там в продолжение 4 — 5 дней (срок, необходимый для хорошего приживания). Существуют различные модели этих аппаратов, которые должны обладать способностью уменьшаться в объеме в момент их извлечения, с тем, чтобы выходить легко, не увлекая за собою еще очень нежных трансплантатов. Когда момент «приживания» наступил, повторные дилатации, продолжительное введение ватных тампонов, полых маточных пессариев и т. д. позволяет завершиться рубцеванию без слишком сильного сужения вновь образованного влагаллица.

Но здесь следует всегда быть готовым к неудачам и недостаточным результатам, которые иногда сводятся почти к нулю.

К счастью иногда можно иметь и очень хорошие результаты, чему способствуют, — это следует подчеркнуть, — повторные половые сношения, позволяющие новому органу приспособиться к тем односторонним функциям, для которых он был создан.

В свое время предложен был особый метод — метод Балвина (Baldwin), который состоит в следующем: после расслоения прямокишечно-влажалищной перегородки вплоть до дугласова пространства,

производят лапартомию и отыскивают последнюю петлю тонких кишок у места ее перехода в слепую кишку. Приблизительно в 20 — 30 см от этого перехода, в месте, где кишка совершенно подвижна, выбирают участок ее длиной приблизительно в 20 — 25 см, обращая сугубое внимание на то, чтобы на этом уровне брыжейка достигала дна дугласова пространства. Затем этот участок кишки отсекается между двумя лигатурами, а непрерывность тонкой кишки немедленно восстанавливается соустьем либо бок о бок, либо конец в конце в зависимости от способа, который окажется в данном случае более удобным (рис. 25). Проходя сквозь промежность и дно вскрытого дугласова свода щипцами, захватывают в брюшной полости отсеченный участок кишки за среднюю часть, или, если позволяет подвижность брыжейки, за один из его концов и затем вытягивают до промежности сквозь расслоенную прямокишечно-влагалищную перегородку.

Дно дугласова пространства закрывается, если возможно, поверх обоих концов кишки, и таким образом брюшная полость оказывается снова закрытой (рис. 26).

Тогда заканчивают операцию на промежности. Определенным количеством отдельных швов кишка фиксируется к промежности на уровне слизистой вульвы, затем она вскрывается. Тем самым получается открытая к промежности кишечная петля, обе половины которой прилежат друг к другу наподобие двустовлки; в дальнейшем путем рассечения разделяющей их перегородки петлю можно легко превратить в общий канал (рис. 27).

Такова операция, которую Балдвин описал в 1904 г. и проделал в 1907 г. В 1909 г. Мори (Mori) внес в нее небольшое изменение, состоящее в том, что он вытягивает к промежности, вместо средней части выключенного участка кишки, его конец, таким образом получая сразу единый канал (рис. 28).

Эта интересная операция была неоднократно воспроизведена, в частности во Франции Абади, Шварцем и Ренон (Abadie, A. Schwartz, Renon), и дала многократно хорошие результаты, являясь в настоящее время

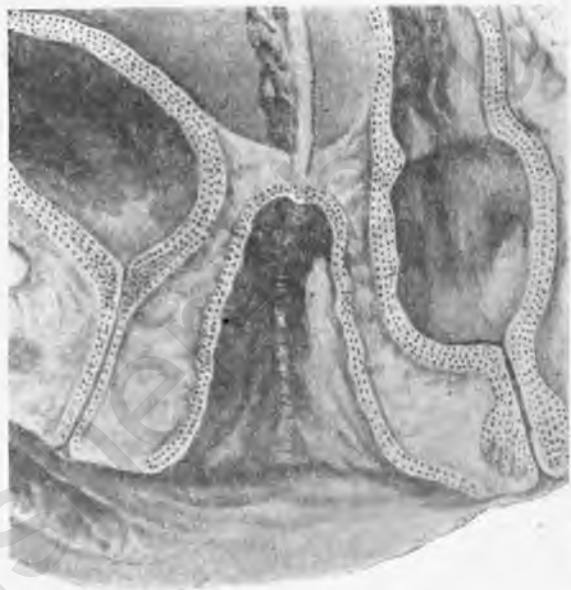


Рис. 27. После рассечения срединной перегородки, образованной двумя стенками кишки, получено новое влагалище.

без сомнения наилучшим способом лечения указанного порока развития.

Но, несмотря на успех, эта операция является бесспорно опасной. Опасность эта заключается главным образом в возможности омертвления кишки на уровне анастомозирующих краев, вследствие ишемии, наступающей благодаря рассечению сосудов при выкраивании брыжеечного клина.

Поэтому Константины и Гуанар (Constantini, Goinard) предложили этот клин брыжейки не выкраивать. Низводимый отрезок кишки, длиной в 25 см, выключается простым отсечением его от края брыжейки.



Рис. 28. Видоизменение Мори. Кишечная петля подтянута за конец, а не за середину, как в способе Балдуина.

Непрерывность тонкой кишки восстанавливается соустьем бок о бок, причем брыжейка и выключенный участок кишки остаются кзади от анастомоза. Затем выключенная петля подтягивается к промежности, увлекая за собою анастомозированную кишку, которая касается дна дугласова пространства.

Константины и Гуанар, оперируя этим способом, получали хорошие результаты, и очень возможно, что сохранение брыжейки нетронутой в значительной степени уменьшает опасность омертвления кишки и значительно улучшает прогноз операции.

Но как бы там ни было, очевидно, что врач может

приступить к этой операции лишь после предупреждения больных о той опасности, которой они подвергаются. Таково мнение, которое повидимому одержало верх в дискуссии, бывшей недавно в Хирургическом обществе в Париже, где было отмечено известное количество несчастных случаев.

Отсутствие матки или же ее рудиментарное состояние исключает в большинстве случаев необходимость заботиться об этом органе. Но может случиться, как например в случае Шварца, что матка оказывается нормальной. Так как в данном случае приладить соответствующим образом маточную шейку к новому влагалищу представляется почти невозможным, а если это и удастся, то возможность возникновения беременности должна расцениваться как весьма опасное осложнение.

то я полагаю, что в этом случае во время брюшного момента операции показано удаление матки.

Снегирев, Попов, Аман и Шуберт (Amann, Schubert) пользовались для этой операции различным образом прямой кишки. У Снегирева была оригинальная мысль использовать для нового влагалища нижний конец прямой кишки, рассекая задний проход. Но в этом случае задний проход, образованный низведенным верхним концом прямой кишки, остается без жома, и в этом случае операция выходит хуже основного дефекта.

Попов, Аман, Шуберт пользуются ампулой прямой кишки, низводя верхний конец прямой кишки через сфинктер. Эти различные операции технически гораздо труднее операции Балдуина и кроме того они ничуть не менее опасны и в общем ничем себя не оправдывают.

ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ

РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ

В зависимости от степени повреждения разрывы промежности, являющиеся обычно следствием более или менее тяжелых родов, могут быть *неполными, полными и сплошными*.

Разрывы бывают *неполными*, когда задета лишь одна спайка без повреждения жома заднего прохода. *Полными* — когда жом нарушен, и разрыв простирается до заднепроходного отверстия, и *сплошными* — когда в повреждении участвует сама ректо-вагинальная перегородка (рис. 29а, б и 30).

Последняя разрывается либо только в своей нижней части, либо во всю свою длину, до шейки матки и до брюшинного свода, который иногда также оказывается вскрытым. В этих случаях, в зависимости от степени разрыва, прямая кишка и влагалище более или менее широко соприкасаются между собою и образуют настоящую клоаку, где перегородка представляется в виде шпору различной высоты. Разрыв перегородки редко наблюдается по средней линии, где расположена более или менее устойчивая система складок (*columnae rugarum. Per.*); чаще всего он происходит справа.

В некоторых, относительно редких случаях, может произойти разрыв лишь одной ректо-вагинальной перегородки, в то время как сама промежность остается нетронутой. В этом случае образуется более или менее обширный свищ, который не имеет ничего общего с разрывом промежности в истинном смысле слова.

Наконец в исключительных случаях можно наблюдать *центральный* разрыв промежности; в этом случае как спайка, так и задний проход в разрыве не участвуют, сама же промежность надрывается лишь на одном участке своей поверхности, ближе к центру. Подобное явление легко объяснить чрезмерным давлением на определенный участок растянутой промежности, например со стороны какой-либо мелкой части плода, зажатой между телом плода и промежностью в момент прохождения через тазовой выход.

Оперативное лечение свищей.

Гиллемо (Guillemeau) был по всей вероятности первым, который в XVII в. произвел зашивание промежности. В последующем столетии попытки в этом направлении были сделаны де-ла-Моттом (De la Motte) в 1704 г., Смелли, Зосротом (Smellie, Saucerotte) в 1797 г., Менцел-

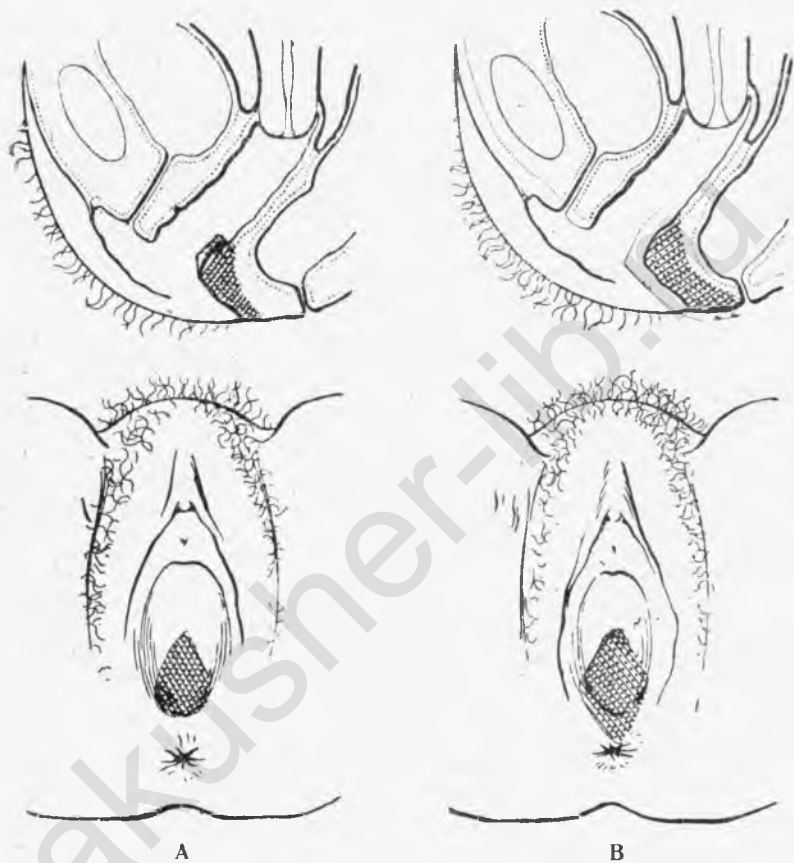


Рис. 29а. Разрывы I, II и III степени. А — неполный, В — полный.

лем (Menzell) в 1799 г. и еще рядом других. В XIX в. вопрос был снова поднят Диффенбахом, Ру, Лангенбеком (Dieffenbach, Roux, Langenbeck), которые сделали эту операцию общепринятой. С этого момента появляется громадное количество различных видоизменений ее, связанных с именами Демарке, Рише, Ле Форса, Мариона, Симса, Эммета, Симона, Хегара, Зенгера (Demarquay, Richet, Le Fort, Marion, Sims, Emmet, Simon, Hegar, Sänger) и отличающихся друг от друга лишь самыми незначительными деталями, описание которых не имеет значения.

Свежие разрывы промежности. Если произошел разрыв промежности, то самое лучшее зашить его немедленно после родов. Если разрыв промежности поверхностный, достаточно бывает наложить несколько скобок. Если же он более обширный и, особенно если дело идет о полном разрыве с повреждением жома, то необходимо тща-

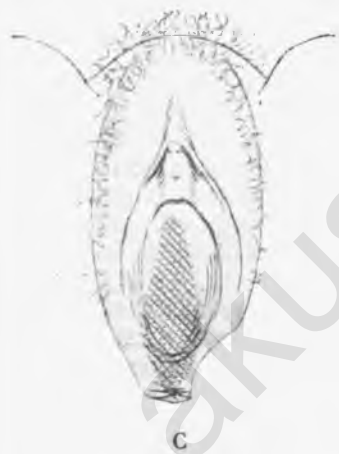


Рис. 295. С — сплошной.

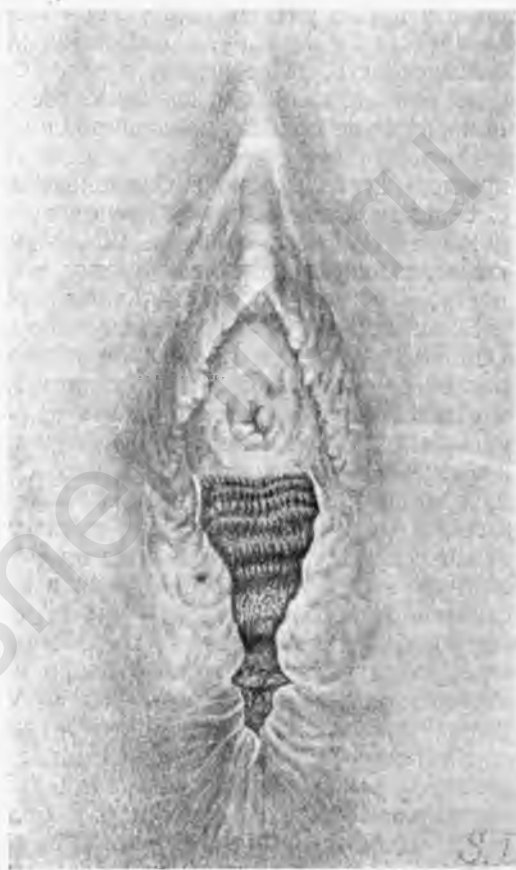


Рис. 30. Сплошной разрыв промежности.

тельно наложить швы. Громадное преимущество немедленного зашивания заключается в том, что в этом случае не приходится производить освежения тканей, поскольку таковое уже имеется и при том в совершенном виде, так как раневые поверхности точно соответствуют друг другу. Концы жома, еще не превратившиеся в рубцовую ткань, в этом случае тоже лучше срастаются. Немедленное срастание тканей, сводя к минимуму нагноительные процессы в ране, ограждает больную от случайного заражения матки, обеспечивает более нормальное течение

послеродового периода и выздоровление наступает в течение того же времени пребывания родильницы в постели, которое является необходимым после всяких родов. Больная встает одновременно излеченной и от разрыва промежности и оправившейся после родов. Вместе с тем ушиб разорванных тканей иногда сам по себе создает болезненность, достаточную для того, чтобы прошла незамеченной боль от уколов при наложении швов и порою удается надлежащим образом восстановить промежность, не прибегая к наркозу. Но если больная хотя бы немного жалуется на болезненность, то бесцельно прибавлять еще новые страдания и как в интересах ее, так и в интересах более совершенного производства операции выгоднее прибегнуть к обезболиванию.

Операция при этом ничем не отличается от тех, описание которых мы приведем несколько ниже. Она только значительно проще и ограничивается лишь наложением швов, поскольку здесь не приходится производить никакого освежения тканей. Швы — кетгутовые на влагалище и шелковые, захватывающие всю толщу тканей и завязываемые на промежности, — те же, что при типичной перинеоррафии.

Более позднее *первичное сращение* также может иметь свои показания. Оно имеет место, когда операция производится через несколько дней после родов, когда рана промежности еще не зарубцевалась. В этом случае достаточно бывает разрушить кюреткой тканевые разрастания, покрывающие рану, и тем самым получить полное освежение тканей. Как и в случае немедленного первичного сращения, здесь остается лишь наложить швы. Этот прием дает хорошие результаты, но вместе с тем таит в себе и некоторые невыгодные стороны. Операция, на которую больная легко соглашается в момент самых родов, относясь к ней как к абсолютной необходимости и будучи в этот момент в силу всего перенесенного более стоворчивой, — через несколько дней, когда родильница еще не отдает себе ясного отчета в тех неудобствах, которые связаны с разрывом, и жаждет отдыха, столь необходимого после родов, вызывает естественное колебание со стороны родильницы. При подобных условиях нередко выгоднее бывает переждать послеродовой период, во время которого всякое хирургическое вмешательство в половой сфере является рискованным, с тем, чтобы больная, поняв за это время все неудобства своего повреждения и отдохнув физически и психически, легче согласилась подвергнуться этой операции.

Давние разрывы промежности. В громадном большинстве случаев хирургическому вмешательству подвергаются старые, издавна и полностью зарубцевавшиеся разрывы промежности. Как почти абсолютное правило, за исключением лишь тех случаев, где имеются особые противопоказания со стороны общего состояния больной, *всякий разрыв промежности, неполный или полный, должен быть оперирован*. Операция настолько невинна и вместе с тем постоянно ведет к столь хорошим результатам, что те неприятности, которые могут быть связаны с ее производством, не должны идти в счет сравнительно с теми преимуществами и облегчением, которые она приносит. Восстановление промежности — *perineorrhaphia*, или скорее *colpo-perineorrhaphia*, потому что влагалище всегда более или менее участвует в разрыве и следовательно тоже нуж-

дается в восстановлении — имеет целью и должно иметь результатом восстановление влагалища и промежности в том виде, в каком они были до разрыва. Когда имеется сплошной разрыв, восстановление тканей должно простираться и на анальный канал и на перегородку.

Итак следовательно необходимо сузить более или менее расширенное влагалище, восстановить промежность, восстановить ее нормальную ширину, иногда наконец восстановить разорванный жом и создать хорошую, плотную перегородку между задним проходом и вульвой, между прямой кишкой и влагалищем.

Чтобы добиться этого, следует заменить имеющийся рубец освеженными поверхностями, расположенными таким образом, чтобы получились приблизительно первичный разрыв до его рубцевания. Затем эти освеженные поверхности сближаются между собою с помощью соответственно накладываемых швов.

Первым следовательно моментом всякой кольноперионеорафии является получение освеженной поверхности соответствующей формы и размера.

Для достижения этого существуют два одинаково простых метода: метод *освежения тканей* и метод *расслоения*. В первом случае прямым освежением удаляют рубцовые ткани и ткани, расположенные в непосредственной соседстве с последними, с тем, чтобы получилась желаемая раневая поверхность. Во втором случае расслаивают перегородку без иссечения хотя бы малейшего участка ткани. Полученная в результате этого расслоения рана и является раневой поверхностью, необходимой для операции восстановления промежности. Этот второй метод является в сущности настоящей аутопластикой и имеет преимущество, позволяющее сохранить все ткани и полностью ими воспользоваться при восстановлении разорванной промежности.

Существует еще третий метод, являющийся лишь комбинацией двух предыдущих. При нем расслаивают прямокишечно-влагалищную перегородку и полученный таким образом (часто в избытке) влагалищный лоскут иссекают, оставляя на его месте оживленную раневую поверхность, которой пользуются так же, как и при настоящем методе освежения. Этот смешанный метод особенно может иметь применение в операциях кольно-перионеорафии по поводу выпадений, каковое вмешательство с точки зрения оперативной техники весьма схоже с кольно-перионеорафией, произвольной при разрывах промежности. В дальнейшем я еще вернусь к этому.

Исходя из общего принципа, вмешательства при разрывах промежности значительно отличаются друг от друга в зависимости от того, является ли разрыв промежности полным или же неполным. И потому следовательно необходимо описать их отдельно.

Неполные разрывы промежности. При неполных разрывах промежности кольно-перионеорафия не имеет того значения, которое она приобретает при выпадениях. Однако поскольку почти всегда в известной степени имеется опущение, операции, предназначенные к излечению обоих этих страданий, являются идентичными. И только лишь при наличии значительных явлений выпадений, когда стенки влагалища, и в частно-

сти задняя, выпадают наружу, необходимо производить обширные освежения тканей и прибегать к более сложным способам. В случае же неполных разрывов промежности операция является весьма легкой и производится самыми простыми способами, которые к тому же всегда можно более или менее комбинировать. Эти многочисленные способы часто отличаются друг от друга лишь самыми незначительными деталями, и я воздержусь от их описания. Единственные способы, которые мне хотелось бы здесь отметить ввиду их типичности, — это способы Хегара и Лавсон-Тайта (Lawson-Tait).

Способ Хегара (Hegar). Этот способ является наиболее простым и состоит в том, что на уровне зарубцевавшейся

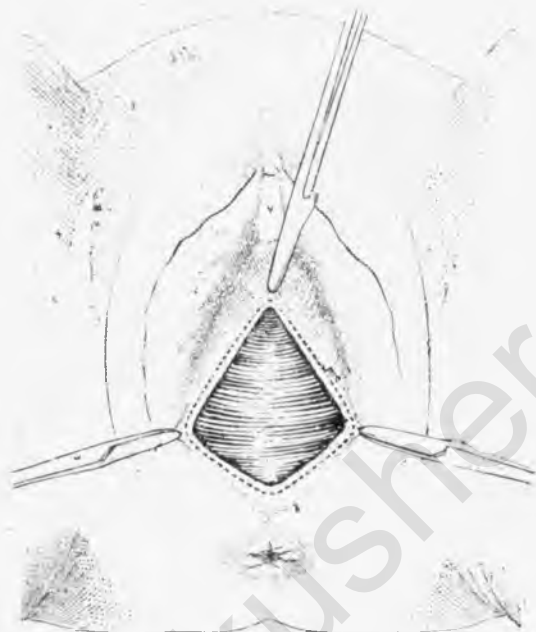


Рис. 31. Способ Хегара.
Границы поверхности оживления.

спайки производят освежение тканей в форме треугольника, границы которого отмечаются тремя наложенными зажимами Кохера. Два зажима накладываются по бокам у задних концов малых губ, третий фиксируется по средней линии на задней стенке влагалища в месте, которое представляется наиболее подходящим для вершины оживляемого треугольника (рис. 31). Хорошо натянув ткань между наложенными зажимами Кохера, концом скальпеля очерчивают границу треугольника. Слегка изогнутое основание его соединяет два нижних зажима. Две боковые стороны идут от концов этого основания к средней линии, сходясь около верхнего зажима.

После того, как лоскут очерчен тремя разрезами, надсекающими слизистую оболочку во всю ее толщину, приступают к его освежению. При производстве этого освежения, как и при всех освежениях, производимых при кольпо-перинеоррафии по поводу разрывов и выпадений, — следует всегда избегать вводить палец в задний проход, как это иногда практиковалось раньше. Это допустимо лишь в случаях абсолютной необходимости, с целью проконтролировать толщину очень тонкой прямокишечно-влагалищной перегородки, и при условии тщательной защиты пальца от всякого загрязнения. Кроме того следует стремиться к тому, чтобы освежение тканей производилось снизу вверх, так как отсепаровка в этом случае идет гораздо легче, особенно если пользоваться, как это и следует делать, кривыми нож-

ницами (рис. 32); кроме того отсепаровка снизу выгодна еще и тем, что в этом случае хирургу не мешает кровь, которая стекает с участков раны, уже отсепарованных и расположенных в данном случае ниже того места, где оперируют ножницами. Очень быстро доходят до надразезов, отграничивающих поверхность освежения и таким образом получают треугольную поверхность, совершенно лишенную слизистой, которая более или менее кровоточит. На кровоточащие сосуды должны быть наложены лигатуры из очень тонкого кетгута. При подобных операциях необходимо добиваться хорошего гемостаза во избежание образования гематом, которые могут отслоить глубоко лежащие ткани и испортить успех операции.

Такое освежение тканей можно произвести более скорым способом, ограничиваясь надрезом лишь одного основания треугольника вдоль спайки и затем расслаивая перегородку. Слизистая влагалищная отсепаровывается кпереди либо с помощью пальца и ножниц, либо, что еще проще, с помощью пальца, обернутого сухим марлевым компрессом, который, отслаивая клетчатку, сводит кровотечение до минимума. Полученный таким образом свободный влагалищный лоскут отсекается с каждой стороны по линиям, отграничивающим боковые стороны треугольника, и освежение закончено. Это весьма напоминает операцию кольпоперинеопластики по Долери (Doléris), которую я опишу при выпадениях.

Когда освежение закончено и гемостаз обеспечен, остается лишь наложить швы. На влагалище швы накладываются из кетгута, на промежность — из силька. Выгодно первый верхушечный шов на промежность, накладываемый в месте будущей спайки, сделать из двойного силька. Очень удобно при накладывании этих швов пользоваться иглой с большой кривизной.

Влагалищные швы накладываются справа непосредственно снаружи от разреза слизистой, затем они проходят в прямокишечно-влагалищной перегородке под раневой поверхностью и выкальваются слева на слизистой влагалища в симметричном месте, непосредственно снаружи от линии противоположного бокового разреза. Эти швы накладываются по всей длине оживленной поверхности, вплоть до самых нижних углов ее, приблизительно на расстоянии 1 см друг от друга (см. рис. 33).

Промежностные швы так-же проходят через всю толщу перегородки,



Рис. 32. Отсечение кривыми ножницами удаляемого лоскута.

но вкалываются и выкалываются не на слизистой, а на коже. Как и влагалищные швы, они должны проникать через всю толщу тканей и, будучи завязанными, обеспечивать гемостаз мертвых пространств, где могла бы скопиться кровь. Когда швы затянуты, стороны влагалищного треугольника прилежат друг к другу, и таким образом влагалище суживается на всю ширину этого треугольника. Наложённые на влагалище кетгуттовые швы остаются на месте, чем устраняется неприятный момент операций прежнего времени, т. е. снятие швов.

Обе половины основания треугольника тоже соприкасаются друг с другом и образуют промежность, высота которой равна как раз половине длины этого основания.

Снятие наружных промежностных швов не представляет никакого затруднения. В связи с этим выгоднее, чтобы эти швы были из не рассасывающегося материала.

Во многих случаях неполного разрыва промежности повреждение влагалища бывает незначительным; поэтому оживление приходится производить почти исключительно на промежности и очень мало на влагалище. При этих условиях влагалищный треугольник делается небольшим, причем удаление ткани почти целиком идет за счет промежностного рубца. Но как влагалищные, так и промежностные швы остаются те же самые.

Рис. 33. Наложение швов.

Способ Лавсон-Тайта (Lawson-Tait). Способ Лавсон-Тайта состоит в расслоении прямокишечно - влагалищной перегородки. Поцци (Pozzi) внес в него некоторые изменения и усовершенствования.

На равном расстоянии от заднего прохода и спайки делают поперечный разрез, идущий в стороны до границы заднего продолжения больших губ. В среднем этот разрез имеет следовательно 4 см в длину. В толще прямокишечно-влагалищной перегородки он идет на глубину приблизительно 2 см, все время оставаясь на одинаковом расстоянии от слизистой влагалища и слизистой прямой кишки, в чем следует стараться отдавать себе отчет без введения пальца в прямую кишку. С каждой стороны этого поперечного разреза делают по продольному разрезу, длиной в 2 — 3 см, идущему к заднему концу малых губ. При небольшом навыке это расслоение производится с необычайной быстротой, особенно

если оперировать изогнутыми остроконечными ножницами. В подобных условиях достаточно бывает вонзить острую ветвь ножниц в толщу промежности, параллельно слизистой влагалища, и одним ударом ножниц сначала вправо и затем влево выкроить квадратный влагалищный лоскут, который в силу своей тяжести свисает вниз, прикрывая собою всю освеженную поверхность. Достаточно приподнять его, чтобы увидеть последнюю (рис. 36).

Промежность восстанавливается поперечным наложением швов. Если передний лоскут оказывается избыточным, что бывает в большинстве случаев, то излишек его иссекается, а зашивание заканчивается наложением нескольких кетгутовых швов (рис. 37 и 38).

Если освеженная поверхность промежности мала, то нет ничего проще ее увеличить. Для этой цели достаточно сделать от каждого конца поперечного разреза по небольшому надрезу кзади и получить таким образом небольшой задний лоскут, который, будучи отодвинут кзади, заметно увеличивает раневую поверхность промежности и тем самым высоту последней при ее восстановлении. (Рис. 39.)

Кольпо-перинеоррафия по способу Долери во многом сходна с этим способом и отличается от него лишь своеобразным зашиванием влагалищного лоскута. (См. стр. 98 и сл.).

Полные разрывы промежности. Способы восстановления промежности при полных ее разрывах аналогичны описанным, но, поскольку здесь необходимо восстанавливать прямокишечно-влагалищную перегородку и жом заднего прохода, они более сложны технически и более сомнительны по своим результатам.

Как и для неполных разрывов, здесь имеется громадное количество различных способов, отличающихся друг от друга лишь самыми незначительными деталями. Мы опишем лишь те из них, которые являются типичными. Прежде всего здесь необходимо получить раневую поверхность, по своей форме и расположению напоминающую ту, которая была в момент разрыва. Затем, когда это освежение тканей закончено, следует тщательно наложить швы.

Различные типичные методы отличаются друг от друга либо способом



Рис. 34. Зашивание закончено.

производства освежения тканей, либо способом наложения швов. Мы встретим здесь способы освежения тканей и путем иссечения слизистой и путем «расслаивания» по методу Лавсон-Тайта. Из числа способов освежения путем иссечения слизистой мы опишем способы Симон—Хегара и Эммета, которые значительно разнятся друг от друга способом наложения швов.

Способ Симон—Хегара (Simon—Hégar). Форма освежаемой поверхности представлена на рис. 40. Согласно классическому сравнению она слегка напоминает бабочку с раскрытыми крыльями. Зажимы, наложенные на



Рис. 35. Способ Лавсон-Тайта.
Расслоение произведено двумя ударами ножниц.

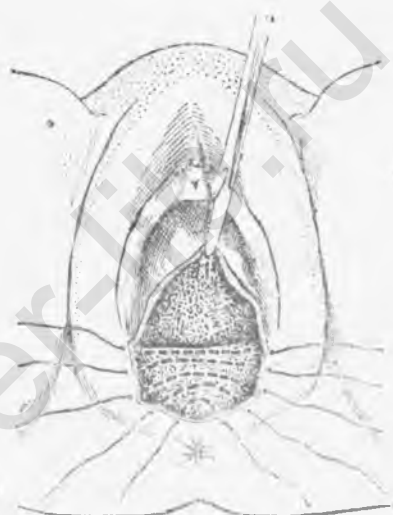


Рис. 36. Влагалищный лоскут приподнят. Наложение швов: трех влагалищных и двух промежностных.

соответствующие места — один на слизистую влагалища выше того места, где нарушена перегородка, два — у задних концов больших губ, два — с каждой стороны заднего прохода, — позволяют натянуть слизистую и облегчают освежение тканей. Выгодно скальпелем очертить контуры оживляемой поверхности, растягивая зажимами ткань таким образом, чтобы без труда видеть границы. Поперечный край, составляющий нижнюю границу разрушенной перегородки, ширина которой значительно колеблется в зависимости от степени разрыва, освежается с особой тщательностью, причем по средней линии это освежение тканей поднимается на известную высоту. Слизистая задней поверхности влагалища иссекается таким образом, чтобы обеспечить возможность соприкосновения краев раны возможно большей поверхностью.

После тщательной остановки кровотечения наложение швов произво-

дится в трех направлениях. Кетгутные швы соединяют края, предназначенные для восстановления задней стенки влагалища (рис. 41).

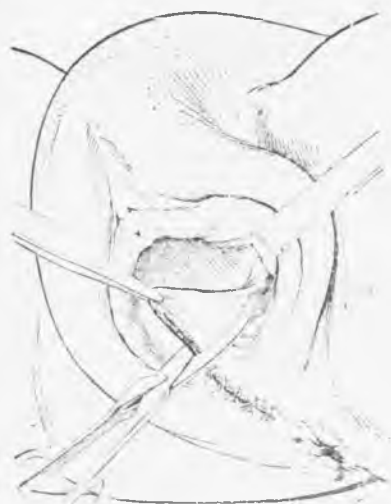


Рис. 37. Удаление избытка влагалищного лоскута.

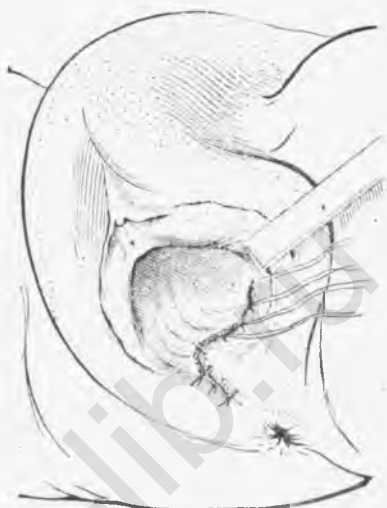


Рис. 38. Шов закончен.

Сильковые швы тщательно захватывают все глубоко лежащие ткани, так как это всегда должно иметь место при зашивании промежности, вкалываются в нескольких миллиметрах от бокового разреза справа и выкалываются в нескольких миллиметрах от бокового разреза слева. Эти швы, тщательно завязанные, восстанавливают нижнюю часть ректо-вагинальной перегородки и самую промежность (рис. 42).

Наконец кетгутные швы, накладываемые симметрично предыдущим, соединяют обе половины нижнего поперечного разреза и таким образом восстанавливают слизистую заднего прохода. Эти швы должны быть наложены с особой тщательностью, поскольку они подхватывают переднюю часть заднего прохода и обеспечивают срастание двух концов разорванного сфинктера.

Когда разрыв промежности бывает *сплошным*, операция остается такой же, но форма освежаемой поверхности в этом случае значительно приближается к форме поверхности, освежаемой по способу Эммета (рис. 44).



Рис. 39. Схема надреза.

В сущности на уровне рубца разорванной перегородки освежаемая

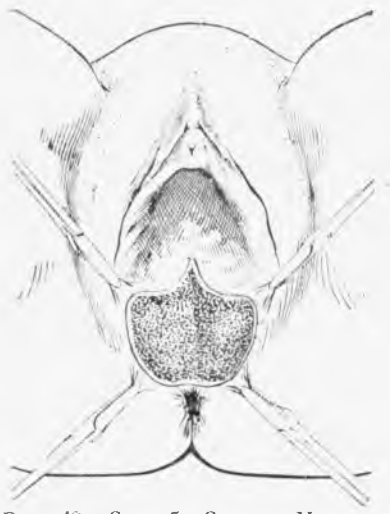


Рис. 40. Способ Симон—Хегара. Поверхность оживления.

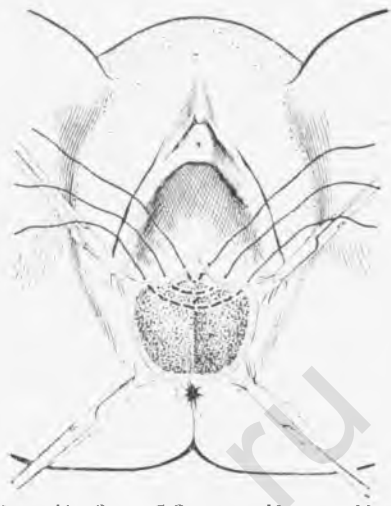


Рис. 41. Способ Симон—Хегара. Наложение влагалищных швов из кетгута.

площадь относительно узка и в действительности почти всегда приходится в известной мере расслаивать перегородку. Здесь-то и находится слабое место и, если только разрыв поднимается несколько кверху по прямокишечно-влагалищной перегородке, то следует с особой тщательностью производить наложение швов. Одни кетгутовые швы накладываются тщательно на слизистую прямой кишки и остаются в прямой кишке, другие кетгутовые швы соединяют края слизистой влагалища; а силиконовые швы, накладываемые между ними, сближают кожные края освежаемой поверхности и восстанавливают собственно промежность.



Рис. 42. Способ Симон—Хегара. Наложение швов на промежность. Последний шов накладывается на задний проход.

Способ Эммета (Emmet). Способ освежения Эммета во многом сходен со способом Симон—Хегара. Этот последний способ даже несколько проще, поскольку при нем нет необходимости, как в предыдущем, иссекать небольшой срединный вагиналь-

ный лоскут, удлиняющий раневую поверхность кверху. Здесь освежаемая поверхность имеет форму двух треугольников, обращенных основаниями кнаружи, по направлению к ягодицам и соединяющихся более или менее острыми вершинами на уровне нижней части прямокишечно-влагалищной перегородки (рис. 44).

Освежение производится здесь, как и во всех остальных аналогичных способах, скальпелем или еще лучше ножницами.

Наложение швов здесь гораздо проще, чем при предыдущем способе, но требует большей тщательности. По крайней мере в принципе здесь нет ни швов влагалищных,

ни швов на прямую кишку.

Имеются лишь швы на промежность, которые, погружаясь в нескольких миллиметрах кнаружи от основа-

ния бокового треугольника освежаемой поверхности, проникают в глубину, проходят

через толщу прямокишечно-влагалищной перегородки и выкальваются симметрично

на противоположной стороне. Получается таким образом

швы, четыре, пять швов, а иногда и больше. Наиболее

важный из них, на котором особенно настаивает сам автор, — шов Эммета, — служит

для восстановления сфинктера заднего прохода. Он погружается с правой стороны

вблизи анального отверстия, представляющего собой лишь заднюю кривизну, и, проходя

через всю толщу тканей, выходит слева в симметричном месте. Проходя там, где произошел разрыв

заднего прохода и следовательно разрыв сфинктера, он при натяжении сближает концы последнего и таким образом обеспечивает его срастание (рис. 45).

Возможно, что значение этого шва несколько теоретично, поскольку два атрофичных, укороченных конца сфинктера не всегда соединяются надлежащим образом: но что вполне очевидно, это то, что вышеназванный шов способствует их сближению, способствует их соприкосновению и тем самым их срастанию, когда это срастание возможно. Таков способ Эммета. Понятно, что при правильном завязывании швов, расположенных на промежности, две раневые треугольные поверхности тесно соприкасаются друг с другом. Кроме того швы, проходящие через нижний конец прямокишечно-влагалищной перегородки, подтяги-



Рис. 43. Способ Симон—Хегара. Вид законченного шва.

Возможно, что значение этого шва несколько теоретично, поскольку два атрофичных, укороченных конца сфинктера не всегда соединяются надлежащим образом: но что вполне очевидно, это то, что вышеназванный шов способствует их сближению, способствует их соприкосновению и тем самым их срастанию, когда это срастание возможно. Таков способ Эммета. Понятно, что при правильном завязывании швов, расположенных на промежности, две раневые треугольные поверхности тесно соприкасаются друг с другом. Кроме того швы, проходящие через нижний конец прямокишечно-влагалищной перегородки, подтяги-

Возможно, что значение этого шва несколько теоретично, поскольку два атрофичных, укороченных конца сфинктера не всегда соединяются надлежащим образом: но что вполне очевидно, это то, что вышеназванный шов способствует их сближению, способствует их соприкосновению и тем самым их срастанию, когда это срастание возможно. Таков способ Эммета. Понятно, что при правильном завязывании швов, расположенных на промежности, две раневые треугольные поверхности тесно соприкасаются друг с другом. Кроме того швы, проходящие через нижний конец прямокишечно-влагалищной перегородки, подтяги-

вают последнюю к промежности и способствуют их срастанию. Этот способ дает прекрасные результаты, но, понятно, ничто не обя-
зывает педантично придержи-
ваться его; для лучшего обеспе-
чения более совершенного
соприкосновения тканей, и
крепости шва ничто не ме-
шает наложить еще несколько
добавочных швов из кетгута
на слизистую влагалища и
слизистую прямой кишки. В
этом случае способ Эммета
почти целиком совпадает со
способом Симон—Хегара.

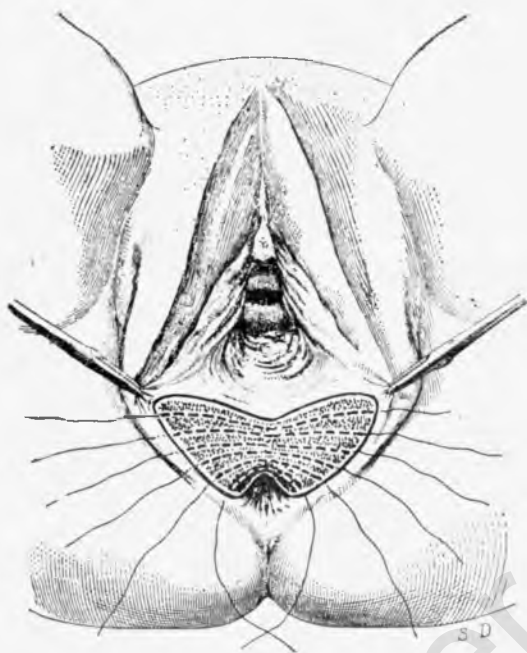


Рис. 44. Способ Эммета.

частицы ткани, дает лучшую аутопластику, чем способ освежения, при котором удаляются ткани, итак не имеющиеся в избытке.

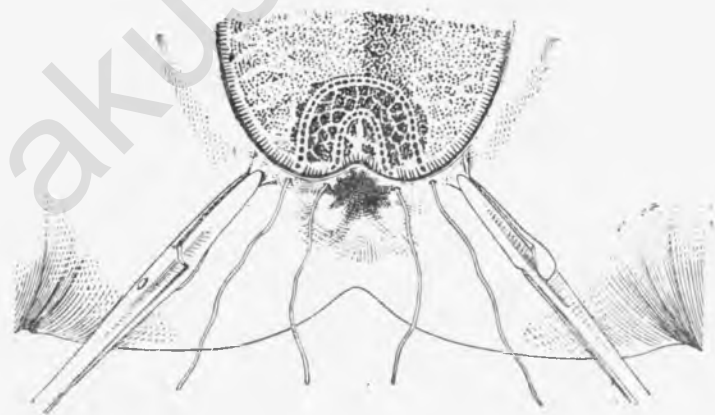


Рис. 45. Способ Эммета. Наложение швов, обеспечивающих срастание волокон сфинктера.

Разрез делается в форме буквы Н. Поперечный разрез рассекает на известную глубину горизонтально край прямокишечно-влагалищной перегородки. У каждого конца этого поперечного разреза делаются еще два передне-задних разреза, которые спереди достигают задней трети больших губ, а кзади простираются до краев заднего прохода. Тогда на уровне промежности прямокишечно-влагалищная перегородка оказывается разделенной на два слоя — передний влагалищный и задний прямокишечный, а проведенные разрезы отграничивают таким образом два поперечных лоскута, легко отходящих друг от друга при отведении одного кпереди, другого кзади.

Между этими лоскутами образуется воронкообразная раневая поверхность, которая и является поверхностью освежения (рис. 46 и 47).



Рис. 46. Способ Лавсон-Тайта. Схема разреза.

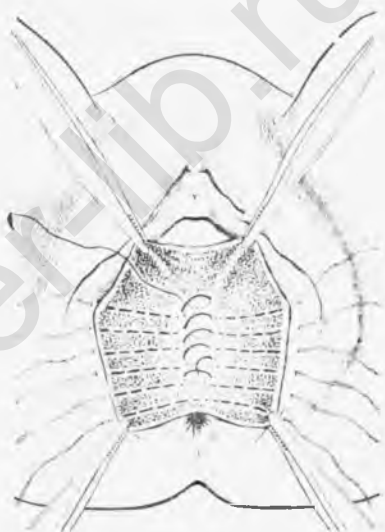


Рис. 47. Способ Лавсон-Тайта. Наложение глубокого непрерывного шва и отдельных швов.

Если передний лоскут оказывается избыточным, что случается сравнительно часто, излишек его иссекают.

Наложение швов производится, как и при других способах, поэтапно. Поцци, усовершенствовавший этот способ, накладывает швы послойно, в два этапа, погружая в глубину непрерывный шов из тонкого кетгута, который разумеется только лучше обеспечивает тесное соприкосновение освеженных поверхностей.

Впрочем ничто не мешает, как и в способе Симон—Хегара, прибавить еще несколько добавочных кетгутовых швов на влагалище и прямую кишку, которые обеспечивают правильное прилегание слизистых, не всегда являющееся совершенным вследствие излишка тканей в лоскутах. Эти добавочные швы из кетгута являются необходимыми при сплошных раз-

рывах промежности, при которых расслоение перегородки и наложение швов должно быть сделано с особой тщательностью.

При любом оперативном способе дальнейший уход за больными всегда остается одинаковым. По возможности следует избегать оставления катетра à demeure, который часто вызывает раздражение со стороны мочевого пузыря. Его оставляют лишь в тех случаях, когда нет возможности поручить больную человеку, способному следить за ее мочеиспусканием и могущему в случае нужды спустить мочу катетром. В продолжение 6 — 8 дней у больных вызывают слегка закрепление кишечника, а затем с помощью легкого слабительного вызывают его опорожнение во избежание напряжения и повреждения со стороны наложенных швов. Швы из силка должны оставаться довольно долго, по меньшей мере 12 дней. Оставаясь на месте, они фиксируют ткани и мешают им разойтись в момент акта дефекации.

ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ.

СВИЩИ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ.

Половые органы могут иметь ненормальное сообщение либо с мочевыводящими путями, либо с пищеварительным трактом.

Таким образом могут существовать либо *мочевые* свищи, либо *каловые*. Мы разберем их отдельно.

МОЧЕВЫЕ СВИЩИ.

Мочеиспускательный канал, мочевой пузырь, мочеточник могут оказаться в сообщении либо с маткой, либо с влагалищем. Отсюда и происходит все разнообразие существующих свищей. Последние могут быть *уретро-вагинальные*, *пузырно-вагинальные*, *мочеточниково-вагинальные*, соответственно тому, какой отдел мочевыводящих путей сообщается с влагалищем, либо же *пузырно-маточные* и *мочеточниково-маточные*, когда сама матка находится в сообщении с тем или иным участком мочевыводящих путей, расположенных вблизи нее.

Этиология почти всех этих свищей одинакова. Они либо обязаны своим происхождением какой-нибудь травме (несчастному случаю, хирургическому вмешательству), либо при некоторых условиях появляются самопроизвольно. Свищи *травматического* происхождения, как-то от удара рогов, падения, случайных ранений, встречаются чрезвычайно редко. Свищи *хирургического* происхождения встречаются чаще. В некоторых случаях они делаются сознательно, как например при вагинальном сечении при некоторых формах цистита, или же они могут появляться в связи с операцией. Пузырно-вагинальные свищи последнего рода почти всегда образуются вследствие ранения мочевого пузыря во время вагинальной экстирпации матки. Мочеточниково-вагинальные свищи также появляются большей частью в результате прижатия мочеточника во время той же операции. Ранение или омертвление, вызванные обнажением

указанных органов во время брюшной экстирпации, также могут быть причиной возникновения пузырно- или мочеточниково-влагалищных свищей.

Наиболее обычными являются свищи, возникающие самопроизвольно. Свищи, появляющиеся при *новообразованиях*, например при раке матки, с прободением мочевого пузыря не представляют хирургического интереса. Более интересны в этом отношении свищи *воспалительного* происхождения. Они возникают либо в результате флегмоны околоматочной клетчатки, которая может одновременно вскрыться и в мочевой пузырь и во влагалище, либо же вследствие наличия камня в мочевом пузыре, пессария, какого-либо постороннего тела во влагалище, которое вызывает изъязвление и в конечном итоге прободение пузырно-влагалищной перегородки. Наконец в настоящее время можно довольно часто наблюдать свищи, появляющиеся вслед за некрозом тканей после лечения радием.

Но все эти свищи имеют несколько специальный характер. Свищи же, возникающие вслед за *тяжелыми родами*, приходится наблюдать в настоящее время довольно редко. Давление, производимое головкой ребенка в продолжение многих часов на ткани, расположенные между лобком и головкой плода, может вызвать омертвление этих тканей с последующим образованием свищевого отверстия вслед за отпадением струны. Соответственно месту давления свищи могут быть крайне разнообразными. В обычных случаях травмируется пузырно-влагалищная перегородка, которая придавливается к лобковому сочленению. В результате образуется обыкновенный *пузырно-влагалищный* свищ. Если это давление передается на нижний отдел растянутой матки, то появляется *пузырно-маточный* свищ, расположенный выше предыдущего. Но поскольку верхний сегмент матки находится всегда над симфизом, свищ в сущности является *пузырно-шеечным*.

Иногда растянутый мочевой пузырь поднимается выше головки плода и тогда давлению подвергается мочеточниково-влагалищная область, в результате которого появляется *мочеточниково-влагалищный* свищ. *Мочеточниково-маточные* свищи представляют собой крайнюю редкость. Мочеточник не может быть придавлен к симфизу без того, чтобы одновременно не оказалась придавленной и смежная с ним стенка мочевого пузыря и следовательно, как думает Поцци, в данном случае дело идет о возникновении свища пузырно-маточного происхождения. Но здесь под влиянием рубцевого сморщивания тканей мочеточник спаивается с мочевым пузырем, свищевое же отверстие самого пузыря постепенно облитерируется, тогда как сообщение между мочеточником и маткой остается. Разумеется в данном случае свищ всегда расположен в области шейки и по существу следовательно является *мочеточниково-шеечным*.

Успех, отмечаемый за последнюю четверть века во всех отраслях акушерства, в громадной мере уменьшил осложнения при тяжелых родах. В настоящее время мы значительно реже, чем раньше, наблюдаем случаи длительной травматизации тканей, когда головка долгие часы стоит без поступательного движения вперед и когда не применяется никакого вмешательства с целью ускорить ее продвижение. Поэтому мы гораздо реже, чем прежние хирурги, встречаем пузырно-влагалищные свищи, появляющиеся в результате тяжелых родов.

Свищи мочевого пузыря (Пузырно-влагалищные и пузырно-маточные).

Патологическая анатомия. Пузырно-влагалищные свищи располагаются более или менее высоко. На уровне нижней трети влагалища их уже не бывает. В противном случае это будет уже свищи *уретро-вагинальные*. Сообщение между влагалищем и мочевым пузырем может существовать лишь на уровне средней или верхней трети влагалища. Иногда свищ располагается в переднем влагалищном своде, совсем близко от шейки, часто захватывая переднюю губу последней. В этом случае имеется *околошечный* свищ (*fistula juxta cervicalis*). На уровне шейки мочевого пузыря свищ может разрушить сфинктер и тем самым привести к неизлечимому страданию. Почти всегда свищи бывают по средней линии, но иногда могут оказаться и сбоку. Со стороны мочевого пузыря они соответствуют дну последнего и иногда располагаются совсем близко от места вхождения мочеоточника. Размеры их весьма непостоянны. Иногда они бывают совсем ничтожны и с трудом пропускают через свое отверстие зонд или пальчик; в этом случае, их очень трудно обнаружить. Чаще всего их размер достигает нескольких миллиметров. Иногда они пропускают конец пальца; в некоторых же случаях обширного омертвления тканей или большого разрыва они могут достигать нескольких сантиметров и при разрушении перегородки могут даже образовать нечто вроде мочеполовой клоаки.

Одновременное существование нескольких свищей наблюдается чрезвычайно редко. Если такое явление имеет место, то его можно объяснить результатом рубцевания свищевого отверстия с неудачным исходом, вследствие чего образуется неполное соединение краев свища, причем рубцовая ткань оказывается перекинутой через первоначальное свищевое отверстие в виде мостика, делящего его на две части.

Обычно свищевое отверстие имеет продолговатую форму и располагается длинником в поперечном направлении, но иногда свищи попадают овалы, круглые, продолговатые, в виде полумесяца и т. д.

На уровне свищевого отверстия слизистая влагалища переходит в слизистую мочевого пузыря посредством промежуточной зоны, состоящей из рубцовой ткани. Чаще же наблюдается как бы выворот слизистой влагалища в сторону мочевого пузыря, так что слизистая пузыря становится почти невидимой.

Нередко к свищу присоединяются еще другие повреждения, сильно осложняющие основное заболевание, а именно: беспрестанное истечение мочи, вначале легко переносимое влагалищем, в конце концов вызывает раздражение со стороны его слизистой, в результате чего появляются ссадины, воспалительные процессы и иногда настоящие язвы. Последние зарубцовываются и ведут к образованию перекладок и дивертикул, в которых могут развиваться камни. Влагалище склерозируется, суживается, что в конечном итоге ведет к значительным затруднениям в смысле его исследования и лечения. Ко всем этим осложнениям и рубцам могут еще присоединиться следы прежних повреждений, сопровождавших роды, что в совокупности крайне осложняет положение вещей.

Пузырно-маточные свищи встречаются гораздо реже и создают сообщения между дном мочевого пузыря и полостью шейки матки. В сущности выше внутреннего отверстия шейки они образоваться не могут, поскольку в этом месте матка и мочевого пузырь не соприкасаются друг с другом. Свищевое отверстие бывает более или менее обширно и часто передняя губа маточной шейки оказывается разорванной. Но если свищ располагается несколько выше, то он может оказаться совсем незаметным. Иногда передняя губа бывает настолько разрушена, что в процесс вовлекается одновременно и маточная ткань и ткань влагалища, и тогда мы имеем *пузырно-маточно-влагалищный свищ*.

Оперативное лечение свищ.й мочевого пузыря. Лечение путем освежения тканей представляется нам в настоящее время настолько простым, что мы с трудом понимаем, почему потребовалось столько времени, пока этот способ удалось осуществить, что произошло лишь в наше время.

Впервые операция была произведена в 1663 г. Роогуйзеном (Roohuyzen), неудача которой разочаровала хирургов. До 1834 г. не было сделано ни одной серьезной попытки. К этому времени Жобер де-Ламбаль (Jobert de Lamballe) стал производить пластику влагалища, за-

крывая свищевое отверстие лоскутом, пересеживаемым либо с большой губы, либо с бедра. Вскоре после этого он проделал пластику пузыря, сдвига ткани и сближая освеженные края свища, пользуясь надрезами, которые делали их подвижными. Это было уже значительным усовершенствованием, но еще не вполне достаточным.

И лишь Марион Симс (Marion Sims), пользуясь анестезией и более усовершенствованным инструментарием, первый сделал необходимое широкое освежение ткани и разработал американский метод, который был привезен в Париж в 1858 г. его учеником Боземаном (Bozeman). Этот метод тотчас же вошел всюду в употребление. Впрочем с моей точки



Рис. 48. Свищи: пузырно-влагалищный, уретро-влагалищный, пузырно-маточный.

зрения он уступает методу «расслаивания», предложенному в 1864 г. Дюбюэ (Dubu ), забытому, но за последнее время вновь введенному в употребление многими хирургами в Германии, а у нас Рикаром (Ricard), примеру которого последовали и другие. Наконец в 1893 г. Фергюссон (Fer sson) описал новый метод, который в 1899 г. был снова предложен Бракег  (Braquehaye).



Рис. 49. Американский метод освежения. Схема освежения.

Каков бы ни был метод, подготовка больной к операции остается всегда одинаковой. Она сводится к тому, чтобы всеми средствами обеспечить асептику операционного поля, которая впрочем никогда в этих случаях не может оказаться совершенной.

Боковое положение больной по Симсу довольно удобно; коленно-локтевое может иметь лишь изредка показание. Но в громадном большинстве случаев больная должна находиться на спине в положении для камнесечения, являющемся еще более простым.

Условия операции весьма разнятся в зависимости от того, сохранена ли матка или удалена, как это нередко бывает при наличии свищей, явившихся результатом расширенной экстирпации матки. В первом случае операция обычно гораздо легче и может быть выполнена без того слож-

ного инструментария, которым пользовались еще недавно. Иногда удается, низводя матку наложенными на шейку щипцами, почти целиком вывести пузырно-влагалищную перегородку наружу и таким образом произвести операцию при полном освещении, что значительно облегчает ее выполнение. Поэтому там, где эта возможность низведения матки существует, ею никогда не следует пренебрегать. Когда же матка отсутствует или ее низведение по какой-либо причине оказывается невозможным, операцию приходится производить в глубине влагалища и, поскольку это создает значительные затруднения, приходится прибегать в этих случаях к специальному инструментарию: к длинным скальпелям,

изогнутым в различных направлениях, к длинным ножницам, прямым, кривым или изогнутым, «chasse fils» и т. д., т. е. вообще ко всему тому замысловатому инструментарию, который имеется в специальных «наборах для пузырно-влагалищных свищей». В простых случаях, где низведение матки возможно, обыкновенный инструментарий оказывается вполне достаточным. Следует лишь иметь хорошие зеркала, хороший скальпель, хорошие прямые и кривые ножницы, и главным образом хорошие иглы, и в частности иглу à pédale небольшого размера и большой кривизной.

Американский способ.

Хорошо растянув слизистую влагалища наложенными на нее зажимами Кохера, приступают к освежению тканей вокруг свищевое отверстие, выкраивая косо на расстоянии 8 — 10 мм в окружности лоскут слизистой влагалища, который в виде клина кончается на уровне слизистой мочевого пузыря (рис. 49 и 50).

Когда освежение закончено, приступают к наложению швов, которые, погружаясь у края раны, проходят под освеженной поверхностью, выкалываются приблизительно на расстоянии 1 мм от свищевое отверстие мочевого пузыря, снова погружаются в симметричном месте на другой стороне и окончательно выкалываются близ противоположного края раны. Швы накладываются в надлежащем количестве. Их следует накладывать приблизительно через каждые 5 мм. Лучшими швами по моему мнению являются швы из силька (crin de Florence). Серебряные швы, считавшиеся когда-то лучше других, по моему мнению не годятся, по крайней мере в случаях обыкновенных, так как в некоторых очень сложных случаях, где для достижения почти недостигаемой фистулы пользуются chasse fils, они являются все же единственными, могущими оказать услугу. За исключением лишь самых маленьких свищей, не сле-

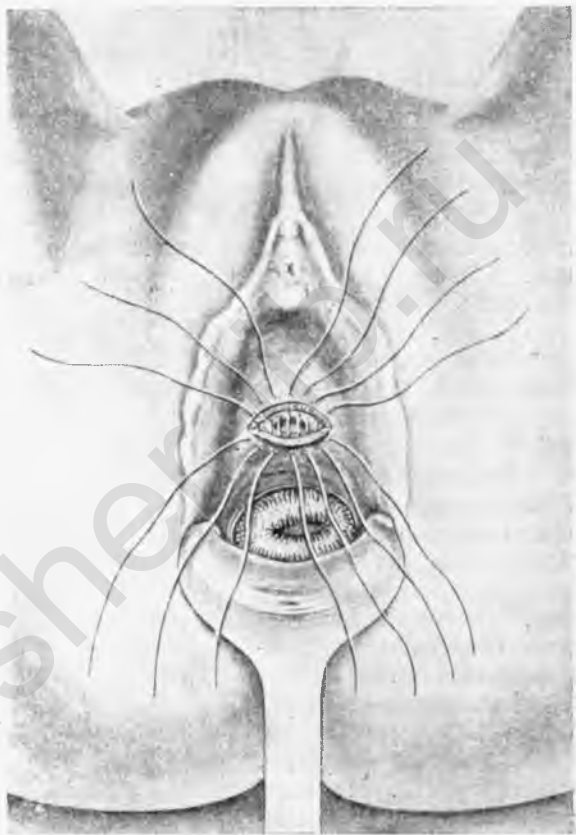


Рис. 50. Наложение швов после освежения.

дует полагаться на одни кетгутовые швы, хотя бы и под предлогом возможности их не снимать. Гораздо выгоднее наложить шов из нерас- сывающегося материала,

который, как например сильк, не инфицируется и не раздражает слизистой.

Прием, состоящий в про- пускании двух концов этого силька через отверстие сов- сем маленькой фарфоровой пуговицы, проталкиваемой к линии шва и там фикси- руемой с помощью трубоч- ки Галли (Galli), расплю-

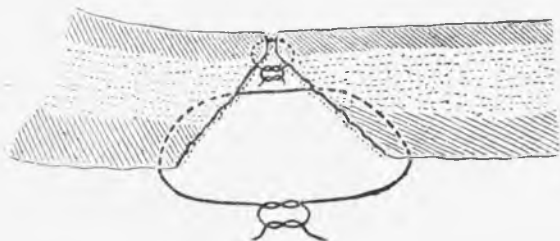


Рис. 51. Наложение шва после освежения.

щиваемой ударом щипцов, значительно облегчает наложение этого шва. Я лично всегда пользуюсь этим приемом и убежден, что почти постоянный успех, ко- торый мне пришлось иметь, зависит от этой маленькой технической подробности, которую я заимствовал у своего учи- теля Вернейля (Verneuil).

Необходимо быть уве- ренным в точном приле- гании краев раны и пол- ной безукоризненности шва, который должен быть безусловно непро- ницаемым, так как от это- го зависит успех опера- ции.

Обычно эта операция весьма проста. Но если низведение матки невоз- можно или особенно, если матка отсутствует совер- шенно, то операция может оказаться крайне трудной. Вот тут-то и может быть показано боковое поло- жение больной по Симсу, или даже вентральное по- ложение, причем в этом случае потребуются уже и соответствующий набор инструментов.

Способ расслоения. Этот



Рис. 52. Способ расслоения. Образование нижнего лоскута.

способ, являясь лишь местным применением общего метода, состоит в расслоении пузырно-влагалищной перегородки. Здесь следовательно не производится ни малейшего удаления тканей; между тем в случаях, где рубцовая ткань утрачивает свою эластичность и где вообще ткань оказывается не в избытке, этим обстоятельством пренебрегать не следует. С помощью поперечного разреза, производимого либо скальпелем, либо кривыми ножницами, это расслоение удается довольно легко.

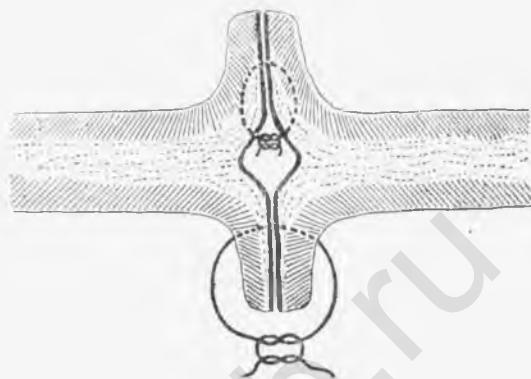


Рис. 53. Зашивание производится после расслоения. Вначале зашивается слизистая мочевого пузыря, которая затем погружается под шов, наложенный на слизистую влагалища.

Расслоенная таким образом перегородка разделяется на два отходящих друг от друга лоскута, один пузырный и другой влагалищный. Расслоение должно быть обширным и отслоенные лоскуты должны

иметь раневую поверхность приблизительно от 1,5 до 2 см (рис. 52). Когда расслоение закончено, стороны

пузырного лоскута сближаются раневыми поверхностями друг к другу таким образом, чтобы слизистая мочевого пузыря погрузилась в полость последнего, и сшиваются тонким кетгутом, либо отдельными швами, либо крестным (рис. 53). Можно даже в некоторых случаях по совету Рикара (Ricard) этим швом вообще пренебречь и предоставить пузырные лоскуты самим себе. Влагалищные лоскуты также сближаются раневыми поверхностями друг к другу и тщательно сшиваются с таким расчетом, чтобы сшитая слизистая влагалища выступала в

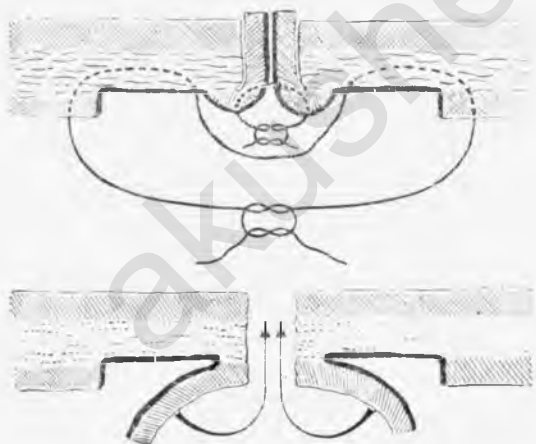


Рис. 54 и 55. Способ Фергюссон-Бракегэ. Схема освежения и наложения швов.

виде валика в полость вагины. В случаях простых для наложения этих швов вполне достаточно иметь сильк (crin de Florence) и хорошую иглу à pedale.

Способ Фергюссон-Бракегэ. Круговым разрезом, приблизительно на

расстоянии 1 см вокруг отверстия свища, разрезают слизистую влагалища. Затем отслаивают пузырно-влагалищную перегородку, направляясь от периферии к центру, от линии разреза к свищевому отверстию, но стараясь не достигнуть последнего (рис. 54 и 55).

Таким образом получают прикрепленную по всей окружности свища манжетку из ткани, которую выворачивают в полость мочевого пузыря, сшивая раневые поверхности тонким кетгутом (рис. 55 и 56).

После этого остается обширная раневая поверхность, довольно по-



Рис. 56. Пузырно-влагалищный свищ. Швы после расслоения.

хожая на поверхность освежения, получаемую по американскому способу. Эту раневую поверхность зашивают так же, как и в способе Марион—Симса. Таким образом получают два расположенных один над другим слоя, из которых каждый состоит из слизистой влагалища. Понятно, что эта двойная толща плотных слоев является благоприятным моментом для успешного исхода операции.

Можно также по примеру Растуйля (Rastouil) расслоить пузырно-влагалищную перегородку обычным путем и сшить отсепарованные таким образом края поверх центральной манжетки. Но это собственно уже является комбинацией спо-

соба Фергюссон—Бракегэ и способа «расслоения».

Наилучшими способами являются самые простые.

А priori способы, основанные на «расслоении», стоят гораздо выше способов простого «освежения» тканей, так как они не требуют удаления тканей и позволяют целиком использовать имеющуюся в наличии слизистую.

Но каким бы ни пользоваться способом, я настойчиво рекомендую накладывать швы только из силка и пользоваться фарфоровыми пуговицами, фиксируемыми с помощью трубки Галли. Это является одним из условий, гарантирующих успех.

Последующий уход за оперированными. Когда операция закончена, рекомендуется обратить внимание на то, чтобы наложенный шов был не-

проницаем. Введение кипяченой воды в полость мочевого пузыря выяснит, есть ли просачивание жидкости, и в положительном случае следует наложить добавочный шов.

Было немало споров относительно способов послеоперационного ведения больных, наилучшим образом обеспечивающих срастание освеженных поверхностей в течение ближайших дней после операции.

Больной рекомендуется лежать на боку; такое положение, при котором попеременно больная лежит то на одной то на другой стороне, является наиболее удобным. Катетер à demeure, оставляемый в течение первых трех дней, исключает наполнение мочевого пузыря и следовательно тем самым травматизацию наложенных швов; при условии, если его не оставлять на более продолжительный срок, раздражения со стороны слизистой пузыря не наступает. После третьего дня больная должна быть катетеризована очень часто, приблизительно через каждые три часа. И лишь только около десятого дня следует швы снять и позволить больной помочиться самостоятельно.

Сложные операции. Излечение простых пузырно-влагалищных свищей путем однократной операции является в настоящее время обычным делом. Однако в некоторых случаях для получения желаемых результатов приходится прибегать к операции двукратно, а иногда даже делать ее по несколько раз.

Но в случаях пузырно-маточных свищей, появляющихся вслед за удалением матки, затруднения могут оказаться настолько значительными, что приходится прибегать к специальным методам.

При свищах, обязанных своим происхождением влагалищной экстирпации, затруднения могут возникнуть вследствие отсутствия матки и невозможности низведения свищевого отверстия, располагающегося в этих случаях обычно очень высоко, нередко в самой глубине стянутого рубцами, неправильного и суженного канала. В этом случае освежение тканей, разрезы и наложение швов сопряжены с большими трудностями.

Вот тут-то и может оказать большую услугу специальный инструментарий («chasse fils»).

Не меньшие затруднения могут возникнуть при пузырно-шеечных свищах, когда маточная шейка оказывается разрушенной, тем более, что последняя бывает в этих случаях плотной и рубцово-сморщенной. В тех случаях, когда произвести освежение тканей надлежащим образом не удастся и особенно, когда передняя губа маточной шейки оказывается разрушенной, можно по предложению Курти (Courty) сшить нижний край свища с задней губой шейки, включая таким образом шейку в мочевой пузырь (рис. 57).

Но понятно, что подобная операция оправдывается лишь в тех случаях, когда все другие существующие способы, и в частности способ зашивания путем надлобокового сечения, оказались безуспешными.

Настоящие пузырно-маточные свищи иногда излечиваются гораздо легче, чем пузырно-шеечные.

Наиболее простой и правильный способ их лечения состоит в рассечении переднего свода влагалища и в отделении мочевого пузыря от матки,

как это обычно делают при начальных моментах удаления матки влагалищным путем.

Свищевое отверстие мочевого пузыря зашивается отдельно кетгутом, после чего матку по возможности низводят и производят освежение и зашивание свищевое отверстия, находящегося в ней. То обстоятельство, что свищевые отверстия в пузыре и в матке иногда не совпадают друг с другом, очень облегчает заживление фистул.



Рис. 57. Способ Курти.

В тех трудных случаях пузырно - влагалищных или пузырно - маточных свищей, когда все способы через влагалище оказываются безуспешными или невыполнимыми, можно воспользоваться *надлобковым* путем Тренделенбург (Trendelenburg) описал внутрипузырный путь. Когда больная переведена в наклонное положение, делают надлобковый разрез. Затем вскрывают переднюю стенку мочевого пузыря и соответствующим инструментарием раздвигают края раны с целью обеспечить себе более свободный доступ. В случае надобности помощник пальцем из влагалища поднимает дно мочевого пузыря и хирург производит освежение свищевое отверстия. Здесь лучше всего, как впрочем и при операции со стороны влагалища, произвести расслоение перегородки и затем за-

шить слизистую пузыря по возможности тщательно, соединяя друг с другом раневые поверхности. Этот момент операции может оказаться весьма трудным. Он требует хорошего инструментария: длинных пинцетов, тонкой с большой кривизной иглы *à pédale* и т. д.

Когда зашивание окончено, мочевой пузырь можно закрыть наглухо и поставить катетер *à demeure*. Только в тех случаях, где имеется сомнение в возможной инфекции, можно оставить мочевой пузырь открытым и ввести сифон Перрье (Périer). Но наличие пузырного дренажа создает

большой риск в смысле возможных повреждений в области наложенных швов.

Марион (Marion) очень хвалит этот внутрпузырный способ и предпочитает его всем остальным. Но здесь имеется явная переоценка его, потому что там, где имеется возможность излечить свищ влагалищным способом, являющимся абсолютно безопасным и дающим нередко хорошие результаты, без сомнения лучше пользоваться именно им, чем вскрывать пузырь. Можно также по примеру Виттеля (Vittel) сделать чревосечение, войти в брюшную полость. затем на уровне пузырно-маточного свода вскрыть брюшину и отделить мочевого пузырь от матки и влагалища до места, лежащего ниже свищевого отверстия. Обычно это представляет значительные трудности вследствие рубцового спаяния стенок мочевого пузыря и влагалища. Сделав это, накладывают отдельно швы на мочевой пузырь и матку, если дело идет о пузырно-маточном свище, встречающемся весьма редко, или же на мочевой пузырь и влагалище, когда дело идет об обыкновенном пузырно-влагалищном свище. Затем восстанавливают тазовую брюшину и закрывают брюшную полость. Этот способ является вполне целесообразным и может дать прекрасные результаты, но он все же стоит ниже способа Тренделенбурга (рис. 58).

Совсем недавно Легё (Legueu) опубликовал способ операции *брюшным путем* в случаях свищей, появляющихся вслед за

расширенной экстирпацией матки и наиболее обычных в настоящее время. Известно, что в подобных случаях влагалищный путь оказывается несравненно более трудным и менее надежным, поскольку отсутствие матки исключает возможность низвести стянутое рубцами влагалищное дно и заставляет вследствие этого хирурга оперировать на глубине. Этот последний способ является превосходным и всегда заслуживает внимания в случаях обширных свищевых отверстий, к которым влагалищным путем подойти невозможно, или же когда влагалищная операция оказывается безуспешной. Я этим способом пользовался нередко и имел очень хорошие результаты. Состоит он в следующем: операцию начинают с лапаротомии, производя разрез брюшной стенки по средней линии. После введения над-



Рис. 58. Операция пузырно-маточного свища надлобковым путем.

лобкового расширителя дно таза представляет собой благодаря отсутствию матки ректо-везикальное углубление. Затем строго по средней линии вскрывают мочевой пузырь до самого уровня свищевого отверстия. Этот срединный разрез мочевого пузыря может быть в зависимости от местоположения свища продолжен далеко книзу до самого уровня межмочеточникового пространства. Когда достигают свища, влагалище оказывается вскрытым. Вслед за этим производят расслоение пузырно-влагалищной перегородки, отделяют мочевой пузырь от влагалища и закрывают последнее. Если есть возможность, его закрывают, пользуясь соседними участками брюшины. После этого приступают к освежению рубцовых краев пузырного свища, превращая их в раневые края, являющиеся непосредственным продолжением срединного разреза мочевого пузыря. Затем последний зашивают двумя или тремя двойными швами из кетгута во всю его длину, перитонизируют по возможности заднюю поверхность мочевого пузыря и закрывают живот, оставив катетер à demeure.

Единственным неудобством только что описанного способа является вскрытие брюшной полости, которое всегда, даже в настоящее время, таит в себе возможность смертельного исхода. Но конечно это соображение не является достаточным для того, чтобы отказаться от способа, который в крайне тяжелых случаях оказывается лучше всех остальных.

Если во время операции закрыть пузырный свищ не удастся, остается еще одно последнее средство, состоящее в закрытии шеечного отверстия в случае пузырно-маточного свища, или же в закрытии влагалища (Colpocleisis) при пузырно-влагалищном свище.

Подобное закрытие влагалища производится путем кругового освежения его шириной приблизительно в 2 — 3 см, которое спереди идет непосредственно под свищем, а сзади поднимается насколько возможно выше. Таким образом поверхность освежения приобретает форму настоящего раневого кольца, опоясывающего собой отверстие свища, маточную шейку и верхнюю часть влагалища (рис. 59).

Передняя половина этого кольца сшивается соответствующими швами с задней половиной. Можно соединить друг с другом и две боковых полуокружности. После окончательного зашивания пузырный дивертикул образуется верхней частью влагалища; благодаря тому, что освежение по задней стенке влагалища производится насколько возможно выше, в удачных случаях влагалище сохраняет достаточные размеры.

При свищах, расположенных очень низко, при которых повторные операции оказались безуспешными, можно прибегнуть к последнему средству — закрытию вульвы, или *episiographia*, производимой путем освежения и сшивания больших губ.

В некоторых случаях, где непрестанное истечение мочи вызывалось разрушением сфинктера шейки пузыря, некоторые авторы (Backer-Brown, Maisonneuve, Roze) производили операции полного закрытия вульвы с предварительным образованием ректо-вагинального свища. В этих случаях мочевой пузырь, влагалище и прямая кишка образуют одну общую клоаку, закрывающую жомом заднего прохода. Но здесь сам собой

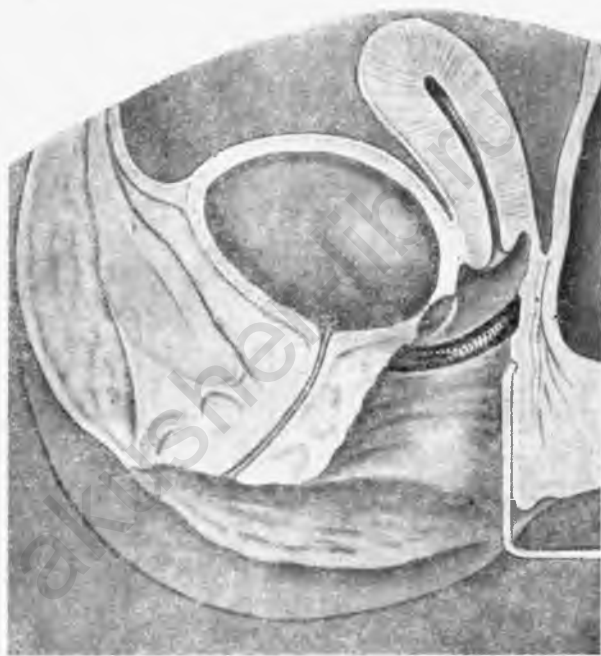


Рис 59 Круговое оживление влагалища.

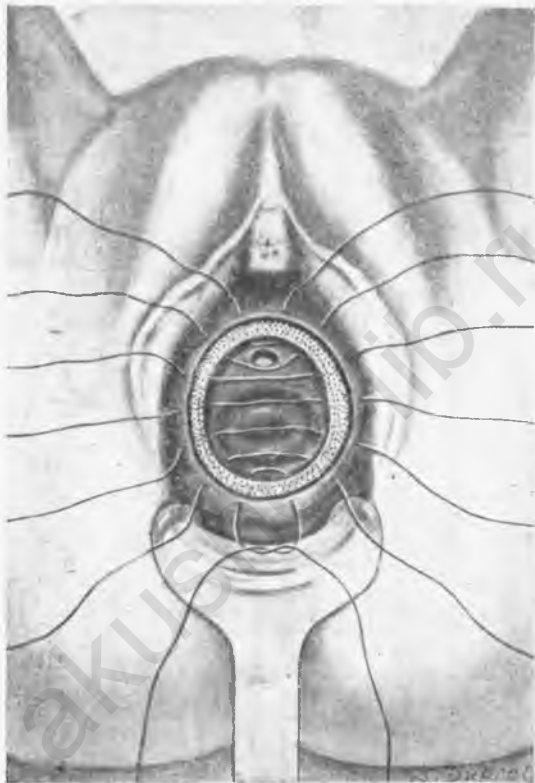


Рис. 60. Colproctocleisis. Зашивание круговой поверхности освежения производится таким образом, чтобы создать поперечную перегородку.

напрашивается вопрос, не могут ли всякого рода инфекции и расстрой-ства, являющиеся результатом этой операции, вызвать последствия го-раздо худшие, чем самая болезнь.

УРЕТРО-ВЛАГАЛИЩНЫЕ СВИЩИ.

Уретро-влагалищные свищи не имеют такого значения, как пузырно-влагалищные. Не только потому, что они встречаются гораздо реже, но и потому, что в общем, сравнительно с другими свищами мочевыводящих путей, они вызывают лишь незначительные жалобы. Однако в тех случаях, где в процесс разрушения вовлечена шейка мочевого пу-зыря, что ведет к беспрестанному недержанию мочи, подобные свищи ста-новятся чрезвычайно упорными и трудно поддаются излечению, вслед-ствие того, что закрытие подобного свища никогда не может восстановить разрушенного сфинктера и тем самым устранить недержание мочи.

Я поэтому очень мало верю в будущность операций, предназначенных для восстановления разрушенного сфинктера с использованием для этой цели участка внутренних мышц верхней трети бедер. Уретро-шеечно-влагалищный свищ к счастью встречается весьма редко.

Признаки обычных уретральных свищей чрезвычайно просты. Нет ни-чего легче, путем катетеризации, установить точное местоположение свища, его форму и размеры. Свищ иногда представляет собой едва за-метное отверстие, иногда пропускает кончик зонда, иногда же занимает наибольшую часть уретры, а в некоторых случаях ведет к ее полному разрушению.

Функциональные признаки этих свищей совершенно ясны. Жалобы ка-саются лишь мочеиспускания. В момент мочеиспускания моча частично попадает во влагалище и оттуда сочится, вызывая громадные неудобства. Но в промежутках между мочеиспусканием истечение мочи отсут-ствует. Оно появляется лишь в случае разрушения сфинктера шейки матки.

Оперативное лечение уретро-влагалищных свищей теоретически является весьма простым. Некоторые очень маленькие свищи могут быть излечены однократным или же повторными прижиганиями. Но если размер свища более значителен, то лучшим средством является аутопла-стическая операция способом расслаивания, которая производится в данном случае совершенно так же, как и при пузырно-влагалищных свищах, но значительно легче поскольку здесь свищевое отверстие расположено более поверхностно.

Когда уретра оказывается разрушенной по всей своей длине, сле-дует произвести настоящую лоскутную аутопластику, пользуясь для этого тканями из наиболее подходящих участков, где слизистая сочна и эластична. Обычно лоскуты слизистой берутся по сторонам от средней линии. Разрезами очерчивается прямоугольник, в котором по длиннику располагается верхняя стенка разрушенной уретры. Боковые части этого прямоугольника отсепааровываются снаружи внутрь и от-вертываются к средней линии таким образом, чтобы их слизистая каса-лась зонда, введенного в мочевой пузырь, а раневая поверхность была

обращена кнаружи. Затем эти лоскуты сшиваются друг с другом по средней линии. После этого слегка отсепарованные края раны также подтягиваются к середине и сшиваются друг с другом с таким расчетом, чтобы их глубокая раневая поверхность касалась и срослась с раневой поверхностью первых лоскутов (рис. 61, 62, 63).

Можно попытаться лечить уретро-шеечные свищи расширенным освежением шейки мочевого пузыря и сшиванием двух концов разрушенного сфинктера, сближая эти концы, если только остатки жома еще достаточно сохранились для этого.

В отдельных удачных случаях можно таким образом добиться полного прекращения недержания мочи или по крайней мере значительного уменьшения. Но если операция не удалась, то всякую надежду на излечение следует отбросить. Предлагавшиеся способы в виде закрытия влагалища после предварительного образования между прямой кишкой и влагалищем сообщения, образования подчревного канала после закрытия шейки мочевого пузыря влекут за собой страдания еще более тяжелые, чем те, которые должны были быть устранены.

Иногда все-таки можно в известной мере рассчитывать на операции, состоящие в восстановлении разрушенного сфинктера, пользуясь для этого участком внутренних мышц, взятых в верхней трети бедра.



Рис. 61. Уретропластика. Выкраивание лоскутов.

СВИЩИ МОЧЕТОЧНИКА.

Мочеточнико-маточные свищи встречаются крайне редко, гораздо чаще можно наблюдать мочеточнико-влагалищные.

Мочеточнико-маточные свищи всегда являются шеечными. Появляются они вслед за родами, тогда как свищи мочеточнико-влагалищные в громадном большинстве случаев обязаны своим происхождением ущемлению мочеточника во время влагалищного удаления матки, или же его поранению во время какого-либо другого хирургического вмешательства в тазу, в частности во время удаления матки по поводу рака. Свищи,

появляющиеся вслед за родами, встречаются как исключительная редкость.

Первым признаком наличия мочеточникового свища является истечение мочи через влагалище. Это истечение существует постоянно. Но в противоположность тому, что наблюдается при пузырно-влагалищных свищах, в этом случае мочевой пузырь наполняется (благодаря отделению мочи другой почкой) и мочеиспускание происходит нормально. Если бы удалось собрать мочу, вытекающую через свищ, то можно

было бы убедиться, что количество ее равно количеству мочи, выделяемой через мочевой пузырь. Но этот признак имеет лишь относительную ценность. Катетеризация мочеточника имеет в этом отношении гораздо большее значение, поскольку она позволяет на основании остановки катетра на уровне свищевого отверстия установить наличие свища, так как продвижение катетра вследствие существования рубцовых перекладок и разрыва становится невозможным.

Введение окрашенной жидкости в мочевой пузырь дает отрицательный результат: жидкость не вытекает через влагалище. Наконечник цистоскопии обнаруживает целостность мочевого пузыря; при этом наблюдается отсутствие тех периодических истечений жидкости из поврежденного мочеточника, которое обычно приходится видеть.

При мочеточнико-маточных свищах непосредственное наблюдение обнаруживает истечение мочи через шейку. Но увидеть мочеточнико-влагалищные свищи бывает обычно очень трудно. В сущности

матка почти всегда отсутствует, поскольку эти свищи появляются в связи с удалением матки; дно влагалища превращается в воронку из рубцовой ткани, в глубине которой и помещается свищевое отверстие. Ввести в это отверстие более или менее точно мочеточниковый катетер весьма трудно. Рассчитывать на введение мочеточникового катетра в верхний конец мочеточника не приходится. Если это и удается, то совершенно случайно. Неполные мочеточниковые свищи, т. е. когда имеется лишь боковое ущемление мочеточника, нередко излечиваются самостоятельно. Когда же мочеточник оказывается перерезанным или омертвевшим во всю свою толщину, свищ будет существовать бесконечно.

Рис. 62 и 63. Уретропластика. Сшивание уретральных лоскутков.

Оперативное лечение мочеточниковых свищей. Мочеточнико-половой свищ является столь же тяжелым страданием, как и пузырно-влагалищный, и потому для излечения не следует останавливаться ни перед какими затруднениями. Чтобы прекратить постоянное истечение мочи, существуют два совершенно различных способа лечения; первый состоит в непосредственном закрытии свищевое отверстие с помощью тех или иных пластических операций; второй же состоит в побочных мероприятиях, имеющих целью либо отвести мочу в мочевой пузырь путем

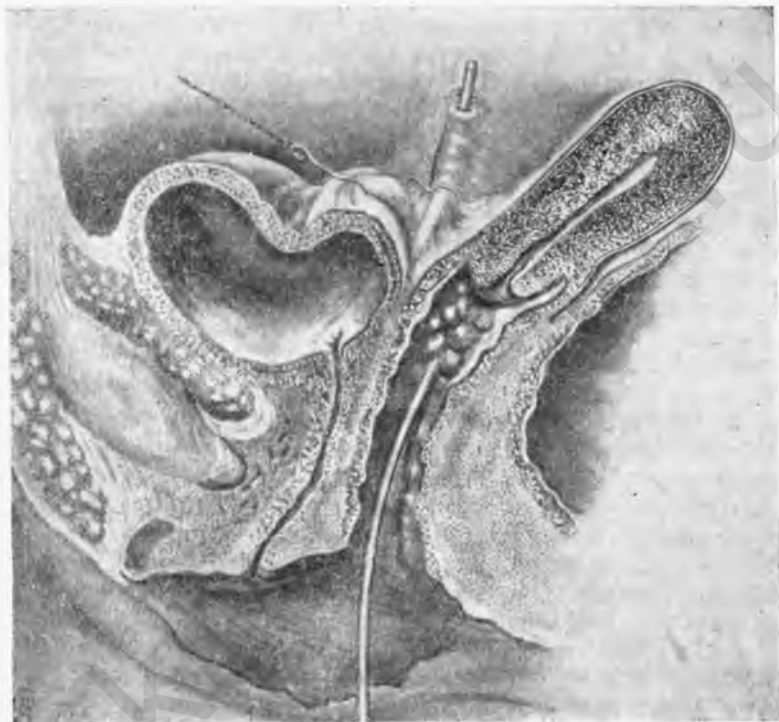


Рис. 64. Свищ мочеточника.

уретеро-цистостомии, либо, в случае необходимости, в прямую кишку путем *уретеро-ректостомии*, либо же наконец окончательным прекращением ее истечения путем производства *нефректомии*.

При *мочеточнико-маточных* свищах не стоит рассчитывать на их излечение путем непосредственной пластической операции. Лучше сразу в таких случаях прибегнуть к вшиванию мочеточника в мочевой пузырь или же к нефректомии.

Но в случаях *мочеточнико-пузырно-влагалищных* и *мочеточнико-влагалищных* свищей есть иногда возможность получить излечение с помощью непосредственной аутопластики.

При *пузырно-мочеточнико-влагалищном* свище, когда последний рас-

полагается почти на уровне места вхождения мочеточника в мочевой пузырь, операция ничуть не сложнее, чем при обычном пузырно-влагалищном свище. Наилучшим в данном случае является повидному способ «расслаивания» перегородки. После вскрытия влагалищной слизистой попадают на мочевой пузырь в том месте, где оканчивается мочеточник. Последний отсепаровывается и отодвигается в мочевой пузырь. После этого остается лишь закрыть свищевое отверстие мочевого пузыря и соединить края влагалищной раны обычным путем.

При *мочеточнико-влагалищном* свище получить благоприятные результаты путем непосредственного закрытия его весьма трудно. Освежение или расслаивание слизистой влагалища на уровне свищевого отверстия оказывается в данном случае недостаточным, потому что мочеточник деформирован, сужен и имеется очень мало шансов на то, чтобы моча пошла нормальным путем через нижний конец мочеточника. Швы расходятся, и все приходится начинать сначала. В некоторых благоприятных случаях можно повысить шансы на успех катетеризацией мочеточника через мочевой пузырь. Катетром доходят до уровня мочеточникового свища, рассекают влагалище, находят конец введенного катетра и проводят его в верхний конец мочеточника, который легко узнается по вытекающей через его отверстие моче. Затем поверх введенного катетра сшивают, если не самые стенки мочеточника, то раневую поверхность окружающих его тканей, предоставляя происходить процессу рубцевания поверх катетра, оставленного à demeure.

Здесь хирургическое вмешательство требует чрезвычайного мастерства. Когда мочеточнико-пузырный свищ находится не очень далеко от места вхождения мочеточника, результаты будут лучше, если превратить его в мочеточнико-пузырно-влагалищный свищ. Для этого бывает достаточно вскрыть мочевой пузырь по возможности ближе к устью мочеточника. Когда мочевой пузырь вскрыт, отыскивают отверстие мочеточника, куда и вводят катетер. Впрочем гораздо легче ввести его заранее или путем цистоскопии или непосредственной катетеризации. Мочеточник рассекается до отверстия свища, и таким образом получается как бы удлинение мочевого пузыря, простирающееся вплоть до свищевого отверстия. После этого катетер вводится в верхний конец мочеточника, обширная же рана мочевого пузыря зашивается по обычному способу «расслоения» (рис. 65, 66, 67).

Понятно, все эти манипуляции, производимые в глубине влагалища, особенно в случаях, где матка отсутствует и где чрезвычайно трудно подтянуть к вульве участок, нуждающийся в тщательном зашивании, требуют необыкновенной тонкости работы, и потому нет ничего удивительного, что подобные операции нередко сопровождаются неудачей.

Когда ни одним из вышеупомянутых способов, положительной стороной которых все же является безопасность, зарощения свища добиться не удается, остается еще одно средство — это вшивание мочеточника в мочевой пузырь.

Последнее может быть произведено влагалищным путем. Различные способы этой операции, отличающиеся друг от друга лишь самыми незначительными деталями, зависящими от особенности расположения того

или иного свища, производится по одному общему плану: отверстие свища ограничивается разрезом слизистой влагалища и мочеточник освобожд-



Рис. 65. Мочеточниково-влагалищный свищ.



Рис. 66. Мочеточниково-влагалищный свищ. Мочеточниковый катетер введен в мочевой пузырь. Последний должен быть вскрыт на уровне устья мочеточника.



Рис. 67. Катетер, будучи проведен через вскрытую стенку мочевого пузыря, введен в мочеточник. Раневая поверхность сшита на уровне свищевого отверстия.

дается и подтягивается книзу насколько возможно. Затем вскрывают мочевой пузырь и в полученном таким образом отверстии фиксируют конец отсепарованного мочеточника вместе с окружающей его манжеткой



Рис. 68. Мочеточниково-влагалищный свищ. Насечки для освобождения мочеточника.



Рис. 69. Мочевой пузырь вскрыт. Мочеточник должен быть шит в отверстие пузыря.

из слизистой влагалища, причем рекомендуется добавить отдельные швы на все раневые участки. Введение мочеточникового катетра, выходящего через уретру и оставляемого à demeure на несколько дней, является од-

ним из условий, гарантирующих успех, поскольку он предупреждает всякое сужение мочеточника от наложенных швов (рис. 68, 69, 70). В сущности все эти разнообразные, весьма трудные влагалищные операции, которые хирургу не доводится произвести и дважды за всю его жизнь и которые почти неизбежно кончаются неудачей, — должны применяться лишь при наличии свищей обоих мочеточников, что встречается чрезвычайно редко. Я лично их ни разу не наблюдал, но бесспорно они могут встретиться особенно в связи с удалением матки по поводу рака шейки.

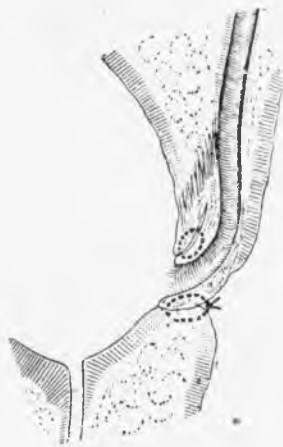


Рис. 70. Вшивание мочеточника в отверстие мочевого пузыря.

Когда вшивание мочеточника в мочевой пузырь влагалищным путем не удастся или представляется невозможным, это вшивание можно произвести путем брюшной *уретеро-цистонеостомии*. Здесь не место описывать эту весьма понятную операцию, которая производится гораздо легче, чем через влагалище. Но недостаток ее состоит в том, что она более опасна и может вести к смертельному исходу. На мой взгляд эта операция может быть рекомендована лишь в случаях ранений мочеточника во время удаления матки; в остальных случаях предпочтительнее удалять почку.

Никогда не следует в подобных случаях прибегать к вшиванию мочеточника в ободочную кишку. Этой операции, которая может оказать громадную услугу в случае *extrophia* мочевого пузыря, не следует производить, когда дело касается вшивания одного мочеточника, так как она может вызвать восходящую инфекцию мочеточника и соответствующей ему почки. Кроме того она ставит больную в очень тяжелое положение вследствие необходимости часто опорожнять прямую кишку, в которой скопляется моча.

Когда приходится иметь дело с односторонним свищом, который не имеет тенденции к самостоятельному рубцеванию или же сопровождается инфекцией почки, единственным целесообразным вмешательством, которое было недавно предложено мною¹ и повидимому принято всеми, начиная с Мариона, следует считать производство нефректомии; при здоровом состоянии другой почки все перечисленные выше сложные и почти всегда обреченные на неудачу операции, вместе с брюшной уретеро-цистостомией, таящей в себе к тому же всегда известную опасность, следует без колебания отбросить.

Нефректомия, являясь более безобидной и во всяком случае менее опасной операцией, чем вшивание мочеточника в мочевой пузырь, имеет к тому же еще и преимущество радикального излечения.

¹ J. L. Faure. Soc. de Chirurgie. Paris, 1926.

КАЛОВЫЕ СВИЩИ.

Между пищеварительным трактом и половой сферой могут возникать различные аномальные сообщения. В результате подобных сообщений, возникших между тонкой кишкой и маткой, образуются *маточно-кишечные* свищи, между маткой и прямой кишкой — *маточно-ректальные*, между тонкой кишкой и влагалищем — *кишечно-вагинальные*, наконец, между влагалищем и прямой кишкой — *ректо-вагинальные*; последние встречаются довольно часто. Свищи *кишечно-маточные* и *маточно-ректальные* наблюдаются лишь в случаях рака матки; они весьма редки и не представляют никакого клинического интереса.

Ректо-вагинальные свищи.

Кроме врожденных свищей, представляющих собой настоящие пороки развития, приобретенные свищи могут появиться либо самопроизвольно, либо в результате какой-нибудь травмы, родов, случайного повреждения или, особенно часто, оперативного вмешательства.

Абсцесс ректо-вагинальной перегородки, вскрываясь одновременно и в прямую кишку и во влагалище, может тоже вызвать длительное сообщение.

Haematocoele или какой-либо воспалительный очаг в тазу может тоже вызвать образование свищей, подчас весьма сложных. Кроме того всякие посторонние тела, введенные во влагалище на продолжительное время, в частности различные пессарии, могут в конечном результате вызвать изъязвление тканей и полное прободение их.

Во время родов, при наложении щипцов или базиотриба, также могут получаться разрывы перегородки. Но главным образом ректо-вагинальные свищи появляются в результате разрыва промежности, когда этот разрыв, распространяясь на перегородку, остается выше после зашивания поверхностных слоев промежности, в виде ректо-вагинального свища.

Наконец различные травмы, например удар рогом, падение на какое-либо острое тело, и особенно некоторые операции, как-то: влагалищное или брюшное удаление матки, могут вызвать образование более или менее обширных свищей вследствие случайного разрыва или омертвления тканей, появившегося на местах наложения зажимов à demeure.

Обычно свищи располагаются высоко. Вернейль различает: *ректо-вульварные*, *нижние ректо-вагинальные* и *верхние ректо-вагинальные* свищи.

Как большинство свищей, появившихся в результате удаления матки, они представляют собой часто лишь крошечное отверстие, пропускающее иногда лишь газы. Очень редко приходится видеть, чтобы размер этих свищей превышал размер двадцатикопеечной монеты.

Одновременно с наличием свищевого отверстия можно наблюдать различные рубцовые изменения, являющиеся результатом первичных травм, а также повреждения со стороны слизистой вследствие постоянного раздражения от соприкосновения с загрязняющим ее кишечным содержимым.

Большинство свищей имеет прямой ход, и на уровне краев свищевого отверстия слизистая прямой кишки непосредственно переходит в слизистую влагалища. Но некоторые свищи могут иметь весьма сложные ходы. Так например свищевые ходы, идущие от одного и того же гнойного очага в тазу, могут, с одной стороны, вскрыться в прямую кишку, с другой стороны, во влагалище.



Рис. 71. Способ Ле Дантю. Иссечение слизистой в форме полумесяца над свищевым отверстием.

Основным признаком наличия ректо-вагинального свища является выхождение газов и кишечного содержимого через влагалище. Непосредственное исследование с помощью зонда обычно позволяет точно установить расположение свища, но иногда при свищах, появляющихся в результате удаления матки и расположенных очень высоко, необходимо бывает ввести в прямую кишку окрашенную жидкость. Выходение последней через влагалище укажет расположение и значительность имеющегося свищевого отверстия.

Этот способ наряду с исследованием выходящего кишечного содержимого позволяет точно установить, какая кишка вовлечена в данном случае в процесс, прямая или же тонкая.

Оперативное лечение ректо-вагинальных свищей. Для лечения ректо-вагинальных свищей можно пользоваться теми же способами, что и при пузырно-влагалищных.

Все способы, применяемые на передней стенке влагалища, как-то: способ Мариона—Симса, способ «расслаивания», способ Фергюссон—Бракегэ, могут равным образом быть применены и на задней стенке. Они производятся совершенно также, и я не буду возвращаться к описанию всех технических деталей.

Фрич (Fritsch, 1888 г.) и Ле Дантю (Le Dentu, 1890 г.), предложили способ «смещения» тканей, дававший им неоднократно хорошие резуль-

таты. Слизистая, расположенная *над* или *под* свищевым отверстием, иссекается в форме полумесяца. Лоскут, соответствующий вогнутости полумесяца и предназначенный для закрытия свища, отсепаровывается и подшивается к противоположному краю раны, который соответствует выпуклости того же полумесяца. Таким образом свищ закрывается лоскутом слизистой, которая сдвигается впереди свищевого отверстия.

В сущности наилучшим способом, особенно при свищах, расположенных в нижней части влагалища, является способ «*расслаивания*» промежности по Лавсон-Тайту, который аналогичен тому методу, который применяется при разрывах промежности или при выпадениях. Промежность расслаивается и слизистая влагалища приподнимается кверху. Необходимо, чтобы это расслаивание производилось выше свищевого отверстия на значительном протяжении. При подобных условиях ректальное и влагалищное отверстия свища оказываются отделенными друг от друга, причем лоскут влагалища, полученный в результате этого расслоения, оказывается насквозь перфорированным. Остается лишь закрыть отдельно каждое из этих отверстий поперечными швами, как это делается при обычной перинеоррафии (рис. 74 и 75). В результате этого между двумя отверстиями свища оказывается более или менее толстый слой освеженных тканей, причем, когда наступает их сращение, свищ оказывается излеченным.

В некоторых случаях, особенно, когда находящаяся под свищевым отверстием ненарушенная область промежности очень тонка, ее можно целиком рассечь, превращая таким образом свищ в *полный* разрыв промежности и ректо-вагинальной перегородки, который лечится уже как таковой, т. е. операцией перинеоррафии, производимой по одному из вышеуказанных способов.

Кишечно-влагалищные свищи.

Эти свищи нередки. Иногда они могут возникать вслед за родами, во время которых произошел разрыв заднего свода. Обычно этот разрыв почти всегда остается нераспознаваемым. В этот разрыв втягивается кишка, которая, оказываясь сдавленной, омертвевает, что в дальнейшем ведет к образованию свища. В настоящее время гораздо чаще их можно наблюдать вслед за влагалищным или брюшным удалением матки, при котором кишка разрывается, будучи в спайках, или же омертвевает вследствие плохо наложенных зажимов.

Почти всегда свищ располагается в заднем своде. Но при отсутствии матки, само собою разумеется, свищевое отверстие оказывается в дне влагалища. Почти постоянно в процесс втягивается тонкая кишка, иногда же тазовый отрезок ободочной. В некоторых случаях, когда свищ возникает в результате одновременного вскрытия гнойного очага в таз во влагалище и в кишечную петлю, между влагалищем и тонкой кишкой образуется очень сложный ход.

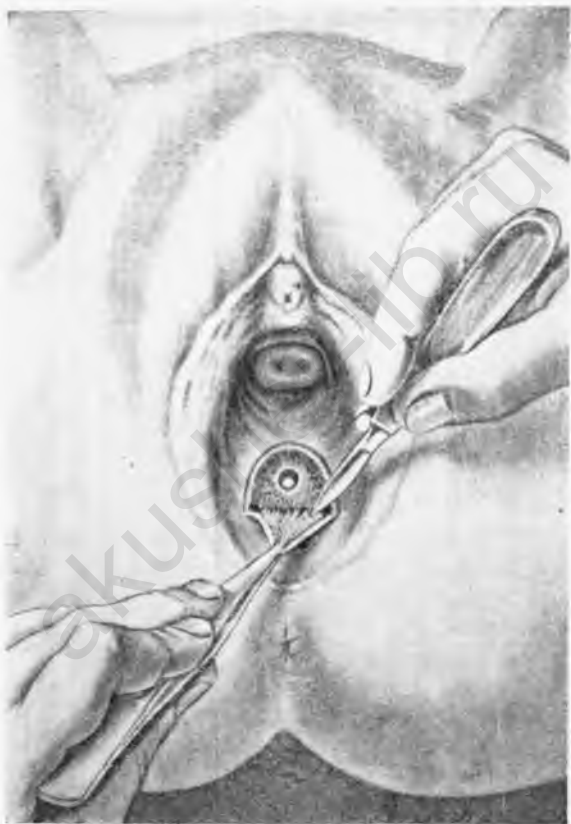


Рис. 72. Отсепаровка нижнего лоскута.



Рис. 73. Лоскут подшит к противоположному краю раны, благодаря чему свищ оказывается закрытым.



Рис. 74. Расслаивание промежности. Оба свищевых отверстия закрываются швами из кетгута.

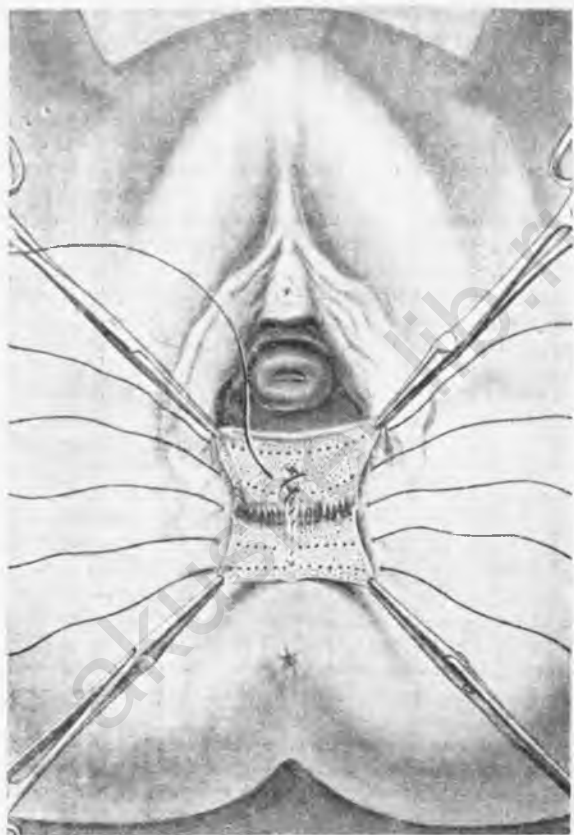


Рис. 75. Зашивание расслоенной промежности.

Свищевое отверстие бывает более или менее обширно, с рубцовыми, часто неправильными краями, с более или менее обширной зоной воспаления, которое является в результате раздражения кишечным содержимым.

Бесспорными признаками этих свищей является выхождение газов и кишечного содержимого. Качество этого содержимого позволяет поставить диагноз. Полужидкое содержимое тонких кишок совершенно не похоже на более или менее твердое содержимое толстой.

Непосредственное исследование путем введения в прямую кишку окрашенной жидкости (когда дело касается толстой кишки) часто позволяет определить высоту расположения свища. Иногда также наблюдается более или менее сложный надлобковый ход.

Оперативное лечение кишечно-влагалищных свищей. Небольшие свищи чаще всего излечиваются самостоятельно.

Но когда размеры их оказываются значительными, никогда не следует рассчитывать на такой благоприятный исход. За исключением лишь очень редких случаев, могущих быть все же излеченными влагалищными операциями, при свищах этого рода не стоит думать о влагалищном пути. Обычно этим путем, узким и ненадежным, ничего хорошего сделать не удастся.

Единственное разумное вмешательство состоит во вскрытии живота и в тщательном зашивании имеющегося в поврежденной кишке отверстия, что производится очень осторожно путем тщательной отсепаровки запяянной кишки.

Описать эту операцию не представляется возможным, так как она оказывается различной в каждом отдельном случае. Понятно только, что она требует большого искусства, нередко очень трудна и бесспорно всегда опасна. Но все же, если она иногда и заканчивается неудачей и может привести к смерти больной, то все-таки она чаще всего дает прекрасные результаты.

ГЛАВА ПЯТАЯ.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕПРАВИЛЬНЫХ ПОЛОЖЕНИЙ МАТКИ.

При положении матки в антеверсии или в антефлексии хирургическое вмешательство бывает показано редко. Терапевтическое лечение метрита, массаж, расширение внутреннего отверстия часто бывают достаточными для излечения или по крайней мере заметного облегчения дисменорройных явлений, сопровождающих эти неправильные положения матки. Однако там, где терапевтическое лечение оказывается безуспешным и боли и другие явления продолжают оставаться, показано испытать хирургическое вмешательство.

В этом отношении была предложена операция *hysteropexia*, которая вполне понятно может дать хорошие результаты. Однако в случаях легких она является слишком значительной и таит в себе слишком много

неудобств, чтобы ее рекомендовать во всех случаях без исключения. Я во всяком случае предпочел бы ей *ligementopexia*.

То же самое можно сказать и о *клиновидной гистерэктомии* по Тириару (Thiriar). Как известно, операция эта производится главным образом при загибе матки назад. После вскрытия живота на уровне выступающего угла, образованного изгибом матки, иссекают из маточной ткани клин в поперечном направлении, не достигающий слизистой. Затем горизонтальные края полученной раны соединяются с помощью шва из кетгута. Таким образом задняя стенка матки укорачивается на всю высоту удаленного мышечного клина и матка оказывается выпрямленной (рис. 97 и 98).

По примеру Рида (Reed) аналогичную операцию можно произвести и влагалищным путем после предварительного вскрытия заднего свода. Операции на шейке, не требующие вскрытия живота, без сомнения тоже являются в известной мере действительными.

Дюдлей (Dudley) укорачивает заднюю губу шейки следующим образом: он разрезает заднюю губу шейки по средней линии вплоть до дна влагалищного свода (рис. 76).

Каждая раневая сторона перегибается пополам,

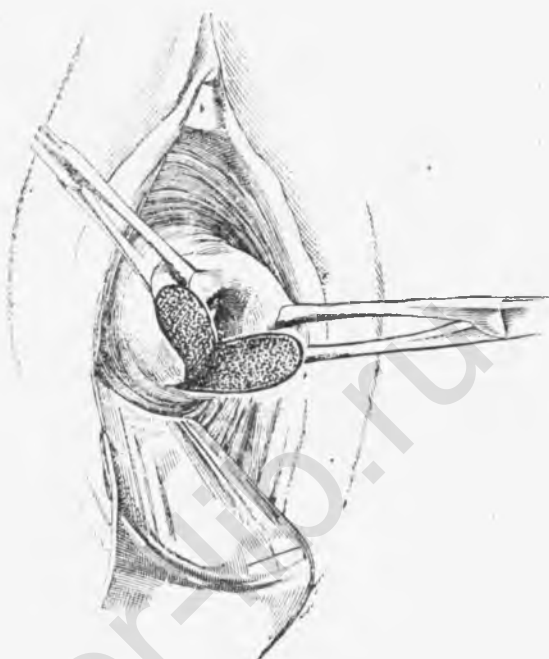


Рис. 76. Операция Дюдлея (1-й момент).

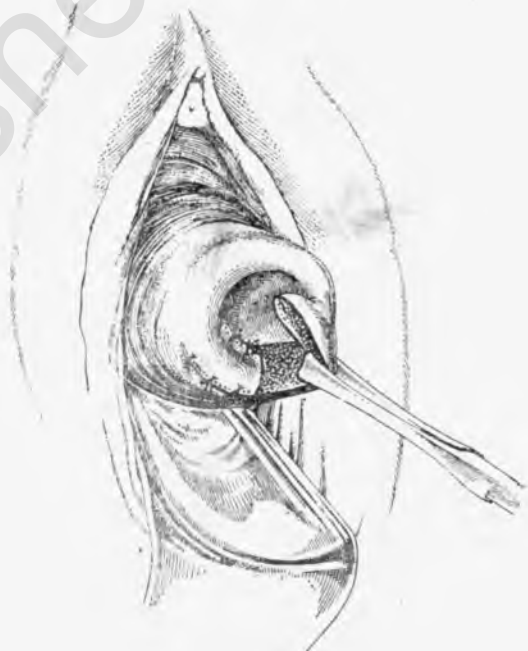


Рис. 77. Операция Дюдлея (2-й момент).

как это показано на рис. 77, в результате чего середина каждой стороны оказывается вершиной угла, обращенного наружу; приложенные друг к другу указанным выше способом раневые поверхности сшиваются с помощью вертикально накладываемых швов. В результате получается увеличение отверстия шейки и уменьшение длины задней губы шейки, а следовательно и задней стенки матки.

Передняя губа, оказывающаяся слишком длинной по сравнению с задней, частично иссекается и зашивается поперечно накладываемыми

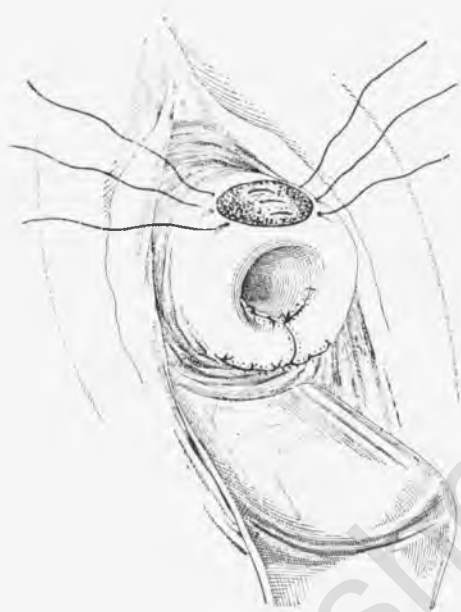


Рис. 78. Операция Дюдлея (3-й момент).



Рис. 79. Операция Дюдлея (4-й момент.)

швами (рис. 78). Когда операция закончена, швы имеют расположение, указанное на рисунке 79.

Дюдлею эта операция неоднократно дала хорошие результаты, но не совсем понятно, каким образом укорочение задней губы шейки, т. е. влагалищной части стенки матки, может оказать влияние на длину надвлагалищной ее части, на уровне которой и существует изгиб матки при антефлексии, и мы склонны думать, что хорошие результаты этой операции скорее обязаны улучшению явлений метрита, чем исправлению неправильного положения матки механическим путем. Такого взгляда придерживается и Поцци, который весьма доволен лечением антефлексии матки посредством стоматоластики путем экцизии шейки. Но в общей сложности все эти способы лечения являются мало надежными. Иногда они представляют больше неудобств, чем преимуществ.

Но когда матка отклонена кзади, хирургическое вмешательство дает действительно прекрасные результаты.

Отклонение матки кзади.

Предложенные и вошедшие в практику хирургические способы лечения отклонений матки кзади крайне многочисленны, но далеко не равноценны. Они резко отличаются друг от друга в зависимости от того, производится ли чревосечение или же напротив лишь внебрюшинное вмешательство. Большинство из них мы опишем вкратце прежде, чем сравнить их между собой и разобрать присущие им показания.



Рис. 80. Операция Александра. Вскрытие передней стенки пахового канала.

Наиболее остроумной и оригинальной, если не сказать наилучшей, является операция внебрюшинного укорочения круглых маточных связок, — операция Алкье — Александра — Адамса (Alquier — Alexander — Adams). Впервые она была предложена Алкье в 1840 г. Но произведена она была лишь в 1881 г. Александром, который в 1882 г. ее опубликовал. В это же время Адамс, описавший ее тоже в 1882 г., произвел свою первую операцию лишь двумя месяцами позже Александра. В принципе она весьма проста и изящна. Известно, что круглые маточные связки, отходящие от углов матки, подходят с каждой стороны к паховому ка-

налу, проникают в него и выходят затем через наружное отверстие последнего и теряются в толще больших губ. Если следовательно эти круглые маточные связки выделить в месте их выхода из пахового канала и подтянуть их кнаружи, то одновременно с ними все более и более будет



Рис. 81. Обнажение круглой маточной связки и отсечение у места нижнего ее прикрепления.

подтягиваться к передней стенке живота и дно матки. Такова в общих чертах операция Александра.

Параллельно пупартовой связке проводится разрез длиной в 6 — 8 см, который, идя на уровне наружного отверстия пахового канала, позволяет обнаружить круглую маточную связку. Последняя появляется среди выполняющего эту область жира в виде розового тяжа различной толщины, волокна которого нередко при выходе из канала делятся и затем теряются в толще большой губы. При известном навыке этот тяж

можно очень легко отыскать, изолировать и затем энергично подтянуть его кнаружи, следя конечно за тем, чтобы его не порвать. В настоящее время возможность образования дивертикула брюшины или же наличие *canalis Nuckii* не имеет большого значения. Нередко во время сильного подтягивания круглой маточной связки можно произвести и вскрытие

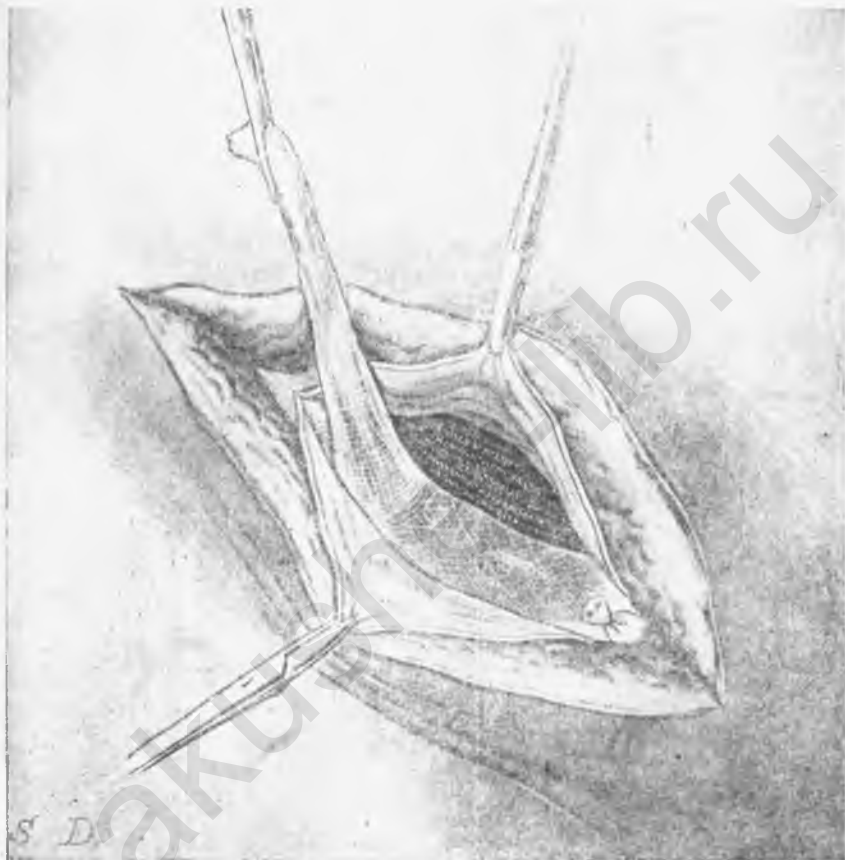


Рис. 82. Операция Александра. Круглая маточная связка подтянута кнаружи.

брюшины. Для того чтобы отчетливо видеть все, необходимо вскрыть переднюю стенку пахового канала (рис. 80, 81, 82).

Та же операция производится и на другой стороне. Затем ретрофлексированную матку выправляют, пользуясь в случае нужды помощником, который вводит пальцы во влагалище и отталкивает дно матки кпереди. Убедившись, что матка подтянута насколько возможно, что удастся лишь при обнажении круглых связок приблизительно на 10 см, необходимо эти связки укрепить. Для фиксации круглых маточных связок существует много способов. Можно фиксировать непосредственно, с помо-

щью кетгутовых швов, захватывающих одновременно и края пахового канала и круглую маточную связку; можно также фиксировать по способу Сегона (Segond), пропуская через петли с каждой стороны поддерживающие швы или же фиксировать одну круглую связку к круглой связке противоположной стороны (Долери) и т. д. (рис. 83).

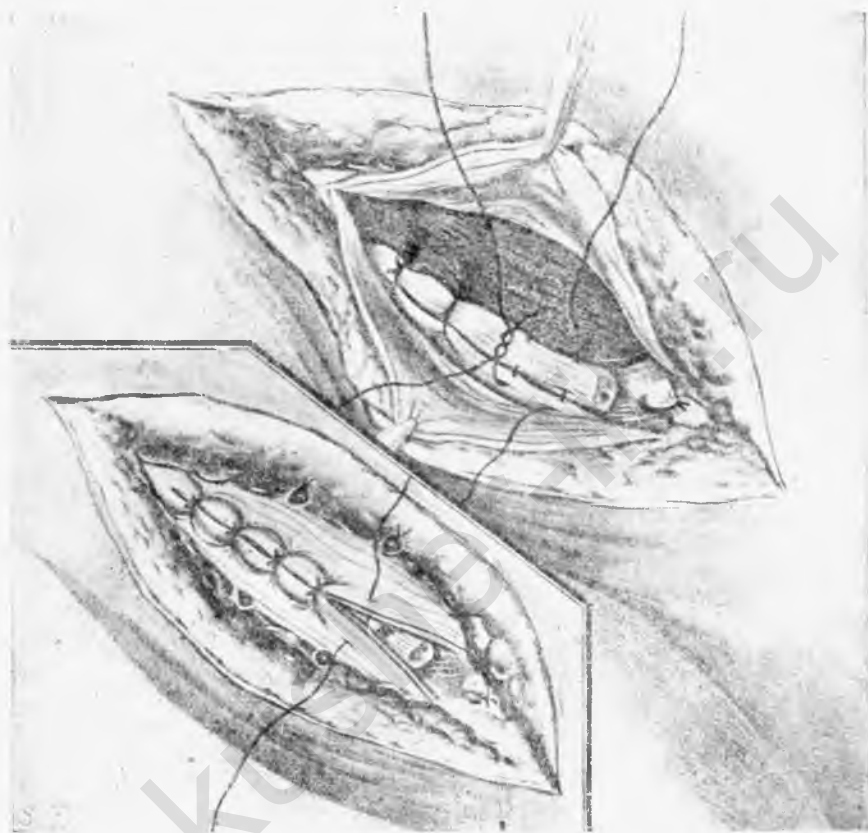


Рис. 83. Операция Александра. Пришивание круглой маточной связки к стенкам пахового канала и восстановление его передней стенки.

Все эти способы дают приблизительно одинаковые результаты; наилучшими из них являются наиболее простые.

Однако эта изящная, невинная операция, так часто дающая прекрасные результаты, имеет один крупный недостаток, заключающийся в том, что, во-первых, она может дать хороший результат лишь в тех случаях отклонения матки кзади, при которых имеется полная подвижность этого органа, и, во-вторых, при ней не имеется возможности произвести никакого вмешательства в отношении сопутствующих поражений, так часто встречающихся при отклонениях матки кзади и вызывающих нередко

больше, чем самое неправильное положение матки, различные недомогания и боли.

Эта операция имела значение главным образом в прежнее время, когда всякая внутрибрюшинная операция была связана с серьезным риском смертельного исхода; в настоящее же время она представляет лишь исторический интерес.

То же самое я скажу и о влагалищных операциях, которые в известной степени также могут исправить неправильное положение матки, но не позволяют хирургу составить себе ясного представления о причинах отклонения и не дают возможности произвести соответствующее вмешательство на придатках, которые своим заболеванием могут осложнять отклонение матки кзади.

Принцип этих влагалищных операций, этих *вагинофиксаций*, самый простой. Здесь дело идет о фиксации через передний влагалищный свод передней стенки матки к верхней части влагалища. Достигается это различным образом, и в частности способами Дюрсена, Макенродта, Ле Дантю — Пишевена (Dührssen, Mackenrodt, Le Dentu — Pichevin). Наилучшим бесспорно является последний, который благодаря более обширному вскрытию влагалища дает более широкий доступ и позволяет лучше ориентироваться во время операции. Но существенной разницы между этими разнообразными методами не существует.

Когда большой придано положение для камнесечения и шейка матки поднята книзу, передняя стенка влагалища рассекается почти во всю длину от уретры до передней губы маточной шейки. Затем влагалище отсепаровывается от мочевого пузыря на всю длину этого разреза и на ширину приблизительно в 2 см с каждой стороны. Эта отсепаровка требует внимания вследствие возможности поранения мочевого пузыря. Когда последний хорошо отсепарован от влагалища, мочевой пузырь отделяют от маточной шейки, расслаивая пальцем находящийся между этими органами слой клетчатки, и доходят таким образом до уровня свода брюшины, который и вскрывают. Вслед за этим очень легко, особенно если перевести матку кпереди подходящим корнцангом или гистерометром, обследовать переднюю поверхность последней и наложить на нее, непосредственно на уровне внутреннего отверстия и выше, несколько *вертикальных* швов, подтягивающих книзу переднюю поверхность матки и заставляющих последнюю вывихнуться кпереди (рис. 84, 85 и 86).

Затем накладывают целый ряд поперечных швов, захватывающих одновременно оба края влагалищного разреза и переднюю стенку матки, в которую они проникают приблизительно на глубину 5 мм. Швы эти накладываются по возможности ближе к дну матки и располагаются друг над другом по всей передней поверхности последней с таким расчетом, чтобы при окончании зашивания дно матки оказалось фиксированным к нижней части передней стенки влагалища, а внутреннее отверстие к ее верхней части (рис. 87).

Эти различные способы вагинофиксации, и в частности способ Ле Дантю, дают реальный эффект, причем ясно, что матка, фиксированная своей передней поверхностью к передней части влагалища, лишена возможности занять свое прежнее ненормальное положение.

* Но как раз эффективность этой операции влечет в дальнейшем один из основных ее недостатков. Не говоря о том, что эта операция является довольно трудной по технике и представляет всегда риск ранения

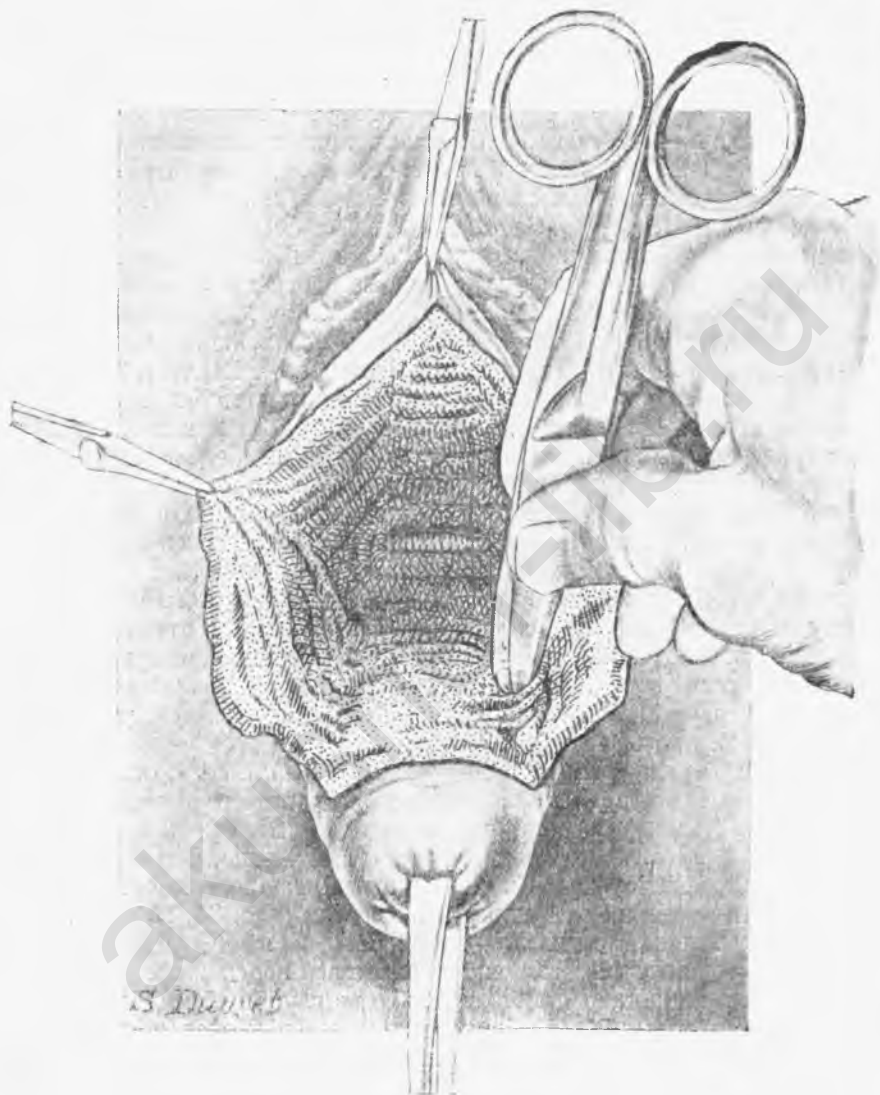


Рис. 84. Вагинофиксация. Передняя стенка влагалища вскрыта продольным разрезом. Отсепаровка мочевого пузыря.

мочевого пузыря, она таит в себе еще крупный недостаток, создавая препятствия для беременности. Само собой понятно, что при успешном выполнении операции, т. е. при получении настоящей спайки между

передней поверхностью матки и влагалищем на протяжении хотя бы извственной части его, развитие беременной матки встречает серьезные затруднения. В этом случае матка лишена возможности выправиться и подняться кверху без того, чтобы одновременно не потянуть сильно ма-

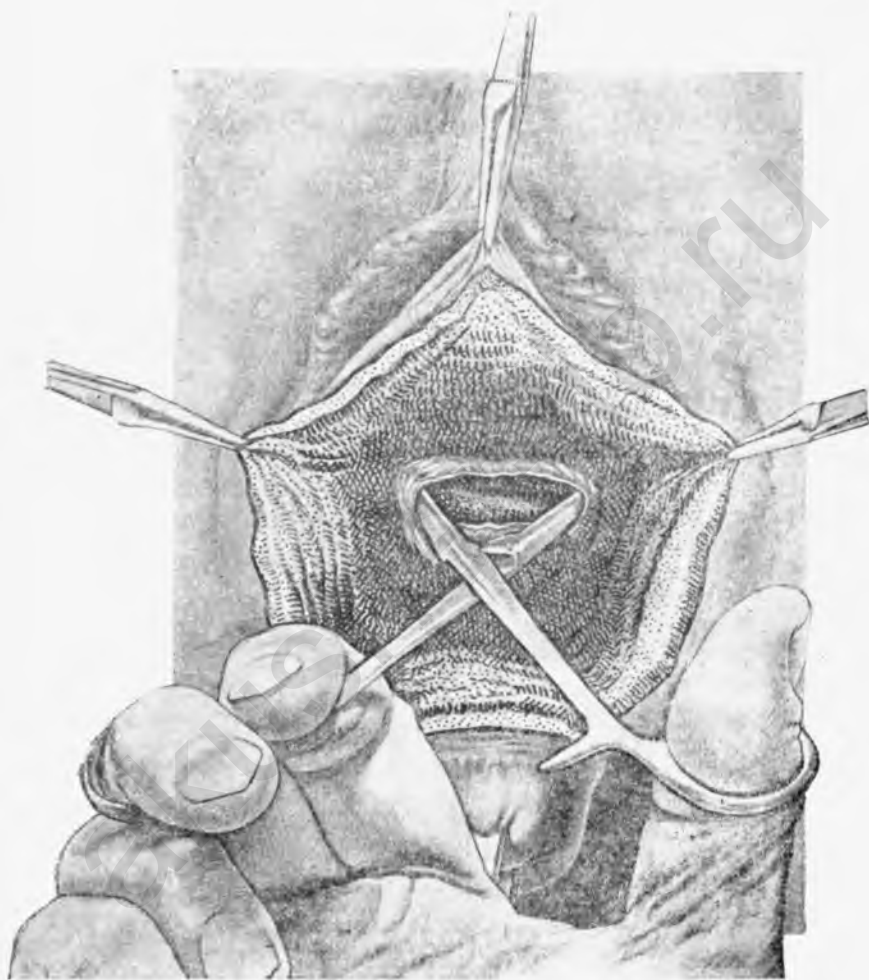


Рис. 85. Вскрытие пузырно-маточного свода. Видна передняя поверхность матки.

точно-влагалищную спайку, что ведет к нарушению рубцовой ткани и нередко вызывает прерывание беременности.

Следовательно, хотя этот способ пользоваться лишь у женщин, потерявших всякую надежду на возможность иметь детей, или же у жен-

щин очень тучных, для которых лапаротомия всегда является серьезным делом.

Но в общем все эти влагалищные операции так же, как и операция Александра, значительно уступают брюшным операциям, имеющим то преимущество, что они позволяют хирургу точно разобраться в пораже-

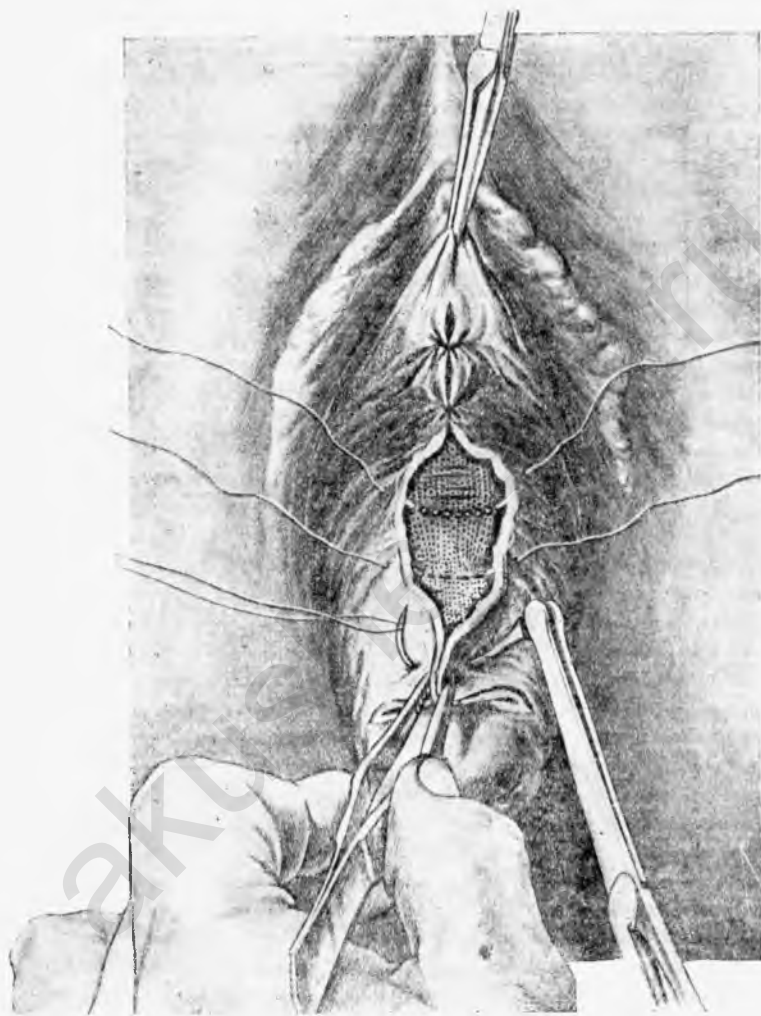


Рис. 86. Швы прошли через края влагалищной раны и переднюю поверхность матк.

ниях, так часто сопровождающих отклонение матки кзади, и создают ему возможность устранить в наиболее выгодных условиях ретрофлексию матки, развившейся на почве сращений, чего абсолютно невозможно сделать, пользуясь другими способами.

Когда после вскрытия живота ретрофлексированная матка выведена из этого положения в нормальное, для ее удержания предложено несколько способов.

Можно пользоваться либо круглыми маточными связками, производя *внутрибрюшинное укорочение* их, или же фиксируя их к брюшной стенке (*ligamentopexia*), или же пользуясь самой маткой, которая тоже фиксируется к брюшной стенке (*hysteropexia*).

Внутрибрюшинное укорочение круглых маточных связок, впервые произведенное в 1886 г. Уили (Wylie) и почти одновременно Ругги (Ruggi), состоит в ушивании круглых связок, как это изображено на прилагаемом рисунке (рис. 88).

Понятно, что под влиянием этого двустороннего укорочения связок дно матки оказывается подтянутым кпереди совершенно так же, как и при операции Александера. То же самое имеет место и в способе Дюдлея (рис. 89), где круглая маточная связка, сложенная в складку у места своего вхождения в маточный рог, укорачивается и одновременно подшивается к передней стенке маточного угла.

Способ Балди — Дартюг (Baldy—Dartigues). В 1905 г. Дартюг произвел и в 1906 г. описал чрезвычайно изящный способ, который, правда, уже был описан в 1903 г. Балди, но оставался совершенно неизвестным во Франции.

Зажим Кохера, проникая сзади наперед через верхний листок широкой маточной связки, захватывает на границе внутренней и средней трети круглую маточную связку и проходя обратно через отверстие верхнего листка широкой связки, вытягивает ее кзади до средней части задней стенки матки. То же продельвается и с противоположной стороны, после чего обе круглые связки соединяются друг с другом и фиксируются к задней стенке матки. Последняя следовательно опирается своей задней поверхностью на круглые маточные связки, которые, проходя позади ее наподобие ремня, ее поддерживают. Непосредственный эффект после этой операции замечательный (рис. 90 и 91). Во избежание соскальзывания этого ремня из круглых маточных связок к шейке и возвращения матки кзади необходимо укрепить эти круглые связки к задней стенке матки с помощью швов из нерассасывающегося материала. После произведенной по этому способу операции наблюдались случаи нормальной беременности. Но понятно в смысле рецидива этот метод оказывается менее надежным, чем способы, при которых связки фиксируются прямо к брюшной стенке.

Операция укорочения круглых маточных связок производилась бесчисленное количество раз. Она является очень выгодной, часто удерживает выведенную из ретрофлексии матку на месте и в дальнейшем не оказывает ни малейшего влияния на развитие беременности. Но понятно, иногда эти связки могут растягиваться и тогда снова наступает отклонение матки кзади. Вот почему, не имея серьезных возражений против этого метода, я все-таки считаю, что фиксация связок к брюшной стенке является более выгодной.

Ligamentopexia. Она чрезвычайно проста. По вскрытии живота матку выводят из положения ретрофлексии, затем захватывают двумя зажимами



Рис. 87. Вид сбоку. Передняя поверхность матки фиксирована к влагалищу.



Рис. 88. Внутрибрюшинное укорочение круглых маточных связок. Способ Уили.

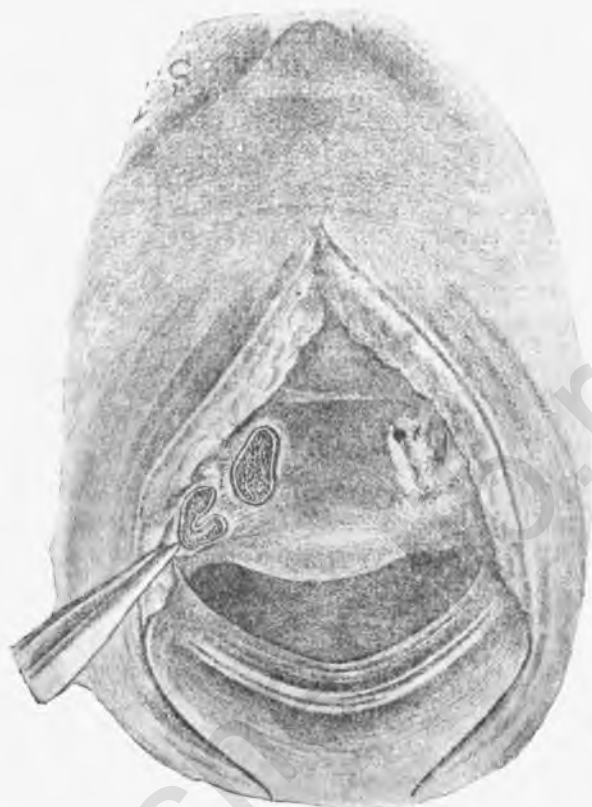


Рис. 89. Внутрибрюшинное укорочение круглых маточных связок. Способ Дюдлея.

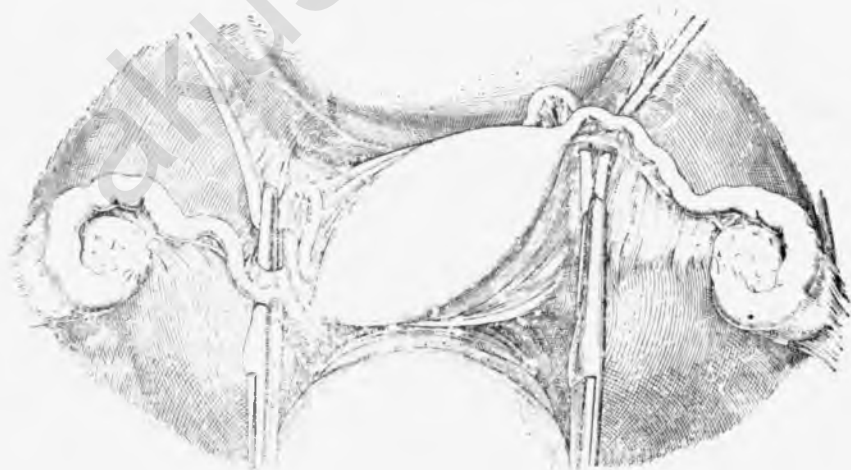


Рис. 90. Способ Балди—Дартига (1-й момент). Круглые маточные связки проведены позади матки сквозь отверстия в широких маточных связках.

круглые маточные связки вблизи маточных углов, подтягивают их к ране и фиксируют здесь определенным количеством кетгутовых швов. Обычно трех кетгутовых швов для каждой связки бывает вполне достаточно. Но последние лучше фиксировать к апоневрозу с тем, чтобы дать им прочную точку опоры в самой толще брюшной стенки,

Я этим способом пользовался очень часто, повторно оперируя значительное число больных, которых мне приходилось видеть из-за недостаточности произведенного им раньше консервативного вмешательства и я всегда мог при этом констатировать хорошую фиксацию матки.

Существуют различные варианты этого метода. Так например можно отсепаровать круглые связки и, соединив их друг с другом на известном



Рис. 91. Способ Балди-Дартига (2-й момент). Фиксация круглых маточных связок.

протяжении, фиксировать их к брюшной стенке, сшивая под ними брюшинный и мышечный слои. Иногда этот способ создает некоторое неудобство в смысле гемостаза. Можно также по примеру Долери, предложившего эту операцию, после вскрытия брюшины проколоть брюшную стенку с каждой стороны сбоку от средней линии через всю ее толщу и, введя через полученный таким образом узкий канал зажим, захватить круглую связку на расстоянии нескольких сантиметров от маточного угла и извлечь ее сквозь брюшную стенку наружу (рис. 92 и 93). Петля круглой связки, полученная таким образом по бокам от средней линии, фиксируется к противоположной петле поверх шва средней линии и наружной поверхности апоневроза (рис. 94).

Этот последний способ, являясь методом Долери, особенно показан в тех случаях, где ретроверсия матки осложнена выпадением и где матка, служа в известной мере поддержкой для тазового дна, испытывающего давление со стороны кишечника, требует, так сказать, прочной фиксации ее к брюшной стенке.

Но в этом кроется и недостаток: тесная связь между маткой и брюшной стенкой может в дальнейшем помешать нормальному развитию матки в случае беременности. Следовательно нормальное развитие беременности

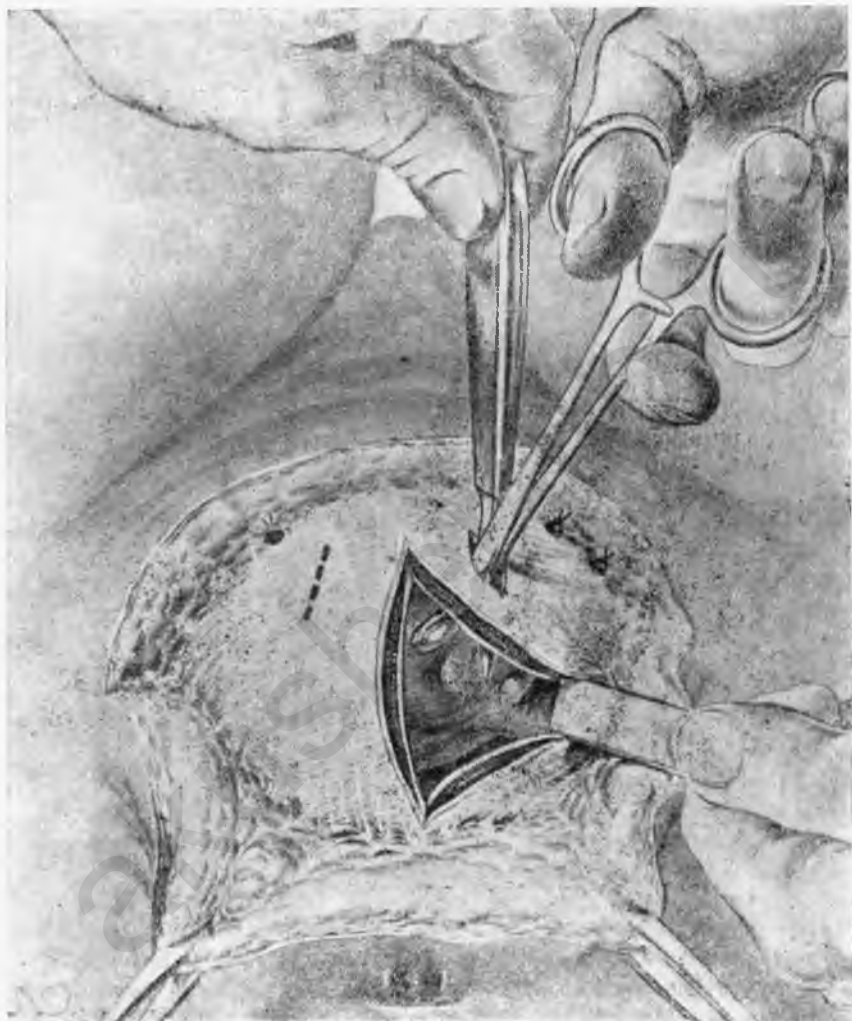


Рис. 92. Способ Долери. Зажимом, проникающим через узкое отверстие в брюшной стенке, захватывается круглая маточная связка.

будет лучше обеспечено, если ограничиться фиксацией круглых маточных связок лишь к краям раны. В этом случае фиксация менее тесная и для круглых связок имеется большая возможность растянуться в случае надобности. Но конечно фиксация подобного рода будет менее надежна и не в силах будет противостоять давлению со стороны брюшного пресса

при выпадениях. Поэтому этот способ следует применять лишь в случаях *простых* ретродевиаций матки, где от фиксации требуется лишь устранения отклонения матки кзади, но не противопоставления ее брюш-

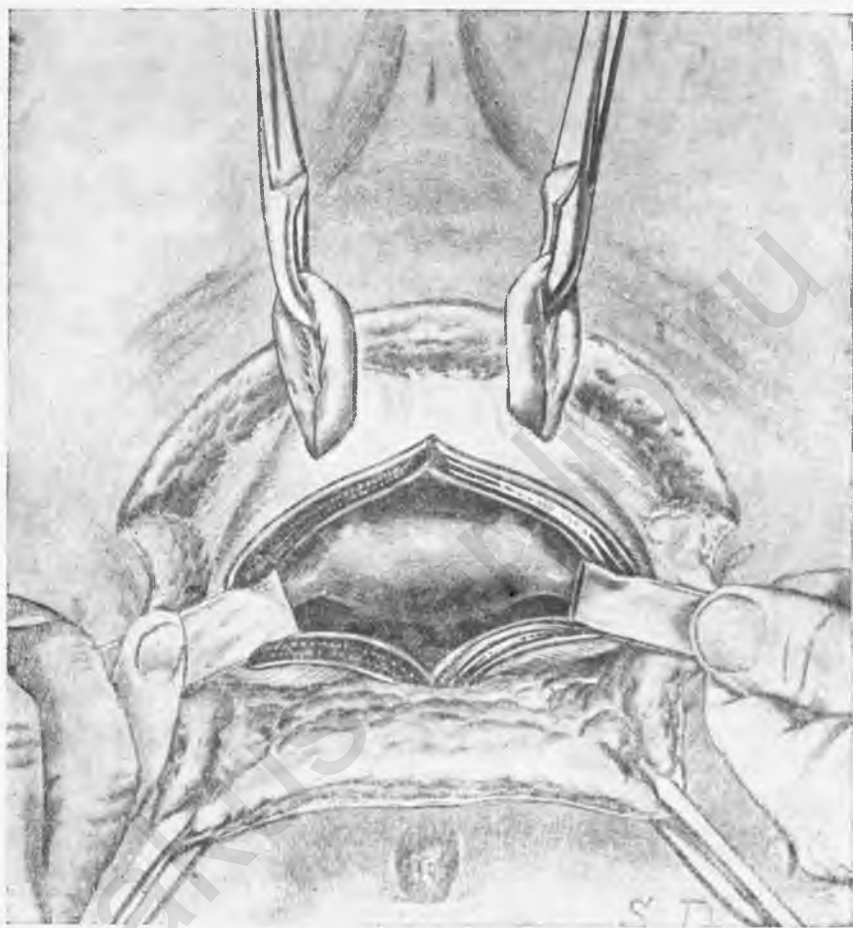


Рис. 93. Способ Долери. Обе круглые маточные связки вытянуты сквозь отверстие, проделанное в брюшной стенке.

ному давлению. С этой оговоркой все эти различные методы, при которых вполне достаточно бывает сделать поперечный разрез кожи, который в дальнейшем становится незаметным, дают в общем одинаковые результаты, причем тот или иной способ фиксации связок не представляет большого значения, лишь бы только последние были хорошо укреплены.

При этих условиях по окончании операции дно матки оказывается почти в соприкосновении с брюшной стенкой и если под влиянием тяжести

самой матки круглые связки на участке, соединяющем матку и брюшную стенку, несколько даже и растягиваются, матка все-таки в громадном большинстве случаев сохраняет удовлетворительное положение. Беременности и нормальные роды не принимаются в соображение после этой операции, и если иногда и приходится в совершенно исключительных слу-

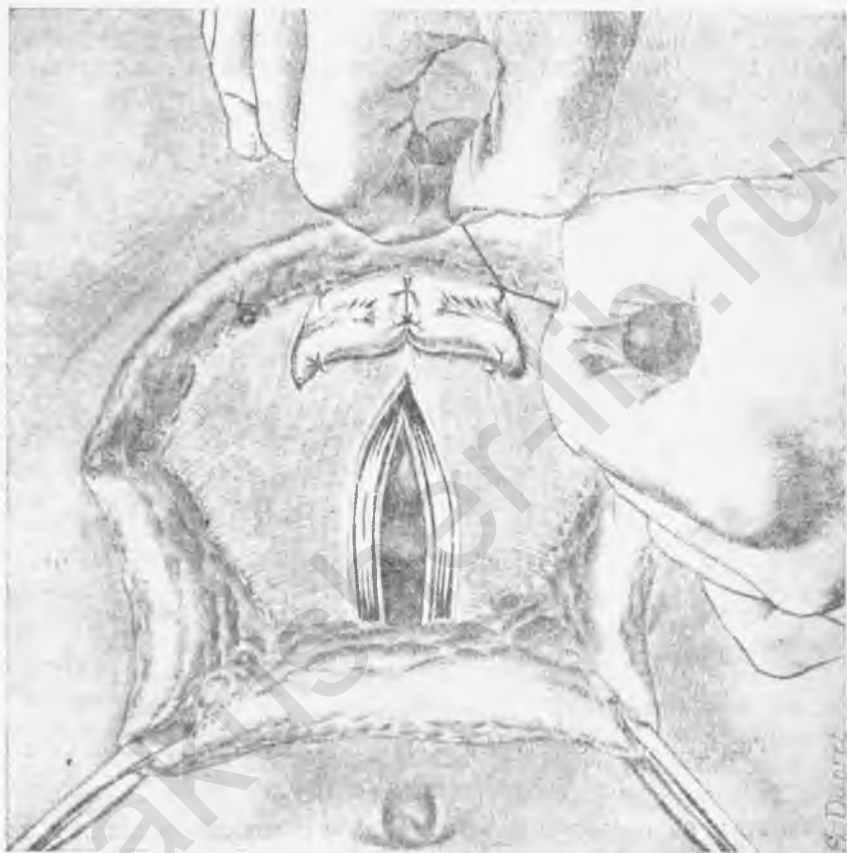


Рис. 94. Способ Долери. Сшивание обеих круглых маточных связок.

чаях наблюдать прерывание беременности вследствие невозможности матки подняться кверху благодаря фиксации связок, то эти случаи настолько редки, что не могут умалить этой в общем замечательной операции, дающей прекрасные результаты.

Hysteropexia. Операция гистеропексии довольно долгое время пользовалась успехом, свойственным всем новым операциям. Кэберле (Koeberle) произвел ее в 1869 г., фиксируя к брюшной стенке маточный угол и культю удаленных придатков. Но лишь в 1877 г. она была снова применена при выпадении матки Симсом (Sims) и затем Кальтенбахом

(Kaltenbach). Начиная с этого времени, ею часто пользовались в Германии и Америке; во Франции же она впервые была произведена Террье (Terrier) в 1888 г. С тех пор ею пользовались пожалуй даже слишком часто, гораздо чаще, чем за последнее время, когда различные отмеченные в ней недостатки заставили многих хирургов от нее отказаться.

После вскрытия живота фиксацию можно производить различными способами, разнящимися друг от друга лишь незначительными деталями.

Террье, как и Черни (Czerny), пользовался определенным количеством



Рис. 95. Гистеропексия. Способ Террье.



Рис. 96. Гистеропексия. Способ Легё.

швов, которые он проводил через переднюю поверхность матки и завязывал в краях раны (рис. 95).

Поцци (Pozzi) вместо отдельных швов, накладывал один непрерывный шов, одновременно захватывая им и края раны и стенку матки.

Легё (Legueu) описал шов, несколько отличающийся от предыдущих. Он подшивает матку тремя швами из двойного шелка, концы которых, проводя сквозь ткани, он связывает друг с другом, как это показано на рис. 96.

Дюдлей накладывает швы на заднюю стенку матки непосредственно у ее дна.

В итоге все эти способы дают одно и то же, а именно — фиксацию матки к передней брюшной стенке.

Но вскоре было отмечено, что в отношении беременности гистеропек-

сия представляет крупные недостатки. Матка, фиксированная передней своей поверхностью у дна, лишена возможности свободно развиваться, что в свою очередь влечет судорожные сокращения, боли, выкидыш, неправильные предлежания вследствие отклонения маточной оси и кровотечения в послеродовом периоде благодаря невозможности достаточного сокращения органа.

На 154 случая беременности Вильнев (Villeneuve) в 64 наблюдал более или менее серьезные осложнения и боли; эта цифра является достаточной для того, чтобы заставить окончательно отказаться от этой операции по крайней мере у женщин еще способных к деторождению.

Однако с введением *низкой* гистеропексии опасность этой операции значительно уменьшилась. Фиксация матки производят не на участке передней поверхности и дна матки, а на уровне ее внутреннего отверстия, непосредственно над пузырноматочным сводом, на том участке, который при беременности соответствует нижнему сегменту матки. В этом случае матка может по мере надобности увеличиваться выше места фиксации.

Несомненно это видоизменение значительно уменьшило недостатки гистеропексии в отношении беременности. Но все-таки, поскольку она не представляет значительных преимуществ перед операцией «фиксации с помощью связок» и кроме того поскольку ей присущ довольно крупный недостаток в смысле возможности внутрибрюшинного кровотечения вследствие надрыва маточной ткани (осложнение, значительно реже наблюдающееся при обычной гистеропексии благодаря меньшему натяжению при фиксации за тело матки), лучше все же не пользоваться ни той, ни другой операциями. Эти операции представляют лишь исторический интерес, и в практической деятельности лучше от них отказаться. Я лично никогда не производил гистеропексии и с трудом понимаю, как можно прибегать к ней при наличии круглых маточных связок, которые следовало бы создать, если бы их не было, и которыми так легко воспользоваться при их наличии.

Клиновидная гистерэктомия. Для устранения ретрофлексии матки Жюнеско (Jounesco) иссекал клинообразный кусок из ее передней поверхности и затем зашивал полученный таким образом дефект. Эта операция аналогична операции Тириара (Thiriar), служащей для устранения антефлексии (рис. 97 и 98).

Эта операция, которая после предварительного рассечения переднего свода может быть произведена и влагалищным путем, по различным причинам стоит ниже всех других, только что нами описанных.

Показания. Итак следовательно при наличии ретрофлексии матки мы далеко не безоружны. Главное затруднение состоит лишь в выборе, среди этих различных операций наиболее подходящей.

Прежде всего следует принципиально отметить, что в условиях современной хирургии производство чревосечения для выполнения какой-либо из описанных нами операций не повышает значительным образом риска оперативного вмешательства. А если это так, то само собой понятно, что операции внутрибрюшинные, позволяющие хирургу точно ориентироваться в отношении изменений придатков, так часто встречающихся при отклонениях матки кзади, стоят гораздо выше операций внебрю-

шинных, операции Александра и вагинофиксаций. Последние следовательно должны производиться лишь в совершенно исключительных случаях и в частности по крайней мере вагинофиксации у женщин с ожирением, для которых всякая лапаротомия представляет известный риск. Что касается брюшных операций, то несомненно гистеропексия и фиксация круглых маточных связок к брюшной стенке являются более действительным вмешательством, чем простое укорочение последних, которое, несмотря на то, что является по существу не плохой операцией, может повести к рецидиву. Но поскольку даже *низкая гистеропексия* представляет в отношении беременности бесспорные недостатки, с которыми можно не считаться при фиксации за связки (*лигаментопексия*),

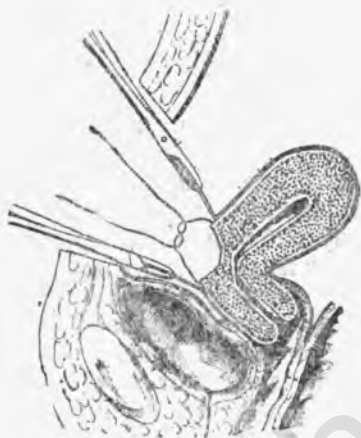


Рис. 97. Передняя клиновидная гистерэктомия в случаях ретрофлексии.



Рис. 98. Передняя клиновидная гистерэктомия. Зашивание производится в поперечном направлении что, заметно уменьшает ретрофлексию.

я думаю, что именно этой последней операции, как наиболее простой, безобидной и наиболее действительной, и следует отдать предпочтение перед всеми остальными видами лечения отклонений матки кзади.

ГЛАВА ШЕСТАЯ.

[ВЫПАДЕНИЕ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.]

Под *выпадением* следует разуметь состояние, когда матка или влагалище или, что чаще, матка и влагалище вместе, в известной степени опущены. Лишь в исключительно редких случаях оба эти органа не участвуют в опущении одновременно. Но опущение влагалища бывает, если так можно выразиться, всегда первичным. Влагалище под влиянием тех или иных условий начинает более или менее опускаться и выступать в половую щель.

Матка, прикрепленная к нему, не может не принять участия в этом опущении. Следовательно выпадение влагалища без того, чтобы в известной мере не наблюдалось выпадение матки, почти не существует. Еще реже можно наблюдать выпадение матки без выпадения влагалища. Вот почему термин *выпадение половых органов*, являясь более широким

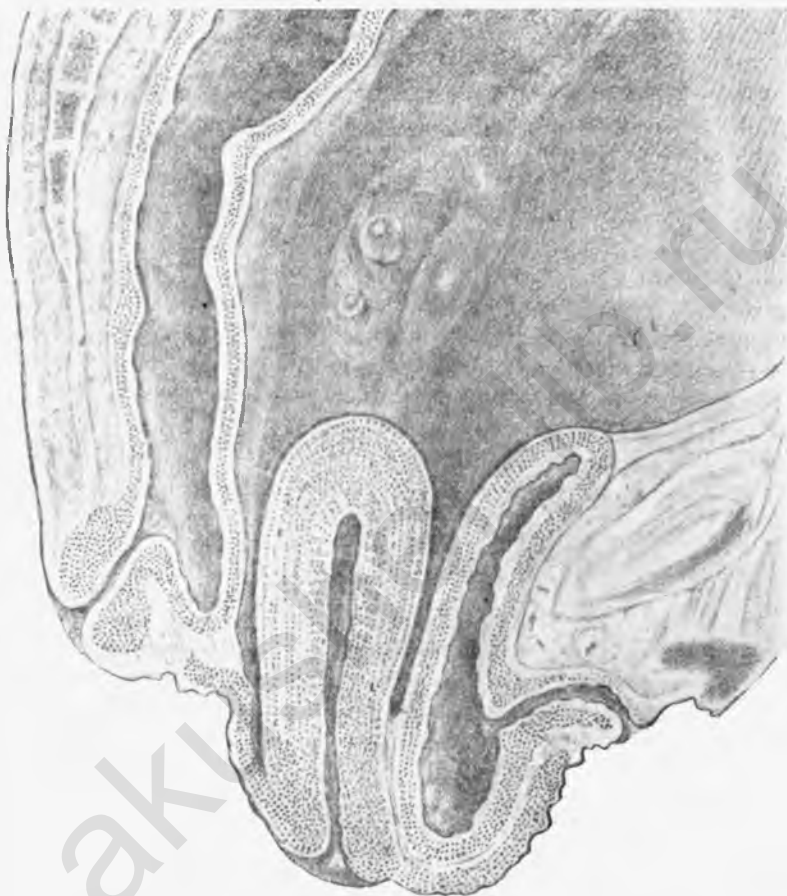


Рис. 99. Выпадение половых органов. Мочевой пузырь и прямая кишка образуют грыжу (cystocele и rectocele). Шейка матки лежит на уровне половой щели.

по смыслу, наилучшим образом отвечает тому, что происходит в действительности.

Оперативное лечение выпадений.

Различные методы хирургического лечения выпадения половых органов значительно разнятся друг от друга в зависимости от того, производятся ли они на органах, находящихся в связи с маткой, т. е. про-

межности и влагалище, или же на связочном аппарате матки, на котором матка подвешена, или же наконец непосредственно на самой матке.

Таким образом можно производить *кольпоперинеоррафию* или *фиксацию матки посредством связок (ligamentopexia)*, или наконец непо-

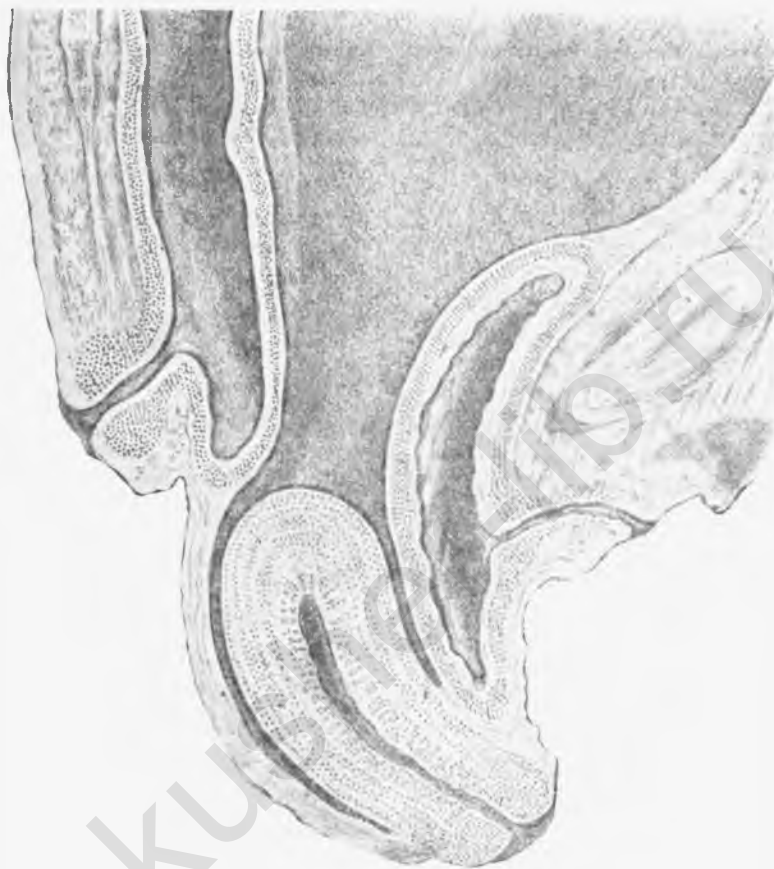


Рис. 100. Полное выпадение матки. Влагалище вывернуто наподобие пальца перчатки. Шейка матки лежит снаружи.

средственную *гистеропексию*, или даже *частичное*, либо *полное удаление* матки.

Впрочем все эти различные способы могут между собой комбинироваться; в громадном большинстве случаев, когда влагалищная часть шейки матки гипертрофирована, показано произвести возможно более высокую ампутацию этой шейки в сочетании например с кольпоперинеоррафией; удаление матки, если только оно не сопровождалось обширной кольпоперинеоррафией, может часто оказаться бесполезным.

Мы должны отметить, что наилучшими из всех этих операций являются

те, которые производятся на промежности. Они в одно и то же время являются и наименее рискованными и наиболее действительными. И в громадном большинстве случаев приходится прибегать именно к этим различным кольпоперинеоррафиям. В случаях же более запущенных чаще бывают показаны фиксации за связки. К удалению матки следует прибегать лишь в исключительных случаях.

Вначале мы разберем различные способы кольпоперинеоррафии, среди которых многие уже нами были описаны по поводу разрывов промежности.

Везде, где шейка представляет заметную гипертрофию в своей влагалищной или надвлагалищной части, показана ампутация последней. Эта предварительная операция, влекущая за собой одновременно с уменьшением длины шейки уменьшение веса матки и ведущая вследствие рубцевания к частичному склерозу оставшейся части матки, ничем не отличается от обыкновенной ампутации шейки, так часто применяемой при метритах последней. Это — операция Шредера (Schroeder), только в данном случае она должна быть по возможности более полной. Путем конусообразного иссечения маточной шейки следует подняться очень высоко, не принимая никаких мер к восстановлению влагалищной части последней. Иногда даже производят — и этим нередко пользовался Буйи (Bouilly) — полное отделение влагалища, ампутируя маточную шейку значительно выше ее соединения с влагалищем. Нередко эта операция вызывает трудноостанавливаемые кровотечения.

Когда эта предварительная операция закончена, приступают к той или иной пластической операции на влагалище и промежности, подходящей для данного случая.

Операции эти преследуют двоякую цель: 1) сузить влагалище путем удаления части избыточно выпавшей слизистой и 2) восстановить промежность. Таким образом в одних случаях производится передняя или задняя кольпоррафия, в других случаях перинеоррафия, еще чаще комбинированные операции одновременно и на влагалище и на промежности в виде задней кольпоперинеоррафии в сочетании с передней кольпоррафией или без нее.

Большинство этих операций аналогично тем, что были описаны нами по поводу неполных разрывов промежности. Здесь существуют те же способы перинеоррафии путем освежения расслоения тканей (см. стр. 43 и сл.). Мы не будем описывать всех существующих способов тем более, что многие из них отличаются друг от друга лишь самыми незначительными деталями, и ограничимся лишь теми, которые необходимо знать.

Передняя кольпоррафия. Этой операцией ограничиваются в тех случаях, где у больной имеется известная степень cystocele без заметного изменения вульвы и задней стенки влагалища. В случаях, где явления выпадения выражены более резко, эта операция в большинстве случаев комбинируется с задней кольпоперинеоррафией.

Операция состоит в сужении передней стенки влагалища путем удаления на известном протяжении избытка слизистой. Хорошо раскрыв и захватив слизистую влагалища зажимами Кохера, приступают

к ее освежению. Если удалени^е подлежит не слишком много слизистой влагалища, то поверхности освежения придается форма овала (рис. 101). Если же удаляемая слизистая оказывается в большом избытке, поверхности освежения придается форма прямоугольника (рис. 102).

Очень полезно кончиком скальпеля очертить на хорошо растянутой слизистой границы освежаемой поверхности. Затем хорошими кривыми ножницами удаляют лоскут слизистой, начиная это удаление

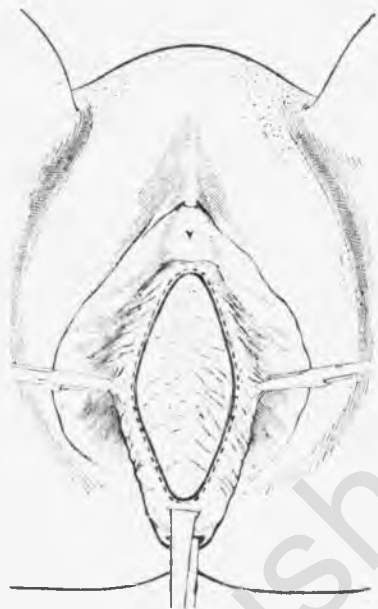


Рис. 101. Передняя кольпоперинеорафия. Площадь освежения имеет форму овала.

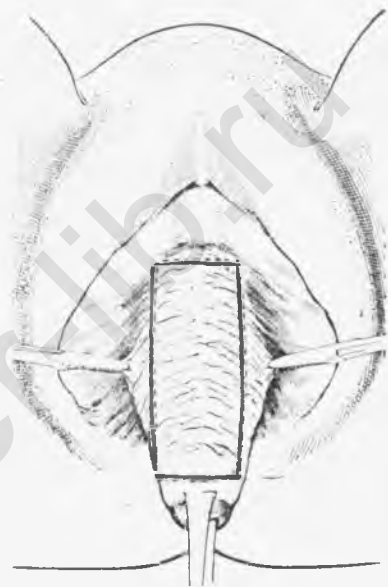


Рис. 102. Передняя кольпоперинеорафия. Поверхность освежения в форме прямоугольника.

снизу с тем, чтобы не мешала стекающая кровь. Эта отсепаровка должна производиться осторожно во избежание возможного поранения мочевого пузыря.

Для того чтобы избежать этой случайности, как только в нижней части освежаемой поверхности будет отсепарован небольшой лоскут слизистой, его следует захватить плоским пинцетом, а затем пальцами и ножницами под непосредственным контролем пальца, определяющего толщину слизистой, производить освежение (рис. 103).

Иногда кровотечение бывает довольно обильным, особенно в случаях застарелого выпадения, с утолщенными стенками влагалища. Необходимо захватить видимые сосуды, почти всегда довольно крупные вены, и тонким кетгутом тщательно остановить кровотечение. Чем будет совершеннее гемостаз, тем тщательнее произойдет сращение тканей. Можно

свести кровотечение до минимума и вместе с тем в значительной мере сэкономить время, если отделение слизистой влагалища от стенки мочевого пузыря производить с помощью пальца, обернутого марлевым компрессом. Швы накладываются из кетгута, причем они должны подхватывать глубокие слои или по крайней мере прошивать их с таким расчетом, чтобы не образовалось мертвых пространств, которые могут быть источником гематом и послужить причиной расхождения тканей и неуспеха операции. Таким образом накладывают 4, 5, 6 отдельных швов, которые и не снимаются (рис. 104).



Рис. 103. Передняя кольпоперинеоррафия. Отсепаровка доскута слизистой с помощью кривых ножниц.

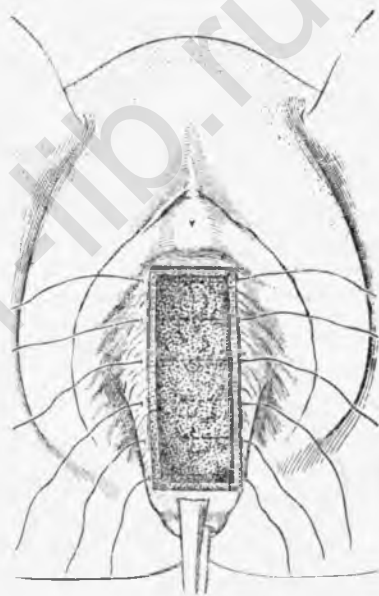


Рис. 104. Наложение швов.

Если поверхность освежения очень обширна, можно с целью уменьшения ее поверхности наложить сначала в глубине либо несколько отдельных швов, либо один непрерывный из тонкого кетгута (рис. 105).

Можно также по предложению Лежара (Lejars) наложить перекрещивающиеся швы наподобие шнуровки ботинок, как это изображено на рис. 106. Операция заканчивается наложением отдельных швов на поверхностные слои раны (рис. 107 и 108).

В некоторых случаях может быть выгоднее *освежение тканей в виде треугольника* (Dolérís). Это те случаи, где растяжение влагалища произошло у самой шейки без значительного участия нижней части влагалища. В этих условиях освежению и сужению подлежит лишь часть вла-

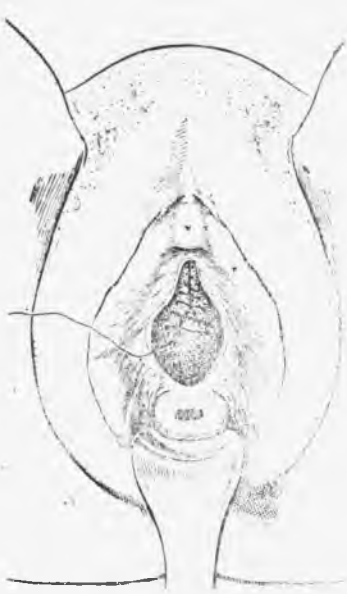


Рис. 105. Освеженная поверхность сужена с помощью кетгутового шва, наложенного на глубокие слои.

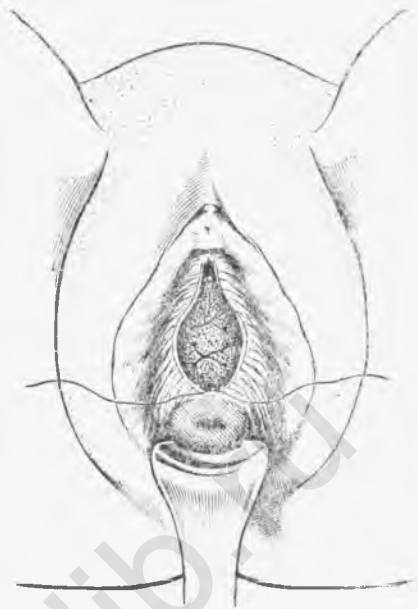


Рис. 106. Глубокий шов наложен в виде шнура ботинка (Лежар).

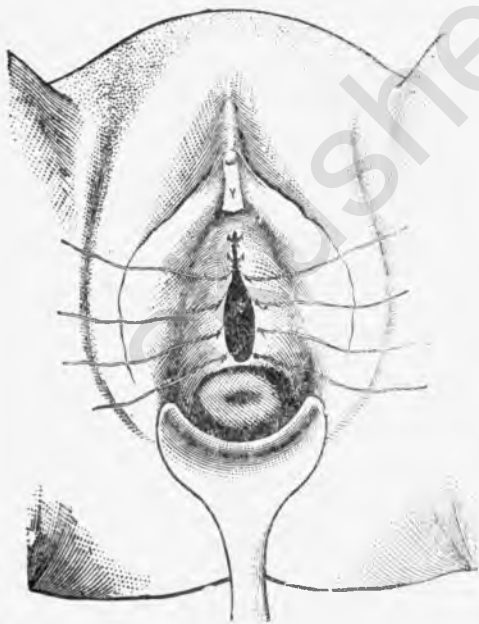


Рис. 107. Наложение поверхностных швов.

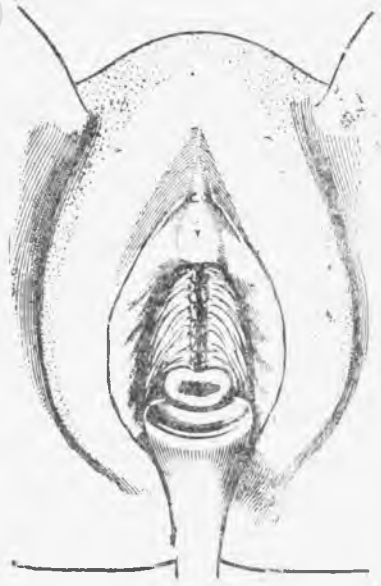


Рис. 108. Зашивание закончено.

галища, прилегающая к шейке. Треугольная поверхность освежения и соответствующие швы, которыми при затягивании придают ране форму буквы Т, позволят получить необходимый результат (рис. 109 и 110).

Задняя кольпоперинеоррафия. Обычно восстановлению подлежит промежность. Но поскольку вместе с этим оказывается необходимым сузить и заднюю часть влагалища (более или менее выраженное rectocele), то обыкновенно прибегают к задней кольпоперинеоррафии.

Эта операция совершенно аналогична той, что была описана нами по поводу неполных разрывов промежности.

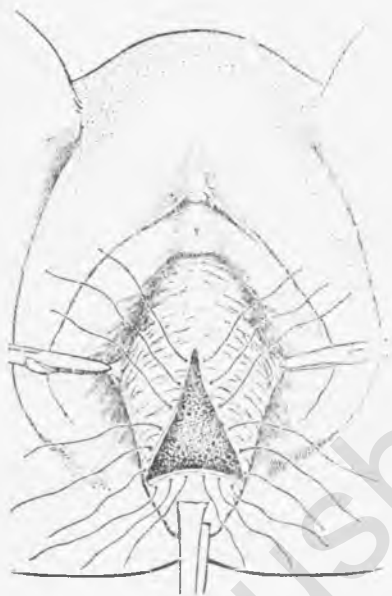


Рис. 109. Треугольная поверхность освежения (Долери).

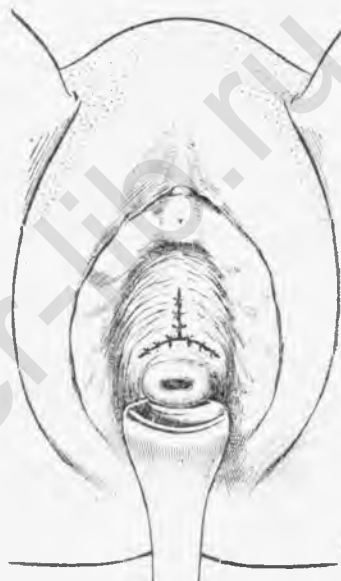


Рис. 110. Треугольная поверхность освежения. Шов закончен (Долери).

Мы не будем останавливаться на столь распространенных способах Хегара (метод освежения) и Лавсон-Тайта (метод расслоения) подробно описанных нами выше (см. стр. 42 и 45). Но мы в кратце опишем здесь несколько других способов, могущих в известных случаях иметь особые показания, и знать которые необходимо, чтобы в случае нужды иметь возможность комбинировать их между собой.

Общие принципы, лежащие в основе техники этих пластических операций на промежности, — положение больной, инструментарий, способы освежения тканей, материал для швов и т. д., — те же самые, и мы к этому возвращаться не будем.

Способ Долери. Этот способ, получивший название от автора, предложенного его, кольпоперинеопластики путем сдвига тканей, похож одновременно и на способ Хегара и на способ Лавсон-Тайта. Это нечто

вроде способа расслаивания по Хегару, но с сохранением части влагалищного лоскута слизистой.

Круговым разрезом, проходящим до заднего конца малых губ, — точек, которыми определяются границы восстанавливаемой промежности, — рассекают спайку (рис. 111).

Путем расслоения отделяют слизистую задней стенки влагалища от стенки прямой кишки. Это расслоение происходит с необычайной легкостью благодаря наличию прослойки, отделяющей прямую кишку от влагалища, в которой, раздвигая ткани с помощью пальца, можно подняться очень высоко (см. стр. 110). Чем резче выражено *rectocele*, тем

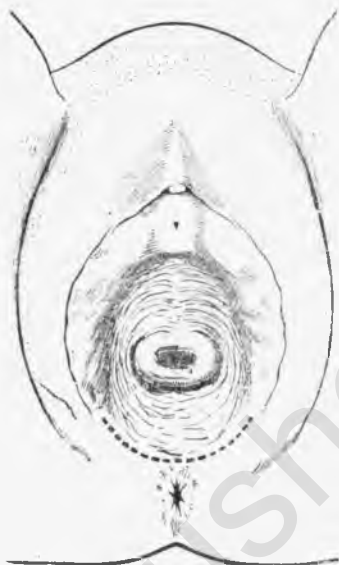


Рис. 111. Кольцоперинеопластика. Схема разреза (Долери).

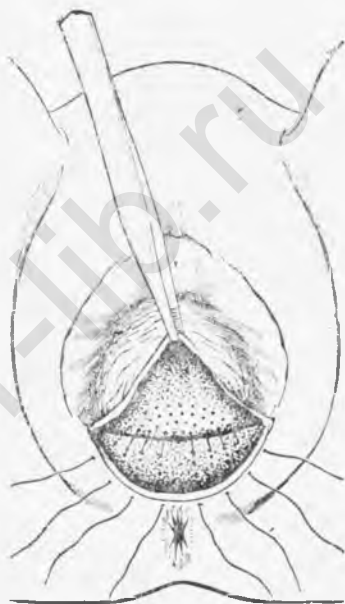


Рис. 112. Кольцоперинеопластика. Наложение швов (Долери).

выше следует подниматься. Таким образом получают обширную рану, имеющую форму воронки, сплюсненной спереди назад. После этого накладывают швы; здесь и заключается вся оригинальная особенность этого способа. Первый шов, который накладывается справа от средней линии, проходит под тканями, касаясь прямой кишки и выводится в наиболее глубокой части раны; затем он захватывает как можно выше влагалищный лоскут, который однако не должен быть проколот насквозь. Далее на протяжении нескольких миллиметров шов проходит в глубоком подслизистом слое этого лоскута, выходит из него и снова погружается в периректальную ткань и окончательно выкалывается слева от линии разреза. Кнаружи от первого шва накладываются таким же образом еще два других, которые, как и первый, проникают во влагалищный лоскут у его основания (рис. 112). При затягивании эти

швы восстанавливают промежность и в известной степени заставляют сплутиться влагалищный лоскут, который по средней линии срастается

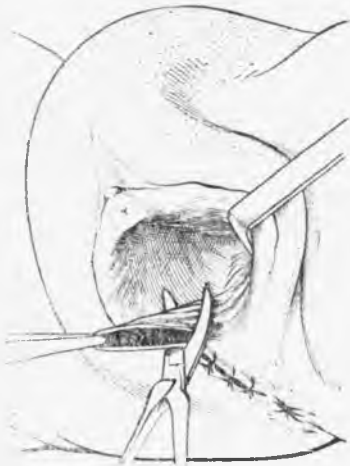


Рис. 113. Удаление избыточного лоскута (Долери).



Рис. 114. Операция закончена (Долери).

с промежностью. Но вследствие низведения слизистой влагалища остается излишек ее в виде свисающего лоскута, который и отсекается нож-

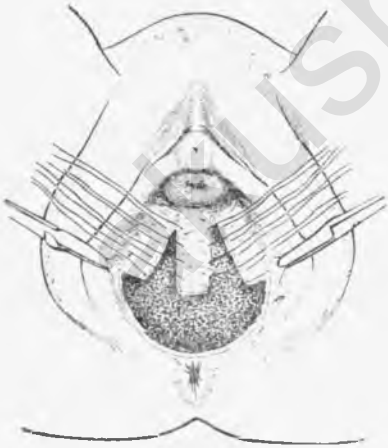


Рис. 115. Задняя кольпоперинеоррафия. Способ Мартина. Освежение и наложение верхних швов.

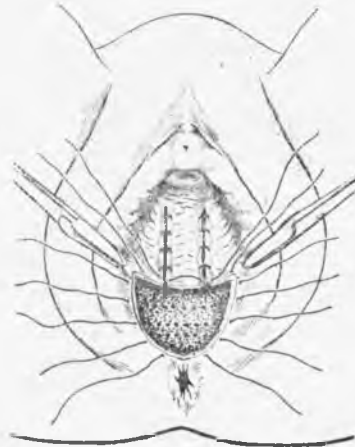


Рис. 116. Способ Мартина. Верхние швы затянуты.

ницами у края промежности (рис. 113). Теперь остается лишь двумя-тремя поверхностными швами, расположенными впереди глубоких,

подшить кусок этого лоскута к краям промежностной раны. Когда операция закончена, все швы оказываются наружными (рис. 114). Эта особенность позволяет произвести операцию пользуясь сильковыми швами, не представляющими никаких затруднений при снятии.

Способ Мартина (Martin). При этом способе сохраняют заднюю стенку влагалища, которая нередко является плотной и очень устойчивой.

Прилагаемые при сем рисунки лучше всякого описания объясняют форму освежаемой поверхности и расположение швов (рис. 115, 116 и 117). Сравнительно со способом Хегара здесь швы находятся в состоянии меньшего натяжения и напряжения и возможно в меньшей степени прорезывают ткани.

Но эти преимущества несколько теоретичны и недо-



Рис. 117. Способ Мартина. Операция закончена.



Рис. 118. Способ Ланелонга. [Отграничение лоскута.

статочны, чтобы компенсировать недостатки этой операции, а именно ее большую сложность и большую продолжительность ее производства.

Способ Эммета (Emmet). Этот способ, весьма распространенный в Америке, мало отличается от способа Мартина. Как и в последнем, здесь задняя стенка влагалища сохраняется, причем по бокам ее оказываются две клинообразных поверхности освежения, которые в общей сложности придают освежаемой влагалищной поверхности форму буквы Н, с основанием, расположенным на широкой поверхности освежения промежности. Незначительная разница состоит лишь в прохождении швов, но пластический результат операции остается одинаковым и эффект лечения не должен заметно отличаться.

Способ Ланелонга (Lanelongue). Дюверже (Duvergey) познакомил нас

с методом, издавна употребляемым Ланелонгом в Бордо. При этом способе хирург задается главным образом целью сузить влагалище по всей его длине от спайки до задней губы маточной шейки. Отсепаровка удаляемого лоскута производится довольно остроумным образом. Во влагалище, вплоть до маточной шейки, вводится длинное влагалищное зеркало шириной от 3 до 5 см (в зависимости от случая), которое точно по средней линии прижимает заднюю стенку влагалища. Это зеркало и служит для намечения контуров подлежащего удалению лоскута слизистой. Для этого достаточно продольным разрезом вскрыть



Рис. 119. Способ Ланелонга. Ис-
сечение влагалищного лоскута.



Рис. 120. Способ Ланелонга. Швы.
Нехватает лишь швов на промеж-
ность.

слизистую, скользя скальпелем от маточной шейки до спайки вдоль краев введенного зеркала (рис. 118). Затем на уровне спайки делается поперечный разрез и тогда остается лишь отсепаровать отграниченный таким образом подлежащий удалению лоскут. При зашивании необходимо очень тщательно захватывать глубокие мышечные слои, содержащие в себе внутренние края мышцы, поднимающей задний проход; суживая таким образом влагалищную перегородку по всей длине, восстанавливают заднюю стенку влагалища.

Для восстановления промежности достаточно бывает наложить три-четыре шва, превращая таким образом поперечную рану спайки в продольную (рис. 119 и 120).

Миоррафия мышцы, поднимающей задний проход. Пьер Дельбе, Дюваль и Пру (Pierre Delbet, Duval, Proust), основываясь на наблюдениях и анатомических исследованиях, настаивали на преимуществах сшивания обоих пучков мышцы поднимающей задний проход, каковые спускаясь сбоку от средней линии, заложены в толще прямокишечновагалищной перегородки. В обычных условиях эти два мышечных пучка, касаясь лобка по сторонам симфиза, охватывают влагалище кругом и проникают позади него, соединяясь и перекрещиваясь

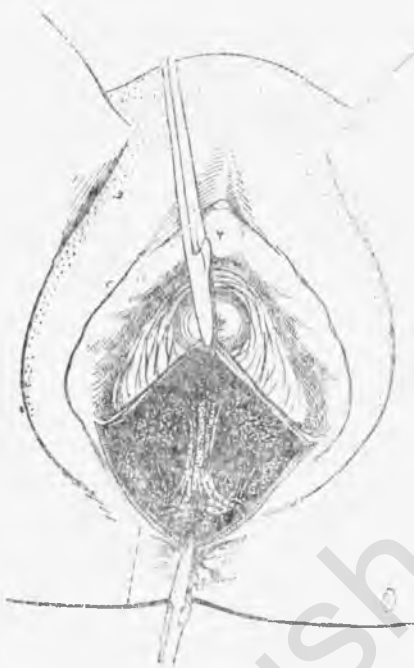


Рис. 121. *Myorrhaphia m-li levat. ani*
Ректо-вагинальная перемычка.



Рис. 122. После расслоения перегородки и рассечения ректо-вагинальной перемычки по бокам видны пучки мышцы поднимающей задний проход. Вверху дугласов свод.

друг с другом около передней и нижней части прямой кишки. Они служат таким образом для замыкания таза и значительно препятствуют опусканию находящихся в нем органов. Верхняя часть влагалища и матки могут опускаться до вульвы лишь при условии расхождения этих мышечных пучков, и следовательно их сшивание по средней линии будет препятствовать выпадению органов, расположенных выше них.

Рассечение спайки и расслоение ректо-вагинальной перегородки производится так же, как и в способе Долери. Для того чтобы легко достичь дугласова пространства, необходимо пайти прослойку перегородки.

Впрочем нахождение прослойки прямокишечно-влагалищной перегородки не является особенностью лишь этого метода. При всех более или менее обширных освежениях задней стенки следует всегда отыскивать эту прослойку. Одним из опасных моментов перинеоррафии, даже можно сказать единственно опасным, является возможность ранения прямой кишки, что в дальнейшем может быть причиной ректо-вагинального свища. Поэтому необходимо самым тщательным образом избегать этого поранения, что возможно лишь при внимательном отыскивании этой прослойки. Следует всегда держаться ближе кпереди, непосредственно под слизистой влагалища, от которой ни в коем случае не следует удаляться. Оперируя подобным образом, хирург находится далеко от прямой кишки и наверняка избежит ее поранения. Небольшая, отмеченная Пру и Дювалем, ректо-вагинальная перемычка является ценной исходной точкой; ее необходимо рассечь (рис. 121). Когда расслоение произведено полностью, тогда по бокам палец ощущает в клетчатке плотные, косо идущие тяжи, которые и являются не чем иным, как внутренними пучками мышцы, поднимающей задний проход (рис. 121). Последние тщательно обнажаются до уровня дугласова пространства, затем симметрично сшиваются друг с другом, причем шов проходит через влагалищную стенку с таким расчетом, чтобы укрепить ее вместе с мышцами (рис. 123).



Рис. 123. Спиивание мышцы поднимающей задний проход и наложение швов.

Таким образом швы накладываются вплоть до нижней части мышцы, поднимающей задний проход, и затем завязываются. Поверхностные швы на слизистую и кожу накладываются так же, как и при способе Долери (рис. 112 — 114).

Этому способу нельзя сделать никаких упреков, кроме лишь того, что он требует большей тщательности при отсепаровке промежности. В сущности, при всех тщательно произведенных перинеоррафиях, когда швы наложены глубоко и широко захватывают с каждой стороны от средней линии ткани промежности, пучки мышцы, поднимающей задний проход, оказываются также сближенными и подшитыми друг к другу и

следовательно мы и раньше производили их сшивание так же, как и теперь, сами того не зная. Только в этом случае операция не так точна, менее научно обоснована, менее анатомична, но результаты она дает такие же. Я даже убежден, что такая перинеоррафия лучше миоррафии мышцы, поднимающей задний проход, и что отыскивание и обнажение этой мышцы является вредным, так как нет ничего менее доказательного, как прочность шва, наложенного на обнаженные края мышцы. Мышечные волокна слишком рыхлы, малейший шов их прорезывает, и если хотят, чтобы они выдержали и действительно сыграли нужную роль, то лучше их подкрепить толстым слоем соседних тканей.

Способ Мариона. Марион предложил совершенно особый метод, который он применил сначала у девственниц, страдающих выпадением задней стенки влагалища, выступающей сквозь девственную плеву, а затем и у остальных больных; он состоит в уничтожении дугласова пространства с помощью соответственно накладываемых швов.

После вскрытия живота пропускают в углубление под брюшину дугласова пространства последовательно несколько швов. Для наложения этих швов дно дугласова свода захватывается пинцетом и подтягивается кверху, после чего вокруг подбрюшинно накладывается шов, который после снятия пинцета затягивается. Таким же образом накладываются еще четыре шва. Эта операция обуславливает сращение задней стенки влагалища и задней поверхности шейки с передней поверхностью прямой кишки.

Совершенно очевидно, что с уничтожением дугласова пространства, возникает препятствие к опусканию под влиянием брюшного давления кишечных петель

Рис. 124. Перегораживание влагалища. Поверхность освежения (передняя и задняя), вид спереди.

по направлению к промежности, исчезают в то же время являющиеся следствием этого вагинальные грыжи и наступает заметное улучшение.

Эта остроумная операция все же повидимому благодаря своей относительной тяжести не соответствует характеру тех изменений, по поводу которых она производится. Она может быть оправдана лишь в качестве дополнительной операции, когда выпадение органов половой сферы сопровождается заболеванием самой матки или придатков, требующим само по себе производства лапаротомии.

Все эти аутопластические способы, которые могут быть комбинированы между собой, составляют могущественное средство против выпадения половых органов.

Но эти способы не единственные. Наряду с собственно кольпоперинеорафией были описаны многочисленные, нередко весьма остроумные операции, которые однако были преданы забвению по мере распространения уже ранее предложенных. Между тем среди них имеется одна, которая по моему мнению этого забвения не заслуживает; я часто прибегал к ней и она дает прекрасные результаты. Это — перегораживание влагалища по способу Ле Фора (Le Fort). Она показана лишь в случаях полного выпадения, когда матка, следуя за совершенно вывороченным влагалищем, выпадает между бедрами. В этом случае она дает несравненно лучшие результаты сравнительно с обычной перинеорафией.

Теоретически она чрезвычайно проста и на практике выполняется не менее легко. Впрочем за эти последние годы она переживает своего рода возрождение. Бегуэн и Саварио (Beguën, Savariaud) на хирургическом съезде в 1924 г. в своем сообщении о лечении выпадения половых органов говорили много благоприятного в пользу способа «перегораживания влагалища». Он был вновь так сказать открыт, несмотря на то, что он описан уже 20 лет назад и должным образом отмечен во всех изданиях этой книги. Этот способ заслуживает остаться одной из лучших операций, которой можно пользоваться при появлениях тяжелого выпадения у пожилых женщин.

Способ Ле Фора. Низведя выпадающие части наружу, производят освежение сначала передней стенки влагалища. Поверхность этого освежения представляет собой прямоугольник шириной в 3—4 см и возможно большей длиной — минимум в 6—8 см. Эта поверхность освежения идет по средней линии, начинаясь на расстоянии 2—3 см от входа во влагалище и кончаясь по соседству с маточной шейкой, приблизительно на 2 см от места ее прикрепления к влагалищу. Такое освежение (одинаковой длины и ширины) и так же точно расположенное по средней линии производится симметрично на задней стенке влагалища. По остановке кровотечения дело сводится к тому, чтобы привести в соприкосновение друг с другом эти раневые поверхности и сшить их. Сначала вправляют шейку и верх вправленной шейки кетгутом сшивают соседние части освеженных поверхностей. Швы должны быть наложены с большой тщательностью, края разреза должны точно прилежать друг к другу и раневые поверхности должны быть сближены с помощью погружных кетгутовых швов. В этих условиях, по мере того как заши-

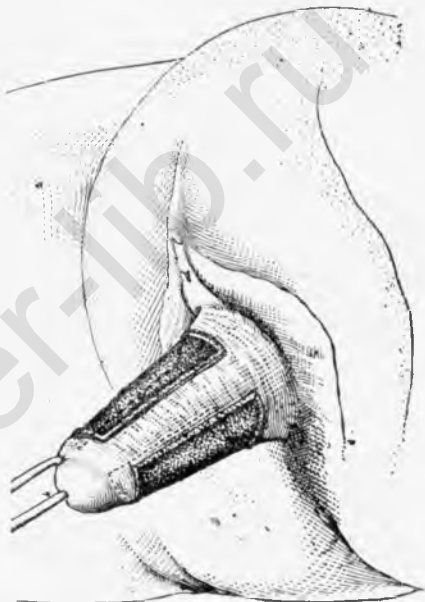


Рис. 125. Перегораживание влагалища. Поверхность освежения, вид сбоку.

вание идет вперед, выпадение уменьшается, и когда зашивание закончено, получается полное вправление. К тому же эту операцию можно сочетать с перинеоррафией, но в большинстве случаев последняя оказывается ненужной, да это в сущности и понятно, так как если сращение произошло, если передняя и задняя стенки влагалища спаялись друг с другом, то последующее выпадение уже невозможно. Для наступления рецидива необходимо или чтобы сращение окончилось полной неудачей, или, в случае уже наличия рубца, чтобы последний разорвался.



Рис. 126. «Перегораживание влагалища». Наложение швов и прилаживание раневых поверхностей после предварительного вправления маточной шейки.

Новое растяжение тканей и следовательно рецидив можно наблюдать лишь в случаях застарелого выпадения, леченного простой кольпоперинеоррафией, т. е. простым сужением влагалища и вульвы; в этом случае может наступить вторичное растяжение тканей и в связи с этим рецидив. Когда же влагалище перегорожено, получившаяся таким образом перегородка представляет собой расположенный под маткой широкий ремень, который позволит матке опуститься лишь при условии своего разрушения.

Результаты, получаемые после этой простой операции, являются вполне удовлетворительными, и она заслуживает быть рекомендованной в случаях выпадения у пожилых женщин, потому что хотя и был отмечен случай беременности, закончившейся нормальными родами у женщины,

подвергнувшейся этой операции, все же вполне очевидно, что она должна применяться лишь у женщин, потерявших в силу своего возраста уже всякую надежду на материнство.

Кольпэктомия, т. е. экстирпация влагалища, рекомендуемая некоторыми хирургами, значительно уступает операции «перегораживания влагалища». Эта операция конечно радикально излечивает выпадение, но она излечивает его не лучше, чем простое перегораживание, а между тем, она гораздо более кровавая, особенно на боковых участках; между тем удаление влагалища ведет в дальнейшем к серьезным осложнениям, препятствуя стоку маточных выделений и лишая возможности наблюдать за маточной шейкой, которая может оказаться измененной и даже пораженной злокачественным новообразованием. Итак следова-

тельно она является гораздо более сложной, более кровавой и более серьезной, чем операция «перегораживания влагалища», но отнюдь не более радикальной. Будем стремиться к простой хирургии.

Операции на связках. Об этом я скажу лишь несколько слов. Операции на связках, дающие прекрасные результаты при неправильных положениях матки, и в частности при ретроверсии, совершенно недостаточны для устранения имеющихся явлений выпадения и для удержания матки в ее нормальном положении. Несомненно, иногда они могут давать результаты, так как в хирургии вообще нет операций, не дающих вовсе успеха, но, если этот успех и получается, то получается ценой операций гораздо более сложных и более опасных, чем операции на промежности. Последние, будучи более простыми и более безобидными, являются в то же время и более радикальными. Однако иногда в очень тяжелых случаях бывает показано дополнить операцию на промежности фиксацией круглых маточных связок к брюшной стенке и в частности фиксацией одной из операций типа Долери (стр. 92). Но если делать только одну эту операцию, то она является недостаточной. То же следует сказать



Рис. 127. Перегораживание влагалища. Передне-задний разрез, показывающий соприкосновение передней и задней стенок влагалища.

и об укорочении крестцовоматочных связок, круглых маточных связок влагалищным путем и о других, более или менее сложных операциях, изучение и описание которых вносит лишь путаницу в этот крайне простой вопрос. Итак следовательно я полагаю, что в смысле удержания в правильном положении матки и противодействия брюшному давлению, на лигаментопексию рассчитывать всецело нельзя.

Не следует от операции требовать более того, что она может дать, и если лигаментопексия может удержать на месте матку, имеющую тенденцию отклоняться назад, то попытка приписывать этой операции способность поддерживать нарушенную промежность является неосновательной, тем более, что для неслишком резко выраженного выпадения,

я еще раз повторяю, существуют операции гораздо лучшие и менее опасные, к которым и следует прибегать.

Но нередко брюшная лигаментопексия может служить прекрасным дополнением к операции на промежности. Буйи (Bouilly) горячо рекомендовал ее, как добавочную операцию, и в случаях тяжелого выпадения подобное сочетание — хорошее укрепление промежности с хорошим подвешиванием матки — без сомнения даст лучшие результаты, чем одна перинеоррафия. Но понятно это комбинированное вмешательство является значительно более серьезным, поскольку оно сопровождается чревосечением.

Разумеется, все эти комбинированные операции должны производиться в один прием, начиная с операции на промежности и кончая чревосечением.

Влагалищная гистеропексия. Все способы этой операции, которыми по примеру Маккенродта (Mackenrodt) и особенно Дюрссена (Dührssen), пользуются и слишком злоупотребляют за границей, являются совершенно негодными.

Они были нами рассмотрены в главе, касающейся отклонений матки и, если можно согласиться, что для предупреждения отклонения матки назад, за точку опоры можно брать влагалище, то я совершенно отказываюсь понимать, каким образом для устранения выпадения, являющегося следствием именно опущения влагалища, можно прибегать к тому же средству; я не вижу, каким образом можно устранять опущение матки, фиксируя ее к органу, который сам влечет ее за собой.

Итак я отнюдь не советую пользоваться подобными операциями, которые кроме всего прочего имеют еще недостаток значительно большей опасности и большей сложности, сравнительно с обычными способами кольпоперинеоррафии.

Но иногда бывают случаи, где необходимо произвести вмешательство на самой матке и, если последняя воспалена, поражена, кровоточит, если шейка имеет подозрительный вид, то лучше всего удалить ее влагалищным путем. В этих случаях влагалищная экстирпация производится очень часто. В сущности, она отнюдь не имеет целью сама по себе излечить выпадение половых органов, потому что удаление увлекаемой влагалищем матки не оказывает никакого влияния на выпадение самого влагалища; но экстирпация матки более надежно и более радикально обеспечивает фиксацию вынавших тканей добавочной кольпоперинеоррафией, которую необходимо всегда производить.

В этих случаях влагалищная экстирпация матки производится чрезвычайно просто и заканчивается наложением лигатур.

Кроме того можно по примеру Кеню (Kenju) по удалении матки фиксировать одну широкую связку с другой с помощью тех же швов, которые послойно накладываются на широкие связки. В этом случае широкие маточные связки и дно влагалища образуют один общий рубец, удерживаемый сверху теми же широкими связками; здесь получается подобие кольнопексии, которая понятно лишь способствует излечению. Фрич (Fritsch) и Поцци (Pozzi) одновременно с маткой удаляли обширные лоскуты стенки влагалища. В этом случае получается настояще удаление влагалища или влагалища вместе с маткой; разумеется, чем меньше останется влагалищной ткани, тем меньше будет она иметь

тенденции к выпадению. Но все эти расширенные и до известной степени опасные операции должны производиться лишь в случаях исключительных, так как, еще раз повторяю, существуют гораздо более совершенные операции.

Удаление матки путем чревосечения имеет меньше показаний, чем удаление влагалищным путем; однако в случаях, где имеются какие-либо заболевания матки или придатков, оправдывающих лапаротомию, она также может быть рекомендована. Ее главное преимущество состоит в том, что она позволяет фиксировать культю маточной шейки



Рис. 128. Операция Фрейнда. Фиксация матки во влагалище после выведения ее через задний свод.

либо к широким связкам (Jacobs), либо непосредственно к брюшной стенке по способу Легё; таким образом производится настоящая кольпопексия, которая не может не иметь своего значения.

Но в последнем случае при том или ином напряжении имеется некоторый риск в смысле расхождения шва, соединяющего культю маточной шейки с брюшной стенкой, и последующих осложнений.

Фрейнд (Freund) предлагал не удалять матку, а пользоваться ею с целью предупреждения самого выпадения. Он выводил матку во влагалище через задний или передний свод и фиксировал ее в этом новом положении, прикрепляя ее отдельными швами одновременно и к передней и к задней стенкам влагалища и уничтожая таким образом совершенно полость влагалища (рис. 128).

Но этот способ давал лишь одни неудобства. Матка воспалялась, покрывалась грануляциями, и результаты вмешательства оказывались тяжелее основного страдания.



Рис. 129. Операция Шаута. Рассечение передней влагалищной стенки и отсепаровка мочевого пузыря.

Вертгейм (Wertheim) делал аналогичную операцию. Он выводил матку через передний свод и подшивал ее к овальной поверхности освежения, полученной от влагалищного разреза, через который матка вывихивалась наружу, и прикреплял ее к передней стенке влагалища, причем

дно матки оказывалось обращенным книзу. Но здесь так же, как и в первом случае, матка оставалась во влагалище обнаженной, и неудобства предыдущего способа оставались в полной мере.

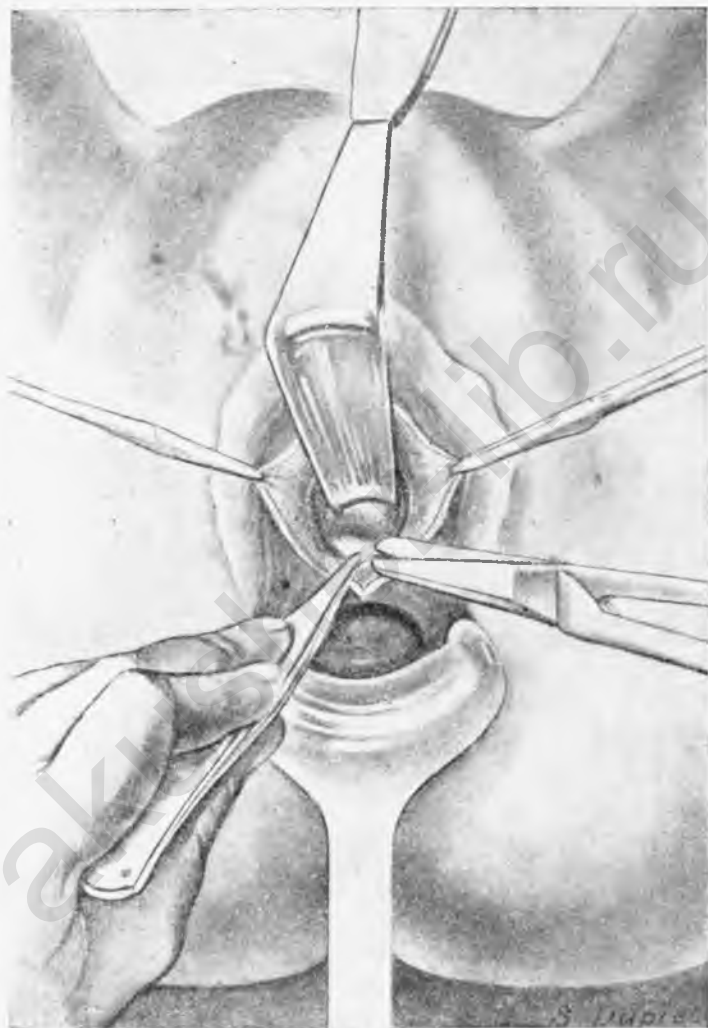


Рис. 130. Вскрытие переднего свода.

Шаута (Schauta) устранил эти неудобства, или по крайней мере в значительной степени их уменьшил, применяя для фиксации вывихнутой матки между мочевым пузырем и влагалищем следующую технику: передняя стенка влагалища рассекается по средней линии от самого входа во влагалище до маточной шейки и два полученных таким образом

лоскута влагалища отсепаровываются от мочевого пузыря (рис. 129); затем, как при первом моменте влагалищной экстирпации, круговым разрезом отсекается влагалище, мочевой пузырь отсепаровывается, пе-



Рис. 131. Матка выведена через передний свод.

редний брюшинный свод вскрывается и вводится зеркало для предохранения мочевого пузыря (рис. 130). Шейка матки в зависимости от ее длины более или менее высоко ампутируется и задняя губа ее фиксируется к заднему краю влагалища. Впрочем этот момент операции является не-

обязательным и, если шейка матки не гипертрофирована, она может быть сохранена. Я даже считаю, что лучше ее как раз оставлять во избежание необходимости в этом случае тщательного гемостаза и риска значительного кровотечения.

После этого матка низводится и вывихивается кпереди; сначала появляется дно ее, причем палец отодвигает шейку матки кверху. Придатки, которые следуют за маткой, могут быть или удалены, или же оставлены в брюшной полости после предварительного отсечения от матки у основания их, дабы тем самым исключить всякую возможность зачатия, если дело касается молодой женщины (рис. 131). Затем брюшина фиксируется к задней поверхности матки, которая будет соприкасаться с мочевым пузырем, а передняя часть оставшейся после удаления шейки прикрепляется к соответствующему краю влагалищного разреза. Если же шейка не удаляется, то этот последний шов является излишним (рис. 132, 133 и 134).

Затем оба влагалищных лоскута, касающиеся передней поверхности матки, заключенной между их внутренней поверхностью и мочевым пузырем, соединяются друг с другом. Операция заканчивается задней перинеоррафией.

Абади¹ (Abadie) усовершенствовал эту операцию. Он пытался укрепить переднюю часть промежности, пользуясь для этой цели мышцей, поднимающей задний проход, таким же образом как при восстановлении промежности сзади.

С этой целью он вскрывает влагалище и на довольно большом протяжении отсепаровывает по сторонам заднюю поверхность мочевого пузыря до тех пор, пока не обнаруживаются края мышцы, поднимающей задний проход, которые в этом месте довольно далеко отстоят друг от друга.

Затем он вскрывает передний брюшинный свод, выводит матку кнаружи, как и в операции Шаута, и посредством круглых маточных связок фиксирует ее с боков к мышцам, поднимающим задний проход, которые, соединяясь таким образом с телом матки, образуют передний тяж, укрепляющий промежность.

Операция заканчивается задней кольпоперинеоррафией.

Будущее покажет, насколько ценны все эти замысловатые операции.

Понятно, что тело матки, служа своего рода опорой, значительно препятствует опущению мочевого пузыря, в то время как отклоненная маточная шейка подтягивает кверху влагалищное дно, которое благодаря этому не может уже больше опускаться. Но кроме своей относительной опасности, эта операция обладает и совершенно явными недостатками. Я этой операцией пользовался неоднократно, но больше производить ее не буду. Мне думается, что все эти сложные способы все-таки никогда не смогут вытеснить имеющиеся в нашем распоряжении простые и несложные операции.

Теперь является вопрос: как же поступать и какую операцию следует выбирать из всех этих многочисленных способов, столь различных по принципу, технике, риску и своему эффекту?

¹ A b a d i e. Arch. mens. d'Obst. et de Gynéc. 1912. p. 481.

В громадном большинстве случаев у еще молодых женщин следует прибегать к *операциям на промежности*. Минимум в 90% выпадение половых органов будет излечено *задней кольпоперинеоррафией*. Нередко

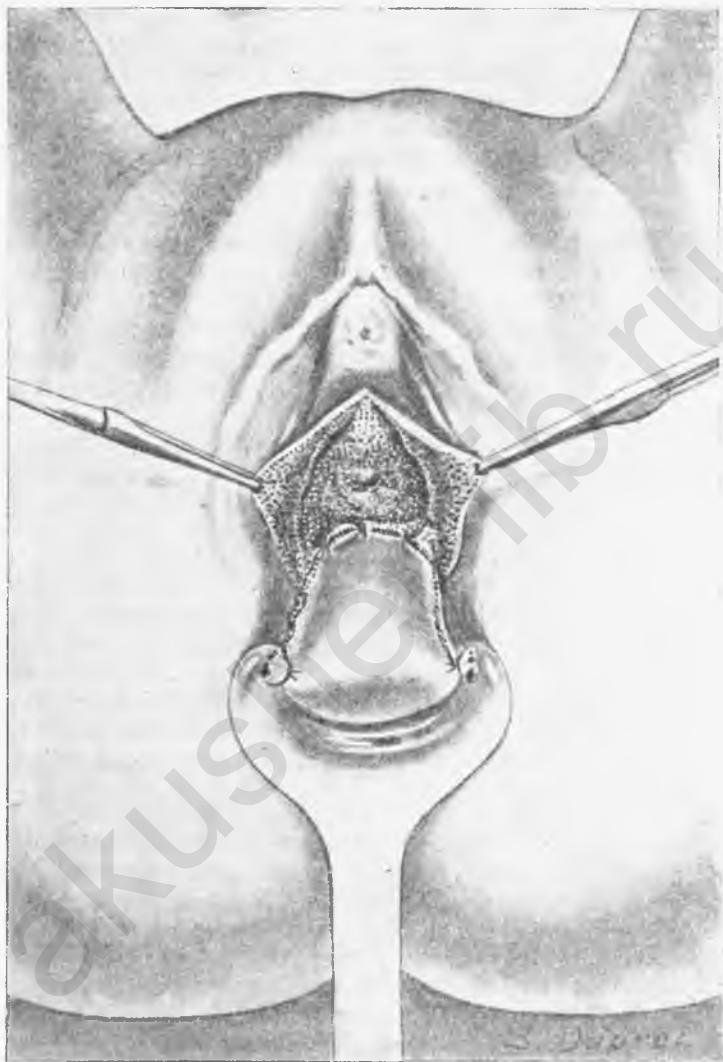


Рис. 132. Придатки отсечены. Задняя стенка шейки подшита к заднему влагалищному лоскуту и к брюшине соответствующего свода.

в случаях, где имеются легкие или тяжелые явления выпадения мочевого пузыря, пластика промежности может сочетаться с *пластикой передней стенки влагалища (Colporrhaphia ant.)*. Если же шейка удлинена,

гипертрофирована и находится в состоянии хронической инфекции, то следует одновременно произвести ее *ампутацию*.

Если матка опущена или же находится в резко выраженном положении ретроверсии, и несмотря на восстановление промежности, шейка все еще

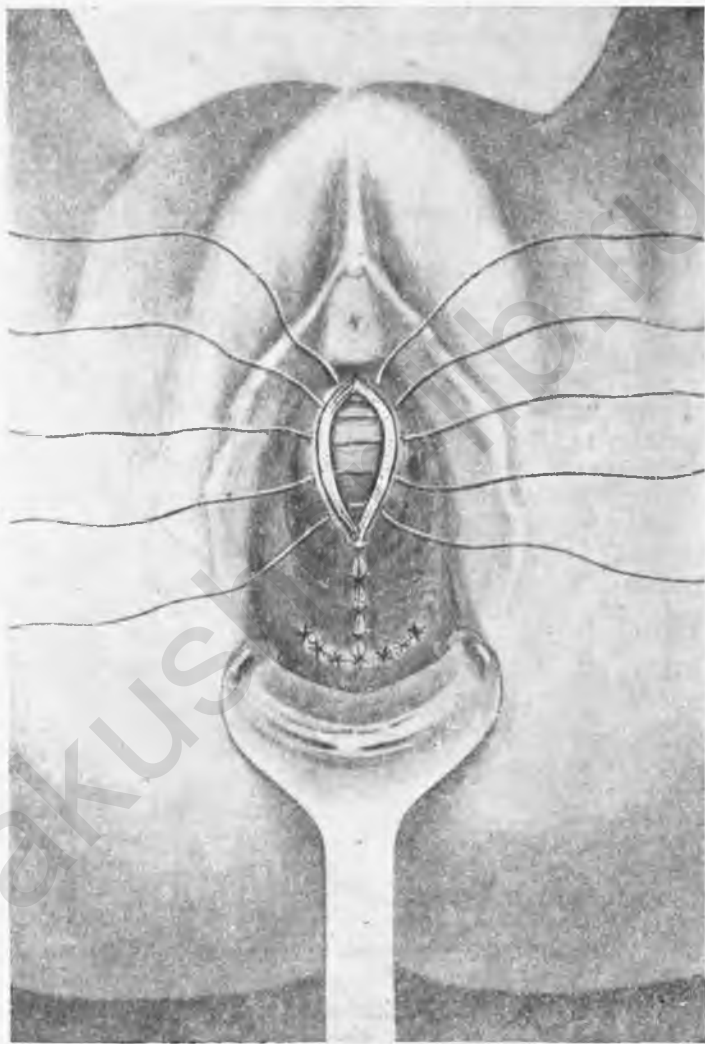


Рис. 133. Матка погружена между мочевым пузырем и передней стенкой влагалища, которое зашивается поверх матки.

опускается до вульвы или же находится непосредственно над ней, то можно промежностную операцию сочетать с *фиксацией круглых маточных связок к брюшной стенке (лигаментопексия)* по способу Долери.

Если женщина пожилая и обнаруживает явления полного выпадения при небольшой и более или менее здоровой матке, то лучше воспользоваться операцией «образования влагалищной перегородки», которая в случае надобности дополняется пластикой промежности (задней перинеоррафией).



Рис. 134. Матка заключена между мочевым пузырем и влагалищной стенкой (Шауга).

Если матка дает гнойные выделения, если шейка подозрительна в смысле злокачественного перерождения, то следует производить *влагалищную экстирпацию матки* в сочетании с *пластикой передней и задней стенок влагалища и промежности (colporperineorrhaphia и colporrhaphia anterior)*.

Если матка увеличена, фиброзна, если придатки изменены, если для заключения оказывается выгодным их непосредственно осмотреть, надо производить *чревосечение*, которое в случае надобности позволит уда-

лить матку и фиксировать культю маточной шейки к брюшной стенке. Разумеется, эта операция должна быть дополнена либо сейчас же, либо немного позже *пластикой влагалища и промежности (colporperineorrhaphia)*.

Одним словом, основным вмешательством при выпадении половых органов является *пластика промежности и влагалища*; все же остальные операции, каковы бы они ни были, производятся лишь в исключительных случаях. Они являются операциями, дополняющими главный и почти всегда достаточный эффект пластических операций на вульве и промежности.

ГЛАВА СЕДЬМАЯ.

ВЫВОРОТ МАТКИ.

При вывороте матка, как палец перчатки, выворачивается наизнанку таким образом, что ее слизистая оказывается снаружи, а покрытая брюшной поверхностью образует ее центральную полость.

Это осложнение настолько серьезное что, как правило, всегда требует по возможности немедленного вмешательства.

Внезапный острый выворот матки, каков бы он ни был — неполный или полный — должен быть немедленно вправлен, причем обычно это вправление удается довольно легко. В этом случае необходимо производить вмешательство в промежутке между двумя маточными сокращениями, когда матка податлива, влагалище расширено и рука может легко войти в него с тем, чтобы в случаях неполного выворота произвести прямое давление на матку, а в случаях полного выворота, с помощью кулака, ее вправить.

При хроническом вывороте не стоит возлагать надежды на возможность непосредственного вправления матки. Изменения оказываются столь глубокими, что матка теряет необходимую ей эластичность, вследствие чего приходится вправлять ее либо хирургическим путем, либо, в случае необходимости, производить полное удаление ее.

Вправление выворота матки *хирургическим путем* производится довольно просто. В некоторых случаях неполного выворота достаточно, как это делает Сегон (Segond), произвести с каждой стороны боковые надрезы шейки до внутреннего отверстия. Затем края разреза захватываются зажимами и, если их не подтягивать и не сдвигать матку с места, вправление удается благодаря устранению ущемления в шейке. Боковые разрезы можно не зашивать.

Но нередко этот метод хирургического, почти настоящего вправления неприменим. Для того чтобы матка, вывернувшаяся как палец перчатки, могла бы быть вправлена из влагалища, даже сквозь разрезанную шейку, необходимо, чтобы ткани матки сохранили известную долю эластичности.

В более запущенных случаях, но все же свежих, для вправления матки можно воспользоваться лапаротомией. В этом случае, после вскрытия живота, захватывают придатки и связки, идущие в воронкообразное углубление, образованное вывернувшейся маткой, и подтягивают за

них матку в то время, как помощник пальцем подталкивает через влагалище торчащее из шейки дно матки. Когда матка еще не окончательно утратила свою эластичность, это вправление удается произвести без

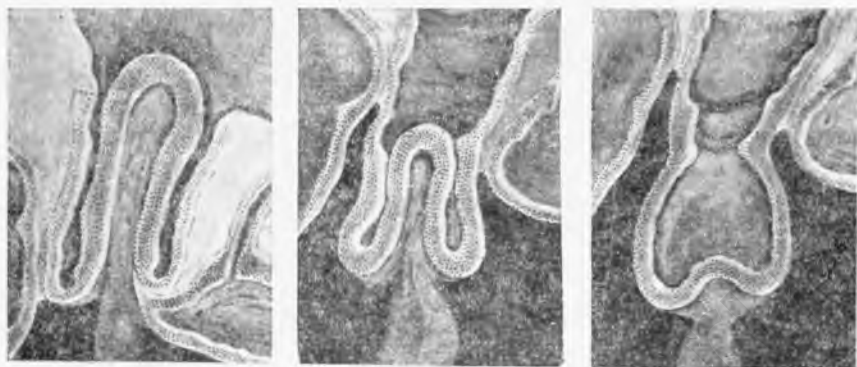


Рис. 135. Механизм выворота матки во время родового акта. Начало выворота. Неполный выворот. Полный выворот.

особых затруднений, но не всегда дело обстоит так просто и в большинстве случаев полного или неполного хронического выворота приходится прибегать к иному методу. Изящным приемом является задняя кольпогистеротомия по способу Кюстнера (Küstner), усовершенствованная Пикколи,



Рис. 136. Механизм выворота матки при маточном полипе.

Мориани, Сава (Piccoli, Moriani, Sava) и т. д. и во Франции Дюре¹ (Duret).

Керер, Спинелли, Уи (Koehrer, Spinelli, Oui) применили и усовершенствовали *переднюю кольпогистеротомию*, которая аналогична пре-

¹ См. Fresson, Traitement de l'inversion utérine. Th. Paris, 1902.

дыдушей, но значительно труднее из-за наличия здесь мочевого пузыря и более легкой возможности его ранения сравнительно с возможностью



Рис. 137. Вскрытие заднего свода и обследование воронкообразной полости матки.

повреждения прямой кишки при задней кольпогистеротомии. Я опишу заднюю кольпогистеротомию по способу Дюре.

Задняя кольпогистеротомия. Прежде всего необходимо очень основательно очистить влагалище и матку, поверхность которой нередко придется подвергнуть выскабливанию кюреткой вследствие избыточных и гри-

бовидных разрастаний слизистой. Затем в случае необходимости матку подтягивают с тем, чтобы по возможности получить полный выворот.

С помощью двух зажимов, наложенных на маточные углы, последнюю поднимают кверху и непосредственно под местом прикрепления шейки



Рис. 138. Разрез задней стенки матки.

влагалищу, поперечным разрезом рассекают задний свод влагалища и вскрывают дугласово пространство. Через полученное таким образом отверстие пальцем обследуют воронкообразный мешок матки, в который проникают основания труб, и нередко кишечная петля, которую необхо-

димо очень осторожно вывести и отодвинуть в брюшную полость (рис. 137).
Затем заднюю стенку матки от шейки ко дну рассекают по средней линии.
Разрез должен идти во всю длину маточной стенки (рис. 138), широко



Рис. 139. Когда задняя стенка широко вскрыта, видны придатки матки, находящиеся в глубине воронки.

раскрывая воронкообразное углубление матки, выстланное брюшиной (рис. 139).

Теперь дело сводится к тому, чтобы вправить вывернутую матку. Помещая большие пальцы на переднюю стенку матки, отдают ее

кзади, в то время как другие пальцы захватывают края заднего продольного разреза и, выворачивая их кпереди, вправляют стенку матки. Этот момент операции чрезвычайно прост и после его завершения операционное поле имеет следующий вид; задний свод вскрыт поперечным разре-



Рис. 140. Выворот матки.

зом, матка находится во влагалище дном книзу; задняя поверхность рассеченная пополам, оказывается теперь передней и покрыта брюшиной; поверхность, первоначально внутренняя, оказывается наружной. В этот момент матка находится в том же положении, как и в момент влагалищ-

130

ного удаления матки, когда задний свод вскрыт и матка, подтягиваемая за дно, совершенно вывихивается кпереди и книзу.

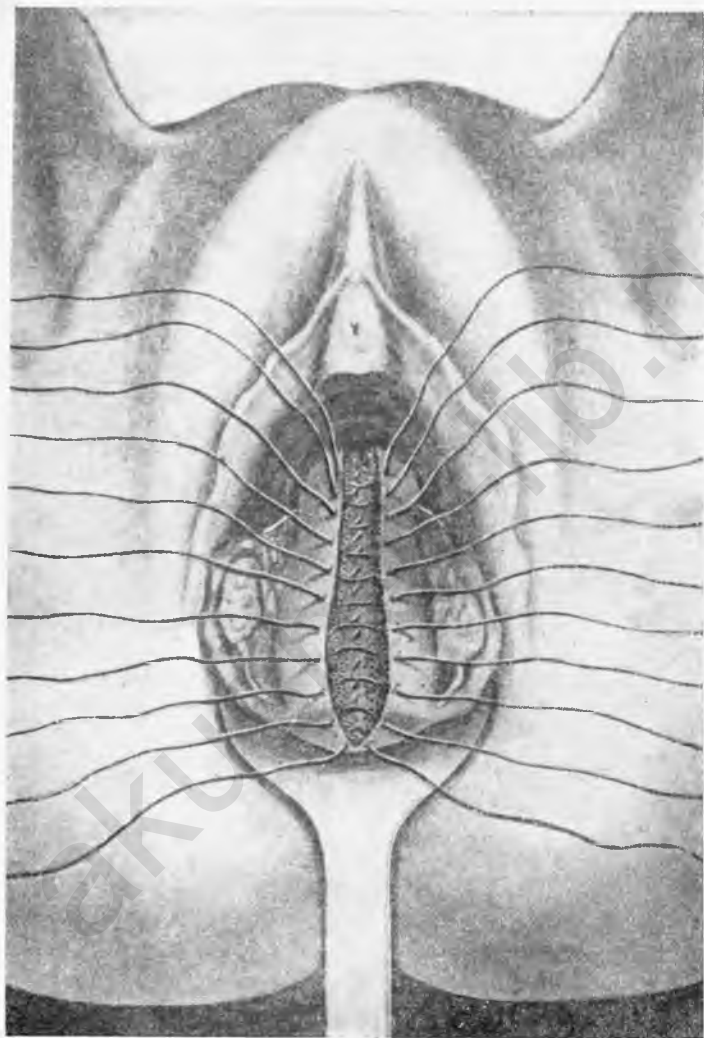


Рис. 141. Зашивание задней стенки матки, которая после вправления оказалась спереди.

Теперь остается лишь зашить разрез и вправить матку на место (Фрессон-Fresson рис. 140 и 141).

Во время этой манипуляции придатки, находившиеся в тазовом углублении, оказываются теперь снаружи. Будучи более или менее тесно связаны с задней стенкой матки, они одновременно с маточно-яичниковыми

ножками и участком широких маточных связок возвращаются через поперечное отверстие дугласова свода в полость живота.

Матка, рассеченная во всю свою длину, зашивается двухэтажными швами, причем один шов накладывается на слизистую, находящуюся



Рис. 142. Выправление зашивки матки.

теперь в глубине, а другой — на мышечно-брюшинный слой (рис. 141). Теперь матка восстановлена окончательно, но она лежит во влагалище целиком вывихнутой, причем дно ее находится внизу, а шейка вверху. Ее задняя стенка, которая была рассечена, находится спереди, а перед-

ная стенка с примыкающими к ней придатками и широкими связками лежит сзади (рис. 142).

Остается лишь выравнить ее в тазовую полость, продвигая ее для этого через отверстие в заднем своде, которое по мере надобности можно всегда



Рис. 143. Матка выравнена. Наложение последних швов и закрытие свода.

увеличить. Таким образом ее выравнивают, обратно отодвигая дно кзади и кверху, к отверстию в дугласовом своде, в которое она и проникает. С этого момента ее задняя стенка вновь занимает свое нормальное положение; когда вывихнутая матка лежала во влагалище, она явля-

лась передней, теперь, когда матка вернулась в свое нормальное положение в брюшной полости, она оказалась задней (рис. 143 и 144). Остается лишь соединить края заднего влагалищного разреза; в дугласов свод из предосторожности следует ввести дренаж.

Этот способ давал очень часто хорошие результаты.

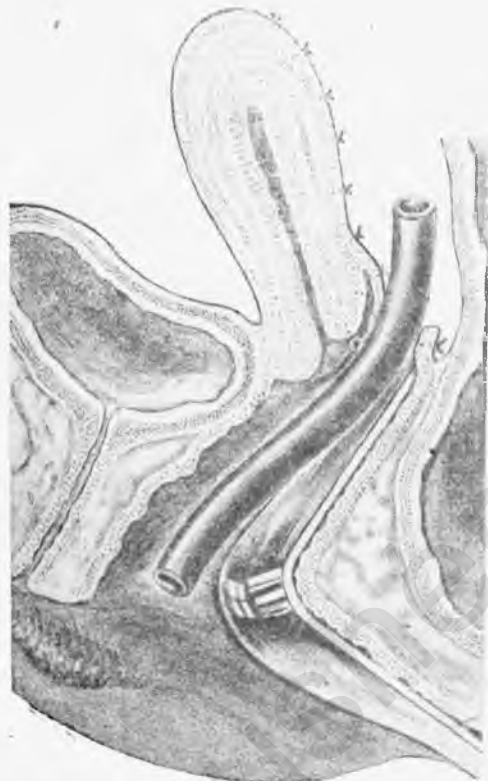


Рис. 144. Матка заняла свое положение.

Когда матка значительно поражена, когда женщина уже не менструирует (менопауза), одним словом, когда сохранение матки является скорее вредным, чем полезным, остается последнее средство — ее удаление. Последнее обычно производится очень просто, но требует известных предосторожностей. Прежде всего необходимо очень тщательно отметить положение полости мочевого пузыря, чтобы точно установить его границы по отношению к вывернутой маточной шейке. Затем, когда влагалище спереди открыто, мочевой пузырь осторожно отсепаровывают и попадают в брюшную полость. В этот момент необходимо самым тщательным образом выяснить, не попала ли какая-либо кишечная петля в воронку, образованную вывернувшейся маткой. Затем обследуют придатки, находящиеся у самого входа в эту воронку, захватывают место прикрепления их и отсекают. Основания широких связок, расположенные по бокам и идущие к матке, также обследуются, захватываются, а затем остается лишь отсечь заднюю стенку влагалища от брюшины до слизистой. Затем нет ничего проще заменить наложенные зажимы лигатурами. Эта влагалищная экстирпация, хотя по положению самой матки и отличается от обычной экстирпации, является для врачей, имеющих некоторый навык в хирургических вмешательствах на матке, по существу очень простой.

ГЛАВА ВОСЬМАЯ.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛЕНИЙ МАТКИ.

Большинство метритов, не сопровождающихся обширными и застарелыми изменениями шейки, обычно хорошо поддаются правильному

консервативному лечению. При этом нередко следует уметь *воздерживаться* от хирургического лечения, которое должно быть применено лишь в унорных и достаточно серьезных случаях. Хирургическое лечение метрита в сущности состоит в *выскабливании полости матки*. Но вместе с тем это выскабливание в равной степени ведет и к возникновению метрита. Особенно следует опасаться выскабливания в тех случаях, где имеется какое-либо подозрение на воспаление придатков, потому что после неуместного применения выскабливания, особенно при наличии гонорреи, более или менее тяжелые вспышки сальпингита совсем нередки. Но имеются случаи, где выскабливание оказывает несомненные услуги. На первом месте стоят *геморрагические метриты*, где никакие тераневтические средства и местное внутриматочное лечение не могут вызвать прекращения кровотечения; затем идут *гнойные метриты*, сопровождающиеся обильными выделениями, болями и расстройствами общего состояния и не поддающиеся обычным мероприятиям; повторяю еще раз, выскабливание следует производить лишь в случаях неуспешного применения более невинного лечения; и наконец следуют *старческие метриты* иногда с очень зловонными выделениями, при которых выскабливание является лучшим средством.

Выскабливание. Выскабливание является хирургическим вмешательством, требующим мер предосторожности, которыми повседневно пользуются при производстве более серьезных операций.

Инструментарий является здесь далеко не безразличным. Чтобы произвести хорошо выскабливание, необходимо иметь очень хорошие кюретки. Предпочтительнее пользоваться *тупыми* кюретками. Они вполне достаточны для удаления пораженной слизистой, а между тем менее опасны для самой матки в смысле ее прободения. Однако необходимо всегда иметь в своем наборе *острую* кюретку, чтобы иметь возможность довести операцию до конца, если имеется впечатление, что некоторые места матки освежены плохо.

Имеется несколько хороших моделей кюреток (рис. 145 и 146); лучше всего конечно иметь в своем распоряжении все модели.

Если нет особых противопоказаний со стороны общего состояния, то больную следует подвергнуть паркозу. Выскабливание, которое производится под общим наркозом, является всегда гораздо более тщательным и полным сравнительно с осторожным выскабливанием, которое можно произвести у больной без паркоза.

Для тех, кто предпочитает спинномозговую анестезию, она особенно здесь показана. Больной придается положение для кампесечения и влагалище раскрывается зеркалами. Если лехватает помощников для держания зеркал, можно с успехом воспользоваться зеркалами Коллена (Collin) (рис. 147 и 148), Аршамбо (рис. 149), или Геллио (рис. 150), которые держатся сами. Затем передняя и задняя губа шейки захватываются двумя крепкими щипцами Мюзе (с двумя зубцами), единственными, позволяющими плотно захватить последнюю и подтянуть ее книзу; полость матки обследуется с помощью маточного зонда (рис. 151) с целью составить себе ясное представление о ее размерах, направлении и возможных изгибах.

Если канал шейки слишком узок, его расширяют либо посредством расширителей Сиредея, Симса, Пишвена (F. Siredey, Sims, Pichevin) (рис. 152 и 153), либо с помощью расширителей Хегара (рис. 154) и приступают к операции. Впрочем, во многих случаях расширение производится в дни, предшествующие операции, с помощью ламинария (рис. 155).



Рис. 145. Различные модели кюреток.

Операция требует при своем производстве очень большой осторожности. Слизистую всегда следует соскабливать по направлению от дна к шейке, и надо избегать вводить кюретку очень резким движением из опасения перфорировать маточное дно, которое может оказаться рыхлым и размягченным. Выскабливание следует производить очень планомерно, начиная с какой-либо одной стенки, например с передней. Вводя с осторожностью



Рис. 146. Различные модели кюреток.

кюретку в полость матки до самого дна, прикладывают лезвие последней к передней маточной стенке и затем, энергично надавливая на нее, ведут кюретку по направлению к внутреннему отверстию до тех пор, пока не получают особого ощущения *скрипа мышечной ткани*, что указывает на то, что выскабливание произведено надлежащим образом. Когда передняя стенка освежена на всем своем протяжении, переходят на заднюю стенку и повторяют то же самое. Затем кюреткой меньшего размера доходят до правого и левого углов матки, тщательно соскабливая пораженную слизистую и проводя кюретку по боковому ребру матки.

Для того чтобы выскабливание было полным, необходимо добиться ощущения *маточного скрипа* и, если в каком-либо месте его получить не удастся, пользуются острой кюреткой.

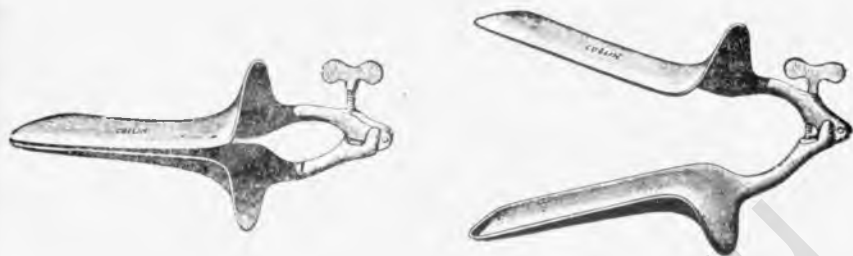


Рис. 147 и 148. Зеркало Коллена в закрытом и открытом виде.

Затем полость матки промывается через зонд с двойным ходом стерильной теплой водой до тех пор, пока почти не прекратятся обычно довольно обильные кровянистые выделения.

В зависимости от случая можно смазать полость матки каким-либо

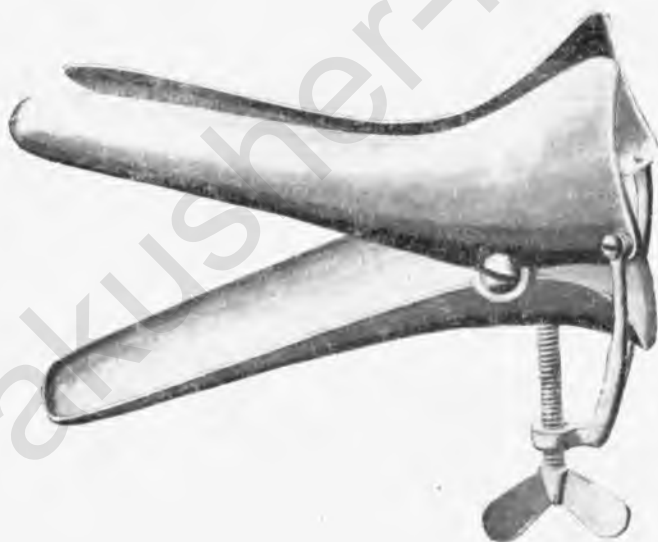


Рис. 149. Зеркало с 3 створками Аршамбо.

прижигающим раствором, например креозотом 1:3, хлористым цинком 1:10, иодной настойкой, но не следует слишком злоупотреблять ими. Затем, после нового промывания для обеспечения гемостаза матку тампонируют стерилизованной марлей.

Тампон этот удаляется через 24 часа,

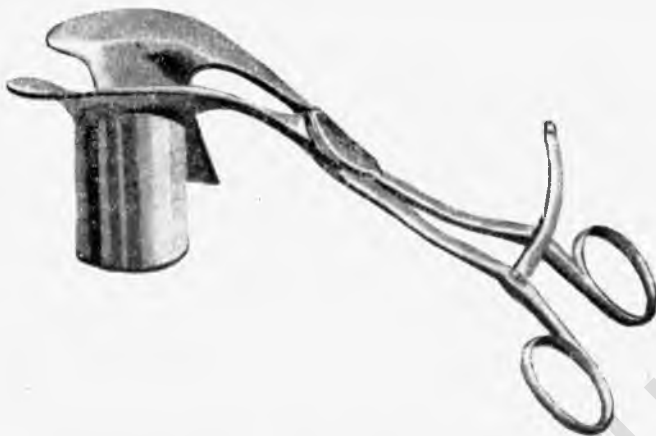


Рис. 150. Зеркало Геллио.



Рис. 151. Маточный зонд.



Рис. 152. Расширитель Симса для быстрого расширения.



Рис. 153. Дилататор Сиредей.



Рис. 154. Расширители Хегара двух калибров.



Рис. 155. Ламинарий для медленного расширения

В течение недели больная остается в постели и получает по два раза в день спринцевания влагалища теплой стерилизованной водой.

Осложнения при выскабливании. Кровотечение, появляющееся при выскабливании, обычно прекращается тампонадой.

Прободение матки встречается чрезвычайно редко, особенно принимая во внимание то громадное количество выскабливаний, которое производится ежедневно. Если оно и встречается, то почти всегда при выскабливаниях, производимых по поводу остатков плодного яйца после аборта, когда матка мягка, рыхла и легко поддается прободению, особенно в местах прикрепления плаценты.

Прободение матки является весьма тяжелым осложнением, особенно, когда оно нераспознано, так как при этих условиях продолжение операции, внутриматочные промывания, при которых в брюшную полость заносятся инфицированные обрывки тканей, могут вызвать грозные перитонеальные симптомы.

Но что следует делать, если перфорация распознана во время операции, в самом начале?

Если метрит, по поводу которого производилось вмешательство, не является безусловно септическим, лучше всего прекратить операцию, воздержаться от внутриматочного промывания и в матку ввести дренаж, для обеспечения стока крови и септических отделений, и, назначив больной абсолютный покой, в случае проявления малейших тревожных симптомов быть готовым к тому или иному вмешательству путем чревосечения.

Но если дело идет о септическом метрите, где приходится опасаться перитонеальной инфекции, будет более разумно немедленно произвести чревосечение.

В одном моем случае, где матка была перфорирована во время выскабливания по поводу инфекции после аборта, я произвел немедленную лапаротомию и на уровне маточного дна обнаружил небольшое перфорационное отверстие, которое было зашто, и больная поправилась без всяких осложнений. Если бы перфорационное отверстие было очень значительным, если бы зашивание матки представлялось затруднительным и ненадежным, необходимо было бы произвести удаление матки.

Но чаще всего осложнения при выскабливании зависят от *инфекции*. Впрочем в настоящее время эти осложнения редко зависят от инфекции, занесенной извне хирургом или его инструментарием; вполне очевидно, что выскабливание и разрушение инфицированной слизистой открывает бесчисленные лимфатические кровеносные пути, которые воспринимают инфекционные начала, вполне достаточные для того, чтобы вызвать тяжелые заболевания.

И если есть чему удивляться, то именно тому, что эти осложнения не встречаются часто. Конечно тяжелые и смертельные инфекционные заболевания бывают редко, но более легкие осложнения в виде например сальпингоофорита, околоматочного лимфангоита и тазовой флегмоны наблюдаются.

Вот почему выскабливание следует производить лишь в случаях действительной необходимости.

Ампутация маточной шейки. Мы видим, что застарелые метриты

шейки часто излечиваются консервативно и, в частности, например прижиганиями.

Но не всегда подобное лечение оказывается достаточным, и некоторые шейки, увеличенные в объеме, изъязвленные, с кровоточащей слизистой, с гипертрофированными железами не поддаются никакому консервативному лечению; в этих случаях приходится прибегать к хирургическому лечению, а именно к ампутации шейки.

Ампутация шейки не представляется серьезной операцией. Она имеет то преимущество, что радикально и совершенно освобождает больных от упорных и застарелых заболеваний, и потому является прекрасной операцией. Наиболее старым, но отнюдь не лучшим методом является способ Шредера.

Способ Шредера. Шейка, захваченная двумя зажимами, наложенными на переднюю и заднюю губы, рассекается ножницами (рис. 157). Затем, скальпелем

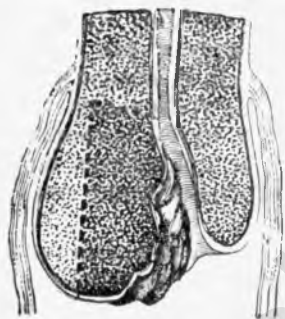


Рис. 156. Способ Шредера. Границы удаляемого лоскута.



Рис. 157. Способ Шредера. Рассечение и разделение шейки на две части.

или лучше хорошими ножницами вдоль каждой губы удаляется большая слизистая вместе с лежащей под ней маточной тканью (рис. 158).

В результате получаются два лоскута, состоящие почти всегда из здоровой слизистой влагалища и известного количества лежащей под ней ткани, которая оставлена с таким расчетом, чтобы полученные таким образом лоскуты были достаточно гибки и могли легко складываться. Затем, слизистая этого висящего лоскута фиксируется с помощью кетгутного шва к слизистой канала шейки (рис. 159 и 160).

Трех или четырех швов, накладываемых на каждую губу, достаточно, чтобы подтянуть лоскут; операция заканчивается наложением одного или двух швов на уровне спайки (рис. 161).

Рис. 156 и 159 лучше всякого описания показывают, как должен быть выкроен лоскут для получения наилучших результатов. После образования лоскутов, наложение швов производится различными способами. Наиболее простые способы, предложенные Шредером, достаточно ясно

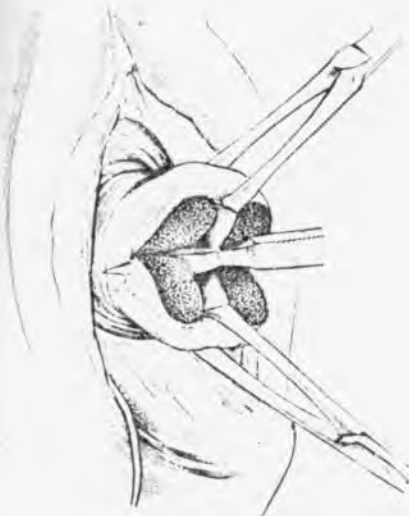


Рис. 158. Операция Шредера. Удаление слизистой.

представлены на рис. 159, 160, 161 и 162.

Долери полагает, что проводя шов так, как это показано на рис. 163, можно добиться лучшего сближения лоскута; может быть он прав. Но

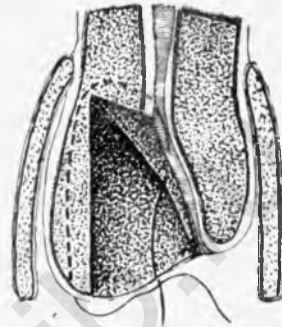


Рис. 159. Наложение шва после удаления пораженного участка.

возможно, что в этом случае шов будет менее крепким, поскольку захватывается незначительное количество ткани. Гузель (Housel) завязывает швы очень остроумным образом, который думается может повести к наилучшей фиксации тканей: «Кривая игла с подвижным ушком (a chas mobile), введенная в

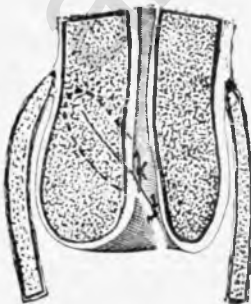


Рис. 160. Восстановление шейки после фиксации лоскута.

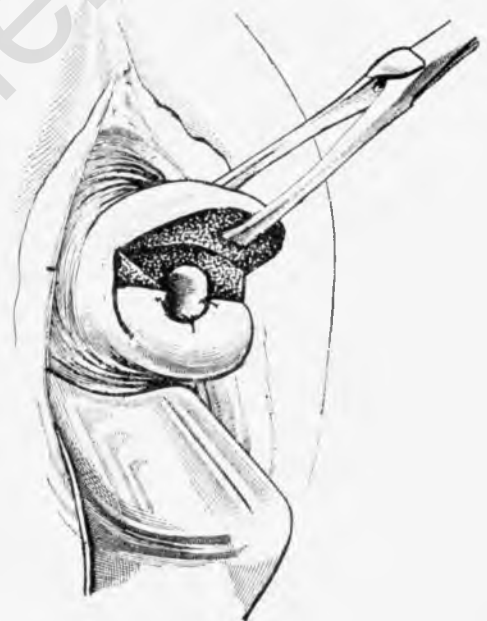


Рис. 161. Вид шейки после подшивания лоскута.

канал шейки матки, прокалывает по средней задней линии слизистую, приблизительно на 5 мм выше от края разреза и проходит через всю толщу шейки, чтобы выйти в задний влагалищный свод.

Там она захватывает два шва из кетгута и выводит их в цервикальный канал (рис. 161). Затем петли каждого двойного шва разрезаются и получаются четыре кетгутовых шва, проходящих через всю толщу задней губы шейки и имеющих по два конца, из которых один свисает во влагалище, а другой — в цервикальный канал. Оба конца каждого шва захватываются одним и тем же зажимом. Эти четыре шва в дальнейшем будут расположены в форме веера с тем, чтобы лучше обеспечить сближение тканей на всем протяжении задней губы. Направление их следующее: каждый шов захватывается за его цервикальный конец, доводится до верхушки лоскута, который здесь прокалывается. Затем, на уровне этой верхушки его закрепляют, делая первый узел (рис. 164). Понятно, что после этого достаточно потянуть за влагалищный конец того же самого шва, чтобы получить точное прилегание лоскута к раневой поверхности шейки. Подтянув как следует, остается



Рис. 162. Расположение швов (по Шредеру).



Рис. 163. Расположение швов (по Долери).



Рис. 164. Расположение швов (по Гузелью).



Рис. 165. Расположение швов (по Гузелью).

лишь связать вместе оба эти конца (внутришеечный и влагалищный) на наружной поверхности шейки. Тем же способом завязываются и остальные швы (рис. 165) (Пру) (Proust).

Все эти различные способы в сущности очень мало разнятся друг от друга. Но результаты, получаемые по способу Шредера, не всегда удовлетворительны. Новой шейки здесь, так сказать, не существует. Дно



Рис. 166 и 167. Аутопластический способ ампутации маточной шейки. (Гартман).

Иссечение лоскута, состоящего исключительно из слизистой влагалища.

Лоскут состоит исключительно из слизистой влагалища и потому весьма эластичен.

влагалища неровно, покрыто рубцами, перетяжками и уплотнениями.

Гартман (Н. Hartmann) слегка видоизменил этот способ, сделав лоскут значительно тоньше, ограничившись почти лишь одной слизистой. Полученный подобным образом лоскут оказывается более эластичным и лучше прилаживается к внутреннему краю цервикального разреза (рис. 166 и 167). Там, где шейка очень увеличена, можно пользоваться способом Симона-Марквальда (Simon-Marcwald), который состоит в следующем.

Способ Симона-Марквальда. Когда шейка гипертрофирована и увеличена, слизистая же здорова, выгоднее пользоваться способом Симона, детально описанным Марквальдом.

Шейка, как и в способе Шредера, рассекается на две части, переднюю и заднюю. Каждая часть иссекается таким образом, что получается два лоскута — один, образованный слизистой влагалища, другой — слизистой канала шейки, причем каждый из них имеет слой мышечной ткани (рис. 168). Затем эти лоскуты сшиваются один с другим своими раневыми поверхностями (рис. 169), а боковые спайки соединяются несколькими отдельными швами (рис. 170).

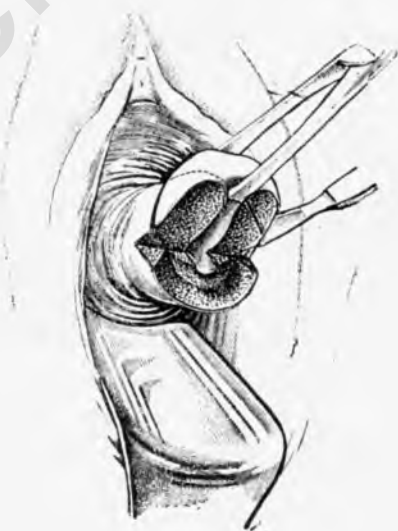


Рис. 168. Способ Симона-Марквальда. Выкраивание лоскута.

Пользование иглой а рёdale небольшого размера и с кривизной

короткого радиуса значительно облегчает наложение швов (рис. 202).
Существуют различные и другие способы удаления измененной слизи-

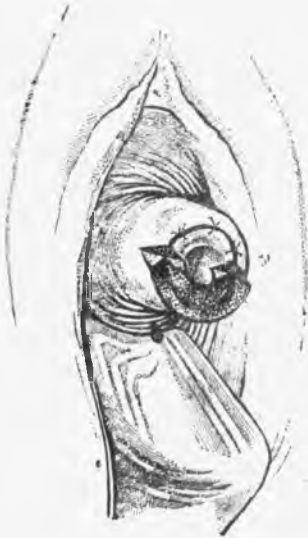


Рис. 169. Подшивание верхнего лоскута.

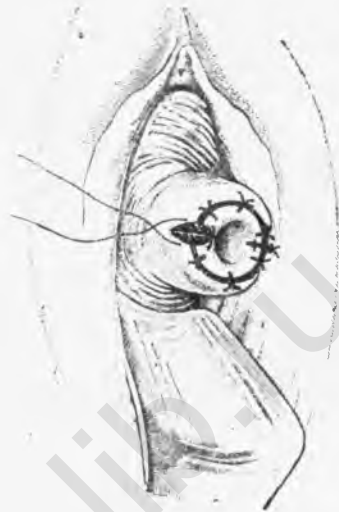


Рис. 170. Полное восстановление шейки матки.

стой шейки, как например способ Буйи (Bouilly), при котором удаляется на каждой половине рассеченной шейки по полосе слизистой ткани в несколько миллиметров толщиной, с оставлением лишь небольшой полоски ее на уровне каждой боковой спайки, для того чтобы избежать сужения. Способ Пуэ (Poué) или Форга (Forgue) состоит в том, что круговым разрезом иссекают всю слизистую цервикального отверстия, удаляя ее в виде более или менее значительного конуса соответственно обширности поражения. Этот способ хорош в легких случаях. Зашивания производить не приходится, кровотечение останавливается простым тампонированием. Рубцевание происходит вторичным натяжением при удовлетворительных условиях.

Дуэ (Douau) усовершенствовал способ Штурмдорфа (Sturmdorff), который состоит в том, что после иссечения шейки в

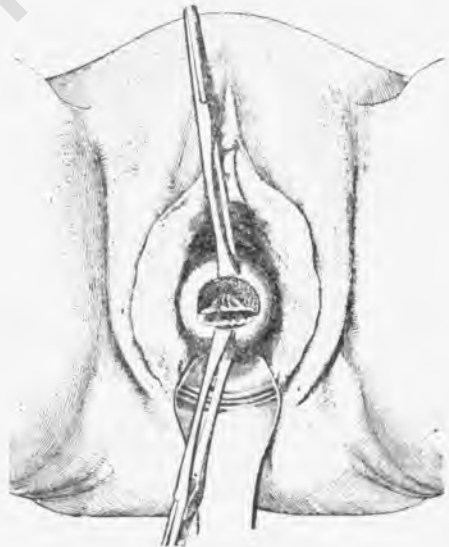


Рис. 171. Операция Пуэ.

виде конуса более значительного, чем при способе Пуэ и Форга, отсепа­ровывают слизистую и вворачивают ее внутрь иссеченной шейки, укрепляя ее швами, расположенными в виде буквы U, что довольно легко понять из рис. 172, 173 и 174. Этот способ дает прекрасные пла­стические результаты. Шейка, восстановленная по этому способу, всегда имеет более правильный и лучший вид, чем шейка, полученная после ампутации по способу Шредера.

Все эти разнообразные операции на шейке совершенно безопасны, но представляют одно затруднение или скорее некоторое неудобство, а именно: трудно останавливаемое кровоте­чение. При наличии послед­него не следует отказываться от наложения швов, захватывающих всю толщу тканей, и, в случае на­добности, от зажимов à demeure, так как нет ничего более досад­ного, как оказаться вынужденным останавливать подчас весьма серьез­ное кровотечение через несколько часов после операции.

В некоторых случаях, где шейка изменена, но не внушает подоз­рений в смысле ее злокаче­ственного перерождения, показано ее полное удаление посредством *вы­сокой* или даже *надвлагалищной ампутации*. Эта операция очень проста, поскольку здесь обыкно­венно нет необходимости, как в первый момент влагалищного уда­ления матки, подниматься до внутреннего отверстия и отсе­кать влагалище. Боковые стороны шейки рассекаются ножницами до самого места прикрепления к влагалищу. Таким образом получают две от­дельные части шейки — переднюю и заднюю. Переднюю часть под­тягивают и на уровне основания, т. е. почти на границе при­крепления шейки к влагалищу, ее от­секают с помощью хороших кривых ножниц. Обычно в углах обна­руживаются небольшие артерийки, ветви маточной артерии, дающие иногда небольшое кровоте­чение, которое останавливается наложе­нием швов. Если бы кровоте­чение не остановилось, следует швы на­ложить глубже кривой иглой à pédale с большой кривизной. Этой же иглой производится наложение швов, предназначенных для сое­динения слизистой влагалища со слизистой матки; проходя со сто­роны влагалищного свода, эти швы захватывают все ткани, распо­

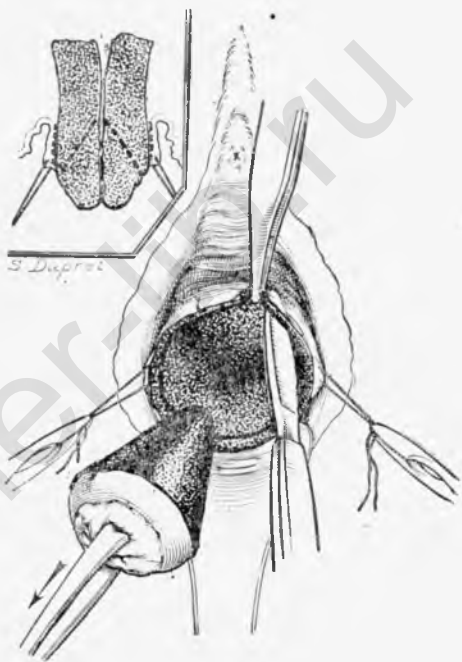


Рис. 172. Конусообразное удаление матки. Конический сегмент, иссеченный из шейки. Он состоит из слизистой цервикального канала и значительной части мышечной ткани шейки (Douay, Gynéc. et Obstétr. 1922).

ложенные в глубине, и выходят через цервикальное отверстие.

Ампутация шейки является весьма ценной операцией в том отношении, что она освобождает больных от белей, болей и благодаря удалению инфицированной шейки часто излечивает метрит тела матки, нередко сопровождающий метрит шейки. Но иногда она конечно может влечь за собою и некоторые неудобства, заключающиеся в рубцовых стяжениях цервикального отверстия, что в дальнейшем может вызвать всякие неудобства во время беременности и затруднения в момент родов.

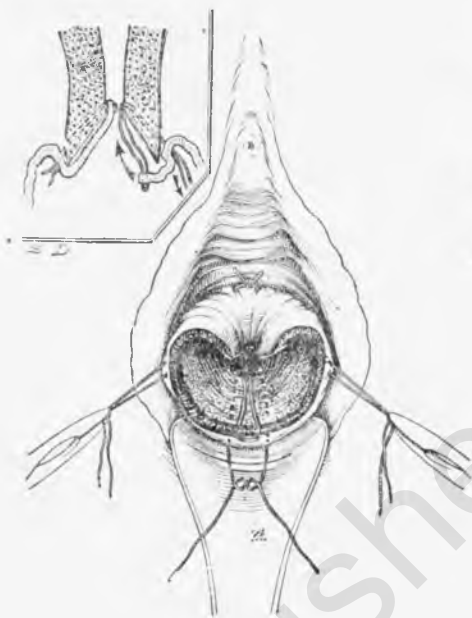


Рис. 173. Восстановление шейки. Способ Пфурмдорфа. Наложение швов после предварительной отсепаровки скальпелем слизистой шейки. Верхний шов завязан, нижний наложен, и видно расположение этого двойного шва в форме буквы «U» (Douay, Gynécologie et Obstétrique, 1922).

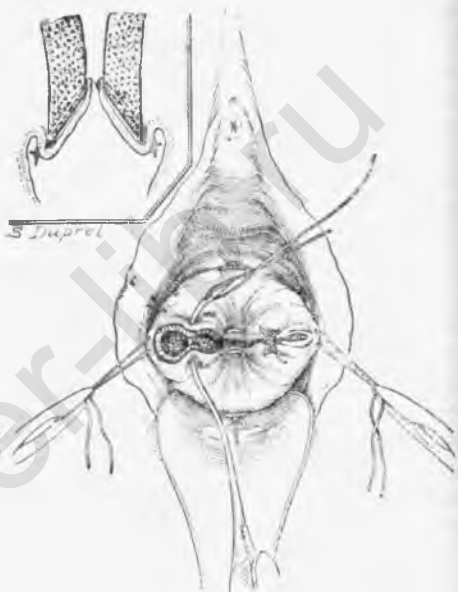


Рис. 174. Поверхностные боковые швы, предназначенные для сближения боковых краев разреза. Произведена инвагинация слизистой (Douay, Gynécologie et Obstétrique, 1922).

Последнее соображение должно делать хирурга достаточно консервативным при пользовании этими операциями.

Наконец встречаются случаи застарелых метритов, с громадной маткой, с постоянными, не поддающимися никакому лечению кровотечениями, белями, упорными болями, при которых показано удаление матки путем чревосечения с одновременным удалением шейки, если она поражена серьезно, или же с сохранением ее, если поражения незначительны. В подобных условиях может быть также показана легко выполнимая *вагалицидная экстирпация матки*, особенно у очень полных или же у очень истощенных женщин.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕНОРМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИИ ШЕЙКИ МАТКИ.

Наряду с хроническими воспалительными процессами, лечение которых мы только что описали, нередко маточная шейка обнаруживает некоторые изменения дистрофического порядка, которые могут иногда тоже потребовать хирургического вмешательства, обычно несерьезного характера.

Атрезии или *отсутствие просвета в шейке* часто бывают врожденными. Под этим названием они составляют часть пороков развития матки. *Атрезии, приобретенные* либо вслед за самопроизвольным изъязвлением, либо чаще в связи с прижиганиями, также могут вызвать, особенно у молодых женщин, скопление в матке крови или гноя (*haematometra ruometra*), что требует восстановления проходимости шейки. В данном случае лечение такое же, как и при лечении стеноза.

Стеноз шейки или сужение цервикального отверстия может быть, как и атрезия шейки, врожденным и приобретенным. При этом причины, вызывающие, как то, так и другое заболевание, одни и те же.

Стеноз нередко ведет к *расстройству дисменорройного* порядка, вызывая сильные болезненные менструации, которые иногда могут даже сопровождаться нервными припадками и подчас тревожными, обморочными состояниями. Задержка менструальной крови способствует возникновению маточной инфекции и может оказаться причиной серьезных метритов. Наконец нередко стеноз создает полную невозможность оплодотворения.

Точную диагностику в таком случае можно поставить лишь путем непосредственного наружного и внутреннего обследования отверстия шейки, причем следует остерегаться смешивать стеноз с искривлением матки.

Для излечения стеноза шейки необходимо расширить цервикальное отверстие. Очень простым приемом является расширение, которое производится либо с помощью ламинария, либо с помощью расширителя Хегара. Можно всегда начинать с него. Но оно не всегда оказывается достаточным и нередко, через известный промежуток времени, после расширения, сужение появляется снова. В этом случае приходится уже применить хирургическое вмешательство.

Так например, если шейка очень увеличена и чрезмерно длинна, можно произвести просто ее *ампутацию*, как метритической шейки.

Если же шейка толста и мясиста, можно применить биконическое иссечение ее по способу Симона-Марквальда (стр. 143). Но в громадном большинстве случаев пользуются *стоматопластикой путем бокового иссечения шейки* по способу Поцци. Это—прекрасная операция. По описанию самого Поцци она производится следующим образом. «Операцию начинают с бокового рассечения шейки на две отдельных губы: верхнюю и нижнюю. При разведении этих губ открывается почти вся полость шейки, высланная слизистой и разделенная, соответственно двум губам, на две части. По бокам этой слизистой снизу доверху видна толща стенки шейки, представляющая раневую поверхность».

«Из каждой из этих узких и длинных поверхностей иссекают по клину, ограниченному двумя продольными и одним маленьким поперечным раз-

резом. Один из продольных разрезов параллелен слизистой шейки, другой идет вдоль слизистой влагалища (рис. 175); оба проникают в глубину, навстречу друг к другу, отграничивая иссекаемый призматический треугольный лоскут. После иссечения поверхность бокового разреза представляется в форме желобка. Теперь остается сблизить края этого желобка и сшить их на всем их протяжении (рис. 176)».

«Зашивание производится серебряными швами. В результате внутренняя слизистая или слизистая цервикального канала оказывается сшитой с наружной слизистой влагалища. По завершении на каждой из раневых поверхностей указанного вмешательства, прилегание тканей оказывается полным. Обе половинки разделенной таким образом шейки не



Рис. 175. Стоматопластика. Иссечение губы шейки матки.



Рис. 176. Стоматопластика. Наложение отдельных швов.

имеют большей тенденции к срастанию друг с другом, как это обычно наблюдается вслед за простым рассечением и таким образом шейка остается открытой. В результате этой операции шейка первое время получает вид утиного клюва, но впоследствии благодаря происходящему мало по малу сокращению тканей этот вид меняется и позже шейка делается похожей на шейку женщины, имевшей нормальные роды»¹. Поцци употреблял серебряные швы, неудобные для снятия. В настоящее время, как и почти при всех операциях на шейке и влагалище, удобнее пользоваться кетгуттом.

Дуэ, много занимавшийся этими разнобразными операциями на шейке, изменил (я считаю в лучшую сторону) операцию Поцци, заменив иссечение 4 клиньев иссечением лишь двух, выкраиваемых в глубине двугранного угла, образованного боковым рассечением шейки. Подобные

¹ Pozzi. Traité de Gynécologie, 4-e édit. p. 758.

иссечение имеет то преимущество, что позволяет проникнуть к истмической части шейки, сделать на этом уровне боковую стенку шейки более тонкой и достигнуть тем самым расширения внутреннего отверстия, которого не дает операция Поцци. Достаточно наложить два отдельных шва из кетгута с каждой стороны, чтобы сразу произвести и зашивание и остановить кровотечение.

Эта операция, дающая прекрасные результаты, особенно показана при врожденных стенозах. При рубцовых сужениях, являющихся всегда гораздо более неправильными, нередко можно ограничиться иссечением уплотнений, сшивая, поскольку это возможно, слизистую влагалища со слизистой матки и сильно расширяя полость шейки.

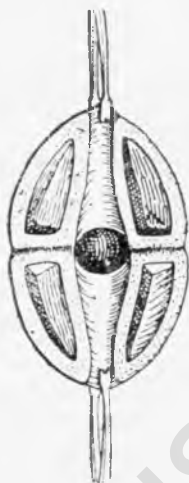


Рис. 177. Операция Поцци. Боковое иссечение 4 клиньев, устраняющее лишь стеноз наружного отверстия.

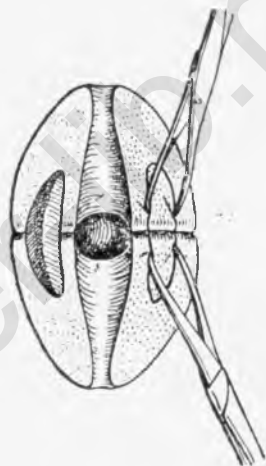


Рис. 178. Операция Поцци, измененная Дуэ. Боковое иссечение 2 клиньев, устраняющее стеноз внутреннего отверстия.

Врожденная атрофия шейки и старческая атрофия обязаны своим происхождением: первая — неправильностям полового аппарата, вторая — дистрофической инволюции, наступающей после менопаузы. Ни та, ни другая не требуют никакого специального лечения.

Гипертрофия маточной шейки, какой бы части она ни касалась, надвлагалищной или же влагалищной части, будет ли она врожденная или приобретенная, будет ли шейка матки по своей форме и размеру коническая или цилиндрическая, если только она требует лечения вследствие вызываемых ею болезненных явлений, подлежит единственному лечению, а именно — ампутации измененной шейки, производимой совершенно так же, как и при хроническом метрите.

**ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАГНОИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ
В МАЛОМ ТАЗУ.**

Хирургическое лечение тазовых нагноений представляет собой вмешательство на самих гнойных очагах и имеет целью либо вскрыть последние, как если бы мы имели дело с обыкновенным абсцессом, либо полностью экстирпировать их, если представляется фактическая возможность выделить карман, в котором они заключены.

Здесь, правда, мы оказываемся в несколько своеобразных условиях, не встречающихся нигде в другом месте, но крайней мере в смысле степени и частоты поражений.

Обыкновенные абсцессы, развивающиеся в клетчатке или паренхиме отдельных органов, обычно излечиваются после простого вскрытия и свободного оттока гноя. Стенка абсцесса освобождается от покрывающих ее некротических остатков, более или менее быстро гранулирует и, если обеспечен хороший сток гноя, излечение наступает без каких-либо затруднений. При нагноительных процессах в придатках и особенно при нагноениях труб мы имеем дело с абсцессом совершенно иного порядка. Гной, который необходимо удалить, в данном случае ограничен стенкой совершенно другого рода, которая является не чем иным, как стенкой самой трубы, более или менее вовлеченной в процесс. Труба же нередко может быть удалена целиком вместе с находящимся в ней гноем; и здесь следовательно вмешательство должно сводиться не только к тому, чтобы вскрыть гнойник, находящийся внутри трубы, но и к удалению самой трубы, всегда более или менее пораженной, которая при оставлении может вызвать новые нагноительные процессы.

Здесь имеется нечто, похожее на то, что приходится наблюдать при некоторых абсцессах, ограниченных пораженной стенкой, в частности например при абсцессах туберкулезного происхождения. Всем хорошо известно, что в этих случаях гораздо выгоднее, если только имеется возможность экстирпировать стенку туберкулезного абсцесса целиком, чем ограничиваться простым его вскрытием и дренированием, которое слишком часто ведет к образованию незаживающих свищей.

Одним словом, гораздо выгоднее сразу экстирпировать пораженный орган вместе с находящимся в нем гноем, чем ограничиваться лишь удалением последнего. В качестве другого примера могут служить так часто наблюдающиеся повторные бартолииты, исчезающие лишь с удалением бартолиновой железы, и некоторые нагноения при заболеваниях почек, которые бесконечно тянутся и которые устраняются лишь нефрэктомией.

Это факт несомненный и он не вызывал бы никакой дискуссии, если бы экстирпация пораженной трубы, несмотря на свою относительную безобидность, не являлась бы, в общей сложности, гораздо более серьезной и значительно менее простой операцией, чем простое удаление гноя. Вот почему дискуссия по этому вопросу допустима и даже необходима, тем более что, нередко приходится наблюдать полное излечение в результате простого вскрытия гнойника; и понятно, что если желаемый

эффект можно получить именно таким образом, то выгоднее прибегать к такому простому и безобидному вмешательству, как вскрытие абсцесса, а не к столь серьезной операции, как экстирпация придатков, которая таит в себе риск смертельного исхода и дает излечение лишь ценой непоправимого увечья.

Дальше мы увидим, что можно примирить оба эти метода — *простое вскрытие гнойников и экстирпацию больных придатков*, или лучше сказать разграничить случаи, в которых следует прибегать к тому или иному способу.

Но это не все и под влиянием Пеана (Рéan) явился третий метод, который, казалось, должен был, учитывая хотя бы обычное доброжелательство и увлечение, с которым хирурги встречают новые способы и пользуются ими, собрать вокруг себя значительное большинство хирургов.

Пеан первый предложил лечить нагноения придатков *влагалищным удалением матки* и жертвовать маткой одновременно с придатками.

Пеан предлагал удалять матку с целью облегчить и в громадном большинстве случаев сделать возможным вскрытие и экстирпацию околоматочных гнойных карманов влагалищным путем.

Вскоре, особенно под влиянием американских хирургов, предложено было удалять матку не с точки зрения оперативной необходимости, а в смысле вмешательства, дополняющего операцию.

Американцы пропагандировали в сущности экстирпацию матки и придатков путем чревосечения. В этом случае удаление матки не является, как в операции Пеана, оперативной необходимостью, поскольку через живот можно удалить придатки, не трогая матки; здесь удаление матки является дополнительной операцией, направленной к тому, чтобы избавить больную от того органа, который почти всегда вовлечен в процесс, и который после экстирпации придатков оказывается с физиологической точки зрения уже ненужным и лишь поддерживающим благодаря кровотечениям и остающейся в нем хронической инфекции, то болезненное состояние, которое в этом случае лишь частично улучшается от удаления одних придатков. Такой взгляд на вещи в настоящее время является общим и удаление матки влагалищным путем, имевшее несколько лет назад многочисленных сторонников, было мало помалу оставлено, и производится теперь лишь в случаях очень тяжелых нагноений, где оно может оказывать большие услуги. Все это связано со значительным усовершенствованием техники полостных операций.

Впрочем в этом вопросе, в который каждый день вносятся новые изменения, все то, что мы только что сказали касательно разницы между влагалищной экстирпацией матки, как операцией необходимости, и удалением матки путем чревосечения, как дополнительной операцией, справедливо лишь наполовину.

Усовершенствованная техника удаления матки путем чревосечения за последние годы позволяет утверждать, что в громадном большинстве случаев тазовых нагноений, особенно в сложных случаях, при умении надлежащим образом пользоваться тем и другим методами, удале-

ние матки оказывается не добавочной операцией, а операцией необходимой в том смысле, что операции энуклеации и экстирпации придатков, которые не могут быть произведены при условии оставления матки на месте, становятся относительно легко выполнимыми, когда жертвуют маткой, так как удалить придатки вместе с маткой гораздо легче, чем одни придатки.

Этот момент довольно часто наблюдается в способах Келли (Kelly) и Террье и почти всегда в способе «продольного рассечения матки» и в способе удаления матки путем «переднего отсечения», которые были впервые применены и описаны мною.

Все эти вопросы, на которых я остановлюсь позднее более детально, весьма серьезны. Я имею в виду подробно разобрать все эти технические детали, поскольку я все более и более убеждаюсь в том, что во всех этих операциях, требующих тщательности, при которых жизнь больных ставится на карту, оперативная техника имеет первенствующее значение. Относительно показаний к операции, по крайней мере в принципе, мы все более или менее согласны. Разница состоит лишь в способе производства операции; и это понятно потому, что представления и привычки отдельных хирургов различны в этом отношении, и там, где одни испытывают затруднения, для других этих затруднений не существует.

Если владеть хорошей техникой, самые трудные операции оказываются весьма легкими, — с недостаточной же техникой самые простые случаи становятся весьма трудными! Все эти очевидные предпосылки могут показаться банальными, но несомненно они не столь банальны как кажутся и поэтому я считаю нужным останавливаться на их значении.

Кольпотомия.

Наиболее естественным и простым методом лечения тазовых нагноений является *вскрытие гнойных очагов*.

Когда гной оказывается в малом тазу, его следует удалить оттуда, как это делается в любом другом месте. Так в сущности и поступают с очень давних времен. Рекамье, Вельпо, Демаркэ (Récamier, Velpeau, Demarquay) и все хирурги того времени, когда еще не была известна асептика, вскрывали через влагалище гнойные очаги, выбухавшие через задний свод. И поступая таким образом, они лишь следовали афоризму, «ubi pus, ibi evacua», который еще и теперь лежит в основе общей патологии. Но точное местоположение этих гнойников было тогда мало известно и потому, не предполагая возможности их энуклеации, никто не мог думать ни о чем другом, как только об их вскрытии. К тому же эти операции были довольно редки, как и все хирургические вмешательства в области гинекологии.

Открытие Лавсон-Тайта дискредитировало этот способ, и когда этот английский хирург показал, что большинство тазовых гнойников запаяно в *растянутые трубы*, когда его смелые операции экстирпации труб оказались несомненно успешными, вскрытие тазовых гнойников мало помалу было забыто и вытеснено лапаротомией. Некоторые

гноиники, расположенные очень низко, выбухающие в задний свод, как и некоторые кровоизлияния, попрежнему еще вскрывались; но в общем этот старый способ применялся лишь в исключительных случаях.

Заслуга фиксации на этом способе внимания, его так сказать воскрешения, принадлежит Ларуаенну (Laroyenn),¹ который и расширил к нему показания; он показал, каким образом можно влагалищным путем достичь гноиников, расположенных выше тех, какие обычно вскрываются, и каким образом можно излечивать вскрытием и дренированием через влагалище самые гнойные очаги труб и

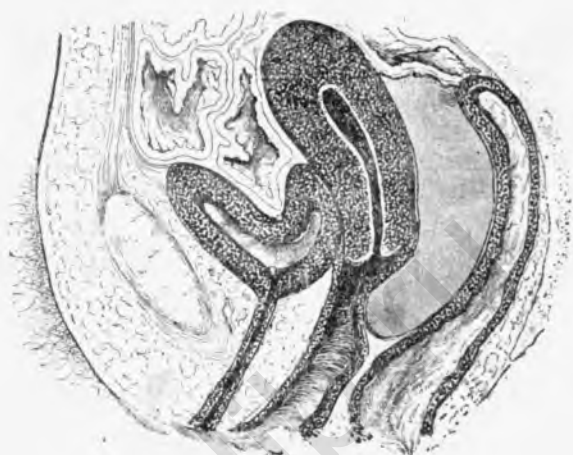


Рис. 179. Гнойный очаг позади матки, выбухающий в задний свод.



Рис. 180. Линия разреза при кольпотомии. Разрез поперечный — обычный, продольный разрез — в исключительных случаях.

сальпингиты в собственном смысле этого слова. Им даже изобретен был для этой цели особый троакар.

Способ Ларуаенна, описанный в диссертации Бланка (Blanc)² и встретивший очень горячую поддержку Гуйю (Gouilloud), постепенно завоевал себе права гражданства. В 1890 г. в Хирургическом обществе его рекомендовал для отдельных случаев Буйи; этот способ мало помалу приобрел сторонников и привлек общее внимание хирургов, которые все его применяли в большей или меньшей степени.

Он вызвал громадное количество работ и прений, как например дискуссию, имевшую место в мае 1898 г. в Хирургическом о-ве, и явился предметом многих диссертаций, среди которых я сошлось лишь на работу Морели (Morely)³, в которой изложена полная история этого вопроса.

¹ Laroyenne. Lyon. méd. 21 février 1886.

² Blanc. De l'inflammation péri-uterine chronique avec épanchements latents. Th. Lyon, 1887.

³ Morely. Essai sur l'ouverture des collections annexielles par la voie vaginale. Th. Paris, 1899.

Оперативная техника вскрытия тазовых гнойников чрезвычайно проста, если не осложнять ее по собственному желанию.

Женщина готовится, как для влагалищной экстирпации матки, причем инструменты должны быть готовы также и для этой операции, так как надо помнить, что в результате тех или иных технических случайностей может оказаться необходимой влагалищная экстирпация матки, которую в этом случае надо иметь возможность произвести немедленно. Задняя губа шейки захватывается крепкими щипцами, снабженными двумя зубцами (старые маточные щипцы с одним зубцом никуда не годятся, ежеминутно соскальзывают и должны быть совершенно изъяты из употребления), и матка подтягивается книзу, по направлению к половой щели, причем шейка оттягивается к симфизу с тем, чтобы лучше обнаружить задний свод в то время, как коротким зеркалом отодвигают спайку и заднюю стенку влагалища (рис. 180). Часто в благоприятных случаях тазовой гнойник образует в глубине влагалища выбухающую опухоль, совершенно сглаживающую задний свод; эта опухоль иногда кажется непосредственным продолжением задней губы шейки. Затем крепкими кривыми ножницами поперечным разрезом приблизительно в 3 — 5 см ширины вскрывается слизистая влагалища вблизи от места ее прикрепления к шейке (рис. 181). Это — классический разрез; он ведет в свод брюшины. Если опухоль выполняет собой дугласово пространство и плотно сращена с влагалищем, то первым же ударом ножниц можно вскрыть ее и тогда показывается гной, тут же истекающий наружу. Как раз в этих случаях, где имеется, так сказать, уверенность в близком нахождении гноя, можно скальпелем сделать разрез в передне-заднем направлении, имеющий то преимущество, что при этом разрезе большая теряет гораздо меньше



Рис. 181. Кольпотомия.
Вскрытие заднего свода
большими кривыми ножницами.

крови, поскольку он делается по средней линии. Затем скальпель выкалывается сейчас же позади шейки прямо через влагалищную стенку в гнойный карман и влагалище рассекается по средней линии на протяжении приблизительно 4 — 5 см в длину.

В таком исключительном случае подобный разрез оказывается превосходным. Но когда не имеется абсолютной уверенности в расположении и близости гнойника, который подлежит вскрытию, лучше пользоваться поперечным разрезом, а для производства его нет лучше инструмента, как сильные, хорошо режущие кривые ножницы.

Во многих случаях, после надреза влагалища, когда гнойник оказывается не сращенным с влагалищем, он остается не вскрытым и в подоб-

ном случае этот способ имеет все преимущества сравнительно с пользованием троакаром. И действительно в этом случае удастся видеть все, что делаешь и если благодаря глубине, на которой приходится оперировать, и кровоточивости трудно видеть дно раны, то можно пальцем, введенным в задний свод, обследовать, проверить, убедиться в месторасположении кармана, составить себе представление о близости или дальности его расположения, о его консистенции и объеме, помогая себе

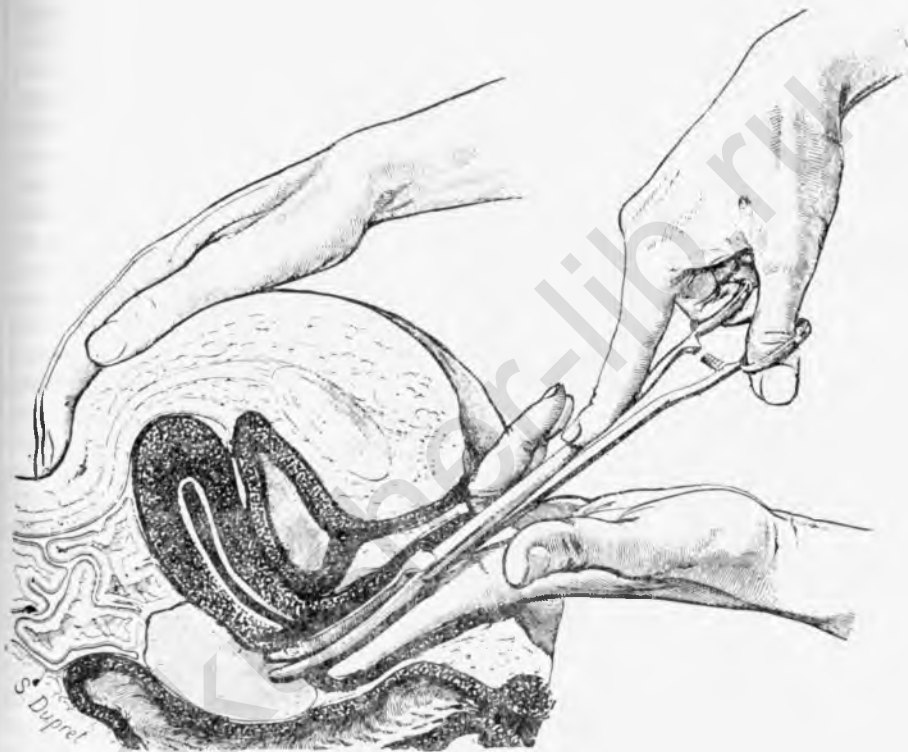


Рис. 182. Вскрытие гнойника при помощи изогнутого зажима после предварительного надреза влагалища.

этом, что крайне важно, пальпацией через брюшные покровы, которая производится со стороны брюшной стенки свободной рукой через стерильные компрессы, защищающие руку от всякого загрязнения. Если разрез заднего свода кажется недостаточным, нет ничего проще увеличить его либо пальцем, либо раздвигая щипцами, либо ножницами.

Здесь лучше расширять отверстия стенки влагалища тупым путем, чем ее разрезать; и действительно, идя в сторону и приближаясь к сосудистым разветвлениям маточной артерии, выгоднее, во избежание кровотечения, идти тупым путем, а не острым. Таким образом можно получить рану, в несколько сантиметров шириной, в которую вводят одно длин-

ное зеркало по направлению кзади (впереди прямой кишки) и по мере надобности другое такое же зеркало кпереди (позади матки). Оба эти зеркала обычно загромаждают собой поле операции, вполне достаточно бывает одного заднего, при условии, если оно достаточно широко, причем одновременно производится подтягивание матки книзу и кпереди наложенными на шейку щипцами. Тогда оказывается возможным произвести основательное обследование дугласова пространства и закончить операцию, по возможности избегая вскрытия гнойных карманов наугад. Это вскрытие, в зависимости от случая, протекает в совершенно различных условиях.

В типичном случае, о котором мы только что говорили выше, мы видели, что это вскрытие можно произвести непосредственно. То же мы имеем и при тазовых гнойниках, расположенных в глубине дугласова пространства, которые представляют собой тогда осумкованные пельвеоперитониты, а в некоторых случаях нагноившиеся haematocoele, а также там, где имеются большие сальпингиты с тонкими стенками, выполняющие собою дугласово пространство и сросшиеся с влагалищем настолько, что первый же удар ножниц может одновременно вскрыть и влагалище и стенку нагноившейся трубы. То же приходится сказать и в отношении некоторых тазовых абсцессов, образовавшихся в клетчатке, окружающей сосуды, и непосредственно спаянных с влагалищем, без наличия между ними собственной стенки органа, как например в случаях сальпингитов. Но опухоли, образуемые абсцессами, не всегда располагаются строго по средней линии; они одновременно захватывают и задний свод и боковой, и здесь следовательно разрез приходится несколько удлинить в сторону.

Кроме этих случаев, где гной оказывается в непосредственном соприкосновении с влагалищной стенкой и где почти при первом же ударе ножниц он изливается наружу, наблюдается еще очень много случаев, где дело обстоит не так просто. Иногда наблюдается излитие некоторого количества серозной жидкости, причем гладкие стенки кармана, в котором она находилась, оказываются брюшиной. И лишь только значительно выше, обычно там, где имеется свод только что опорожненной полости, ощущают и находят гнойный карман. Подобные случаи почти всегда наблюдаются при сальпингитах, вызывающих вокруг себя и особенно ниже своего расположения довольно обильный экссудат серозной жидкости, скопляющейся в дугласовом пространстве. Иногда вытекающая жидкость может оказаться серозно-гноющей, заставляя думать в этом случае о вскрытии болезненного очага, в то время как фактически вскрытым оказывается лишь очаг вторичного происхождения, развившийся на почве гнойника. Итак следовательно перед тем, как закончить операцию, необходимо убедиться путем бимануального исследования в том, что не осталось ни одного не вскрытого кармана. Тем более, что это очень легко сделать: ощущения обычно бывают отчетливы, особенно, когда больная находится под наркозом, и введенные во влагалищную рану пальцы непосредственно соприкасаются с гнойными карманами, которые подлежат обследованию.

В других случаях можно очутиться в совершенно свободной брюшине и тогда обследование и ощупывание дают возможность точно разобраться

в расположении гнойного очага, который в этих условиях будет всегда находиться в трубе.

Наконец довольно часто пальцы, введенные в рану влагалища позади матки, попадают в область более или менее плотных сращений, легко кровоточащих, в которых довольно трудно бывает разобраться. Следует обращать особое внимание на то, чтобы оставаться все время позади матки, следуя ее задней поверхности, не отклоняясь в сторону широких маточных связок, где пальцы, разрывая клетчатку, теряют всякую ясность ощущения, особенно когда надеты перчатки, которыми всегда следует пользоваться. В этом случае пальцы, будучи отделенными от гнойных карманов определенным слоем здоровой ткани, перестают ощущать их, или по крайней мере ощущают их весьма плохо, и могут произвести совершенно ненужные повреждения. И вот как раз в подобных условиях бимануальное исследование может помочь хирургу разобраться и составить себе по возможности ясное представление о положении гнойника и произвести его вскрытие. Таким образом можно достичь карманов, находящихся очень высоко, расположенных на уровне маточных углов, и поскольку палец осторожно поднимается к ним вдоль матки, начиная от самого влагалищного надреза, операция проводится в этих условиях с гораздо большей отчетливостью, чем тогда, когда она делается по способу Ларуаенна. Для того чтобы вскрыть найденный карман, последний должен быть плотно фиксирован либо ассистентом, либо самим хирургом путем надавливания на подчревную область. В этот момент надо совершенно отказаться от употребления острых и режущих инструментов. И поскольку вскрытие должно быть сделано возможно шире, чтобы обеспечить хороший сток гноя, лучшим инструментом нам представляются обыкновенный, слегка изогнутый корнцанг, которым проникают в гнойный карман, разрывая его и расширяют отверстие разведением его браншей. Расширив таким образом отверстие, обеспечивают хороший сток гноя. Не следует думать, что вмешательство это всегда очень легкое. Будучи очень простой операцией при обширных скоплениях, с тонкими стенками, она становится гораздо труднее в случаях небольших гнойников с толстыми стенками, ускользающими от тупого инструмента.

Иногда вскрытие гнойника можно произвести достаточно длинным желобоватым зондом, которому придают изгиб, соответствующий своеобразному расположению данного гнойного очага. К сожалению желобоватый зонд делает слишком недостаточное отверстие и, чтобы увеличить его, приходится зонд заменять щипцами, ветви которых и раздвигают. Введение этих щипцов нередко оказывается трудным, потому что не всегда можно найти отверстие, проделанное желобоватым зондом, и тогда приходится делать второе отверстие уже самими щипцами. Вот почему вообще выгоднее с самого же начала пользоваться щипцами. Когда карман вскрыт, следует убедиться в том, что нет больше других очагов, которые тоже подлежат вскрытию. Разрушая перегородки, отделяющие соседние карманы, можно обнаружить гнойник, расположенный далеко, например с противоположной стороны от первого. Лишь убедившись, что все гнойники вскрыты, можно закончить вмешательство. Но

операция на этом не заканчивается: необходимо еще обеспечить хороший сток гноя, а это не всегда легко. В сущности, для того чтобы избежать рецидива, наступающего в результате преждевременного зарращения разреза влагалища, имеющего большую склонность к быстрому закрытию, необходимо обеспечить сток гноя на длительный срок, что достигается тщательной фиксацией дренажа в глубине вскрытого кармана. Нет ничего труднее, как снова ввести выскользнувший дренаж, что между прочим случается очень часто. Ввиду этого были предложены различные модели дренажей, из которых наиболее употребительными являются дренажи, имеющие крестообразную форму (рис. 183). Они удерживаются го-



Рис. 183. Введение дренажа, имеющего форму креста.

раздо лучше других. Благодаря этому бывает даже фиксировать дренаж к задней губе шейки, с помощью шелкового шва, что обеспечивает на продолжительное время хороший сток.

Нередко будет выгодно прикрепить к этому крестообразному дренажу параллельно ему дренаж обыкновенный, который таким образом будет хорошо удерживаться на месте. Эта предупредительная мера значительно облегчает обмывание кармана. Прежде чем закончить операцию, очень полезно осмотреть предварительно край разреза стенки влагалища, который может кровоточить, особенно в боковых частях. Если кровотечение оказывается довольно обильным, его останавливают наложением зажима *à demeure*. Что же касается кровоточивости позади маточной области, в которой в связи с обследованием происходят иногда довольно обширные нарушения, то тщательная тампонация здесь стерильной марлей является для остановки кровотечения достаточной. Эта марля должна быть удалена к концу первых суток. Промывания обычно излишни. Ими можно пользоваться для очистки кармана и удаления гноя лишь в тех случаях, когда сток гноя кажется недостаточным. Дренаж должен быть оставлен на довольно продолжительное время.

В некоторых случаях, впрочем редких, когда гнойники бывают расположены спереди, вскрытие их можно произвести через передний свод. Операция в этом случае более сложна. После разреза влагалища спереди необходимо бывает осторожно отсепаровать мочевой пузырь от передней поверхности матки, как это делается при влагалищной экстирпации матки. Таким путем доходят до переднего свода брюшины, позади которого на-

ходяг гнойник, в который проникают щипцами и широко дренируют. Это довольно сложное вмешательство, но менее трудное, чем оно кажется на первый взгляд, потому что оно производится почти всегда лишь при довольно обширных гнойниках.

Такова эта операция. Осложнения, которыми она может сопровождаться, следующие: *кровотечение*, которое обычно легко прекратить тампонацией или наложением зажимов à demeure; *ранение мочеочника*, встречающееся как исключительное явление, и особенно *ранение прямой кишки*, менее редкое осложнение, но к счастью почти всегда кончающееся самопроизвольным излечением, но крайней мере, когда вскрытие произведено достаточно широко. Понятно, что при гнойниках, расположенных высоко, возможно также ранение тонкой кишки. Наконец, если сток гноя обеспечен плохо, можно видеть *осложнения инфекционного характера* со стороны малого таза и даже брюшины, подчас весьма тяжелые, но в отношении их мы небезоружны. Немедленно произведенная влагалищная экстирпация бывает достаточной, чтобы сразу же их устранить. Все эти осложнения в общем бываюи в виде исключения и не могут приниматься в расчет сравнительно с обычным благоприятным исходом при этой операции. Эта операция дает действительно хорошие результаты; так как по статистике Розенблата (Rosenblat) на 331 случай было всего 5 случаев смертельного исхода, что составляет только 1,7%. И еще все ли эти смертные случаи должны быть отнесены за счет операции? Во всяком случае совершенно очевидно, даже и без ссылок на всегда недостаточно полные и потому всегда неверные данные статистики, что эта операция гораздо менее серьезна, чем чревосечение и влагалищное удаление матки. Наконец эта операция дает и действительный эффект. Это несомненно. Ей долгое время ставили в упрек появление свищей и наступление почти постоянных рецидивов; это ошибочно. Окончательные полные выздоровления весьма многочисленны; свищи же и рецидивы, которые действительно были часто отмечаемы, нередко возникали в результате того, что свод вскрывали в тех случаях, где не было к этому никаких показаний. Я ниже коснусь, в каких случаях это вмешательство должно производиться; но во всяком случае при пользовании им в благоприятных случаях полное выздоровление наступает как правило.

Вот некоторые цифры: Гуйю имел полное излечение в 16 случаях, Келли (Howard A. Kelly) на 65 случаев имел 32 выздоровления; Рейнье (Reynier) на 56 случаев 20 выздоровлений; Гартман на 23 случая 19; Манжен (Mangin) на 35 случаев тяжелой инфекции имел 32 выздоровления и на 122 случая легкой инфекции 91 выздоровление. Я лично тоже видел довольно значительное количество выздоровлений: Вепсан (Vincent) говорит о 80 случаях стойкого выздоровления; Родрикес (Rodriquez) в своей диссертации в 1895 г. сообщает о 27 случаях оперированных Тюффье (Tuffier), с 20 длительными излечениями, а Морели (Morely) на 34 случая, оперированных Шапю (Charpit), нашел 19 совершенно излеченных женщин.

Эти цифры весьма красноречивы, особенно если принять во внимание, что эта операция, представляя собой лишь весьма слабый риск для больных, не исключает возможности позднее, в случае рецидива, прибегнуть

к влагалищному удалению матки или чревосечению, операциям дополнительным, к которым довольно часто приходится прибегать вследствие упорства заболевания, и которые к тому же оказываются в этих случаях более легкими и менее опасными благодаря тому местному улучшению, которое как правило наступает в результате вскрытия свода. Одним словом, операция эта, очень часто излечивая больных с тяжелыми заболеваниями, может принести вред лишь в очень редких случаях.

По сравнению с другими операциями и в частности по сравнению с удалением матки она имеет еще одно последнее преимущество. Это консервативная операция, и случаи беременности, наступающие после нее, далеко нередки. Один Манжен собрал 29 случаев, к которым я мог бы прибавить еще несколько своих.

Вот следовательно простая, благодарная и дающая прекрасный эффект операция, которой можно пользоваться при таких тяжелых заболеваниях, какими обычно являются тазовые нагноения. Почему же она неизвестна, почему она имеет противников и почему среди хирургов нет полного и окончательного единодушия? Это зависит прежде всего от того, что более радикальные операции дали настолько прекрасные результаты, что большинство хирургов совершенно естественно имели склонность расширять показания к ним, а не суживать их. Затем это зависит еще и от того, что вскрытие заднего свода часто давало свищи и рецидивы, которые послужили причиной охлаждения и разочарования хирургов, производивших это вмешательство. И в самом деле, эти свищи и рецидивы представляют собой достаточно обычное явление в тех случаях, где простым вскрытием пытаются лечить заболевания, требующие более сложного вмешательства. Ведь в сущности простой влагалищный разрез не может претендовать излечивать все. Есть очень много случаев, где одного удаления гноя бывает недостаточно; когда приходится иметь дело со старыми процессами в придатках, которые сопровождаются глубокими изменениями стенок, с образованием плотных сращений, иногда инфильтрированных гноем, с наличием множественных гнойников, развившихся даже в яичнике, с гнойными карманами, имеющими плотные стенки, когда нет никакой возможности вплотную подойти к ним, — во всех этих случаях, которые в общем не так уж редки, лучше всего произвести полную экстирпацию, которая одна может повести к излечению. Точно так же следует отказаться от простого вскрытия, представляющего в этом случае больше неудобств, чем преимуществ, там, где процесс расположен очень высоко, очень далеко от влагалищного свода, когда этим путем к нему трудно подойти, если не рисковать возможностью серьезных оперативных осложнений и ранения соседних органов, особенно когда заболевание двустороннее, как это часто наблюдается при двусторонних сальпингитах, идущих от маточных углов вплоть до тазовой стенки и по направлению кверху или наконец, что также бывает не так редко, когда имеется какое-либо сомнение относительно точного характера заболеваний.

С другой стороны, большинство хирургов согласно в настоящее время в том отношении, что имеются случаи, где вскрытие особенно показано. Это случаи гнойников, *расположенных низко*, выбухающих в задний свод, или по крайней мере находящихся не далеко от его стенки. Особенно же

показанным будет вскрытие в случаях *острых нагноений*; последние представляя собой настоящие горячие абсцессы клетчатки в области подчревной артерии, должно лечиться как обыкновенные горячие абсцессы; при них достаточно бывает одного удара скальпеля для полного их излечения. Когда эти острые нагноения оказываются в трубе, что впрочем точно установить весьма трудно, они являются горячими абсцессами труб, развивающимися очень быстро и не сопровождающимися глубокими повреждениями этого органа. При этих условиях много шансов на излечение в результате простого вскрытия их. С другой стороны, недавние воспалительные процессы обычно очень вирулентны. Но если процесс односторонний, что является абсолютным противопоказанием для влагалищной экстирпации, остается, если только нет угрожающих симптомов, производить чревосечение, которое в данном случае однако является весьма опасным, в силу той же вирулентности гнояника. Таким образом гораздо лучше в таких случаях вскрывать гнойный очаг снизу с тем, чтобы на случай недостаточности простого вскрытия, в дальнейшем произвести чревосечение и удалить односторонне пораженные придатки.

Равным образом показан этот влагалищный разрез при *острых вспышках*, которыми могут осложняться хронические заболевания. Несомненно, эти последние случаи часто оправдывают немедленное влагалищное удаление матки, связанное здесь с весьма малым риском инфекции брюшины; но эта операция, если только процесс в придатках односторонний, оказывается слишком радикальной. Вскрытие гнойника снижает температуру, дает возможность больной оправиться с тем, чтобы легче потом перенести радикальную операцию, которая в этом случае, если окажется необходимым, будет чревосечение. Случаи, где одного простого влагалищного разреза бывает достаточно для излечения всяких осложнений, нередки.

Однако, в противоположность большинству авторов я не думаю, что эти правила должны распространяться на обширные *острые нагноения*, наступающие при *пурпуральной инфекции*, из тех соображений, что дряблость матки делает будто бы невыполнимой в этих условиях влагалищное удаление ее. Конечно, если только удаление матки возможно, его следует производить. В этих случаях сама матка является инфицированной во всю свою толщину, почти всегда имеет многочисленные карманы, требующие широкого дренирования. И только удаление ее позволит устранить этот маточный очаг, вскрыть все карманы и самым широким образом их дренировать. И я могу утверждать, что, удаляя матку довольно часто именно в этих условиях, несмотря на дряблость матки, удаление вполне выполнимо. Но для низведения матки вниз следует отказаться от щипцов с зубцами. Широкие щипцы с плоскими зажимами, как например щипцы Нелатона для книг, позволяют крепко захватить матку и успешно провести операцию. В этих сомнительных и подчас безнадежных случаях описываемая нами радикальная операция будет иметь сравнительно с простой кольпотомией гораздо более серьезные шансы на возвращение к жизни безвозвратно потерянных больных.

Итак, вскрытие влагалища является превосходной операцией, дающей часто полное и окончательное выздоровление, когда она производится в тех случаях, где имеются к ней соответствующие показания. Она должна применяться предпочтительно перед другими операциями в случаях острых нагноений в тазу: при абсцессах тазовой клетчатки, при которых она является даже исключительной операцией, при осумкованных гнойниках Douglasов пространства или труб, выбухающих в задний свод или легко доступных через этот свод, особенно когда эти гнойники одиночны. Наконец она должна применяться при острых нагноениях, осложняющих хронические заболевания, которые отвечают всем тем анатомическим условиям, которые только что были указаны. В некоторых исключительных случаях гной идет в сторону брюшной стенки, и простой разрез ее бывает достаточным для его удаления. Можно даже искать гной довольно глубоко в полости таза, отсепаровывая брюшину подвздошной впадины через разрез длиной в 8 — 10 см немного выше пуартовой связки, аналогичный тому разрезу, который производится для перевязки подвздошных сосудов. Это та операция, которая, как нам представляется, имеет довольно редкие показания и которую Поцци (Pozzi) может быть слегка высокопарно назвал «*побрюшной лапаротомией*». Это вмешательство во многом напоминает прежний разрез для вскрытия флегмон подвздошной впадины. Впрочем сам Поцци указывал, что эта операция, описанная им в то время, когда еще плохо знали расположение тубарных абсцессов, и производившаяся с целью вскрыть глубокие гнойники, не затрагивая брюшину, имеет теперь совершенно исключительные показания с тех пор, как мы знаем, что тубарные абсцессы могут быть экстирпированы и что оперируя верхним путем гораздо выгоднее их целиком удалять, чем ограничиваться лишь простым вскрытием их. Когда дело касается гнойников, расположенных высоко, притом с обширными сращениями в тазу, вследствие чего доступ к ним через нижние пути невозможен, то удобнее всего вскрыть их путем чревосечения; однако удалять одновременно и придатки не следует, так как в случаях вирулентной инфекции, о чем я уже упоминал, это делает операцию слишком опасной. Это будет как я называю иногда «*кольпотомия через верхние пути*» (*colpotomie par en haut*) — обозначение неточное, но весьма образное, под которым следует разуметь лишь простое вскрытие очага без экстирпации самого органа.

Прежде я боялся этих внутрибрюшных вмешательств на септических очагах. С тех же пор, как мне пришлось изучить дренаж по Микуличу и составить себе представление о его положительных качествах, я значительно чаще пользуюсь этим дренажем и рекомендую его¹.

¹ Смелая хирургически терпимая привилегия автором в отношении острых гнойных процессов придатков с удалением их вместе с маткой влагалищным путем, идущая далеко за пределы простой колпотомии в случаях низко расположенных заматочных гнойников, и особенно влагалищное удаление матки при гнойных процессах в дурриеральном периоде, равно как и вскрытие гнойных придатков путем чревосечения, хотя бы и с применением дренажа Микулича — значительно отличаются от принципиальных установок советской хирургии и могут служить предметом широких дискуссий. — Ред.

Удаление придатков путем чревосечения.

Экстирпация салыпингитов, *салыпингэктомия*, является операцией универсальной, и, несмотря на то, что в настоящее время имеется тенденция заменить или скорее расширить ее удалением матки, она останется всегда — и не только при односторонних поражениях — той операцией, показания к которой будут чрезвычайно часты, до того дня, который без сомнения когда-нибудь наступит, когда мы сможем излечивать салыпингиты консервативными мероприятиями.

Придатки можно удалить непосредственно путем чревосечения, или же через влагалище после предварительного вскрытия одного из сводов. Правду сказать, влагалищный путь в настоящее время оставлен с достаточным основанием. Он гораздо труднее, гораздо менее надежен и не позволяет составить себе ясного представления о поражении. Мне кажется, его следует применять лишь в случаях, где решено одновременно пожертвовать и самой маткой. Но тогда дело идет уже о влагалищном удалении матки, которое будет описано ниже. Удаление придатков путем чревосечения, которое в течение почти 20 лет вызывало всемирный энтузиазм, имеет полное право быть названной операцией Лавсон-Тайта, который первый произвел ее в 1872 г. и первый уточнил показания к ней. Террион (Terillon), Террье, Буйи и Поциш, были в числе первых, которые ее стали применять во Франции, где она с тех пор производилась всеми хирургами неисчислимое количество раз. Но когда под влиянием Пеана, Сегона и громадного числа других хирургов стало складываться у многих хирургов убеждение, что в случаях двустороннего поражения придатков лучше одновременно жертвовать и маткой, от простой салыпингэктомии стали мало по малу отказываться в пользу удаления матки или путем чревосечения или через влагалище; повидимому она обречена теперь все более и более терять под собою почву. Однако верно и то, что в одном случае она всегда будет иметь показания и навсегда останется идеальной операцией. Это тот случай, где придатки поражены лишь с одной стороны. В этих условиях не приходится думать о том, чтобы жертвовать маткой, и простое удаление придатков сохраняет все свои права. А поскольку эти случаи в общем весьма часты, салыпингэктомия остается еще одной из наиболее обычных операций в хирургии брюшной полости.

Общая техника чревосечения.

В первый раз на протяжении этой книги я подошел к описанию операции, которая требует вскрытия живота; поэтому я пользуюсь этим случаем, чтобы в мельчайших деталях, из которых ни одна не является мало-важной, дать описание полной техники лапаротомии, как я ее себе представляю от разреза до зашивания раны.

Прежде всего никогда не следует приступать к чревосечению для удаления придатков, не воспользовавшись наклонной плоскостью или скорее *наклонным положением больной* по Тренделенбургу. Этот столь простой способ является без сомнения самым большим достижением, которое, начиная с первых же дней настоящей хирургической эры, было введено в

тазовую хирургию. Этот способ произвел переворот во всей технике операций над маткой и ее придатками, и в настоящее время с трудом можно понять, как он мог встретить противников при своем появлении. Теперь их больше нет. В настоящее время этот способ принят всюду. Но, чтобы использовать все выгоды этого наклонного положения, необходимо, чтобы наклон больной был значительным. Чем больше приближается положение больной к вертикальному, тем легче становятся внутритазовые операции. Наклон должен быть под углом в 45°. Больные при таком наклоне не испытывают больших неудобств сравнительно с меньшим наклоном, а между тем операция благодаря этому значительно облегчается. Если дыхание или кровообращение у некоторых больных, что бывает весьма редко, плохо налаживается при наклонном положении, всегда есть время перевести больных в горизонтальное, при котором эти осложнения исчезают, и продолжать операцию уже в этом положении. И тогда очень легко, на этой же самой больной, убедиться в преимуществах положения Тренделенбурга. Как только больная переходит в горизонтальное положение, трудности нарастают и оперативное вмешательство, казавшееся до того простым, становится очень трудным, или даже прямо невозможным.

Преимущества наклонного положения многочисленны. Первое и самое важное преимущество состоит в прекрасном освещении полости таза. При наклонном положении больной, даже в операционной, освещенной простым окном, это освещение гораздо лучше, чем тогда, когда больная лежит в горизонтальном положении, хотя бы и в операционной застекленной со всех сторон, включая и потолок. И действительно при горизонтальном положении больной, лобок всегда отбрасывает тень в глубину таза, с которой можно бороться лишь искусственным освещением с помощью например электрической лампы, подвижной во всех направлениях. Напротив, при значительном наклонении больной свет, проникающий сбоку через отверстие брюшной стенки, падает непосредственно в глубину таза (рис. 184 и 185). Вот основное его преимущество.

Преимущество это делается к тому же еще более заметным со времени все более и более широкого применения искусственного освещения, в частности «лампы без тени», которая теперь появилась повсюду со времени моего сообщения о ней в Хирургическом о-ве несколько лет назад.

Имеется еще второе преимущество, почти одинаково важное. Кишечные петли, в свое время так мешавшие, постоянно заполнявшие собой операционное поле и требовавшие беспрестанного отодвигания, что приходилось делать не без затруднений и риска инфекции, при наклонном положении отходят сами по себе к диафрагме, оставляя малый таз, который таким образом, за исключением случаев со сращениями, становится свободным и легко доступным для обследования. Когда кишечные петли ушли из малого таза, нет ничего легче удерживать их в стороне компрессами, мешающими им подниматься кверху. При тщательном размещении компрессов, что является основным условием, кишечные петли совершенно изолируются от тазовых органов.

Итак, оперируют в полости таза, изолированной, свободной и прекра-

сно освещенной, и всем этим преимуществам нельзя противопоставить, ни одного существенного неудобства.

И действительно неудобства малозначущие. Наклонное положение оказывается затруднительным для некоторых больных: вследствие прилива крови они плохо дышат и дают иногда тревожные явления. Факт



Рис. 184. Лапаротомия при горизонтальном положении больной. Недостаточное освещение тазовой полости.

этот очень редкий, но он существует. Если оставление больной в наклонном положении представляется рискованным в смысле возможности наступления осложнений, то от него отказываются и заканчивают операцию в горизонтальном положении.

Довольно часто наблюдались параличи, иногда довольно серьезные, вызванные сдавливанием плечными подпоясками плечевого сплетения.

Необходимо следить, чтобы подпорки помещались таким образом, чтобы они не могли вызывать этого осложнения.

✦ Наиболее серьезный упрек, который можно было сделать наклонному положению, состоит в том, что при нем создается более легкая возможность инфекции брюшной полости в случае нередко наблюдаемого разрыва вирулентного гнойного мешка во время его вылуцения. Тогда



Рис. 185. Лапаротомия при положении больной под углом в 45° . Полное освещение тазовой полости.

гной имеет тенденцию стекать по направлению к диафрагме с риском вызвать смертельную инфекцию. Безусловно такое осложнение может иметь место, но не менее верно и то, что оно весьма редко, и что инфекции брюшины следует очень мало бояться, если приняты меры к хорошей изоляции всего кишечника с помощью компрессов; необходимо, чтобы эта изоляция была абсолютной, тем более, что почти всегда ее довольно легко осуществить. Следует только иметь в своем распоряжении стерильные компрессы из мягкой марли, свернутой в 8—10 раз. Эти компрессы

накладываются на тщательно отодвинутый кишечник, который не должен быть виден во время дальнейшей операции. Компрессы должны быть при этом достаточно большими, чтобы одного, двух или максимум трех хватало для защиты кишечника и чтобы нельзя было забыть их в животе. Если во время операции поверхностные компрессы загрязняются гноем, то их сменяют и немедленно заменяют чистыми компрессами.

В этих условиях разобщение тазовой области и кишечника, выполняющего брюшную полость, оказывается почти абсолютным или по крайней мере достаточным, и осложнения, связанные с инфекцией путем прямого заражения брюшины, являются по существу исключением.

Короче говоря, наклонное положение имеет лишь одни преимущества;



Рис. 186. Стол Фора, установленный для обычных хирургических операций.

можно утверждать, что именно всеобщее признание его позволило так значительно усовершенствовать за последнее время технику внутритазовой хирургии и уменьшить тот риск, который был связан с нею до пределов, не мыслившихся в прежнее время.

Необходимо иметь хороший операционный стол. Имеется очень много моделей; я пользуюсь столом Матье (Mathieu), несколько видоизмененным мною (рис. 186, 187), и который мне представляется очень удобным. Это тот стол, которым пользовался Пеан. Но имеются и другие столы (Doyen, Guyot, Gosset, Pantaloni, Quervain-Dauriac), не считая бесчисленных столов, употребляемых за границей. Но каков бы ни был гинекологический стол, он должен обязательно иметь подвижные части для ног (подвижные желобоватые погoderжатели) с тем, чтобы во время операции можно было легко производить манипуляции со стороны влагалища, которые могут понадобиться для облегчения, например, введения дренажа. Отсутствие у стола этих особенностей представляется для нас

крупным недостатком. Одного хорошего стола иметь недостаточно; необходимо иметь хороший инструментарий, инструментарий совершенный. Этот совет может показаться банальным и даже немножко наивным, но в действительности это не так, и нетрудно убедиться, что эта деталь занимает большинство хирургов не в той мере, в какой следовало бы. А между тем, чтобы хорошо делать операцию, недостаточно быть хорошим мастером; надо еще иметь хороший инструментарий. С хорошими инструментами, хорошо отвечающими своему на-



Рис. 187. Стол Фора. Максимальный наклон при тазовых операциях.

значению, хирург с самыми посредственными способностями делает сложную операцию гораздо быстрее и легче, чем хирург с большим дарованием, располагающий несовершенным инструментарием. Я бы не подчеркивал этого, если бы эта деталь не представлялась мне весьма существенной.

Вот инструментарий, которым пользуюсь я лично и которым рекомендую пользоваться всем. Это те инструменты, которые необходимо иметь при всякой лапаротомии, которая производится по поводу заболевания придатков. Специальные инструменты, требующиеся в случаях фибром, рака, кист яичника, будут перечислены особо.

Один скальпель.

Одна пара крепких пожниц с тупыми концами (рис. 188).



Рис. 188.

Одна пара больших кривых пожниц, необходимых для отсечения маточной шейки (рис. 189). Это замечательный инструмент.



Рис. 189.

Один желобчатый зонд Нелатона (рис. 190).



Рис. 190.

Его следует иметь очень длинным, особенно он удобен для тщательных отсепаровок при раке шейки.

Один хирургический пинцет с 7 зубцами (рис. 191).



Рис. 191.

Один длинный хирургический пинцет также с 7 зубцами для отсепаровки или наложения швов в глубине таза.

4 специальных зажима, предназначенных для фиксации салфеток к краям раны; их можно заменить обыкновенными зажимами (рис. 192).

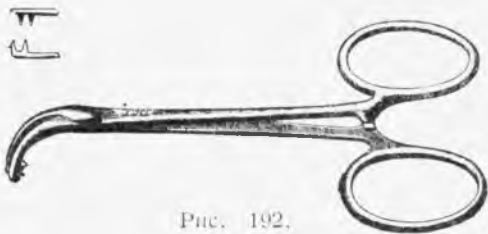


Рис. 192.

12 обыкновенных пинцетов Кохера (рис. 193).



Рис. 193.

4 длинных пинцета Кохера длиной в 22 см (рис. 194).

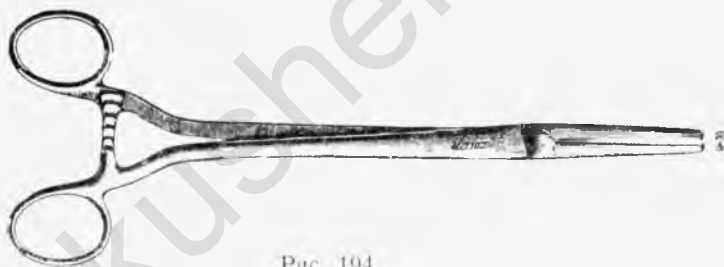


Рис. 194.

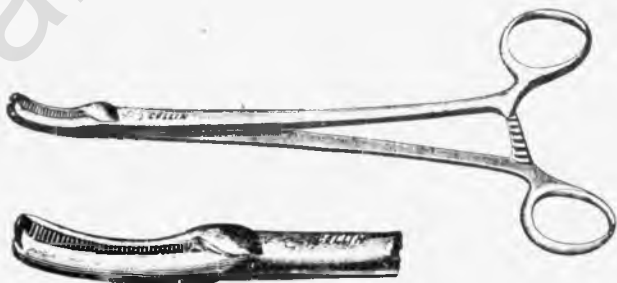


Рис. 195

4 кривых зажима с короткими бородками, снабженными на концах зубцами (модель Фора). Эти замечательные зажимы предназначены специально для захватывания маточной артерии, или глубоких сосудов таза (рис. 195).

2 зажима с широкими и крепкими бородками. Эти зажимы предназначены для захватывания широких связок. Они очень крепкие и не допускают выскальзывания тканей, что иногда случается при менее крепких зажимах (рис. 196).

4 зажима Фора с плоскими зубцами. Эти зажимы употребляются, в случае надобности, для захватывания влагалищного края. Они также употребляются для захвата марлевых компрессов во время операции при обсушивании дна таза (рис. 197).

2 треугольных зажима (рис. 198).



Рис. 195.



Рис. 197.



Рис. 198.

4 пары щипцов Мюзе с двумя зубцами (рис. 199).

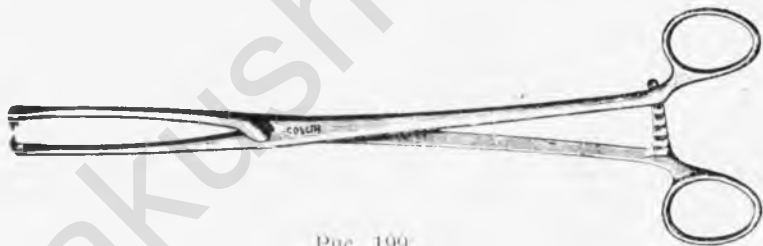


Рис. 199.

Одни щипцы Коллена, предназначенные для захватывания и подтягивания матки, без риска ее поранения (рис. 200).

Одни щипцы Мишеля для глубоких металлических лигатур. Они оказывают огромную услугу при остановке кровотечения из мелких сосудов, затерянных в глубине таза (рис. 201). Выгодно иметь одни большие щипцы Мишеля и одни средние. Правда, этим инструментом приходится пользоваться лишь в исключительных случаях, но там, где он может понадобиться, его следует иметь.

Одна игла à redale с большой кривизной (рис. 202). Эта игла, которую я сконструировал в 1895 г., очень удобна для накладывания лигатур в глубине таза и швов на шейку или на брюшину.

Одна игла того же типа среднего размера. Наконеч третья такая же игла, но гораздо более тонкая и маленькая на случай наложения кишечных швов и также для облегчения наложения шва при погружении

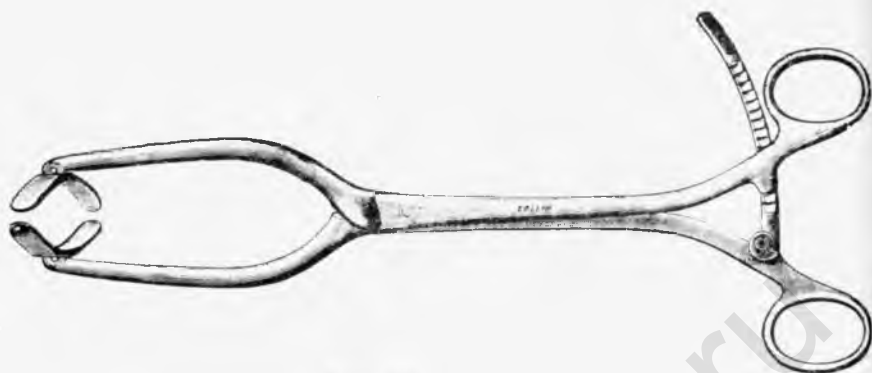


Рис. 200.

культы червеобразного отростка, столь часто удаляемого в настоящее время при любой лапаротомии. Это — замечательные иглы, которые слишком мало известны даже во Франции, несмотря на то, что существуют уже около трети века.



Рис. 201.

Одна кривая игла Ревердена (рис. 203).

Одна игла Дуайена для толстых стенок (рис. 204).

Запас скобок Мишеля и специальный пинцет для наложения их.



Рис. 202.

Необходимо иметь хороший расширитель. Этот расширитель должен быть автоматическим, чтобы давать возможность с успехом обходиться без лишнего помощника. Есть несколько хороших моделей

(Vacher, Delageniere, Ricrad, Collin). Наилучшей моделью является надлобковое зеркало Дуайена с точкой опоры между бедрами. В 1902 г. я видоизменил его, присоединив к нему винт на длинном



Рис. 203.

стержне, который позволяет ставить расширитель на место его и плотно фиксировать, не рискуя загрязнить руки (рис. 206). Одного зеркала средних размеров бывает достаточно почти во всех случаях.



Рис. 204.

Большое зеркало редко бывает необходимо, но у некоторых тучных женщин с глубоким тазом оно может оказаться очень удобным. Существует также модель с очень глубокой кривизной для женщин с чрезмерно толстыми стенками живота.

Последнюю модель я почти всегда употребляю при операции Вертгейма. Наконец необходимо еще иметь совсем маленькое зеркало, когда разрез брюшной стенки делается по Пфannenштилю (Pffannenstiel), когда получается узкое отверстие брюшины и невозможно ввести среднее зеркало.



Рис. 205. Подставка с подвижным подъемником (Imbert).

Каково бы ни было зеркало, расширитель Дуайена дает массу света и, будучи поставлен на место, оказывается абсолютно

фиксированным. Это замечательный инструмент, лучший из всех тех, которыми мы обязаны этому хирургу; одно это зеркало могло бы увековечить его память.

В случаях очень трудного наркоза у тучных женщин, которые спят плохо и у которых кишечные петли беспрестанно пытаются выйти наружу,

необходимо иметь зеркало-раму, которую я сконструировал вместе с моим учеником Кориллос (P. Coryllos) и которая, прикрепляясь к рукоятке зеркала Дуайена, позволяет плотно удерживать кишечные петли (рис. 207, 208). Этот инструмент весьма удобен.

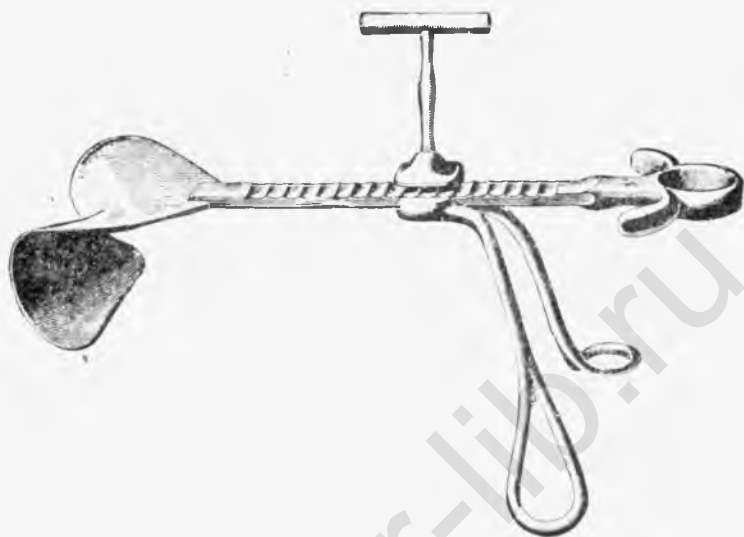


Рис. 206. Расширитель Дуайена с подпоркой на большом винту по Фору.

В некоторых редких случаях, для того чтобы развести края раны околопупочной области, бывает полезно воспользоваться расширителем Госсэ (Gosset), устроенным по принципу расширителей Ваппе. Существует



Рис. 207. Зеркало-рама Фора-Кориллос.

модель, несколько больших размеров, сделанная по моим указаниям (рис. 209).

Лапаростат Дартига, имеет такое же назначение (рис. 210).

Мы считаем полезным дать здесь некоторые общие правила касательно производства всякого без различия чревосечения при тазовых операциях. Следует приучить себя оперировать с одним помощником.

Одного помощника вполне достаточно и надо уметь этим довольствоваться. К тому же роль его довольно ограничена. Его главное и

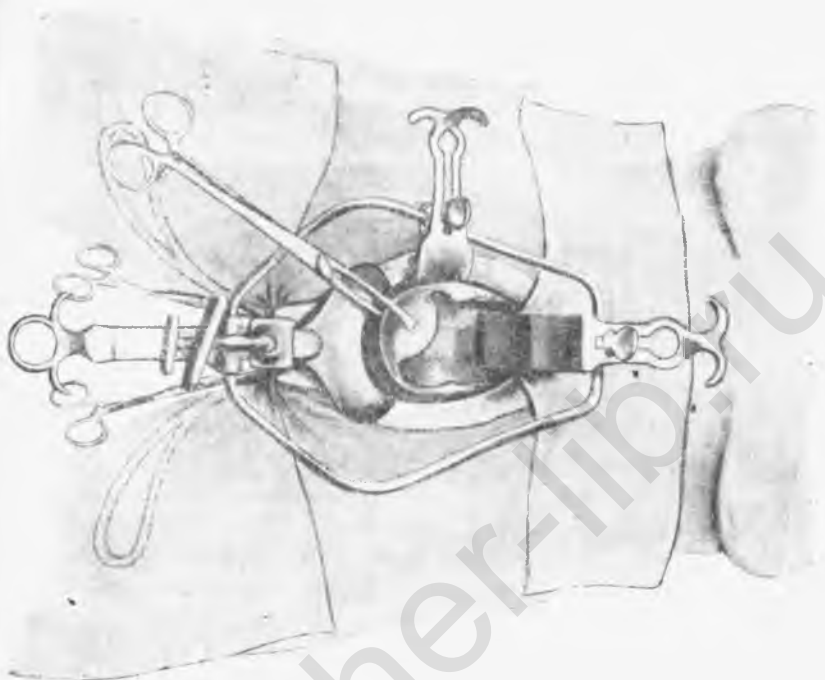


Рис. 208. Введенное зеркало-рама Фора-Корпиллос, удерживающее петли кишок.

почти единственное назначение должно сводиться к заботе о швах, их приготовлению и их завязыванию. Такая роль помощника позволяет выигрывать много времени. Хирург в этом случае не вынужден отрываться от своей работы и в то время, как помощник завязывает швы, мысль хирурга работает! Однако полезно иметь в запасе еще другого помощника, который в случае надобности может быть использован. В частности например при полной экстирпации матки и дренировании влагалища, второй помощник может быть использован для держания добавочного расширителя или же для выведения дрена-

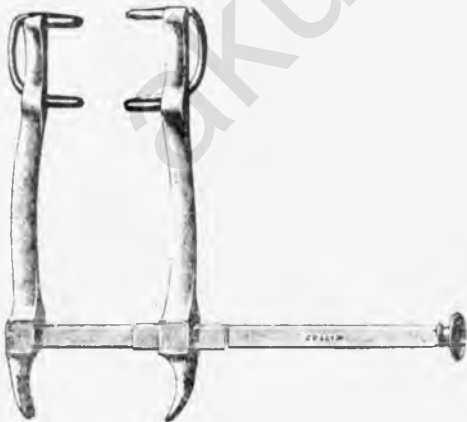


Рис. 209. Расширитель Госсе.

жей и компрессов со стороны влагалища. Но совершенно понятно, что в интересах всякой операции по мере возможности избегать участия лишних рук и потому следует до минимума сводить число участников в операции.

Точно так же, во избежание всякого септического или асептического осложнения, мы советуем настойчиво при каждой лапаротомии, как впрочем и при всякой операции, употреблять непроницаемые перчатки. Последные должны быть очень практичны и удобны, и в этом смысле наиболее

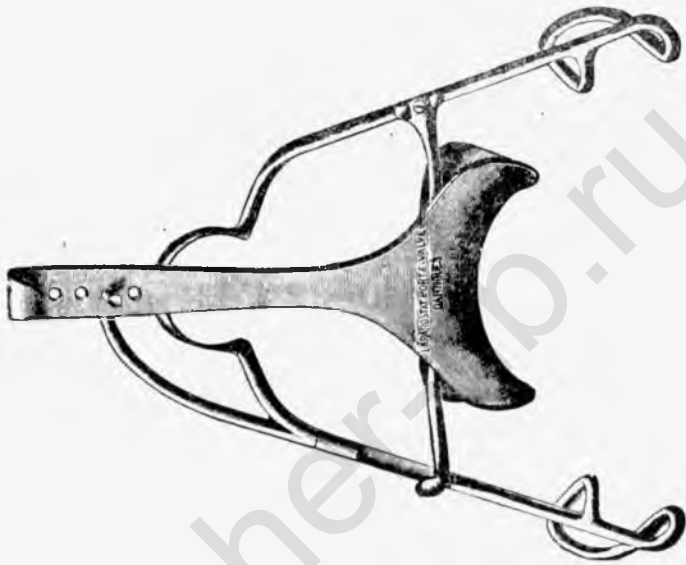


Рис. 210. Лапаростат Дартига.

совершенными являются перчатки Шапо. Стерилизация в автоклаве или, в случае нужды, простое кипячение в продолжение нескольких минут делают их безукоризненно асептическими. Несмотря на самое добросовестное мытье рук, они никогда не могут быть такими же асептическими¹.

Когда больная вымыта, выбрита, прокатетеризована, т. е. приготовлена по обычным правилам, следует установить между бедрами подпорку, предназначенную для поддерживания зеркала Дуайена. Модель с длинным винтом, предложенным мною в свое время, является наиболее подходящей. После этого раскладываются стерильные салфетки и тщательно фиксируются зажимами так, как это представлено на рис. 213.

Хирург должен становиться *слева от больной* так, чтобы его правая рука приходилась со стороны ее головы. При наклонном положении больной, он тем самым оказывается гораздо более свободным в движениях своей правой руки. В частности тогда, когда приходится боль-

¹ На всех рисунках, где видны руки, они представлены обнаженными. Они изображены таким образом для того, чтобы дать ясность рисунку и лучше выявить тонкие и точные движения, которые должны ими делаться. Но само собою разумеется, что хирург *при всех операциях обязан иметь перчатки*.

шими кривыми ножницами отсекать маточную шейку, и когда правая рука играет главную роль, эти оперативные приемы могут быть выполнены с достаточной точностью только тогда, когда хирург находится слева. То же самое приходится сказать и в отношении тщательной отсепаровки в глубине таза, как например при расширенном удалении матки. Некоторые же хирурги все еще и теперь становятся слева. Здесь дело в старой привычке, сделавшейся традицией, которая



Рис. 211. Перчатки Шаю с широкими и короткими пальцами.



Рис. 212. Перчатки Шаю надеты. Перчатки плотно прилегают к концам пальцев.

относится к той эре, когда больных оперировали в горизонтальном положении. Но эта привычка исчезнет.

Итак, совершенно ясно, что хирург, если только он не левша, с целью обеспечить своей правой руке полную свободу действия должен становиться слева. Не следует приступать к операции до тех пор, пока не наступит абсолютная анестезия. Прежде чем производить разрез, больную следует перевести в наклонное положение, приблизительно под углом в 45° . Привычка производить разрез в горизонтальном положении и опускать больных лишь после вскрытия брюшной стенки имеет одни лишь неудобства. Эта привычка требует совершенно ненужного

перерыва в оперативном вмешательстве и связана с большим риском ранения кишечника, который при горизонтальном положении больной находится в непосредственном соприкосновении с брюшной стенкой.

Итак, разрез брюшной стенки следует производить лишь тогда, когда больная находится в наклонном положении, в котором она и должна оставаться в течение всей операции.



Рис. 213. Разрез брюшной стенки. Вид операционного поля.

Этот разрез должен быть достаточно большим, чтобы обеспечить осмотр операционного поля. Хороший разрез должен почти всегда доходить до пупка. Принцип делать маленькие разрезы не выдерживает критики. Если хорошо накладывать швы, то послеоперационные эвентрации не имеют места ни при больших, ни при малых разрезах. На несколько сантиметров большая или меньшая длина брюшного рубца не имеет никакого значения для больной, между тем для хорошего производства операции удлинение разреза на несколько сантиметров облегчает ее и дает возможность хорошо видеть все, что делаешь, потому что, каков бы ни был опыт в полостной хирургии, и каковы бы ни были лич-

ные способности хирурга, лучше все-таки довериться своим двум глазам, чем своим десяти пальцам.

Вскрытие брюшины должно производиться с большой осторожностью, особенно у больных, уже раньше подвергавшихся чревосечению. Следует помнить всегда о возможности сращения кишок с пристеночной брюшиной, а когда это имеет место, легче ранить кишку, чем этого избежать.

Я имею привычку вскрывать брюшину, захватывая левой рукой левый край раны, который я подтягиваю к себе и отвожу от глубоких слоев. Самый маленький прокол брюшины дает возможность воздуху войти в брюшную полость, что сопровождается характерным свистом, который служит предупреждением хирургу. Одновременно с вхождением воздуха, брюшинная стенка отходит от кишок. Тогда скальпель оставляют, и разрез стенки заканчивают несколькими ударами ножиц. Этот прием, являющийся лично моим, имеет громадное преимущество, позволяя вскрыть живот в несколько секунд, причем при этом способе также, а может быть и еще лучше, чем при других, кишечник огражден от всякой опасности его повреждения.

Как адекватно зажимы на отдельные сосуды брюшной стенки, за исключением разве маленькой артериальной веточки, часто расположенной в нижнем углу раны, почти никогда не приходится. Обычно они дают всего лишь несколько капель крови, останавливающейся самостоятельно. Зажимы здесь ненужны и только мешают.

То же самое я скажу о зажимах, которые теоретически должны быть наложены для отметки брюшины. Эти зажимы, полезные при боковом чревосечении, совершенно ненужны при лапаротомиях по средней линии, где брюшина остается на месте. Как и зажимы на сосудах, они мешают, а в некоторых случаях даже рискуют соскользнуть в брюшную полость, и там затеряться. Гораздо проще их не накладывать.

Как только разрез сделан и доведен до лобка, необходимо систематически как правило вводить надлобковое зеркало, которое действительно можно считать лучшим из всех расширителей. Его заводят по возможности как можно ближе к лобку и здесь фиксируют с помощью большого винта подпорки. Затем обращают внимание на кишечник. Кишечные петли следует отодвинуть в глубину с тем, чтобы они не мешали во время операции, оставаясь невидными и хорошо защищенными от ранения и особенно от инфекции. Для этого необходимо иметь большие марлевые компрессы. Они должны иметь по крайней мере по 40 см в длину и ширину и 8 — 10 см в толщину. Максимум двух или трех, часто даже одного, вполне достаточно для хорошей фиксации кишечника. Размер компрессов позволяет легко найти их и исключает возможность забыть их в животе, даже если они не были предусмотрительно отмечены зажимами, или же шелковой ниткой, прикрепленной к одному из их углов. Эта предосторожность, абсолютно необходимая в отношении маленьких салфеток, совершенно не нужна для больших компрессов, которые я советую употреблять. Свободным краем боковых салфеток следует закрыть края раны во избежание загрязнения их. От специальных зажимов, предназначенных для фиксации этих салфеток, я отказался

уже очень давно. Салфетки удерживаются у лобка введенным в рану зеркалом и около пупка зажимом Кохера. При некоторых операциях,

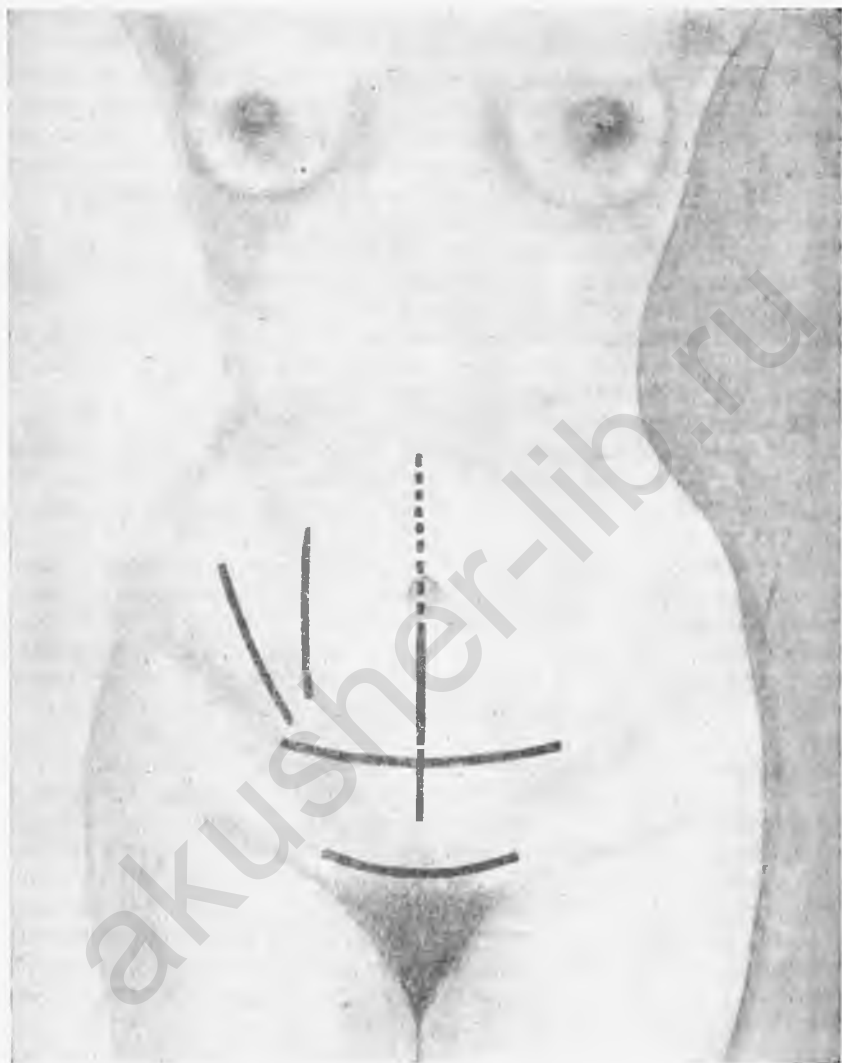


Рис. 214. Различные разрезы брюшной стенки. Срединный подпупочный разрез, который может быть продолжен выше пупка. Поперечный разрез по Пфанненштилю высокий и низкий. Разрез при аппендиците: боковой и вдоль края большой прямой мышцы (Jalaguier).

где имеется риск инфекции брюшной стенки, как например при удалении матки по поводу сальпингита или рака, можно обеспечить защиту

краев раны, фиксируя к ним салфетки несколькими отдельными швами.

Уже издавна Кюстнер, Рапен (Rapin), Сегон и Дартиг советовали вместо срединного разреза производить *поперечный разрез*, слегка изогнутый, который делается тотчас же над лобком, в волосистой части. Этот разрез имеет то большое преимущество, что становится почти совершенно незаметным, когда рубец исчезнет под волосами, которые его целиком скрывают. Разрез этот был особенно изучен и систематически усовершенствован Пфанненштилем, имя которого он теперь и носит.

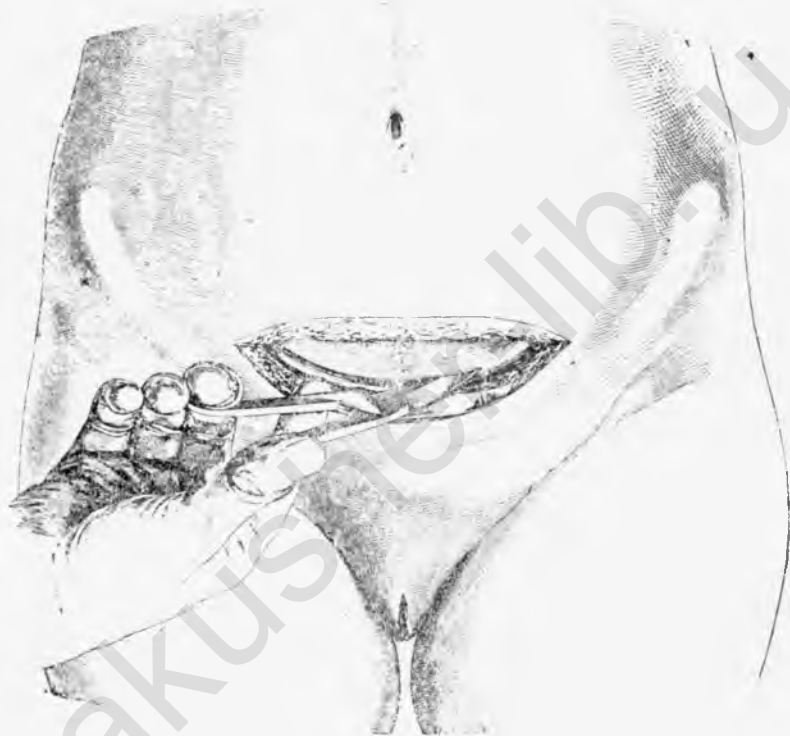


Рис. 215. Разрез по Пфанненштилю. Поперечный разрез кожи и апоневроз.

Кожа и подкожно-жировой слой должны быть разрезаны во всю свою толщину. Здесь почти всегда приходится захватывать несколько сосудов, впрочем не имеющих большого значения. Затем следует рассечь параллельно кожному разрезу довольно толстый апоневроз, покрывающий большие прямые мышцы, и отделить его от нижележащих мышц с тем, чтобы поднять его вместе с кожей. Он очень легко отделяется повсюду, за исключением области средней линии, где он спаян и где необходимо эту спайку разделить с помощью ножниц (рис. 215 и 216).

Отграниченный таким образом полукруглый лоскут оттягивается к пупку и удерживается зажимом. Затем обе прямые мышцы отделяются друг от друга и между ними по длине вскрывается брюшина. Таким

образом легко получается отверстие брюшины от 10 до 12 см в длину, в которое, отдавливая в случае необходимости мышцы, вводится надлобковое зеркало (рис. 217 и 218). При этом здесь выгоднее пользоваться зеркалом небольшого размера.

Операции, которые приходится делать при не очень тяжелых заболеваниях, в случаях маленьких фибром, небольших кист яичника, не очень обширных заболеваний придатков с небольшими сращениями,

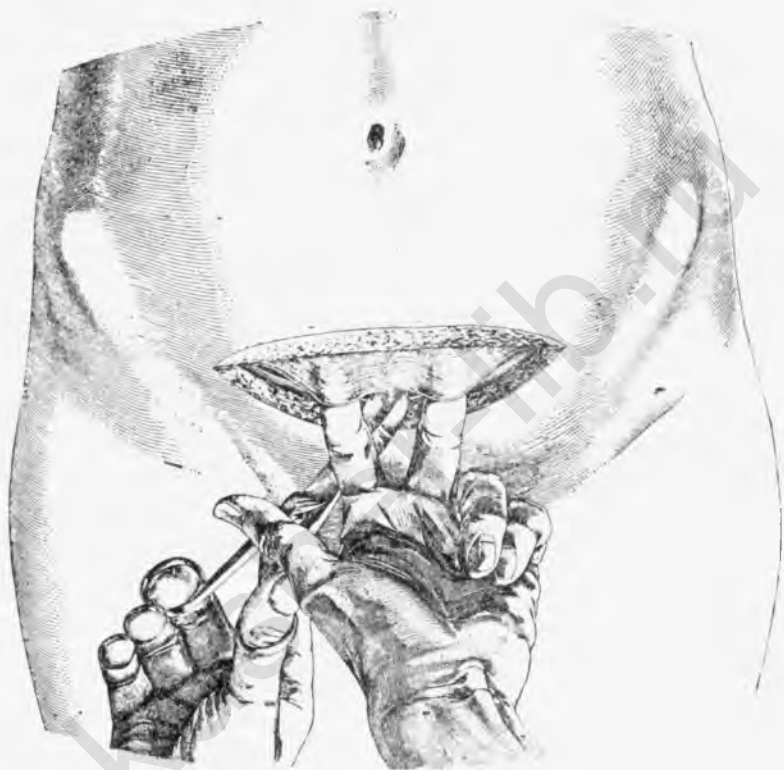


Рис. 216. Апоневроз отслоен на участке влагалища больших прямых мышц и белая линия отделена ножницами.

при операциях укорочения связок, консервативные вмешательства легко производятся при таком разрезе. К тому же при операциях более сложных, предпринимаемых при более значительных поражениях, разрез этот можно делать выше, например на уровне остей подвздошных костей. В этом случае он дает больше света, может быть даже больше, чем срединный разрез, но он теряет преимущество оставаться незаметным, так как позже, когда рубцевание заканчивается, он обычно остается в виде поперечного валика, выступающего над глубокой складкой, гораздо более заметный и некрасивый, чем рубец после обыкновенного срединного разреза. Зато благодаря целости апоневроза

по белой линии разрез Пфанненштиля дает меньше послеоперационных грыж, чем разрез по средней линии.

Хотя я и отношусь весьма положительно ко всему тому, что может облегчить оперативное вмешательство, я все же очень охотно советую производить низкий надлобковый разрез лишь там, где приходится принимать во внимание вполне законное требование эстетики, или же условия определенной профессиональной работы. Но я протестую против злоупотребления этим разрезом, особенно наблюдаемого за границей.

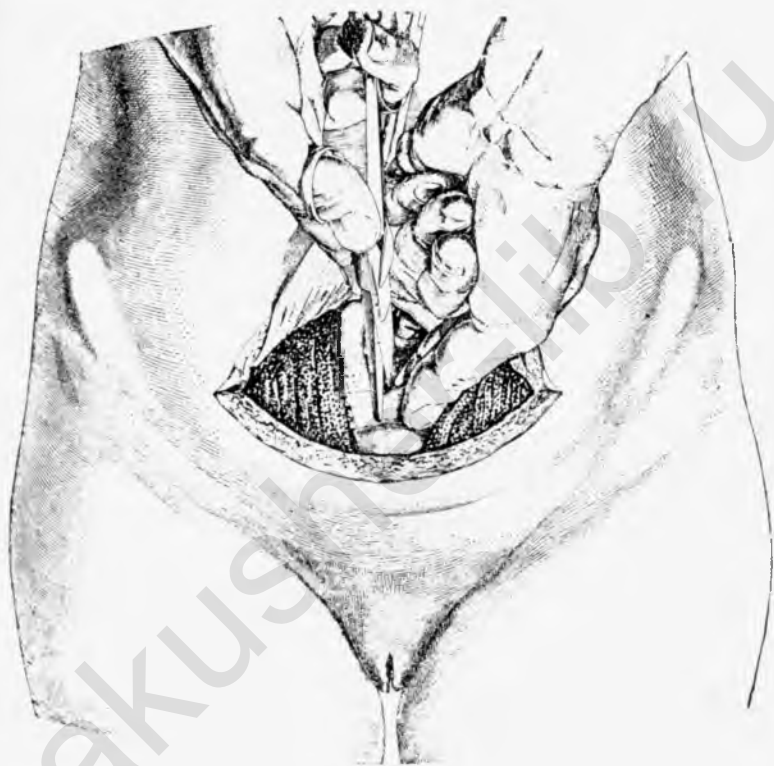


Рис. 217. Продольный разрез брюшины после предварительного раздвигания прямых брюшных мышц.

Единственное его настоящее преимущество заключается в том, что он не виден. Но для того чтобы он был незаметным, необходимо его делать очень низко, чтобы он был скрыт в волосах. Если он оказывается выше, он отвратителен и в эстетическом отношении стоит гораздо ниже срединного разреза, часто едва заметного. Но низкий разрез, для того чтобы он был хорошо скрыт, должен быть небольшого размера; если же операция не является особенно простой, это создает неисчислимые затруднения и часто делает тяжелыми, неотчетливыми, длительными и относительно опасными те операции, которые при хорошем срединном

разрезе делаются легко, уверенно, быстро и благополучно. В этом заключается его основной недостаток, и я со своей стороны никогда не советую жертвовать простотой и безопасностью операции ради соображений третьестепенного значения. Что касается поперечного разреза, проводимого выше, он дает, я повторяю, почти всегда настолько отвратительный рубец, что не позволяет мне идти на этот непоправимый недочет, несмотря на гипотетическое преимущество этого разреза в смысле более редкого наступления послеоперационных грыж,

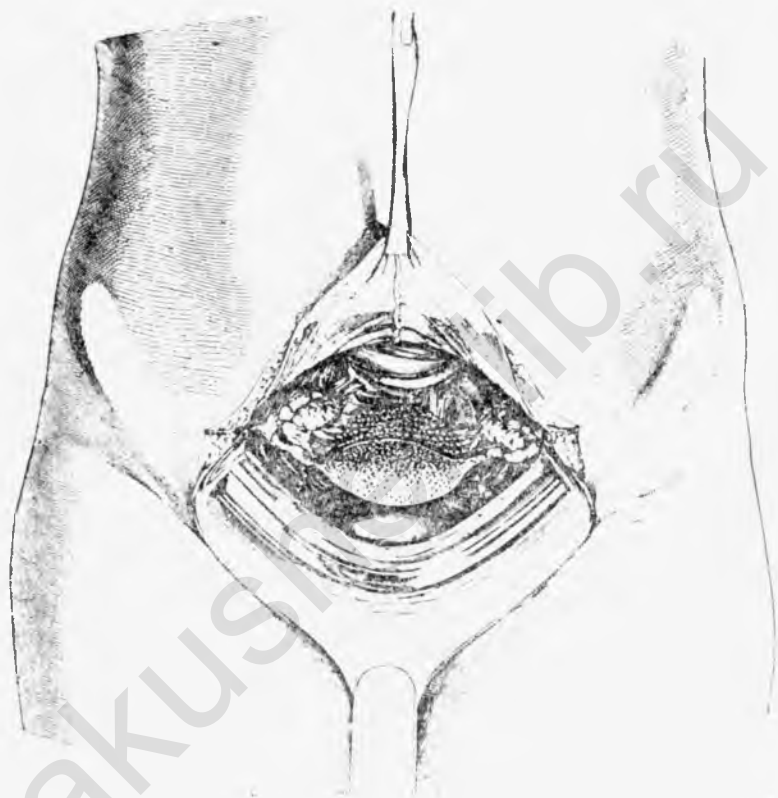


Рис. 218. Доступ в тазовую полость после разреза по Пфannenштилю.

которые и при срединном разрезе являются довольно редким осложнением и не представляют собой ничего серьезного.

Какой бы ни был сделан разрез, необходимо прежде всего обеспечить себе возможность хорошего осмотра.

Техника экстирпации придатков. Я только что описал общую оперативную технику чревосечения.

Теперь посмотрим, как следует производить операцию удаления придатков.

Вмешательство это производится в случаях, где дело касается одно-

стороннего поражения придатков, потому что, — я ставлю это условие принципиально, — во всех случаях, где придатки поражены с обеих сторон, следует производить удаление матки. Но как исключения могут представиться случаи, где придется удалять придатки одни за другими, оставляя матку на месте.

Экстирпация придатков производится при чрезвычайно разнообразных условиях в зависимости от того, является ли заболевание простым или осложненным, и свободны ли придатки или же сращены. В простых случаях кистозного перерождения яичника или хронического заболевания придатков без обширных сращений и при наличии хорошей подвижности нет никакой необходимости в каких-либо особых приемах, или в каком-либо строго определенном оперативном плане для того, чтобы правильно произвести удаление пораженного придатка.

Труба и яичник, подлежащие удалению, ограничиваются двумя зажимами, которые служат для захватывания маточной артерии, причем один из зажимов накладывается на основание трубы, кнаружи от отхождения круглой маточной связки, которая должна оставаться нетронутой, а другой в противоположном направлении на маточно-яичниковую ножку (*lig. infundibulo-pelvicum. Ped.*). Оба зажима встречаются под яичником в средней части верхнего крыла широкой маточной связки. Придатки отсекаются, после чего остается лишь наложить лигатуры с предосторожностями, которые будут указаны ниже.

Однако в подобных условиях часто наложение лигатуры бывает сопряжено с затруднениями, и эта небольшая, кажущаяся столь простой операция иногда дает досадные кровотечения. Поэтому, обычно, во избежание затруднений при остановке кровотечения, выгоднее здесь накладывать массовую лигатуру, но в виде *исключения*, поскольку вообще массовые лигатуры должны накладываться лишь в исключительных случаях.

Итак, наилучший способ для быстрой и надежной остановки кровотечения состоит в следующем: придатки оттягиваются кнаружи и иглой прокалывается их ножка в средней части верхнего участка широкой связки, под основанием яичника и непосредственно под круглой маточной связкой. Игла протаскивает крепкий кетгут, который таким образом проходит сквозь верхний край широкой связки, но направлению спереди назад.

Достаточно одного кетгутового шва; проводить двойной шов нет необходимости. Этим кетгутом перевязывают сначала внутреннюю половину ножки, следя за тем, чтобы шов прошел сквозь ткань у основания трубы, во избежание всякого соскальзывания. Когда таким образом внутренняя половина ножки перевязана, тем же швом стягивают наружную половину, содержащую маточно-яичниковую связку (*lig. infundibulo-pelvicum. Ped.*). Затем тем же кетгутом связывают две ножки, перевязанные таким образом отдельно. Окончательно кетгут должен быть завязан тремя узлами. Таким образом получают простую и крепкую лигатуру, которая при этих условиях сводит трудности остановки кровотечения до минимума.

В более сложных случаях, например при кистозном сальпингите или пиосальпинксе, несколько сращенном с соседними частями, не рационально

нально, а иногда и просто невозможно перевязывать придатки целиком, как в предыдущем случае, и их следует удалять с гораздо большими предосторожностями и с большей планомерностью.

В этих случаях отыскивают дно матки, которое является необходимым ориентиром. В случае надобности дно матки захватывают соответствующими щипцами, которые позволяют подтянуть ее вверх вместе с пораженными придатками, не рискуя их разорвать. При этом очень важно (по многим соображениям, о которых мы будем иметь случай говорить более подробно ниже) подходить к придаткам, идя *снизу вверх* и *изнутри наружу*, чтобы вылущить их в трудных случаях. Необходимо захватывать их *снизу*, так как таким образом они отходят гораздо лучше. Для этого лучше всего подойти к ним в области прикрепления их к маточному углу. Это место отсекается между двумя зажимами, причем разрез проходит снаружи от основания круглой связки и отсеченную таким образом от маточного угла ножку придатка отводят кверху и кнаружи. Затем стараются вывихнуть пораженные придатки, подтягивая их за их ножку, в то время как пальцы сверху проникают в дугласово пространство, мало-по-малу разделяя сращения, которые могут их фиксировать к соседним частям. Вскоре, как только разделены все сращения, придатки оказываются висющими лишь на маточно-яичниковой ножке (*lig. infundibulo-pelvicum. Ped.*), которая после предварительного наложения зажимов — отсекается (рис. 219).

В обыкновенных случаях этот прием делает экстирпацию придатков относительно очень легкой. Но когда придатки сращены с соседними частями плотно, это вылушивание, которое в сущности и представляет единственную трудность операции, может оказаться очень сложным и даже иногда чрезвычайно трудным.

И действительно встречаются случаи, где сращения с соседними органами, с сигмовидной кишкой, с тонкими кишками, сальником, слепой кишкой и червеобразным отростком, с мочевым пузырем и стенками таза оказываются весьма плотными; все сращено, и малый таз представляется целиком запаянным, причем в сращениях нет никакой возможности разбраться. Между этими крайне трудными случаями и простыми случаями наблюдается много промежуточных, описывать которые я не стану.

Прежде всего следовательно необходимо ориентироваться и постепенно отделить здоровые органы, которые должны быть сохранены, от больных органов, предназначенных к удалению. В отношении сальника это сделать нетрудно; достаточно его отсечь довольно высоко в том месте, где он свободен; его разделяют на достаточное число участков, которые перевязывают кетгутом. Затем его отсекают ниже наложенных лигатур и тогда часть его, сращенная с придатками, уходит вместе с последними. Что касается кишок, это дело гораздо более трудное: надо ножницами или лучше пальцами осторожно отделить кишку от пораженных придатков, что нередко представляет большие трудности. В этих трудных случаях может иметь место очень серьезное осложнение — вскрытие кишки. При разделении сращений, когда они очень плотны,

иногда ничто не может предупредить этого осложнения, так как разрываются как раз наименее устойчивые ткани. Когда более рыхлыми являются сами спайки, органы отделяются. Когда же, наоборот, более

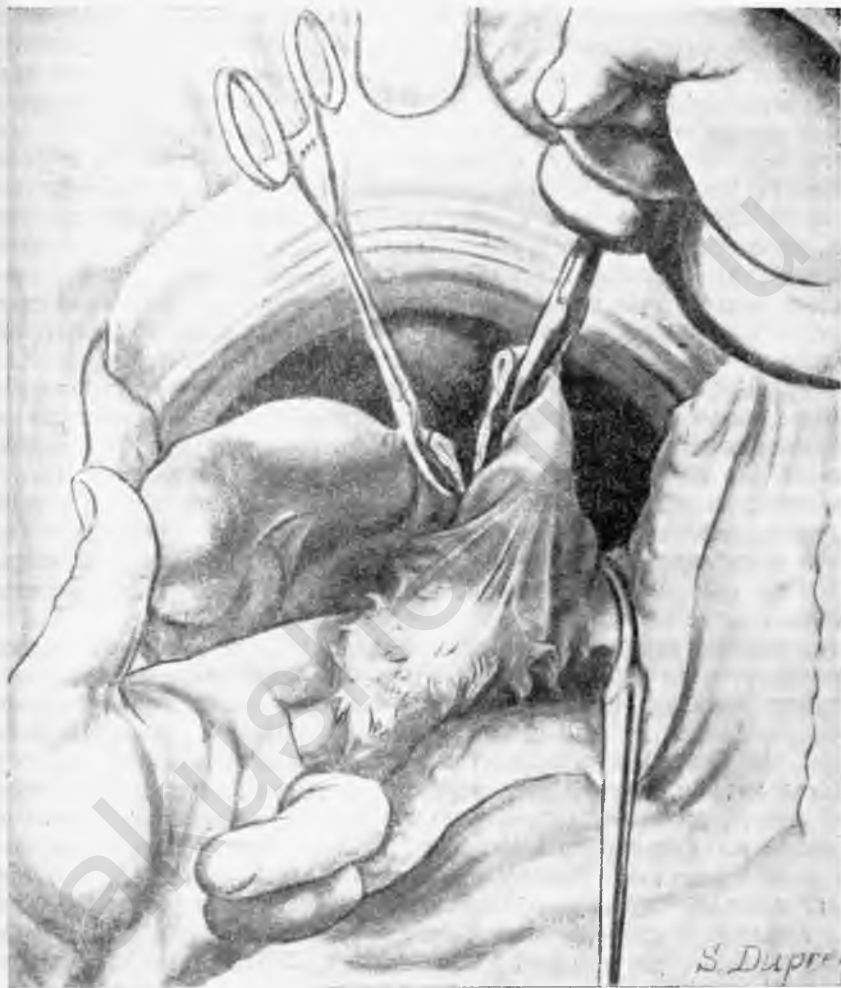


Рис. 219. Экстирпация правых придатков. Ножка отсечена около маточного угла. К придаткам подходят изнутри — кнаружи и снизу — вверх.

слабой и дряблой является стенка гнойного кармана, то рвется она, что сопровождается более или менее значительным истечением гноя. Наконец, когда менее устойчивой является кишечная стенка, то разрывается последняя. Часто предупреждением тому служит появление мышечных волокон наружного покрова ее, которые показываются на известном протяжении.

Итак, это осложнение иногда бывает неизбежно, но его не следует особенно бояться. Кишку следует тщательно зашить и продолжать операцию дальше. Впрочем довольно часто можно избежать этого осложнения, когда обнаруживают тесную связь между кишкой и пораженными частями. Вместо того чтобы слишком заходить на кишку, следует надсечь или в случае необходимости иссечь тубарную стенку, которую оставляют сращенной со стенкой кишки. Но этим создается риск вскрытия тубарного кармана, которое впрочем является гораздо менее серьезным осложнением, чем вскрытие кишки.

Это отделение требует очень большой кропотливости и большого терпения. Часто после довольно продолжительного разделения спаек палец отыскивает, особенно со стороны стенки таза и дугласова пространства, плоскости расслоения, где разделение идет легко, или даже находит значительную область, где спаяк вовсе нет настолько, что часто приходится только удивляться относительной легкости, с которой протекают иные вылущения, которые с первого взгляда представляются очень трудными.

Выбухание гнойных карманов, их напряжение и упругость очень облегчают вылущение, потому что соответственно этим ощущениям исследующий палец получает представление об их границах. Но, с другой стороны, эта же напряженность создает опасность их разрыва и истечения гноя. Поэтому, особенно там, где имеются основания думать, что гнойники достаточно велики, и что содержащийся в трубах гной отличается вирулентностью, может быть будет более благоразумно опорожнить их с помощью аспиратора, заботясь о том, чтобы не произошло истечения содержимого.

Часть однако бывает весьма трудно предупредить это истечение; гной просачивается между троакаром и краями отверстия, карман рвется, жидкость вытекает, и таким образом выкачивание вызывает именно то осложнение, которое оно должно было предупредить, принося больше вреда, чем пользы; лучше по возможности обходиться без этого.

Когда карман опорожнен или прорвался, после осушки его компрессами можно применить очень удобный прием, который нередко очень облегчает вылущение кармана. Внутрь его вводится левый указательный палец, тщательно обернутый марлей, во избежание его инфицирования от соприкосновения со стенками кармана. Обследуя таким образом стенку трубы со стороны внутренней поверхности, часто бывает значительно удобнее отделить ее от ее сращений, так как при этих условиях лучше определяются ее границы.

В некоторых случаях, являющихся наиболее трудными, особенно когда имеются сращения со стенкой таза и карман тесно спаян с самой маткой, вылущение и удаление придатков становится почти невозможным. И в этих случаях, чтобы произвести это удаление должным образом, может появиться необходимость удаления матки, которая, в условиях соответствующей техники, производится гораздо легче чем простое удаление придатков. Впрочем мы будем еще иметь случай несколько ниже разобрать этот интересный вопрос во всех его деталях. В редких случаях, где предполагалось бы удаление придатков с обеих сторон с остав-

лением матки, целесообразнее в общем начать удаление с более крупных придатков. Но определенного правила в этом отношении не существует; следует начинать с тех придатков, удаление которых представляется наиболее простым. И действительно выгоднее под конец удалять трудные придатки с тем, чтобы удалением более легких сделать таз более свободным, создавая тем самым большие удобства хирургу и облегчая технику вмешательства.

При перевязке культи придатков, исключая простых случаев, о которых я говорил выше (см. стр. 172), необходимо, как впрочем и для всех внутрибрюшинных швов, отказаться принципиально от сложных способов завязывания — от швов перекрещивающихся, швов в виде цепочки, и всякого рода замысловатых швов, в которых путаешься и которые ничего не стоят. Следует также отказаться от наложения массовых лигатур; швы надо накладывать отдельно на каждый сосуд или сосудистую ножку, но необходимо всегда, что чрезвычайно важно, проводить кетгут иглой через толщу тканей с каждой стороны от перевязываемого сосуда или сосудистой ножки. Кроме того, если накладываются шелковые или льняные лигатуры, которых мы никогда не употребляем, достаточно делать двойной узел; но для кетгута, которым мы исключительно пользуемся, надо всегда делать *тройной узел*. Благодаря этим двум столь простым предосторожностям, наложенные швы не ослабевают и наверняка страхуют от грозного осложнения — послеоперационного кровотечения, которого, при соблюдении этих предосторожностей, мы уже многие годы не наблюдаем.

После удаления трубы вся широкая маточная связка оказывается открытой в своей верхней части. Остается лишь зашить ее непрерывным швом, накладываемым возможно более тщательно, который удастся очень легко при пользовании иглой à pédale с очень большой кризисной.

Это зашивание широкой маточной связки должно производиться с большой тщательностью. Когда после удаления придатков остаются ровные, неровные участки, на поверхности которых брюшина отсутствует, надо постараться их устранить и произвести по возможности совершенную *перитонизацию* тазовой полости. Следует взять здоровую брюшину там, где это возможно, — с мочевого пузыря, с сигмовидной кишки или брыжейки и, короче говоря, закрыть возможно тщательнее брюшиной брюшную полость и изолировать ее от неровных раневых поверхностей, где процессы заживления менее активны и где легче может возникнуть инфекция. Большинство хирургов придает в настоящее время — и вполне справедливо — большое значение этому возможно более совершенному восстановлению брюшинного покрова таза. Но следует признаться, что при одностороннем удалении придатков, эта перитонизация часто оказывается трудной и непланомерной. Гораздо лучше и более правильно она протекает вслед за удалением матки. Мы еще к этому вернемся (стр. 224).

Иногда случается, что вследствие дряблости тканей или по какой-либо другой причине, бывает невозможно наложить хорошую лигатуру на глу-

бокий сосуд. Тогда можно поступить так: или остановить кровотечение путем наложения с помощью щипцов Мишеля металлических погружных лигатур (см. рис. 201) или же оставить à demeure один или несколько зажимов, которые выступают через брюшную рану и удаляются через 2 дня. Этот способ может оказать громадные услуги, дальше я еще вернусь к этому (см. стр. 221).

Многие хирурги для наложения массовых лигатур и при наложении отдельных швов пользуются шелком или льняной ниткой. Эти не рассасывающиеся швы предрасполагают к появлению абсцессов и поздним отторжениям, все неприятности которых всем известны. Я предпочитаю кетгут, который вполне годен для хорошей остановки кровотечения, и о котором никогда не приходится думать после выздоровления больной. На громадном количестве сделанных чревосечений я никогда не видел *вторичного* кровотечения, которое можно было бы связать с соскальзыванием плохо затянутого кетгута или с преждевременным его рассасыванием, или с последующим его отторжением.

Конечно затянуть шелк гораздо легче, чем кетгут; но достаточно крепко можно затянуть и последний, особенно если пользоваться перчатками, которые дают возможность завязать его сильно, не рискуя порезать пальцы. При этом кетгутовые швы, оставляемые в животе, необходимо всегда завязывать *тройным узлом* и во избежание соскальзывания проводить эти швы на игле через ткани с каждой стороны от сосуда.

Поэтому я не вижу выгоды от применения шелка. Говорят, что его легче дезинфицировать, поскольку его можно кипятить; но хорошо приготовленный кетгут также безукоризненно асептичен. К тому же для меня очевидно, что когда имеются осложнения в виде паноэний, в громадном большинстве случаев они обязаны не предварительному загрязнению кетгута, или шелка, но вторичному инфицированию либо руками хирурга, работающего без перчаток, либо скорее тканями самой оперированной, особенно в случаях сальпингита, где нередко приходится работать на инфицированном поле. Ведь ни руки хирурга, ни ткани больной предварительно не кипятятся и не проводились через автоклав. Итак инфицирование кетгута или шелка является вторичным. Но инфицированный кетгут рано или поздно исчезнет сам. Шелк же не исчезает, и свищ, который поддерживается им, закрывается лишь после его удаления. Вот почему я отказываюсь от шелка, который впрочем мало помалу оставляют и его наиболее убежденные приверженцы; тоже следует сказать и относительно льняных швов.

Что же следует делать, когда удаление закончено? Если малый таз не загрязнен, нет ни гноя, ни кровоточивости, если придатки не были разможены и если операция была проведена асептично, если одним словом есть основания не бояться инфекции, следует просто закрыть брюшную рану. Но если хирург опасается инфекции, если в глубине малого таза остались обрывки гнойных карманов, которые нельзя было целиком удалить, если тазовая брюшина имеет слишком рваный вид, повреждена и покрыта спайками, из которых многие могут быть

инфицированы. Если восстановление брюшины неполное, то следует поставить дренаж.

Существуют два способа, которыми можно дренировать малый таз: со стороны брюшной раны и через влагалище. Я думаю, что в этом вопросе, как и во многих других, — плохо быть сторонником исключительно одного способа. *Дренаж через брюшную рану и дренаж влагалищный*, мне представляется, имеют различные показания. Оба хороши, и пользоваться тем или иным надо в зависимости от случая. В некоторых случаях может быть даже выгодно комбинировать их вместе.

В случаях, где риск инфекции представляется небольшим, где перитонизация таза произведена удовлетворительно, если дренаж предполагается поставить например вследствие разрыва кармана, подозрительного в смысле вирулентности содержимого, или вследствие небольшой кровоточивости, дренаж со стороны брюшной раны является достаточным. При этих условиях хороший резиновый дренаж из каучука толщиной приблизительно в палец и имеющий лишь только на своем нижнем конце одно или два отверстия, позволяющие жидкости проникнуть в дренаж и излиться наружу, вполне достаточен. Делаженьер (Delagepière) и Тюффье предложили металлические трубки, имеющие многочисленные отверстия; в эти трубки вводятся без всякого насилия фитили из марли. Это очень хорошие приспособления, которые хорошо дренируют; но я предпочитаю резиновый дренаж, который можно более тщательно приладить в глубине таза. Очень важно к концу первых или вторых суток произвести отсасывание кровянистой жидкости, собирающейся в тазу обычно в небольшом количестве, но являющейся благоприятной средой для инфекции; поэтому ее следует удалить (рис. 220).

Кроме того в некоторых тревожных случаях, где приходится опасаться кровотечения, наличие дренажа имеет то громадное преимущество, что позволяет распознать это кровотечение.

Простые марлевые дренажи, идущие из глубины таза и выходящие через брюшную рану, тоже могут оказывать услугу. Однако часто они скорее тампонируют, чем дренируют, и при малейшем сдавлении со стороны краев раны они затрудняют отток жидкости, вместо того чтобы способствовать ее истечению. Но особенно серьезное неудобство они представляют в том отношении, что трудно поддаются извлечению. Иногда удаление их оказывается чрезвычайно затруднительным, причем трудности извлечения дают себя знать на всем протяжении извлекаемого тампона. Между марлевым дренажем и кишечником могут образоваться сращения, что часто ведет к извлечению наружу куска сальника, который обратно уходит с большим трудом и иногда даже вызывает необходимость его резекции. Итак, от этих дренажей надо отказать тем более, что существуют гораздо лучшие.

И в самом деле, существует способ капиллярного дренирования, предложенный Микучичем. Он весьма остроумен, весьма прост и часто оказывает громадные услуги. Я вернусь к детальному разбору этого вопроса, когда я буду говорить о расширенном удалении матки по поводу рака шейки.

В случаях, где имеются серьезные основания опасаться тяжелой

инфекции, но где между тем ставить дренаж Микулича не представляется необходимым, где в глубине таза остается кровоточивость, которую нельзя остановить, где при перитонизации таза под новым брюшинным покровом, натянутым вроде диафрагмы довольно далеко над дном таза, остается большая полость, которую плохо удалось бы дренировать через верхние пути, — лучше дренировать снизу через влагалище. В этих случаях влагалищный дренаж выгоднее брюшного дренажа, и я удивляюсь, что по этому вопросу еще существуют разногласия.

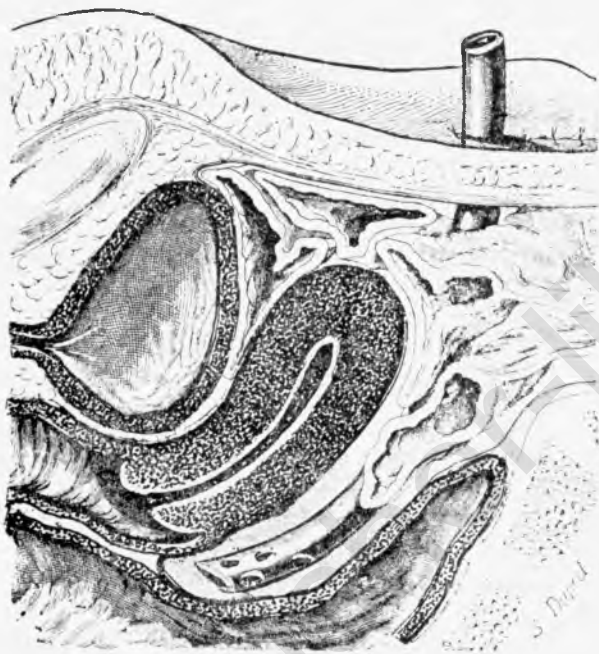


Рис. 220. Дренаж со стороны брюшной стенки. Дренаж имеет отверстия лишь на своем нижнем конце. Жидкость из дугласова пространства выводится непосредственно наружу.

Когда задний свод, после удаления органов, заполнявших его, свободен, вскрыть влагалище очень легко. Введя во влагалище зажим и подняв им свод Дугласа, вскрывают последний концом скальпеля или одним ударом ножниц. Тогда ветви зажима раскрывают и, не вызывая сильного кровотечения, раздвигают ими отверстие влагалища достаточно широко, с тем чтобы обеспечить хороший сток с помощью толстого дренажа и марлевого фитиля, который может также служить и для тампонады в случае упорной кровоточивости.

Часто даже можно обойтись без введения зажима со стороны влагалища.

Внизу под шейкой палец ощущает вдавление, образуемое влагалищем, которое вскрывается в этом месте, и через это отверстие проводится на длинном изогнутом зажиме дренаж и марлевый фитиль, которые захватываются в *вульве* помощником. Влагалищный дренаж устанавливается в наиболее глубоком, отлогом участке, каковое условие является безразличным, потому что я более доверяю стоку жидкости в силу ее тяжести, чем в силу капиллярности (рис. 221).

Удаление его также проще сравнительно с удалением мешка Микулича; к концу второго или третьего дня его извлекают за влагалищный конец и этим дело кончается.

Кроме того в некоторых септических случаях можно выполнить

малый таз длинным и большим марлевым влагалищным дренажем и изолировать таким образом тазовые стенки от кишечных петель, близость которых является главной причиной инфекции. Получается нечто вроде дренажа Микулича, но со стороны влагалища. Но в этих случаях лучше ставить дренаж Микулича со стороны брюшной раны. Ниже я еще вернусь к этому важному вопросу.

Хотя влагалищный дренаж является превосходным, в нем редко ощущается нужда после простого удаления придатков. Гораздо чаще он показан после удаления матки и немного дальше я буду иметь случай к этому еще вернуться. Тем более, что в этих случаях он еще более прост, поскольку для того, чтобы вскрыть влагалище, достаточно бывает рассечь кзади культю маточной шейки вплоть до полости влагалища.

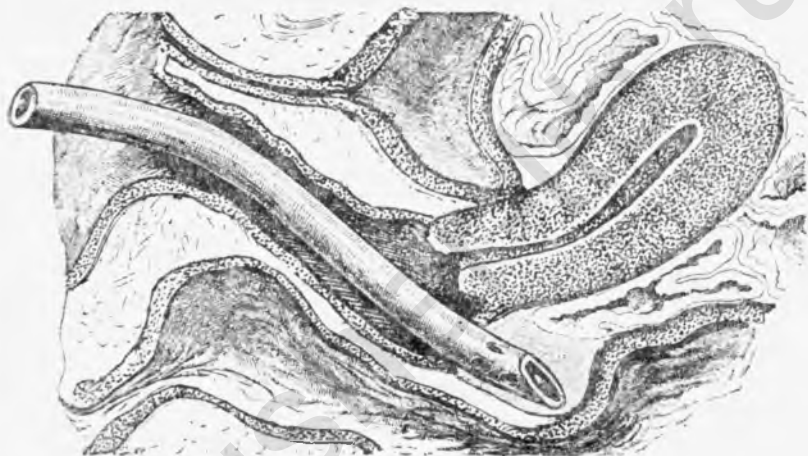


Рис. 221. Влагалищный дренаж.

В некоторых случаях, — они протекали у меня с успехом, — можно ставить влагалищный дренаж через передний свод. Когда задний свод по какой-либо причине недоступен, отсепаровывают на протяжении 2 — 3 см мочевого пузыря, вскрывают передний свод или непосредственно или с помощью зажима, введенного во влагалище, и устанавливают дренаж впереди матки так же легко, как это делается и через задний свод. Наконец в некоторых особенно тревожных случаях можно сразу дренировать и через влагалище и через нижний угол брюшной раны, сочетая в данном случае влагалищный дренаж с тампонацией по Микуличу.

Когда все внутрибрюшинные манипуляции закончены, удаляют компрессы, удерживающие кишечник, после чего остается лишь наложить швы.

Каждый делает это по своему. Зашивание металлическими швами в один этаж не пользуется теперь той симпатией, как раньше, и большинство хирургов накладывает двух- или трехэтажные швы в виде

либо простых швов, либо в форме U или 8; некоторые употребляют для швов шелк или обычную нитку, другие кетгут или сिल्к; некоторые накладывают большие поддерживающие швы, другие накладывают подкожные. Нет

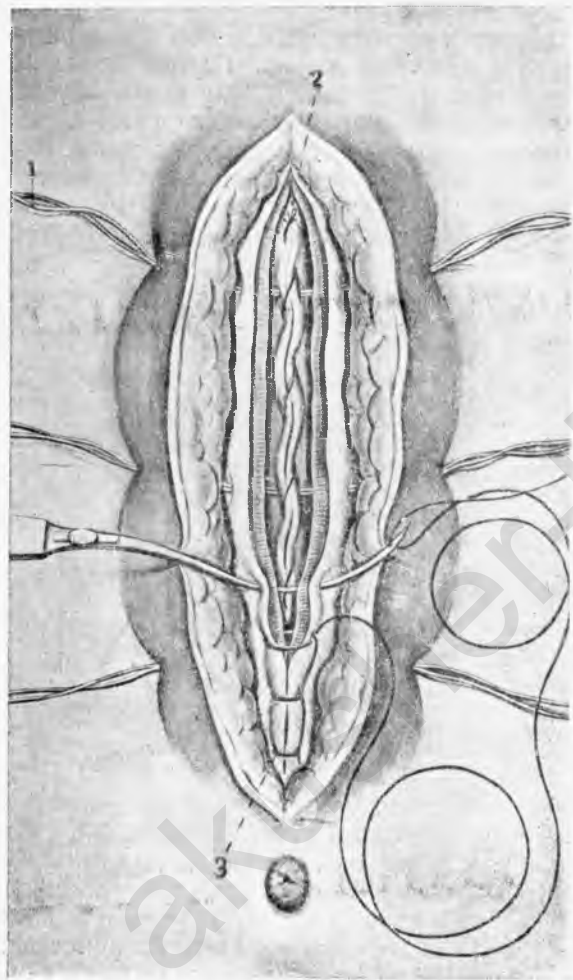


Рис. 222. 1 — толстая двойная нитка; 2 — кетгутовый шов на брюшине; 3 — фестончатый шов на белой линии.

возможности останавливаться на всех этих деталях, имеющих свои показания. Я только укажу тот способ наложения швов, который я считаю хорошим, поскольку я на нем остановился, и который мне представляется может быть рекомендован.

Ни когда не следует употреблять шелк, если только дело не касается женщины с очень толстыми брюшными стенками, когда бывают необходимы очень крепкие швы. Нет сомнения, что шелк иногда вызывает абсцессы и нагноения в брюшной стенке, чего не приходится наблюдать при пользовании сिल्ком. Вот почему выгоднее никогда не накладывать погружных шелковых швов, во избежание возможных в дальнейшем неприятностей, связанных с их удалением.

Шов, которым я пользуюсь уже 20 лет и рекомендую, как наилучший, накладывается следующим образом: прежде всего накладывают кетгутовый шов на брюшину. Затем в зависимости от

невроза, накладывая шов из крепкого кетгута. Кожные края соединяются с помощью скобок Мишеля и тогда двойные сильковые швы, наложенные раньше, натягиваются над стерильным марлевым валиком, который исключает возможность прорезывания кожи и появляющихся в результате этого некрасивых рубцов, уничтожает мертвые пространства, сближает все слои стенки и придает шву достаточную крепость в целом, который состоит в конечном счете из двух кетгутовых швов (одного наложенного на брюшину, другого на апоневроз) и ряда скобок Мишеля (рис. 222, 223, 224).

Одноэтажный шов имеет то преимущество, что он накладывается значительно быстрее; но когда видишь выдающихся хирургов, которые рекомендуют это зашивание, производимое весьма быстро наложением серебряных или бронзовых швов или даже двойных швов из силька, следует спросить себя: разве удлинение операции, вызванное наложением швов в несколько этажей, не вознаграждается большими преимуществами, которые можно получить в смысле прочности брюшной стенки? Во всяком случае этим одноэтажным швом можно пользоваться лишь тогда, когда хотят выиграть время, например под конец очень затянувшейся операции или у истощенной больной; при этом нужно заботиться о том, чтобы при наложении этого шва были захвачены последовательно все слои стенки, не забывая и брюшину. Но нет сомнения, что шов, наложенный трехэтажно, является как правило более прочным, гораздо реже сопровождается послеоперационными грыжами и в конечном итоге оставляет гораздо менее за-

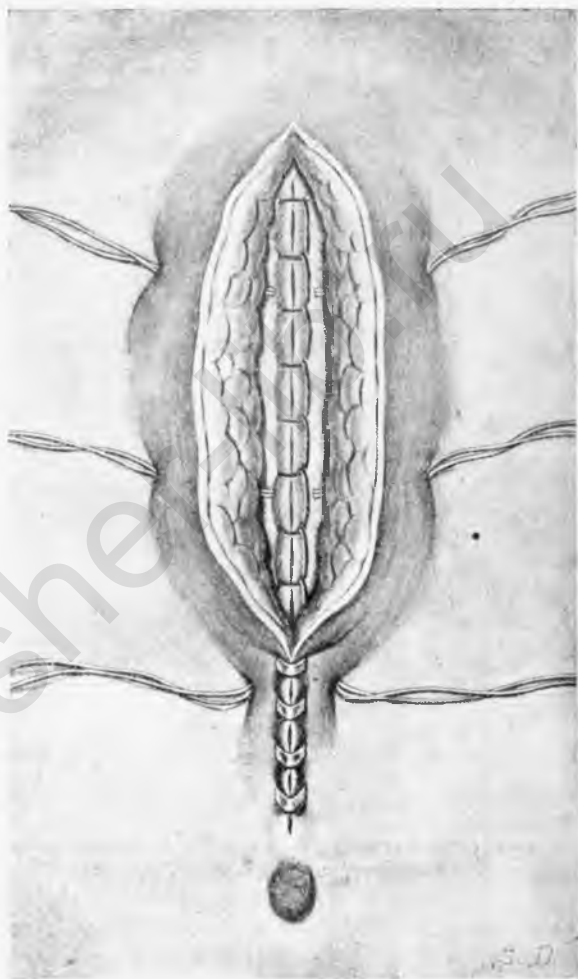


Рис. 223.

метный рубец. Швы и скобки снимаются на 10-й день. Если выздоровление протекает без осложнений, что является правилом, больных можно поднять на 12-й день.

Ничто не поддается так трудно сравнению, как два чревосечения, которые оба делаются по поводу заболеваний придатков. Одно может оказаться чрезвычайно простым, другое может представлять значительные трудности; другими словами, во время этих операций могут встретиться всевозможные сюрпризы и осложнения.

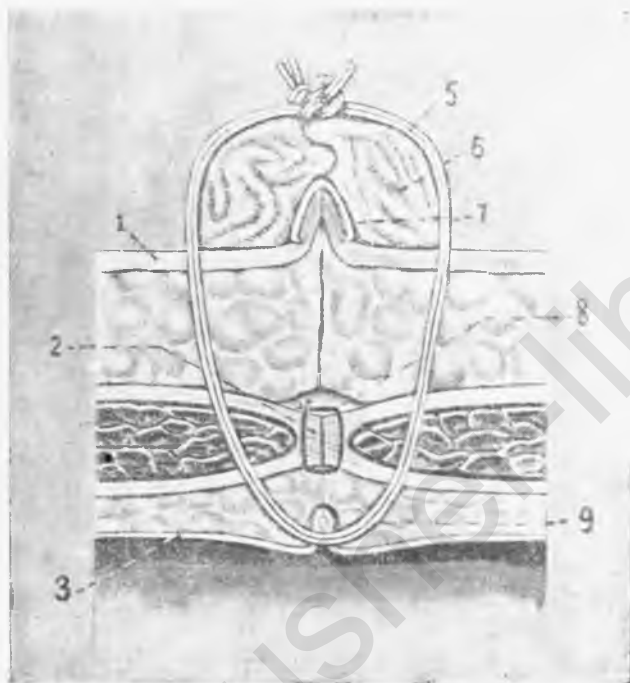


Рис. 224. 1 — кожа, 2 — белая линия; 3 — брюшина; 4 — прямая мышца справа; 5 — толстый двойной шильк; 6 — марлевый валик; 7 — скобки Мишеля; 8 — шов на апоневроз; 9 — брюшинный шов.

Кровотечение бывает редко, но если дело идет о достаточно крупном сосуде, он должен быть захвачен и перевязан; если он не может быть перевязан, то на него накладывают металлическую скобку Мишеля или в случае необходимости зажим à demeure, который извлекается потом через брюшную рану. Впрочем все это — совершенно исключительные приемы. Против паренхиматозного кровотечения есть только одно средство — тампонация; ее производят по способу Микулича, о котором мы говорили выше; он следует стараться прежде всего остано-

вить кровотечение с помощью лигатур, так как чем совершеннее гемостаз, тем это выгоднее. Очень важно не оставлять в полости живота никаких кровоточащих сосудов, наличие которых благоприятствует всякой инфекции.

Такова техника экстирпации придатков со всеми трудностями, которые она может представить. Составлялись бесчисленные статистики, которые я не буду приводить; они нас учат тому, что нам было уже известно, а именно, что со времени применения наклонного положения, несмотря на то, что мы оперируем гораздо более серьезные и опасные случаи, смертность все более и более падает. В настоящее время я полагаю буду прав, если исчислю ее максимум в 5%. Но что же становится с 95% выздоровевшими женщинами?

Обыкновенно отдаленные результаты весьма удовлетворительны, почти всегда боли прекращаются или же очень заметно ослабевают. Конечно есть женщины, которые продолжают более или менее страдать. Конечно у некоторых иногда бывают различные нарушения, наблюдающиеся при всех операциях, связанных с нарушением целостности половой сферы и последовательной *недостаточностью* эндокринных желез, как-то: приливы, склонность к полноте и т. д.; но все эти недочеты в общем легки и безобидны, сравнительно с теми нарушениями, которые послужили поводом к оперативному вмешательству.

Понятно женщины, перенесшие операцию удаления придатков, не всегда остаются такими, как все остальные женщины (хотя обычно это бывает именно так), но зато они перестают быть больными, это то, что им нужно, и то, что им следует дать. И потому здесь, как и вообще в хирургии, не надо останавливаться на отдельных случаях, касающихся некоторых женщин, которых лучше было бы не оперировать вследствие тех нарушений, которые наступили вслед за операцией; необходимо либо признать операцию, либо отказаться от нее, учитывая все шансы на благоприятный и отрицательный исходы, ее надежность и ее дальнейшие последствия. Но несомненно, что в громадном большинстве случаев женщины, оперированные по поводу гнойных процессов в придатках, получают от этой операции значительные выгоды. Очень большое число женщин обязаны этой операции своею жизнью; еще гораздо большее число женщин обязаны ей своим здоровьем и если некоторые из них страдают, то они представляют собой незначительное меньшинство, являющееся лишь легкой тенью на общем блестящем фоне.

К тому же в настоящее время хирурги все более и более стремятся, когда это возможно, оставить либо один яичник целиком, или его часть, что в известной мере уменьшает более или менее серьезные явления



Рис 225. Наложение на кожу скобок Мишеля.

выпадения, наступающие в результате операции. Не следует забывать, что когда оставляют яичник, и когда матка представляется мало пораженной, выгодно ее сохранить или по крайней мере сохранить ее нижнюю половину, путем производства высокой павлагалищной ампутации («hystérectomie sus-isthmique»), с оставлением приблизительно 4 см слизистой (Lecène), что позволяет женщине продолжать менструировать и предупредить тем самым те нарушения, которыми сопровождается преждевременное наступление менопаузы.

Но если яичник, спаянный с большой трубой, не представляется совершенно здоровым, как это и бывает почти всегда, то не следует колебаться и надо им пожертвовать. Нам слишком хорошо известно его предрасположение к различного рода инфекциям и ко многим другим заболеваниям, имеющим менее ясную этиологию, чтобы оставлять подозрительный яичник там, где необходимость лапаротомии позволила непосредственно убедиться в его состоянии.

Облегчение, которое испытывают женщины, обычно бывает тем ощутительнее и извлечение бывает тем совершеннее, чем более тяжелыми и острыми были процессы, послужившие поводом к оперативному вмешательству. Наоборот, там, где вмешательства производятся по поводу давних хронических и нерезко выраженных процессов, — эти операции дают менее отчетливые и менее блестящие результаты. Можно думать, что многие из этих последних вмешательств производятся слишком поздно, в то время, когда нервная система этих больных уже серьезно расшатана долгими физическими и моральными испытаниями, которые с успехом могли бы быть устранены. С другой стороны, и это является наиболее серьезным упреком, который можно сделать экстирпации придатков, если очень часто эта операция и дает хорошие результаты, то иногда она оказывается и недостаточно полной. Часть больных, подвергавшихся чревосечению, продолжают страдать из-за поражения матки; я приведу лишь одну цифру — из 300 женщин, перенесших экстирпацию придатков, Ришю (Richelet) в 53 случаях был вынужден прибегнуть к последующему влагалищному удалению матки.

Экстирпация придатков не оказывает влияния на метрит, хотя часто и ведет к некоторой атрофии матки; но инфицированная матка остается инфицированной, и женщина продолжает страдать болями, кровотечениями, белями, одним словом всем тем, что сопровождает обыкновенный метрит. В результате оказывается бесплодная матка, которая остается для больных источником всяких неудобств, неприятностей и болей. Нет сомнений, что было бы лучше, если бы ее не было; и лучше с самого же начала делать первичное удаление матки, чем быть вынужденным удалить матку вторично. Вот почему экстирпация придатков теряет теперь в известной мере под собой почву, которую она так блестяще себе отвоевала раньше. Полная кастрация, т. е. удаление и матки и придатков, дает результаты, на которые нельзя рассчитывать при кастрации с удалением одних придатков. Поэтому, с другой стороны, поскольку полная кастрация (удаление придатков вместе с маткой) не оказывает заметного влияния на серьезность операции, а является может быть даже

менее опасной, следует предпочитать операцию полного удаления матки с придатками. Таким образом вместе с громадным большинством современных хирургов, я полагаю, что всегда, когда имеется двустороннее поражение придатков, следует одновременно с экстирпацией придатков удалять и матку.

Следовательно область применения простого удаления придатков значительно суживается. Но вместе с тем она остается еще достаточно обширной. И в самом деле, все односторонние салпингоофориты оправдывают простую экстирпацию придатков. Но если удаление матки является недопустимым, при паличии здоровых придатков другой стороны, то при двустороннем поражении придатков следует без всякого колебания производить гистеректомию.

Удаление матки путем чревосечения.

Выше я указывал многочисленные выгоды кастрации путем чревосечения, но одного знания, что при двусторонних хронических аднекситах следует производить удаление матки путем чревосечения, еще недостаточно. Необходимо еще знать, как она должна производиться. В сущности—и на это я обращаю внимание—уже издавна удаление матки имеет слишком различные показания, чтобы всегда оставаться однотипным и определяться однообразными приемами. Один и тот же способ, сколь бы совершенным он ни был, не может годиться для всех случаев; для каждого отдельного случая существует свой способ, которому отдается предпочтение перед всеми остальными. Нет ничего более ошибочного, как говорить, как это часто делают, что лучший способ тот, которым лучше владеют, что при небольшом навыке и опыте хороши все способы, и что потребность пользоваться в работе различными способами зависит может быть лишь от того, что плохо знают все выгоды, которые может дать каждый из них.

Я не буду возражать против этого взгляда. Без сомнения, пользуясь одним и тем же методом, можно выйти из положения и удалить матку и в наиболее трудных случаях, но это производится так или иначе и иногда скорее плохо, чем хорошо. Лучшим способом отнюдь не всегда является тот, к которому имеешь привычку и который изучен лучше других; привычка и опыт не всегда достаточны для того, чтобы вывести из трудного положения, преодолеть те или иные трудности и оградить себя от них.

Мы должны в выборе оперативных способов не руководствоваться нашими привычками и личным предпочтением того или другого метода, но сообразоваться с характером имеющихся поражений и с анатомическим соотношением пораженных частей, которые подлежат удалению.

Эти вопросы техники являются основными. Удаление матки, которое может оказаться очень простым, если уметь выбрать способ, наиболее соответствующий данному поражению, может оказаться чрезвычайно трудным и почти невыполнимым, если настаивать на пользо-

вании другим способом; в первом случае будет успех; во втором может быть катастрофа.

При лечении аднекситов эти истины выявляются с особенной очевидностью. Именно здесь существует, как я это упоминал в другом месте ¹, *настоящая тактика* в деле производства гистеректомии, потому что здесь действительно дело идет о тактических правилах, меняющихся в зависимости от особенностей поражения и вытекающих из тех двух основных законов, которые я очень часто подчеркивал, как заслуживающие сугубого внимания, поскольку они определяют всю оперативную технику удаления матки. Эти положения следующие:

1. *Все держит шейка.* Именно к ней следует подходить как можно раньше. *Когда шейка отсечена или выделена, маточно-придатковый массив ничем уже, так сказать, больше не удерживается.* 2. *Матку и придатки гораздо легче удалить, когда идут снизу вверх.* Из этих основных законов немедленно вытекает следующее правило: *к матке и придаткам следует подходить снизу и шейка должна быть отсечена как можно раньше.* Но чтобы подойти к маточно-придатковому массиву снизу, надо прежде всего иметь возможность достичь его нижнего полюса. Следовательно первый момент всякой гистеректомии должен быть направлен к тому, чтобы *достичь нижнего полюса маточно-придаткового массива.* Для этого следует идти *кратчайшим и наименее загрязненным путем.* А так как наиболее короткий и наименее загрязненный путь *не всегда один и тот же*, то в результате приходится в зависимости от случая пользоваться *различными методами.* Таким образом необходимость пользоваться в зависимости от случая различными приемами здесь совершенно очевидна. И все искусство хирурга и его оперативной техники, столь разной в зависимости от того, кому она принадлежит, состоит в точном умении согласовать свой образ действия с имеющимся поражением и использовать как раз тот метод, который является наилучшим для данного случая.

«И если в случаях, где поражения могут быть сопоставлены, один хирург делает тяжелую операцию без видимых затруднений, тогда как другой сталкивается с неожиданными трудностями, то только потому, что они делали операцию различным образом и пользовались неодинаковыми приемами» ²!

«Поэтому не существует «лучших способов». Существует много способов, которые в зависимости от случая представляют неодинаковую ценность. Каждый из них, смотря по обстоятельствам, может быть и лучшим и худшим. Необходимо знать все способы и в каждом отдельном случае уметь остановиться на более выгодном».

Надвлагалищно: удал не: матки. Различают *полное* удаление матки, когда матку удаляют целиком, и *неполно* (субтотальное), когда удаляют только тело матки, отсекая его на уровне внутреннего маточного зева, и оставляют шейку. Последняя операция носит также название,

¹ См. J. L. Faure, L'hystérectomie p. 163. O. Doin, Paris, 1906.

² L. J. Faure, Technique de l'hystérectomie abdominale dans les suppurations annexielles. Presse médicale, 20 Janvier, 1904.

весьма образное, но несколько более длинное — *надвлагалищной гистеректомии*, которое указывает, что отсечение матки производится над местом прикрепления влагалища к шейке.

Если не считать рака матки и некоторых исключительных случаев, следует всегда делать надвлагалищное (субтотальное) удаление. И действительно по сравнению с полным удалением, оно имеет многочисленные преимущества.

Я не понимаю, почему хирурги еще до сих пор не сошлись по этому вопросу. Но когда-нибудь это будет. И потому я не берусь подводить итог бесконечным дискуссиям, имевшим место между сторонниками полной гистеректомии и надвлагалищной гистеректомии.

Во-первых, надвлагалищное удаление исключает вскрытие влагалища и тем самым вполне приближается к разряду асептических операций, потому что нет никакой возможности, ни до операции, ни во время операции, надлежащим образом продезинфицировать слизистую влагалища. Она меньше ставит под угрозу ранения мочеоточник и мочевого пузыря, задняя сторона которого при полной гистеректомии оказывается обнаженной, что часто ведет к немедленным или последующим осложнениям со стороны пузыря. Кроме того оставление маточной шейки сохраняет прикрепление к ней маточно-крестцовых связок. Шейка остается подвешенной в центре ваги в нормальном положении, и тазовое равновесие сохраняется. То же следует сказать и в отношении состояния мочевого пузыря, расстройства которого вне сомнения встречаются гораздо чаще, когда удаляют и шейку. Наконец надвлагалищное удаление матки сохраняет влагалище его нормальное строение, а это отноше- не является таким соображением, которым следует пренебрегать, потому что нельзя отрицать, что для женщины выгоднее иметь влагалище, дно которого образовано нормальной шейкой, чем рубцом, который может остаться болезненным и хрупким.

С другой стороны, как и при полном, надвлагалищное удаление матки позволяет легко поставить влагалищный дренаж, так как нет ничего проще, как вскрыть по средней линии заднюю губу шейки и влагалищную стенку до дна дугласова пространства и обеспечить такой же хороший влагалищный дренаж, как и при полном иссечении шейки.

Но основное превосходство надвлагалищной гистеректомии состоит особенно в ее простоте. Гораздо легче как правило отсечь шейку на уровне внутреннего маточного зева, чем отделять ее от влагалища. Наконец гемостаз кровоточащего края отсеченного влагалища удается после полной гистеректомии гораздо труднее, требует большего времени и менее надежен, чем остановка кровотечения из маточной артерии при надвлагалищной гистеректомии.

Последняя, являясь более простой операцией, менее кровоточивой, более асептической, чем полная гистеректомия, создающая гораздо большие нарушения в тазу. — не может не быть в то же время и менее опасной операцией. Конечно это утверждение невозможно доказать; статистические выводы основаны на слишком разнообразных данных, и когда больная погибает, в большинстве случаев трудно бывает точно установить основную причину смерти. Но при надвлагалищной гисте-

ректомии последующее течение гораздо более правильно, послеоперационные осложнения более редки и при всех равных условиях смертность меньшая.

Итак, как правило следует производить именно надвлагалищное удаление матки. Полную гистеректомию следует оставить лишь для довольно редких случаев, когда бывает поражена сама шейка, или же когда она подозрительна в смысле злокачественного перерождения¹.

Итак, показания к надвлагалищной гистеректомии бесчисленны и именно ее следует производить в большинстве случаев фибром и при всех двусторонних заболеваниях труб и яичников (при хронических аднекситах, опухолях яичников и т. д.), при которых приходится производить двустороннюю экстирпацию придатков и следовательно жертвовать маткой.

Я разберу последовательно технику удаления матки во всех этих различных случаях. Но прежде будет бесполезно вспомнить в нескольких словах то, что уже говорилось на первых страницах этой книги о способах прикрепления матки.

Соединение шейки с влагалищем является основным видом прикрепления матки или по крайней мере единственным, которое препятствует ее поднятию при более или менее энергичном подтягивании ее кверху.

Когда этот вид прикрепления, плотно фиксирующий матку к тазовому дну, нарушается, ничто уже более не препятствует поднятию матки, которая смещается тогда с чрезвычайной легкостью и отделяется от соседних органов, если это отделение производится снизу вверх. Крестцово-маточные связки не мешают. При полной гистеректомии они отделяются посредством перичервикального разреза, а при надвлагалищной гистеректомии отсечение матки производится поверх них и они остаются фиксированными к шейке, которую и поддерживают в нормальном положении. Широкие маточные связки, содержащие в себе круглые связки, если нет воспалительных сращений, остаются единственным видом фиксации. Но в обычных условиях, кроме отдельных, исключительных случаев, в частности например при некоторых случаях больших фибром, где широкие связки растянуты и прижимают опухоль ко дну таза, широкие маточные связки никоим образом не препятствуют поднятию матки. При смещении матки кверху, если она сохранила свои нормальные размеры, происходит даже их расслабление и, в частности, приближение места прикрепления верхней части широкой связки (маточно-яичниковой ножки) у маточного угла к месту перехода широких связок в *lig. infundibulo-pelvicum*. Вместе с маткой поднимаются также и сосудистые и связочные пучки, которые легко можно захватить и отсечь.

С другой стороны, когда существуют воспалительные сращения, которые почти всегда бывают при аднекситах, вылущение их тоже идет гораздо легче, если подходить к ним *снизу вверх*. Это наблюдается повседневно. Сращения воспаленных придатков с соседними органами почти всегда образуются в верхней части, там где они находятся в соприкосновении с кишками, которые гораздо богаче кровеносными сосудами,

¹ См. об этой дискуссии J. L. Faure «La Gynécologie» 1908.

чем стенки таза и следовательно легче образуют плотные сращения. Сращения в области дна таза бывают обычно незначительные; там существуют пустоты, углубления, места, где брюшина остается свободной. Придатки образуют спайки лишь с местами своего соприкосновения; а так как в обычных условиях придатки не спускаются до дна дугласова пространства, последнее остается свободным. Более того, воздействие, оказываемое на придатки снизу вверх, способствует их приближению к месту их прикрепления у тазовой стенки, являющемуся не чем иным как *lig. infundibulo-pelvicum*, тогда как насилие, оказываемое на них сверху вниз, создает натяжение этой связки и вызывает сопротивление, которое часто ведет к надрывам.

Короче говоря, неоспоримый факт заключается в том, что матка и придатки — безразлично, свободны ли они или окружены воспалительными сращениями с соседними органами — бесконечно доступнее и легче удаляются, если к ним подходить *снизу вверх*, но не *сверху вниз*.

Итак следовательно при всяком удалении матки следует стараться по мере возможности подойти к органам, предназначенным к удалению, г. е. к маточно-придатковому массиву, ведя оперативное вмешательство *снизу вверх и начиная его с нижнего полюса*.

Когда матка окружена незначительными сращениями, свободна, подвижна и легко смещается по всем направлениям, то это имеет второстепенное значение. Но когда матка неподвижна, — и я особенно подчеркиваю это, к чему впрочем я буду еще иметь случай часто возвращаться, — особенно когда матка сращена с соседними органами, как это обычно бывает при аднекситах, это положение имеет весьма важное значение и стоит безусловно во главе угла всей техники удаления матки путем чревосечения.

Существуют четыре способа, которые позволяют при надвлагалищной гистеректомии более или менее широко использовать те выгоды, которые представляет собой доступ снизу вверх. Поскольку я убежден в превосходстве этого образа действия, которым всегда можно и следует пользоваться, за исключением рака матки, который будет разобран отдельно, я не буду описывать все предложенные методы, а лишь те, которые позволяют пользоваться этим правилом: но зато эти способы следует знать все. И когда хирург хорошо знаком с ними, ему достаточно их для всех случаев, даже для наиболее трудных.

Я опишу их последовательно, и лишь после их описания разберу показания к каждому из них.

Эти четыре способа следующие:

А. Гистеректомия путем отсечения (способ Ж. Л. Фора).

Б. Гистеректомия с помощью поперечного разреза (способ Келли, американский способ).

В. Гистеректомия с первоначальной экстирпацией матки (способ Терье).

Г. Гистеректомия с рассечением матки пополам (способ Ж. Л. Фора).

Удаление матки путем отсечения. Заднее и переднее отсечение. Способ Фора.

Принцип, на котором основан этот способ, описанный мною в 1900 г.,

весьма прост. Выше мы видели, что главной фиксацией матки является ее тесное сращение с влагалищем. Следовательно достаточно отделить матку от влагалища, отсекая ее на месте соединения с последним, на уровне внутреннего отверстия матки, чтобы она стала свободной и не удерживалась так сказать ничем, кроме воспалительных сращений, если они существуют. Поэтому отсечение матки, которое производится прежде всяких других манипуляций, является основным моментом всей операции.

Производится оно следующим образом: предположим ради ясности, что дело идет о хорошо подвижной фиброме средней величины. Впрочем, дело не меняется, будет ли большая или маленькая фиброма или же случай двустороннего аднексита с небольшими сращениями с соседними органами. После того как больной придано наклонное положение не менее 45° , вскрыт живот и края разреза широко раздвинуты надлобковым зеркалом, хирург, стоя слева от больной, вытягивает опухоль наружу с помощью шпатора или соответствующих зажимов и запрокидывает ее, насколько возможно, на лобок. При этих условиях дугласово пространство становится свободным и легко доступным, особенно если кишечные петли хорошо отодвинуты к диафрагме с помощью компрессов. Когда дно дугласова пространства станет доступным глазу, нет ничего легче увидеть область внутреннего отверстия шейки. Крестцово-маточные связки, складка которых идет в передне-заднем направлении и которую легко увидеть и узнать, подходят действительно справа и слева и сливаются с боковыми сторонами шейки: гладкий, слегка выпуклый участок, намечающийся между передним прикреплением этих двух связок, является не чем иным, как задней поверхностью шейки. Непосредственно ниже находится влагалищная стенка заднего свода. При потягивании матки кверху она представляется плоской и даже вогнутой, составляя ясный контраст с выпуклостью шейки, расположенной непосредственно выше.

Выше, над шейкою, находится задняя поверхность матки, которая кверху все более и более расширяется. Между задней поверхностью шейки и задней поверхностью тела матки, на уровне верхнего края крестцово-маточных связок, которые сходятся в этой точке, находится слегка суженная часть, легко узнаваемая, если только ее один раз видели, которая точно соответствует внутреннему отверстию шейки матки. В этом месте и должно быть произведено отсечение.

Когда дело касается нормальной матки, как например при двустороннем аднексите или в случае правильной фибромы, ошибиться нельзя. Но если дело касается матки, тело которой более или менее неправильно вследствие выбухания фиброзных узлов различной величины, то вскрытие внутреннего отверстия шейки может оказаться более трудным. Тогда его отыскивают и узнают не глазом, а пальцем. Указательный палец, введенный в глубину дугласова пространства между двумя крестцово-маточными связками, прижимает кпереди мягкую и податливую заднюю стенку влагалища. Подвигаясь к матке, палец тотчас же чувствует выпуклость, образованную шейкой, которая оказывает сопротивление давлению пальцем и которую нельзя спутать с стенкой

влагалища. На $2\frac{1}{2}$ — 3 см выше места, где начинается шейка, находится внутреннее отверстие шейки.

Когда имеется полная уверенность в том, что перед глазами находится задняя поверхность внутреннего зева, берут большие кривые ножницы с тупыми концами и двумя-тремя, а иногда даже одним ударом этих ножниц рассекают этот внутренний маточный зев (рис. 226). Это основной момент, — «первичный разрез» (*section première*), как мы его называли, когда описывали эту операцию впервые, или «отсечение матки» (*décolation utérine*), как мы его называем теперь.

Это отсечение производится чрезвычайно легко без малейшего риска для мочевого пузыря. Прежде всего в обыкновенных случаях, как раз на уровне внутреннего зева находится пузырно-маточный свод брюшины, который разобщает собою мочевой пузырь от матки; таким образом, если бы даже при рассечении матки пришлось пройти за переднюю поверхность ее, то и в этом случае ножницы попадают или в область самого пузырно-маточного свода или выше его, без риска затронуть мочевой пузырь. Но гораздо лучше (и это обычно очень легко удается сделать) составить себе ясное представление о глубине, на которой приходится оперировать в толще внутреннего маточного зева. Потягивание за тело матки заставляет звать назад разрез внутреннего зева, и вскоре достигаемый центральный канал служит ориентирным пунктом, и, если только исключить непростительную грубость в работе, ранение мочевого пузыря становится по существу невозможным.

С этого момента шейка и тело матки отделены друг от друга и если потянуть за тело матки, то чувствуется, что непреодолимое сопротивление, которое удерживало ее у дна таза, совершенно исчезло. Матка позволяет подтянуть себя кверху и удерживается теперь лишь эластичными широкими маточными связками, которые с замечательной легкостью следуют всем движениям, которые сообщаются телу матки (рис. 226). Тогда можно, по желанию, — и это рекомендуется — захватить край культи шейки щипцами Мюзе с тем, чтобы ее иметь в руке в течение дальнейшей операции. Можно также, если имеется обыкновение это делать, теперь же прижечь термокаутером маточную полость, появляющуюся в центре разреза шейки. Но эти два момента являются необязательными; прижигание я имею обыкновение производить тут же, но после того, как освобожден от удаляемых органов. Впрочем для большинства случаев я давно уже отказался от этого прижигания, которое имеет по крайней мере столько же неудобств, сколько и преимуществ.

То же следует сказать и относительно маточных артерий: обычно к перевязке их приступают лишь после того, как матка уже выброшена в таз; но можно также захватить их и немедленно, тотчас же после отсечения шейки с той и другой стороны культи.

При этом полезно знать различные случайности, которые могут встретиться.

Иногда, в редких случаях, ножницы при рассечении внутреннего зева могут перерезать одну из маточных артерий, поднимающихся параллельно, сбоку от последнего. Об этом свидетельствует появление струи крови. Если имеют в виду остановить кровотечение, прежде чем

итти дальше, то нет ничего проще захватить сосуд, который почти всегда прекрасно виден в углу разреза. Затем продолжают отсечение, которое от этого отнюдь не делается более сложным.

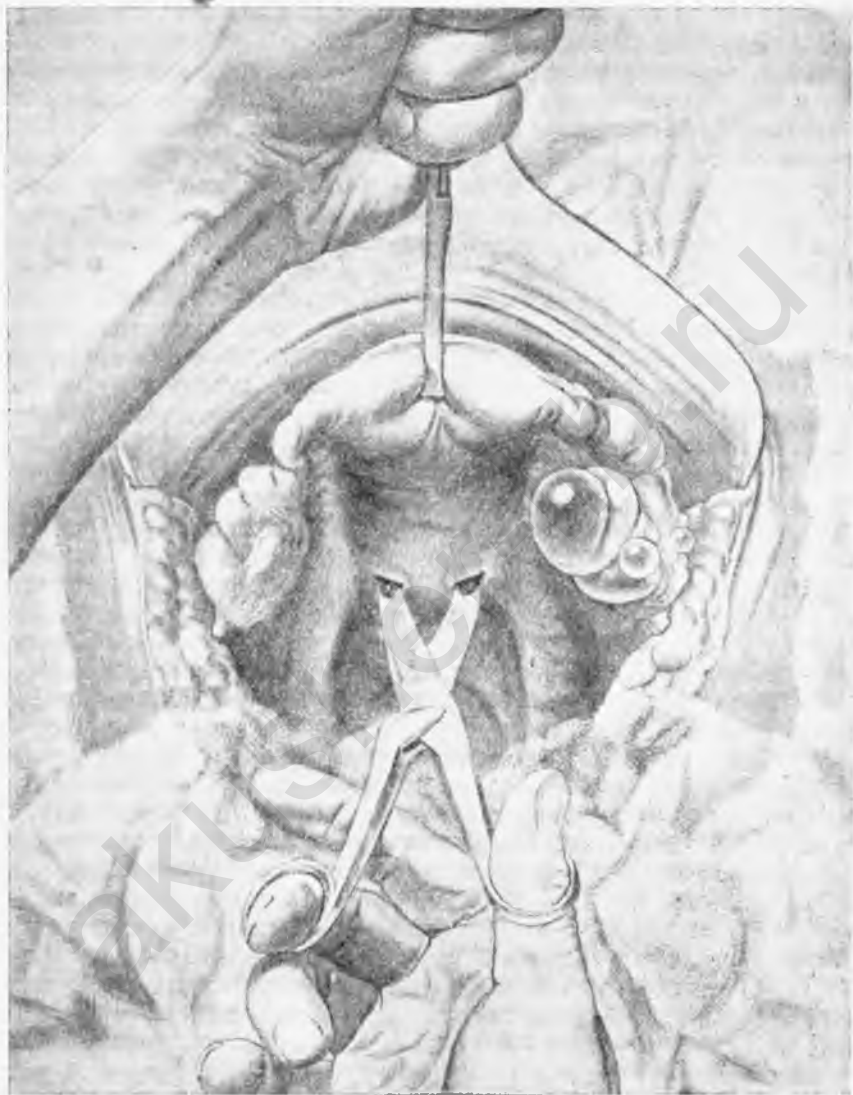


Рис. 226. Заднее отсечение. Матка подтянута вперед. Отсечение матки на уровне внутреннего зева кривыми ножницами.

Часто, когда отсечение закончено, маточные артерии дают небольшое кровотечение с каждой стороны; если имеют в виду сохранить и эти

206



Рис. 227. Заднее отсечение. Шейка отсечена. В каждом углу разреза видны нетронутые маточные артерии. Спереди передний листок брюшины.

несколько капель крови, то можно остановить кровотечение немедленно.

Наконец нередко, и это, пожалуй, наиболее частые случаи, маточные артерии не дают никакого кровотечения. Отсечение здесь ограничилось только шейкой и не коснулось маточных артерий (рис. 227).

Итак, перед нами сейчас тот момент операции, когда отсечение закончено, и матка удерживается лишь широкими маточными связками. Листок брюшины, выстилающий заднюю часть матки и широких связок рассечен на уровне внутреннего зева поперечным разрезом длиной приблизительно в 4—5 см. Передний листок, проходящий впереди матки и широких связок и расширяющийся на пузырно-маточный свод, еще не тронут.

С этого момента вмешательство становится еще проще, и экстирпация матки и придатков является делом лишь нескольких секунд.

В то время как левая рука все время энергично подтягивает матку кверху с тем, чтобы по возможности шире открыть область, разделяющую два сегмента рассеченной матки, правая рука, обращенная ладонной поверхностью кверху, смело проводит 2 или 3 пальца, указательный и средний, или, в случае надобности, указательный, средний и безымянный, по направлению сзади наперед. Концы пальцев сразу же касаются переднего листка брюшины на уровне пузырно-маточного свода, который ими и разрывается. Пальцы тогда оказываются спереди от матки и широких связок, причем большой палец остается сзади. Сместя руку вправо, забирают между большим и указательным пальцами правую широкую связку, превращая ее как бы в пожку, и теперь, поднимая широкую связку снизу вверх, нет ничего проще ее выделить вплоть до прикрепления ее к тазовой стенке, кнаружи от придатков (рис. 228).

В этот момент маточная артерия если только она не была перерезана в момент отсечения матки оттягивается, причем маленькие веточки ее разрываются по мере удаления маточной артерии от краев матки. Но самый ствол маточной артерии разрывается не всегда и крови может не оказаться ни одной капли, потому что сосудистая петля вся целиком отодвигается кнаружи и перерезается только у ее анастомоза с маточно-яичниковой артерией (*art. ovarica*. Ред.) там, где отсекается широкая связка, выделенная или даже совершенно нетронутая.

Однако во время этого вмешательства маточная артерия обычно разрывается; но именно потому, что она разрывается сама, она не кровоточит или же кровоточит очень мало, вследствие чего, когда матка уже удалена, остается достаточно времени, чтобы спокойно захватить обе артерии, слегка кровоточащие с той и с другой сторон шейки.

Затем захватывают выделенную широкую связку левой рукой, в то время как правой рукой, вооруженной крепким зажимом, захватывают ее пожку, которую и отсекают одним ударом ножниц (рис. 229).

Матка, ничем не удерживаемая справа, вывихивается влево, левая широкая связка отворачивается и захватывается зажимом кнаружи от придатков, после чего достаточно бывает одного последнего взмаха ножниц для того, чтобы совершенно отделить весь маточно-придатковый массив (рис. 230).

И тогда, если маточные артерии оказались перерезанными во время отсечения матки или разорвались во время выделения широких связок, можно захватить совершенно спокойно оба сосуда, которые с каждой стороны от шейки дают по несколько капель крови. Впрочем довольно часто, как я это уже упоминал выше, там, где маточные артерии, будучи

отделены и отодвинуты кнаружи, не разорвались, нет никакой надобности накладывать лигатуры по крайней мере вблизи от шейки. Лига-



Рис. 228. Заднее отсечение. Нарушение целостности переднего листка широкой связки.

тура должна быть наложена, если только она накладывается, на конец маточной артерии у того места, где она анастомозирует с яичниковой артерией, совсем вблизи от круглой связки, которая тоже может быть

захвачена в ту же лигатуру. Но такой случай представляется несколько отличным и к тому же менее благоприятным, потому что гораздо выгоднее видеть ясно кровотокающую маточную артерию и захватить ее изолированно, хорошо видя, что делаешь.



Рис. 229. Заднее отсечение. Левая рука захватывает широкую связку, на которую накладывается зажим.

Первая часть операции закончена. В тазу остаются 4 зажима: по одному на каждой маточной артерии и по одному на каждой широкой связке (рис. 231). Остается лишь наложить лигатуры, закрыть тщательным наложением швов шейку и тазовую брюшину и закончить операцию тем способом, который представляется каждому хирургу лучшим и наиболее правильным.

Такова гистеректомия по способу отсечения, являющаяся чрезвычайно,

я повторяю, простой, когда дело идет о фиброме или двустороннем, легко подвижном аднексите с небольшими сращениями.

Этот способ позволяет оперировать с невероятной быстротой.



Рис. 230. Заднее отсечение. Правая широкая маточная связка отсечена; матка вывихнута влево, видны разорвавшиеся с обеих сторон маточные артерии.

Время, необходимое для удаления матки, исчисляется не минутами, а секундами; и мне иногда удавалось, оперируя без особой торопливости, удалять фиброму в 75 — 65 и даже 55 секунд, считая время от момента погружения скальпеля в кожу белой линии.

При аднекситах почти всегда необходимо тщательно обследовать придатки, чтобы отдать себе отчет в возможности их сохранить; это обследование требует известного времени и уменьшает сравнительное значение

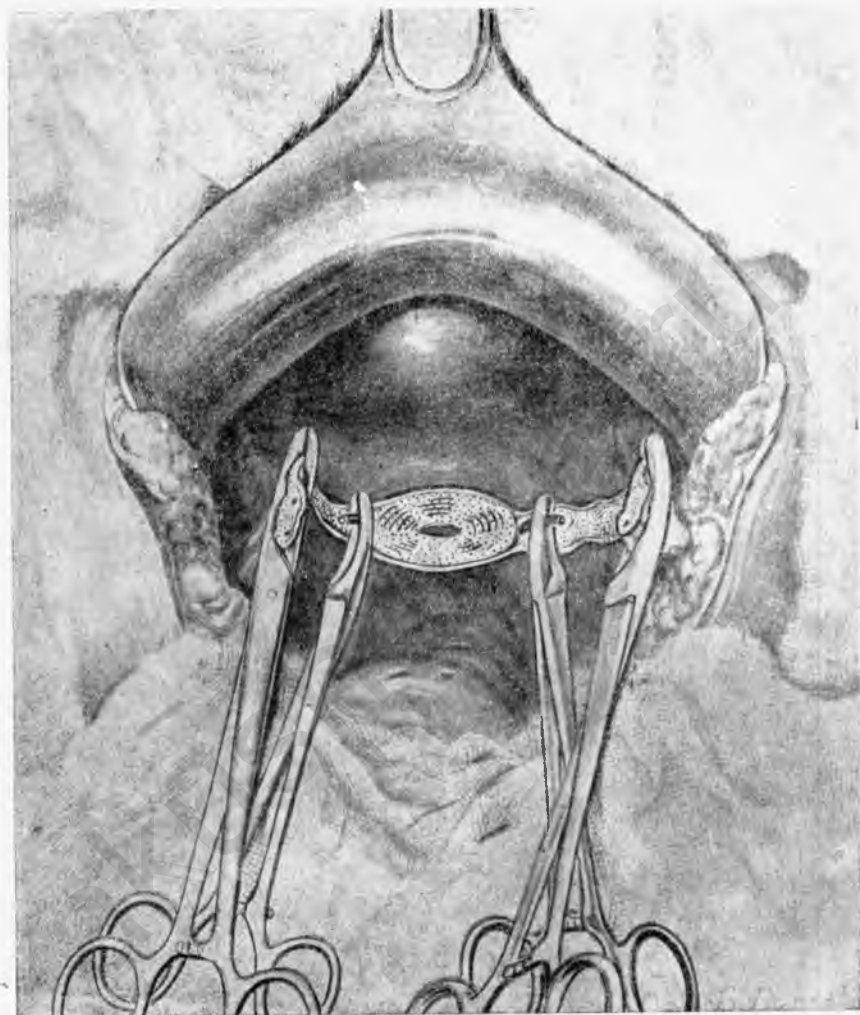


Рис. 231. Заднее отсечение. Экстирпация закончена, обе art. uterinae захвачены зажимами.

цифр, которые можно было бы получить, но я думаю, что я не преувеличу, если скажу, что после того, как решение удалить матку и придатки принято, придатки уже обследованы, самое удаление, при вскрытой брюшной полости, требует не больше приблизительно 20 секунд.

Мне часто приходилось благодаря этому способу заканчивать опе-

212

рацию приблизительно в 15 минут, считая от первого взмаха скальпеля до наложения последнего шва.

В октябре 1906 г. мне удалось закончить операцию менее чем в 10 минут

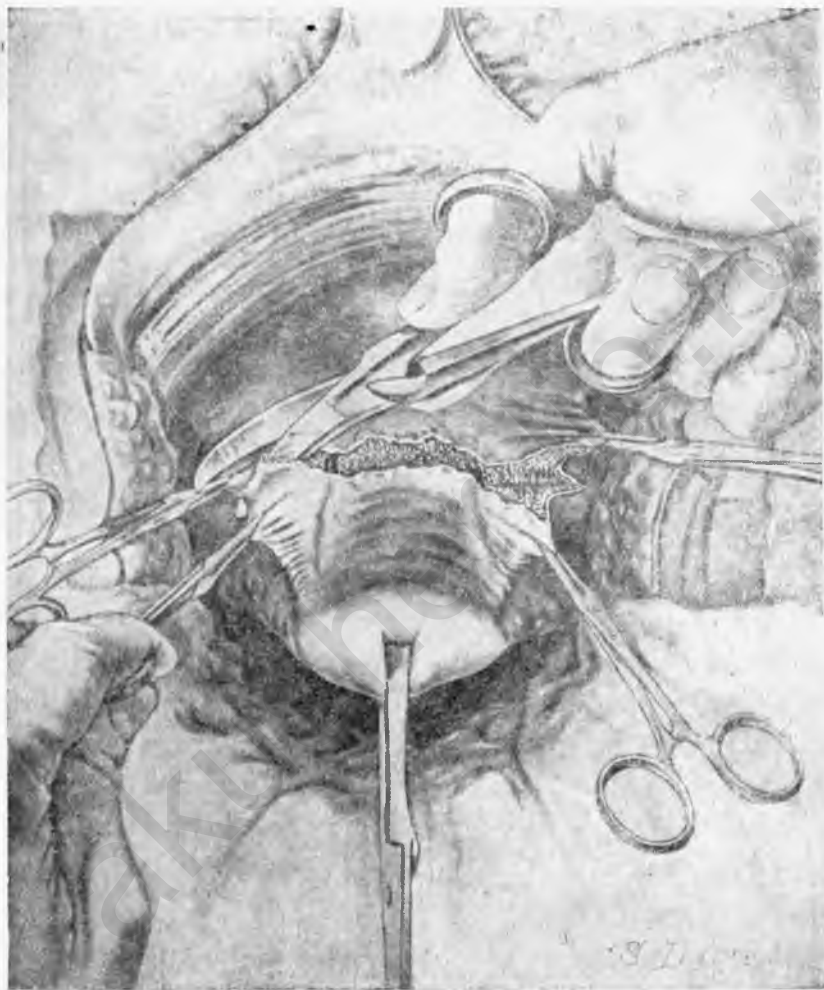


Рис. 232. Переднее отсечение. Рассечение круглой маточной связки и переднего листка брюшины.

(точно в 9 минут 36'') — и это без лишней торопливости, с наложением шести отдельных швов на сосуды, непрерывного шва на культю шейки и с безукоризненной перитонизацией малого таза, но правда с зашиванием брюшной стенки одноэтажным швом.

Между прочим я располагаю кинофильмом, в котором полная операция потребовала еще меньшего времени.

Этот способ подходит для случаев, где матка подвижна, легко подтягивается кпереди, вывихивается к лобку, когда дугласово пространство свободно. Другими словами этот метод особенно

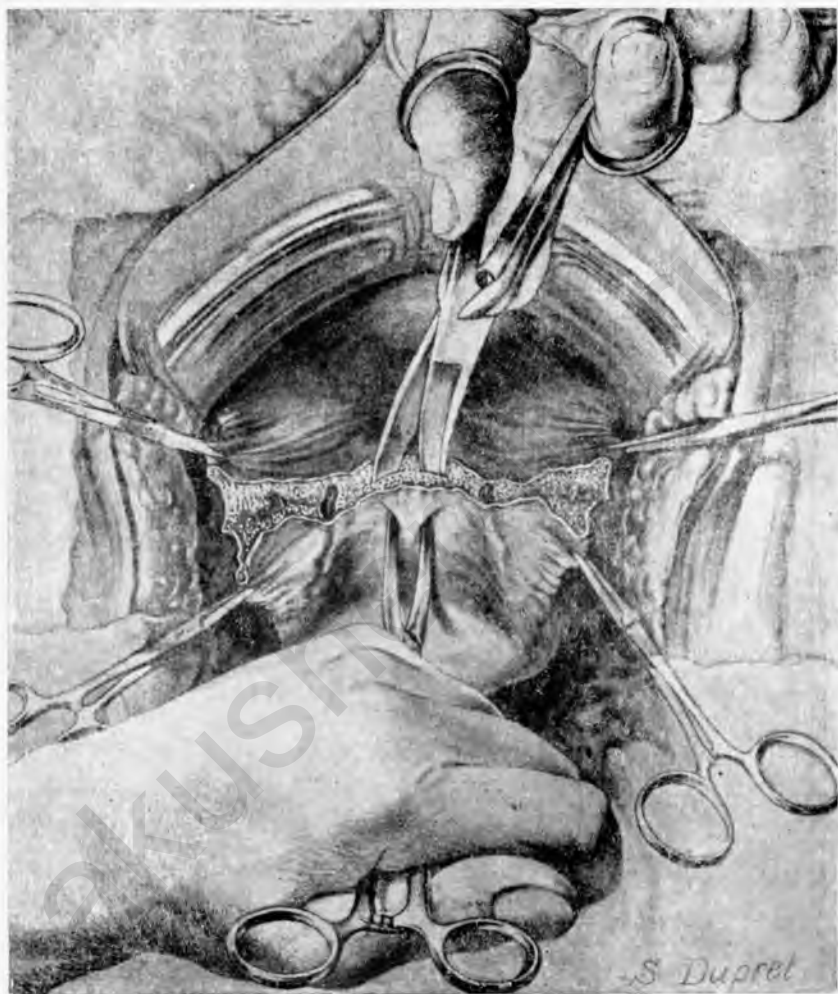


Рис. 233. Переднее отсечение. Шейка подтянута кпереди и отсечена большими кривыми ножницами.

подходит для подвижных фибром с удлинненной шейкой и для аднекситов без сращений, типом которых могут служить оофориты с кистозным перерождением. Для всех других случаев он или не пригоден или же несравненно уступает другим способам. Следовательно он рекомендуется в сущности лишь для простых случаев, где все способы хо-

реши. Но зато он в этих случаях является особенно изящным и быстрым, что и заставляет меня его рекомендовать тем, кто имеет какой-либо на-

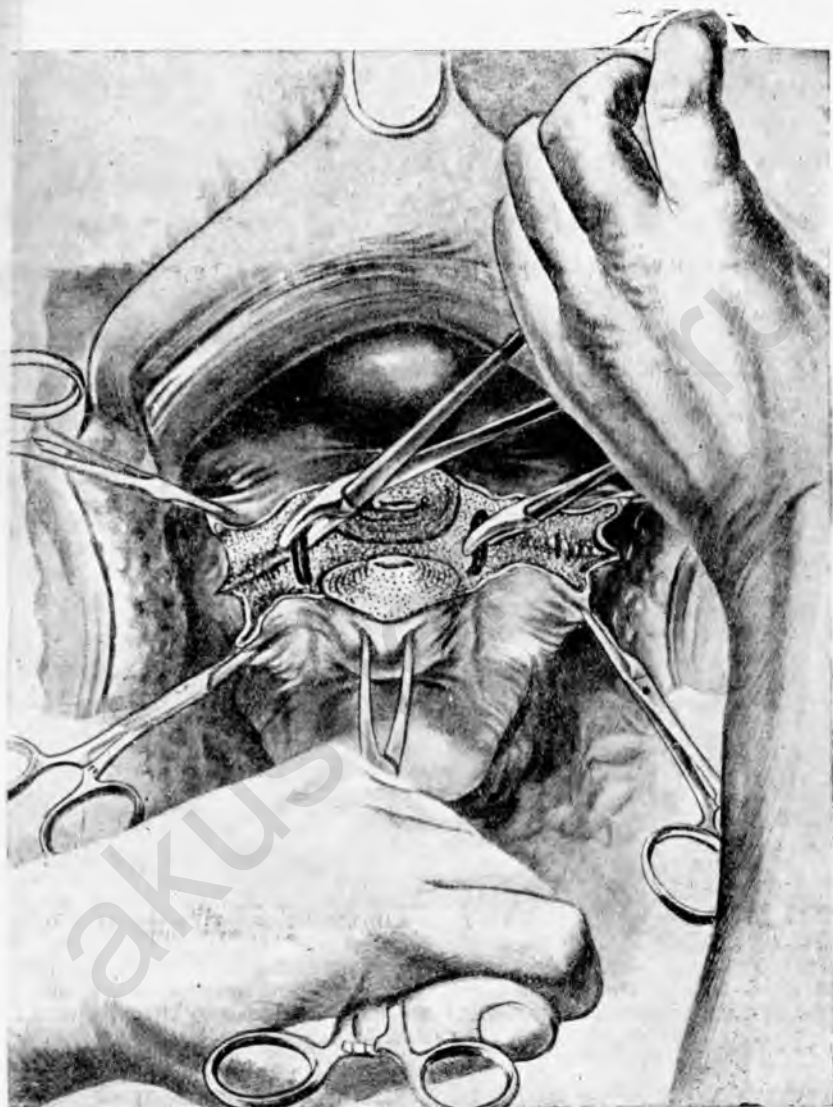


Рис. 234. Переднее отсечение. Шейка отсечена. Захватывание маточной артерии. Это захватывание может быть произведено перед отсечением шейки.

вык в тазовой хирургии; другим же лучше от него воздержаться и пользоваться менее эффектными способами.

Способ «отсечения» представляет некоторые преимущества, свойствен-

ные ему одному. Так например мочеточник оказывается в условиях значительной безопасности. Не только оказывается невозможным ранить мочеточник, когда отсекают шейку на уровне внутреннего зева, но и самый подступ к шейке по средней линии лучше других приемов, если

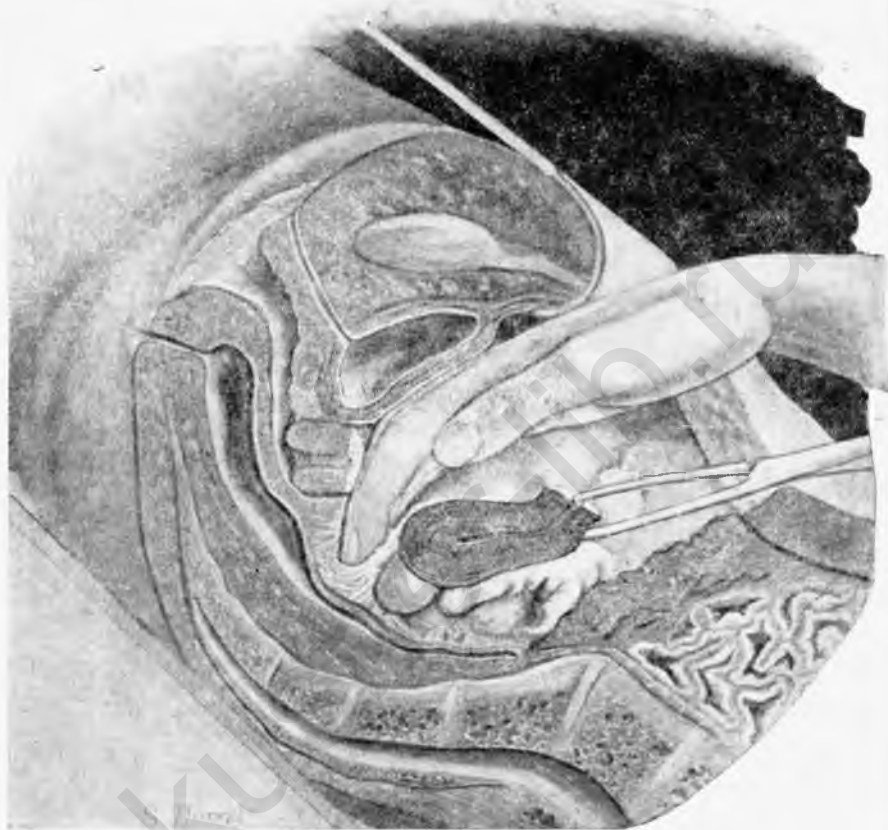


Рис. 235. Переднее отсечение (в срединном передне-заднем разрезе). Матка и придатки, спаянные с глубокими частями, не могут быть подняты кпереди. Шейка заранее отсекается спереди назад. Рука проникает в дугласово пространство позади матки и отделяет придатки; снизу вверх.

не считать способа продольного сечения, предохраняет от подобного осложнения. И действительно, как мы уже говорили выше, мочеточник соединен с листком брюшины, выстилающим стенку таза, и следует за движениями этого листка.

При пользовании некоторыми способами, как например способом Келли (Kelly), при попытке отделить спаянные со стенкой таза придатки сверху и вниз, можно попасть кнаружи, в область подвздошных сосудов и отвести листок брюшины с сопровождающим его мочеточником кнутри по

направлению к средней линии, в опасную область, где его можно поранить. Подходя к шейке сзади, от центра таза, как это делается при способе отсечения, можно быть уверенным, что находишься кнутри от пристеночного листка брюшины, с которым сращен мочеточник и который сам прилежит к сосудам таза. Таким образом приходится волей не-

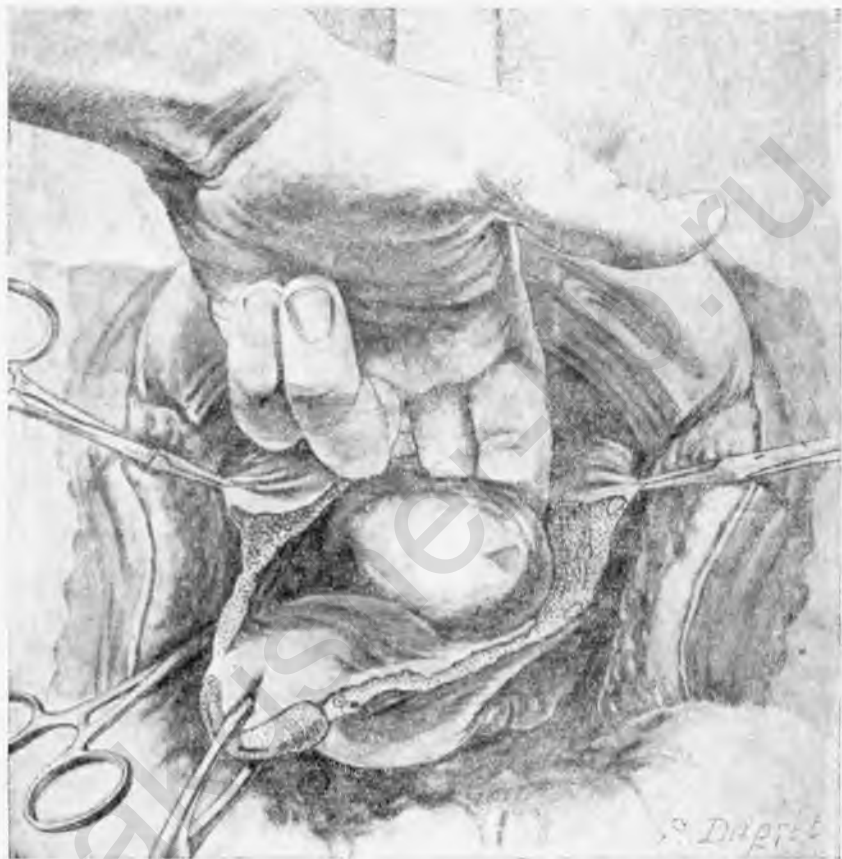


Рис. 236. Переднее отсечение. Шейка вытянута кпереди и матка запрокинута. Отделение правых придатков по направлению спереди назад и снизу вверх.

волей оставаться кнутри от мочеточника, и все манипуляции, совершаемые в этот момент, связаны с отодвиганием его от опасной зоны.

Наконец при способе отсечения получается спереди особенно большой лоскут брюшины; и действительно брюшина, вместо того чтобы быть разрезанной ножницами в том или ином месте, оказывается отделенной от передней поверхности матки вплоть до границы, где она уже перестает отделяться. Движением руки целость ее нарушается и она разрывается как раз в том месте, где она приращена к ткани матки, благодаря чему

естественно образуется большой лоскут брюшины, позволяющий произвести прекрасную перитонизацию.

Но способ отсечения применим не только в простых случаях. И дей-

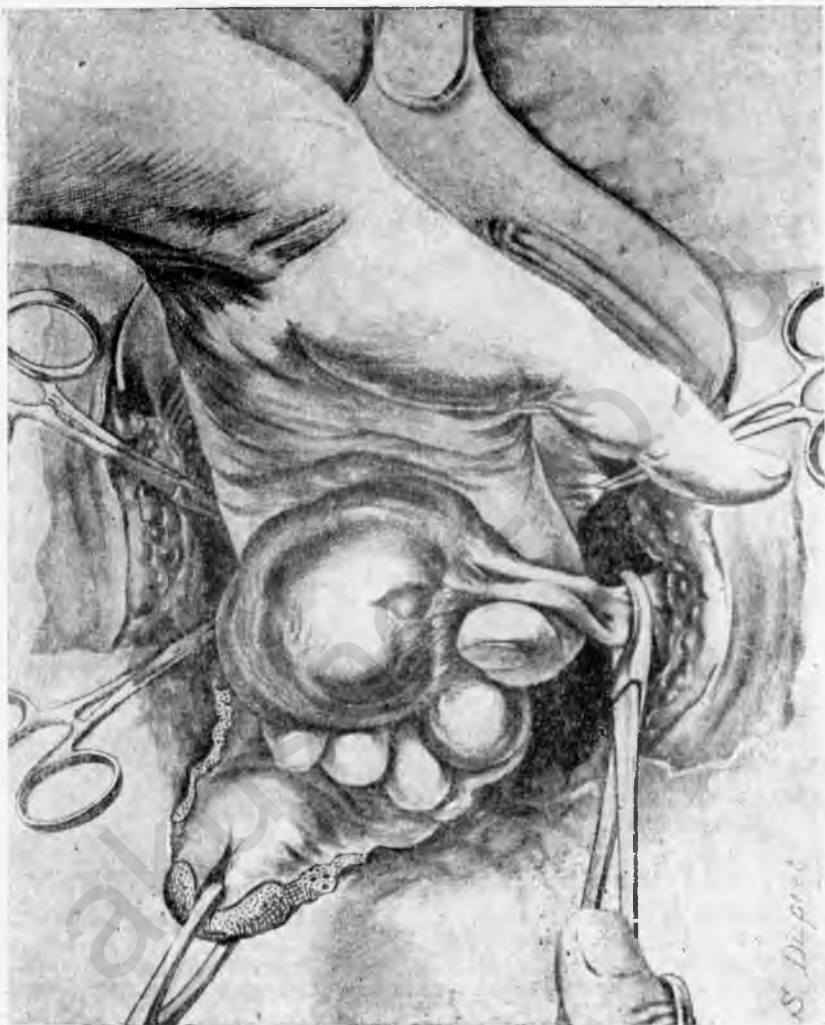


Рис. 237. Переднее отсечение. Правые придатки отделены целиком. Наложение зажима на правую широкую связку, которая будет перерезана.

ствительно существует целый ряд случаев и случаев наиболее тяжелых, где этот способ может оказать неоценимые услуги, давая возможность хорошо закончить оперативное вмешательство там, где оно может оказаться почти невыполнимым при пользовании всеми другими способами.

Это те случаи, где дело касается фибром или аднекситов, при которых матка, будучи далеко не свободной и не доступной сзади, на глубине дугласова свода, приращена, ущемлена, находится в положении ретрофлексии, и где одним словом ее абсолютно невозможно подтянуть кпереди, так как она плотно фиксирована к прямой кишке и к глубоким частям крестцовой впадины.

При этих условиях хирург будет отсекал матку в первую очередь не сзади, а *спереди*, на уровне пузырно-маточного свода, который в этом случае почти всегда очень легко доступен и даже иногда как бы выбухает кпереди, позади лобка (рис. 235).

В этих условиях нужно следовательно производить *отсечение спереди*.

Хорошие щипцы Мюзе накладываются на нижнюю часть тела матки выше внутреннего зева (isthmus) и на 1 см выше пузырно-маточного свода кривыми ножницами без всякого риска и затруднений рассекают внутренний зев *спереди назад* (рис. 232, 233). Затем с каждой стороны захватывается и отсекается маточная артерия (рис. 234). Тогда в общем очень просто, — я говорю это по опыту, — поднять кпереди, вывихивая и выворачивая (рис. 235, 236, 237), нижнюю часть тела матки, завести пальцы позади нее и отделить таким образом снизу вверх и спереди назад сращения, которые оказываются почти недоступными при попытке подойти к ним сверху вниз. Это тем более легко понять, что очень часто — можно было бы сказать, даже почти всегда — дно дугласова пространства, в которое попадают тотчас же после отсечения матки, оказывается свободным от сращений, благодаря чему задняя поверхность тела матки не фиксируется соседними частями даже тогда, когда дно матки и придатки спаяны плотным слоем неразделимых сращений (рис. 235).

Можно также, как это делал Келли, в некоторых случаях аднекситов, целиком запаивающих матку, вначале отсечь поперечным разрезом шейку, следуя всегда спереди назад, с тем, чтобы затем иметь возможность рассечь матку снизу вверх по средней линии и произвести в конечном итоге полное продольное рассечение ее на две части. Этот способ позволяет хорошо проводить исключительно сложные случаи, причем рассечение матки пополам снизу вверх имеет здесь такое же значение, как и рассечение матки сверху вниз при особом способе продольного рассечения матки пополам (стр. 234).

Этот способ хорошо открывает центр таза. Он позволяет хирургу видеть все, ориентироваться и непосредственно идти к придаткам, которые до тех пор казались недоступными (см. стр. 262, рис. 269).

В этих тяжелых случаях, при которых анатомические изменения создают совершенно особые соотношения, показания к этому способу *«отсечения матки спереди»* совершенно очевидны, так как лишь этим путем легко удастся выйти из положения, полного всяких затруднений.

За последние годы Рикар¹, но особенно Мартель², который прекрасно

¹ Ricard. Gaz. de Hôpitaux, 1913, p. 385.

² T. de Martel. Quelques mots en faveur de l'hystérectomie par décollation antérieure. Presse médicale, 1909, p. 617.

изучил этот вопрос, а позже также Бази¹ думали, что отсечению матки спереди должно быть придано значение общего метода, который должен применяться во всех случаях, с исключением всех других способов. Они подчеркивали ту большую легкость вылушения спаянных придатков, которая создается благодаря подступу к ним не только снизу, но еще и спереди, и они были правы, настаивая на этом бесспорном факте. Мартель, который имеет ясное представление о настоящей хирургии, слегка даже изменил предложенную мною технику, советуя отсекал круглые связки с самого начала операции и одновременно рассекал передний листок брюшины от одной круглой связки до другой, проходя через пузырно-маточный свод (рис. 232). Он вполне прав в этом, и этот столь простой прием еще более облегчает всю операцию. Этот прием позволяет более легко подойти к маточным сосудам и шейке и особенно, когда последняя отсечена, позволяет вывихнуть и вывернуть матку, которая более не удерживается натяжением круглых маточных связок и дает возможность более удобно подойти к расположенным позади нее придаткам с их передней поверхности и их нижнего полюса. Такое предположение, которое оказывается описанному мною методу, мне лестно, но я все-таки остаюсь убежденным, что если отсечение матки спереди является прекрасным способом, стоящим выше всех остальных в тех случаях, где матка находится в положении ретрофлексии и приращена в глубине таза, то он все же менее удобен, чем способ Келли и способ «рассечения матки пополам» в случаях, где к последнему имеются определенные показания.

Удаление матки непрерывным поперечным разрезом. Способ Келли американский способ. Общий план этого способа весьма прост. Спускаются с одной стороны, например с левой, сверху вниз до боковой стенки внутреннего зева по широкой маточной связке, которая по пути рассекается. Рассекают внутренний зев, затем запрокидывают матку в правую сторону и поднимаются, на этот раз снизу вверх, по широкой связке, которая еще держит матку в ее верхней части, и которую под конец отсекают.

В обычных условиях этот способ технически не представляет никакого затруднения, но при условии однако, что сторона, с которой начинается операция, относительно свободна и можно легко спуститься к шейке матки по широкой связке.

Как и всегда, хирург становится слева от больной. В этих условиях он может делать операцию, либо начиная с правой стороны от матки и заканчивая левой стороной, либо, напротив, начиная с левой стороны и заканчивая правой. Я лично нахожу, что проще начинать слева от матки и таким образом подходить к шейке непосредственно с своей стороны. Но местоположение процесса может сделать более выгодным подступ справа, как это и представлено на приведенных ниже рисунках (рис. 238—244).

¹ Louis Bazy. Revue de Gyn. et de Ch. abdom., sept. 1912 et déc. 1912, p. 529.

Когда живот вскрыт, и матка подтянута при помощи штопора или зажима, рассекают правую маточно-яичниковую ножку (lig. infundibulo-



Рис. 238. Правый указательный палец, проникая сзади наперед, разрывает широкую связку.

pelvicum. Ред.) и круглую маточную связку, которые захватываются одновременно крепким зажимом, накладываемым между придатками и

стенкой таза (рис. 240). Я уже давно привык, для более скорого и надежного производства этого первого момента операции, т. е. отсечения



Рис. 239. Образование ножки и наложение зажима на широкую маточную связку.

широкой маточной связки, пользоваться следующим приемом, который до сих пор мной еще не был описан ¹.

Когда матка подтянута кверху с помощью штопора или зажима, кото-

¹ D a r t i g u e s. Hystérectomie abdominale angiotripsique. Paris chirurgical, juillet 1912.

рые удерживаются левой рукой, хирург указательным пальцем правой руки прорывает сзади наперед широкую связку в области бессосудистого



Рис. 240. Способ Келли. Правая широкая связка была захвачена кнаружи от придатков и отсечена ножницами. (Способ пригоден там, где предыдущий прием почему-либо не применим).

участка ее, т. е. в углу между маткой и ножкой придатков. Передний листок широкой связки нередко оказывает легкое сопротивление, но в

Общем его очень легко преодолеть: указательный палец сгибают наподобие крючка и захватывают им верхний отдел широкой связки, трубу, яичник и круглую связку, поднимают их и натягивают место при-



Рис. 241. Способ Келли. Захватывание правой маточной артерии. Для большей ясности вены не изображены.

крепления их к тазу (рис. 238), собирая их в одну ножку, которую очень легко захватить крепким зажимом (рис. 239) и отсечь ножницами. Этот прием требует всего лишь нескольких секунд.

Но этот прием имеет еще и другое более важное преимущество помимо выигрыша времени. Этот прием позволяет легко и почти мгновенно произ-

вести вылушение придатков, если последние окружены незначительными сращениями и особенно предупреждает возможность ранения мочеточника у входа в таз. И действительно в этом случае мочеточник почти недости-



Рис. 242. Способ Келли. Отсечение шейки на уровне внутреннего маточного зева.

жим; между тем там, где маточно-яичниковая ножка (*lig. infundibulo-pelvicum. Ped.*) слегка воспалена, потеряла свою эластичность и гибкость и когда к ней подходят сверху вниз, можно как раз в области входа в таз случайно поранить мочеточник, который нередко идет тотчас же под маточно-яичниковой ножкой (*lig. infundibulo-pelvicum. Ped.*).

Как бы там ни было, пользуются ли этим приемом, или медленно и постепенно спускаются по широкой маточной связке, последовательно захватывая и отсекая маточно-яичниковую ножку (*lig. infundibulo-pelvicum. Ред.*) и круглую связку, быстро достигают края шейки.



Рис. 243. Способ Келли. Шейка отсечена. Захватывание левой маточной артерии.

Оттягивая матку влево, можно хорошо видеть маточные сосуды правой стороны, которые после предварительного наложения зажима, перерезаются. Они появляются в ране в виде соединительнотканного сосудистого пучка, который направляется косо снизу вверх и снаружи кнутри к внутреннему зеву и нижней части тела матки. Нет ничего проще, как

захватить их специальными зажимами для маточных артерий, причем зажимы эти продвигаются в глубину до тех пор, пока зубцы их не захватят самую ткань матки (рис. 241); в этом случае зажим находится в со-

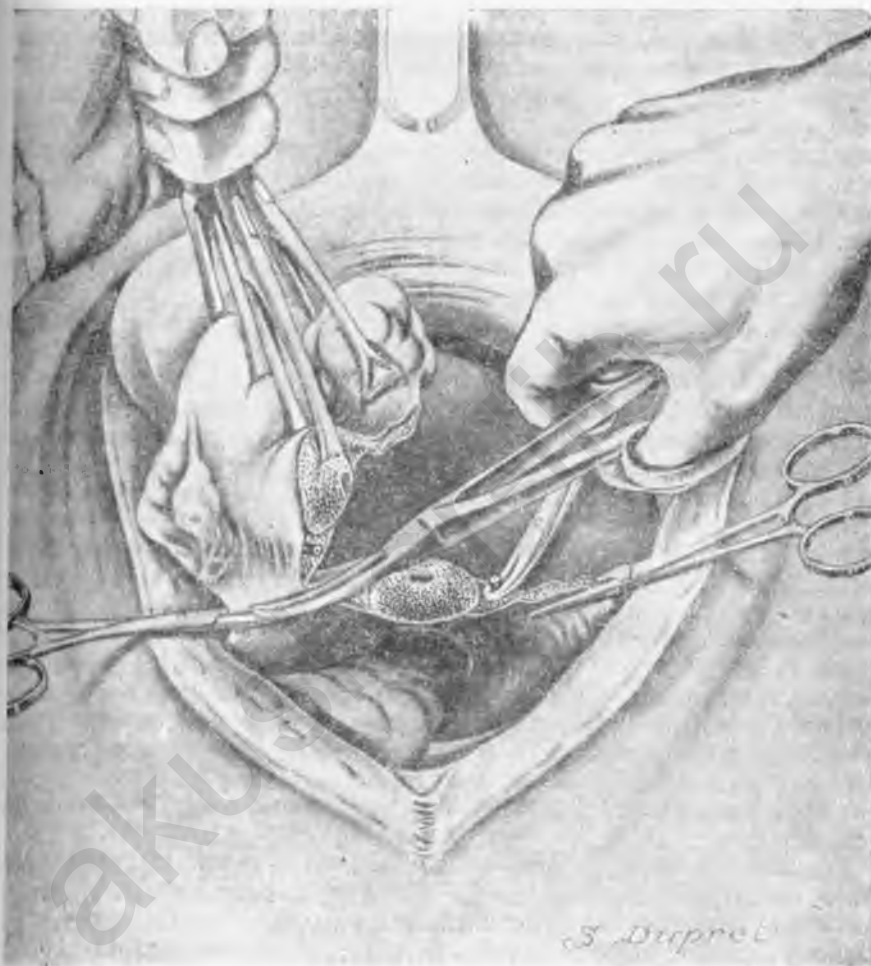


Рис. 244. Способ Келли. Матка совершенно вывихнута влево. Захватывание левой широкой связки, которая отсекается одним ударом ножниц.

прикосновении с внутренним зевом. Крепкими, изогнутыми ножницами, которые для этой цели удобнее всяких других инструментов, рассекают внутренний зев, в центре которого полость шейки служит ценным опознавательным пунктом. Затем в случае надобности нижняя часть матки на уровне разреза захватывается щипцами (щипцами Мюзе. *Ред.*) (Рис. 242).

Тогда, потягивая слегка за щипцы, замечают расположенные в около-

шеечной клетчатке левые сосуды матки, артерии и вены, которые, выходя из основания широкой связки, направляются к краю матки. На них накладывают зажим (рис. 243). Если они не видны, то проще всего подтянуть матку, продолжая ее вывихивать влево. Тогда в конце концов замечают артерию, если только она не разрывается и не обнаруживает себя струей крови, часто очень слабой или почти ничтожной, поскольку всякая артерия при разрыве имеет тенденцию к самопроизвольной облитерации. Матку продолжают подтягивать все более и более вывихивая ее влево. Широкая связка отворачивается необыкновенно легко, даже в том случае, если придатки матки спаяны с соседними частями, и вскоре весь массив матки с придатками удерживается у стенки таза лишь круглой связкой и маточно-яичниковой пожкой (*lig. infundibulo-pelvicum*, *Ред.*), которые захватываются зажимом и отсекаются ножницами (рис. 244). Удаление матки закончено. Остается лишь закончить операцию, как и при всех остальных способах.

Способ Келли заставляет таким образом подходить к матке в первый момент операции сверху вниз. При таком способе — и мне приходилось это видеть — возникают неудобства в тех случаях, где придатки приращены сбоку. Впрочем выше я описал прием, которым я и пользуюсь и который после отсечения матки позволяет отсекать широкую связку снизу вверх. Но когда придатки свободны, этот подступ сверху вниз весьма прост и позволяет удалять матку очень быстро.

Возможно, что как раз этот способ имеет наиболее общее значение и может быть использован в очень большом числе случаев с одинаковым успехом как при фибромах, так и при аднекситах. В очень легких случаях я предпочитаю способ «отсечения», который является гораздо более быстрым и более изящным. Но против способа Келли нельзя сделать никаких возражений. Он противопоказан лишь там, где невозможно или трудно подойти к широкой связке сверху вниз, т. е. в случаях, где имеются двусторонние аднекситы с многочисленными спайками, где матка находится в положении ретрофлексии, ущемлена и окружена сращениями, в случаях, где следует соответственно этому пользоваться либо способом продольного рассечения матки пополам, либо способом отсечения матки спереди.

Удаление матки путем первичной экстирпации матки. Способ Террье. Этот способ по справедливости носит имя Террье (*Terrigt*), который разработал его, как определенный метод и точно описал (диссертация *Delage*) в 1901 г. Но такая мысль была высказана еще Вилларом (*Villar*) и мною на хирургическом Конгрессе в 1898 г. Виллар в 1899 г. предложил своему ученику Шапейрону (*Chapeyron*)¹ написать диссертацию по этому вопросу.

Вот что я писал дословно в одной из клинических лекций, появившейся в 1900 г.²

¹ *Chapeyron*. De l'hystérectomie abdominale totale, comme premier temps de l'extirpation des salpingites purulentes. Th.

² *J. L. Faure*. *Journal des Praticiens*, 1900, p. 17.



Рис. 245. Способ Террье. Рассечение широкой связки между маткой и придатками.

«В принципе нет ничего проще этой операции (сначала экстирпация придатков, затем экстирпация матки по способу Делаженьера); и на самом деле при незначительных сращениях придатков вмешательство это не представляет никаких действительных затруднений. Но как только

случай становится несколько сложнее и если только между придатками и соседними частями оказываются серьезные сращения, то первый мо-

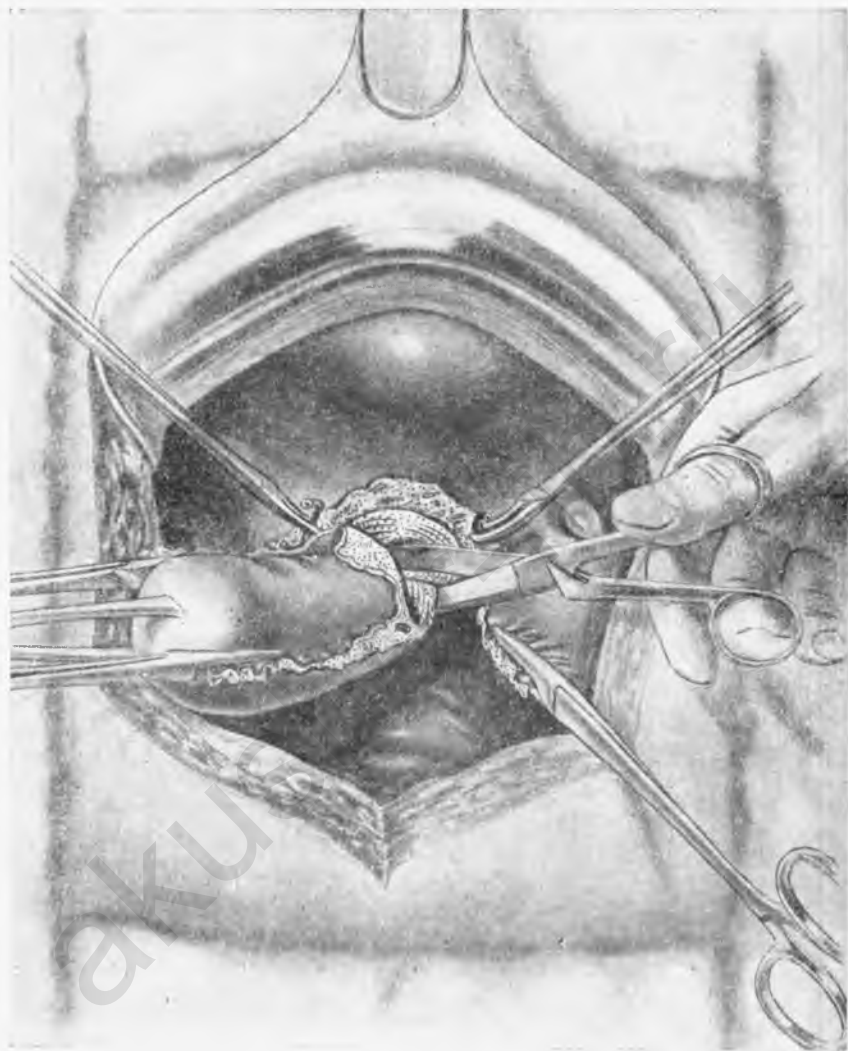


Рис. 246. Способ Террье. Широкие связки рассечены снизу вверх с обеих сторон. Матка отсечена на уровне внутреннего зева. Придатки затем удаляются отдельно снизу вверх и изнутри наружу.

мент этой операции, экстирпация придатков, может представить большие затруднения, именно потому, что при этом способе лишают себя того приема, который особенно облегчает вылущение придатков, — я хочу сказать, возможности удаления, производимого снизу вверх. Кроме того,

оставляя матку до конца, лишают себя больших выгод, связанных с ее ранней экстирпацией, т. к. свободное место, получающееся после удале-



Рис. 247. Рассечение матки пополам. Дно матки, захваченное 2 парами щипцов, рассекается по средней линии прямыми крепкими ножницами.

ния матки в центре малого таза, позволяет работать с большим удобством. Эта предварительная экстирпация матки является действительно весьма ценной и в сложных случаях очень облегчает удаление придат-

ков. Это прекрасно учел мой коллега и друг Виллар (Бордо). Он горячо и вполне основательно ее рекомендует; и действительно во всех мало-мальски сложных случаях значительно легче удалить придатки вместе

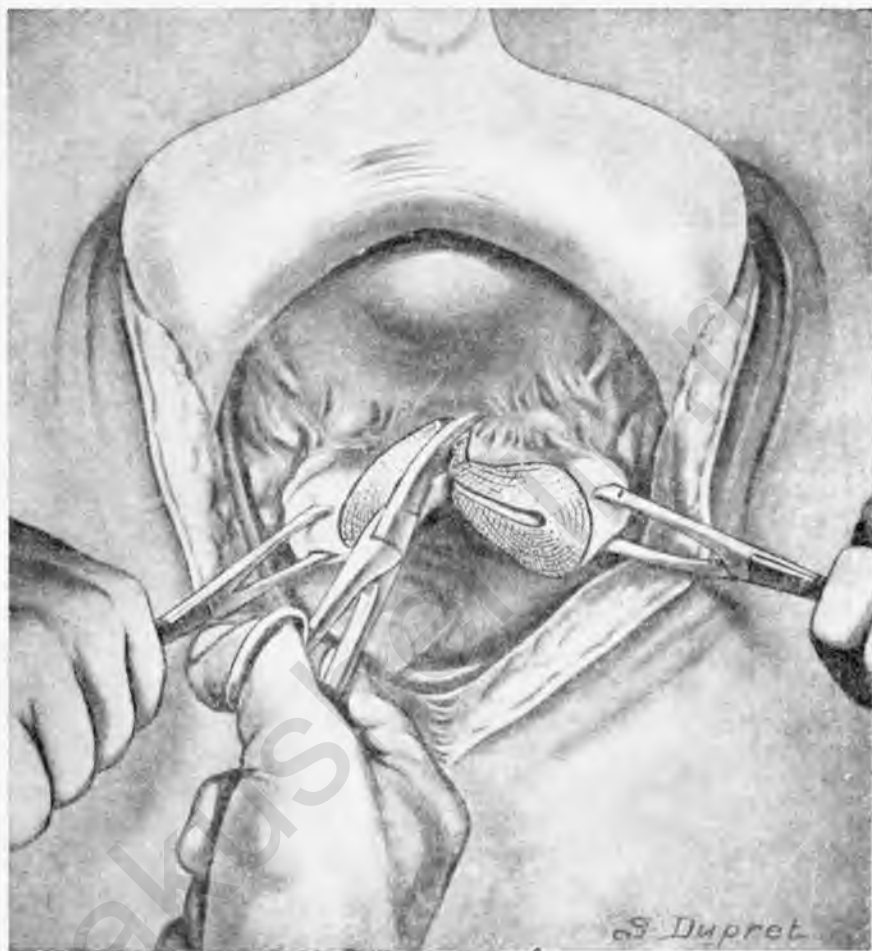


Рис. 248. Рассечение матки пополам. Матка рассечена по средней линии до ее внутреннего отверстия. Поперечное отсечение правой половины с помощью крепких кривых ножниц.

с маткой, чем одни придатки, но при условии однако предварительного удаления матки и пользования тем свободным пространством, которое образуется от ее удаления, что дает возможность оперировать в глубине малого таза и подойти к придаткам с их наиболее доступной стороны».

Эта мысль глубоко справедлива и Террье оказал исключительную

услугу, развив ее и претворив ее в метод, которому он придал авторитет своего большого имени.

Усвоить технику этого способа очень легко: после того как матка за-

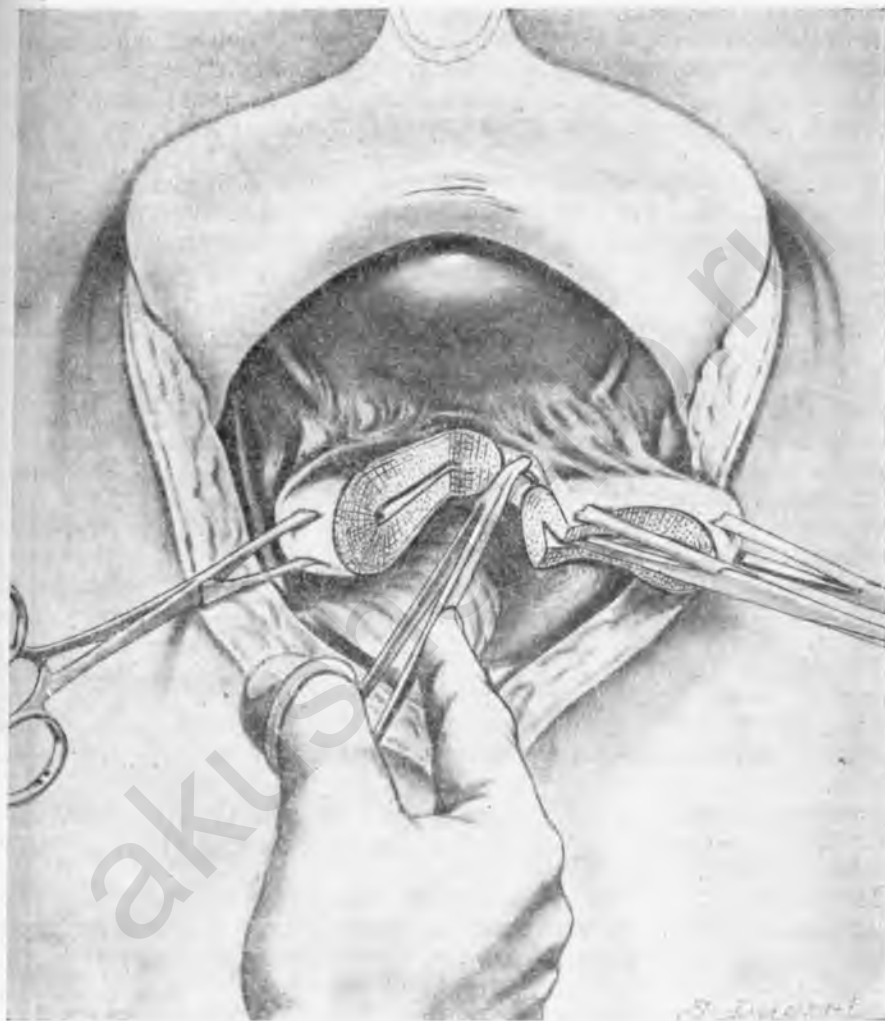


Рис. 249. Рассечение матки пополам. Правая половина совершенно отсечена, подтянута кверху и кнаружи. Захватывание правой маточной артерии.

хвачена за дно крепкими щипцами (Мюзе. *Ред.*), накладывают сверху вниз по краю матки длинный зажим Кохера, начиная от ножки придатков и до области внутреннего зева; такой же зажим накладывается несколько кнаружи, во всю ширину широкой связки, после чего послед-

няя рассекается между 2 зажимами. То же делается и с противоположной стороны и таким образом матка оказывается отделенной от придатков с обеих сторон, будучи связанной теперь лишь с одной шейкой (рис. 245); последнюю рассекают на уровне внутреннего зева и удаляют матку (рис. 246).

При этих условиях в центре таза на месте удаленной матки образуется свободное пространство, где рука может удобно манипулировать и, поскольку этот способ имеет главные показания при двусторонних трудно удаляемых аднекситах, создается доступ к приращенным придаткам с обеих сторон.

Если этот способ является простым в случае небольших сращений матки с придатками, то иногда он оказывается чрезвычайно трудным при наличии плотных сращений, которыми нередко бывают спаины придатки с самой маткой. Зажимы с длинными бородками, которые Террье рекомендует накладывать сверху вниз по бокам матки, в сущности ненужны; достаточно бывает итти вдоль внутреннего края и захватывать отдельные сосуды, которые могут кровоточить. Этим самым устраняется трудность, которая может явиться при наложении с каждой стороны на место прикрепления к матке широкой связки двух параллельных зажимов, между которыми должно быть произведено рассечение и которые иногда бывает совершенно невозможно наложить вследствие сращения гнойных карманов придатков с боковой и задней стенкой матки. Но несмотря на все это, независимо от того, будут ли наложены зажимы или нет, — можно встретить много затруднений при попытке отделения матки от придатков, не разрывая и не вскрывая последних; что следует делать в этом случае, мы увидим дальше.

Как бы там ни было, в случаях двусторонних тяжелых аднекситов со сращениями способ Террье хорош; но поскольку он стоит гораздо ниже того способа, который я сейчас опишу, он не имеет никаких действительных показаний, и я им никогда не пользуюсь.

Удаление матки путем рассечения ее пополам. Способ Фора. Этот способ, примененный и описанный мною впервые в 1894 г., является крайне простым.

После того как живот широко вскрыт и кишки хорошо защищены с помощью компрессов, как это делается при всех способах, дно матки захватывается двумя парами крепких щипцов, каждая из которых накладывается несколько кнаружи от средней линии.

Затем крепкими прямыми ножницами рассекают матку по средней линии от дна по направлению к шейке. Этот разрез продолжают до внутреннего зева на уровне пузырно-маточного свода. Руководствуясь полостью матки, направлению которой надо лишь следовать, очень легко точно держаться середины матки, избегая таким образом всякого кровотечения. Кровотечение в данном случае бывает совершенно ничтожным (рис. 247).

После первого удара ножницами, вскрывающими дно полости матки, я обыкновенно ввожу в эту полость лезвие термокаутера и тщательно

ее стерилизую; но можно обойтись и без этой предосторожности. Таким образом матка оказывается разделенной на 2 половины вплоть до внутреннего зева; тогда захватывают одну из этих половин, например



Рис. 259. Рассечение матки пополам. Правые придатки отделены, захвачены в области их наружной ножки (*lig. infundibulo-pelvicum. Ред.*) и отсечены ножницами.

правую щипцами (Мюзо. *Ред.*), которые накладываются около внутреннего зева и одним ударом больших ножниц поперечным разрезом на уровне внутреннего зева отсекают эту половину от шейки, на которой она еще держится (рис. 248). Подтягивая эту половину матки нижними щипцами, заставляют перевернуться ее вокруг места прикрепления к ней придатков. В самом начале этого приема появляются маточные сосу-

ды с их внутренней стороны, которые легко захватить и перерезать (рис. 249). Продолжая подтягивать вывихнутую половину матки, извлекают придатки, причем левая рука, пользуясь свободным пространством, получившимся вследствие вывиха половины матки, содействует их отде-

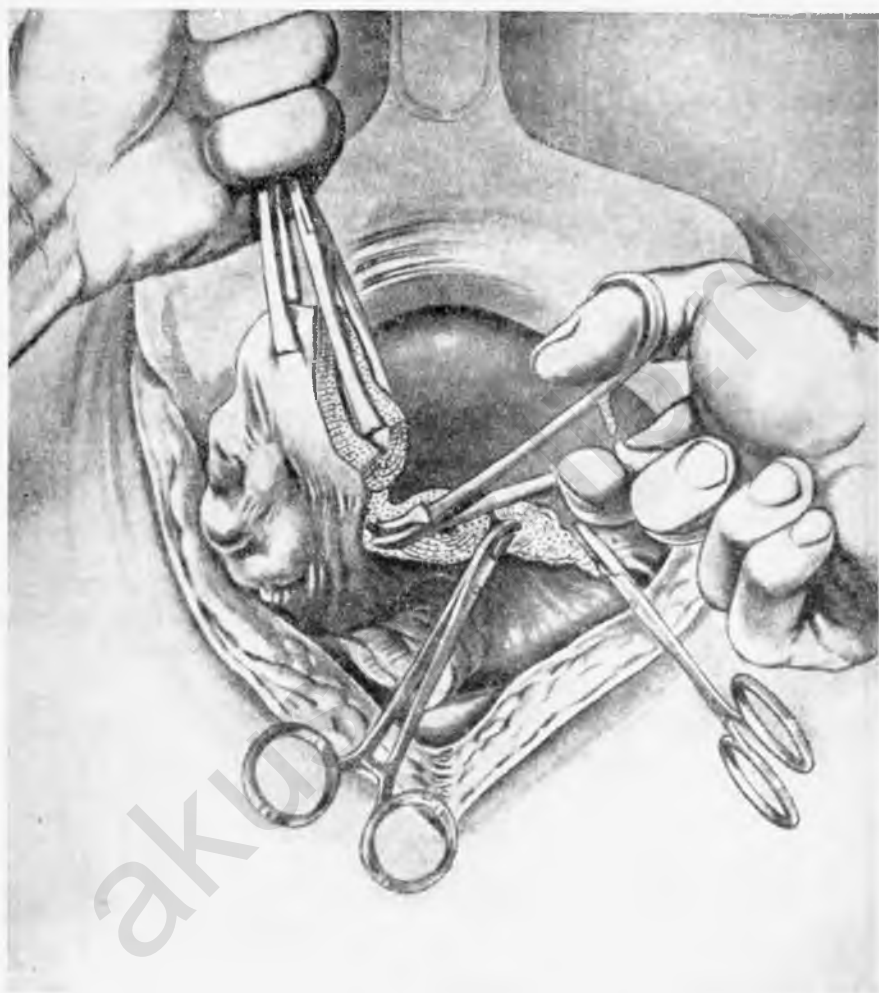


Рис. 251. Рассечение матки пополам. Правая часть удалена. Левая половина матки отсечена на уровне внутреннего зева. Захватывание левой маточной артерии.

лению снизу. Когда отделение закончено, захватывают ножку, состоящую из круглой связки и маточно-яичниковых сосудов, и отсекают ее, удаляя одновременно придатки и соответствующую половину матки (рис. 250).

Остается лишь повторить то же самое вмешательство слева и закончить операцию обычным образом (рис. 251, 252).

В некоторых случаях, исключительно трудных вследствие сложности изменений в придатках и их сращениях, полезно, как показал Мартель,

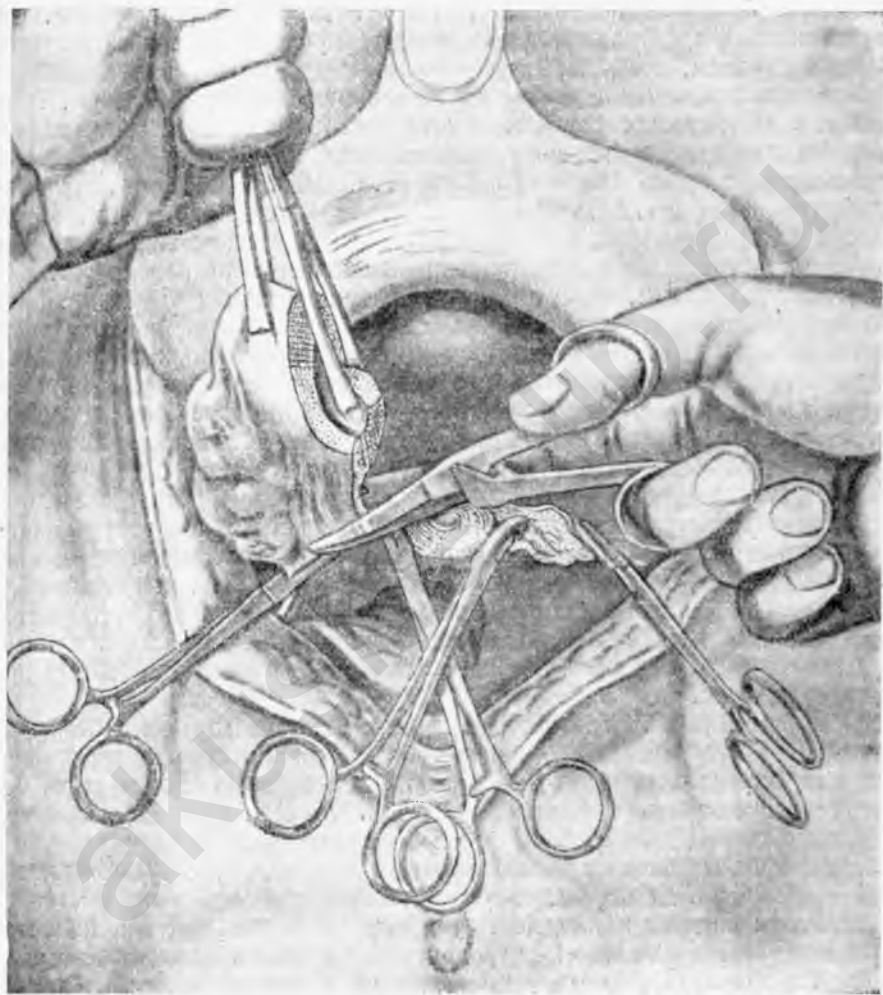


Рис. 252. Рассечение матки пополам. Захватывание и отсечение левой широкой связки после вывиха левой половины матки и отделения соответствующих придатков.

перед тем как вывихнуть половину отсеченной матки, предварительно перерезать круглую связку.

Это освобождает переднюю часть придатков и позволяет подойти к ним одновременно как спереди, так и изнутри и снизу. И этот прием, позво-

тяющий соединить выгоды переднего отсечения матки с выгодами рассечения матки пополам, может оказать ценную услугу.

Конечно этот способ пригоден только в случаях, где матка небольшая. Следовательно при фибромах он должен быть сознательно оставлен. Но зато этим способом можно пользоваться во всех случаях аднекситов.

Однако истинные показания к нему не такие уже широкие. Они ограничиваются случаями, где придатки приращены с обеих сторон. В этих случаях, а также, когда придатки очень плотно приращены к стенкам таза, рассечение матки пополам является методом выбора. То же бывает и в некоторых случаях двусторонних кист, заключенных в широкие связки и спаянных с органами малого таза. И я думаю, в противоположность мнению Мартеля и Базя (T. de Martel, L. Bazy), что какова бы ни была ценность способа переднего отсечения матки, все же способ рассечения матки пополам более выгоден, за исключением случаев, где матка приращена в положении ретрофлексии.

Достаточно найти, как опознавательный пункт, дно матки. Тогда нет ничего проще, руководясь полостью ее, достичь шейки, отсечь каждую половину и остановить кровотечение из маточных артерий, которые прекрасно видны и к которым подходят с их внутренней стороны. Здесь, по сравнению с методом отсечения матки спереди, создаются условия большей видимости внутри таза, вследствие разведения двух половин матки, что открывает путь и руке и глазу, в то время как при способе отсечения матки спереди путь всегда остается в известной степени прегражденным наличием тела матки, которое, несмотря на то, что оно вывихивается, все же представляет известное препятствие. И в силу именно этих различных соображений, во многих трудных случаях этот способ стоит значительно выше других и позволяет часто с максимальной легкостью производить операции, почти невыполнимые или по крайней мере весьма трудно выполнимые при пользовании другими способами.

Конец операции. Лигатуры и перитонизация. Каким бы способом ни пользоваться, когда матка и придатки удалены, конец операции всегда один и тот же. Следует перевязать сосуды и возможно тщательнее закрыть дефекты брюшины; в некоторых случаях приходится наконец дренировать.

Прежде всего следует освободиться от зажимов, загромождающих таз, и наложить лигатуры.

Лигатуры следует накладывать из кетгута № 2 и никогда не оставлять в тазу шелк или какой-либо другой не рассасывающийся материал.

Две первые лигатуры накладываются на маточные артерии. Во избежание их соскальзывания и для получения абсолютной уверенности в отношении гемостаза существуют две очень важные предосторожности, на которые я очень обращаю внимание.

Прежде всего следует проводить кетгут на игле через ткани; выгоднее даже прокалывать им в двух местах, с одной и другой стороны перевязываемого сосуда; наложенные таким образом лигатуры удерживаются тканями и не могут соскользнуть.

Перевязку маточной артерии производят при помощи иглы большой

кривизны à pédale: венозное сплетение перевязывается одновременно с маточной артерией; для перевязки маточно-яичниковой ножки (lig. infundibulo-pelvicum. Ped.) и круглой связки чрезвычайно удобна обычная игла Ревердена.

Затем каждую кетгуттовую лигатуру следует как правило завязывать тремя узлами. Если для шейка и другой нити достаточны два узла, то для лигатур из кетгута двух недостаточно; три узла дают уже полную гарантию.

В некоторых, исключительно трудных случаях, когда или нет фактической возможности ткани, захваченные зажимом, собрать в ножку или когда они рвутся и прорезываются вследствие своей хрупкости, или когда глубина таза делает вмешательство невыполнимым, приходится накладывать лигатуру по нескольку раз и даже может случиться, что наложить ее достаточно тщательно в конце концов все же не удастся. В этих случаях, которые не так уже редки, не следует чересчур гнаться за этим и терять драгоценное время в ущерб больной. Если не имеется в распоряжении щипцов Мишеля для наложения погружных металлических лигатур или если последние не удастся наложить должным образом, надо оставить зажимы à demeure, которые имеют бесконечно больше преимуществ, чем неудобств, и обеспечивают быструю и надежную остановку кровотечения.

Нет сомнения, что этот прием имеет случайное значение, но вместе с тем он является прекрасным способом и им следует пользоваться. Сегон применял его очень широко, а Дартиг¹ под впечатлением того, что он видел у своего учителя, изложил этот способ в прекрасной работе. Он считает даже — и я, будучи близок к этой мысли, пользуясь этим приемом довольно часто, считаю, что когда имеешь дело с истощенной или же очень полной больной, которая плохо дышит и для которой продолжительная операция могла бы оказаться опасной, следует заранее отказаться от лигатур и ограничиться наложением на маточные артерии и широкие связки зажимов à demeure. При этом он дает прекрасные указания, как их располагать. Эти зажимы, которые в случае пужды присоединяются к дренажу Микулича, остаются в брюшной полости в течение 48 часов и затем снимаются без всяких затруднений.

Я не иду так далеко, как он, потому что в общем хорошо наложенная лигатура выгоднее хорошо наложенного зажима, тем более, что случаи, при которых наложение всех лигатур оказывается затруднительным, или требует много времени, не так уже часты. И действительно обыкновенно у больных даже с глубоким тазом и у больных, которые плохо дышат, наложение лигатур на маточно-яичниковую ножку (lig. infundibulo-pelvicum. Ped.) и круглую связку производится поверхностно и легко выполнимо. Таким образом я не иду так далеко, как он, но я без всяких колебаний советую не упорствовать в наложении лигатур, во что бы то ни стало, там, где их трудно и долго накладывать и оставлять зажимы à demeure, как это делают при вла-

¹ Dartigues. Hystérectomie abdominale angiotripsique par pincement temporaire. Paris chirurgical, juillet 1912.

галишном удалении матки, потому что я убежден, что хорошо, почти моментально наложенный зажим *à demeure* много выгоднее, чем сомнительная лигатура, ненадежная особенно там, где ее удалось наложить лишь после длительных манипуляций.

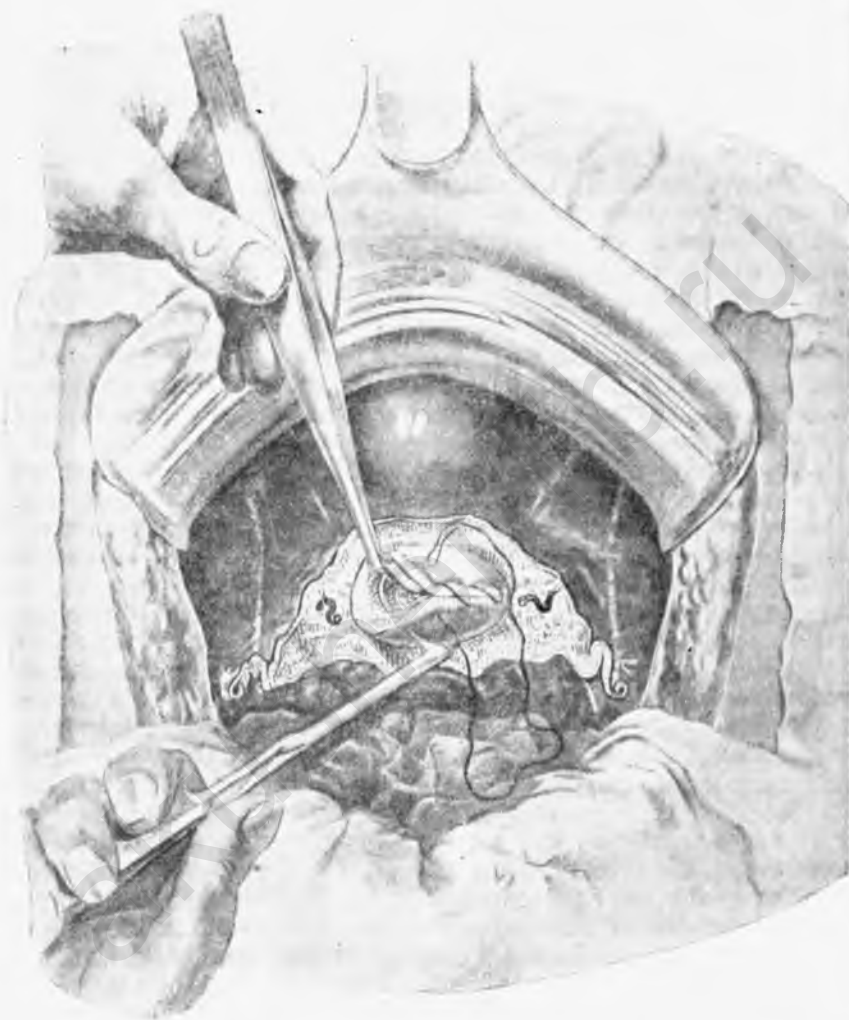


Рис. 253. Зашивание шейки кетгутовым швом. Одинаковый момент при всех способах.

Когда наложение лигатур на маточные артерии окончено, культю шейки зашивают кетгутом № 2. Здесь игла *à pédale* значительно облегчает наложение этого шва. Этот шов имеет назначение закрыть шейку, способствует ее рубцеванию и способствует остановке кровотечения (рис. 253). Совершенно бесполезно иссекать шейку клиновидно с тем, чтобы обра-

зовать две губы и соединить их вместе. Но возражений против этого приема сделать нельзя, если не считать самой бесполезности его, иногда связанного с ним значительного кровотечения и некоторой потери времени.

Прижигание слизистой шейки термокаутером скорее вредно, чем полезно; лучше от него воздержаться.

В некоторых случаях, когда шейка несколько увеличена, можно ее уменьшить, пересекая ее в виде воронки кончиком скальпеля. Тем самым можно освободиться от излишней и воспаленной слизистой. Кровотечение, появляющееся в результате этого центрального иссечения шейки, останавливается немедленным наложением на нее непрерывного шва.

Когда шейка уже закрыта, перевязывают с каждой стороны маточно-яичниковую ножку (*lig. infundibulo-pelvicum*, *Ред.*) и круглую связку, стараясь при этом проводить кетгут через толщу ткани с каждой стороны сосудов. Обыкновенная игла Ревердена крайне удобна для этой цели и позволяет очень быстро накладывать лигатуру благодаря одному маленькому приему, которым мы всегда пользуемся. Так например для маточно-яичниковой ножки (*lig. infundibulo-pelvicum*, *Ред.*) иглу выкалывают спереди назад, кнаружи от наложенного на нее зажима, непосредственно под листком брюшины, покрывающей ее, касаясь верхнего края и оставляя снаружи лишь незначительную часть тканей. Затем иглу выкалывают через самую широкую связку сзади наперед, на этот раз проходя под ножкой. Кетгут, протаскиваемый на этой игле, удерживается таким образом с той и другой сторон сосудистой ножки в толще тканей и не может соскользнуть. Точно так же поступают с круглой связкой и повторяют тот же прием на противоположной стороне.

После закрытия шейки и наложения лигатур остается лишь восстановить тазовую брюшину. Это восстановление брюшины таза, *перитонизация*, является делом величайшей важности. Нет сомнения, что она особенно благоприятствует непосредственному заживлению и способствует также окончательному излечению, сводя до минимума образование спаек между салынком и кишками, с одной стороны, и стенками таза, — с другой. Не говоря за совершенной перитонизацией там, где это невозможно, следует однако стараться произвести перитонизацию насколько возможно тщательно, что в громадном большинстве случаев удается относительно легко. В настоящее время все хирурги держатся такой же точки зрения, учитывая выгоды покрытия брюшиной усеченной культи и уничтожения раневых кровоточащих поверхностей.

Этот прием в настоящее время делается универсальным. Имея в виду те услуги, которые он оказал, оказывает ежедневно и будет оказывать еще в будущем. — мы не должны забывать, что честь его открытия принадлежит Шапо, который первый его описал¹.

Я привык производить эту перитонизацию непрерывным швом кет-

¹ Chaput. Étude sur le cloisonnement du bassin. Bulletin de la Société anatomique. Paris, novembre 1894.

гутом № 1 с помощью иглы à pédale, которая оказывает ценные услуги; шов начинают слева и с самого же начала погружают культю сосудистой маточно-яичниковой ножки (lig. infundib.-pelvic. Ped.) и круглой связки; затем все более и более подвигаются вправо, не очень подтягивая нить с тем, чтобы не собирать в складки брюшину и сохра-

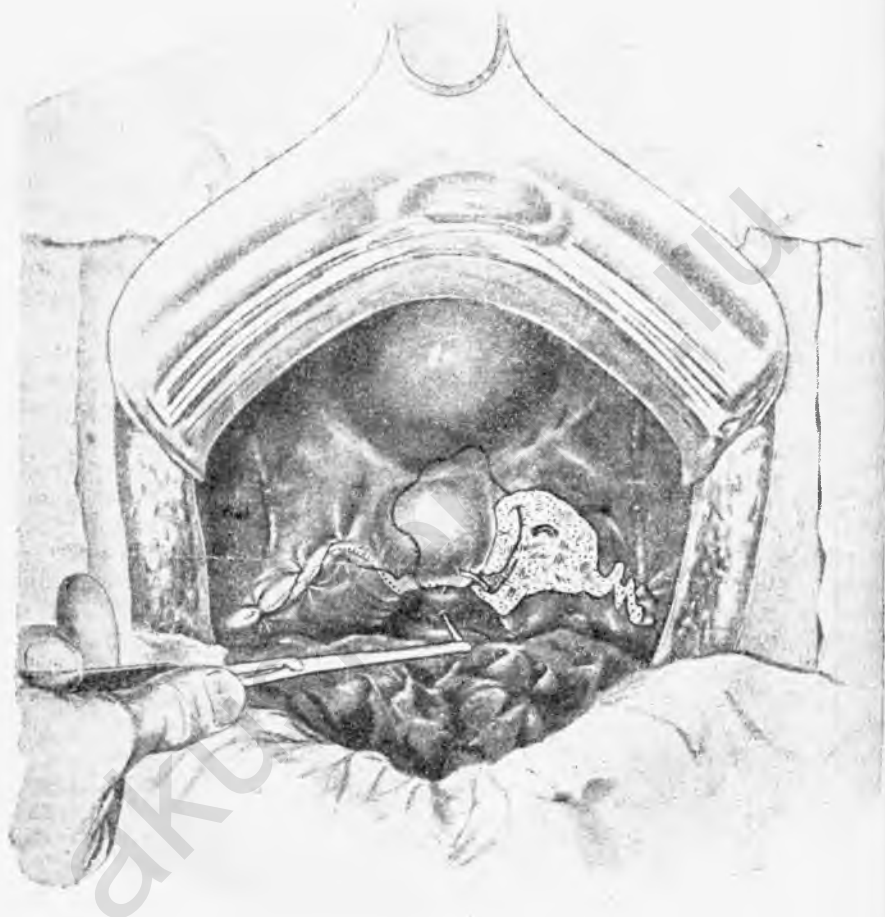


Рис. 254. Перитонизация таза при помощи иглы à pédale. Брюшина с мочевого пузыря покрывает шейку и фиксируется позади последней. Момент общий для всех способов.

нить ей ее эластичность. На уровне шейки, прикрепляют позади нее, почти на дне дугласова пространства, передний пузырный листок брюшины, который совершенно покрывает шов на шейке матки (рис. 254), и затем продолжают шов до правого конца, где погружают в него находящиеся там культы. Когда брюшина таза в хорошем состоянии, этот шов,

столь простой и требующий для своего наложения всего одну или две минуты, достаточен для безупречного восстановления ее. Когда же она повреждена, разорвана и изменена сращениями, может оказаться необходимым пришить брюшину мочевого пузыря к прямой и сигмовидной кишке. Но в этом нет ничего особо достопримечательного и в настоящее время эти приемы вошли в обиход у всех почти хирургов.

Как следует проводить зашивание брюшной стенки. — я говорил выше (см. стр. 180).

Дренировать следует по возможности меньше, но если брюшина неровна, если имеются слегка кровоточащие спайки, которые угрожают в течение ближайших часов после операции дать несколько ложек серозно-кровоянистой жидкости, то лучше дренаж поставить. Введенный дренаж имеет назначение отводить непосредственно наружу жидкость, которая скопится в глубине таза: дренаж должен быть поставлен в самую глубокую часть дугласова пространства, причем необходимо, чтобы в этом дренаже не имелось никакого бокового отверстия, за исключением его нижней части, где должны находиться два или три отверстия.

При этих условиях вся жидкость, которая скапливается в своде, проникает в дренаж через его глубокие отверстия и выводится наружу. Понятно, этого не было бы, если бы дренаж имел боковые отверстия по всей своей длине, через которые жидкость снова бы стекала в брюшную полость (рис. 220).

По истечении 48 часов жидкость путем аспирации удаляется, и, если нет ни малейших противопоказаний, дренаж вынимается.

В случаях, где имеются очень тяжелые нарушения, и где есть основание опасаться септического осложнения, лучше поставить дренаж через влагалище. В этом случае вместо того чтобы зашивать шейку, достаточно вскрыть ее сзади по средней линии ножницами, одна из ветвей которых проникает в канал шейки. Этот разрез проходит по всей длине шейки и задней стенке влагалища до дна дугласова пространства.

Таким образом получается широкое вскрытие влагалища, которое, сравнительно со вскрытием влагалища при полной экстирпации, имеет то преимущество, что оно сопровождается гораздо меньшим кровотечением и вместе с тем годится для самого широкого дренирования. Дренаж с расположенными по сторонам его двумя полосками из стерильной марли вводится сверху вниз через это отверстие и выводится к вульве. Затем поверх его производится перитонизация.

Наконец в очень инфицированных и очень тяжелых случаях не стоит колебаться и следует дренировать таз по способу Микулича (стр. 179), которому много женщин было обязано и еще будет обязано своим спасением.

Полное удаление матки. Каковы бы ни были преимущества надвлагалищного удаления матки, встречаются случаи, где необходимо удалять шейку. Это бывает прежде всего там, где шейка, если и не поражена эпителиомой, то по крайней мере представляется подозрительной; при явном раковом заболевании, где поражение касается в первую очередь

шейки, мы должны применять совершенно особую технику, которую я опишу ниже. Шейка подлежит удалению особенно там, где она, не будучи подозрительна в смысле злокачественного перерождения, чрезвычайно изменена, как например при некоторых метритах, или наконец, когда она не существует, так сказать, самостоятельно, составляя одно общее с маткой, как это наблюдается при некоторых фибромах, которые распространяются на самую шейку. Здесь уже нет больше внутреннего зева матки, нет больше шейки в собственном смысле этого слова, и ее приходится удалять вместе с остатком матки.

Кроме этих весьма редких случаев, производить полное удаление матки никогда не следует и я не думаю, чтобы она была действительно по-

казана больше, чем для 2 — 3% больных.

Здесь так же, как и при надвлагалищном удалении, и из тех же соображений надо предпочитать способы, которые позволяют подойти к матке и придаткам с их нижнего полюса. Все, что мы говорили по этому поводу выше, остается в полной силе и здесь, и я к этому возвращаться не буду (см. стр. 186). В числе этих способов имеются три, которые, в зависимости от случая, отвечают всем показаниям, которые могут встретиться: это — способ Дуайена, способ Келли-Сегона и наконец способ «расщепления матки пополам». Но в некоторых случаях можно иметь также известные выгоды и от

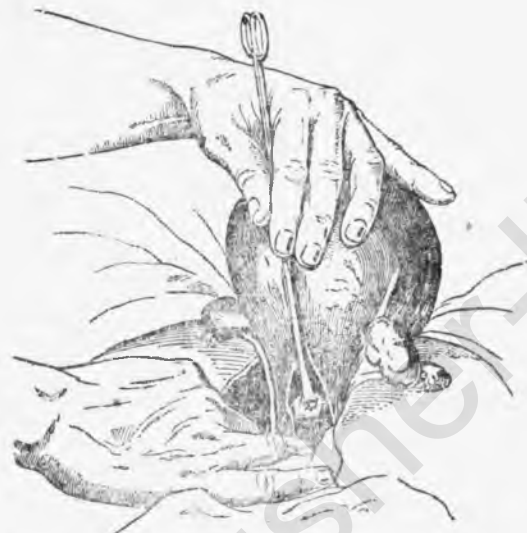


Рис. 255. Полное удаление матки путем чрезосечения по способу Дуайена. Опухоль поднята к лобку и вскрыт задний влагалищный свод. Захватывание шейки (Douven).

гистеректомии путем нисходящего отсечения широкой связки, что является не чем иным, как старым более или менее измененным *способом Фрейнда* (Freund).

Способ Дуайена применяется лишь в случаях, когда матка подвижна и задний свод легко доступен. Когда эти условия налицо, этим способом можно оперировать быстро и изящно. Особенно же он показан в случаях, где матка увеличена и в частности при фибромах. При аднекситах же этот способ применяется лишь в совершенно исключительных случаях. Он состоит в следующем. Когда живот вскрыт, матка выводится наружу, подтягивается кпереди, и, если это возможно, запрокидывается на лобок. Тогда дугласов свод становится доступным и влагалище вскрывается на уровне заднего свода. Чтобы произвести это вскрытие с большей уверенностью, иногда бывает необходимо воспользоваться руководя-

щим зажимом, введенным через вульву, которым выпячивают в дугласов свод заднюю стенку влагалища. Когда задний свод вскрыт, шейка захватывается щипцами и подтягивается кверху через образовавшееся отверстие влагалища в брюшную полость. Этот прием очень прост, когда шейка немного удлинена и может сгибаться на уровне внутреннего отверстия. Этот прием становится трудным, когда шейка коротка, и почти невыполним, когда она совершенно исчезла или же целиком захвачена фибромой (рис. 255).

Подтянутая таким образом кверху шейка крепко захватывается и тогда вокруг нее крепкими кривыми ножницами отсекается влагалище; ножницы не должны отдаляться от существа матки во избежание приближения к мочеточникам. Если же ими оперировать совсем близко у шейки, мочеточники остаются вне риска. По мере того как круговое отсечение влагалища идет дальше, шейка все более и более подтягивается кверху. Она отделяется от мочевого пузыря, с которым она соединена несколькими соединительнотканными тяжами, и вскоре матка удерживается лишь широкими связками

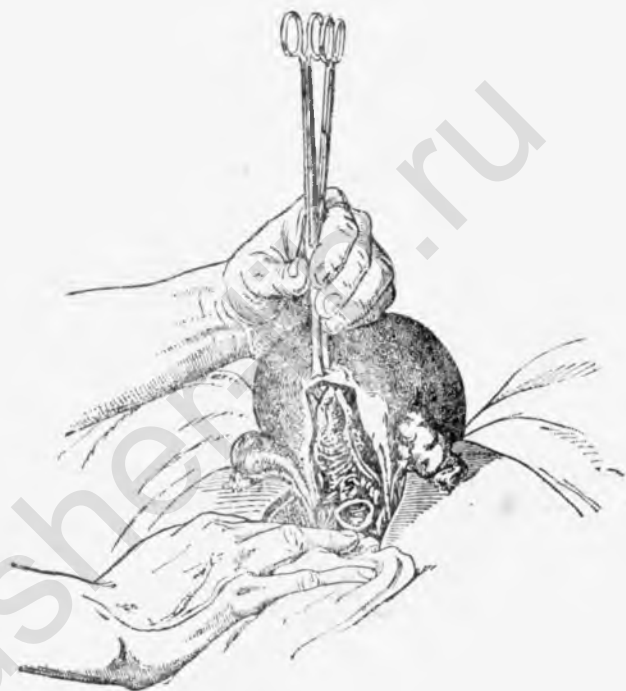


Рис. 255. Полное удаление матки путем чревосечения по способу Дуайена. Вылущение шейки, которая легко отделяется от мочевого пузыря после отсечения ее влагалищных и околовлагалищных боковых и передних прикреплений.

(рис. 256). Если маточные артерии были перерезаны и кровоточат, то их можно захватить зажимами; если же они еще не повреждены, или же дают лишь очень мало крови, то их захватывают лишь после полного удаления матки. Нет ничего проще в этот момент закончить операцию: правая рука поднимает снизу вверх правую широкую связку, которая захватывается зажимами и отсекается; матка, удерживаемая лишь левой широкой связкой, запрокидывается влево; широкая связка выворачивается снизу вверх и захватывается на уровне круглой маточной связки и маточно-яичниковых сосудов (*lig. infundibul.-pelvic. Ped.*), которые берутся на зажим и перерезаются (рис. 257).

Операция закончена; остается лишь наложить лигатуры и остановить кровотечение из культи влагалища, что требует большего искусства сравнительно с перевязкой маточной артерии при надвлагалищной экстирпации. Затем закрывают влагалище кетгуттовым швом или, что еще лучше, дренируют дно таза через влагалищное отверстие и сверху производят перитонизацию.

Способ Келли был видоизменен *Сегоном*, который использовал его

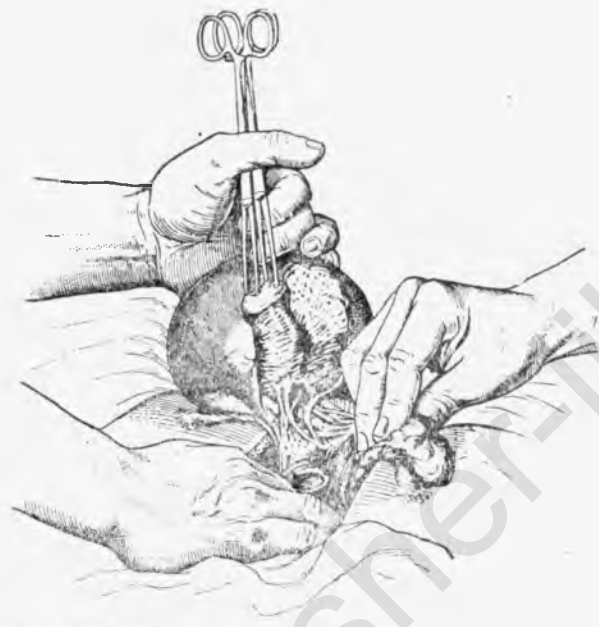


Рис. 257. Полное удаление матки путем чревосечения по способу Дуайена. Рассечение между маткой и придатками широкой связки с правой стороны, которая, если позволяет пространство, зажимается между пальцами; подбрюшинное вылущение опухоли путем вывихивания ее влево. Остается лишь отсечь широкую связку со стороны хирурга, т. е. слева.

Остается шейка и начинается влагалище. Последнее вскрывается таким образом сбоку и в этот момент выгодно захватить его край плоскозубчатым зажимом с тем, чтобы не упустить влагалище, когда оно будет рассечено целиком, и иметь возможность затем его легко подтянуть кверху. С момента, когда влагалище вскрыто, шейка захватывается крепкими щипцами, подтягивается вверх и отсекается, как и в предыдущем способе большими кривыми ножницами, которые не должны удаляться от ткани матки. Когда шейка отделена, маточная артерия захвачена, и матка вывихнута, операция заканчивается, как и в описанном выше способе (рис. 259).

В общем американский способ отличается от способа *Doyle'a* тем, что

для полного удаления матки. Операция чрезвычайно похожа на ту, что была описана выше, исключая той части, которая касается шейки. Сначала спускаются по широкой связке до уровня шейки, затем, захватив маточную артерию или же, если это представляется проще, не захватывая ее, отыскивают на уровне шейки боковой свод влагалища (рис. 258). Для большего удобства и облегчения можно воспользоваться щипцами, введенными со стороны вульвы снизу вверх, которыми и выпячивают боковой свод. Обыкновенно этот прием оказывается ненужным, поскольку можно прекрасно ориентироваться на основании различной плотности тканей там, где кончатся

к влагалищу подходят не сзади, а сбоку. Это различие с точки зрения оперативной техники имеет гораздо большее значение, чем это могло бы показаться на первый взгляд. В случаях легких способ Douen'a является

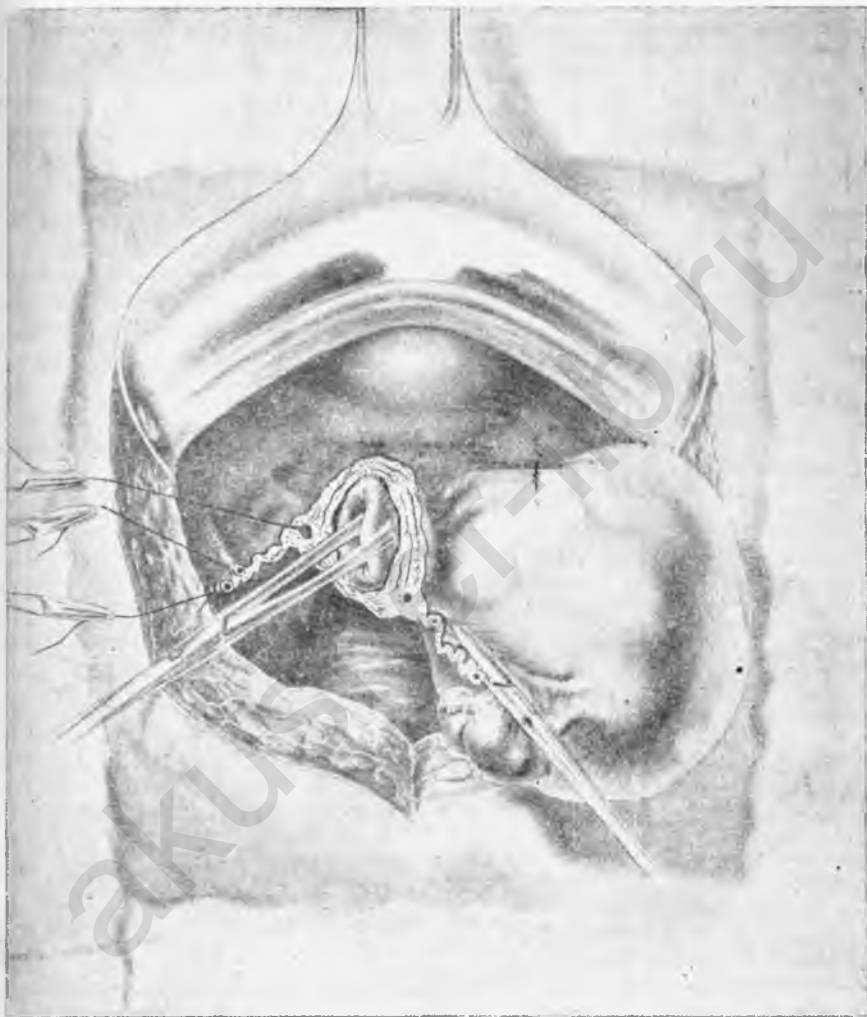


Рис. 253. Способ Келли-Серона. Левая широкая связка отсечена, art. uterina перевязана и влагалище вскрыто на уровне левого бокового свода. Шейка захвачена щипцами и сильно подтянута.

в сущности более простым и быстрым, потому что начинают с освобождения матки от ее нижних прикреплений и во время всей операции идут по направлению снизу вверх. Но в очень большом числе случаев, где

подвижность матки не очень значительна и где задний свод влагалища непосредственно недоступен, — там способ Келли-Сегона является более легким, поскольку он позволяет путем рассечения широкой связки сделать матку подвижной и дойти до бокового свода влагалища.

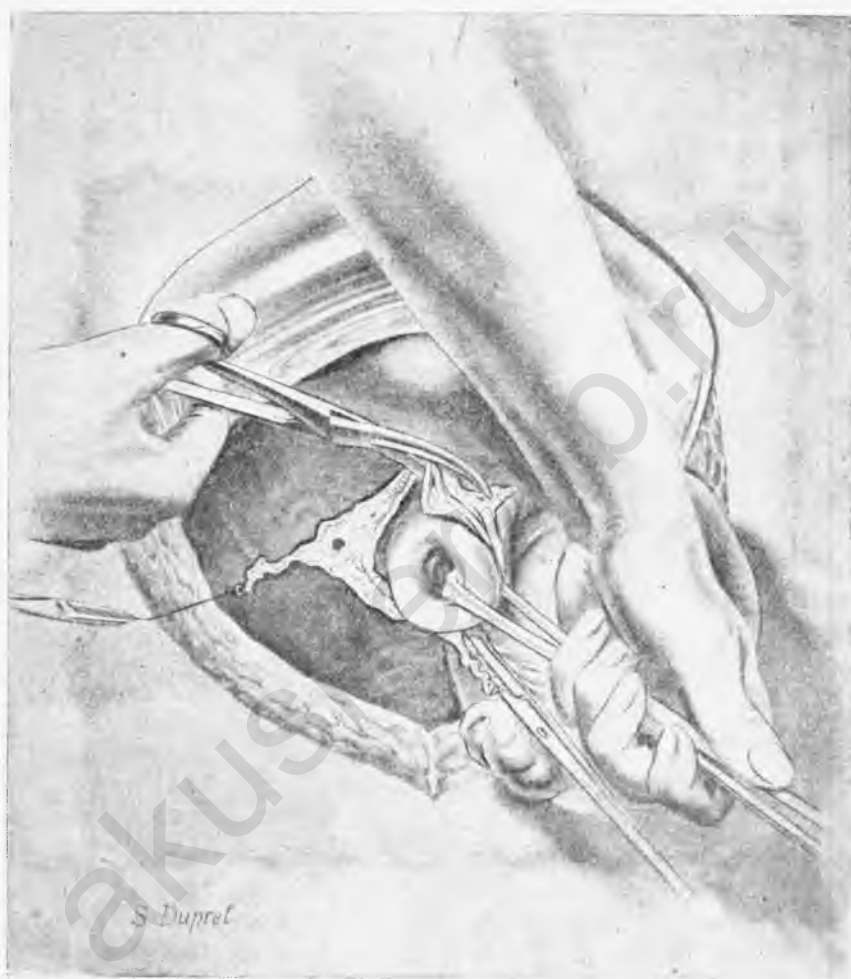


Рис. 259. Способ Келли-Сегона. Отделение влагалища по краю шейки с помощью кривых ножниц.

Этот способ менее быстр и менее эффектен, но имеет зато гораздо более частое применение.

Способ рассечения матки пополам. Этот способ, который применяется лишь в случаях, когда матка мала, и показанием к которому, как я упоминал об этом выше, служат лишь двусторонние аднекситы, применяется

очень редко для полного удаления матки. Потому что случаи, при которых необходимо жертвовать шейкой, являются большим исключением. Но там, где он показан, он может оказать громадные услуги и во всяком случае может чрезвычайно облегчить производство операции.

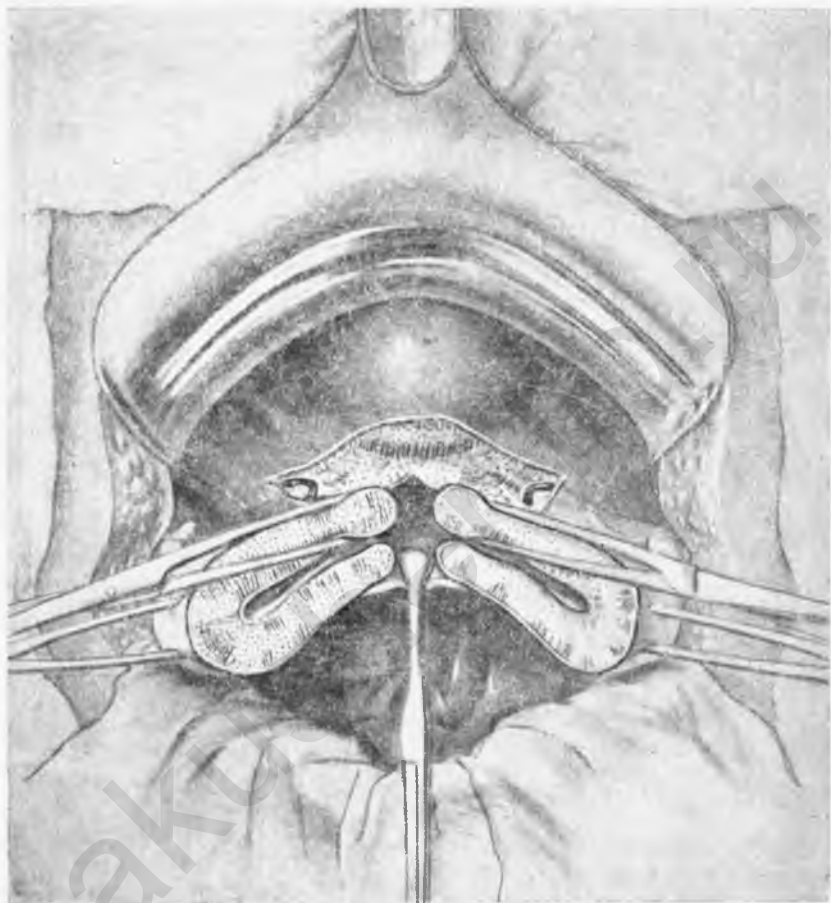


Рис. 260. Полное удаление матки путем рассечения ее пополам. Срединное рассечение матки произведено после отслоения пузыря от влагалища, которое вскрыто и спереди и сзади по средней линии, и край которого захвачен плоскозубчатыми щипцами. Каждая половина матки на уровне шейки захвачена щипцами.

Первые моменты операции похожи на те, что были описаны при надвлагалищном удалении матки; надо только с самого начала и прежде, чем производить срединное рассечение матки, позаботиться о том, чтобы надсечь пузырно-маточный свод и отодвинуть мочевой пузырь книзу, полностью отделяя его переднюю поверхность от шейки и от верхней части влагалища (рис. 260).

Затем матку рассекают от дна к шейке, следуя направлению полости матки. Вместо того чтобы остановиться на уровне внутреннего зева, как это делается при надвлагалищном удалении матки, разрез шейки продолжают дальше и вскоре попадают во влагалище, которое вскрывается спереди и сзади по средней линии (рис. 260).

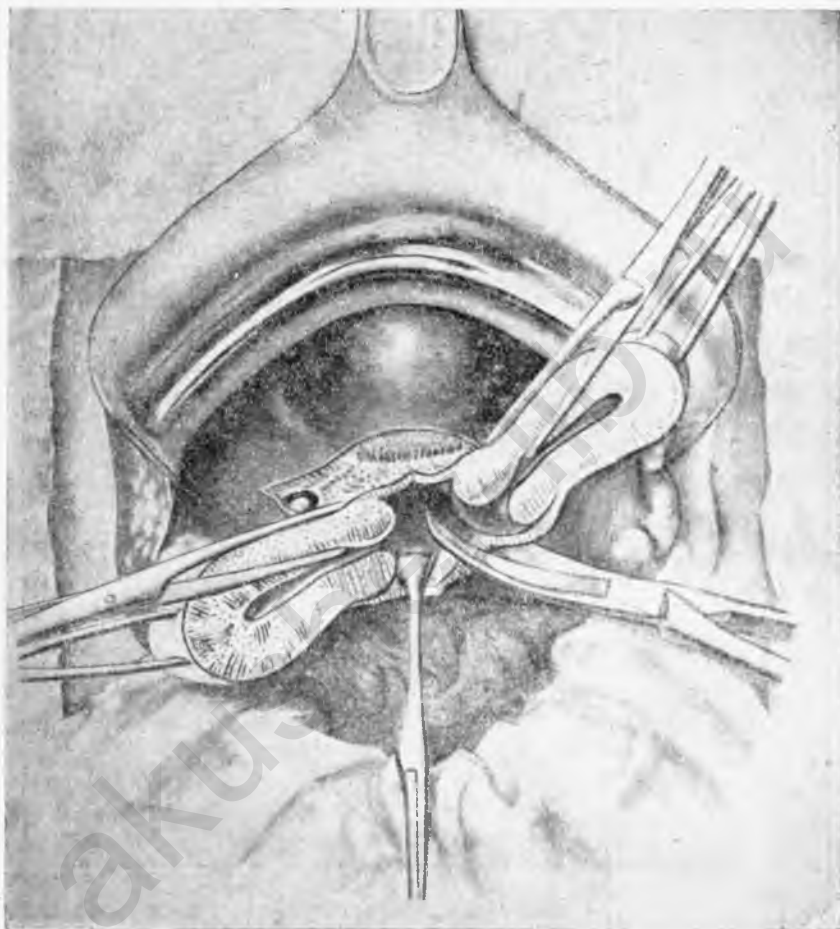


Рис. 261. Полное удаление матки путем рассечения ее пополам. Правая половина матки подтянута вверх и влагалище отсечено кривыми ножницами по краю шейки.

Тогда оказываются две половинки культи шейки: одну из них, например правую, захватывают крепкими щипцами Мюзе и подтягивают вверх и кнаружи. Боковая половина влагалища, прикрепляющаяся к ней, натягивается и нет ничего проще как кривыми ножницами отсечь влагалище по краю маточной ткани, подходя к влагалищу с его внутренней поверхности (рис. 261).

Когда влагалище отделено, соответствующая половина матки запрокидывается и экстирпуруется вместе с придатками, как и при надвлагалищном удалении матки. В момент, когда шейка, не удерживаемая уже больше влагалищем, начинает подниматься, показывается маточная артерия, к которой подходят с внутренней стороны; ее следует захватить

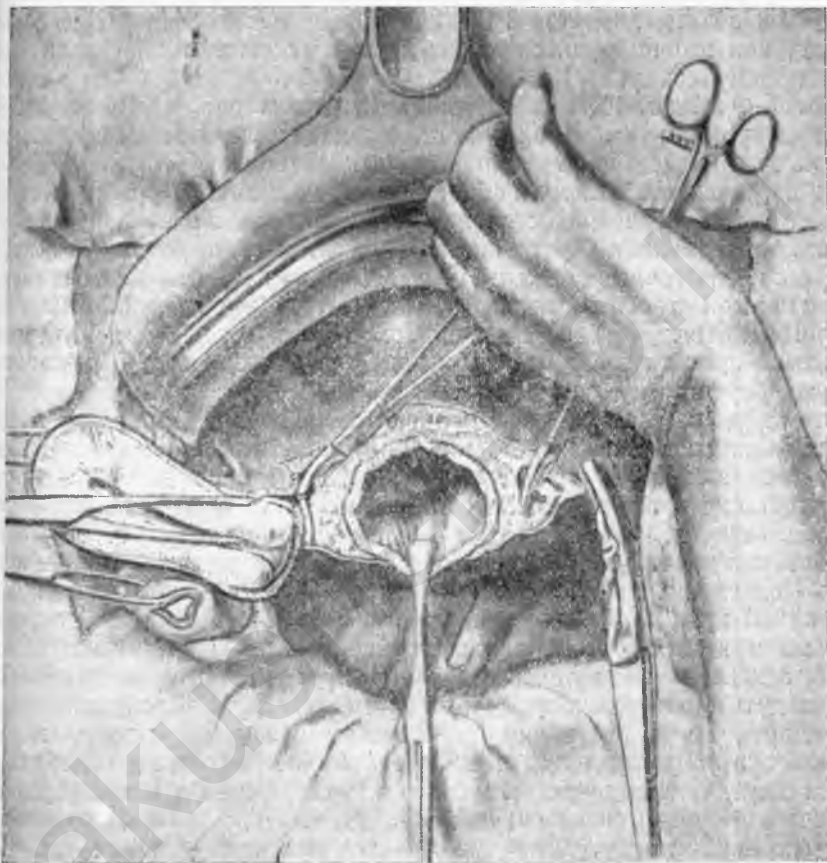


Рис. 262. Полное удаление матки путем рассечения ее пополам. Правая половина матки удалена и захвачена маточная артерия. Левая половина отделена, захватывается маточная артерия и вывихивается левая половина матки.

как можно дальше с тем, чтобы перевязать кнаружи от ее цервикально-влагалищных веточек. Здесь следует остерегаться поранить очень близко расположенный мочеточник. Левая половина удаляется аналогичным порядком (рис. 262).

В случаях, где этот способ особо показан и где всегда почти имеются двусторонние воспалительные процессы в тазу с обширными сращениями, этот способ особенно облегчает нахождение и вскрытие влагалища. И действительно, рассекая матку по средней линии, вдоль

ее полости, неизбежно попадают во влагалище, к которому подходят с математической точностью; более того, во влагалище попадают всегда в одном и том же месте, точно по середине, и потому насколько возможно далеко от обоих мочеточников, которые находятся снаруж и во время отсечения влагалища совершенно не подвергаются риску быть поврежденными, так как влагалище отсекается строго изнутри снаруж, со стороны слизистой, вместо того чтобы подходить с периферии и несколько наугад, как это приходится делать, когда вскрывают влагалище, подходя к нему сбоку.

Способ Фрейнда. Когда придатки не слишком запаяны и могут быть легко вылушены, без необходимости подходить к ним снизу, некоторые выгоды представляет полное удаление матки по старому методу Фрейнда, видоизмененному и обновленному множеством приемов; он позволяет более совершенно остановить кровотечение из влагалищной культуры, что представляет при полной гистеректомии значительные выгоды.

Широкие маточные связки перевязываются и отсекаются сверху вниз с каждой стороны сначала в области маточно-яичниковой ножки (lig. infundibul.-pelv. Pfl.), затем в области круглых связок; вылушение и отделение придатков производится либо до наложения этих лигатур, либо одновременно.

Затем надсекается пузырно-маточный свод, и мочевой пузырь отодвигается книзу; появляется передняя поверхность влагалища; затем следует либо захватить маточную артерию достаточно далеко снаруж так, чтобы она оказалась захваченной выше отхождения шеечно-влагалищных веточек, которые питают влагалище и будут кровоточить после их рассечения, либо длинным зажимом Кохера, накладываемым параллельно влагалищу, захватить по днине самый край этого влагалища и по крайней мере на протяжении 2 — 3 см ряд веточек маточной артерии, которые в этом месте направляются к верхним отделам влагалища.

Это захватывание веточек маточной артерии, которое необходимо производить с осторожностью благодаря соседству мочеточника, обеспечивает прекрасную остановку кровотечения из верхней части влагалища и устраняет ряд затруднений при этой операции. Влагалище затем вскрывается спереди, как и при старом способе Ричело (Richelot), что позволяет немедленно осушить его от могущей там скопиться жидкости, и отсекается по краю шейки.

Кроме того, чтобы свести до минимума кровотечение из культуры влагалища, необходимо при отсечении его идти в непосредственной близости к ткани матки, в которую должны упираться кривые ножницы. При подобных условиях рассечение может быть произведено между маткой и изгибом маточной артерии, которая в этом случае не ранится. Кровоточат лишь ее небольшие веточки. Но несмотря на все это, все-таки приходится почти всегда накладывать несколько лигатур. Если отсечение проводится строго по самой линии прикрепления влагалища, которая почти лишена сосудов, то кровотечение может быть незначительным и почти не требует никакой остановки. Но это удается очень трудно и надо иметь большой навык, чтобы провести разрез как раз в месте прикрепления влагалища.

Этот способ, которым можно пользоваться там, где придатки легко выщипываются, оказывается в случаях сращенных аднекситов значительно ниже способа рассечения матки пополам. Преимущество этого способа, состоящее в возможности захватить парацервикальный артериальный пучок, присуще не ему одному. Захватить этот пучок можно также и при применении способа Келли-Сегона или способа Делаженьера с первоначальной экстирпацией придатков; но все же следует признать, что в последнем случае этот прием проводится менее четко и не так планомерно.

Этот способ, со всеми его преимуществами и недостатками, для большинства аднекситов выше способа Дуайена, но ниже способа Келли-Сегона для случаев средней трудности, и ниже «способа рассечения матки пополам» в трудных случаях.

Каким бы способом ни пользоваться, даже если стараются идти очень близко к ткани матки, остановить кровотечение при полном удалении матки всегда довольно трудно. Всегда имеется кровотечение из влагалищной культи и особенно из ее заднего края; в области же боковых участков тоже имеется артериальное и венозное кровотечение. Здесь иногда очень трудно наложить лигатуры. Непрерывный шов на задний край культи и соседние кровотокающие ткани вплоть до брюшины является прекрасным средством для остановки кровотечения; но однако не следует пренебрегать и тщательным наложением отдельных швов; но какие бы ни были приняты меры, остановка кровотечения здесь бесконечно труднее и менее надежна, чем при надвлагалищном удалении матки, и это соображение является главным, в силу которого я предпочитаю эту последнюю операцию во всех случаях, где не имеется явных оснований для того, чтобы жертвовать шейкой.

Показания и выбор оперативного метода. Закончивая главу об удалении матки путем чревосечения, остается рассмотреть лишь один вопрос, который я считаю наиболее важным во всей оперативной гинекологии.

Я имею в виду вопрос об использовании того или другого метода соответственно характеру заболевания, с которым приходится иметь дело; одним словом, я имею в виду *оперативную тактику*, о которой я упоминал выше.

Мне нечего повторять, что при удалении матки путем чревосечения искусство хирурга состоит не в том, чтобы удалить матку, а в том, чтобы удалить ее хорошо. Соответственно этому я считаю, что это удаление должно производиться возможно более просто, в условиях наибольшего удобства и легкости, потому что при всех равных условиях благополучный исход такой операции, как эта, находится в полной зависимости от простоты приемов, которые позволяют ее удалить надлежащим образом.

Я считаю, что не следует пренебрегать вопросом изящества, с которым можно произвести эту операцию; и если все старания хирурга должны быть направлены к безопасности и благополучному исходу операции, то все же следует помнить, что эта безопасность и этот благополучный исход операции сами по себе до известной степени зависят от того изящества, с которым она производится, потому что это изящество зависит от легкости оперативных приемов и правильного выбора того или другого ме-

тогда, наиболее выгодного для того заболевания, по поводу которого производится операция.

При желании возможно ближе подойти к максимальным требованиям изящества и быстроты, которые способствуют совершенствованию оперативной техники, следует как можно меньше нарушать непрерывность оперативного вмешательства. После вскрытия живота следует стараться прежде всего удалить матку. С самого начала не следует разбивать свое вмешательство на ряд приемов, имеющих различную цель, например прерывать экстирпацию наложением отдельных лигатур. Это нарушает цельность оперативного приема, отнимает время и нарушает общий ход операции. Кроме того такой способ оперирования создает еще одно, более крупное неудобство, с которым если и можно не считаться в случаях фибром, нельзя не считаться при аднекситах. В этом последнем случае хирург бесконечно заинтересован в том, чтобы по возможности скорее освободиться от гибких, инфицированных придатков, продолжительные манипуляции над которыми ведут к загрязнению и инфекции. Гораздо выгоднее с самого же начала экстирпации как можно скорее освободиться от матки и инфицированных придатков, например в 2 — 3 минуты, чем сохранять их на более продолжительное время и накладывать швы в течение 10 — 15 минут, в течение которых придатки могут разорваться вследствие травматизации их руками и инструментами с риском загрязнения таза. Одним словом, совершенно очевидно, что гораздо выгоднее сразу же удалить нагноившиеся придатки, чем травмировать их в брюшной полости.

Вот почему имеет столь громадные выгоды как в смысле быстроты операции, так и в смысле ее безопасности, правило не прерывать экстирпации наложением лигатур и другими мелочами, которые можно произвести в конце операции.

С момента начала операции все действия хирурга должны быть направлены на удаление маточно-придаткового массива и лишь только после того, как матка и придатки удалены, хирург производит вторую часть операции, — наложение швов и перитонизацию таза, которые тоже не должны прерываться, если только не являются какие-либо неожиданные обстоятельства.

Все хронические двусторонние аднекситы подлежат надвлагалищной гистеректомии; и здесь особенно очевидна необходимость выбирать способы соответственно характеру поражения. С этим могут не соглашаться только те, кто имеет глаза, чтобы не видеть и уши, чтобы не слышать.

Сращения между придатками и соседними частями (маткой, стенками таза, кишками, сальником) настолько часты и вместе с тем столь разнообразны, а условия, в которых оказывается маточно-придатковый массив настолько различны, что оказывается совершенно необходимым видоизменять характер вмешательства соответственно особенностям поражения, если только не хотят добровольно создавать себе трудности, неожиданности и всякого рода случайности.

Оперативная тактика должна всецело руководствоваться принципами, на которых мы уже подробно останавливались выше (см. стр. 185).

Для легкого удаления придатков путь должен идти к ним снизу. Следовательно надо оперировать так, чтобы идти к сращенным придаткам снизу вверх, а чтобы иметь возможность это сделать, надо самым коротким и наименее трудным путем подойти к нижнему полюсу маточно-придаткового массива.

Но так как наиболее короткий и наименее трудный путь не всегда один и тот же, то понятно, что, в зависимости от особенности поражений, следует пользоваться различными способами.

Если имеется ясное представление о необходимости следовать этой линии поведения, нет ничего проще тут же сделать вывод касательно оперативных правил, которыми следует пользоваться соответственно тому или другому случаю.

В легких случаях, вроде оофоритов с кистозным перерождением и некоторых паренхиматозных сальпингитов, когда матка и придатки, будучи без больших изменений и спаек, легко смещаются во всех направлениях, все способы хороши. Здесь нет никаких затруднений, и в этом случае можно обойтись без того, чтобы подходить к придаткам снизу, так как отсутствие всяких сращений делает их доступными со всех сторон. Однако при этих условиях есть один способ, который мне кажется более подходящим по своему изяществу и быстроте. Это — *удаление матки по способу отсечения* и если только имеется некоторый навык в тазовой хирургии, то, в силу уже высказанных мной соображений, следует пользоваться им (стр. 256, рис. 263).

Но когда придатки спаиваны с окружающими частями, дело обстоит иначе. Здесь по необходимости приходится подходить к ним снизу во избежание лишних затруднений, случайностей и возможности их разрыва. Но так как спайки с окружающими частями могут быть разного рода, то мы должны видоизменять наш способ соответственно особенностям поражения и всегда пользоваться тем способом, который нам позволит наименее трудным путем подойти и освободить маточно-придатковый массив от его нижних сращений с тем, чтобы потом получить возможность удалить его, идя снизу вверх.

Если, как это часто бывает при аднекситах, придатки припаяны к стенкам таза лишь на одной стороне, а с другой стороны свободны или же вылущаются очень легко, то надо пользоваться способом Келли. И действительно при этом способе будет легко спуститься сверху вниз по менее пораженной стороне, отделить от стенок таза не приращенные к ним придатки, дойти до внутреннего зева, отсечь шейку и подойти к той стороне, с которой придатки приращены, т. е. к стороне более трудной — снизу вверх, соответственно тому, как это вообще и полагается делать (рис. 264).

Но не всегда дело обстоит так просто и можно встретить много случаев, когда придатки плотно приращены к тазовым стенкам и трудно поддаются вылущению с *обеих сторон*. При этих условиях способ Келли оказывается несостоятельным, по крайней мере в первой половине операции, поскольку он не позволяет подойти снизу вверх к придаткам, освободить которые иным путем представляется делом очень трудным. Придатки должны вылушаться с обеих сторон в направлении снизу

вверх и изнутри кнаружи; для этого необходимо дойти до центральной части таза.

Здесь приходится выбирать один из следующих способов: если придатки, сращенные со стенками таза, не образуют одного общего тела с маткой и если есть возможность, отсекая место вхождения трубы в маточный

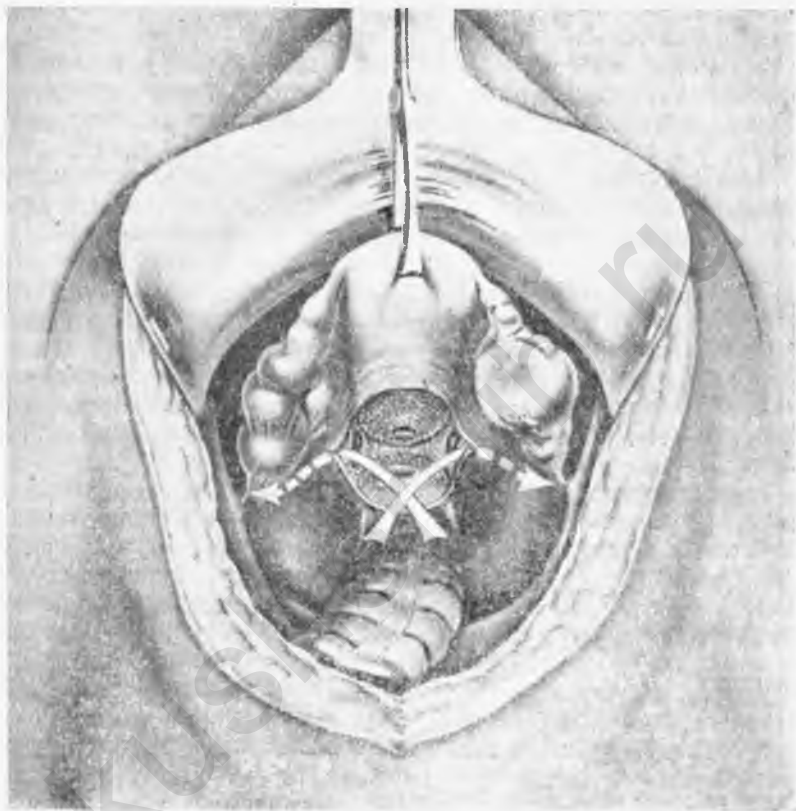


Рис. 263. Придатки свободны с обеих сторон. Заднее отсечение. После отсечения шейки к придаткам подходят изнутри кнаружи и снизу вверх, следуя направлению стрелок.

рог, пройти между придатками и маткой, можно, следуя способу Террье, оставить придатки на месте, отсечь с обеих сторон их маточные ножки, изолировать матку и отсечь ее шейку на уровне внутреннего зева. Тогда, благодаря видимости центра таза вследствие удаления матки, можно подойти к придаткам и освободить их, идя с каждой стороны изнутри кнаружи и снизу вверх. Когда придатки не спаяны с маткой, и когда последнюю удастся легко изолировать, то против *способа Террье* нельзя сделать никаких серьезных возражений (рис. 265). Но в сущности я им никогда не пользуюсь и он много уступает следующему способу.

Очень часто придатки, будучи спаены со стенками таза и с кишечником, бывают сращены и с маткой, от которой их чрезвычайно трудно отделить. И в этих трудных случаях с обширными двусторонними сращениями не остается ничего другого, как остановиться сразу же на одном только способе. Поскольку путь между придатками и стенками таза, а также

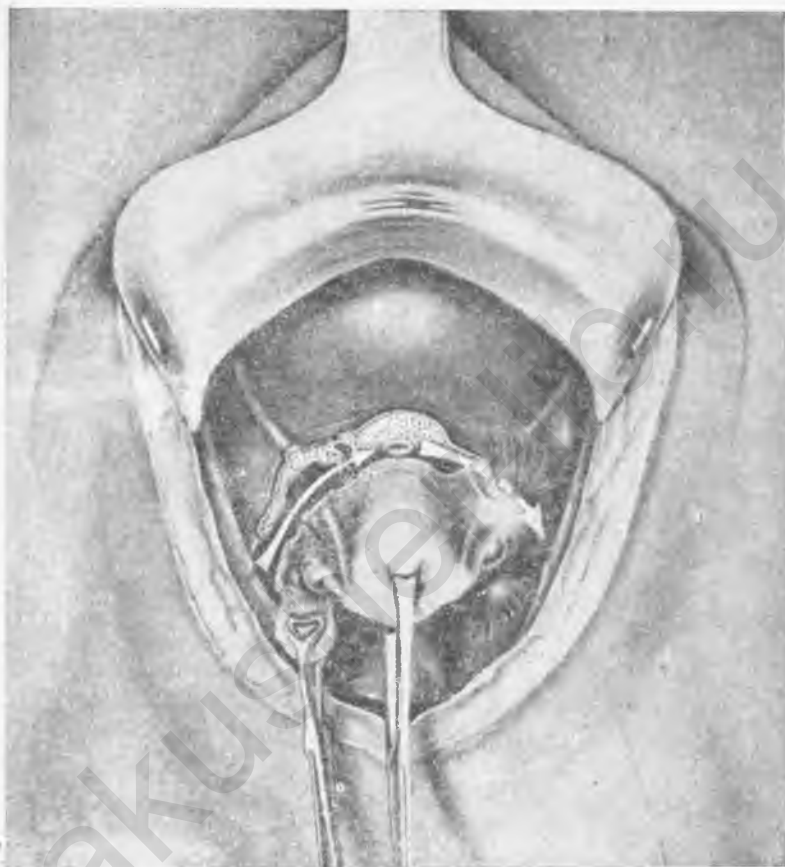


Рис. 264. Придатки свободны с левой стороны и спаены справа. Способ Келли. Свободные левые придатки отсечены сверху вниз, к правым придаткам, находящимся в сращениях, подходят изнутри кнаружи и снизу вверх.

между придатками и маткой повсюду спаены, надо идти к недоступному с боковых сторон нижнему полюсу легким, верным и всегда доступным путем: надо пройти сквозь матку, которую рассекают до внутреннего зева по средней линии от дна к шейке. Дойдя до зева, отсекают поперечным разрезом каждую половину матки и вывихивают их кверху.

Таким образом центр таза освобождается и тогда становится возможным подойти изнутри кнаружи и снизу вверх к пораженным придаткам,

которые обычно вылущаются легко и удаляются вместе с соответствующей половиной матки. Это так называемый способ «рассечения матки пополам», описанный мною более 20 лет назад (рис. 266).

Все случаи, подходящие для способа Террье, т. е. все те случаи, где при-

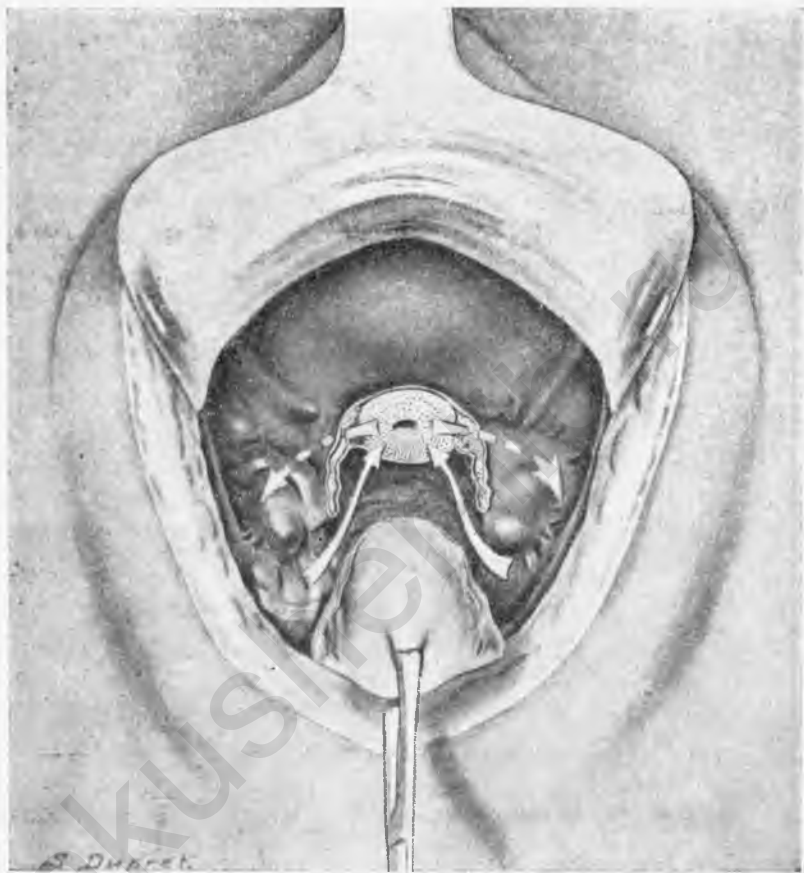


Рис. 265. Придатки с обеих сторон припаяны к стенкам таза, но лишь слегка прикреплены к матке. Способ Террье. Матка удалена; к придаткам подходят, следуя направлению стрелок, изнутри киаружи и снизу вверх.

датки, спаянные с тазовыми стенками, легко отделяются от матки, равным образом подходят и для способа «рассечения матки пополам». Но последний стоит выше способа Террье по двум соображениям. Он легче, поскольку рассечь матку по средней линии бесконечно проще и надежнее, чем отделять ее с каждой стороны от придатков, не всегда будучи хорошо ориентированным в отношении спаек и их рыхлости. Кроме того половина матки, будучи отсечена на уровне внутреннего зева и запрокинута

кверху, создает превосходный подступ, чтобы подтянуть и вылущить фиксированные к ней придатки.

Идя таким образом, меньше рискуют их разорвать, чем в том случае, когда приходится захватывать культю трубы, после отсечения ее у места вхождения в маточный рог, которая часто бывает сама поражена,

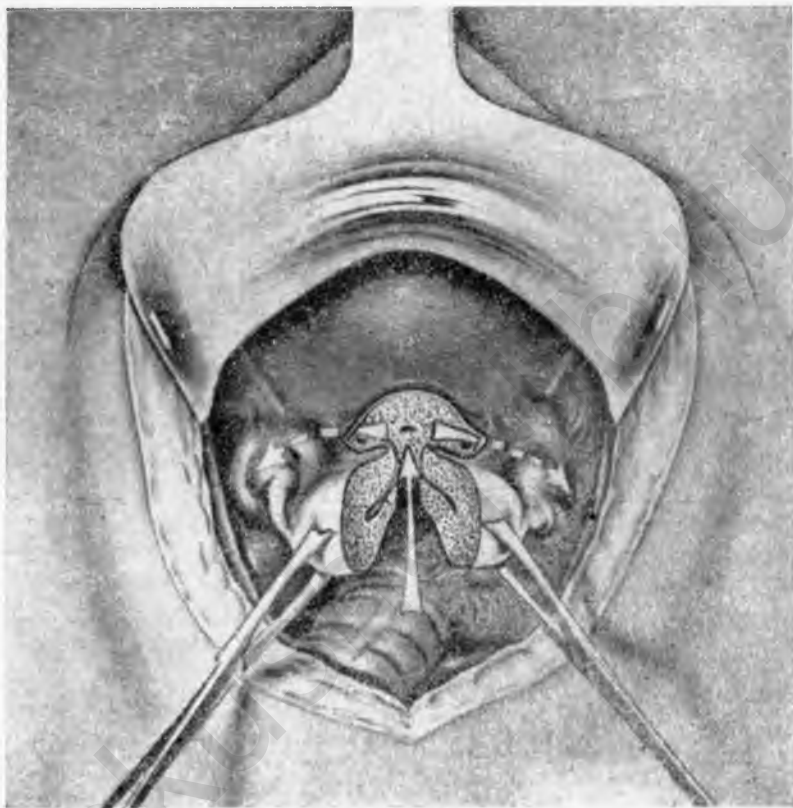


Рис. 266. Придатки сильно приращены к матке и стенкам таза. Рассечение матки пополам. После рассечения матки по средней линии и поперечной ампутации каждой половины ее на уровне внутреннего отверстия, к придаткам подходят по направлению изнутри кнаружи и снизу вверх.

кистозно растянута и которая может легко разорваться. Возражения, которые были сделаны против этого способа касательно вскрытия полости матки, отпадают вследствие того, что последнюю можно легко тщательно продезинфицировать с помощью термокаутера и, к тому же, на громадном количестве операций, проведенных лично мной по способу «рассечения матки пополам», я никогда не видел ни одного несчастного случая, который можно было бы связать со вскрытием полости матки.

В случаях пограничных, где придатки на одной стороне припаяны

к стенкам таза, не будучи спаяны с маткой, а на другой стороне придатки припаяны и к матке и к стенкам таза, — способ Террье неприменим и способ «рассечения матки пополам» опять-таки является более совершенным способом. Однако и особенно, если есть основания встретить



Рис. 267. Придатки припаяны к стенкам таза, но слева не сращены с маткой. Комбинированный способ. Матка отделена от левых придатков и приподнята снизу вверх вместе с правыми придатками. Затем подходят к левым придаткам изнутри кнаружи и снизу вверх.

затруднения при рассечении матки, как это случается например, когда последняя нафарширована маленькими фибромками, очень выгодно комбинировать эти два различных способа.

Можно пройти между придатками и маткой с той стороны, где спаек немного, как и при способе Террье, добраться до шейки, рассечь ее поперек, удалить, вывихивая в сторону матку целиком с припаянными придатками, как это делает Желли, и оставить на конец операции при-

датки, вначале отделенные от матки, к которым вследствие освобождения малого таза можно подойти изнутри и снизу вверх (рис. 267).

Наконец остается последний случай, наиболее трудный из всех. Это тот случай, когда матка находится в положении ретроверсии, из которого она не может быть выведена, и запрокинута вместе с припаянными к ней придатками в дугласово пространство. В этом случае ни американский

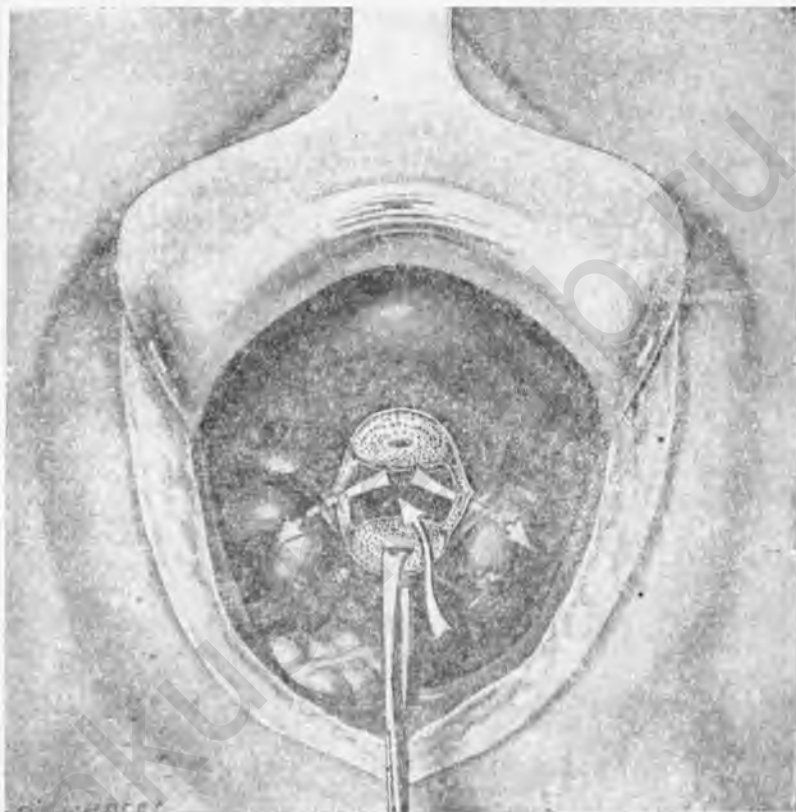


Рис. 268. Придатки спаяны повсюду. Матка не выводится из положения ретрофлексии. Отсечение спереди. После отсечения шейки в направлении спереди назад, подходят к матке и придаткам снизу вверх.

способ, ни способ Террье, ни даже способ «рассечения матки пополам» не являются пригодными, так как и придатки и самое дно матки здесь недоступны. Остается последнее средство — это способ «переднего отсечения» матки, производимого в направлении *спереди назад*. К шейке подходят спереди на уровне пузырно-маточного свода, который можно сказать спереди всегда свободен; шейка отсекается, край матки захватывается и тело матки, освобожденное от своих нижних прикреплений, подтягивается кпереди. Проходя между шейкой и телом, можно таким образом завести пальцы за матку и, идя *всегда снизу вверх* и еще

больше *спереди назад*, отделить придатки, глубоко скрытые в дугласовом пространстве, которые благодаря отсечению шейки становятся теперь доступными (рис. 268). В некоторых очень трудных случаях можно даже рассечь матку, как это делал Келли и я, по средней линии, но на этот раз *снизу вверх*, начиная с цервикального края с тем, чтобы



Рис. 269. Придатки запаены со всех сторон. Ретрофлексированная матка совершенно не выводится. Отсечение матки спереди сопровождается рассечением матки пополам снизу вверх, что создает возможность подойти к каждой половине матки и соответствующим придаткам изнутри и снаружи и снизу вверх.

открыть себе средину таза и создать возможность подойти к придаткам; этот способ является единственным, который может сделать придатки доступными и глазу и пальцу (рис. 269).

«Отсечение матки спереди» применимо впрочем и в громадном большинстве других случаев, можно даже сказать, почти во всех, поскольку пузырно-маточный свод почти всегда свободен и шейка почти всегда доступна. Но чтобы ни думали об этом способе Рикар, де-Мартель и Бази, склонные придавать ему общее значение, в обычных условиях и в силу

указанных нами выше соображений (стр. 220), он стоит ниже как способа отсечения матки сзади и американского способа, так и способа рассечения матки пополам.

Я сделаю в нескольких словах следующие выводы:

1) При двусторонних аднекситах, подвижных и без сращений, при кистозно-перерожденных оофоритах, при двусторонних опухолях труб или яичников—пригодны все способы. Но выгоднее пользоваться гистеректомией по способу отсечения или еще лучше способом Келли.

2) При аднекситах, свободных на одной стороне и спаянных со стенкой таза на другой стороне, следует пользоваться способом Келли.

3) При двусторонних аднекситах, трудных для вмешательства, запаянных с обеих сторон, надо как правило пользоваться способом рассечения матки пополам. В некоторых случаях, если придатки хорошо отделяются от матки, можно воспользоваться способом Террье, который впрочем все же значительно уступает способу рассечения матки пополам.

4) В известных условиях можно комбинировать эти различные способы, и в частности способ Террье и способ Келли.

5) В случаях, где матка находится в положении ретрофлексии и приращена кзади, следует пользоваться способом отсечения матки спереди, который в отдельных очень трудных случаях может быть дополнен рассечением матки пополам, производимым по направлению снизу вверх.

Удаление матки через влагалище. В 1890 г. Пеан на конгрессе в Берлине и в Медицинской академии сделал сообщение об операции, которая по праву носит его имя и которую он систематически делал с 1887 г.

Он утверждал, что лучшим средством извлечения нагноительных процессов в придатках является влагалищная экстирпация матки и воспаленных придатков.

Эти сообщения вызвали энергичный отклик. Сегон во Франции сделался ярким защитником операции Пеана. Его пример и доводы, изложенные в блестящем докладе на конгрессе в Брюсселе в 1892 г., убедили значительное число хирургов, продолжавших до того упорствовать. И действительно во Франции Террье, Поици отвергали эту операцию и продолжали предпочитать ей чревосечение; Буйи и Ришю признавали ее лишь в отдельных трудных случаях и в целях дренирования таза; мало-помалу возражения прекратились, и кастрация влагалищным путем все более и более приобретала права гражданства. Под влиянием автора метода Пеана, горячего поклонника Сегона и многочисленных хирургов во Франции (Richelot, Doyen, Reclus, Quénu, Routier) и за границей (Jacobs, Rouffart, Landau) этот способ был окончательно принят и казалось должен был сохранить первенствующее положение, пока успехи техники и гистерэктомии путем чревосечения 30 лет назад не ограничили к ней показаний. Время ее триумфа прошло и эта операция уже не увидит больше того энтузиазма, который она вызвала в 1892 — 1897 гг.; но если в настоящее время мы имеем нечто лучшее, то в ту эпоху этот энтузиазм был совершенно законным, потому что влагалищный путь был тогда гораздо менее опасен, чем чревосечение, и в настоящее время мы знаем причину этого. Асептика не была еще так совершенна, как в настоящее время; аппараты для стерилизации были еще

недостаточно удовлетворительными и давали обманчивую уверенность в стерильности; общее воспитание всех тех, кто имел отношение к операции, начиная с последнего санитаря и кончая самим хирургом, было не таково, как в настоящее время. В этих условиях несчастные случаи, которые ставились в связь с особыми обстоятельствами или неизбежностью и зависели лишь от некоторых погрешностей в стерилизации и асептике, наблюдались довольно часто. С тех пор общее воспитание стало почти совершенным, инструментарий видоизменился, аппараты для стерилизации усовершенствовались до степени, дающей абсолютную уверенность в стерильности, и сразу же вместе с этим смертность от брюшных операций стала все более и более падать и снижаться до уровня, а иногда даже и ниже смертности после влагалищных операций.

Удаление матки путем чревосечения, дающего возможность хирургу хорошо видеть все то, что он делает, заняло таким образом первое место, и влагалищная гистерэктомия в настоящее время почти совершенно оставлена. Однако в отдельных случаях последняя остается иногда прекрасной операцией, вполне показанной, дающей превосходные результаты такие, которые может дать только она одна.

Вот почему каждый хирург обязан знать эту операцию и притом знать очень хорошо, потому что лишь зная ее хорошо можно правильно оперировать.

Принцип этой операции прост; если придатки поражены тяжелым воспалительным процессом и превращены в гнойные карманы, экстирпация матки, производимая влагалищным путем, позволяет подойти к ним и удалить их, если они подвижны и доступны для вылуцения, или же вскрыть и опорожнить их, если они настолько спаяны, что нет возможности подтянуть их книзу. Свободное пространство, которое получается после экстирпации между вскрытыми гнойными карманами, создает прекрасный путь для дренирования и стока гноя. После вскрытия гнойников и стока гноя через влагалищный дренаж гнойные очаги придатков, которые не были удалены, очищаются, зарубцовываются и излечиваются в общем так же, как обыкновенные хорошо дренируемые абсцессы где-либо в другом месте.

И действительно в громадном большинстве случаев дело обстоит именно так. Влагалищное удаление матки дало в сущности даже больше, чем можно было бы от него ожидать: нередко в связи с этой операцией можно видеть излеченными действительно безнадежные случаи, перед которыми всякая другая операция, какова бы она ни была, была бы и смертельной и безрезультатной.

Техника влагалищного удаления матки при тазовых нагноениях. Можно почти утверждать, что влагалищное удаление матки в зависимости от обстоятельств может оказаться и наиболее легкой операцией, и самой трудной, какую только можно встретить, и если в некоторых случаях ее можно произвести в 2—3 минуты, то в других случаях можно потратить один час и даже полтора часа на удаление с громадным трудом матки нормальной величины, но неподвижной, не спускающейся в половую щель и окутанной со всех сторон слоем плотных сращений.

Эта столь неодинаковая операция и не всегда может быть надлежащим образом произведена одним и тем же способом: необходимо знать несколько способов; необходимо при наличии неожиданных затруднений располагать возможностью видоизменять свой образ действий и уметь справляться со всеми трудностями. Несомненно, что эта операция в сложных случаях благодаря глубине, на которой приходится оперировать, когда матка не спускается, ставит перед хирургом наиболее серьезные трудности, которые лишают его возможности предвидеть в начале операции, как он ее закончит. В случаях, представляющихся не очень простыми, надо в совершенстве владеть этой операцией, это совершенно необходимо, чтобы спокойно и хладнокровно подходить к ней и вместе с тем хорошо ее выполнять.

Но для того чтобы иметь возможность проделать ее хорошо в случаях трудных, необходимо в совершенстве знать технику ее в простых случаях. Нет гинекологической операции, которая бы требовала так много личного опыта, хирургической осмысленности, решительности и иногда терпения. Этим объясняется наличие всегда большого количества противников этой операции, ибо вполне понятно, что тот, кто плохо владеет этой операцией, имеет вполне естественную склонность относиться к ней отрицательно; между тем эта операция в известных условиях не может быть заменена никакой другой.

Здесь необходимо иметь хороший инструментарий может быть даже более совершенный, чем при удалении матки путем чревосечения.

Я предпочитаю и здесь стол Матье с видоизменениями, указанными выше (рис. 270).

Инструменты, которые я особенно рекомендую на основании долгого опыта, следующие:

- 1) Короткое влагалищное зеркало в 4—5 см шириной, в 5—6 см длиной для отдаливания спайки промежности (рис. 271).
- 2) Зеркало такой же ширины, но в 9—10 см длиной (рис. 271).

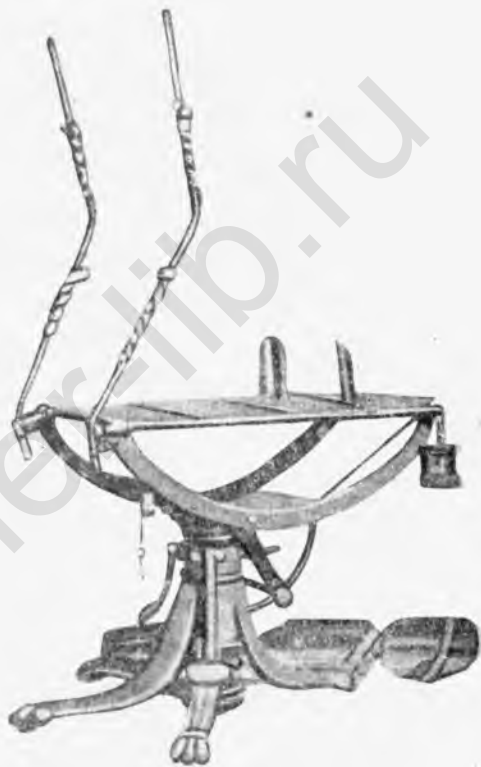


Рис 270. Стол Фора, предназначенный для влагалищных операций.

3) Одно более узкое зеркало в 9—10 см длиной, в 35 мм шириной для защиты мочевого пузыря (рис. 272).

4) Маточный зонд с делениями (рис. 273).

5) 8 шинцов для низведения с двумя-тремя зубцами, но с бородками не шире 1 см (рис. 274 и 275).

6) Пара больших прямых ножниц (рис. 276).

7) Пара больших кривых ножниц (рис. 277).

8) Восемь зажимов с короткими и крепкими бородками для полной остановки кровотечения; имеется много моделей этих зажимов, но я предпочитаю ту модель, которая была изготовлена для меня Колэном (рис. 278).

9) Два окончатых зажима для низведения придатков (рис. 279).

10) Несколько зажимов Кохера (рис. 280).

11) Четыре окончатых зажима (узких) (рис. 281, 282 и 283).

12) Длинный скальпель, изогнутый в своей плоскости (рис. 284 и 285).

13) Штопор Сегона в виде спирали с коротким радиусом (рис. 286).

Этими тремя последними инструментами пользуются очень редко лишь в некоторых случаях фибром.

Способ Дуайена. Существует способ значительно превосходящий остальные, по крайней мере в случаях легких или средней трудности, т. е. в случаях, где матка низводится довольно легко. Это — способ Дуайена. Вот он во всей своей простоте. Больная помещается в спиннокрестцовое положение, ноги хорошо фиксируются в ногодержателях, туловищу придается слегка наклонное положение (приблизительно под углом в 15—20°). Затем спайка промежности отдавливается коротким зеркалом и шейка захватывается двумя щипцами для низведения, наложенными по боковым сторонам ее; захватывание шейки должно быть крепким и должно производиться за всю толщину ткани. Матка низводится, и в легких случаях она часто тут же опускается до вульвы. Затем приступают к отсечению влагалища; для этого момента операции нет ничего удобнее больших кривых ножниц, прекрасного инструмента, пользование которым еще недостаточно распространено.

К шейке следует подходить сзади, начиная с правой стороны ее; в то время как левая рука подтягивает кпереди наложенные на шейку щипцы ножницы надсекают ее с правой стороны (от хирурга с левой) приблизительно на расстоянии 2 см от цервикального отверстия, и несколькими ударами ножниц отсекают задний влагалищный лоскут (рис. 287). Часто в этот момент вскрывается свод дугласова пространства, но очень часто он может оказаться не вскрытым, что не имеет никакого значения. В момент, когда ножницы достигают левой стороны шейки, рука старается подвести боковую часть шейки и затем ее переднюю поверхность, причем ножницы отгибают шейку, продолжая отсекать влагалище. Их концы, касающиеся существа матки, мало-помалу производят отсечение влагалища спереди, затем направляются влево от хирурга, где и встречаются с начальной точкой разреза; отсечение влагалища закончено (рис. 288).

При рассечении спереди места прикрепления влагалища следует оперировать очень осторожно, чтобы избежать поранения мочевого пу-

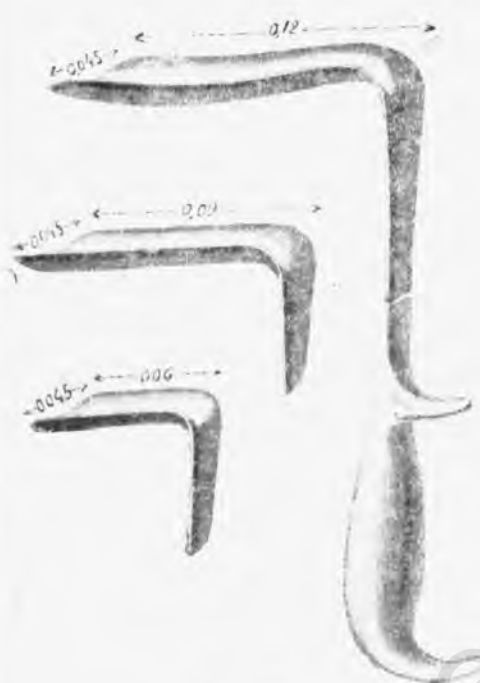


Рис. 271.



Рис. 273.



Рис. 274.



Рис. 272.



Рис. 275.



Рис. 276.



Рис. 277.

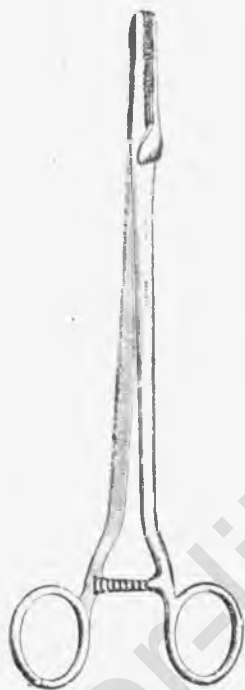


Рис. 278.



Рис. 280.



Рис. 279.



Рис. 281.



Рис. 282.



Рис. 283.



Рис. 284.

зря; если имеется какое-либо сомнение в его точном расположении, следует ориентироваться путем введения зонда в мочево́й пузырь. Но если держаться на расстоянии 15—18 мм от отверстия шейки, имеющей нормальную величину, то риска никакого нет.

Когда круговое отсечение влагалища закончено, обнажают с помощью пальца область внутреннего отверстия матки. Часто свод ду́гласова про-

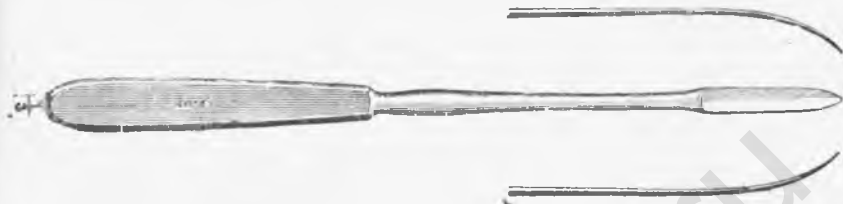


Рис. 285.

странства оказывается вскрытым первым же ударом ножниц. Если же он не вскрыт, то выгодно бывает его в этот момент вскрыть; нет ничего проще сделать это, если держаться задней поверхности шейки; пальцу приходится лишь следовать ее направлению с тем, чтобы быстро прорвать брюшину, если она в этом месте еще держится. Если же прорвать ее пальцу не удастся, можно воспользоваться кривыми ножницами, концы



Рис. 286.

которых не должны отходить от задней поверхности шейки. Когда задний свод вскрыт, его обследуют указательным пальцем. Иногда можно таким образом составить себе представление о состоянии придатков, но чаще это обследование не дает никакой ясной картины.

Тогда идут спереди, и в то время как левая рука продолжает подтягивать матку книзу, большой палец правой руки, следуя снизу вверх, по передней поверхности матки, расслаивает клетчатку пузырно-маточного пространства и отсекарует мочево́й пузырь, который, будучи фиксирован к лобку, требует лишь отслойки вверх и не имеет возможности следовать за движением матки при ее низведении вниз (рис. 289).

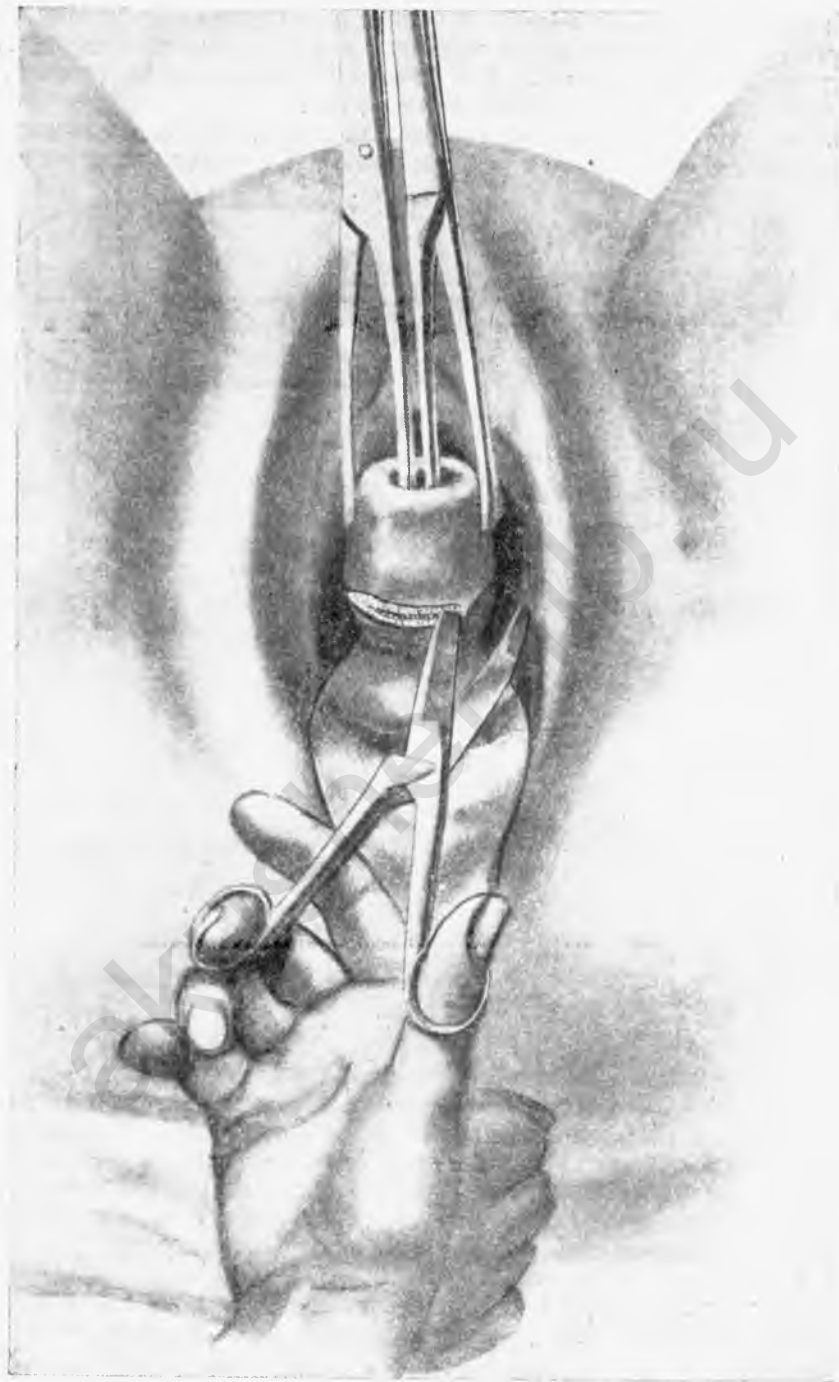


Рис. 287. Влагалищное удаление матки; начало отсечения влагалища.

В легких случаях, когда матка легко низводится вниз, пузырно-маточный свод достигается быстро; он резко выделяется своей белизной от соседней клетчатки. Его вскрывают одним взмахом ножниц (рис. 290), расширяют отверстие с помощью указательного пальца или даже сильным разведением ножниц, и вводят в брюшную полость узкое длинное зеркало, предназначенное для защиты мочевого пузыря от поранения в конце операции.

Когда низведение удается труднее, отыскивание и вскрытие переднего свода брюшины производится не так легко, и тогда следует либо хорошо расслоить ткани концами кривых ножниц, держась все время матки, но не затрагивая самой ткани последней, либо же оставить вскрытие свода брюшины до более позднего времени; тогда, защищая концом зеркала мочевой пузырь, приступают к приему Дуайена, в котором и заключается оригинальность и превосходство этого способа; этот прием позволяет при своем выполнении произвести вскрытие свода брюшины, еще не достигнув его. Этот столь ценный прием состоит в срединном рассечении передней стенки матки, или, говоря короче, в «*переднем продольном рассечении матки*».

Одним ударом прямых ножниц, задняя ветвь которых вводится в шейку, рассекают строго по средней линии переднюю губу шейки до внутреннего зева и иногда даже немного выше (рис. 291). На каждую губу полученного таким образом разреза накладывают возможно выше щипцы (Мюзю. Ред.) и продолжают делать влечение вниз. Таким образом, с одной стороны, передняя поверхность матки оказывается крепко фиксированной. а с другой стороны, нижняя часть матки благодаря этому разрезу становится более гибкой и настолько податливой, что, подтягивая ее за наложенные щипцы, удается заметным образом низвести переднюю стенку ее и вместе с тем перегнуть матку вперед (рис. 292).

Ее передняя поверхность становится на известном протяжении видимой. Новый удар ножниц, удлиняя первый разрез, рассекает матку по средней линии и щипцы, которыми были только захвачены края разреза, переносятся несколько выше, к месту, где теперь кончается разрез. Передняя поверхность матки еще больше сгибается и все более опускается вниз. Если передний свод брюшины не был вскрыт в самом начале, то обычно его вскрывают во время переднего рассечения матки пополам при втором или третьем ударе ножниц. Затем, осторожно вводят через отверстие свода брюшины зеркало под мочевой пузырь и продолжают рассечение матки пополам (hémisection). Новый удар ножниц, новое захватывание щипцами, новое низведение и так до тех пор, пока не замечают проскальзывающего под пузырным зеркалом дна матки, которое целиком выводится наружу под влиянием влечения, производимого мягко, но вместе с тем энергично и непрерывно (рис. 293).

Но матку еще удерживают широкие связки, которые, прикрепляясь к ней по всей длине ее края, идут в глубину таза и фиксируют матку к стенкам таза.

Нижняя часть широких связок, содержащая маточную артерию, расположена вблизи от шейки, где ее и находят с самого начала операции. Что касается верхней части широкой связки, то теперь видна и она;



Рис. 288. Конец отсечения влагалища.



Рис. 289. Отсепаровка мочевого пузыря.

эта часть отходит от маточных услов и поднимается наклонно вверх и кнаружи, чтобы исчезнуть в полости таза. Этот верхний край образован



Рис. 290. Вскрытие свода брюшины.

трубою, с которой связан яичник. Когда эти придатки свободны, их легко удается увидеть и вывести наружу соответствующими щипцами, или просто пальцем (рис. 294). Но когда они приращены, как это наблю-



Рис. 291. Начало рассечения матки спереди.



Рис. 292. Передний свод брюшины вскрыт. Матку начинают низводить.

дается в значительном числе аднекситов, выведение их книзу может оказаться трудным, а иногда даже опасным; дальше мы увидим, что полагается делать в этом случае. Когда придатки подвижны и легко низводятся, конец операции является очень легким.

Крепкие щипцы с короткими бородками, наложенные снизу вверх, сбоку от шейки матки, захватывают нижнюю половину левой широкой связки, в которой проходит маточная артерия (рис. 295). Указательный и средний пальцы левой руки, введенные сверху вниз позади матки, отодвигают кишечник, который впрочем уже защищен введенным компрессом, и отыскивают заднюю бородку зажима с тем, чтобы провести ее и избежать всякой возможной случайности.

Такими же щипцами, которые накладываются на этот раз сверху вниз, снаружки от придатков захватывается верхняя половина широких связок. Бородки этих двух щипцов должны заходить одна за другую с таким расчетом, чтобы между ними не оставалось ни малейшего участка широкой связки, не захваченной зажимами (рис. 295). Несколькими ударами ножниц, которые наносятся между краем матки и наложенными зажимами, рассекают левую широкую связку. Матка легко смещается теперь по всем направлениям, удерживается лишь правой широкой связкой; как и перед тем, на нижнюю и верхнюю половину широкой связки накладываются зажимы, которые заходят один за другой, широкая связка отсекается и операция закончена (рис. 296).

Остается лишь тщательно проверить гемостаз и ввести во влагалище стерильные компрессы, для того чтобы предупредить выхождение кишечника и защитить влагалищные стенки от травматизации зажимами.

Я предпочитаю лигатурам зажимы à demeure; пользоваться зажимами легче и удобнее. Там, где матка низводится плохо, очень часто оказывается возможным применить только их. Но в очень легких случаях, где широкие связки растягиваются и еще достаточно эластичны, нет никаких оснований возражать против метода наложения лигатур. В этом случае, после того как матка выведена наружу, вместо того, чтобы накладывать на широкую связку зажимы, последовательно на игле, проходящей через ткани во избежание соскальзывания лигатур, накладывают в 2 или лучше в 3 этажа лигатуры: одну снизу на маточную артерию, вторую сверху на маточно-кишечниковую ножку (*lig. infund.-pelv. Ped.*), в центре третью, которая захватывает участки двух предыдущих и накладывается в среднем этаже широкой связки.

Кетгутовые швы правой стороны можно затем соединить со швами левой стороны с тем, чтобы сблизить в поперечном направлении обе широкие связки и создать в глубине влагалища устойчивую поверхность, которая в известной мере будет закрывать влагалище, препятствовать выпадению кишок и способствовать функциональному восстановлению тазового дна.

Таков ход влагалищного удаления матки по методу переднего рассечения матки, в случае типичном. Когда матка очень подвижна, когда она низводится без всяких затруднений, когда не имеется никаких спаек между придатками и соседними частями, эта операция может занять едва 2 минуты времени.

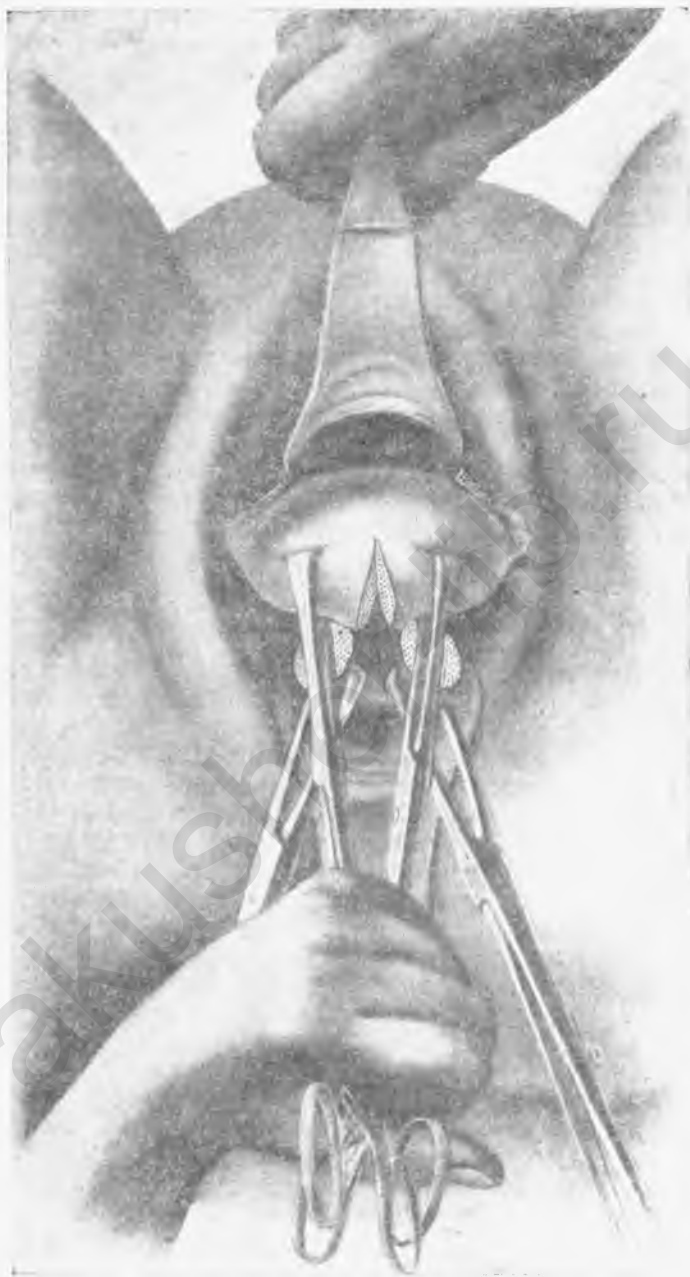


Рис. 293. Выведение матки наружу; дно матки появляется под зеркалом, поддерживающим мочевой пузырь.



Рис. 294. Матка совершенно выведена наружу. Левая рука извлекает наружу придатки.



Рис. 295. Наложение зажимов на левую широкую связку.



Рис. 296. Наложение зажимов на правую широкую связку после отсечения левой широкой связки.

Иногда она может быть еще проще, чем я ее описал, и рассечение матки спереди может оказаться ненужным. Достаточно бывает положить в этом случае щипцы на переднюю стенку, на уровне ее средней части, чтобы перегнуть матку вперед и вывести ее наружу.

Но дело не всегда обстоит так благополучно, даже там, где низведение и выведение матки оказывается возможным. Часто, несмотря на правильное и повторное влечение, придатки не сменяются. Так как нет возможности составить себе ясного представления о значительности, плотности и расположении спаек, фиксирующих сверху придатки к стенкам таза, а иногда и к кишечнику, и так как слишком энергичное влечение, производимое вслепую, может вызвать опасное повреждение, часто приходится оставлять придатки, или же удалять их частично, экстирпируя по частям один участок за другим по мере того как к ним удается подойти. В этом случае верхние зажимы накладываются кнутри от придатков у маточного угла и удаляют лишь одну матку, вскрывая по возможности лишь гнойные карманы и оставляя в брюшной полости остатки придатков, а иногда даже и целиком все придатки.

Иногда по тем или иным соображениям задний свод оказывается не вскрытым в начале операции. Это не имеет значения. Когда матка выведена наружу и пальцы левой руки заведены поверх нее на ее заднюю поверхность, обычно очень легко удастся прорвать задний свод пальцем, но уже по направлению сверху вниз. Если же свод оказывает большое сопротивление, то зажимом, введенным под контролем пальца снизу вверх позади шейки, протыкают перегородку.

Наконец, бывают случаи — и не так уже редко, — когда матка, дойдя до вульвы, останавливается в своем низведении, лишая возможности ввести позади ее палец и следовательно захватить верхнюю часть широкой связки зажимом. В этом случае нужно рассечь прямыми ножницами заднюю стенку матки, но на этот раз сверху вниз по направлению от дна к шейке, превращая таким образом рассечение передней стенки матки в полное рассечение пополам всей матки целиком. Впрочем нередко это заднее рассечение бывает уже достаточным, если прекратить его на уровне шейки с таким расчетом, чтобы обе половинки матки держались еще на задней части шейки. В этих случаях, где матка низводится лишь наполовину, подобное полное рассечение матки пополам очень облегчает захватывание зажимами широкой связки, а также обследование и удаление придатков. Этот прием превращает способ Дуайена в способ Мюллер-Кеню (Müller-Quéni), который является таким же прекрасным методом, как и предыдущий, особенно в тяжелых случаях.

Способ Мюллер-Кеню. В 1888 г. Мюллер предложил рассекать матку по средней линии, чтобы получить возможность легче ее низвести и наложить таким образом крепкую лигатуру на верхний участок широкой связки. Это срединное рассечение должно быть сделано, по словам Мюллера, после вывихивания матки. Он следовательно не имел в виду, производя с начала этот срединный разрез, тем самым облегчить низведение матки. Это очень хорошо, наоборот, понял Кеню, который, начиная с 1892 г., остановился на этом методе и ввел его во всеобщее употребле-

бление. Следовательно здесь справедливо присоединить к имени Мюллера и имя Кеню.

Этим способом следует пользоваться при двух совершенно различных условиях. Прежде всего, — на что было уже обращено внимание в конце предыдущей главы, — он может оказать большую услугу, когда после выведения матки наружу, путем рассечения ее передней стенки, не удастся низвести матку так низко, чтобы завести пальцы позади нее и оперировать на придатках. Тогда рассекают заднюю стенку либо сверху вниз, либо снизу вверх, в зависимости от удобства, заботясь о том, чтобы задняя ветвь ножниц, во избежание всяких несчастных случайностей, действовала под контролем пальца. Когда полное рассечение матки закончено, операционное поле становится гораздо более доступным осмотру и получается больше простора для того, чтобы обследовать и низвести придатки, наложить зажимы на широкую связку и закончить операцию.

Но имеются еще другие случаи, при которых этот способ оказывает еще более значительные услуги; это трудные случаи, с обширными сращениями, где матка низводится плохо.

В этом случае рассечение передней стенки матки, которое так легко и быстро производится лишь в легких случаях, часто бывает здесь совершенно недостаточным. И действительно оно совсем не способствует, или почти не способствует низведению шейки. Оно способствует лишь низведению средней части дна матки, переводя последнюю в вынужденное положение антефлексии. Но если матка фиксирована целиком, особенно сзади, то перегиб ее кпереди и вывихивание матки не может произойти, шейка не сдвинется с места и даже самое рассечение передней стенки матки может оказаться невыполнимым. Тогда-то и окажет громадную услугу способ полного рассечения всей матки. И этот прием позволяет матке, рассеченной на две боковые части, которые все более и более отходят друг от друга по мере рассечения, непосредственно опуститься, следуя оси таза, без необходимости какого-либо вывихивания матки ни кпереди, ни кзади. И действительно каждая половина матки вывихивается по направлению оси таза, причем матка открывается снизу вверх, а расщепляется так сказать сверху вниз (рис. 297). В это время обе ее боковые половинки, подтягиваемые книзу, тем дальше отходят друг от друга, чем более рассечение приближается ко дну матки (рис. 298). Таков принцип этого способа, который ставит его в некоторых трудных случаях выше всех остальных.

Оперативная техника не представляет собою ничего особенного. Отсечение влагалища, отсепаровка мочевого пузыря и вскрытие переднего и заднего сводов брюшины производятся так же, как при рассечении передней стенки матки. Однако здесь приходится думать о заднем своде, по крайней мере тогда, когда не представляется нужным производить обследования придатков, потому что в момент рассечения задней стенки он будет обязательно вскрыт, как бывает вскрыт пузырно-маточный свод при рассечении передней стенки матки.

После того как мочевой пузырь и прямая кишка будут защищены зеркалами, натягивают оба крепких зажима, наложенные на боковые стороны шейки, и крепкими ножницами рассекают переднюю и заднюю

стенки матки. Полученные таким образом обе половинки рассеченной шейкой отходят друг от друга под влиянием шеечных щипцов, производящих натяжение в разные стороны (рис. 297). Другими щипцами захватывают края этого разреза по возможности у самого верхнего конца его и продолжают этот разрез вверх через всю толщу маточной ткани. Под влиянием нового влечения матка вскрывается, ее две половины все более отходят друг от друга и в конце концов, обычно очень легко, доходят до ее верхней части (рис. 298 и 299).

В течение всей этой операции следует очень заботиться о том, чтобы не уклоняться от средней линии, что всегда довольно легко удается, если уметь ориентироваться по полости матки.

Иногда бывает очень трудно произвести рассечение задней стенки, которую не удается низвести. В этом случае, в то время как помощник сильно тянет за наложенные щипцы, следует ввести указательный палец позади матки и впереди него пропустить заднюю ветвь ножниц. В некоторых случаях, если этот прием невозможен, можно рассечь заднюю стенку непосредственно скальпелем, который рассекает ее спереди назад от слизистой по направлению к серозной поверхности. Но это нужно производить очень внимательно, чтобы не пройти за пре-

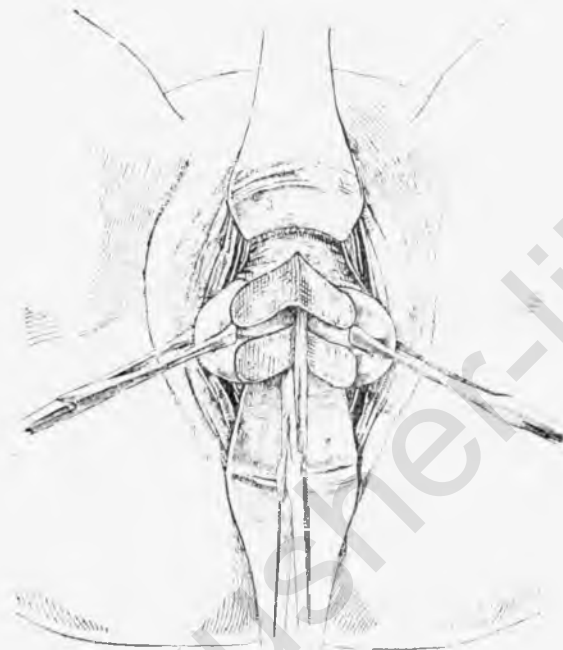


Рис. 297. Способ Мюллер-Кеню. Начало рассечения матки по средней линии.

делы маточной ткани, во избежание поранения прямой кишки или одной из кишечных петель, которые могут быть спаяны с задней поверхностью матки.

Когда полное рассечение закончено, остается наложить лишь зажимы. Правила наложения в этом случае не отличаются от тех, что были изложены выше. Легё дает совет, который я считаю весьма полезным. Во избежание загромождения операционного поля, вместо того, чтобы одновременно подтягивать к низу обе половины матки, он советует одну из них — ту, которая будет обрабатываться позднее, обычно правую, — снова отодвинуть вверх (рис. 300). Следовательно эта правая половина оказывается снова в малом тазу в положении, которое она занимала до своего низведения; операционное поле от этого осво-

бождается, и левая рука может легче оперировать на левой половине матки при освобождении и низведении придатков. Когда левая половина матки удалена, снова выводят наружу правую половину, которая удаляется так же, как и предыдущая. В этом случае для освобождения придатков удобнее работать правой рукой.

Итак, я считаю нужным рекомендовать обратное введение одной половины матки там, где в этом имеется надобность. Может случиться, что этот прием, устраняя натяжение сосудов, может вызвать довольно сильное кровотечение. Если это случится, то можно ограничиться обратным низведением отодвинутой в брюшную полость половины матки для того, чтобы снова натянуть и сдавить идущие к ней сосуды.

При помощи этих двух способов, которые могут комбинироваться в зависимости от обстоятельств, можно очень хорошо проделать большинство гистерэктомий. Однако необходимо в особенно трудных случаях прибегать к другим способам, другим приемам, иногда даже к некоторым ухищрениям с тем, чтобы уметь ими пользоваться и иметь возможность всегда хорошо сделать эту операцию, которая в некоторых случаях оказывается исключительно трудной и из всей оперативной хирургии требует наибольшего напряжения, терпения и искусства. Вот почему я считаю полезным дать здесь некоторые указания относительно способов, которыми пользуются другие хирурги.

Способ Пеана. Так например Пеан удалял матку, даже тогда, когда она была не увеличена в объеме, как правило путем кускования. После того как матка оказывалась отделенной и спереди и сзади и хорошо изолированной с помощью зеркал, Пеан накладывал короткий зажим на нижнюю часть широких связок с той и с другой сторон шейки, отсекал широкие связки кнутри от зажимов, и шейка таким образом оказывалась отделенной от идущих к ней сосудов.

Затем двумя ударами ножниц рассекались боковые стороны шейки, благодаря чему последняя оказывалась разделенной на две части — пе-

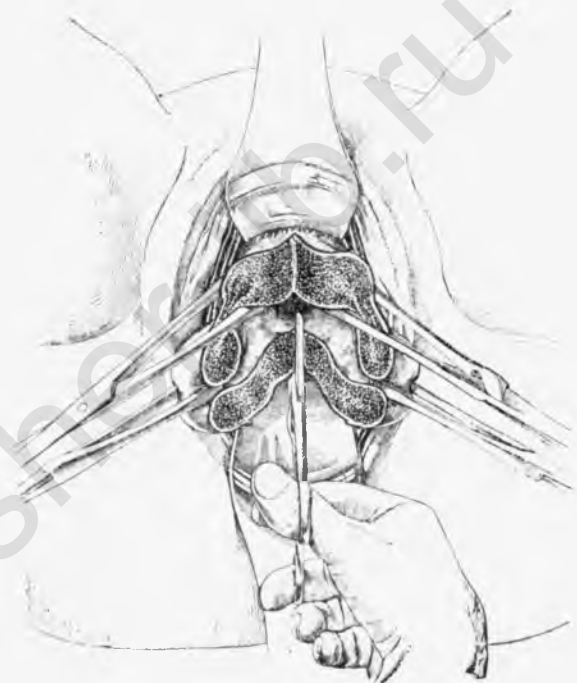


Рис. 298. Способ Мюллер-Кеню. Рассечение матки производится одновременно и по передней ее стенке и по задней.

реднюю и заднюю (рис. 301). Каждая такая половина шейки захватывалась у своего основания щипцами (Мюз. Ред.), причем часть, расположенная ниже этих щипцов, отсекалась и таким образом оставалась лишь матка без шейки.

Тогда на самую нижнюю часть еще не отсеченной широкой связки накладывался другой зажим с короткой бородкой, который помещался с каждой стороны кнутри от первого. Ударом ножниц кнутри от вновь наложенного зажима отсекался край матки от части широкой связки, находившейся в щипцах. Матка, как и в предыдущем случае, рассекалась



Рис. 299. Способ Мюллер-Кенно. Рассечение произведено почти полностью.

поперечным разрезом на две половины, которые затем удалялись, в то время как щипцами (Мюз. Ред.) захватывалось самое тело матки выше этих частей. Пеан повторял этот прием от пор, пока он не достигал дна матки, которое удалялось таким же кускованием, после предварительной остановки кровотечения.

Способ Сегона. Сегон (Segond) видоизменил и усовершенствовал способ Пеана, сохранив в нем лишь первый момент. Он отсекал влагалище скальпелем, как и Пеан, делая однако с каждой стороны по небольшому боковому разрезу, который давал больше простора, затем он накладывал с каждой стороны по зажиму на нижнюю часть широкой

связки и отсекал ее (рис. 302 и 303). После этого он удалял шейку точно так же, как это делал Пеан; оставалась следовательно одна матка без шейки, которая и удалялась после *предварительной остановки кровотечения*. Затем Сегон заканчивал свою операцию, производя рассечение передней стенки матки по Дуайену, и вывихивал тело матки кпереди. Если спайки оказывались очень крепкими и мешали этому выведению, то Сегон мало-помалу удалял переднюю стенку матки, отсекая из нее конусообразные куски, и доходил таким образом до ее дна. Когда дно оказывалось выведенным наружу, операция заканчивалась, как и при способе Дуайена, путем наложения зажимов сверху вниз на широкую связку, кнаружи от придатков, если они были подвижны, и кнутри от

них, если они были фиксированы. Следовательно при этом методе шейка удаляется в общем по способу Пеана, а тело по способу Дуайена. Впрочем Сегон не смотрел на удаление шейки как на нечто необходимое. Он часто сохранял шейку, но постоянно рассекал ее после наложения зажимов на нижний участок широких связок.

Способ кускования. В трудных случаях, когда матка запаяна со всех сторон и не поддается низведению, когда способы Дуайена и Мюллер-Кеню неприменимы, для того чтобы довести операцию до благополучного конца, следует воспользоваться методом «кускования», примером которого могут служить способы Пеана и Сегона. С помощью ножниц и скальпеля на длинной рукоятке и с изогнутым лезвием удаляют матку по частям, путем последовательного кускования. Это кускование требует большого опыта в операциях этого рода. Чтобы делать эти операции правильно, нужно их очень много видеть и известное количество проделать самому. Однако существуют некоторые правила, от которых никогда не следует отступать; и они оказывают громадные услуги, не допуская грубых ошибок. Во-первых, *никогда не следует терять связи с маткой*, которая всегда должна быть в руках и которую никогда не следует выпускать. Вот почему при отсечении куска матки, на который наложены щипцы для ее низведения, никогда не следует снимать последних прежде, чем не будут наложены на матку другие щипцы выше предыдущих, с тем чтобы всегда можно было сохранить хорошую фиксацию органа. Затем, *никогда не следует уклоняться от средней линии*. Идя по средней линии, хирург всегда остается в сущности в пределах ткани матки, где, оперируя с осторожностью, можно не бояться кровотечения и осложнений. Если же, наоборот, хирург отступает в сторону к краям матки и широким связкам, он может сделать неправильное наложение зажимов, вызвать разрывы, кровотечение и поранить соседние органы. Итак никогда не терять связи с маткой и никогда не уклоняться от средней линии, — вот два основных закона для всякого трудного случая удаления матки.



Рис. 300. Правая половина матки отодвинута в брюшную полость, чем облегчается захватывание левой половины (по Легё).

Вот почему нужно по мере возможности сохранять шейку, которая является лучшей точкой опоры, и производить кускование, если только есть возможность, выше нее — по передней поверхности и дну матки. Но, когда матка абсолютно неподвижна, можно пожертвовать шейкой в самом начале операции.

Лучше всего тогда рассечь ее на две части: одну переднюю, другую заднюю, которые затем и удаляют, не забывая наложить зажим на верхний край разреза, на самую ткань матки, прежде чем будет совершенно отсечен участок шейки служащий точкой опоры. То же самое делал



Рис. 301. Способ Пеана. Шейка разделена на две половины, которые последовательно удаляются.

Пеан (рис. 301). Идя мало-помалу вперед, захватывая широкие связки по мере того как продвигаются кверху и поднимаются вдоль краев матки, удастся наконец удалить всю матку более или менее крупными, а нередко и совсем маленькими частями. Впрочем дальше мы увидим, что в значительном числе случаев, где дело идет лишь об обеспечении в центре таза широкого пути для дренирования, полная экстирпация матки является ненужной и можно ограничиться вскрытием околоматочных карманов.

В обыкновенных случаях способ Пеана уступает способу Дуайена и Мюллер-Кеню. Зажимы, наложенные в несколько этажей, на широкие связки загромаздуют влагалище и затрудняют работу. Между тем эта предварительная остановка кровотечения не только не нужна, но является даже и менее надежной сравнительно с остановкой кровотечения после вывихивания и выведения матки наружу.

Способ Сегона, значительно облегчая момент экстирпации тела матки, в случаях обыкновенных стоит выше способа Пеана. Но по моему мнению он уступает способу Дуайена. Когда матка низводится хорошо, я не понимаю, какую можно иметь выгоду от удаления шейки и от наложения на нижний конец широкой связки двух зажимов, которые мешают оперировать и могут соскользнуть во время операции. Между тем для низведения матки зажимы, наложенные на шейку, оказывают громадную услугу. Кроме того, если во время удаления матки соскользнут щипцы, удерживающие тело матки, то последняя уходит кверху и найти ее снова при отсутствии шейки исключительно трудно.

Однако, когда матка не спускается или низводится плохо, в случаях трудных, где способ Дуайена неприменим, а способ Мюллер-Кеню недостаточен, способ Сегона может оказаться превосходным и лучше всех остальных. Низведение матки почти всегда затрудняется отсутствием достаточной эластичности в нижнем отделе широких связок и прохождением в них крестцово-маточных связок. Отсечение этих различных связок с каждой стороны шейки устраняет препятствие, и матка низводится. Тогда оказывается возможным путем рассечения передней стенки вывести тело матки и легко и быстро закончить операцию, которая при пользовании другими способами может оказаться весьма трудной, а иногда даже и невыполнимой.

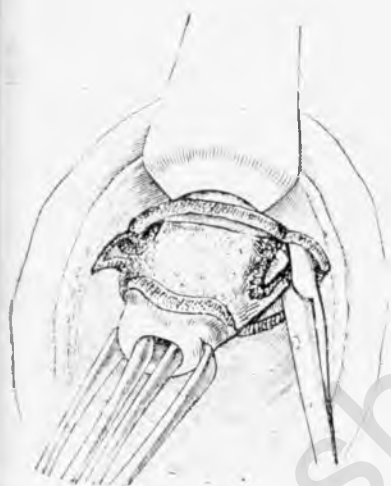


Рис. 302. Способ Сегона. Захватывание нижнего участка широкой связки и маточной артерии.

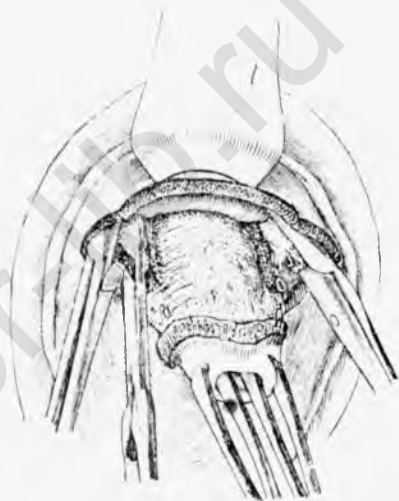


Рис. 303. Способ Сегона. Отсечение нижнего участка широкой связки и низведение матки.

Однако я не разделяю мнения Сегона, что захватывание и отсечение нижнего участка связок более, чем другие способы, предохраняют мочеточник от повреждения и ущемления. Напротив, пока матка еще не подверглась вывиху, при котором неизбежно происходит отхождение мочеточников кнаружи, поскольку они вынуждены отойти в сторону, чтобы пропустить дно матки, до этого момента мочеточники лежат ближе к средней линии и следовательно к зажимам, которые накладываются по бокам шейки.

Впрочем известно, что с того времени как способ Дуайена получил широкое распространение, несмотря на чрезвычайную частоту производства влагалищного удаления матки, повреждение мочеточников становится в последнее время все более и более редким и на 400 операций, сделанных мною лично, это осложнение имело место лишь в одном весьма трудном случае, где матку не было возможности низвести и где нельзя было применить ни одного правильно проведенного метода.

Наконец существуют еще другие способы, которые могут в отдельных случаях оказать большие услуги; знать их весьма полезно. Так например там, где после рассечения передней стенки матки захватить широкие связки сверху вниз представляется невозможным, Пишевен рекомендует захватывать их снизу вверх, шаг за шагом отсекая их кнутри от накладываемых на них зажимов и удаляя освобождающуюся таким образом матку. В общем это будет гистерэктомия, которая начинается по способу Дуайена и заканчивается по способу Пеана. Этим способом можно воспользоваться, если нельзя произвести полного срединного рассечения матки по методу Мюллер-Кеню, о чем я говорил выше.

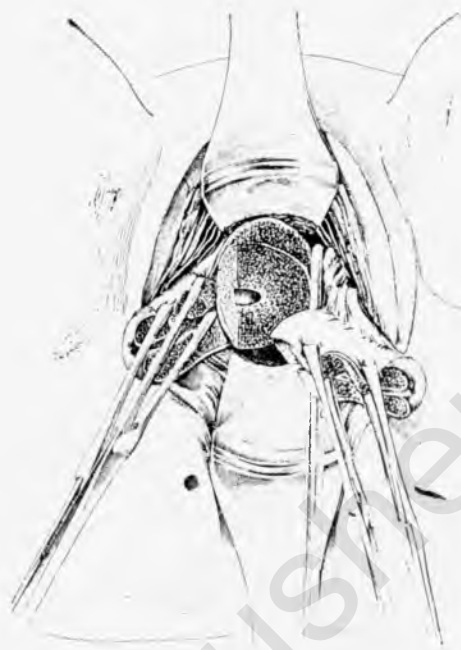


Рис. 304. Способ Фора. Поперечное рассечение матки, позволяющее захватить верхнюю часть широкой связки.

ки, которую держат сращения. Это рассечение, доходящее до широкой связки, позволяет захватить снизу верхнюю часть этой связки, недоступную сверху (рис. 304).

Наконец в очень трудных случаях можно по примеру Шуккардта (Schuckardt) создать себе больше простора, рассекая вульву и влагалище, которые после операции снова восстанавливаются швами. Я буду еще иметь случай говорить об этом при описании гистерэктомии по способу Шаута при раке шейки матки (стр. 110). Это прекрасный способ, он значительно облегчает все моменты операции и им без коле-

воспользоваться, если нельзя произвести полного срединного рассечения матки по методу Мюллер-Кеню, о чем я говорил выше.

Я описал ¹ и несколько раз применил способ, который состоит в том, что после переднего рассечения матки рассекают поперечным разрезом матку и широкие связки с тем, чтобы разделить их на известное число горизонтальных сегментов, которые легко захватить и особенно легко перевязать. Этот способ, показанный лишь там, где имеют в виду наложить лигатуры, может иногда, когда им пользуются частично, оказать большие услуги.

Легё ² также прекрасно учел, что в некоторых случаях, когда матка даже после полного срединного рассечения все же не опускается, очень выгодно бывает поперечно рассечь половину мат-

¹ J. L. Faure. Presse médicale. 1896 г., стр. 761.

² Presse médicale, 1896.

бания нужно пользоваться во всех случаях, где встречаются значительные трудности.

Небольшие боковые надрезы, рекомендуемые Сегоном, нередко оказывают услугу, расширяя влагалищный путь. Эти разрезы стоит без колебания производить там, где свод влагалища узок и где предвидятся технические трудности. Точно так же можно значительно расширить себе на глубине этот ход, надсекая по средней линии переднюю стенку влагалища на высоту в 2—3 см, а в случае надобности и 4 см. Этот прием в некоторых случаях может значительно облегчить операцию.

Таковы главнейшие оперативные способы и приемы, которые необходимо хорошо знать, чтобы спокойно производить влагалищное удаление матки.

В заключение, не желая ничего утверждать категорически касательно операции, при которой индивидуальные привычки имеют большое значение, я полагаю, что способом, который следует все же предпочитать всем остальным, является способ Дуайена.

Если встречаются какие-либо затруднения, то надо начинать операцию с рассечения вульвы и влагалища (по Шуккардту).

Затем в случае надобности можно пользоваться способом Мюллер-Кеню путем рассечения либо задней стенки сверху вниз (уже после рассечения передней стенки и констатирования недостаточности способа Дуайена), либо сразу обеих стенок матки, на этот раз снизу вверх.

Если применение способа Мюллер-Кеню представляется затруднительным, можно отсечь по бокам шейки основания широких связок и воспользоваться способом Сегона.

Наконец, если матка запаяна, неподвижна и не спускается вниз, ее можно удалить кускованием по способу Пеана.

Но такой образ действия является безусловно теоретическим; на практике может оказаться необходимым комбинировать эти различные способы, соответственно особенностям и трудностям операции.

Влагалищная гистерэктомия является одновременно и наиболее легкой и наиболее трудной операцией в большой хирургии. Иногда бывает чрезвычайно трудно сделать ее надлежащим образом. Чтобы выйти из затруднения в сложных случаях, следует в совершенстве владеть несколькими способами, которые я только что описал. Особенно не следует привыкать лишь к какому-нибудь одному способу: нужно знать все способы, чтобы в случае надобности изменить план операции и соответственно обстоятельствам видоизменить способ вмешательства.

Нет ничего хуже, как в трудном случае настойчиво держаться какого-либо определенного метода, который может быть проведен как метод лишь там, где случай оказывается без отклонений и относительно легким.

И только усвоив эти основные принципы и получив известный опыт, хирург может быстро составить себе ясное представление об этой операции.

Он не остановится перед затруднениями от того вмешательства, которое может оказаться замечательным и способным дать истинное

излечение больных, и с честью выйдет из наиболее затруднительного положения, ибо, взявшись за удаление матки влагалищным путем и начав эту операцию, надо идти уже до конца.

Сравнительная оценка методов удаления матки через влагалище и путем чревосечения при лечении тазовых нагноений. Теперь, поскольку мы знаем во всех деталях различные способы, позволяющие удалять матку и придатки либо влагалищным путем, либо путем чревосечения, остается установить лишь показания к тому и другому из них.

Еще несколько лет назад этот вопрос казался одним из самых трудных; в настоящее время он нам представляется одним из наиболее ясных.

Прежде всего нет сомнений в том, что показания к влагалищной гистерэктомии все более и более суживаются по мере того, как расширяются показания к чревосечению. Учитывая одинаковую опасность, — ибо я не думаю, чтобы в этом отношении была заметная разница, поскольку смертность от той и другой операции в настоящее время является одинаковой, колеблясь около 5%, — приходится считать понятным путь чревосечения стоящим выше влагалищного пути. Правда против него можно сделать возражение о неизбежности при нем рубца и возможности последующей грыжи, но других неудобств не существует. И вотом есть ли основание так преувеличивать их значение? Грыжи довольно просто удается избежать тщательным наложением швов на брюшную стенку, а если они уже существуют, они скорее создают неудобства, чем представляют какую-либо опасность, да к тому же они почти всегда излечимы.

Что же касается рубца, с которым некоторые женщины примиряются очень трудно, то большинство женщин им тяготеется мало и принимает его даже с радостью, если только операция, с которой он связан, избавляет их от длительных страданий. Наконец в случае надобности разрез по Пфаненштилю устраняет и это соображение.

Зато чревосечение представляет сравнительно с влагалищным удалением матки значительные преимущества, которые обеспечивают ему неоспоримое превосходство.

Брюшной путь технически более легок, даже можно сказать значительно более легок, поскольку он не связан с теми невероятными трудностями, которые иногда могут появиться при влагалищной гистерэктомии. Им не приходится пользоваться вслепую, а главное он дает возможность составить себе ясное представление о поражении придатков и применить вмешательство соответственно характеру этих изменений.

И действительно влагалищное удаление матки нередко бывает излишне радикальным. Оно сразу же обуславливает непоправимое нарушение; между тем очень часто хирург только после удаления матки обнаруживает, что придатки, с одной стороны, которые он считал больными, оказывались на самом деле здоровыми и, что сальпингоофорит был лишь односторонним. С другой стороны, весьма часто, даже при правильно распознанных заболеваниях, не удается через влагалище удалить трубу и яичник, фиксированные в тазовой полости плотными сращениями.

Итак следовательно влагалищная гистерэктомия подчас оказывается излишне радикальной, подчас недостаточной. Правда, что иногда основ-

ные заболевания (сальпингоофориты) поддаются излечению при удалении лишь одной матки, но во всяком случае выздоровление всегда будет более совершенным, более стойким и радикальным, когда придатки удалены. Кроме того удаление матки путем чревосечения сравнительно с влагалищным, проведенным даже безукоризненно, безусловно дает возможность гораздо лучше привести в порядок таз даже в наиболее трудных и наиболее сложных случаях.

Вот следовательно основное соображение, являющееся бесспорным и определяющим выгоды верхнего пути. Чревосечение позволяет обследовать таз, составить ясное представление о характере поражения, изменить диагноз и, в случае надобности обойтись консервативными операциями там, где не требуется удаления того или иного органа, ограничиться удалением придатков лишь с одной стороны там, где повреждение одностороннее, и, наоборот, произвести в случаях двусторонних заболеваний придатков, осложненных большими сращениями, более полную операцию, и в общем более совершенную.

Следует ли однако окончательно отказаться от влагалищного пути, широко применявшегося всего лишь несколько лет назад? Я не думаю; я убежден, что в отдельных случаях влагалищное удаление матки навсегда сохранит свое превосходство сравнительно с чревосечением.

У совершенно изнуренных женщин и особенно у тучных чревосечение всегда является более опасной операцией, чем влагалищное вмешательство, на котором и следует в этих случаях останавливать свой выбор.

С другой стороны, имеется одно соображение, которое я первый высказал на конгрессе в Амстердаме ¹. Роже (Roger) ² в обстоятельной диссертации, в которой вопрос был разработан во всех деталях, присоединился к этому взгляду: у женщин со средним телосложением и достаточно крепким организмом следует принимать в расчет при выборе операции не сложность более или менее обширных поражений, не объем их, не сращения с соседними органами, а прежде всего степень инфицированности и вирулентность инфекции.

Когда приходится иметь дело с острыми воспалениями придатков, с вирулентной инфекцией, с многочисленными карманами, окружающими матку со всех сторон, — как это нередко приходится наблюдать при послеродовых осложнениях, когда общее состояние больной тяжелое, температура повышена, когда наконец больная страдает от острой и вирулентной инфекции, когда этот процесс, в силу ли многочисленности гнойных карманов, или в силу их недоступности, исключает возможность излечения простой кольпотомией, — надо без всяких колебаний сделать влагалищную гистерэктомию, которая в смысле обеспечения широкого стока гноя наружу ни с чем несравнима.

В этих случаях она дает изумительные результаты. Она производит настоящее воскрешение, и эти блестящие исходы можно отнести только на ее счет. При этих условиях чревосечение, которое неизбежно сопровождалось бы разрывом свежих и хрупких карманов, излитием гноя в

¹ J. L. Faure. Congrès d'Amsterdam. 1899.

² Roger. *loc. cit.* th., 1899.

малый таз и загрязнением брюшной полости, дало бы гораздо больше шансов, несмотря на самую тщательную защиту кишечных петель, для быстрого наступления смертельного перитонита.

Не все разделяют это мнение. Террье окончательно отказался от влагалищного удаления матки и высказался исключительно в пользу брюшного. Но как бы ни было авторитетно мнение такого хирурга, как Террье, все же можно его не разделять и, чтобы резюмировать мое личное мнение, я выскажу его в виде следующего заключения: хронические двусторонние аднекситы, холодные, не сопровождающиеся никакими острыми вспышками, с исключением таковых у тучных или совершенно изнуренных женщин, должны все без исключения подвергаться чревосечению. Напротив, влагалищное удаление матки следует оставить для острых, угрожающих нагноений, с вирулентной инфекцией, с многочисленными очагами, с склонностью к распространению, для излечения которых простая кольпотомия оказывается несостоятельной.

Однако я должен сказать, что с тех пор, как я подробно изучил дренаж Микулича и вызвал по этому поводу горячие споры в Хирургическом обществе, я не стал более таким педантичным, и я думаю, что если только влагалищное удаление матки представляется трудным, можно сделать брюшное, сопровождая его дренированием по Микуличу или, еще лучше, простым дренированием со вскрытием гнойных очагов без удаления органов.

Консервативные операции.

Когда трубы и яичники поражены, инфицированы, болезненны, следует удалять их без всяких колебаний, но нередко хирурги, увлеченные безобидностью этих операций и хорошими результатами, которые они обычно дают, идут на удаление придатков слишком легко.

Между тем совсем безразлично, удалить ли придатки целиком, или же оставить хотя бы часть их, так как хорошо известно, что женщины, у которых яичник сохранен целиком или по крайней мере в известной части, испытывают в дальнейшем гораздо меньше нарушений сравнительно с теми, которые лишились яичника целиком. В частности, например, если оставлена также и матка, они могут сохранить менструации, а это обстоятельство отнюдь безразлично.

Поэтому за последнее время большинство хирургов стремится и притом совершенно основательно сохранить при лапаротомии все, что представляется возможным оставить. Шредер и Мартин в Германии первые пошли по этому пути, и больные, у которых они произвели консервативные операции, были избавлены от страданий и в дальнейшем могли беременеть. Мюнде, Полак, Дюдлей, Келли (Mundé, Polk, Dudley, Kelly) в Америке, Поизи, Дельбе, Тюффье, Легё, Бейтнер и многие другие во Франции также пошли по этому пути и остались очень довольны полученными результатами.

С другой стороны, этот консервативный метод имеет немало резких противников: многие хирурги полагают, что следует вовсе отказаться от результатов, получаемых консервативным путем, что это скорее

кажущиеся преимущества, чем реальные, и что женщин, довольных тем, что им сохранили часть органов, гораздо меньше, чем женщин, у которых ненужное оставление органов ведет к упорным и более или менее тяжелым расстройствам или даже является причиной серьезных осложнений.

По-моему, истина лежит между этими двумя взглядами. Понятно, если во время операции убеждаются, что яичник например с одной стороны совершенно здоров, нет оснований его удалять, и соображения, что в будущем этот яичник может оказаться больным, не выдерживают критики. Тем более, если например рядом с совершенно здоровым яичником оказывается слегка затронутая труба, но еще проходимая и не исключающая в дальнейшем возможности оплодотворения, будет вполне обоснованно ее также оставить. Недостаточно найти слегка покрасневшую трубу для того, чтобы иметь право ее удалять, тем более недостаточно встретить в яичнике одну или две маленькие кисты, иногда представляющие собою не что иное, как совершенно нормальные граафовы пузырьки, чтобы жертвовать яичником. В этом случае консервативная операция вполне показана.

С другой стороны, если яичник или труба оказываются серьезно пораженными, для меня является вопросом, будет ли благоразумно сохранять их и терять из-за гипотетической беременности возможность полного излечения. Я лично так часто был вынужден повторно производить радикальное вмешательство у больных, подвергавшихся несколько месяцев или лет назад консервативным операциям, что я совершенно не верю в их действительность.

Но нередко это консервативное вмешательство давало мне такие блестящие результаты, что я считаю несправедливым отказываться от него там, где оно показано. Понятно, здесь нельзя дать абсолютных правил. Необходимо каждый случай оценивать индивидуально, и единственное правило, которое можно дать, состоит в том, чтобы по возможности щадить все органы, оказывающиеся здоровыми.

Однако в этом и кроется главное затруднение. В принципе все согласны. Яичник должен быть сохранен в тех случаях, где он здоров, и удален там, где он поражен. Но при осмотре этого органа, такого изменчивого и многообразного, содержащего одновременно и нормальные кисты, т. е. граафовы пузырьки, находящиеся в стадии развития, и очень часто патологические кисты, — нередко очень трудно распознать те и другие и отличить здоровый яичник от больного. Встречаются случаи, где яичник представляется без сомнения здоровым; встречаются другие случаи, где яичник представляется безусловно пораженным. Но наблюдается также и целый ряд промежуточных случаев, где невозможно бывает вынести то или иное окончательное решение. Остается единственное средство, позволяющее избежать таких ошибок; это тщательный расспрос самой больной перед операцией. В сомнительных случаях безболезненные яичники должны считаться здоровыми и лечиться как таковые; болезненные яичники должны быть удалены. Таков по крайней мере образ действий, которого придерживаюсь лично я.

За последние годы, под влиянием главным образом лионских хирур-

гов, консервативная тазовая хирургия пошла по новому пути. Особенно интересные работы появились в связи с вмешательствами, направленными на устранение болей. Известно, насколько упорно бываю страдания больных и насколько часто они ведут к последующему удалению органов, что однако не всегда приносит полное выздоровление. Поэтому дискуссии по вопросу о болезненных кистозных перерождениях яичников будут всегда актуальными. Очень трудно решиться на удаление органов у женщин, которые страдают лишь болями при наличии иногда самых ничтожных объективных изменений. Поэтому совершенно естественно возникла мысль перенести воздействие на нервную систему половых органов, яичников и матки, путем рассечения соответствующих нервных волокон. Это тем более показано, что недавно были найдены — в частности в воротах яичника — ясно выраженные невроты симпатического нерва. Ру (G. Roux) недавно представил в Медицинскую академию очень интересную работу по этому вопросу (1926 г.). Жабулэ (Jaboulay) еще в 1898 г. предполагал воздействовать и воздействовал на симпатическую нервную систему, идя промежуточным путем. Эти мысли снова использовал в 1921 г. Лериш (Leriche), прекрасные работы которого о симпатэктомии всем хорошо известны, Галлопо (Hallopeau), а также Котт (Cotte), интересные работы которого были облегчены анатомическими исследованиями Латарже и Росле (Latarget et Roslet). Дюпон и Лермитт (Dupont, Lhermitte) также изучили вопрос об иннервации яичника путем рассечения нервных волокон в области его ворот.

Этот вопрос еще находится в стадии разработки, и потому я касаюсь его лишь вкратце.

Сплегение симпатической нервной системы спускается к мысу и крестцу, отдавая отдельные волокна, которые, иногда сливаясь, образуют предкрестцовый нерв Латарже (рис. 305).

Все эти волокна идут под брюшиной. Этот предкрестцовый нерв очень легко отыскивается при чревосечении на уровне мыса и непосредственно рассекается. Еще легче по примеру Котта перерезать это сплетение, рассекая поперечно брюшину на протяжении нескольких сантиметров на уровне мыса.

Периартериальную симпатэктомию на уровне подчревных артерий нередко производил Лериш, рассекавший периартериальную клетчатку. Его громадный опыт в этой новой области известен. Но не все имеют опыт Лериша, между тем менее трудное рассечение предкрестцовых волокон приводит к одинаковым результатам.

Дюпон и Лермитт дали с своей стороны точную технику рассечения нервов яичника.

В этой несколько специальной хирургии открывается новый путь, полный интереса, который в ближайшем будущем несомненно откроет новые горизонты.

Этих консервативных операций достаточно много.

Разделение спаек. Это вмешательство, которое особенно рекомендует Польк (Polk), может оказаться очень хорошей операцией: случаи, в которых оказываются более или менее значительные сращения, фиксирующие придатки к соседним частям, нередки; придатки тем самым оказываются

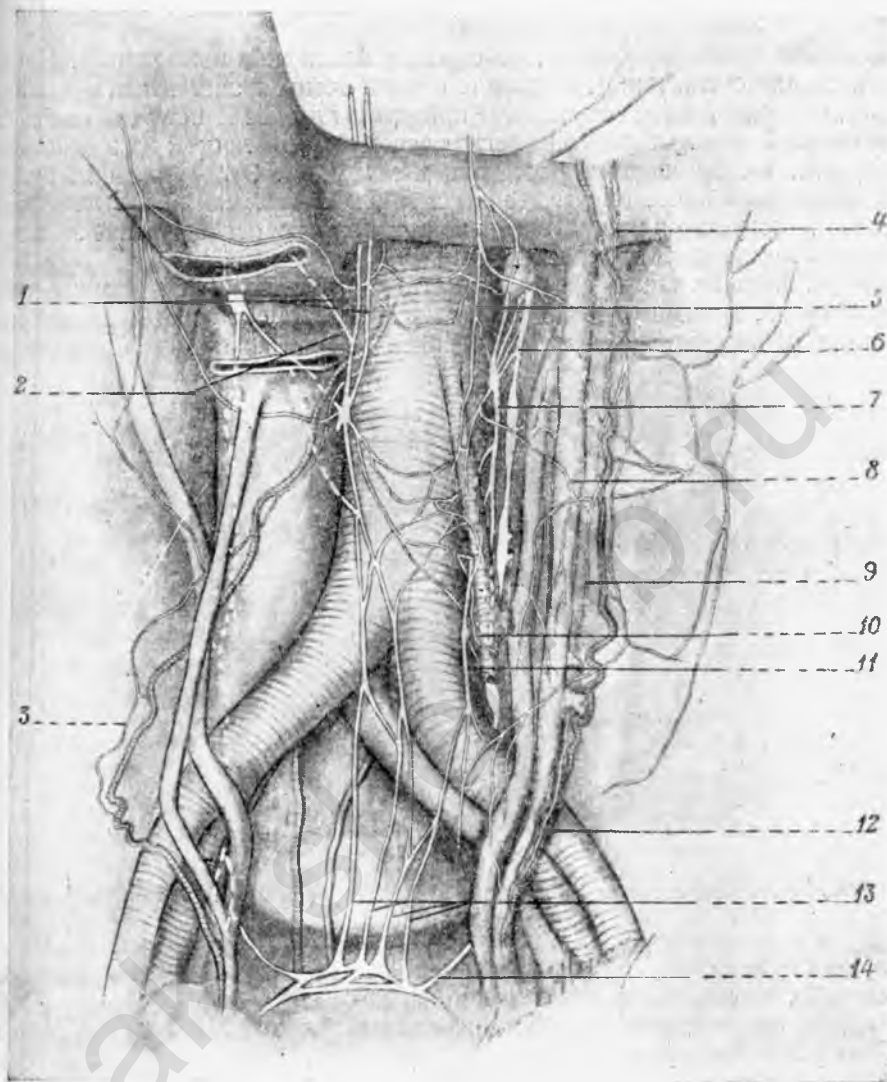


Рис. 305. Plexus spermaticus et plexus hypogastricus superior (Сегон¹).

1 — правые межбрыжеечные нервы; 2 — начало брыжеечных нервов, идущих от симпатического сплетения; 3 — n. spermaticus правой стороны; 4, 9, 12 — n-vi spermatici левой стороны; 5, 7 — брыжеечные нервы левой стороны; 6 — левое поясничное симпатическое сплетение; 8 — начало n. spermatici, идущего от брыжеечного нерва; 9 — n-vi spermatici нижнего брыжеечного сплетения; 10 — начало нижнего брыжеечного сплетения; 11 — начало верхнего брыжеечного сплетения, идущего от левого межбрыжеечного нерва; 12 — n-vi spermatici; 13 — plexus hypogastricus superior; 14 — начало plexus hypogastric. sup., отходящего от левого поясничного сплетения.

¹ Robert Segond. Innervation des organes génitaux de la femme. Th. Paris, 1922, а также доклад Marquest, О консервативных операциях. Congrès de Chirurgie, 1926 г.

в неправильном положении, в состоянии натяжения и сдавления. Иногда эти спайки очень тонки, но вместе с тем и очень резистентны, и я наблюдал, как они иногда окутывали придатки плотными петлями наподобие настоящей сети. Обычно они легко разделяются пальцем; но в некоторых случаях их приходится рассекать ножницами. Эти сращения, будучи последствием более или менее отдаленных воспалений, окутывают придатки, кажущиеся на вид здоровыми, и понятно освобождение этих придатков может дать прекрасные результаты.

Я не имею большого доверия к методам *выдавливания* и к *катетеризации труб*, практикуемым Польком и Мюнде. Поражения должны быть слишком ничтожными, чтобы подобное лечение могло бы принести ка-

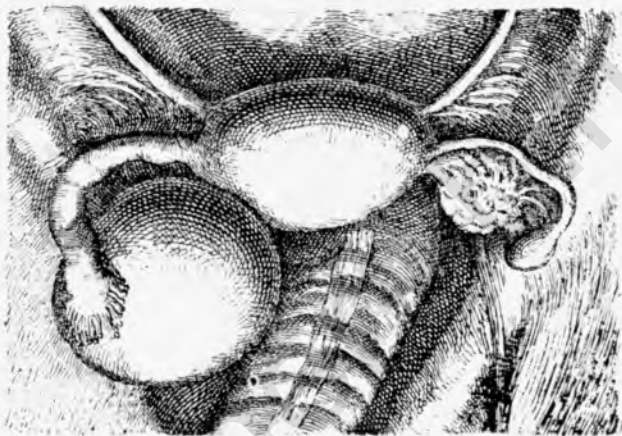


Рис. 306. Консервативные операции. Правая труба и левый яичник поражены.

кую-нибудь пользу, и для меня остается вопрос, не разумнее ли в этих случаях вообще не вмешиваться.

Дело обстоит иначе с сальпингостомией, давшей Мартину, П. Дельбе, Легё и многим другим прекрасные результаты. Кладо (Clado) также пользовался этой операцией, которой он дал несколько более сложное название «Salpingo-ovaro-syndèse».

Совершенно понятно, что когда труба и яичник слегка изменены, но труба при этом оказывается облитерированной, можно иссечь часть последней, вскрыть ее продольным разрезом, обшить полученное таким образом отверстие и фиксировать ее к яичнику. Здесь таким образом яичник прилаживается к трубе, у которой фимбриальный конец заменяется новым. Многие хирурги производили эту операцию, и большие впоследствии рожали; такими результатами пренебрегать нельзя.

Точно так же, когда например левая труба и правый яичник здоровы, удаляют больные левый яичник и правую трубу и затем прилаживают трубу к противолежащему яичнику таким образом, чтобы были осно-

вательные шансы на возможность в дальнейшем оплодотворения (рис. 306, 307).

Я описал¹ и произвел много раз операцию подшивания труб (*Salpingopexia*), которая может оказать услугу. Эта фиксация труб имеет целью устранить опущение придатков в дугласово пространство. Как известно такое опущение яичников иногда сопровождается сильными болями. Чтобы устранить эти боли, достаточно бывает несколькими отдельными швами фиксировать трубу к *lig. infundibul.-pelvic.* (рис. 308, 309).

Ignipunctura (каутеризация — *Ped.*) яичника применялась довольно часто. Поцци, который во Франции являлся наиболее убежденным защитником этой операции, под конец от нее почти отказался. Это вмеша-



Рис. 307. Сохранение правого яичника и левой трубы (Келли).

тельство ненадежно. Во всяком случае оно показано лишь в случаях, где яичники изменены очень мало.

Впрочем здесь может даже возникнуть вопрос, не будет ли это вмешательство иногда скорее вредным, чем полезным, и не может ли процесс сморщивания и склероза, наступающий вслед за игнипунктурой, увеличить боли вместо того, чтобы их устранить. К тому же вслед за игнипунктурой наблюдались опасные и даже смертельные кровотечения.

Что касается *резекции яичника*, то она должна производиться лишь там, где часть абсолютно здорового яичника соприкасается с явно большим участком. В этом случае ограничиваются лишь удалением большого участка (рис. 310). Если труба еще здорова, необходимо придерживаться именно резекции, поскольку небольшая часть яичника обеспечивает зачатие в той же мере, как и целый яичник. Но если труба изменена и должна быть удалена, то благоразумнее эту частицу яичника не сохранять, если остальная часть его поражена. При двусторон-

¹ J. L. Faure. La salpingopexie, La gynecologie. 15 avril, 1903.

нем удалении придатков, если часть яичника представляется абсолютно здоровой, следует приложить все усилия к тому, чтобы этот участок яичника сохранить и не лишать большую того влияния, которое яичник

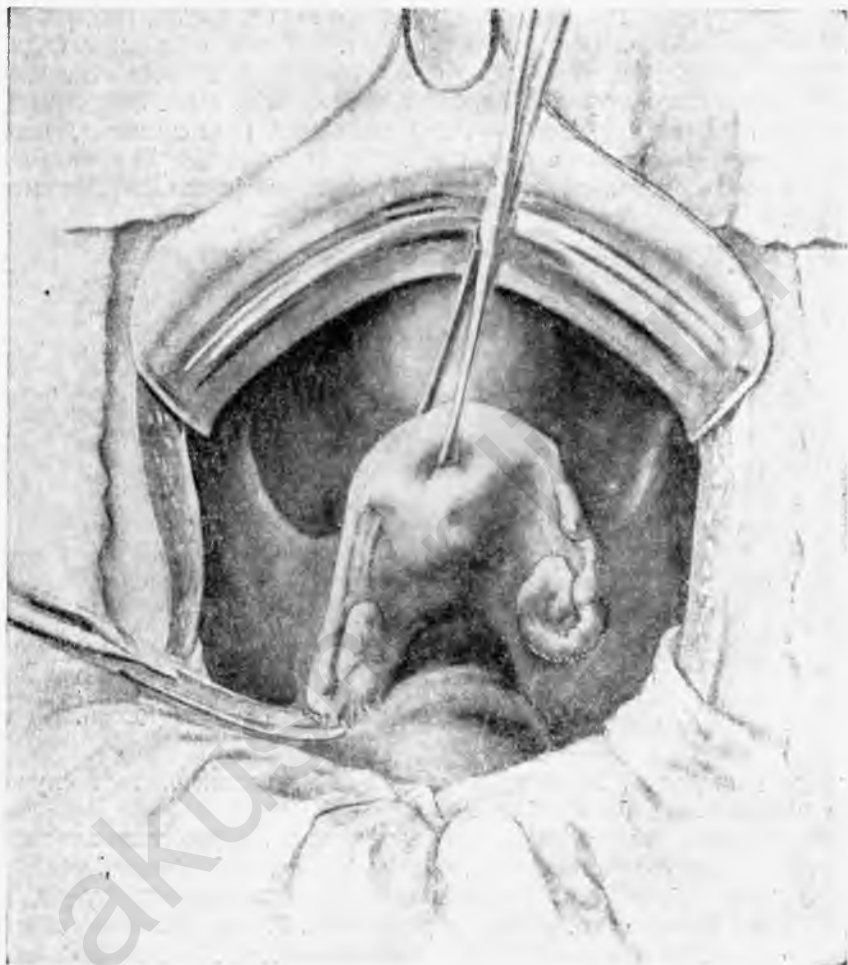


Рис. 308. Подшивание труб. Рассечение спаек, фиксирующих придатки в глубине таза.

бесспорно оказывает на ее общее состояние. Но еще раз повторяю, очень трудно различить в одном и том же яичнике большие и здоровые участки и поэтому естественно при желании сделать слишком хорошо иногда удаляют здоровые участки и оставляют как-раз измененную часть яичника.

Наиболее интересное вмешательство было предложено Бейтнером, убежденным сторонником консервативных операций. При каждом воз-

возможном случае он сохраняет одновременно с маткой яичник, или часть яичника; но кроме того он описал особую технику, которая позволяет при измененных и инфицированных трубах удалять их целиком до самого места их отхождения.



Рис. 309. Подшивание придатков. Правые придатки фиксированы несколькими швами в верхней части таза. Таким же образом фиксированы левые придатки.

Параллельно поперечной оси матки производится клиновидное иссечение дна матки, с удалением таким образом участка маточной ткани, состоящего из дна матки с местом отхождения труб. Затем этот участок маточной ткани рассекается пополам и с каждым полученным таким

образом куском удаляется вся труба целиком и, если нужно, и соответствующий яичник.

Это рассечение пополам представляет те же преимущества, что и при удалении матки, поскольку оно позволяет отсепаровывать придатки снизу и подходить к ним изнутри кнаружи и снизу вверх. Когда удаленный придаток с обеих сторон закончен, дно матки, из которого был удален кусок, зашивается несколькими швами из кетгута, и матка снова получает нормальный вид (рис. 311, 312, 313). Этот способ значительно облегчает удаление придатков в трудных случаях, когда вместе с яич-

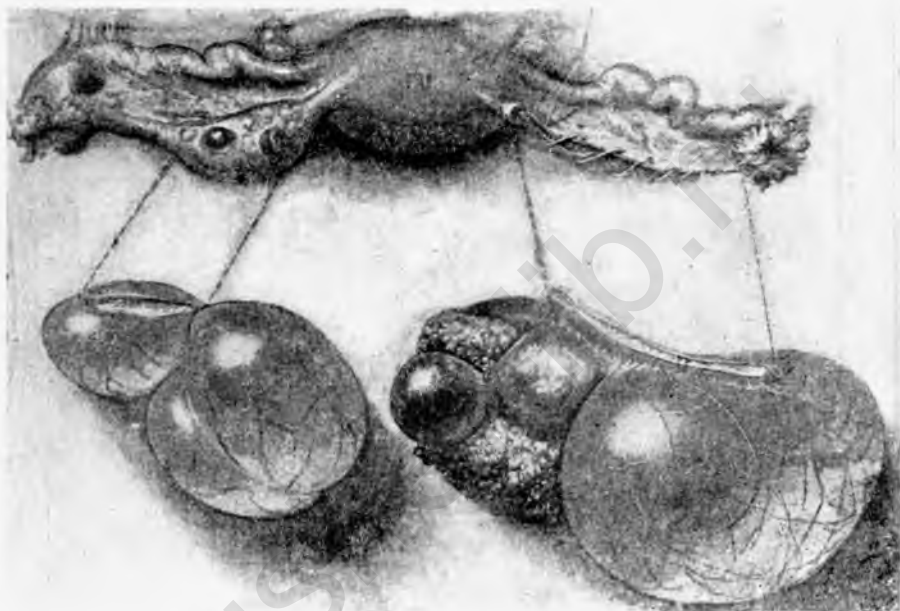


Рис. 310. Консервативная операция на яичнике. Справа яичник удален целиком по поводу папилломы. Слева удалены две маленькие кисты, яичник же оставлен на месте (Келли).

ником имеют в виду сохранить самую матку, а следовательно и менструальный цикл.

Эта операция, как бы интересна она ни была, понятно гораздо сложнее, чем простая экстирпация придатков с сохранением матки. Точно так же я не совсем ясно представляю себе смысл *длинной гистерэктомии*, рекомендуемой Лесеном (Lecène) и которую я предпочел бы назвать менее варварским именем, как например *hysterectomy trans-uterina* или *hysterectomy supra-cervicalis*. Как бы там ни было, эта операция, имеющая целью удалить дно матки с оставлением достаточного количества слизистой, чтобы сохранить менструальный цикл, с моей точки зрения не представляет явных преимуществ сравнительно с простой частичной экстирпацией придатков с сохранением матки целиком, что наилучшим образом

обеспечивает менструации. Правда эта операция освобождает больную от нередко инфицированного дна матки, но вместе с тем она является гораздо более опасной операцией. Такой способ клинообразного иссечения дна матки требует тщательного наложения швов, которые приходится накладывать на ткани иногда сомнительной стерильности. Остановка кровотечения оказывается нередко очень трудной, создается опасность

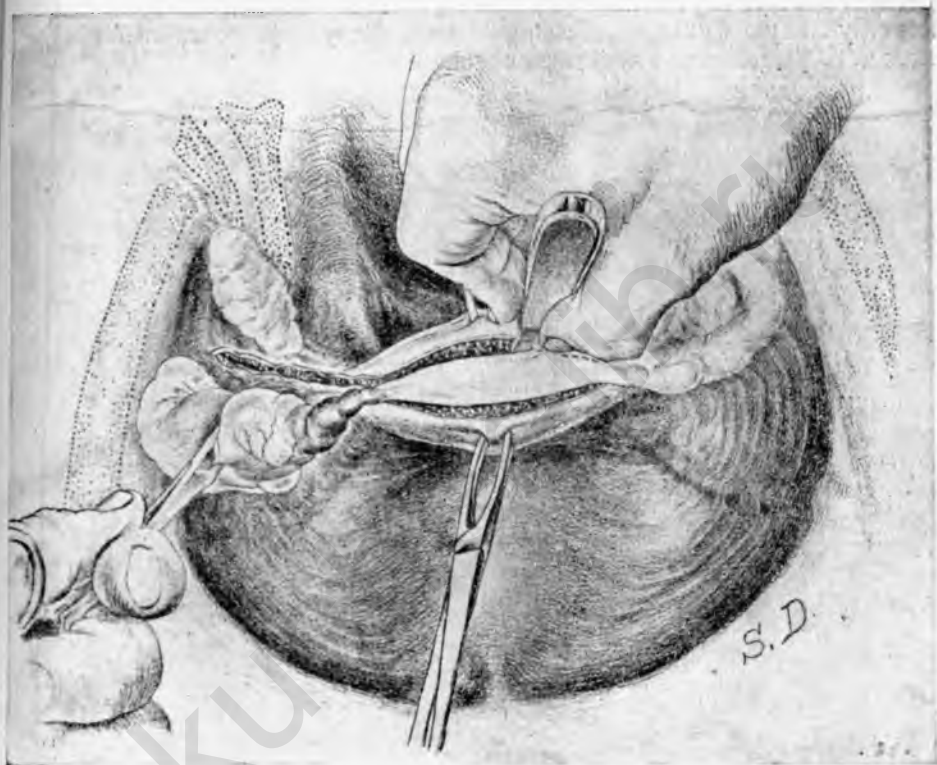


Рис. 311. Операция Бейтнера. Клинообразное иссечение дна матки, захватывающее основание труб. Маточный участок иссекается по средней линии и каждая труба удаляется изнутри кнаружи вместе с соответствующим участком маточной ткани.

кровотечения и в общем больную подвергают большому риску из-за каких-то сомнительных выгод. Эта операция является одной из тех, которая теряет хирургическую «простоту», за которую я всегда боролся.

В общем, если не следует колебаться перед удалением придатков, когда они оказываются серьезно пораженными, болезненными, или когда имеются все основания сомневаться в их здоровом состоянии, то не следует ими тем более жертвовать там, где они могут быть сохранены.

Такое сохранение должно особенно касаться яичника, и если при чревосечении яичник оказывается совершенно здоровым, то его следует сохранить, даже если приходится жертвовать трубой. Напротив, сохра-

нение трубы без яичника совершенно бесполезно и нерационально. Зато в некоторых случаях частичное иссечение трубы и яичника с образованием нового фимбриального конца может дать прекрасные результаты.

Одним словом всякая консервативная хирургия должна стремиться к тому, чтобы щадить яичник, общего значения которого никто не будет отрицать и который при одновременном сохранении матки, — к чему следует в этих случаях всегда стремиться, — обеспечивает правильную менструальную функцию, бесспорно способствующую сохранению нормального равновесия в женском организме.

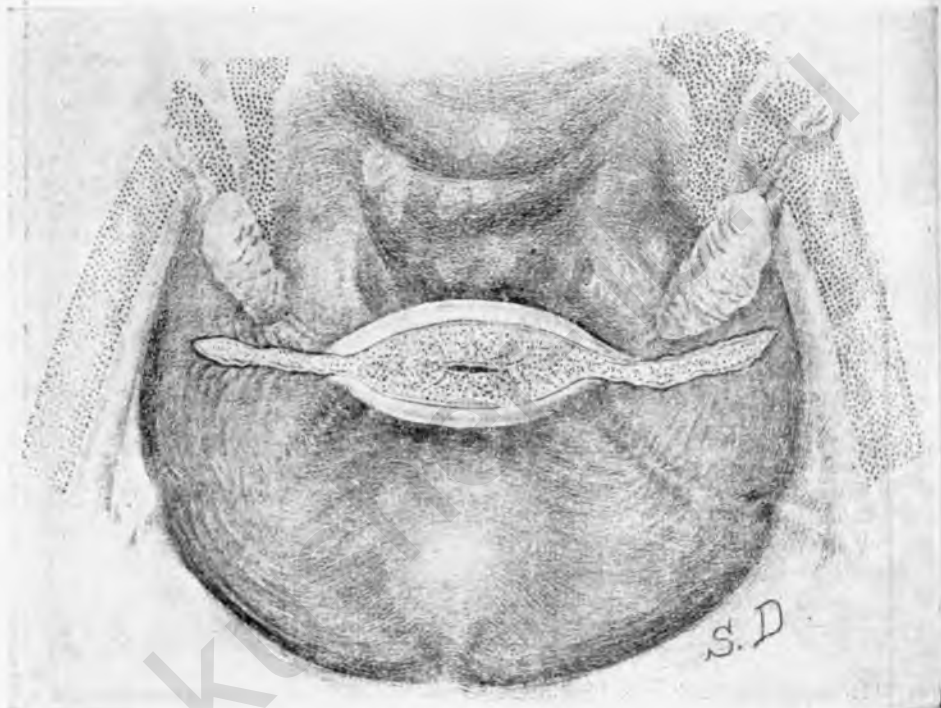


Рис. 312. Операция Бейтнера. Дно матки и обе трубы удалены.

ГЛАВА ДЕСЯТАЯ.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФИБРОМ.

В вопросе о лечении фибром я не буду останавливаться на разборе показаний и лечении их лучами Рентгена и лучами радия, так широко применяемом за последние годы. Поскольку мы вооружились ножом, мы остановимся на хирургическом лечении.

Последнее может быть применено либо в виде *миомэктомии*, либо *гистерэктомии*. Понятно, если миомэктомия, т. е. удаление лишь одной фибромы, является практически возможной и достаточной, она

несомненно имеет неоспоримые преимущества сравнительно с удалением матки. Она позволяет сохранить матку, что для молодой женщины далеко не безразлично. Но необходимо, чтобы это преимущество не было куплено еще более тяжелыми страданиями; необходимо, чтобы миомэктомия не оказалась более опасной, чем гистерэктомия, чтобы после нее не осталось кровоточащей, рваной матки; далее необходимо, чтобы не оставалось никакой возможности рецидива, что может случиться, если имеется довольно большое количество фиброзных узлов, из которых отдельные узлы небольшого размера могут ускользнуть от внимания хирурга и в дальнейшем развиться в большие фибромы.

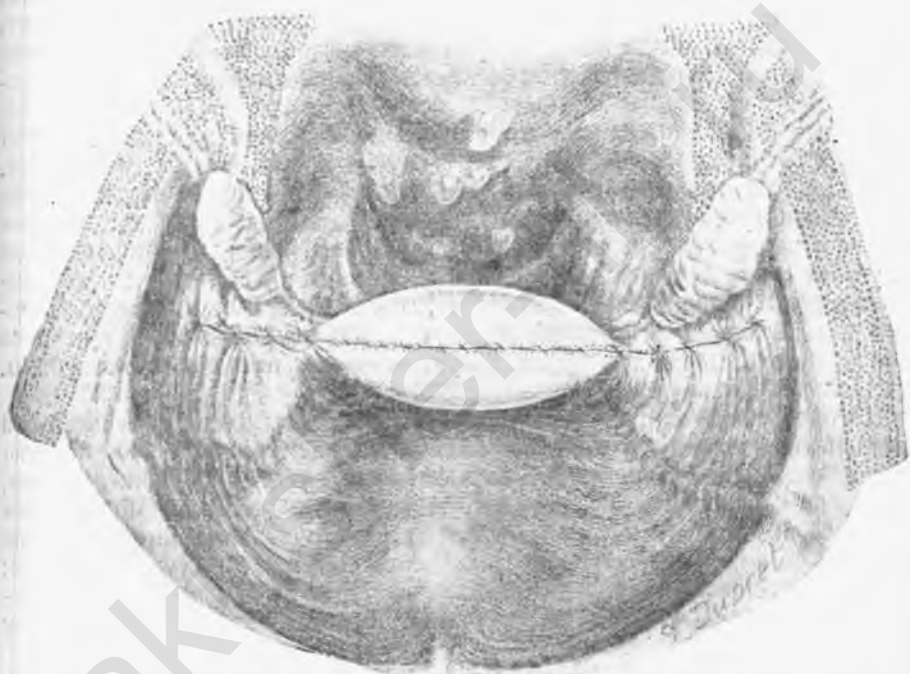


Рис. 313. Операция Бейтнера. Запирание матки и тазовой брюшины.

С этими двумя оговорками миомэктомия понятно является прекрасной операцией. Она дает возможность молодым женщинам иметь еще детей, и я видел немало таких случаев.

Миомэктомия может быть произведена либо влагалищным путем, либо путем чревосечения.

Влагалищная миомэктомия должна производиться лишь в случаях внутриматочного полипа, при фиброме, расположенной очень низко, в маточной шейке, или в нижнем сегменте матки с выбуханием ее в один из влагалищных сводов. Кроме того необходимо иметь полную уверенность в том, что фиброма одиночная, или что по крайней мере в верхнем отделе матки не имеется никакого узла, который может ускольз-

нуть от хирурга. Между тем обнаружить такой узел удается довольно редко, особенно если он небольшого размера. Это обстоятельство крайне суживает показания к производству миомэктомии через нижние пути.

Влагалищная миомэктомия, показания к которой так ограничены, является старинной операцией Амюсса (Amussat); ее усовершенствовал Сегон; она может быть замечательной операцией, техника которой, по крайней мере в теории, сравнительно проста; она прекрасно разработана и описана в диссертации Дартига¹.

Матка должна быть крепко захвачена в области шейки и затем низведена до вульвы. В этом случае фиброзные узлы иногда оказываются уже под пальцем. Достаточно вскрыть покрывающую такой узел ткань матки в области той или другой губы шейки, чтобы увидеть фиброму, почти всегда круглую и беловатую, которую обыкновенно очень легко удалить либо вылушением, либо перекручиванием, либо в случае надобности, кускованием.

Иногда фиброма располагается выше в области тела матки, будучи скрытой от хирурга шейкой. В этом случае достаточно рассечь шейку, делая разрез с боковой стороны, либо по средней линии передней губы или обеих губ, чтобы приоткрыть шейку и дойти до фибромы, которая затем и удаляется соответствующим способом. Иногда наконец может случиться, что до фибромы, расположенной в задней стенке матки и выдающейся в задний свод влагалища, можно дойти лишь после вскрытия задней стенки влагалища и матки через вскрытый свод дугласова пространства. Тогда это будет в сущности *myomectomy transvaginalis transperitonealis*.

В этом случае влагалищная миомэктомия оказывается замечательной операцией, — очень легкой, безопасной и радикальной. Но понятно дело обстоит совершенно иначе, если фиброзные узлы расположены выше, если они многочисленны, трудно достижимы и если их приходится удалять операцией, которая делается вслепую. Последняя конечно может кончиться успешно, но она менее надежна, чем чревосечение; кроме того она рискованна в смысле возможности кровотечения, прободения матки и инфекции, которая может оказаться смертельной. Поэтому рекомендовать ее не следует.

Миомэктомия путем чревосечения всегда очень проста. Нет ничего легче, имея перед собой фиброму на ножке, или же фиброму, выходящую через брюшину, удалить ее, отрезая ее ножку, или вылушая фиброзный узел, надсекая над ним маточную ткань. В последнем случае бывает кровотечение, которое очень легко останавливается путем наложения одного кетгутового шва, захватывающего глубокие ткани, и другого поверхностного шва, который закрывает дефект краями брюшины.

Но, если это удастся легко при одиночной фиброме, не очень крупной и расположенной поверхностно, то гораздо труднее обстоит дело, когда фиброзных узлов оказывается несколько, когда они большого размера, лежат глубоко и выдаются в маточную полость. Здесь уже имеются зна-

¹ Dartigues. Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes. Th. Paris, 1904.

чительные изменения в матке. Иногда последняя оказывается настолько разрушенной, что нет возможности зашить ее надлежащим образом, и в этом случае операция вследствие трудностей восстановления матки, возможности кровотечения и инфекции, идущей из маточной полости, — оказывается значительно более опасной, чем полное удаление матки. Кроме того она дает возможность рецидива, что наблюдается совсем уже не так редко. Таким образом лучше предпочитать гистерэктомию. Миомэктомия довольно часто бывает показана при беременности, когда фиброма располагается в нижнем сегменте. В этом случае нередко можно наблюдать продолжение беременности.

Одним словом брюшную миомэктомию следует применять у молодых женщин, когда фиброзные узлы небольшого размера, когда они расположены под брюшиной и легко экстирпируются без больших повреждений самой матки, когда их очень мало, и когда они не сопровождаются столь часто встречающимися заболеваниями придатков, требующими сами по себе удаления яичников и следовательно делающими бессмысленным оставление матки. При этих условиях миомэктомия является превосходной операцией, которой нельзя сделать ни малейшего упрека.

Но эти условия встречаются совсем не так часто; в громадном большинстве случаев, особенно когда дело касается женщин, близких к климактерическому периоду, или уже перешедших в климактерический возраст, лучше сразу же решиться на удаление матки, которое в одно и то же время является и наименее опасной и наиболее радикальной операцией.

Но здесь опять начинаются споры. После своего понятного успеха, который объяснялся лет 20 назад ее наибольшей безопасностью, влагалищная гистерэктомия при фибромах была почти совершенно оставлена, может быть даже слишком забыта, так как несомненно встречаются случаи, где она имеет все преимущества сравнительно с брюшной гистерэктомией.

Здесь не место еще раз повторять все то, что говорилось выше относительно показаний для брюшного и влагалищного производства гистерэктомии (см. стр. 272). В настоящее время несомненно всегда следует в принципе производить удаление матки путем чревосечения. Но влагалищное удаление матки, если только хорошо владеть его техникой и если фиброма небольшая, является такой простой, такой легкой и столь безопасной операцией, что вычеркнуть эту изумительную операцию из хирургии невозможно. У женщин, изнуренных длительными кровотечениями, или у очень тучных, или у женщин, для которых чревосечение является опасным по каким-либо иным причинам, не может быть никакого колебания в смысле выбора операции, и следует прибегать к влагалищному удалению матки.

В сущности, когда фиброма небольшая, эта операция ничем не отличается от типичной *влагалищной гистерэктомии*, описанной нами выше (стр. 245).

Но встречаются случаи, где эта типичная операция оказывается уже невыполнимой, например, когда матка, подлежащая удалению, содержит один или несколько крупных фиброзных узлов. Тогда приходится для

удаления такой опухоли, диаметр которой часто бывает больше диаметра влагалищного канала, разделять ее на отдельные куски и следовательно удалять матку *методом кускования*, истинным творцом которого является Пеан. Это — своеобразная операция и ее обязан знать каждый хирург. Правда, нужно сказать, что за последнее время к ней имеются очень редкие показания, поскольку все более или менее крупные фибромы полагаются удалять через брюшную полость. Но все же могут встретиться случаи, где ее придется делать. Так в случаях например, где фиброма инфицирована, находится в состоянии распада, что приходится видеть не так редко, влагалищный путь является менее опасным, чем чревосечение, которое подвергает больную риску более серьезной инфекции.

Наконец, не придавая этому соображению большого значения, чем оно имеет на самом деле, не следует забывать, что все-таки влагалищная гистерэктомия не оставляет после себя следа в виде рубца, не дает грыж, — а для некоторых женщин эти соображения имеют большее значение, чем все остальные.

Метод кускования в операциях подобного рода требует особого навыка. Чтобы сделать операцию хорошо, ее нужно видеть много раз и в известном числе случаев проделать ее лично. Впрочем, существуют некоторые правила, которыми не следует пренебрегать и которые ограждают хирурга от грубых ошибок. Прежде всего *никогда не следует терять связи с маткой*, которая все время должна оставаться захваченной и ни на минуту не должна отпускаться. Вот почему, когда собираются удалить кусок матки, которая оттягивается вниз щипцами, последние нельзя снимать раньше, чем будут наложены другие щипцы выше предыдущих на самое существо матки с тем, чтобы иметь возможность ее хорошо удерживать.

Затем *никогда не следует уклоняться от средней линии*. И действительно, держась средней линией, хирург имеет дело только с маточной тканью, в пределах которой, если только он оперирует осторожно, он может не бояться кровотечения и всякого рода осложнений. Напротив, отходя от средней линии в сторону по направлению к краям матки и к широким связкам, он рискует захватить не то, что следует, и вызвать тем самым отрывы, кровотечения и ранение соседних органов.

Итак следовательно — никогда не терять связи с маткой и никогда не уклоняться в сторону от средней линии, — таковы основные правила всякого трудного удаления матки.

Вот почему, по возможности, следует сохранять шейку, являющуюся наилучшей точкой опоры, и почему кускование следует производить выше шейки.

Для удаления фиброзных узлов способом кускования нужно иметь в своем распоряжении специальный инструментарий. Кроме прямых и кривых ножниц, зеркал различных моделей, надо еще иметь тупой изогнутый скальпель на длинной рукоятке. Затем в случае необходимости, двусторонний нож Сегона, крепкие щипцы с окончатými борозками и штопор Сегона (рис. 314 — 321).

Здесь не следует забывать о том, что фибромы почти всегда в виде

округлых узлов плотной консистенции и различной величины рассеяны очень неправильно в маточной ткани; с маткой они связаны лишь слегка и следовательно обычно очень легко энуклеируются. Поэтому нужно стараться производить кускование и удаление самих фиброзных узлов, а не маточной ткани, в которой они рассеяны.

Одним словом следует по мере возможности не трогать охватывающей



Рис. 314. Штопор Сегона.

их маточной ткани, оставляя ее на конце, и сосредоточить все внимание на находящихся в ней фибромах.

Для того чтобы дойти до центра матки, очень выгодно бывает рассечь переднюю стенку матки, как это делается при обычной гистерэктомии. После того как рассечение сделано на протяжении нескольких сантиметров, раздвигают с помощью щипцов края разреза и идут к центру матки для отыскания одного или

нескольких фиброзных узлов. Если от этого не получается все же достаточного простора, и если вследствие фиксации матки не удастся продолжить разрез передней стенки выше, следует произвести полное срединное рассечение всей шейки, что является первым моментом способа Мюллера. Когда фиброзный узел найден, — что обыкновенно удается довольно

легко, если он расположен внутриматочно и лежит низко, — он один подвергается кускованию. Если он не очень велик, он может быть сразу удален при помощи щипцов (Мюзе. *Ред.*), которым сообщается вращательное движение. Если же не удастся его удалить без кускования, его рассекают изогнутым скальпелем или ножницами и удаляют по частям. В этом случае выгодно бывает воспользоваться штопором Сегона, вокруг спирали которого конически иссекаются при помощи

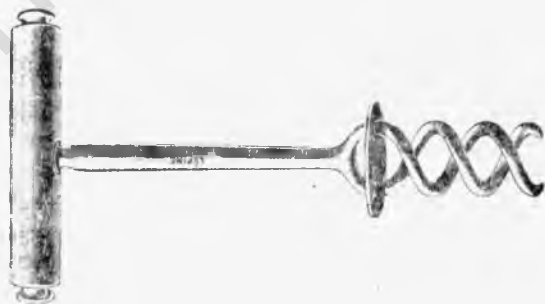


Рис. 315. Штопор Альбертена.



Рис. 316. Длинный изогнутый скальпель.



Рис. 317. Кривые ножницы для кускования.



Рис. 318. Щипцы для кускования с зубцами.



Рис. 319. Инструмент Сегона для вылущения фибром.



Рис. 320. Щипцы с борозками без зубцов.



Рис. 321. Овальные щипцы для кускования.

изогнутого скальпеля куски маточной ткани, которые затем и удаляются. Когда один узел удален, приступают к другому и т. д., стараясь по мере возможности все время оперировать в границах существа матки. Когда остается лишь маточная стенка, хотя бы и содержащая известное количество фиброзных узлов, она чрезвычайно легко выводится наружу.

Но если фиброзные узлы расположены далеко от нижнего полюса или же недоступны по какой-либо причине, приходится удалять самую маточную ткань, иссекая ее в виде клиновидных кусков до тех пор, пока не дойдут до самого фиброзного узла, который и удаляется соответственно правилам, изложенным выше.

Почти всегда наиболее трудная часть операции бывает вначале. Очень часто с самого же начала, когда операция идет гладко, каждый раз удаляются куски все большего и большего размера и наконец извлекают наружу дно матки, нафаршированное фиброзными узлами, которые могут иметь размер кулака и даже головки плода.

Когда выведение матки закончено, широкие связки отсекаются обычным путем после наложения либо лигатур, либо зажимов à demeure.

Эта гистерэктомия, производимая способом «кускования», нередко похожа ни на какую другую операцию; иногда она бывает весьма трудной и тянется час-полтора-два и даже больше. Она требует большого напряжения внимания и чрезвычайной осторожности, чтобы избежать поранения соседних органов и всякого рода осложнений. Поэтому, помимо совершенно исключительных случаев, она должна быть как правило оставлена. И если ею еще пользуются при не слишком больших фибромах, то от нее следует окончательно отказаться при фибромах, доходящих до пупка, и особенно, когда фибромы растут в ширину, ущемляются в тазу, низводятся с большим трудом, что обычно вынуждает хирурга закончить операцию путем чревосечения уже в очень невыгодных условиях, поскольку ему не удается закончить естественным путем начатую операцию.

Но для громадного большинства фибром наиболее совершенной операцией является удаление матки путем чревосечения. Условия же, в которых она производится, позволяют ее назвать самой красивой и самой блестящей во всей хирургии.

Здесь по тем же причинам, указанным нами выше (см. стр. 201), следует прибегать к *надвлагалищному удалению матки*. Ришло в прежнее время пытался обосновать значение полного удаления матки при фибромах. Он указывал на то, что нередко на культе шейки, оставленной после надвлагалищной гистерэктомии, можно наблюдать развитие рака, и что в этом случае само благоразумие подсказывает удалять вместе с маткой и способную к перерождению шейку.

Я считаю, как и Ришло, что сочетание фибромы и рака шейки матки наблюдается нередко. Мы видим немало примеров этому, и я полагаю, что фиброматозная матка особенно предрасположена к развитию новообразования в области шейки. Но вместе с тем верно и то, что случаи появления рака на культе шейки, остающейся после надвлагалищного удаления матки, совсем не так часты. Я лично встречал их очень немного

и наблюдения в этом отношении касаются самого ничтожного числа случаев, принимая во внимание то громадное количество гистерэктомий, которое было произведено за последние годы по поводу фибром. Эти случаи встречаются вероятно не чаще 1 на 100, а может быть даже 1 на 500. Между тем мне представляется несомненным, что смертность от полной гистерэктомии превышает смертность от надвлагалищной более, чем на 1%.

Полная гистерэктомия является операцией более продолжительной, более кровавой, производящей несравненно большие нарушения в тазовом дне, и значительно менее асептической; она естественно более опасна, чем надвлагалищная гистерэктомия, которая делается быстрее, с прекрасной надежной остановкой кровотечения, почти ничтожными нарушениями в тазу и совершеннейшей асептикой. И, поскольку это так, я не вижу никакого преимущества во всех случаях делать более длительную, более трудную и более опасную операцию только для того, чтобы в конечном результате, из опасения весьма проблематичного рака, потерять лишнюю одну или даже двух больных. Итак, следовательно надвлагалищное удаление матки следует производить как правило, за исключением разумеется тех случаев, к тому же весьма редких, где шейка болезненно изменена, подозрительна или же сама вовлечена в фиброматозный процесс.

Здесь можно слово в слово повторить все то, что мною было сказано по поводу удаления матки при заболеваниях придатков (см. стр. 254). Как и всегда, и здесь также хирург должен видоизменять свои оперативные приемы в зависимости от случая и пользоваться тем способом, который наиболее подходит к данному поражению.

Имеется весьма немало случаев, где наиболее совершенным способом, в смысле своей простоты, быстроты и изящества будет удаление матки по методу «отсечения», которое было описано во всех мельчайших деталях в главе об аднекситах (стр. 204). Следовательно вновь возвращаться к этому не имеет смысла.

Но этот способ применим лишь в легких случаях, когда фиброму можно легко вывести. Если же опухоль выводится наружу с трудом, если шейка остается глубоко скрытой в дугласовом пространстве, этим способом пользоваться не следует. Он оказывается весьма трудным, иногда невыполнимым и во всяком случае уступает методу, о котором речь будет идти ниже.

Имеется способ, которым можно пользоваться при всех фибромах, за исключением разве тех случаев, где фиброма оказывается вколоченной в полость таза, или же приращенной к прямой кишке и не может быть подтянута вперед и выведена из малого таза. Это — метод Келли, описанный выше; к технике его возвращаться еще раз не стоит (см. стр. 220).

Когда придатки свободны, не спаяны, что встречается в большинстве случаев, всегда имеется возможность отсечь широкую связку, лучше всего с левой стороны, что позволит лучше осмотреть шейку. Последнюю благоразумно найти и нащупать, захватив ее между большим и указательным пальцами, ибо шейка представляет собой ценный опозна-

вательный пункт, поскольку вся сущность вмешательства связана с отсечением ее.

Когда этот опознавательный пункт отсутствует, как это бывает например при фибромах, развившихся первично в шейке, нет полной безопасности в отношении мочеточников. Тогда следует идти по возможности ближе к существу матки и проникать во влагалище у края шейки. В этом случае приходится вылущать шейку и производить полное удаление матки.

Помимо этих случаев, которые являются исключением, шейку обычно удается нащупать очень легко; она выдается в виде отростка у нижнего полюса фибромы. Ее можно также почти всегда очень легко узнать по маточным сосудам, натянутым по ее сторонам; сосуды легко захватываются соответствующими зажимами. Если сосуды крупные, непосредственно выше первого зажима накладывается другой зажим. Одним ударом крепких кривых ножниц сосуды отсекаются между зажимами и двумя-тремя ударами шейка отсекается на уровне внутреннего отверстия. Маточный край шейки захватывается щипцами Мюзе и подтягивается. Вместе с этим натягиваются хорошо заметные сосуды с противоположной стороны, которые также захватываются и отсекаются. Вслед за этим матка свободно вывихивается, широкая маточная связка натягивается и теперь остается лишь отсечь ее одним ударом ножниц, предварительно наложив на нее зажим с крепкими бородками.

Когда матка подвижна и шейка легко доступна сзади, способ Келли уступает по изяществу «заднему отсечению», однако при условии, если последним способом пользуется тот, кто им хорошо владеет. Во всех же остальных случаях, где шейка непосредственно недоступна и, в частности, в тех довольно частых случаях, когда матка прижата к тазовому дну натянутыми широкими связками, которые мешают поднять матку и даже просто лишают ее подвижности, способ Келли является методом выбора. В этом случае необходимо сверху вниз отсечь широкую связку ту, которая более доступна, и мало помалу, спускаясь по этой связке, захватывая и отсекая по пути маточно-яичниковую ножку (*lig. infundib. pelvis. Poo.*) и круглую связку, доходят до боковой части шейки, которую и отсекают. Очень часто можно облегчить и ускорить дело, пользуясь приемом, описанным выше (стр. 220 и 221), который состоит в том, что широкая связка протыкается пальцем, который ее подбирает и позволяет почти в один момент захватить всю ее целиком. Это отсечение широкой связки делает матку подвижной, дает возможность дойти до шейки и отсечь ее после предварительного наложения зажимов на сосуды, затем вывихнуть матку и захватить широкую связку на противоположной стороне.

Следует всегда помнить о присутствии мочеточника, особенно когда фиброма неправильной формы или когда фиброматозные узлы расположены по соседству с шейкой и имеют склонность проникать в широкую связку. Во избежание всякой случайности в отношении этого органа следует держаться очень близко к опухоли.

Когда фиброма вколочена в таз и нет возможности вывести ее кпереди, или когда ее верхний полюс сращен с кишечными петлями, или сальни-

жом, и отделение сращений представляется затруднительным и опасным, способ Келли неприменим. Но имеется способ избежать этих трудностей. Следует применить способ «переднего отсечения», который как раз в аналогичном случае был применен несколько ранее того, как этот способ вместе с методом «заднего отсечения» был описан мною.

К шейке подходит непосредственно спереди, со стороны всегда доступного пузырно-маточного свода и отсекают ее. Нередко бывает очень выгодно либо в этот момент, либо в случае надобности в самом начале операции, прежде чем отсечь матку, перерезать круглые маточные связки и отвести их книзу вместе с соединяющим их передним листком брюшины. Этот прием нередко облегчает надежное захватывание шейки, захватывание маточных сосудов и сообщает подвижность нижнему полюсу матки. Вслед за этим нижний полюс можно подтянуть кпереди и, идя непосредственно между шейкой и телом матки, подойти к дугласову пространству с тем, чтобы снизу вверх отделить возможные сращения и вылущить опухоль из полости таза (стр. 208).

Итак следовательно в случаях, которые нас интересуют, мы поступаем весьма просто, что и можно резюмировать в нескольких словах.

1. Когда матка подвижна, какой бы величины она ни была, если шейка доступна и внутреннее отверстие распознается легко, показано удаление по способу *отсечения*.

2. Когда матка малоподвижна и выводится с трудом, когда шейка плохо отграничена, лежит глубоко и сама она захвачена одним или несколькими фиброзными узлами, нужно применить *способ Келли*. Этот способ, являющийся в общей сложности лучшим и наиболее употребительным, можно применять и во всех случаях фибром, которые подходят для способа «заднего отсечения». Таким образом метод Келли представляет собой типичный способ удаления матки путем чревосечения при фибромах.

3. Когда матка отклонена кзади и вколочена в таз или же когда ее верхний полюс обнаруживает слишком большие сращения, показан способ «переднего отсечения».

Каковы бы ни были преимущества надвлагалищного удаления матки, все же встречаются случаи, где приходится удалять шейку. Это прежде всего приходится делать там, где она представляется крайне подозрительной, хотя бы и без явного злокачественного перерождения. При наличии явной эпителиомы, она должна быть удалена конечно сама по себе согласно технике, которая будет описана ниже. Особенно ее следует удалять там, где она, не будучи подозрительной на злокачественное перерождение, все же резко изменена; наконец в том случае, когда она, сливаясь с остатком матки в одно общее тело, как таковая не существует, что нередко приходится наблюдать в случаях фибром, переходящих на шейку матки. Здесь уже нет ни внутреннего отверстия, ни шейки в собственном смысле этого слова; в этом случае ее приходится удалять вместе с остатками матки. Кроме этих весьма редких случаев никогда не следует делать полной гистерэктомии; повидимому она имеет настоящие показания не более, чем в 2 — 3% всех случаев.

Здесь так же, как и при надвлагалищном удалении матки, и по тем же самым соображениям следует предпочитать те способы, которые позволяют подойти к матке и придаткам с их нижнего полюса. Все, что было сказано по этому поводу выше, остается здесь в полной мере, и я к этому возвращаться не буду (стр. 254).

Среди этих способов имеются три, которые соответственно случаю могут всегда* иметь показания. Эти способы следующие: способ Дуайена, способ Келли-Сегона и наконец способ «рассечения матки пополам».

Способ Дуайена применим лишь в простых случаях, где матка подвижна, и задний свод легко доступен. В этом случае он оказывается очень легким, быстрым и крайне изящным. Особенно же он показан в случаях, где матка до известной степени увеличена (стр. 244).

Когда операция закончена, остается лишь остановить кровотечение из краев влагалищной культи, что в этом случае оказывается более трудным, чем при надвлагалищном удалении матки. После этого влагалище можно закрыть швом из кетгута, или, что еще лучше, дренировать дно таза через влагалищное отверстие и поверх зашить тазовую брюшину.

Способ Келли был видоизменен Сегоном и использован им для полной гистерэктомии. Именно этим способом следует пользоваться во всех тех случаях, где предполагается произвести полное удаление матки при наличии не абсолютно подвижной матки, или, когда последняя ограничена в своей подвижности широкими маточными связками (стр. 246).

Операция в этом случае совершенно сходна с той, что была описана выше, за исключением лишь приемов, касающихся шейки.

Последний способ — «*способ рассечения матки пополам*» применяется лишь в тех случаях, где матка мала; будучи лучше всех остальных способов в случаях двусторонних аднекситов, спаянных со стенками таза, при фибромах этот способ, напротив, уступает другим и как правило не должен применяться.

ГЛАВА ОДИННАДЦАТАЯ.

РАК МАТКИ.

Мы отошли уже от той отдаленной и вместе с тем по времени еще близкой к нам эпохи, когда рак матки интересовал нас лишь с точки зрения своих клинических проявлений. Лечение, применявшееся в отношении его, было почти всегда недействительно и бесплодно. Случаи излечения рака матки были настолько редкими исключениями, что хирурги чистосердечно спрашивали себя, не следует ли отнести эти случаи непонятного исцеления за счет диагностической ошибки. Теперь мы знаем, что это бессилие хирургического лечения зависело от слишком позднего вмешательства и от недостатков далеко не совершенной техники. За последние годы благодаря труду и упорству некоторых убежденных хирургов, веривших в конечный успех, случаи длительных выздоровле-

ний стали настолько часты, что в настоящее время рак матки представляется одним из тех заболеваний, при которых мы в большинстве случаев имеем право надеяться на излечение. Эти результаты, которые мы можем назвать изумительными, особенно принимая во внимание то, что имело место едва лишь несколько лет назад, могут быть достигнуты лишь при одном условии, а именно при наличии совершенной техники. Поэтому изучение этой техники составляет важнейшую часть этой главы, в которой мы разберем операцию во всех ее деталях и постараемся дать самое точное описание ее, ибо жизнь больной зависит от совершенства оперативной техники. Прежде чем описать во всех деталях операцию, являющуюся наиболее совершенной для случая рака шейки, т. е. расширенную экстирпацию матки, я кратко напомним другие хирургические приемы, которыми в исключительных случаях тоже можно пользоваться в борьбе против рака.

Оперативное лечение рака шейки.

Весь интерес этого вопроса состоит в изучении действительного хирургического метода лечения — «*исцеляющего лечения*», такого, которое принесло бы радикальное и окончательное излечение. Всякая излечивающая терапия имеет своей конечной целью окончательное прекращение болезни. При этом очевидно, что лечение будет иметь тем больше шансов быть радикальным, чем менее запущенной будет болезнь и чем более ранней будет операция. На этом сходятся все. Иначе обстоит дело в отношении выбора операции.

Самая простая и безопасная операция — *ампутация шейки*, — должна быть по крайней мере в принципе оставлена. Не потому, что она не может дать успеха — такие случаи бесспорно существуют и нет никаких оснований предполагать, чтобы их не было. Совершенно очевидно, что для рака в самом начальном стадии, когда он строго ограничен лишь одной губой шейки, без какой-либо инфильтрации в сторону параметрия, ампутация шейки, особенно высокая ампутация, на уровне внутреннего отверстия, может вполне обеспечить иссечение опухоли в границах здоровой ткани и благодаря этому может дать окончательное излечение. Но не менее очевидно и то, что случаи, при которых можно допустить такую операцию, встречаются крайне редко. Предпочитать же при лечении рака частичную операцию там, где имеется возможность сделать расширенную операцию, следует считать очень плохой системой лечения. Однако в некоторых случаях, будет ли причиной общее состояние больной или ее категорический отказ от более серьезной операции, или наконец какие-либо другие причины, может явиться необходимость сделать и ампутацию шейки. Поэтому мы вкратце ее опишем.

Ампутация шейки должна быть произведена высоко, почти на уровне внутреннего отверстия. Практически она производится так же, как ампутация при метрите, с той только разницей, что здесь приходится более широко жертвовать слизистой влагалища (стр. 140). Влагалищное приращение шейки должно быть рассечено так же, как при начальном моменте влагалищной экстирпации матки (стр. 264). Одинаково должно

производиться и отделение мочевого пузыря с той только разницей, что здесь следует подниматься менее высоко и избегать вскрытия брюшины переднего свода. Равным образом следует избегать вскрытия и заднего дугласова пространства. Но все же лучше идти высоко, рискуя вскрыть брюшину, чем из боязни этого осложнения держаться слишком низко, тем более, что в настоящее время вскрытие брюшины не является уже столь серьезным осложнением. Когда отделение сделано уже достаточно высоко и можно рассчитывать, что находишься уже далеко за видимыми пределами новообразования, шейку матки отсекают, стараясь провести разрез таким образом, чтобы раневая культя шейки приняла форму воронки, и чтобы таким образом слизистая шейки была иссечена возможно выше.

Это иссечение в общем бывает довольно кровавым. В большинстве случаев, особенно у пожилых женщин, ограничиваются наложением на кровоточащие сосуды зажимов *à demeure*, которые оставляются на 48 часов. Затем все предоставляется самостоятельному рубцеванию. У молодых женщин можно попробовать восстановить шейку, сшивая слизистую влагалища с краями внутреннего отверстия матки. Но этот шов, к тому же довольно неправильный, нередко создает технические трудности, далеко не всегда компенсируемые сомнительными выгодами, получающимися от этого шва. Трудности бывают в смысле остановки кровотечения, наложения лигатур, наложения самого шва, который нередко держится очень плохо. Одним словом, при этой операции, при которой все старания должны быть направлены на удаление всего новообразования целиком, все внимание должно быть обращено на производство достаточно широкой экстирпации, а восстановление дефектов должно стоять на втором плане и иметь второстепенное значение.

Но настоящим, или лучше сказать *единственным методом* лечения рака шейки матки является *экстирпация* последней. Эта операция может быть произведена либо через нижние пути, либо через верхние: *вагинальное удаление* матки до сих пор еще имеет своих сторонников; однако *удаление матки путем чревосечения* с каждым днем все больше отвоевывает себе права гражданства, теряемые вагинальным методом. Рассмотрим эти операции сначала с точки зрения техники и затем сравним их.

Удаление матки через влагалище. Этот метод мало отличается здесь от экстирпации матки, описанной мною по поводу лечения тазовых нагноений (стр. 265). Правда, в данном случае удаление матки через влагалище бывает обычно более легким, благодаря отсутствию спаек со стороны придатков и свободной подвижности тела матки. Само собой разумеется, им можно пользоваться при раке лишь тогда, когда матка еще подвижна. Но зато при раке она имеет и свои трудности, заключающиеся в рыхлости шейки и иногда даже в полном ее отсутствии. В самых обыкновенных случаях, когда имеется слегка запущенное состояние шейки, нет никакой возможности хорошо захватить ее рыхлые и разросшиеся края. Нередко даже перед экстирпацией приходится производить энергичное выскабливание всей области шейки благодаря чему в глубине влагалища не остается никаких следов шейки.

При этих условиях не знаешь, куда наложить щипцы, вследствие чего оперативная техника значительно усложняется.

При влагалищном отделении шейки следует всеми мерами стараться произвести разрез далеко за пределами пораженных тканей. Несмотря на это, первую часть операции — изоляцию шейки, — приходится часто производить неправильно и несовершенно, шейка рвется, отрывается по кусочкам и операция упорядочивается лишь тогда, когда удается захватить уже здоровые ткани выше внутреннего отверстия. Продольное рассечение матки, производимое спереди, позволяет тогда вывести наружу дно матки. Но нередко бывает весьма трудно наложить правильно зажимы, предназначенные для защемления нижних отделов широких связок в области маточных артерий. Во избежание захвата мочеточников хирург вынужден располагать зажимы слишком близко к матке, часто даже в области подозрительных тканей: в этом кроется крупный недостаток обыкновенной влагалищной экстирпации, который делает ее гораздо менее совершенной сравнительно с операцией через верхние пути.

Влагалищное удаление матки исключает возможность выделения мочеточников, которое является необходимым условием для всякой операции по поводу рака шейки матки.

Правда, за последние годы, под влиянием главным образом Шаута, влагалищная экстирпация была видоизменена с таким расчетом, чтобы обеспечить более широкое удаление пораженной области.

Модификация эта, совершенно изменяющая внешний вид операции, состоит в следующем. Хирург ставит себе целью, как и при экстирпации через верхние пути, целиком удалить матку, верхнюю часть влагалища и значительную часть окружающей клетчатки вплоть до мочеточников. Чтобы иметь возможность это сделать, необходимо расширить доступ к влагалищному пути, вовлекая в операцию промежность и превращая обычную влагалищную экстирпацию в влагалищно-промежностную экстирпацию по методу Шуккардта.

При этой операции, после того как кривыми ножницами сделан круговой разрез влагалища несколько ниже новообразования, отсепааровывают влагалищную манжетку, которую зашивают кетгуттовым швом с таким расчетом, чтобы манжетка закрыла изъязвленную шейку, и таким образом до известной степени предохранила рану от загрязнения из области изъязвленной шейки. Кроме того эта манжетка, будучи захвачена широкими щипцами для кист, дает возможность сильно низвести матку, не касаясь таким образом пораженных тканей матки.

Проделав это, широко раскрывают влагалище и промежность, пересекают влагалище слева и продолжают вести линию разреза вниз, параллельно средней линии вплоть до бокового края заднепроходного отверстия, слева от прямой кишки, которая отодвигается вправо. Этот влагалищно-промежностный разрез открывает хороший доступ в глубину и значительно облегчает дальнейший ход операции (рис. 322 и 323). Ничто впрочем не мешает в некоторых случаях, особенно в трудных, делать двусторонний разрез.

После тщательной остановки кровотечения в этой обширной ране,

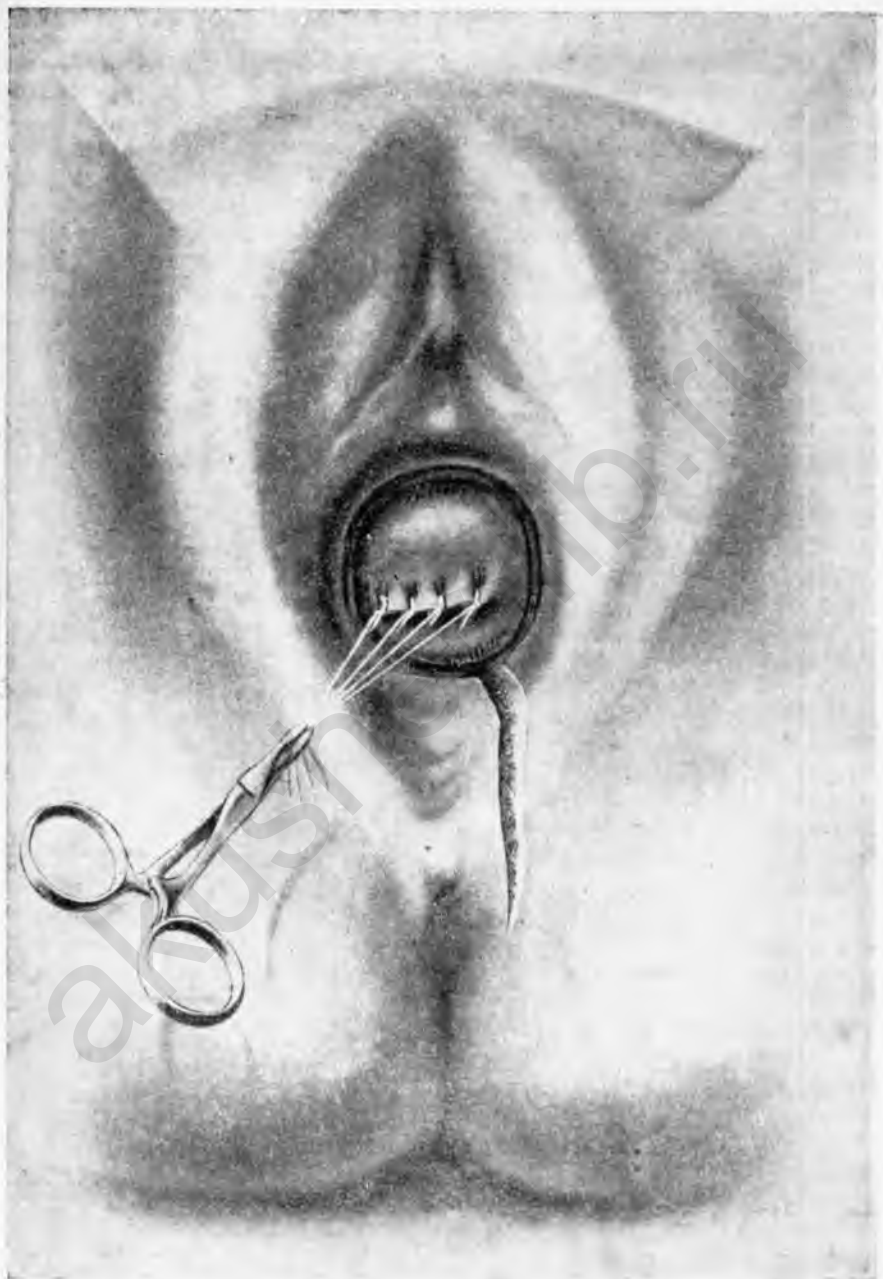


Рис. 322. Colpo-hysterectomia perineo-vaginalis. Влагалищная манжетка отсепарована и зашита. Промежность рассечена.



Рис. 323. Colpo-hysterectomia perineo-vaginalis. Зеркало отдавливает заднюю стенку влагалища и открывает доступ вглубь, который получается благодаря разрезу промежности.

приступают к отделению мочевого пузыря и мочеточников. Этот момент является наиболее трудным и самым главным во всей операции, потому что только хорошая отсепаровка мочеточников обеспечивает здесь так же, как и при брюшной экстирпации, хорошее вылушение всего новообразования в шейке матки.

Когда случай оказывается благоприятным и когда дело идет об очень ограниченном новообразовании, с хорошо подвижной маткой и незатронутыми широкими связками, отделение пузыря происходит легко, и мочеточники свободно отходят кверху, вдоль боковых краев матки по мере того, как матка опускается вниз. Но если случай оказывается несколько запущенным, мочеточники часто бывают вовлечены в пораженную ткань, которая окружает их, но при этом никогда их не прорастает. И вот в этом случае выделение мочеточников оказывается несравненно более трудным, чем через верхние пути. Надо иметь большой навык в этой операции, чтобы хорошо провести это трудное выделение.

Прежде всего следует хорошо высвободить влагалище путем рассечения сосудистых пучков, спускающихся по его боковым стенкам. Проще всего наложить на них лигатуры или зажимы, которые могут, в случае надобности, остаться à demeure, и произвести рассечение кнутри от зажимов и лигатур. Как только влагалище оказывается со всех сторон хорошо освобожденным, можно продолжать отделение мочевого пузыря, которое идет очень легко, если пузырь не инфильтрирован новообразованием и, наоборот, очень трудно, когда он спаян с опухолью (рис. 324, 325). В некоторых случаях бывает необходимо его резецировать, ограничиваясь в подобных случаях лишь тщательным наложением шва, что гораздо лучше, чем оставлять дряблую инфильтрированную новообразованную стенку. Хорошая резекция дает меньший риск получения мочевого свища и больше шансов на стойкое выздоровление.

Мочеточники непосредственно переходят в боковые углы мочевого пузыря, отличаются красноватой окраской и проходят по сторонам от средней линии по направлению к параметрию (рис. 325); таким образом можно узнать ход мочеточника, который кзади и кнаружи погружается в основание широких связок.

Выделение мочеточника, находящегося в толще злокачественного новообразования, в данном случае гораздо более трудное, чем при брюшной экстирпации, может быть доступно лишь очень искусному и опытному хирургу. То же следует сказать и об удалении злокачественных инфильтратов широкой связки.

Когда эта часть операции закончена, нет ничего легче, имея широкий доступ, вскрыть своды брюшины, вывихнуть матку и удалить ее, предварительно наложив на идущие здесь сосуды лигатуры или же зажимы à demeure. Вся эта часть операции производится так же, как и при обычной влагалищной экстирпации; она в общем даже легче благодаря широкому доступу.

В конце операции производится попятно зашивание влагалища, вульвы и промежности (рис. 328 и 329.).

Нет сомнения, что эта расширенная влагалищная экстирпация матки представляет значительные преимущества перед обыкновенной влага-

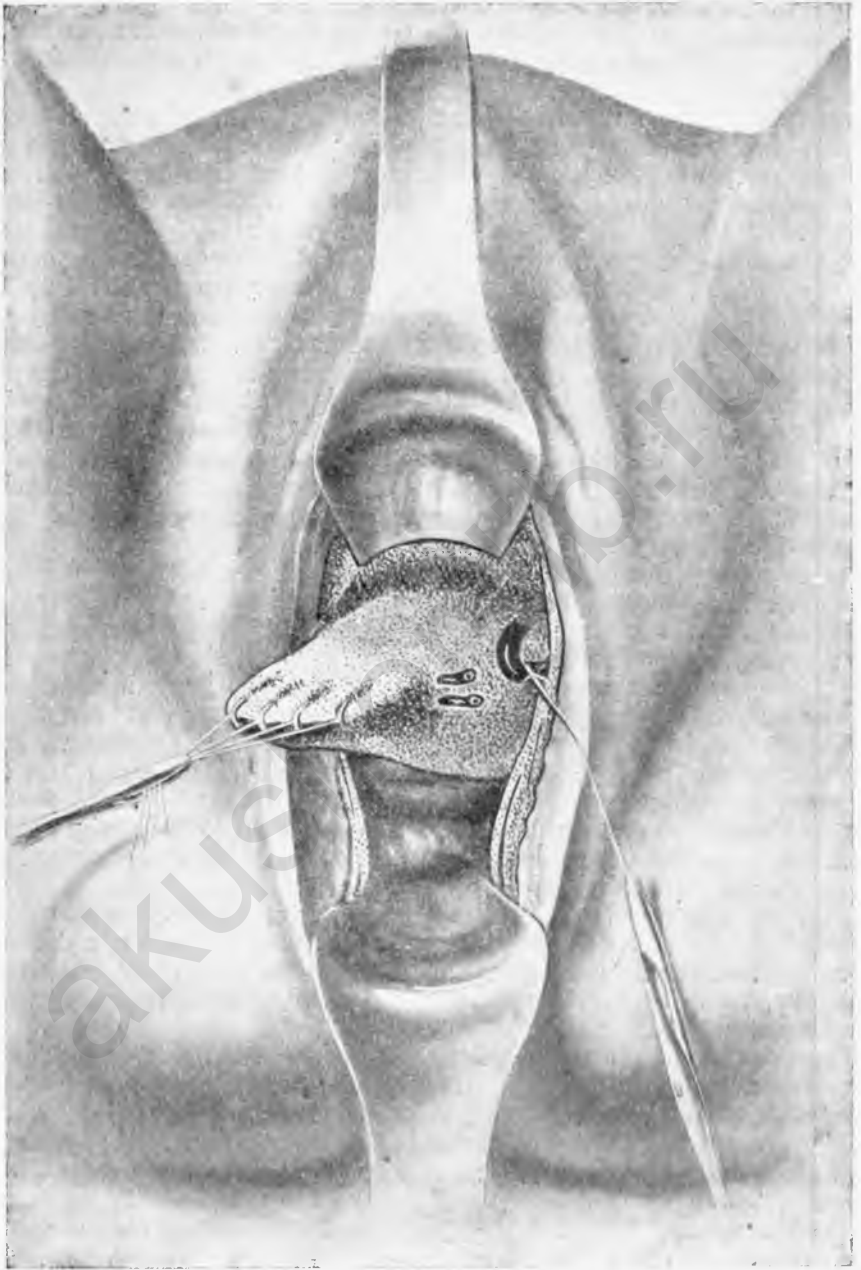


Рис. 324. Colpo-hysterectomy perineo-vaginalis. Начинают с отделения мочевого пузыря и прямой кишки. На левую маточную артерию наложена лигатура.

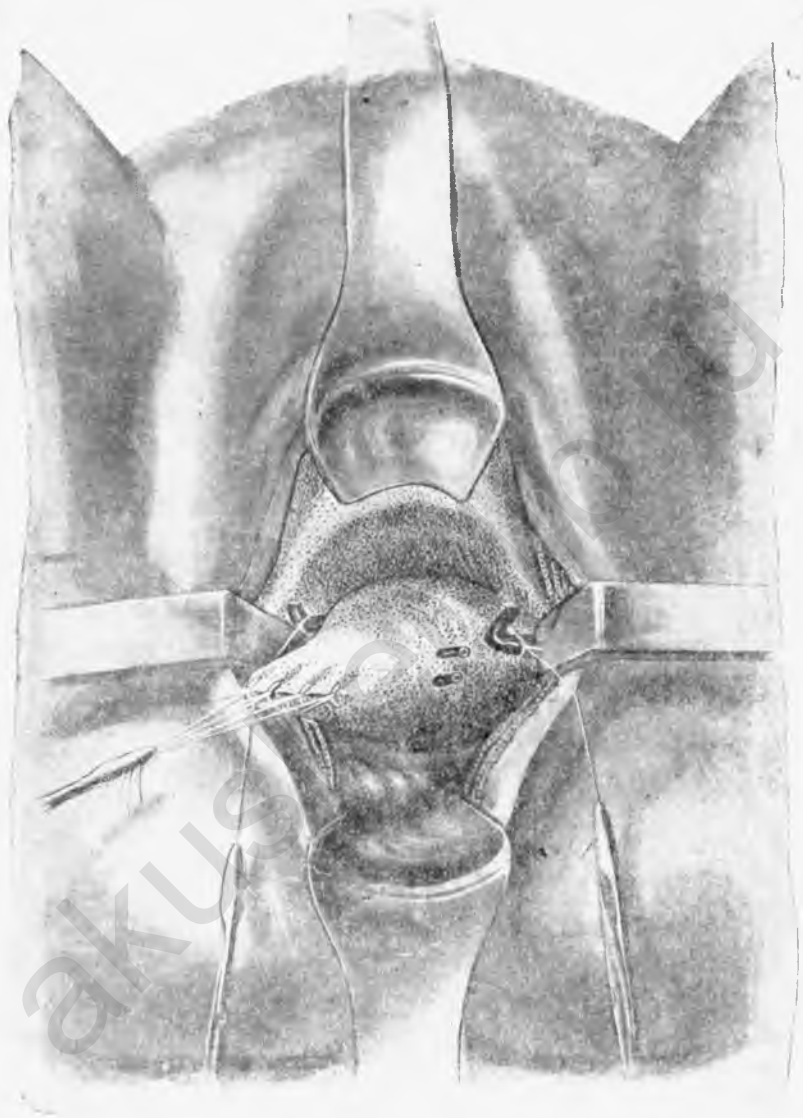


Рис. 325. Colpo-hysterectomy perineo-vaginalis. Отделение мочевого пузыря и прямой кишки продолжается все глубже. Сбоку от мочевого пузыря виден ход мочеточников. Правая маточная артерия перевязана.

лищной экстирпацией. При последней, поскольку разрез делается прямо в сводах, он почти неизбежно ведет в расположенный против шейки пораженный параметрий; вследствие этого дистальная часть этого параметрия остается неудаленной; напротив, при расширенной влагалищ-



Рис. 326. Colpo-hysterectomy perineo-vaginalis. Пузырно-маточный свод брюшины вскрыт. Дно матки вывихнуто и поднято к выходу. Перевязка ножки придатков.

но-промежностной экстирпации, где иссечение производится кнаружи от влагалищной манжетки, оказывается возможным более широко удалить пораженную или подозрительную область околоматочной клет-

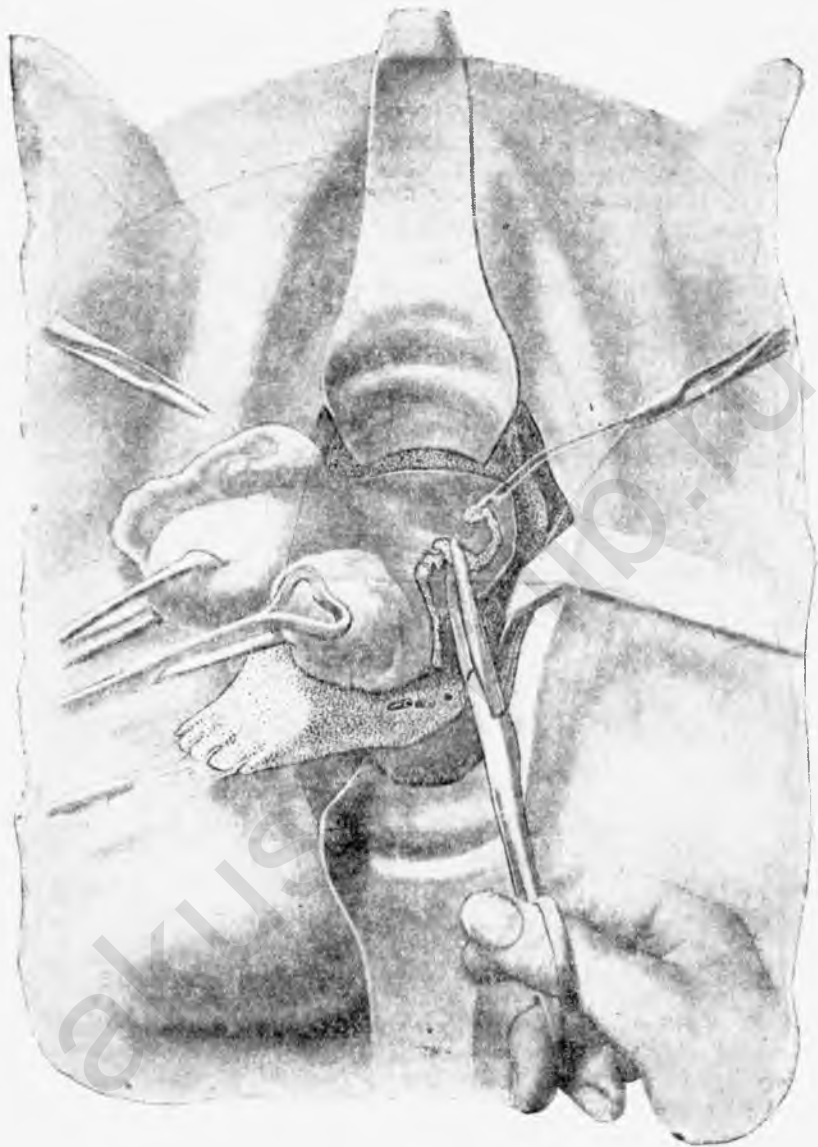


Рис. 327. Colpo-hysterectomy perineo-vaginalis. Дно матки выводится все больше и больше. Перевязка ножки придатков между лигатурами. Маточная артерия уже перевязана и перерезана

чатки. Но в общей сложности эта операция значительно уступает экстирпации путем чревосечения. На практике лучше ею не пользоваться и когда чревосечение представляется невыполнимым — лучше прибегнуть к лечению радием.

Удаление матки путем чревосечения является нашим наиболее сильным оружием в борьбе с раком шейки матки. Прodelанная впервые

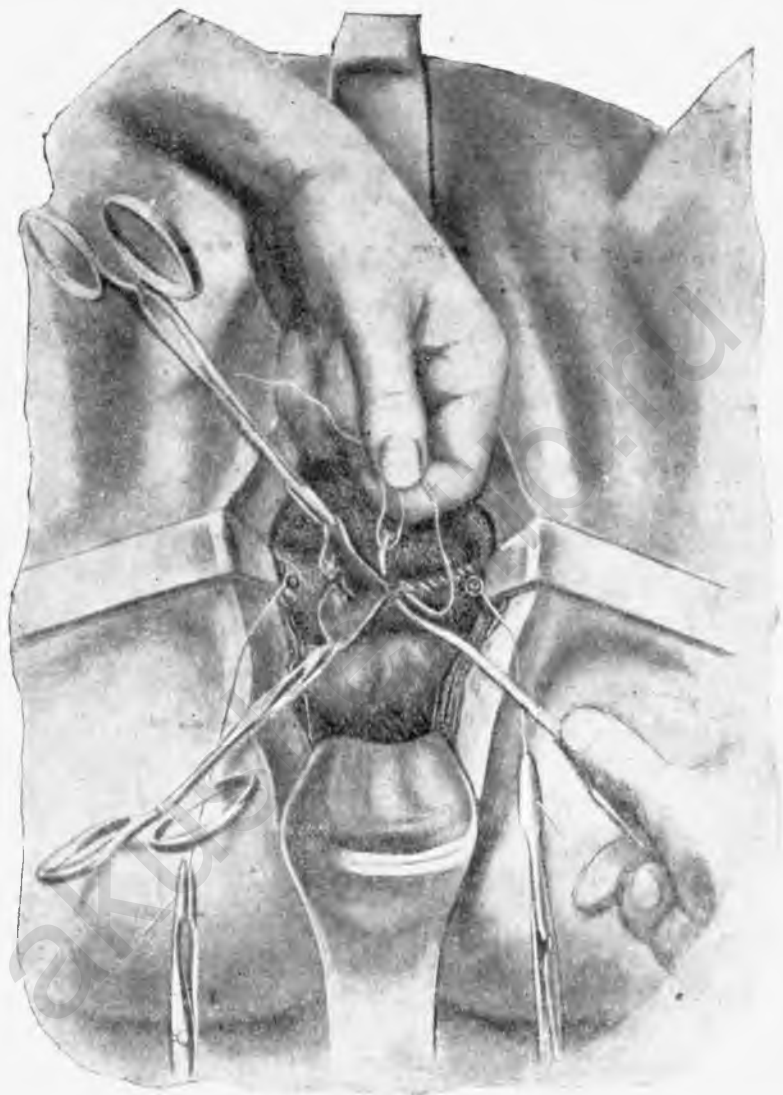


Рис. 328. Colpo-hysterectomy perineo-vaginalis. После экстирпации матки брюшина зашивается. Этот шов возможен лишь в тех случаях, когда не остаются зажимы *à demeure*.

Фрейдом в 1882 г. и к тому же с успехом она вскоре была оставлена вследствие опасности, которую она в то время представляла. Ее снова стали понемногу применять с 1895 г., когда после распространения
326



Рис 329. Colpo-hysterectomy perineo-vaginalis. После наложения шва на разрез промежности операция закончена.

наклонного положения больной, усовершенствования техники и введения асептики путь чревосечения снова начал приобретать права гражданства, которые в течение десятка лет у него были отняты в пользу влагалищных операций.

Я был в числе первых, которые в 1896 г. начали делать эту операцию во Франции. Но это были неуверенные и плохо разработанные операции. Первое точное описание операции в том виде, как она производится в настоящее время, т. е. с одновременным удалением матки, параметрия и достаточной части влагалища, было сделано в 1895 г. Рисом (Ries) из Чикаго на конгрессе во Франкфурте. Первая операция соответственно этим принципам была произведена Клэрком (Clark) в Филадельфии. Но с этого момента некоторые хирурги — Келли, Кюллен, Пейзер, Румф, Жиордано, Терриэ, Жоннеско, Бумм (Kelly, Cullen, Peiser, Rumpf, Giordano, Terrier, Jonnesco, Bumm), — шли одновременно тем же путем. С того же времени стали производить бесчисленные операции и появилось множество работ, перечислить которые здесь нет возможности. Наиболее ценные из них принадлежат Вертгейму (Wertheim), который благодаря своему упорству в работе, настойчивости в гистологических исследованиях и добросовестности, с которой он наблюдал своих больных, дал этой прекрасной операции настолько много, что хирурги привыкли связывать ее с его именем. Но справедливо ли это? Санторо (Giuseppe Santoro), молодой хирург из Неаполя, опубликовавший замечательную работу о раке матки с прекрасным эниграфом «Cancer curabilis»¹, думает так же, как и я, что наступило время, когда право и справедливость должны заговорить и дать операции Вертгейма имя того, кто действительно ее создал. Если бы захотели к имени Риса прибавить еще чье-либо имя, то это должно быть имя хирурга Клэрка, который первый сделал эту операцию. И я полагаю, не умаляя заслуг Вертгейма, которые навсегда останутся великими, что в будущем эта операция должна была бы носить имя Риса, а лучше всего было бы конечно называть эту операцию просто по ее анатомическим признакам — *расширенной операцией удаления матки*. Но разве справедливость может стать выше установившейся привычки?

Со времени своей первой операции, которая относится к 1896 г., я мало-помалу совершенствовался и когда в 1902 г. во время конгресса в Риме я видел, как оперировал сам Вертгейм, я мог убедиться, что за исключением некоторых незначительных деталей, которые скорее зависят от привычек и темперамента отдельного хирурга, чем от применяемого метода, я оперировал почти точно так же, как и он; мой способ оперирования отличался лишь тем, что у меня было вместо шести или восьми помощников всего один или два, что у меня был более совершенный инструментарий и наконец тем, что я почти систематически перевязывал подчревную артерию, чего не считал нужным делать Вертгейм.

Приблизительно лет двадцать назад многие французские хирурги, в ряду которых надо на первое место поставить Полоссона и Форга (A. Pollosson, E. Forgues), решительно пошли по этому пути.

Giuseppe Santoro. Cancer del utero. Cancer curabilis. Naples, 1916.

Оставляя в стороне эти исторические мелочи, совершенно второстепенного порядка, мы остановимся на технике этой операции.

Надо одновременно с маткой удалять известную часть влагалища с таким расчетом, чтобы далеко зайти за границу поражения, а также удалять и парацервикальную клетчатку, в которую распространяется новообразование.

Эту массу шейки, влагалища и параметрия необходимо удалять целиком, не надрывая и не удаляя по кусочкам во избежание грозной инфекции, могущей возникнуть вследствие неустраняемой инфицированности ракового изъязвления.

В дни, предшествующие операции, изъязвление в области шейки должно быть дезинфицировано с помощью всех имеющихся в нашем распоряжении средств и в частности иодной настойки. Если разрастания очень обширны, полезно уже в самом начале операции удалить их кюреткой или термокаутером, дезинфицировать изъязвление и слизистую влагалища иодом и, если возможно, простерилизовать область горячим воздухом с помощью особых аппаратов, которые по видимому должны приносить пользу в этом отношении.

Способы, при которых экстирпация производится снизу вверх, разобраны и описаны нами выше, в данном случае не имеют применения. Здесь дело идет не об отделении матки и придатков от соседних частей, а об отделении шейки и влагалища, что должно быть проделано чрезвычайно осторожно, тщательно и последовательно. Шейка и ее влагалищные прикрепления должны быть оставлены на конец. Единственный правильный способ действия состоит в постепенном отделении матки сверху вниз, в тщательной отсепаровке области шейки и в последнюю очередь в отсечении влагалища с тем, чтобы по возможности избежать всякой инфекции, идущей из его полости, которое после выделения маточной шейки уже не поддается дезинфекции.

Здесь следовательно надо идти путем обратным тому, который был рекомендован при фибромах и аднекситах, и удалять матку, идя *сверху вниз*.

Инструментарий тот же, что был описан выше. Однако к нему можно прибавить изогнутые щипцы, как например щипцы в форме буквы «L» Вергтейма (рис. 330) или щипцы с большой кривизной Гуйю (Goulioud) (рис. 331).

Я лично по причинам, которые укажу дальше, вот уже несколько лет как отказался от пользования последними. Эти щипцы необходимы для закрытия влагалища перед его отсечением, ради предосторожности в действительности весьма сомнительной и имеющей больше неудобств, чем преимуществ. Кроме того необходимо иметь в своем распоряжении щипцы Мишеля, позволяющие накладывать в глубине таза остающиеся металлические лигатуры. Наконец для обнажения и отыскания расположенных в глубине артериальных сосудов большую услугу окажет желобоватый зонд типа Нелатона.

Обычно очень полезно пользоваться большим надлобковым зеркалом и добавочно к нему, в случае надобности, моим зеркалом-рамой, которое предназначается для удерживания кишечных петель вверх брюшной

полости. Но если больная спит хорошо, лучше обойтись без этого послед-ного, которое при осторожном выделении тазовых органов имеет одно довольно серьезное неудобство — сдавливает большие вены и вызывает венозные кровотечения, сопровождающиеся большой потерей крови и мешающие отсепаровке.

Прежде всего брюшную экстирпацию следует производить лишь в не очень запущенных случаях. Своды влагалища могут быть захвачены —



Рис. 330. Щипцы Берггейма.

это не играет первостепенной роли, — но необходимо, чтобы подвижность матки была достаточной и чтобы парацервикальная инфильтрация не вызвала образования спаек с соседними органами, что клинически выражается в более или менее значительной неподвижности матки.

В сомнительных случаях можно и даже должно производить пробное чревосечение с тем, чтобы предоставить большой возможности использовать все шансы на выздоровление, на которое она еще могла бы надеяться. Но если при пробном чревосечении убеждаются, что поражения более обширны, чем предполагалось, если матка мало подвижна, если парацервикальная клетчатка инфильтрирована, — лучше, особенно с тех пор, как мы применяем лечение радием, воздержаться и отказаться от операции, чем предпринимать ее без вся-



Рис. 331. Щипцы Гюйю.

кого серьезного основания на успех в смысле излечения больной и, напротив, с известным риском смертельного исхода.

Полезно тотчас же после вскрытия брюшной стенки обложить края раны салфетками с целью избежать всегда возможной инфекции брюшной стенки (рис. 334).

Впрочем со времени систематического применения дренажа по Микуличу, на описании которого я остановлюсь более подробно ниже, и который практически устранил заражение брюшной стенки и гангренозные абсцессы, столь часто встречавшиеся в прежнее время, эта предосторожность является ненужной.

Когда после осмотра таза и введения лобкового зеркала решаются оперировать, необходимо применять все меры к тому, чтобы оградить себя от кровотечения. Тщательная предварительная остановка кровотечения действительно оказывает громадные услуги, позволяя выиграть

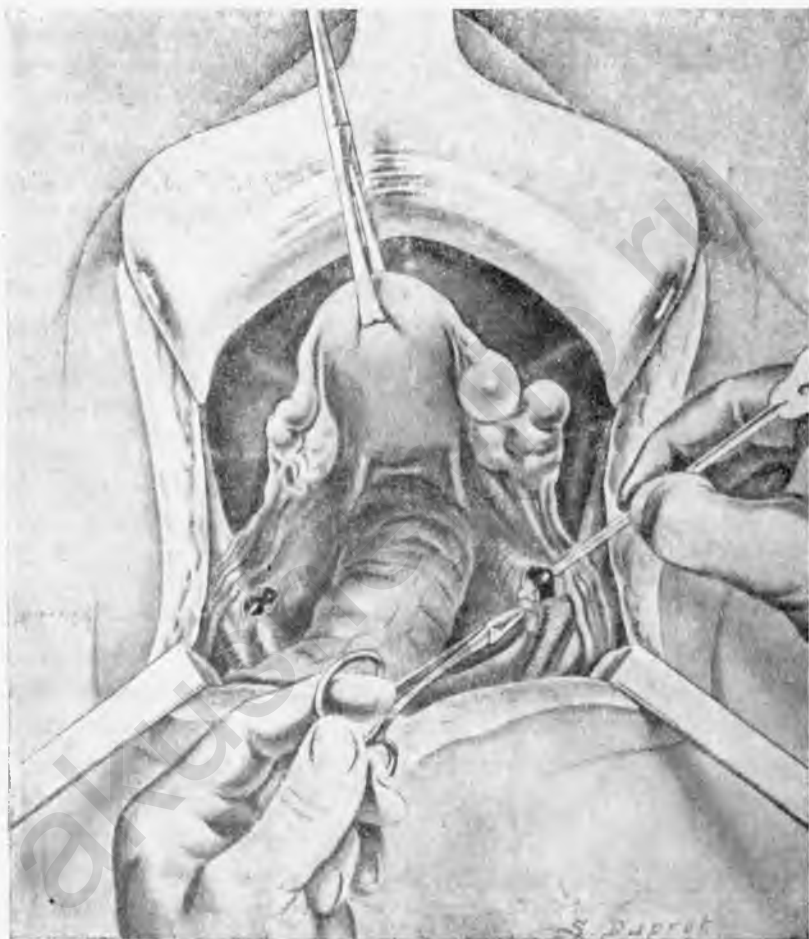


Рис. 332. Наложение лигатуры на подчревную артерию. Тазовая брюшина надсечена над артерией, обнаженной желобоватым зондом.

время, уменьшить потерю крови, а главное свести к минимуму не только артериальное кровотечение, но и венозное, обеспечивая тем самым ясную картину операционного поля при кропотливой отсепаровке тканей в области мочеточников. Я бы не стал слишком подробно останавливаться на этом, если бы расширенная операция удаления матки при раке не была очень тонкой и кропотливой операцией, при которой безусловно

необходимо хорошо видеть все, что делаешь, особенно во время выделения мочеточников, так как этот момент является самым важным, самым существенным во всей операции.

Такая предварительная остановка кровотечения может быть получена путем наложения лигатур либо на подчревную, либо на маточную арте-

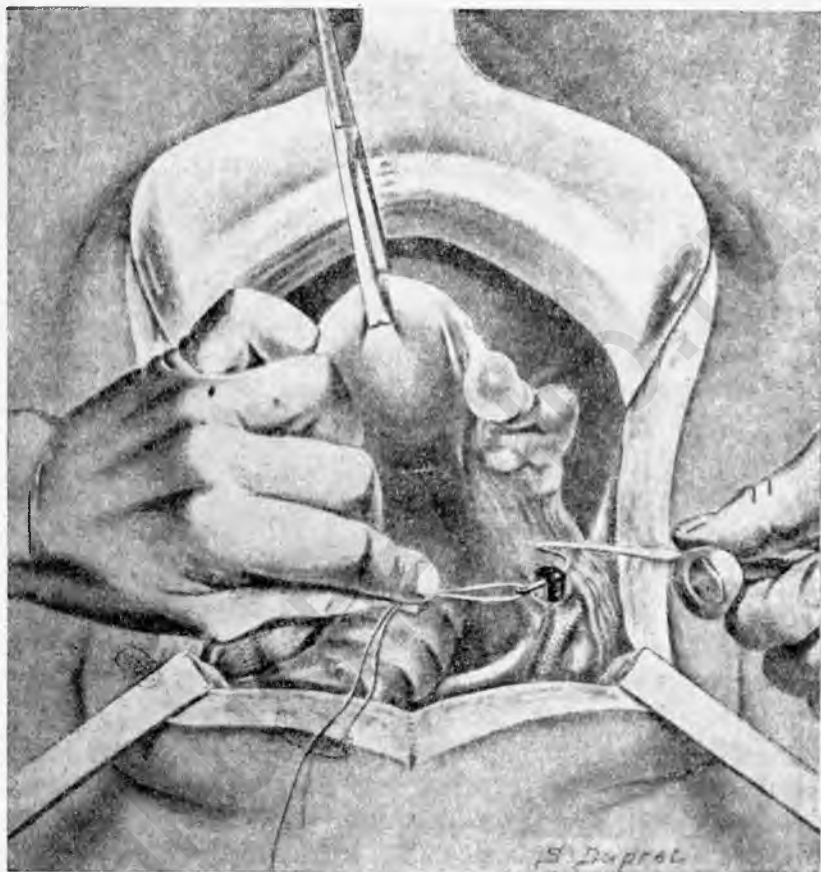


Рис. 333. Перевязка подчревной артерии. Артерия подхвачена на иглу Лешампа.]

рию. И тот и другой способы имеют и свои преимущества и свои недостатки.

Перевязка подчревной артерии в общем легка. У худых женщин, у которых артерия просвечивает через брюшину, перевязка ее особенно проста; у женщин, у которых таз изобилует жиром, перевязка может оказаться более сложной, в особенности слева, вследствие присутствия брыжейки прямой кишки¹.

¹ См. по этому вопросу прекрасную работу R. Proust и A. Maurer, *Journal de chirurgie*, август, 1913 г.

К перевязке артерии можно приступить немедленно в самом начале операции через брюшину, надрезанную всего на 1 — 2 см ниже бифуркации общей подвздошной артерии. Таким образом создается уверенность в наложении лигатуры выше места отхождения тазовых артерий и в частности маточной и влагалищной артерии (рис. 332, 333). Можно также производить перевязку подчревной артерии уже после рассечения верхней части широкой связки и удаления придатков, когда все становится очень хорошо видимым и оказывается возможным осмотреть широкую связку на всем ее протяжении (рис. 337, 348). Это очень простой прием. Достаточно разъединить указательным пальцем оба листка широкой связки и расщепить клетчатку, чтобы сразу же попасть на артерию, которую обычно очень хорошо видно и легко можно нащупать концом указательного пальца, когда ее или совсем не видно или видно плохо. Мне приходилось встречать обозначение этого приема под названием приема Ласко (Lasko). Возможно, что этот автор его и описал, я лично постоянно пользуюсь им не менее пятнадцати лет. Вопрос о присвоении ему того или другого имени имеет мало значения, — главное знать этот прием и пользоваться им. При перевязке подчревной артерии иногда допускают ошибку, которую надо старательно избегать, тем более, что она встречается довольно часто: когда отыскивание подчревной артерии производится внутри широкой связки, ее находят обыкновенно слишком низко, и если не подняться значительно выше к месту ее отхождения, расширив для этого окно в брюшине, можно наложить лигатуру слишком низко, ниже места отхождения маточной артерии. При этих условиях остановка кровотечения сводится к нулю и перевязка становится бесполезной.

Перевязка подчревной артерии производится совсем близко от места отхождения мочеточников. В дальнейшем для облегчения выделения мочеточника бывает очень важно во избежание чрезмерного обнажения и травматизации его отодвинуть мочеточник кнутри (R. Proust). Эта перевязка должна производиться при помощи сильно изогнутой иглы Мюзе. Конец иглы, обходя артерию, должен следовать непосредственно около нее во избежание риска повреждения вены, лежащей здесь очень близко, особенно с левой стороны.

Отрицательной стороной перевязки подчревных артерий считалось слишком сильное обескровливание таза, в зависимости от чего ослабляется сопротивляемость тканей к инфекции и способность их к регенерации. Этот упрек не представляется обоснованным. Я делаю перевязку систематически и видел достаточно много случаев выздоровления, чтобы утверждать, что больные остаются устойчивыми к инфекции в той же мере, как и другие. Эти опасения недостаточны, чтобы отказаться от выгод предварительной остановки кровотечения.

Перевязка маточных артерий позволяет также, хотя и менее совершенно, устранить кровотечение в операционном поле и произвести все необходимые разрезы, имея ясную картину того, что делаешь. Она имеет то преимущество, правда — сомнительное, что не нарушает кровоснабжения таза. Зато она несомненно труднее, чем перевязка подвздошных артерий. Маточную артерию надо искать у самой стенки таза, по воз-

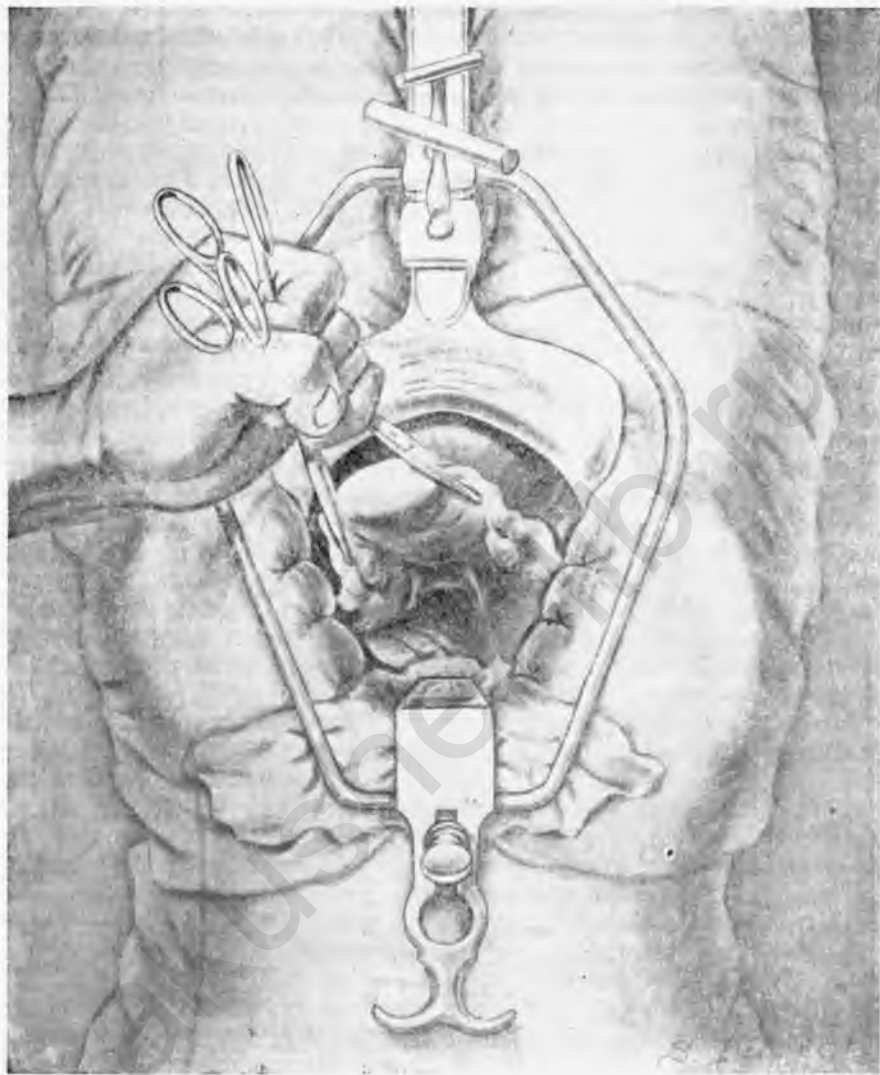


Рис. 334. Удаление матки путем чревосечения по поводу рака. Зеркало-рама Фора и Корилло на месте. Матка подтянута с помощью двух зажимов Кохера, наложенных на широкие маточные связки в месте их прикрепления к краям матки.

возможности далее кнаружи от места, где она пересекает мочеточники.

Присутствие фиброзного тяжа пупочной артерии является ценным опознавательным пунктом, так как маточная артерия находится сейчас же кзади от последнего. Кроме того она расположена кнаружи и впереди

от мочеточника, который идет параллельно ей до того места, где он, проходя под нею, пересекает ее ствол.

Несмотря на все это, перевязка маточной артерии может оказаться довольно трудной, особенно у тучных женщин. К тому же, когда иссечение влагалища приходится производить низко, в области разветвления влагалищной артерии, перевязка маточной артерии оказывается недостаточной. Приходится идти кзади от маточной артерии и перевязывать влагалищную артерию, что бывает не совсем удобно; или же приходится производить частичную остановку кровотечения, перевязывая отдельные кровотокающие сосуды.

Но такое низкое отсечение влагалища бывает показано довольно редко, и в сущности перевязка маточной артерии представляет собою прекрасный способ для предварительной остановки кровотечения.

Но я все же предпочитаю перевязку подчревных артерий; она в общем более проста и более действительна; я перевязываю маточные артерии лишь в исключительных случаях, где отыскивание подчревных сопряжено с какими-нибудь затруднениями.

В некоторых простых случаях можно понятно обойтись и без предварительного гемостаза; у тучных женщин или же у женщин, у которых таз слишком глубок и перевязка представляет большие затруднения, проще от этого отказаться. Но в общем для более совершенного производства столь сложной операции, которая дает значительные шансы на успех лишь при условии тщательного выполнения, лучше все же пользоваться предварительной остановкой кровотечения, перевязывая либо подчревные, либо маточные артерии.

Операция, особенно когда случай не простой, требует много терпения и большой планомерности в работе.

Матка может быть подтянута с помощью щипцов, наложенных на ее дно. Но когда матка рыхла, этот способ действия связан с риском надорвать ее и инфицировать операционное поле ее содержимым, часто септическим, а иногда прямо-таки гнойным. Лучше захватить ее в области ее углов зажимами Кохера, которые накладываются глубоко на всю длину широких связок, на границе их прикрепления, и которыми обеспечивается в то же самое время и остановка кровотечения (рис. 334).

Затем последовательно перевязывают и отсекают маточно-яичниковую ножку (*lig. infundibulo-pelvic. Feo.*) и круглую связку.

Чтобы сделать возможно более свободным операционное поле, удаляют придатки с обеих сторон, отсекая их тотчас же кнаружи от зажимов Кохера, наложенных в месте их прикрепления к матке. Эти зажимы Кохера, обеспечивая остановку кровотечения, служат одновременно для подтягивания матки во время операции (рис. 335, 336 и 337).

Теперь, в целях предварительной остановки кровотечения, приступают к разыскиванию и перевязке маточных или подчревных артерий, если только последние не были перевязаны в самом начале через особый разрез брюшины (чего я не советую делать) (рис. 338).

Затем доходят до боковых сторон шейки, обычно увеличенной и теряющейся в тазовом дне. Брюшину рассекают на уровне пузырьно-маточного свода, и мочевого пузырь отодвигается книзу и отделяется от влагалища.

Этот момент операции должен быть проведен очень внимательно вследствие иногда возможной инфильтрации мочевого пузыря опухолью. Отслойку необходимо производить как можно далее в сторону, до тех

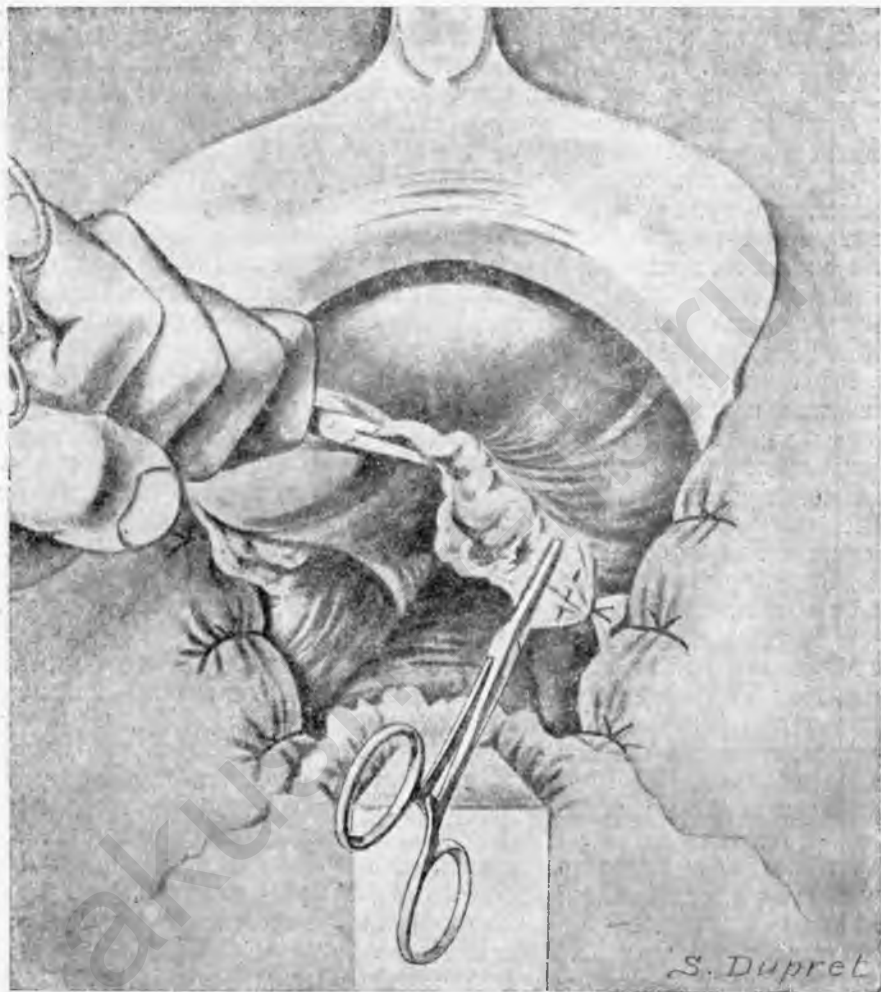


Рис. 335. Удаление матки путем чревосечения по поводу рака. Перевязка и отсечение правой маточно-яичниковой ножки (lig. infundibulo-pelvic. Ped.)

пор, пока не станет виден мочеточник, подходящий к мочевому пузырю. В это время бывает выгодно приступить к отделению мочеточника от стенки влагалища, к которой он прилежит; но этот момент нередко представляет трудности вследствие наличия сосудов, идущих от моче-

вого пузыря к перегибу маточной артерии; эти сосуды обыкновенно следует прямо отсекать, чтобы получить возможность отодвинуть пузырь книзу (рис. 339).



Рис. 336. Удаление матки путем чревосечения по поводу рака. Маточно-яичниковая ножка (lig. infundibulo-pelvic. Ped.) и круглая связка перевязаны и рассечены. Труба и яичник отсекаются с целью сделать более свободным операционное поле.

Теперь наступает самый сложный момент операции: отыскивание и выделение мочеточников. *Мочеточник надо увидеть*, и можно с уверенностью сказать, что если при расширенной экстирпации матки не были видны оба мочеточника, то операция была сделана плохо. Как известно,

маточная артерия идет навстречу мочеточнику. Таким образом отыскивание и захватывание маточной артерии¹ и отыскивание мочеточ-



Рис. 337. Удаление матки путем чревосечения по поводу рака. Придатки удалены с обеих сторон. Левая широкая связка расщеплена пальцем для перевязки подчревной артерии, которая видна в глубине.

ника происходит в сущности одновременно. Нередко бывает полезно для того, чтобы иметь возможность лучше видеть этот момент операции, ввести кроме надлобкового зеркала еще длинное влагалищное зеркало.

¹ Как это явствует и из текста, маточная артерия должна перевязываться значительно дальше от матки, чем это представлено на рис. 343 и 344. *Ред.*

Отводя клювом зеркала мочевоу пузырь кпереди и натягивая мочеточник, прикрепленный к пузырю и отходящий вместе с последним, удастся с помощью этого зеркала лучше увидеть мочеточник. Полоссон пред-

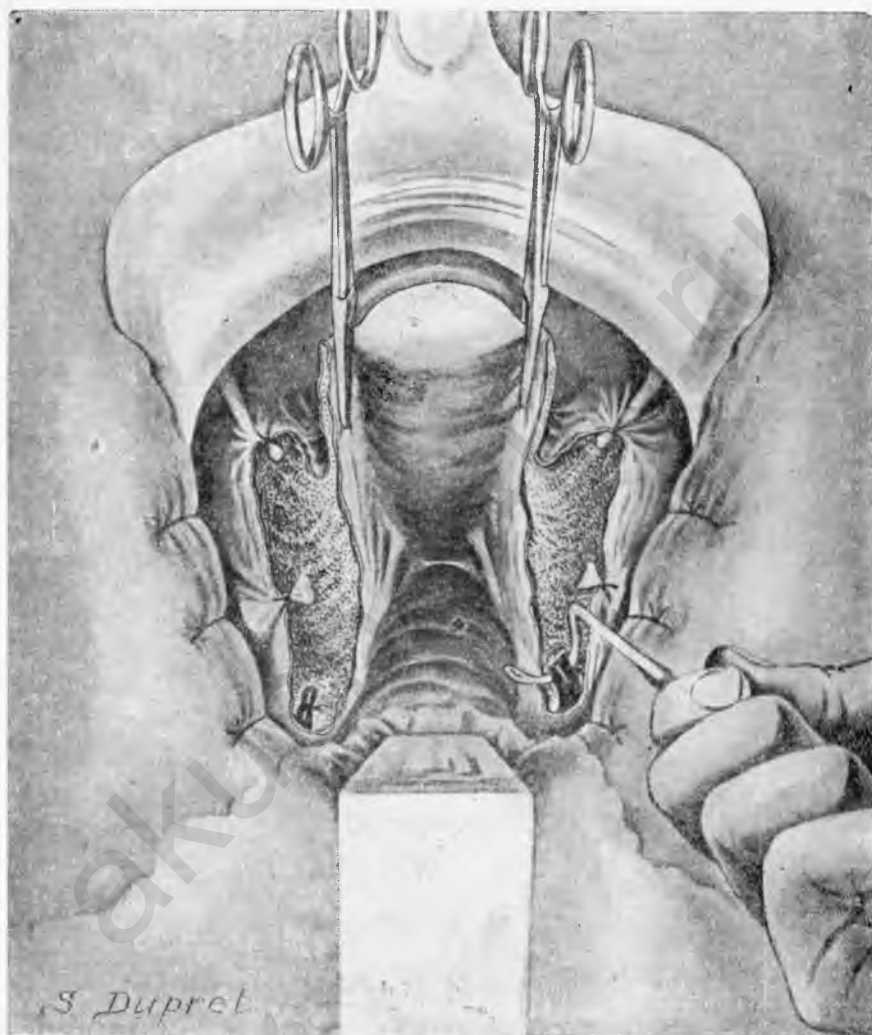


Рис. 338. Удаление матки путем чревосечения по поводу рака. Перевязка подчревных артерий.

ложил для этой цели превосходное зеркало с большой кривизной, которым очень удобно пользоваться (рис. 340 и 341).

Если вследствие кровотечения или большого количества жира возникают слишком большие затруднения для нахождения мочеточника,

который все же необходимо найти, следует помнить, что он прилежит к заднему листку широкой связки. Поэтому достаточно бывает натянуть этот листок кнутри, захватив его у заднего края разреза широкой связки, чтобы притянуть одновременно и мочеточник, который легко узнать



Рис. 339. Удаление матки путем чревосечения по поводу рака. Пузырно-маточная брюшина рассечена. Отделение мочевого пузыря.

по его толщине, по направлению, а главное, по его червеобразным сокращениям (рис. 342).

В общем найти правый мочеточник легче, чем левый — по крайней мере для хирургов, которые становятся, как это и следует делать, слева от больной. Когда он найден, несколькими движениями желобоватого зонда по ходу мочеточника он освобождается на протяжении несколь-

ких сантиметров вплоть до того места, где он исчезает под сосудистым пучком, заключающим в себе изгиб маточной артерии и вены, сопровождающие артерию; эти сосуды идут к передне-боковой части шейки матки и к соседней области мочевого пузыря.

Если параметрий свободен и в широкой связке нет никакой злокачественной инфильтрации, то, подводя указательный палец под изгиб маточной артерии и вен, окружающих ее, и осторожно приподнимая их, сравнительно легко отделяют мочеточник, который отходит в глубину (рис. 343). Затем направляются вдоль маточной артерии, которая поднимается кверху и кнаружи, приближаясь к тазовой стенке, и захватывают ее как можно дальше, приблизительно на 1—2 см кнаружи от ее перегиба. Ее следует захватить в двух местах зажимами, расположенными рядом, разрезать ее между ними и немедленно же перевязать центральный конец ее с тем, чтобы освободить зажим, который будет всегда мешать и может сорваться при малейшем насилии. Затем отводят культю маточной артерии внутрь, обнажая тем самым нижний конец мочеточника, который сдвигают возможно дальше книзу вместе с пузырем, в который он погружается (рис. 344).

Этот момент нередко бывает затруднительным. Здесь встречаются вены, которые рвутся и слегка кровоточат, а также артерии, идущие от перегиба маточной артерии к мочевому пузырю. Для их разделения бывает недостаточно одного отодвигания пузыря. Для этого приходится рассекать их после предварительного наложения зажимов на богатую сосудами соединительную ткань между маточной артерией и стенкой пузыря, который очень легко может оказаться пораненным как раз в этой области, если этот момент операции выполнять без должного внимания (рис. 345).

Позади мочеточника в глубине расположена вместе с многочисленными венами влагалищная артерия, но обычно бесполезно ее искать вследствие риска обнажить и повредить мочеточник. Конечно, имея в виду произвести очень низко ампутацию влагалища, можно это сделать с тем, чтобы, перевязав эту артерию, произвести немедленную и полную остановку кровотечения в области влагалища (Descomps).

Впрочем несравненно проще весь этот сосудисто-тканый, позади-мочеточниковый участок перевязать целиком, накладывая лигатуру иглой à pédale.

Отыскивать и освобождать мочеточник необходимо весьма осторожно. Нередко в парацервикальной области оказывается уплотнение, или



Рис. 340 и 341. Расширители Поллоссона.

воспалительного происхождения или идущее от новообразования, которое проникает в клетчатку, окружая мочеточник и полностью его замуровывая. Мочеточник редко бывает поражен новообразованием,



Рис. 342. Удаление матки путем чревосечения по поводу рака. Задний листок широкой связки оттянут к оси таза. Мочеточник виден в клетчатке. Последняя разделяется желобоватым зондом, которым отыскивают маточную артерию.

он бывает лишь замурован, окружен и сдавлен. Обычно ориентируясь ходом мочеточника, сравнительно легко удастся рассечь ножницами или острием скальпеля ткань, в которой он заключен, и освободить его.

В этом заключается самая необходимая и главнейшая часть расширенной операции удаления рака матки. Мне нет необходимости еще раз это

повторять. Если хотя немного отойти от шейки, следуя границам уплотнения, то хирург весьма рискует захватить мочеточник, расположенный в инфильтрированном участке, и поранить его, что является уже серьез-

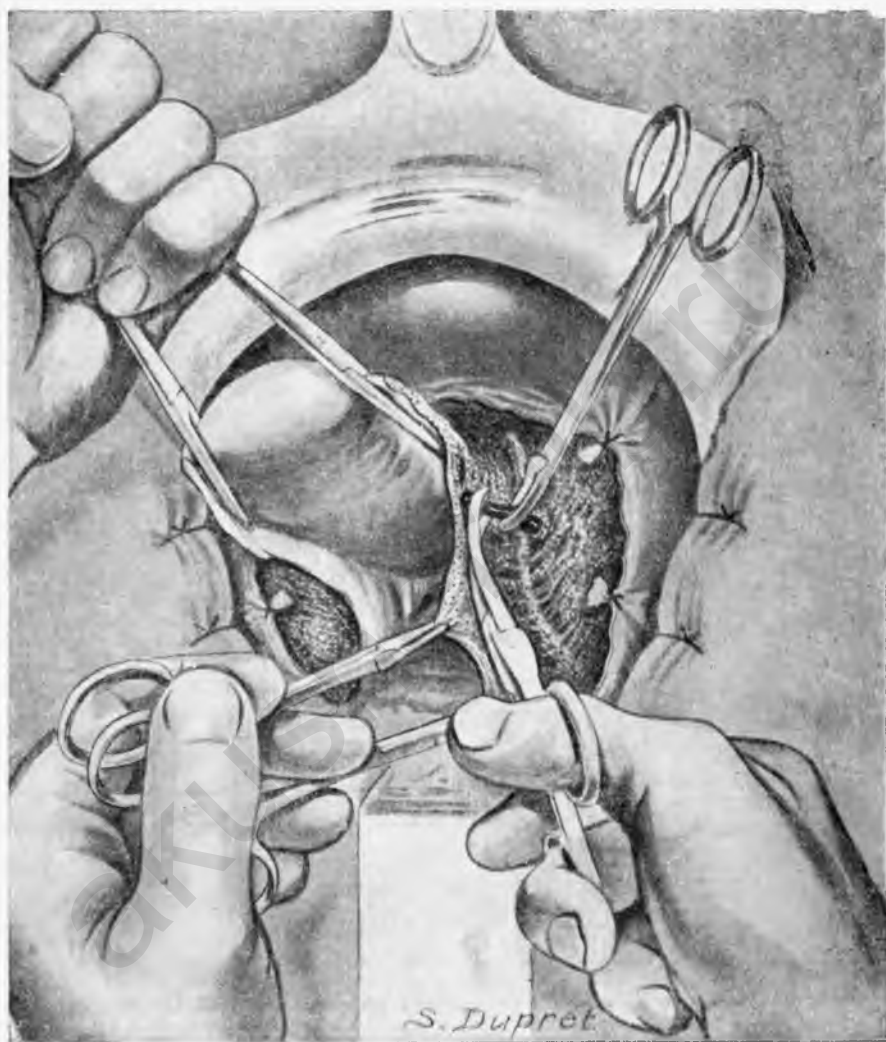


Рис. 343. Удаление матки путем чревосечения по поводу рака. Маточная артерия, будучи изолирована, показывается впереди мочеточника. Она захвачена и перевязана.

ным осложнением. Если же, боясь поранить мочеточник, он приблизится к шейке и сделает разрез в области уплотнения, то разрез пройдет по новообразованию, заранее обрекая операцию на неудачу, что является еще более серьезным осложнением,

Есть только один способ, которым следует удалять инфильтрированную и подозрительную ткань без риска повреждения мочеточника; это — путем выделения последнего, а для того чтобы его выделить, его надо хорошо видеть.

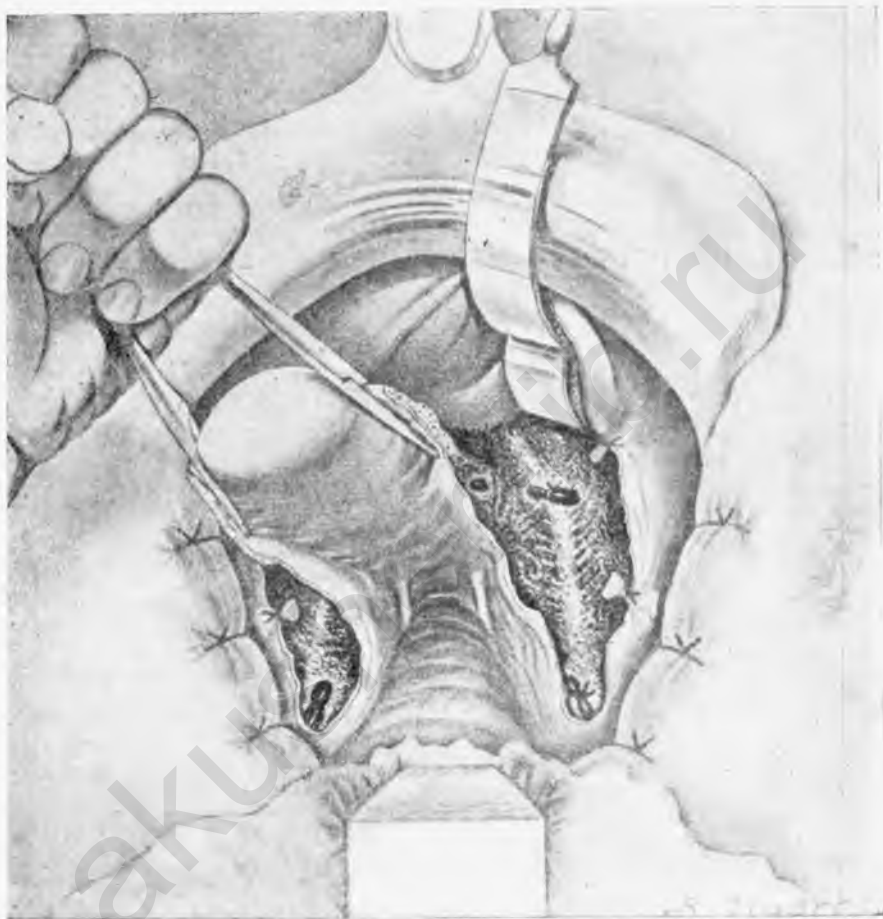


Рис. 344. Удаление матки путем чревосечения по поводу рака. Маточная артерия перевязана; мочеточник освобожден до места вхождения в мочевой пузырь.

Когда выделение мочеточников закончено, влагалище обнажается возможно ниже, во всяком случае до того места, где эластичность ткани свидетельствует о переходе ее уже далеко за пределы пораженной области.

Подтягивая затем матку кпереди, можно видеть натянутые с каждой стороны дугласова свода крестцово-маточные связки, которые препятствуют смещению матки кверху. Если они видны плохо, они ощущаются

пальцем. К тому же их верхний край обнажен в основании широкой связки у надрезанного листка брюшины. Они достаточно богаты сосудами и остановка кровотечения должна быть произведена здесь особенно

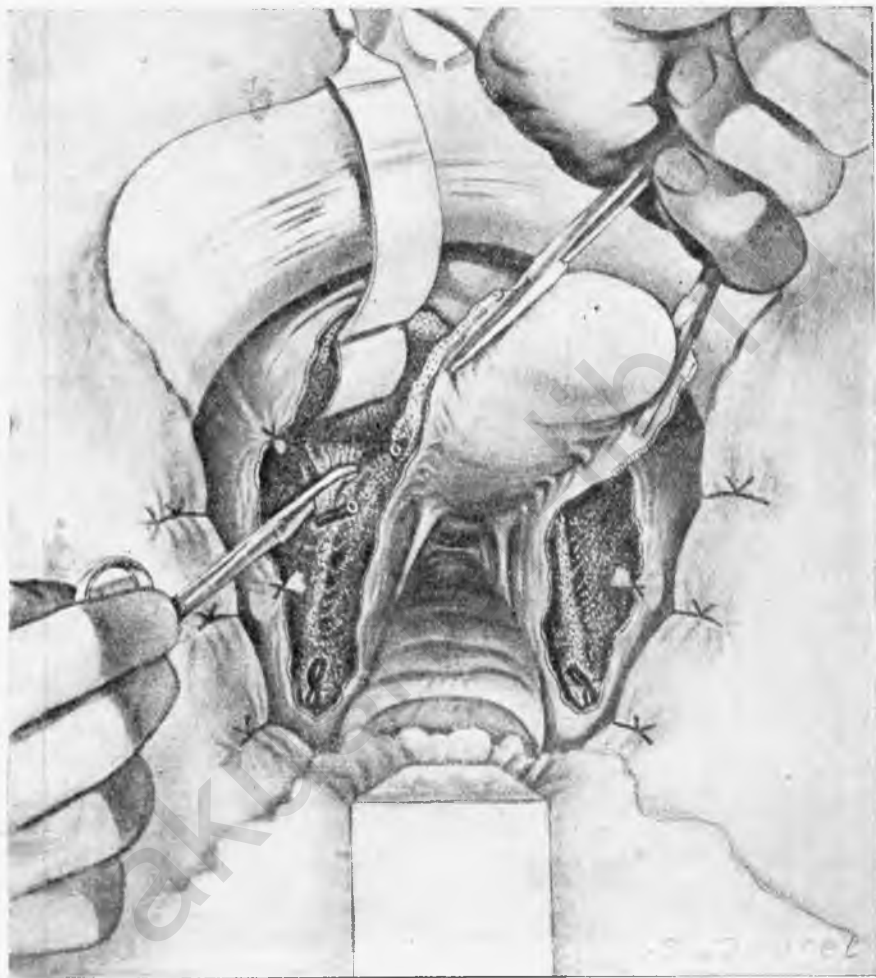


Рис. 345. Удаление матки путем чревосечения по поводу рака. Жазимом захватывается слой клетчатки, содержащей в себе сосуды, идущие от маточной артерии к углу мочевого пузыря.

тщательно. Выгодно захватить каждую из них зажимом или еще лучше, как показал Лесен, перед их рассечением наложить зажимы в два ряда. Более наружный зажим накладывается скорее на боковые части влагалища, чем на собственно крестцово-маточную связку (рис. 347). Когда крестцово-маточные связки перевязаны, матка, которая держится теперь

только на влагалище, приподнимается кверху, и это отведение ограничивается лишь сопротивлением, оказываемым со стороны влагалища (рис. 348).



Рис. 346. Удаление матки путем чревосечения по поводу рака. Надрез брюшины покрывающей крестцово-маточные связки и отделение прямой кишки.

Одновременно отсекают брюшину заднего дугласова пространства и производят разделение ректо-вагинального пространства. Эта предосторожность имеет весьма существенное значение. Она действительно позволяет избежать поранения прямой кишки, что происходит очень легко, если отсекают последнюю без особого внимания и не отво-

дуть ее вниз. Это ранение происходит в тот момент, когда после рассечения крестцово-маточных связок подтягивают, одновременно с маткой, кверху и кпереди и влагалище и припаянную к последнему в глубине

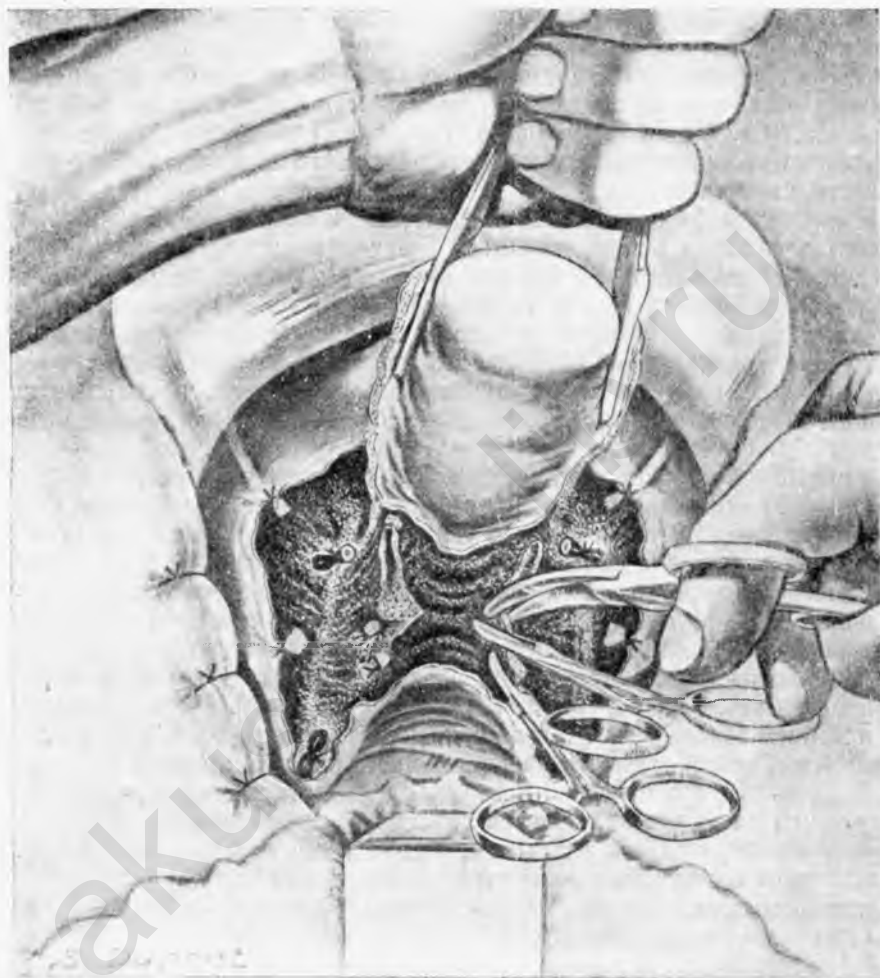


Рис. 347. Удаление матки путем чревосечения по поводу рака. Крестцово-маточные связки захвачены последовательно двумя зажимами. Справа связки захвачены и перерезаны. Слева они уже перевязаны.

таза петлю прямой кишки (рис. 346). Впрочем это рассечение ректо-вагинальной брюшины, имеющее существенное значение, может быть произведено *раньше* рассечения крестцово-маточных связок, в тот момент, когда после отсепаровки пузыря матку подтягивают кпереди, для того чтобы обследовать свод дугласова пространства и разобраться в точном расположении крестцово-маточных связок.

Теперь следует рассечь влагалище. Долгое время пытались это производить без вскрытия последнего с целью избежать всегда опасной инфекции. Для этого влагалище захватывалось во всю его ширину кривыми зажимами (в случае надобности двумя), расположенными один против другого. Эти зажимы должны лежать в два этажа; один ниже пораженной шейки, по возможности дальше от ракового очага, другой — еще ниже, почти на границе промежностного дна. Влагалище раздавливается между этими двумя этажами зажимов, а затем влагалищная стенка между ними рассекается кривыми ножницами. Таким образом матка, шейка и захваченная ниже ее часть влагалища удаляются целиком, без вскрытия полости последнего.

Но этот способ имеет больше неудобств, чем преимуществ, за исключением случаев, где можно опасаться истечения во влагалище во время операции обильных выделений при пиометре. В конце концов все равно создается сообщение между влагалищем и тазовой рапой, и, сделать ли это раньше или несколько позже, — большого значения не имеет. С другой стороны, зажим создает риск захватить мочеточник на месте его перегиба, что является очень серьезным осложнением. Рассечение влагалища в этом случае производится вслепую. К тому же наложение зажимов в два этажа оказывается не всегда возможным.

В подобных случаях приходится довольствоваться наложением одного верхнего зажима, предназначенного для закрытия верхней части влагалища. Иногда может оказаться трудным наложение и этого верхнего зажима или вследствие объема матки, или потери тканями эластичности, или вследствие каких-либо иных причин; вследствие этого создается еще большая опасность для мочеточника. При этом зажим может захватить влагалище в пределах злокачественного новообразования, оставляя ниже места наложения зажима участок пораженной ткани, что является еще более серьезным осложнением. Поэтому не следует особенно гнаться за наложением зажимов на влагалище. *Лучше даже намеренно от этого отказаться* и не накладывать на влагалище никакого зажима. Влагалище надо вскрыть с его передней поверхности достаточно низко, чтобы быть уверенным в том, что находишься ниже пораженной области. Как только влагалище оказывается вскрытым, нижний его отрезок захватывается плоскозубчатым зажимом, а внутрь влагалища немедленно вводится небольшой марлевый тампон, предназначенный для предупреждения излития шеечного секрета (рис. 348).

Затем зажимом с тупыми зубцами или щипцами Мюзе выворачивается верхний край влагалища, чтобы видеть внутри точные границы ракового поражения. Затем продолжают до конца круговой разрез влагалища, края которого захватывают плоскозубчатыми зажимами, обращая при этом особое внимание на то, чтобы разрез *под контролем глаза* шел в границах здоровой ткани.

Затем следует вылущить железы, которые нередко бывают расположены с обеих сторон по стенкам таза в области наружной подвздошной артерии и разветвления общей подвздошной артерии. Это довольно легко произвести и это не влечет за собою больших нарушений целостности тканей. Но дальше лучше не идти.

Полное вылушение таза, т. е. удаление всех желез и всей клетчатки таза является невыполнимой операцией. Это не подмышечная впадина. Железы здесь расположены и в области запирающей артерии (art.

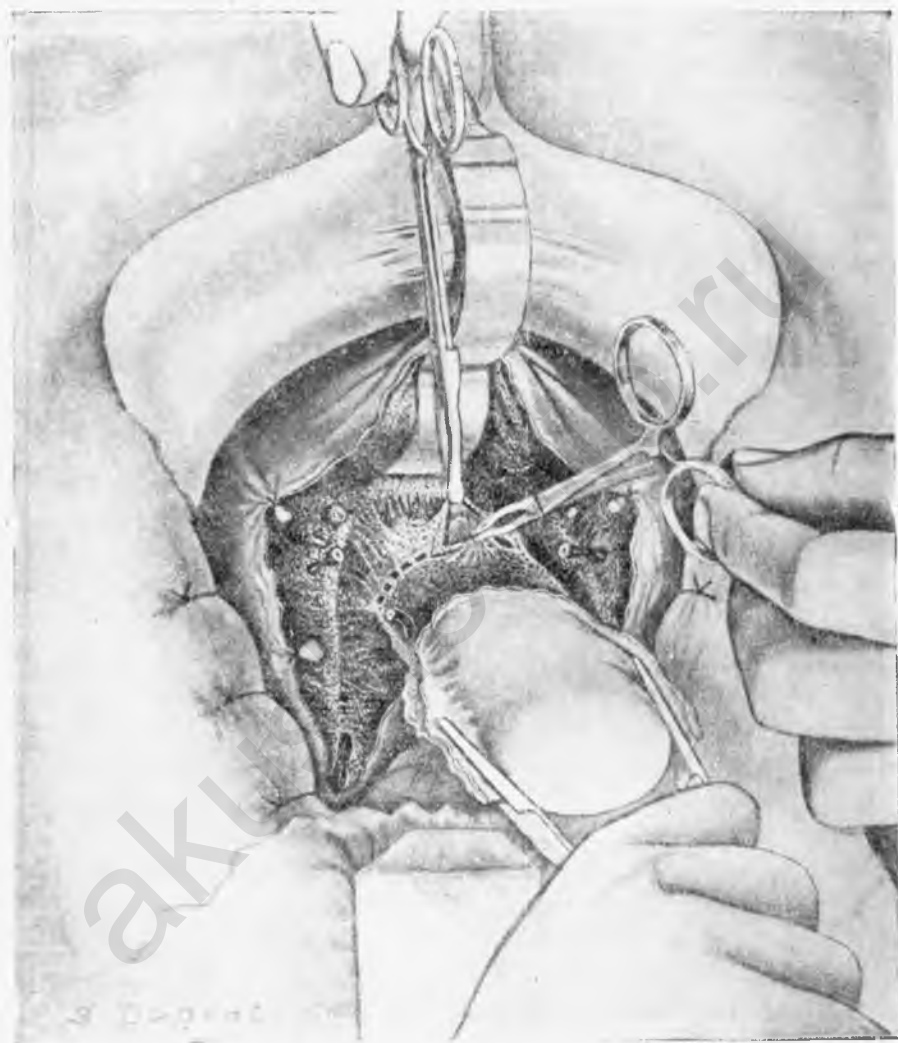


Рис. 348. Удаление матки путем чревосечения по поводу рака. Вскрытие влагалища с его передней поверхности. В полость влагалища введен марлевый тампон. Влагалище должно быть рассечено по пунктирной линии под контролем глаза.

obturatorius) и на разветвлении общей подвздошной артерии и в ректосакральной впадине и в пояснично-крестцовой области; они расположены и с внутренней и с наружной стороны сосудов и бывают то большими,

то меньшими, иногда видимыми, а иногда скрытыми и теряются в жировой ткани и венозных сплетениях. Как и многие другие, я тоже делал эти обширные вылущения таза, но, как бы обширны они ни были, мне никогда не удавалось выделить всю клетчатку таза полностью,

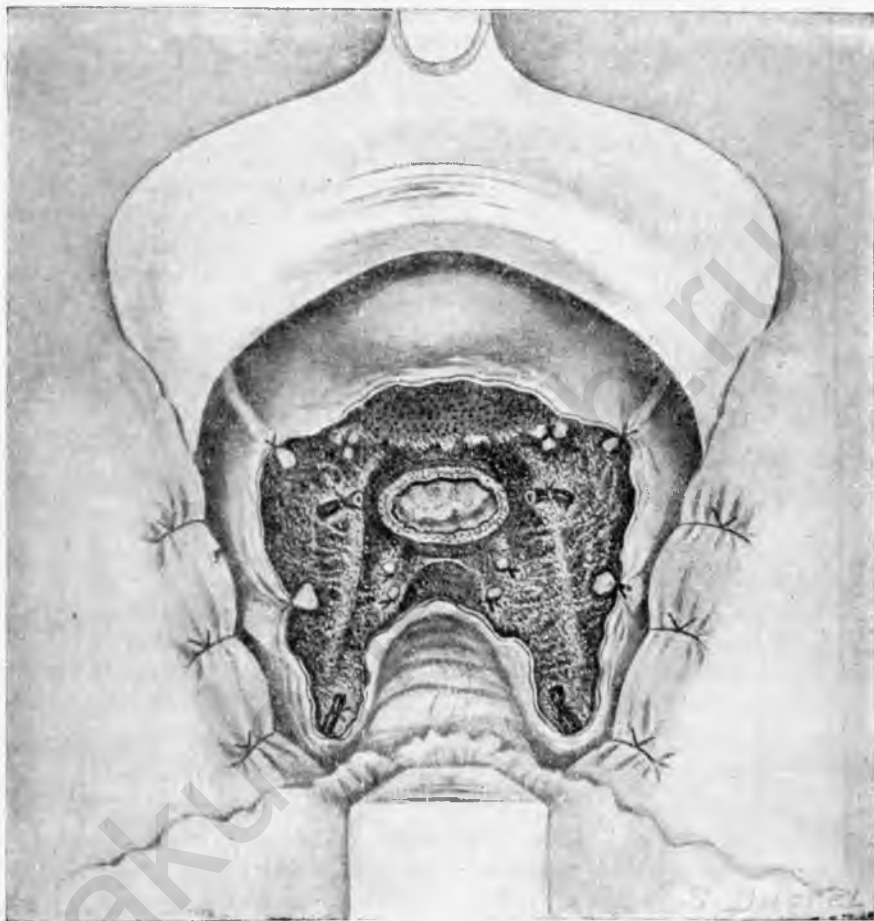


Рис. 319. Удаление матки путем чревосечения по поводу рака. Матка удалена. Этот рисунок показывает обширность вылущения в тазу.

потому что в этом случае пришлось бы удалять все сосуды. Без сомнения можно удалить большую часть желез и клетчатки, но полное вылущение таза, я повторяю, является не только обманчивой, но прямо-таки невозможной операцией. Оно и бесполезно.

Что касается отыскивания поясничных желез, предложенного когда-то Жоннеско (Jonnesko), то я от этого отказываюсь категорически. Легко сказать, что операция при раке тем совершеннее, чем шире она произведе-

дена. Но в данном случае, если поражены поясничные железы, то поражены не одни они, а еще многие другие и это просто самообман, наивность

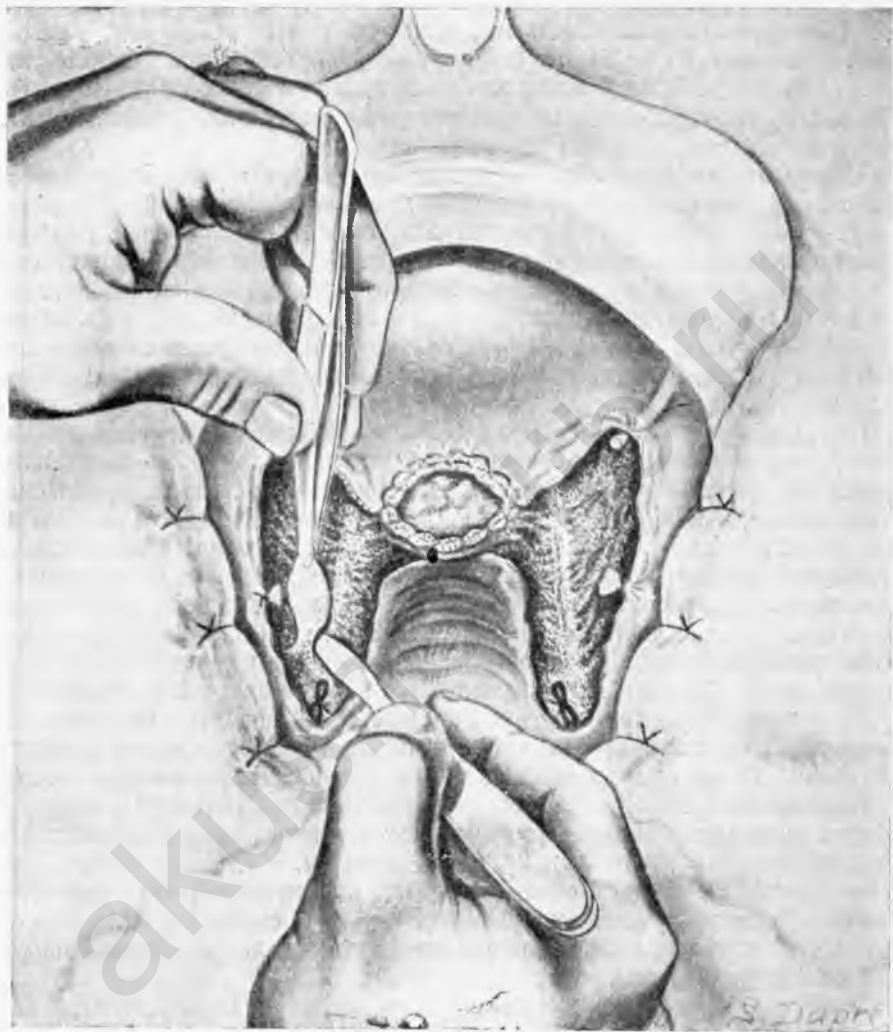


Рис. 350. Удаление матки путем чревосечения по поводу рака. Удаление железы в области наружной подвздошной артерии. Передний и задний края влагалища сшиты с пузырьной и ректальной брюшиной.

- или безумие думать, что их можно удалить полностью, даже при прекрасном знании анатомии, неутомимом терпении и наличии изумительных способностей. Если же поясничные железы не поражены, то оснований их искать еще меньше. Не будем увлекаться шаблоном и обольщать себя

индузиями. Эти громадные вылушения в газу не могут претендовать на безусловно полное удаление всех желез. Между тем эти вылушения, имея очень сомнительное значение, в то же самое время имеют очень невыгодные стороны. Они значительно затягивают операцию. Вскрытие очень больших пространств клетчатки, которые почти неизбежно инфицируются, позволяют инфекции безудержно распространяться дальше, и в этих случаях больные, у которых брюшина справляется со своей задачей прекрасно, все-таки погибают при явлениях быстро нарастающей септицемии вследствие инфекции тазовой клетчатки.

Однако это обстоятельство значительно потеряло свое значение со времени систематического применения дренажа по Микуличу.

К тому же железы при раке матки часто бывают не поражены. Вертгейм своими многочисленными работами, которыми определяется может быть главное его участие в разработке этой прекрасной операции, показал, что почти в половине случаев, даже при обширных поражениях шейки, железы остаются здоровыми. Очень большое число случаев с окончательным излечением, в которых не производилось отыскивания желез, всецело это подтверждает.

Итак, следует воздерживаться от слишком обширных поисков и вылушений, ограничиваясь удалением лишь тех желез, которые могут показаться действительно пораженными и которые видны, или которые можно найти наощупь в боковых частях, вдоль наружной подвздошной артерии и в области разветвления общей подвздошной артерии. Но не следует пускаться в слишком обширное вылушение таза, которое, не увеличивая значительным образом шансов на полное излечение, вместе с тем делает операцию гораздо более грозной (рис. 350).

Это удаление желез у худощавых больных иногда производится довольно просто. Железы легко выделяются при помощи желобоватого зонда. При этом вылушении нередко обнажается на довольно большом протяжении запирательный нерв (п. obturat. Ped.), соприкасающийся с железами. То же самое происходит и с большими венами таза. К этим железам обычно подходит маленькая артериальная веточка, которую не следует оставлять без перевязки. Здесь же бывает виден и соединительнотканый тяж — запустевшая пупочная артерия.

Иногда железы бывают очень крупные: я вылушал железы величиной с яйцо и в этих случаях их выделение может представить значительные трудности, особенно вследствие сращения этих желез со стенкой наружной подвздошной вены.

Остановка кровотечения должна быть полной. Впрочем перевязка маточных артерий или, в случае надобности, подчревных артерий бывает достаточной, чтобы получить совершенный гемостаз. В случае, если артериальное и особенно венозное кровотечение еще продолжается, необходимо его остановить. Щипцы Мишеля для наложения в глубине металлических швов оказывают в этих случаях большую услугу, и я советую всегда иметь их в своем распоряжении при производстве этих длительных и подчас кровавых операций.

В случае надобности зажимы оставляются à demeure. Остановка кровотечения закончена, операция близится к концу. Остается лишь восста-

новить в необходимой мере те нарушения целостности тканей, которые явились последствием операции.

Очень важно сшить передний край влагалища с брюшиной мочевого пузыря, целиком закрывая брюшиной заднюю поверхность обнаженного пузыря.

Надо отдать себе ясный отчет в том, что в следующие за операцией дни, как только мочевой пузырь наполнится и увеличится в объеме, эта обнаженная часть мочевого пузыря становится весьма значительной. Вследствие этого мочевой пузырь, находящийся в соприкосновении с инфицированными тканями, от которых он ничем не отделен, легко инфицируется и в связи с этим возникают всевозможные его заболевания: задержка мочи, цистит с гнойной мочой и т. д., которые, не будучи опасными сами по себе, все же представляют неприятное осложнение, весьма мучительное для больных. Надо следовательно приложить все старания к тому, чтобы избежать этих осложнений; лучшим средством для этого будет защита обнаженной области мочевого пузыря хорошим пузырно-влагалищным швом. Последний может также оказаться достаточным для предупреждения поздних влагалищно-пузырных свищей, появляющихся вслед за повреждением пузыря и обнаруживающихся дней через десять после операции.

Таким же образом надо наложить шов между брюшиной, покрывающей прямую кишку, и задним краем влагалища. Этот шов, подхватывая зияющие ткани ректо-вагинальной области и край влагалища, уничтожает легко инфицируемые участки обнаженной клетчатки и вместе с тем обеспечивает хорошую остановку кровотечения из влагалищной культи.

До последнего времени я старался по возможности полно восстанавливать брюшину таза, как мы все привыкли это делать при всех экстирпациях матки и в частности при удалении матки при фибромах, что удается здесь, так сказать, наиболее совершенным образом. Если область обнаженной клетчатки широких связок оказывалась глубокой, кровоточащей и слишком обширной, я выполнял ее марлевым тампоном, конец которого выводил через влагалище. Тазовая брюшина восстанавливалась очень тщательным швом, идущим от одной маточно-яичниковой ножки (*lig. infundibulo-pelvic. Pe 1.*) к другой; этот шов проходил над наложенными уже швами, пузырно-влагалищным и ректо-вагинальным (рис. 351 и 352).

Теперь я больше не накладываю этого непрерывного шва. Я оставляю влагалище открытым, сшивая более или менее тщательно лишь листки широких связок.

Уже несколько лет назад, не без колебаний, после зрелых размышлений, — потому что всегда бывает очень трудно принять решение, которое кажется противоречащим установившимся взглядам и остановиться на методе, на вид устарелом, в котором можно усмотреть шаг назад, — я решил систематически применять при расширенной операции удаления матки дренаж Микулича¹, — и получил благодаря ему такие результаты,

¹ Я даю здесь по вопросу о дренаже Микулича, имеющего в силу своих особенностей первостепенное значение, — текст, опубликованный в моей книге «Cancer de l'utérus» J. L. Faure, 1925.

которые убедили меня в его огромном значении, на котором я остановлюсь ниже более подробно.

Поскольку этот вопрос является крайне важным не только в смысле лечения рака матки, но и для всей тазовой и даже для всей брюшной хи-



Рис. 351. Удаление матки путем чревосечения по поводу рака. Перитонизация закончена.

рургии, я имею в виду остановиться на нем более подробно, тем более, что в 1919 г. в Хирургическом обществе ¹ он вызвал резкие возражения и почти бурные прения, страстность которых мне приятно теперь вспомнить, когда я вижу, как молодые врачи, которые являются лучшими судья-

¹ Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurg. 2 Juillet 1919, Paris. Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurg. 1926 — 1927.

ми того, что происходит вокруг, все более и более примыкают к тем взглядам, которые я тогда защищал.

Общие соображения относительно дренажа Микулича. Дренаж Микулича является превосходным средством для предупреждения перитонита и других серьезных инфекций брюшной полости.

Когда в силу необходимости приходится делать брюшную операцию при осложненных аднекситах, в конце которой таз оказывается полон инфицированных сращений, гнойных поверхностей, а также в случаях,



Рис. 352. Удаление матки путем чревосечения по поводу рака. Разрез показывает расположение различных швов и соотношение между широкими связками, подбрюшинным пространством и влагалищем.

где невозможна перитонизация, с чем приходится встречаться сравнительно часто, если только не останавливаться перед операциями, направленными на излечение тяжелых форм воспаления придатков, наконец при удалении фибром, осложненных воспалением придатков или же более или менее обширным нагноением около матки, — во всех этих случаях необходимо применять дренаж Микулича. Простой дренаж брюшной полости дренирует плохо или совсем не дренирует. Он годится лишь для самопроизвольного удаления или отсасывания серозно-кровянистой жидкости, которая собирается после некоторых более сложных операций в глубине дугласова пространства. Влагалищный дренаж, который дре-

нирует значительно лучше и дает очень хорошие результаты в средних по тяжести случаях с недостаточной перитонизацией, все же не всегда является достаточным.

В тяжелых случаях, для того чтобы более или менее уверенно оградить себя от смертельной инфекции брюшины, надо пользоваться дренажем Микулича.

Наконец в случаях с очень вирулентной инфекцией, при подострых нагноениях в тазу, при послеродовой инфекции может оказаться недостаточным даже дренаж Микулича. В этих случаях вмешательство должно производиться через нижние пути в виде кольпотомии и влагалищного удаления матки. Но здесь не место обсуждать эти вопросы.

Дренаж Микулича имеет два преимущества, свойственные лишь ему одному: прежде всего при нем живот остается открытым; между тем в случае тяжелой инфекции, где бы она ни была, будет ли это живот или ладонь или ягодица, очаг показано именно вскрывать и оставлять его открытым.

Другое преимущество дренажа Микулича, которое может быть не менее важно, чем первое, по крайней мере при операциях в малом тазу, заключается в том, что он мешает кишечным петлям соприкасаться с инфицированными стенками таза и со всякими септическими остатками, которыми полон таз после некоторых трудных операций экстирпаций матки, при которых не возможна тщательная перитонизация. В самом деле мы все знаем, какова подвижность петель тонких кишок, проникающих повсюду и находящихся в постоянном движении.

Совершенно ясно, что в конце операции в тазу, как только больная принимает горизонтальное положение, или даже раньше этого, петли тонких кишок спускаются в таз и приходят в соприкосновение с мочевым пузырем, со стенками таза, с дугласовым пространством. В условиях обычной асептической операции это не имеет никакого значения, но если все эти области оказываются инфицированными, то кишечные петли получают инфекцию со всех участков, с которыми они приходят в соприкосновение, и очень быстро переносят инфекцию в свободную брюшную полость и в область книзу от брыжейки поперечной ободочной кишки.

Жизнь больной зависит от степени вирулентности микроба, оказывающегося в тазу. Если это какой-нибудь обычный, маловирулентный микроб, то больная отделяется лишь легким недомоганием, небольшим повышением температуры, какое бывает почти у всех больных, включая даже и тех, у которых послеоперационный период протекает нормально. Но если здесь окажется стрептококк или вирулентная кишечная палочка, тогда смерть! Кто из нас не видел больных, умиравших при подобных условиях, несмотря на то, что операция была произведена наилучшим образом. Я не знаю хирургов, у которых не было бы подобных случаев, а если таковые есть, то они не оперируют тяжелых больных.

Вот почему дренаж Микулича является наилучшим средством в борьбе с инфекцией как в случаях, где она уже существует, так и для предупреждения ее там, где имеется лишь подозрение.

Есть еще другие преимущества дренажа Микулича, которые во многих случаях могут иметь огромное значение и влияние на счастливый исход

операции. Из числа этих преимуществ надо прежде всего отметить возможность тампонады им в случае такой кровоточивости, которую не удается остановить зажимами или металлическими лигатурами; другое важное преимущество состоит в возможности на много, иногда даже на полчаса, сократить длительность операции, особенно у больной, которая плохо спит или начинает подавать тревожные признаки. И действительно, пользуясь хорошим дренажем Микулича, можно оставить зажимы à demeure и избежать нередко долгих и трудных перевязок крестцово-маточных связок или небольших сосудов в окружности влагалища, которые могут кровоточить в глубине. Дренаж Микулича позволяет свести до минимума перитонизацию и даже совершенно пренебречь ею; он наконец позволяет укоротить шов на брюшину, который накладывается лишь в верхней половине разреза. Поскольку разрез остается открытым, дренаж Микулича, как я уже говорил, позволяет отказаться в начале операции от защиты разреза брюшной стенки стерильной салфеткой, которой обкладываются края раны во избежание ее заражения. Не бывает при нем и абсцессов в брюшной стенке, которые довольно часто развиваются после этих всегда септических операций и сами по себе, не будучи опасными, являются очень тягостными для больных.

Что касается недостатков дренажа Микулича, то из серьезных я знаю лишь один: он может способствовать возникновению кишечного свища путем сращения с кишечником и надрыва его в момент вынимания мешка. Это возможно и даже вероятно. Но если мешок удалается во-время, тогда, когда он действительно должен быть вынут, т. е. приблизительно на десятый день, когда он отделяется уже самостоятельно, не будучи уже ни с чем сращен, то это осложнение бывает очень редко. Впрочем вполне очевидно, что в отношении кишечного свища дренаж Микулича, имея некоторые недостатки, имеет также и свои преимущества. Эти свищи легче всего появляются на участках кишки травмированных во время операции. А сколько среди больных таких, которые умирают после операции тазовой области именно потому, что после закрытия живота эти места омертвевают и наступает прободение, которое ведет к смерти иногда только потому, что не оказалось дренажа Микулича, который бы позволил кишечному содержимому вылиться наружу.

Таким образом, если дренаж Микулича иногда и может быть причиной образования кишечного свища, который впрочем чаще всего излечивается либо самопроизвольно, либо оперативно, то с другой стороны дренаж Микулича может и спасти больную там, где прободение кишки произошло бы без дренажа Микулича, при закрытии полости таза и где больная должна была бы непременно погибнуть. Это то осложнение, которое несомненно встречается, но мы все знаем, что когда больная умирает после тяжелой операции, не всегда выясняется причина смерти. Обычно причину смерти приписывают инфекции всегда возможной в таких тяжелых случаях, сокрушаются, но не всегда выясняют истинную причину смерти.

Остается наконец рассмотреть большой вопрос о грыже. Это осложнение бывает редко, особенно, если накладывать шов на ту часть брюшной раны, откуда выходит дренаж Микулича, и затягивать этот шов к моменту

удаления мешка. Я повторяю, грыжа бывает редко. Едва ли встретится один раз на 10 операций. И затем, разве грыжа является катастрофой? Это незначительное осложнение. Если грыжа небольшая, достаточно одного бандажа; если она тяготит больную, излечение достигается оперативным путем. Можно ли считать серьезным возражением возможность образования грыжи? Что значит одна грыжа, 10 грыж рядом с одной смертью? И если 10 бесполезных дренажей Микулича дадут мне 10 грыж, но зато позволят одной больной избежать смерти, я поставлю эти 10 дренажей с чувством большого удовлетворения.

Систематическое применение дренажа Микулича при расширенной операции удаления матки. Вот уже более тридцати лет, как я делаю расширенные операции удаления матки при раке шейки, и пусть это не звучит тщеславием и высокомерием, если я скажу, что я имею некоторый навык и хорошо знаком с этой операцией. И все-таки, даже в руках лучших хирургов, она всегда была и остается весьма тяжелой операцией. И если исключить такие относительно редкие осложнения, как например кровотечения, можно сказать *все случаи смерти обязаны более или менее тяжелой инфекцией*, отягченной соответственно случаю шоком и ослаблением больной вследствие слишком большой продолжительности операции. Если только операция длится более часа, больная начинает уже страдать от такой продолжительности. При двухчасовой операции смертность становится уже значительной; при трехчасовой операции больные умирают все или почти все. Во всяком случае такие больные борются даже с легкой инфекцией хуже, чем больные, оперированные в продолжение часа, борются с серьезной инфекцией. Эти истины нельзя доказать цифрами, да и не к чему, так как они и так очевидны.

Почти постоянной причиной смерти является все же инфекция; в этом нет ничего удивительного, так как совершенно ясно, что в принципе всякий рак матки инфицирован в большей или меньшей мере в зависимости от случая, но все же всегда инфицирован. Предоперационная дезинфекция никогда не бывает полной и, когда матка бывает уже удалена, инфекция, находящаяся в верхней части влагалища, переходит на соседние части тазового дна, открытые широкие связки, на ближайшую брюшину, мочевой пузырь, прямую кишку и стенки таза. И когда все закончено, когда все швы уже наложены и брюшина восстановлена самым тщательным образом, дно таза, как бы гладко и блестяще оно ни было и каким бы чистым ни казалось, оно все же будет инфицировано, причем большая или меньшая степень заражения будет зависеть от характера инфекции самой шейки, от вида инфекции, степени ее вирулентности и злокачественности. Но так или иначе, дно таза все-таки всегда инфицировано.

К сожалению мы не имеем никакого практического средства определить степень этой инфекции. Я часто видел больных, которые были оперированы в почти безнадежном состоянии, при явлениях обширного распада раковой опухоли, причем перитонизация была несовершенной, несмотря на это, они выздоравливали без малейшего осложнения. Но нередко я видел и простые, легкие случаи, оперированные быстро, с прекрасной перитонизацией, где полость таза была в прекрасном состоянии, и несмотря на это больные умирали в продолжение 48 часов при самых

ужасающих явлениях со стороны брюшины. Поэтому, поскольку мы не располагаем признаками, позволяющими нам в практической деятельности дифференцировать явно инфицированные от слабо инфицированных или совсем не инфицированных случаев, мы должны систематически лечить все случаи рака, какими бы они ни казались благополучными или тяжелыми, совершенно так же, как лечат инфицированные случаи, и всегда применять дренаж Микулича.

Я применяю его систематически уже в продолжение пяти лет, и результаты оправдали все мои надежды. До этого времени средняя смертность у меня была приблизительно 11%; в клинике, где я оперировал более тяжелые случаи, приблизительно 20%. С тех пор, как я стал систематически применять дренаж Микулича, я потерял двух больных из 75, что составляет 2,66%¹.

Я еще вернусь к этому позже. Но я имею право сделать заключение что у меня имеются все основания утверждать, что при всех расширенных операциях удаления матки операция должна быть закончена систематическим введением дренажа Микулича.

Но для того чтобы иметь все шансы на успех, необходимо, чтобы техника введения была строго определенной и чтобы хорошо были известны те условия, при которых дренаж вынимается. Между тем эти условия далеко не всегда учитываются, несмотря на всю их важность. Вот почему я имею в виду здесь раз навсегда описать эту технику применения дренажа Микулича, технику, к которой я пришел после долгого опыта, со всеми подробностями, из которых ни одна не является маловажной.

Техника введения и удаления дренажа Микулича. Все хирурги должны были бы знать, что представляет собою дренаж Микулича, но не все это знают. Хотя Жэйль (Jayle) и указывал, что первая мысль о дренаже принадлежала Дююитрену (Duyuytren), но она была забыта и Микулич был его настоящим творцом. Принцип дренажа очень прост. Он состоит в введении в полость таза известного количества компрессов или марлевых бинтов, которые вместо того, чтобы быть в непосредственном соприкосновении с тазовыми стенками и кишками и иметь некоторую подвижность, погружаются в марлевый мешок, в глубине которого прикрепляется крепкая шелковая нитка, выходящая через отверстие мешка наружу. Таким образом компрессы и бинты, выполняющие мешок, отделены от соседних частей, тазовых стенок, мочевого пузыря и кишки стенками самого мешка. Благодаря этому компрессы и бинты лишены возможности сместиться и их извлечение не производит никакой травмы и насилия по отношению к тканям, остающимся отделенными от них стенками мешка. Когда приходит время вынимать самый мешок, надо его потянуть за шелковую нитку, которая в свою очередь потянет за собою глубокую часть мешка, отслаивая ее от тканей и втягивая ее, как падец перчатки, внутрь полости мешка. Стенки мешка будут поперемножку

¹ Со времени выхода в свет моей книги, посвященной раку матки, я продолжал дренаж применять систематически, и смертность остается такой же. В сущности можно сказать, и я это утверждаю, что расширенная операция удаления матки при раке шейки в настоящее время является не более опасной, чем удаление матки при фиброме или сальпингите.

отслаиваться из глубины к поверхности и, поскольку отслоение производится за один раз лишь в очень незначительной мере, оно совершается очень легко (рис. 353).

Таков его принцип. Теперь остановимся на деталях техники. Лучше иметь мешок и марлю заготовленными заранее, но понятно в случае необходимости легко приготовить дренаж Микулича *ex tempore*; если он и не будет совершенным, то во всяком случае вполне пригодным.

Мешок должен быть сделан из мягкой, но крепкой марли, при этом не слишком плотной, чтобы она не препятствовала просачиванию жидкостей и различных секретов, и не слишком редкой, чтобы не допустить сквозь нее

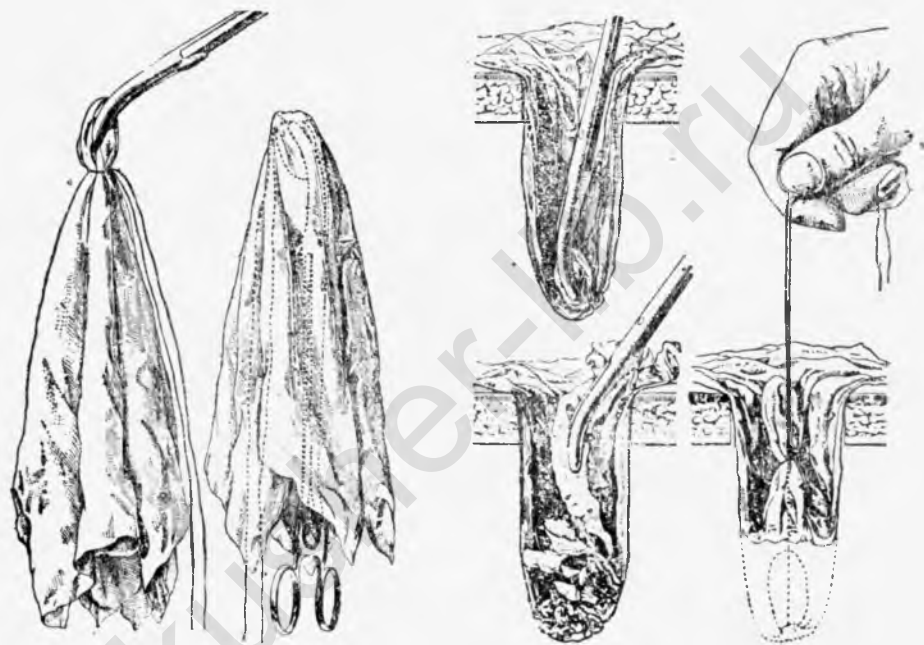


Рис. 353. Внешний вид, введение и удаление мешка Микулича.

прорастания тканей. Эта марля выкроена в виде круга и имеет приблизительно 50 см в диаметре. В центре его плотно фиксируется крепкая шелковая нитка, которая впоследствии служит для извлечения дна мешка во время его отделения.

Для уменьшения слипания мешка с тканями можно, простерилизовав его, пропитать вазелином. Такой совет дает Санторо (G. Santoro). Но я не думаю, чтобы эта предосторожность имела большое значение. Я даже думаю, что это понижает капиллярность дренажа.

Такой стерилизованный мешок сохраняется в отдельной банке.

Марлевый бинт, который вводится в глубину мешка первым, должен быть тонкий и длинный. Я обыкновенно беру марлевый тампон в три или четыре слоя, шириною в 3 — 4 см и длиною приблизительно в 1,5 — 2 м.

Такой тампон очень удобен для выполнения дна мешка и неровностей таза. Кроме того надо иметь еще 5 или 6 тампонов. Они состоят из 6 — 8 слоев марли, прямоугольны, в 40 — 50 см длиною и приблизительно в 8 — 10 см шириною.

Каждый тампон должен был бы иметь на своем конце окрашенную нитку, красную или синюю с номером, чтобы знать, в каком порядке их следует извлекать. Эти подробности полезны, но не необходимы. Понятно, можно набить этот мешок и обыкновенными салфетками, и только расположить их таким образом, чтобы можно было их узнать. Однако эти пре-

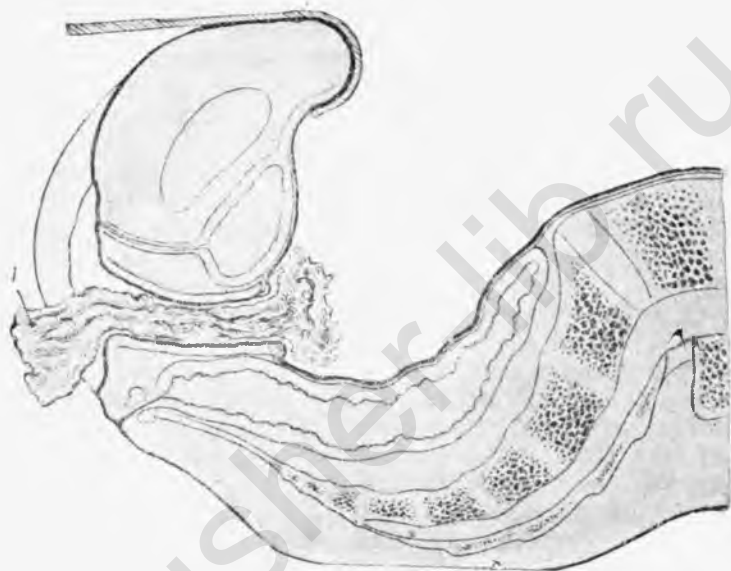


Рис. 354. Дно таза после введения влагалищного тампона и перед помещением мешка Микулича. 1 — полоска марли во влагалище.

досторожности позволяют избегать неприятных осложнений и даже ошибок, как например оставления в глубине мешка салфетки, что создает большие затруднения в момент его удаления.

Таков материал, необходимый для дренажа Микулича.

Теперь остановимся на технике его введения. Длинным зажимом мешок захватывается в том месте, где привязана шелковая нить и где имеется в дне мешка своего рода центр. Если мы поднимем этот зажим вертикально, бородками кверху, то мешок опрокидывается вокруг него таким образом, что получается воронка, через нижний отдел которой выйдут зажим и шелковая нить.

Таким образом зажим и шелк находятся внутри мешка, стенки которого покрывают его со всех сторон, причем дно находится сверху, а отверстие снизу (рис. 353). Затем зажим опускают, придерживая шелковую нить, которая лежит рядом с зажимом, и мешок, который их окружает, и напра-

втягивают зажим в глубину таза, в самое глубокое место к отверстию влагалища.

Затем расправляют стенки мешка по краям раны брюшной стенки и по кривизне расширителя Дуайена, который к этому времени продолжает еще оставаться в ране; тогда мешок оказывается полуоткрытым в виде воронки; зажим проникает до ее дна, где он продолжает держать место прикрепления шелковой нити, лежащей рядом с зажимом и имеющей вне полости живота свободный конец в 20 — 30 см длиной.

Оставляя зажим на месте, чтобы избежать смещения дна мешка, берут другой зажим и с его помощью проводят в глубину мешка конец тампона, которым под небольшим давлением выполняют углубление широких связок и все дугласово пространство. Вполне понятно, что там, где имеется небольшое кровотечение, которое необходимо остановить путем тампонады, дренаж и марлю следует вводить туго, но здесь я имею в виду дренаж Микулича лишь при обычных условиях. Когда первый марлевый тампон уже введен целиком, кроме конца его длиной около 20 см, который остается снаружи раны, вводят последовательно, производя небольшое давление, следующие марлевые, уже померовавшие дренажи, внимательно следя за тем, чтобы не перепутать порядка номеров. Первый марлевый дренаж идет вглубь в непосредственное соприкосновение с главным неномерованным дренажем. Затем следуют второй, третий, четвертый и наконец пятый, который оказывается самым поверхностным и удаляется в дальнейшем в первую очередь. Тогда вынимают зажим, который продолжал держать дно мешка, если он только не был удален во время введения второго и третьего дренажей. Затем убеждаются в том, что все в порядке, что шелковинка, за которую в дальнейшем будет удаляться мешок, на своем месте и хорошо видна. Потом удаляется зеркало Дуайена с тем, чтобы мешок выполнил нижний угол брюшной раны, где он и остается в непосредственном соприкосновении с тканями. Тогда можно видеть, что мешок и марлевые дренажи, которыми он набит, выполняют таз до мыса и, отгораживая кишечные петли, не позволяют им проникнуть в инфицированную область. Обращают внимание, чтобы ни одна из кишечных петель не была сдавлена мешком и по мере возможности покрывают их сверху салынником, чтобы избежать всевозможных сращений, ущемлений и случайных явлений непроходимости (рис. 355).

Остается только зашить верхнюю часть раны. Я пользуюсь здесь швом, который уже давно я применяю при всех чревосечениях; к описанию его я вернусь несколько позже. Не следует забывать наложить на середину нижнего отдела раны, остающейся открытой в области дренажа Микулича, двойную нитку силька, которая служит в дальнейшем, после удаления мешка, для сближения краев раны.

В тех случаях, где зажимы оставлены à demeure, они выходят сбоку от мешка между его стенкой и краем раны. Надо обратить большое внимание на то, чтобы по мере возможности их не двигать и фиксировать самым тщательным образом.

Брюшная рана должна быть закрыта до самого дренажа Микулича. Лучше, если дренаж будет несколько сдавлен, но не очень сильно, чтобы

кишечные петли не могли выйти наружу под влиянием кашлевого толчка и рвоты.

По длине раны следует наложить необходимое количество скобок, три-четыре шва из силька, из которых шов, наложенный в нижней части раны, должен быть двойным. Эти швы должны быть оставлены на долгое время, вплоть до выздоровления, во избежание возможного при этих усло-



Рис. 355. Дренаж (мешок) Микулича введен в дно таза. Римскими цифрами отмечены марлевые тампоны сверху. 1 — шелковая нитка, укрепленная на дне мешка; 2 — неномерованная полоса марли (глубокий тампон); 3 — мешок Микулича; 4 — полоса марли во влагалище.

виях выпадения внутренностей. Такова техника введения дренажа Микулича.

Я долго останавливался на ней потому, что все эти детали имеют свое значение. То же самое приходится сказать и о технике извлечения дренажа, имеющей неменьшее значение. В общем удаление дренажа требует много терпения. С удалением его не следует торопиться: за редкими исключениями это удаление должно быть закончено не раньше 9-го или 10-го

дня, когда вокруг мешка уже образовались крепкие спайки. Благодаря им свободная брюшная полость отграничивается уже задолго до того времени, когда производится удаление мешка, которое все же бывает связано с некоторым насилием над окружающими тканями.

В продолжение первых двух дней ничего не надо делать. Обычно я имею дело с дренажем Микулича, не раньше как по прошествии 48 часов; к этому же времени следует также вынуть и зажимы, если

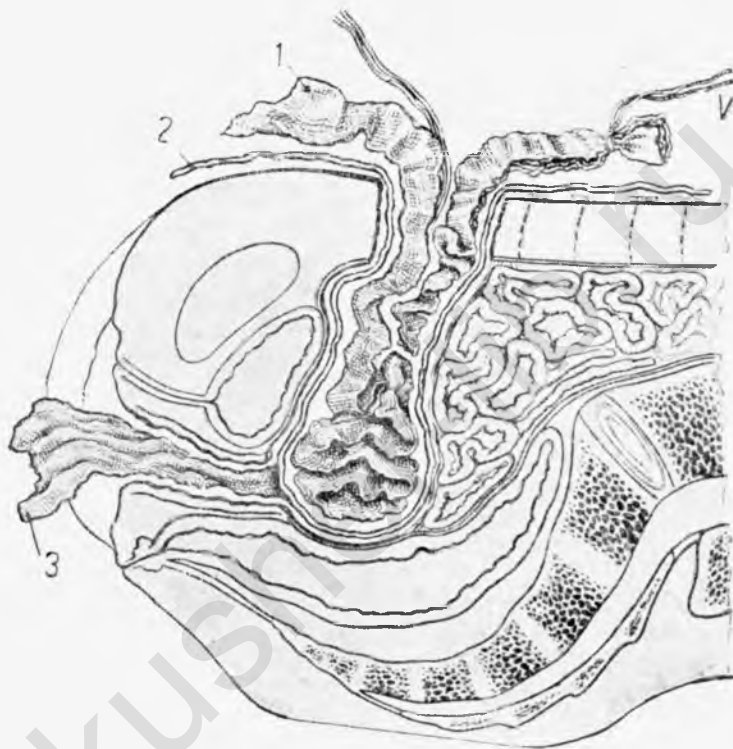


Рис. 356. Дренаж Микулича на 2-й день. 4 тампона уже удалены. Полость начинает суживаться. 1 — ненитованная полоса марли (глубокий тампон); 2 — мешок Микулича; 3 — полоса марли во влагалище.

только они были оставлены à demeure. При этой первой перевязке я в первый раз начинаю удалять тампоны, находящиеся внутри мешка.

Обычно я вынимаю их все, кроме главного дренажа. Иногда, особенно тогда, когда удаление несколько болезненно, что бывает нередко, и когда больная нервничает, я вынимаю лишь два или три тампона, оставляя прочие два или три вместе с глубоким дренажем до следующего раза (рис. 356 и 357). Через два дня я вынимаю глубокий дренаж и тампоны, которые могли быть оставлены, и таким образом остается лишь один мешок (рис. 358). В тех случаях, где я нахожу нужным поста-

вить тампон, предназначенный для выполнения широких связей и выходящий через влагалище (рис. 354), что бывает иногда полезно сделать для хорошей тампонады венозного кровотечения, я вынимаю этот тампон на третий день, извлекая его через влагалище. Таким образом постепенное удаление производится в продолжение четырех дней. Кишки благодаря этому опускаются медленно, постепенно, в то время как вокруг мешка образуются защитительные спайки, которые с этого момента оказываются уже достаточными, чтобы почти целиком отграничить таз от свободной брюшной полости.

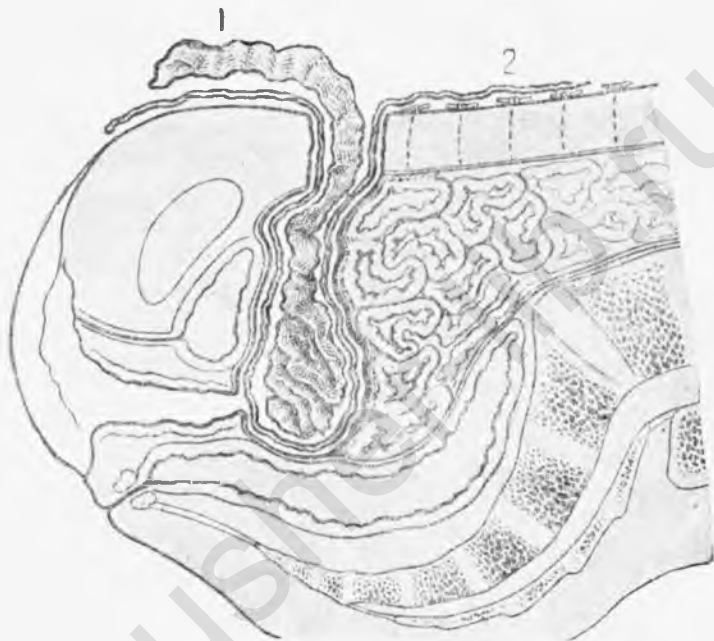


Рис. 357. Дренаж Микулича на 3-й день. Влагалищный тампон удален. Тазовая полость суживается. Защитные спайки утолщаются. 1 — неномерованная полоса марли (глубокий тампон); 2 — мешок Микулича.

В течение еще дней двух я жду, пока эти спайки несколько окрепнут, а на 6-й день начинаю делать промывание. Последнее назначается с двойной целью: с одной стороны, для очистки операционного поля, обыкновенно издающего тяжелый запах и наполненного инфицированным секретом, и, с другой стороны, это способствует отслаиванию мешка. При расширенной операции удаления матки благодаря наличию мешка влагалищного отверстия в глубине дугласова пространства создается возможность сквозной циркуляции воды, к которой я обыкновенно прибавляю перекись водорода, известную при перевязках своей способностью отслаивать марлю. Вода скоро делается чистой и такое промывание обыкновенно приносит больным значительное облегчение.

Там, где удаление матки производится надвлагалищным способом, как

например в большинстве случаев тяжелых заболеваний придатков, такое сквозное брюшно-вагалищное промывание оказывается невозможным. В таких случаях будет очень рационально поставить одновременно с дренажем Микулича, сбоку от мешка, дренажную трубку, идущую до дна таза и имеющую на своем конце лишь одно отверстие. Она предназначена для промывания полости и отслоения мешка жидкостью из глубины.



Рис. 358. Дренаж Микулича на 4-й день и последующие. Мешок пуст. Полость все более и более суживается по мере утолщения спаек. 1 — шелковая нитка, укрепленная на дне мешка; 2 — мешок Микулича.

Но при вскрытом влагалище этот дренаж является ненужным и брюшно-вагалищное промывание проводится как нельзя лучше.

Это промывание продолжается ежедневно и в последующие дни. Начиная с восьмого-девятого дня, пробуют слегка потянуть за шелковую нитку, чтобы составить себе представление о степени припаянности мешка. Начиная с этого момента, он часто уже отслаивается со стороны дна и удаляется чрезвычайно легко (рис. 359).

Если он не поддается, лучше подождать, пока не произойдет в достаточной мере самостоятельное его отделение, совершающееся незаметно каждый день по мере того как мешок склеивается. На 9-й день, я повторяю,

удаление мешка производится обыкновенно очень легко, без значительной боли. Больную необходимо предупредить не делать напряжений, дабы кишки не вышли наружу. Редко приходится ждать 10-го или 11-го дня. Но лучше оставить дренаж Микулича на день позже, чем удалить его слишком рано. После удаления мешка производится хорошее промы-

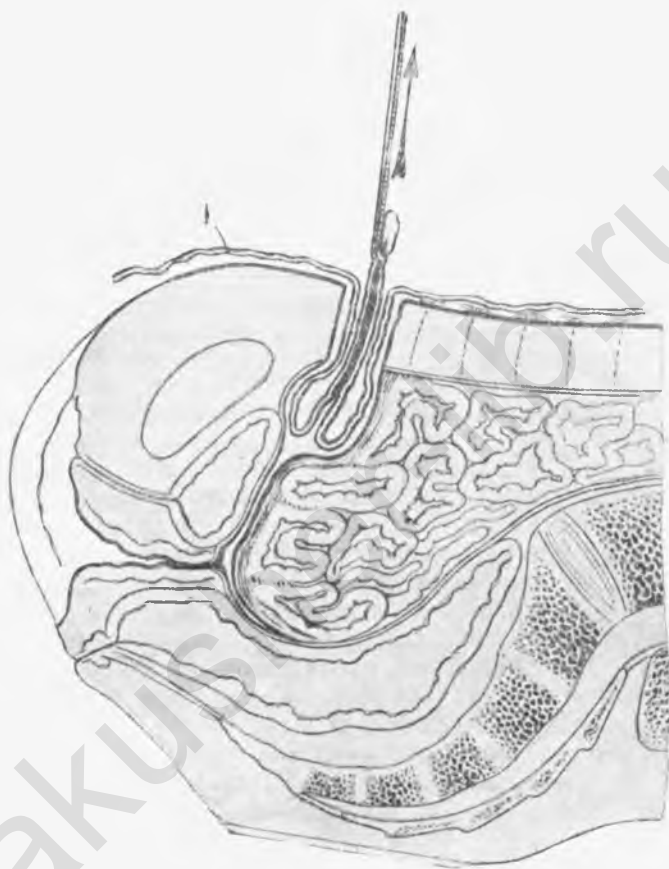


Рис. 359. Дренаж Микулича на 9-й и 10-й дни. Удаление мешка путем его вывора. 1 --- мешок Микулича.

вание раневой полости. Затем стягивают заранее наложенный шов из силька. Начиная с этого дня, все меняется и наступает нормально протекающее выздоровление. В среднем через 4 — 5 дней рана уже больше почти ничего не отделяет. Если была поставлена дренажная трубка, ее вынимают. Там, где сильковый шов плохо стягивает и сближает стенки, или прорезывает ткани, стенки сближают при помощи липкого пластыря. Через 20 — 25 дней, считая со дня операции, рубцевание заканчивается.

Без сомнения больные встают несколько позже, чем в том случае,

когда производится зашивание раны наглухо; но зато они поднимаются в большем числе, так как некоторые из них без дренажа Микулича остались бы лежать навсегда.

Я считал своим долгом подробно остановиться на этом методе, потому что я не знаю, описан ли он где-нибудь во всех деталях. Ни одна из них не бесполезна и я думаю, что я этим освобождаю других от неудобства личного изучения этого метода, на которое я сам потратил долгое время. Вот следовательно краткое изложение техники дренирования по Микуличу, изучению которой я силою обстоятельств в последние годы отдавался с особым увлечением.

Впрочем в настоящее время борьба закончена с успехом и последователей оказывается множество. Один из хирургов, опубликовавший недавно замечательную работу по вопросу о раке матки ¹, высоко оценивает дренаж Микулича и отмечает, что со времени применения дренажа Микулича оперативные результаты изменились во всех отношениях. Я понимаю, что происходит. Косность исчезла и громадное число хирургов могло с тех пор сделать собственные выводы ². Соответственно этому я чувствую известное удовлетворение от этой борьбы за дренаж Микулича, которая была трудной и продолжительной, но привела и приведет в дальнейшем к спасению тысяч и тысяч женщин, пока мы не будем располагать совершенной, предоперационной вакциной.

Такова во всех своих подробностях эта расширенная операция удаления матки. Этой техникой я пользуюсь в течение целого ряда лет и могу ее только советовать. Это прекрасная операция, самая красивая во всей гинекологической хирургии. И сегодня я с чувством удовлетворения могу констатировать, что операция эта сделалась одной из наименее опасных, чтобы не сказать, наиболее безобидных, но лишь при одном условии: если она делается не слишком долго.

В обыкновенных случаях эта операция должна продолжаться час. Довольно часто — час с четвертью, очень редко — полтора часа. Довольно часто в заурядных случаях она продолжается всего 40 — 50 минут, а в некоторых, исключительных случаях и того менее.

Операция, которая была зафиксирована мною на кино-фильме, продолжалась 35 минут, а в клинике Магалаес (Maghalaes) в Рио-де-Жанейро мне удалось закончить операцию в 28 минут.

Это мне дает право сказать, что хирурги после того, как они хорошо изучили эту операцию и проделали ее не один раз, после того как они увидели, как оперируют хирурги, ею владеющие, должны стараться не затягивать ее на два или даже три часа, как это иногда приходится видеть.

Это вопрос не изящества, это вопрос безопасности операции. В одном случае больные выздоравливают, в другом погибают. Разница в резуль-

¹ Cadiz Oyarzun. Cancer de l'utérus. Valparaiso, 1926.

² См. «Société des Chirurgiens de Paris et Soc. nat. de Chirurgie» 1926. Cobe (Sauvé), который, как он мне рассказывал лично, был готов совершенно отказаться от расширенной операции удаления матки вследствие неудачных результатов, — при систематическом применении дренажа Микулича имел у первых же шестнадцати больных, которых он оперировал, шестнадцать излечений.

татах заставляет всеми силами добиваться быстроты выполнения операции, и тот, кто этого захочет, этого достигнет.

Брюшно-влагалищное удаление матки. За последние годы многие хирурги, Маккенродт в Германии, Пьери, Эмбер и Дюваль во Франции, и без всякого сомнения, еще другие советовали технику изменить и начинать операцию с операции через влагалище; она состоит в том, что на соответствующей высоте делается круговой разрез влагалища; последнее отсепаровывается от пузыря и прямой кишки, благодаря чему получается влагалищная манжетка, которая затем и зашивается впереди шейки, закрывая последнюю. Когда эта операция закончена, переходят к брюшному пути и производят операцию сверху — обычным порядком. Но в этом случае в конце операции нет необходимости отсепаровывать влагалище, которое уже отсепаровано снизу. Это брюшно-влагалищное удаление матки, которое является воскрешением брюшно-влагалищных методов, практиковавшихся в период развития оперативной техники, представляет по крайней мере в некоторых случаях серьезные выгоды. Я проделал его в ряде случаев и потому могу говорить о нем сознательно.

Говорили, что предварительно отделение влагалища и сшивание его мешком впереди шейки создают наиболее совершенные условия асептики. Это безусловная ошибка. И если бы в этом методе не было других преимуществ кроме указанного, от него следовало бы давно отказаться. В действительности здесь создаются условия асептики гораздо менее совершенные, чем при брюшной операции, сделанной правильно и тщательно. Влагалищная часть операции в этом случае производится в инфицированном влагалище, вследствие чего влагалищная рана, которая в конце операции становится тазовой раной, неизбежно инфицируется с самого начала операции, во время отсепаровки влагалища и зашивания мешком полученной манжетки.

Напротив, при брюшной операции влагалище вскрывается лишь в самом конце операции, и следовательно операция протекает в условиях несравненно более совершенной асептики.

Таким образом с этой точки зрения брюшно-влагалищное удаление матки без сомнения стоит ниже экстирпации последней путем одного лишь чревосечения. Но превосходство этого метода несомненно кроется в другой причине, в частности для тех довольно редких случаев, где поражение зашло далеко.

При всяком брюшном удалении матки выделение мочеточников является основным моментом операции, обеспечивающим возможность обширного удаления околоматочной клетчатки; если таз несколько глубок, это выделение часто оказывается трудным, потому что, каковы бы ни были опыт и умение хирурга, все же весьма неудобно производить тонкие манипуляции и опасные рассечения в таком узком и глубоком операционном поле, каким является таз женщины. И вот, предварительная отсепаровка влагалища делает матку более подвижной, позволяет в брюшной части операции, особенно если присоединить рассечение крестцово-маточных связок, значительно подтянуть матку кверху и произвести перитривикальное вылуцение в лучших условиях и с большей легкостью. В этом и состоит преимущество этого метода по крайней мере в

случаях достаточно серьезных, где выделение мочеточников может оказаться трудным.

Кроме того имеются еще и другие важные преимущества. Предварительная отсепаровка влагалища раз навсегда очерчивает нижнюю границу оперативного вмешательства и в значительной степени устраняет те сомнения, которые могут возникнуть у хирурга, идущего наощупь, когда последний при чисто брюшной операции не всегда может быть в точности уверен, на какой именно высоте по направлению к промежности он должен прекратить отсепаровку и поиски. Проведение границы оперативного вмешательства снизу от злокачественного новообразования облегчает окончание операции, указывая хирургу нижнюю границу всего того, что должно быть удалено.

Между тем при этих серьезных вмешательствах, при которых окончательное излечение больной или гибельный рецидив могут зависеть от почти ничтожных причин, все приемы, облегчающие операцию и притом самую трудную во всей хирургии, имеют далеко не безразличное значение. В этом и заключается, особенно в тяжелых случаях, превосходство брюшно-влагалищной экстирпации матки.

Но в настоящее время мы можем себе задать вопрос, не лучше ли эти трудные случаи лечить радием. Что же тогда остается для брюшно-влагалищного удаления матки? И действительно вот уже годы, как она оставлена.

Влагалищная часть операции является довольно серьезной. Разрез слизистой влагалища намечается зажимами Кохера, которые располагаются циркулярно, тотчас выше места предполагаемого разреза (рис. 360).

Разрез должен быть сделан приблизительно на 2 см ниже границы поражения. Слишком низко отсекать влагалище не следует. Это не представляет никаких выгод в смысле окончательного излечения, так как известно, что на слизистую влагалища процесс не распространяется дальше видимой границы, тем более, что при очень низком отсечении влагалища имеются еще два серьезных неудобства. Поскольку отсепаровка влагалищной манжетки при более низком разрезе более продолжительна и сопряжена с большей кровоточивостью и с большей трудностью, хирург поневоле ведет ее менее высоко, вследствие чего в брюшной части операции хирург находит нижнюю отсепарованную часть менее быстро и менее легко. Наконец позднее, когда больная выздоравливает, короткое влагалище, имеющее в этом случае не более 2 — 3 см глубины, весьма неудобно.

Круговой разрез влагалища производится кривыми ножницами; после этого приступают к отделению влагалищной манжетки спереди и сзади.

Эта отсепаровка должна производиться с большими предосторожностями, без излишнего насилия, дабы избежать отрыва слизистой влагалища (рис. 361). При этом оно должно быть произведено возможно более высоко спереди по направлению к пузырно-влагалищному своду и сзади по направлению к дугласову пространству. С боков отсепаровка нередко бывает довольно трудной благодаря присутствию пучков мышцы, поднимающей задний проход, и сосудов, которые, следуя от места перегиба маточной артерии, подходят латерально к влагалищу. Часто при-

ходится в этой области захватывать ткани зажимами и рассекать их между последними, причем зажимы можно оставлять до конца операции. Эта



Рис. 363. Брюшно-вагинальное удаление матки. Надсечение кругового разреза влагалища. Этот надрез представлен здесь очень низко, у входа во влагалище, что является ненужным.

часть операции в общем аналогична первой части операции Шаута. Но подниматься слишком высоко по боковой стороне не следует, чтобы не дойти до клетчатки в области мочеочника, которая может быть над-

лежащим образом отсепарована лишь сверху во время абдоминальной части операции.

Когда круговая отсепаровка закончена, влагалищная манжетка закрывается кетгутовым швом (рис. 362 и 363) и захватывается зажимом,



Рис. 361. Брюшно-влагалищное удаление матки. Отсепаровка влагалища.

который оставляется на случай необходимости продвинуть во время брюшной части операции шейку кверху. Для того чтобы обеспечить временную остановку кровотечения, влагалище тампонируется несколькими компрессами.

Пока хирург меняет перчатки и готовится к брюшной операции, готовят к ней и больную. Брюшная часть операции не представляет никаких



Рис. 362. Брюшно-вагинальное удаление матки. Зашивание вагинальной манжетки в виде мешка.

особенностей и производится так же, как и обычное удаление матки, при которой, в случае надобности, перевязываются подчревные или только маточные артерии, но возможности дальше от мочеточников, и которая

состоит в отсечении и обшивании сверху донизу широких связок, в нахождении мочеточника и так далее.

Но выделение мочеточника и освобождение шейки в общем удается



Рис. 363. Брюшно-вагалииное удаление матки. Зашивание мешка закончено.

здесь легче, потому что отсепаровка влагалища позволяет приподнять матку и пораженную шейку кверху. Для облегчения этого поднятия следует иногда в начале брюшной части операции, после отсечения широких связок, прежде чем приступить к поискам мочеточников, рассечь

крестцово-маточные связки, в известной мере мешающие этому поднятию; рассечение их весьма способствует успешному отделению влагалища.

Если освобождение мочеточников оказалось нетрудным, одновременно или тотчас же за перичервикальным вылушением, изолируя влагалище кпереди и кзади, отыскивают область, уже отсепарованную при влагалищной части операции.

Обыкновенно ее удастся очень легко найти позади мочевого пузыря во влагалищно-пузырной клетчатке, если только влагалище не было отсечено слишком низко, и отсепаровка нижним путем была сделана достаточно высоко.

Как раз в момент этих поисков может оказаться очень полезным сместить шейку кверху с помощью влагалищного зажима, оставленного à demeure на защите в мешок культе. Как только эта культя найдена, ее захватывают и вытягивают кверху, чем значительно облегчается и ускоряется конец операции, которая в дальнейшем ничем не отличается от описанной выше чисто брюшной экстирпации матки (рис. 364).

Все, что было сказано здесь, равным образом касается и *рака матки при беременности*. Не касаясь вопроса об оперативных показаниях, я только скажу, что с точки зрения техники нет никакого основания колебаться перед этой операцией. В общем она бывает так же легка, как и в простых случаях вне беременности. Удлинение влагалища, эластичность ткани и легкость отслойки брюшины и расслоения тазовой клетчатки придают этой операции относительную простоту. Поэтому, когда встает вопрос об удалении матки при раке шейки во время беременности, опасения технической трудности отнюдь не должны влиять на решение хирурга.

Теперь остается решить вопрос, как же поступать и на какой операции следует останавливать свой выбор.

Не будем забывать, что рак — смертельное заболевание, и когда мы уверены в возможности излечить его хирургически, мы обязаны выбрать ту операцию, которая могла бы дать максимум шансов на радикальное излечение, даже если это связано с большим риском в смысле первичной смертности.

Во сто раз лучше потерять несколько лишних больных, но зато получить большее количество излечений. Поэтому мы должны здесь останавливать свой выбор не на менее опасной операции, а на наиболее радикальной, сколь бы серьезна она ни была. Впрочем в настоящее время эта опасность значительно уменьшилась и может почти не приниматься во внимание. К тому же эти операции, которые еще несколько лет назад считались грозными, в опытных руках все более и более приближаются к обычным вмешательствам; не думается, чтобы в настоящее время при одинаковых поражениях мы потеряли больше больных при брюшной экстирпации, чем при влагалищной. Для иллюстрации этого конечно нельзя привести точных цифр; тем более, что цифры, правильные на сегодня, становятся неверными на завтра. Мы вынуждены класть в основу наш опыт и впечатления о том, что мы видим вокруг себя, и впечатления тех, кто хорошо знаком с операцией; тем самым мы будем го-

раздо ближе к истине, нежели путем изучения неполных статистик и обманчивых процентов.

Нет сомнения, что операцией выбора, типичной операцией, такой, которая дает максимум шансов на окончательное излечение, является

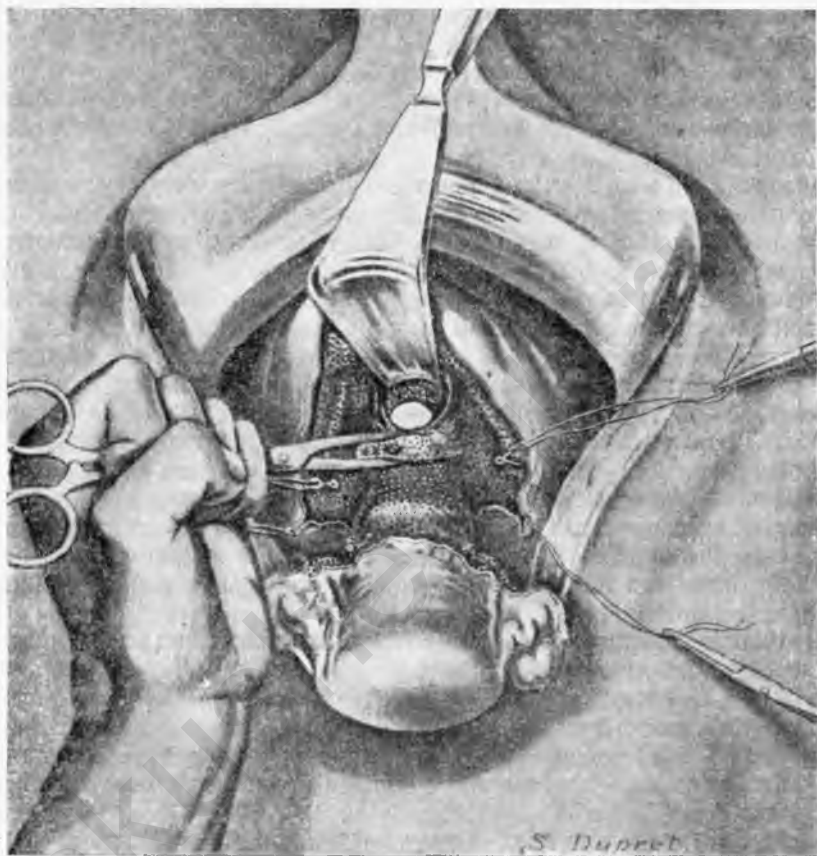


Рис. 364. Последний момент брюшной части операции. После изолирования матки и придатков влагалище отсекается до промежуточного прикрепления. Зашитая в мешок культя влагалища захвачена и вытянута кверху.

расширенное удаление матки путем чревосечения, которая одна только лишь позволяет надлежащим образом произвести вылушение параметрия, мочеточников и тканей, расположенных по соседству с шейкой, пораженной новообразованием. Чтобы избежать бесконечных повторений, я не хочу сравнивать ее с обыкновенной влагалищной экстирпацией матки, которая не позволяет делать этого вылушения и уже по одному этому стоит гораздо ниже ее. Нет другой операции, где была бы большая необходимость, чем в этой, хорошо видеть все, что делаешь,

так как освобождение мочеоточника, проходящего в параметрии, является наиболее трудной частью операции. Чтобы хорошо выполнить ее, никогда не будет лишним иметь широкий путь, который оказывается при хорошем разрезе брюшной стенки и расширении хорошими расширителями. Выполнить эту часть операции влагалищным путем совершенно невозможно.

От простой влагалищной экстирпации матки следует отказаться окончательно. Она недостаточна. Она может дать стойкие результаты лишь в тех случаях, где рак находится в самой начальной стадии. Но поскольку при этих условиях теряет всякую опасность и брюшная экстирпация, последняя должна производиться систематически.

Colpo-hysterectomy vaginalis по Шаута дает правда гораздо больше простору. Бесспорно, она значительно выше обыкновенной влагалищной экстирпации и имеет больше оснований для сопоставления ее с брюшной экстирпацией. Хирургу достаточно иметь небольшой навык к влагалищному пути, к которому правда не сразу можно припривыкнуть и преимущества которого может учесть только опытный хирург, чтобы иметь возможность этим путем удалять несомненно прекрасные препараты, содержащие целиком и матку, и верхнюю часть влагалища, и соседнюю область клетчатки. Этим расширенным путем можно выделить и мочеоточники. Но понятно, даже для хирургов, владеющих этой операцией вполне свободно, что эта отсепаровка, требующая уже сама по себе громадной осторожности, будет здесь гораздо более трудной, чем вылучение брюшным путем.

Вот почему я настоятельно советую делать операцию через верхние пути: со времени систематического применения дренажа Микулича эта операция утратила свою опасность. К тому же операция по Шаута исключает удаление желез, а между тем мы знаем, что имеются случаи, где вылучение пораженных и легко доступных желез безусловно показано.

Однако, имея в виду относительную безобидность влагалищных операций, при которых не бывает вскрытия живота и которые переносятся больными легко и без заметного шока, иногда наблюдающегося после больших чревосечений, я отнюдь не хочу возражать против того предпочтения, которое иногда делается в пользу *влагалищно-промежностной кольпо-гистерэктомии*. У изнуренных женщин, а особенно у тучных женщин с глубоким тазом и с большим количеством жира в нем, который мешает работе в течение всей операции, начиная с перевязки подчревных или маточных артерий и кончая освобождением мочеоточников, скрытых в складках мочевого пузыря, избылующего жировой тканью, я охотно остановился на расширенной экстирпации промежностно-влагалищным путем.

Во всех других случаях безусловно выше стоит удаление матки путем чревосечения и на нем и следует останавливаться.

Когда рак находится уже не в самой начальной стадии, когда можно ждать затруднений в смысле подвижности матки и возможности ее поднять, что так необходимо для успешного выполнения операции, можно использовать те выгоды, которые дает предварительная отсепаровка влага-

лица, и остановиться на брюшно-влагалищной экстирпации матки. Но следует признать, что с приобретением известного навыка в этих операциях все больше и больше преобладает стремление пользоваться при раке матки почти исключительно брюшной экстирпацией, которая, если только умело пользоваться всеми ее выгодами, позволяет, за исключением может быть лишь случаев со значительным ожирением, оперировать все случаи, включая также и далеко зашедшие. Эти запущенные случаи без сомнения будут попадаться еще долгое время, пока больные не приобретут благой привычки показываться врачу при появлении первых же тревожных симптомов и пока врачи, будучи менее скептически настроенными в отношении действительности хирургического лечения, будут присылать нам больных тогда, когда лечить их еще не слишком поздно.

И в самом деле, врачи обязаны знать, что рак шейки матки, который еще только двадцать лет тому назад считался неизлечимым, — каковым его продолжают считать еще и теперь многие врачи и хирурги, — в настоящее время является заболеванием, против которого мы имеем могущественное оружие.

Благодаря расширенным операциям, которые были только что описаны, и особенно вслед за операцией Рис — Верггейма все чаще и чаще наблюдается излечение и притом излечение длительное, которое мы с полным правом можем назвать окончательным, поскольку мы видели излечение 10-, 15- и даже 20-летней давности. Дать точные цифры излечения, которые меняются с каждым днем и зависят прежде всего от состояния больных и от обширности процесса к моменту операции, — невозможно. Немецкие хирурги приводят средние цифры стойкого излечения в 35 — 50%. Эта цифра, которую также приводит и Полоссон, должна думаться соответствовать истине. Впрочем сама по себе цифра имеет мало значения. Излечимость рака существенным образом зависит от степени распространения процесса к моменту операции. Этот момент является основным и в вопросе об оперативной смертности.

Вот почему в вопросе об излечимости так же, как и в вопросе об оперативной смертности, процентное исчисление не имеет никакого значения и служит лишь основанием для неправильных заключений.

В сущности в настоящее время благодаря лишь одному применению систематически дренажа Микулича эта операция сделалась безобидной и выводы последнего издания моей работы должны быть несколько изменены. Я говорил тогда:

«Я думаю быть близким к истине, если на основании долголетнего, более чем 25-летнего опыта, я скажу, что при начальных стадиях рака, когда бывает поражена лишь одна губа шейки, когда влагалищные своды совершенно податливы и главное когда имеется абсолютная подвижность матки, оперативная смертность едва ли выше той, какая наблюдается при обычных полных экстирпациях матки, и не должна превышать 5%».

«Когда поражение несколько обширнее, когда захвачены обе губы, когда в процесс вовлечена слизистая влагалища одного или нескольких сводов, когда основание широких связок становится уже подозрительным, когда матка уже начинает терять подвижность, и наконец, когда

сама операбельность становится спорной, операция оказывается более серьезной и смертность наверное достигает 10 — 15%.

«Эта цифра становится еще более высокой в более тяжелых случаях, когда подвижность матки почти исчезла, когда своды захвачены целиком и поражены широкие связки. У таких больных с подорванным в большинстве случаев в достаточной мере общим состоянием, которых в общем лучше лечить консервативно и в частности радием, и где лишь в силу необходимости приходится иногда пытаться произвести эту тяжелую операцию, как последнюю попытку на спасение, — у этих больных можно ждать повышения смертности до 30 — 40%, и даже более.

«И если попытки произвести эту грозную операцию все же делаются и притом чаще, чем следовало бы, то это только потому, что время от времени приходится наблюдать неожиданные стойкие излечения даже и в этих случаях.

«В общем, если брать случаи так, как они есть, и отказываться от всяких разделений и категорий, которых в клинике не существует, то, я полагаю, у хирургов, имеющих навык в этой операции и не отказывающихся от сравнительно сложных случаев, оперативная смертность при этой операции равна приблизительно 10 — 15%. Эта цифра огромна, но все-таки она не является слишком большой данью за те прекрасные результаты, которые тоже в значительной степени зависят от обширности поражения к моменту операции».

Вот что я говорил несколько лет назад, и вот что я могу сказать в настоящий момент: Во всех операбельных случаях рака шейки матки, даже в случаях с пышным ростом, даже в случаях тяжело инфицированных, смертность стала незначительна. Она не превышает смертности от обыкновенных чревосечений при сальпингитах и особенно при фибромах. Дренаж Микулича, и единственно он один, является причиной подобных перемен. Будем оперировать все более и более смело, потому что получаемые результаты изумительны.

В случаях, где рак захвачен в самой начальной стадии, окончательное излечение является правилом, а рецидив — исключением. Те случаи, которые мне приходилось видеть до последнего времени и которые начинают становиться многочисленными, убеждают меня в справедливости моих выводов. В случаях средней тяжести, таких, которые отнесены ко второй категории — с частичным уже поражением влагалища, но с почти полной подвижностью матки — результаты получаются, если и не такие прекрасные, как в предыдущих случаях, но все же хорошие: приблизительно в половине случаев наступает полное излечение. Наконец в плохих случаях, с полным разрушением шейки, с инфильтрацией широких связок и значительной потерей подвижности матки результаты, откровенно говоря, плохие. Здесь рецидив наступает как правило, а радикальное исцеление — как исключение. Но все же иногда излечение наблюдается и вследствие этого мы не можем вычеркивать эту операцию из числа тех, которые мы в праве, а иногда даже и обязаны производить, например тогда, когда лечение радием, которое должно применяться в подобных случаях как правило, невозможно провести по какой-либо причине.

И если мы так же, как и при оценке серьезности операции, оставим в стороне деление на группы и рассмотрим все случаи, сплошь представившиеся нам в практике,— хорошие и плохие, начальные стадии и безнадежные случаи,— я думаю, что я буду близок к истине, если скажу, что приблизительно в 35—40% случаев наступает длительное излечение¹.

Впрочем надо называть вещи своими именами, особенно в данный момент, когда споры относительно лечения радием взбудоражили все умы. Успех этой операции, равно как и ее опасность, зависят прежде всего от опытности и зрелости хирурга, который ее делает. В настоящее

¹ Цифры, которые я здесь привожу на основании моего личного впечатления, представлены даже в слегка невыгодном свете. Цифры, которые я получил из подсчета случаев, оперированных мною вне клиники до 1920 г., следующие (я повторяю, что с этого времени вопрос о смертности получил совершенно иное освещение):

Оперированных больных было	83
Случаев первичной смертности 9, т. е.	10,84%
Больных, потерянных из виду или с давностью операции меньше 1 года	3
Больных с давностью операции больше 1 года	71
Излеченный 37, т. е.	52,12%
Рецидивов 34, т. е.	47,88%
37 случаев излечения распределяются следующим образом:	
Оперированных 1 — 3 года назад	11
» 3 — 6 лет »	10
» 6 — 9 » »	8
» 9 — 12 » »	8

Я прибавлю, что среди больных, которых я оперировал в клинике, я знаю таких, которые были оперированы уже 18, 20 и 23 (теперь уже 21, 23 и 26) лет назад.

Последние статистические данные Виолет (Violet) из Лиона и Де-Кобб (De-Cobb) из Бостона дают аналогичные цифры, может быть даже лучшие.

Но если распределить случаи на группы, мы получим еще более интересные цифры.

Итак, если распределить оперированные мною случаи на 3 группы, правда, несколько произвольные, но всем понятные, — случаи хорошие, средние и плохие, — получатся следующие цифры:

Хороших случаев	18
Случаев первичной смертности 1, т. е.	5,55%
Остается 17, из них:	
Рецидивов 2, т. е.	11,77%
Излеченный 15, т. е.	88,23%
Случаев средних	27
Случаев первичной смертности 2, т. е.	7,40%
Остается 25, из них:	
Рецидивов 11, т. е.	44%
Излеченный 14, т. е.	56%
Случаев плохих	36
Случаев первичной смертности 6, т. е.	16,66%
Больных, потерянных из виду, 1.	
Остается 29, из них:	
Рецидивов 21, т. е.	72,42%
Излеченный 8, т. е.	27,58%

Эти цифры с математической ясностью доказывают, что впрочем легко было предугадать и так, что чем легче случай, тем ниже оперативная смертность и тем больше случаев излечения; и чем хуже случай, тем оперативная смертность выше и тем чаще случаи рецидива. Сравнивая хорошие случаи с средними и с плохими, мы видим, что смертность действительно поднимается с 5,55% на 7,40% и 16,66%; рецидивы тоже учащаются с 11,77% до 44% и 72,32%, тогда как число излечений постепенно уменьшается с 88,23% до 56% и 27,58%.

Но теперь все изменилось и вопрос о серьезности операции должен быть вычеркнут из этой главы.

время, когда вопроса о смертности от инфекций так сказать уже более не существует, первенствующее значение получает шок и утомление больной; серьезность операции у отдельных хирургов, пользующихся дренажем Микulichа, зависит лишь от продолжительности операции. При операции, продолжающейся около часа, что является нормальной продолжительностью операции в руках опытного хирурга, больные выздоравливали в 95%. Когда операция длится два часа, смертность поднимается до 50, и когда операция продолжается три часа, почти все больные погибают. Те хирурги, которые не в состоянии проделать эту операцию в течение нормального времени, пусть лучше вообще воздерживаются от ее производства.

Эти цифры ничего не значат сами по себе, но все-таки мы должны ими руководствоваться в наших суждениях в минуты тяжелых решений, от которых зависит жизнь или смерть больных.

Мы должны знать, что всякая операция при раке шейки матки серьезна, трудна, что к ней нельзя подходить легкомысленно и браться за нее, не чувствуя в себе тех необходимых качеств, которые обеспечат ее хорошее выполнение. Но мы должны также знать и другое, а именно, что эта операция дает прекрасные результаты, многочисленные, иногда совершенно неожиданные исцеления и мы обязаны ею пользоваться ради спасения больных, когда мы верим в возможность их исцеления.

Я очень хорошо понимаю, когда в неблагоприятных случаях отказываются от кровавых операций, которые, создавая гораздо больший риск, не обеспечивают заметно лучших результатов сравнительно с теми, которые мы видим при лечении радием. Но в благоприятных случаях, которые дают очень большое число окончательных выздоровлений, в чем я абсолютно уверен на основании личного опыта, я никогда не откажусь от операции, пока не будет доказано, что радий, применяемый в начале болезни, дает возможность получить по крайней мере столь же большое количество длительных выздоровлений, как и операция. Доказательств этих еще нет. Будущее решит.

Истина, которую признают все хирурги, гласит, что спасение зависит от *раннего вмешательства*. В благоприятных случаях операционная смертность мала, а число длительных излечений очень велико. Поэтому надо приложить все наши старания, чтобы сделать общеизвестной эту истину; надо воспитать больных, акушеров, врачей, надо при помощи всех возможных средств заставить их усвоить, что рак, если только его оперировать в самой начальной стадии, почти всегда излечим. Но при той медленности, с которой распространяются эти очевидные истины, придется еще долгие годы ждать этого всеобщего перевоспитания. Со своей стороны, пока я не буду уверен, что современный метод лечения радиоактивными веществами или какой-либо другой способ, который может явиться завтра, дает лучшие результаты, чем хирургический метод, — до тех пор я буду продолжать, поскольку у меня хватит сил, неустанно бороться за истину.

И выражением надежды я хочу закончить, как и начал, эту уже слишком длинную главу.

Мы сейчас стоим на верном пути, и я не боюсь утверждать, что получен-

ные результаты превзошли все ожидания тех нескольких хирургов, среди которых, к моей гордости, был и я, которые уже больше тридцати лет назад имели мужество, несмотря на скептицизм их шефов, и иногда даже на осуждения равных, среди всеобщего уныния начать борьбу против рака шейки и с упорством работать до победы, несмотря на слишком частые разочарования и неудачи.

Оперативное лечение рака тела матки.

Если только нет особых противопоказаний, а именно явного распространения рака на соседние части, слишком тяжелого состояния больной, рак тела матки, как и рак шейки, должен быть оперирован; он должен быть оперирован с еще большим основанием, чем рак шейки, так как все сошлись на том, что цилинд्रो-клеточная эпителиома слизистой тела матки гораздо менее чувствительна к радию, чем плоскоклеточная форма рака, а применение его технически здесь гораздо более трудно.

И действительно, никогда нельзя иметь ясного представления о расположении, распространении и точном местонахождении рака, скрытого в полости матки. Поэтому введение трубочек с радием, которое может быть сделано *lege artis* лишь после расширения и выскабливания, другими словами в процессе самой операции, производится без нее неудачу и без достаточной ясности. Радий, применяемый на уровне инфильтрированного узла маточной стенки, может вызвать прободение последней, и я имел случай это наблюдать. С другой стороны, рак тела, хорошо закрытый в полости матки, имеет мало склонности к распространению. Этот рак долгое время остается ограниченным и благодаря этому дает много шансов на выздоровление. Поэтому надо сделать все, что только возможно для его излечения, и здесь не может быть двух мнений: на первом месте должна стоять операция.

Очень часто впрочем радикальная операция начинается пробным выскабливанием; и действительно, нет почти никакой возможности иначе поставить диагноз рака тела матки; выскабливание здесь становится необходимым: оно позволяет получить соскоб слизистой и определить его характер. Иногда бывает необходимо произвести гистологическое исследование, и в этом случае, вместо того чтобы ждать результата исследования и откладывать операцию до другого раза, лучше произвести микроскопическое исследование тотчас же с тем, чтобы немедленно произвести и радикальную операцию. В громадном большинстве случаев выскабливание дает такой соскоб, на основании которого можно с очевидностью говорить о наличии рака. В таких случаях, если только рака не слишком велика, часто бывает возможно произвести немедленно же вслед за выскабливанием, без новых приготовлений, влагалищную экстирпацию матки. Там, где имеется значительное ожирение больной, или большое истощение, влагалищное удаление матки является особенно показанным.

В случае надобности можно обеспечить себе более свободный доступ с помощью широкого рассечения вульвы.

И действительно, если брюшная экстирпация матки является в принципе более выгодной операцией по многим соображениям технической легкости, — что всем известно, — необходимо однако иметь в виду, что у этих женщин, по большей части пожилых и мало выносливых, она представляет известную опасность. Напротив, влагалищная экстирпация, если оставить в стороне оперативные трудности, мало опасна, а поскольку рак тела в общем бывает целиком заключен и ограничен маткой, конечные результаты столь же хороши, как и при брюшном удалении матки.

Вследствие анатомических условий здесь дело обстоит не так, как при раке шейки, который почти невозможно отграничить влагалищным путем.

На основании личного опыта эти результаты кажутся даже лучшими. Конечно это может быть случайным выводом определенной статистики. Но во всяком случае результаты сравнимы.

В общем однако, особенно, если диагноз после пробного выскабливания, или без него, поставлен точно, пользуются все же экстирпацией матки путем чревосечения.

Она производится здесь так же, как и при фибромах, по способу Келли.

Этот способ обычно наиболее показан в таких случаях. Во время операции необходимо обращать большое внимание на то, чтобы не поранить матки. Во избежание этого ранения и внесения опасной инфекции ее следует захватывать либо за придатки, либо за углы, избегая извлечения ее непосредственно, при помощи обыкновенных щипцов Мюзе.

У некоторых женщин, очень полных и плохо спящих, с очень глубоким тазом, у которых полная экстирпация матки может представить известные трудности и требует таких манипуляций, при которых матка может быть надорвана, я, не колеблясь, советую производить надвлагалищную ампутацию матки, несравненно более простую и более безопасную в таких невыгодных оперативных условиях. И действительно рак тела не имеет склонности поражать шейку; он распространяется вширь, а потому гораздо лучше совершенно оставить здоровую шейку, в которой можно сказать никогда не будет рецидива, чем во что бы то ни стало ее удалять и рисковать испортить успех операции в тех трудных случаях, какие я здесь имею в виду. Но необходимо, чтобы отсечение шейки было произведено достаточно далеко от изъязвления, что впрочем удается в большинстве случаев. Хорошо бывает убедиться в этом путем немедленного вскрытия тела матки, тотчас же после ее экстирпации, что позволяет хирургу составить себе ясное представление о границах поражения.

Но в принципе понятно следует удалять и шейку и производить полную гистерэктомию. Если хотят иметь все шансы на выздоровление, то в данном случае так же, как и при раке шейки, надо операцию заканчивать систематическим применением дрепажа Микулича, что дает возможность не терять больше больных после операции. Здесь так же, как и при раке шейки, окончательные выздоровления будут обыкновенным явлением.

Если общее состояние больной не позволяет произвести такой операции, как брюшная или влагалищная экстирпация матки, или если обширность поражения исключает возможность сделать радикальную операцию, — хирург еще не совсем обезоружен. Он может сделать выскабливание и тщательно очистить матку. Применение радия, менее действительное здесь, чем при раке шейки, может дать однако значительное улучшение.

ГЛАВА ДВЕНАДЦАТАЯ.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКА.

Овариотомия.

Когда киста яичника не слишком велика, ее можно попытаться удалить влагалищным способом. Его впервые предложил в 1869 г. Баттей (Battey), а за последнее время стал снова применять и рекомендовать главным образом Сегон, который отстаивал даже удаление этим способом двусторонних опухолей придатков, если только они не очень велики, после предварительной гистерэктомии.

Я не разделяю этой точки зрения, потому что в этом случае операция оказывается значительно менее простой и менее надежной. Если конечно придатки не сращены с соседними частями, и в частности с кишками, все идет гладко; но если только имеются сращения, дело обстоит совсем иначе, и влагалищный путь становится опасным.

Я однажды удалил дермоидную кисту, величиною с апельсин, влагалищным путем после предварительной гистерэктомии; правда последняя производилась по поводу острых явлений пельвио-перитонита. После удаления матки была обнаружена киста, которая была удалена без затруднений. Больная прекрасно поправилась, несмотря на то, что ее состояние было крайне тяжелым во время операции. Но этот случай не может служить примером. К тому же нужно учитывать и то, что если этот путь рекомендовался 30 лет назад, то только в силу той опасности, которую представляло собою в то время чревосечение.

Можно было бы еще согласиться с удалением небольшой кисты яичника, взбухающей в дугласово пространство, путем простой кольпотомии. Если даже киста несколько больше, ничто не мешает пунктировать или же вскрыть ее, как только она покажется после вскрытия заднего свода, и вывести наружу опорожненный таким образом мешок. Но так можно поступать лишь в крайнем случае. Нет ничего лучше воспользоваться влагалищным разрезом для удаления кисты яичника там, где вследствие ошибки в диагнозе мы были принуждены вскрыть задний свод; но несравненно лучше при точном диагнозе сразу же воспользоваться верхним путем. Если же диагноз сомнителен, тем более следует производить чревосечение, которое позволит хирургу вести себя применительно к данным условиям и оперировать, максимально сообразуясь с интересами больной.

Итак, следует пользоваться *брюшной овариотомией*, описанием которой я сейчас и займусь.

Когда киста среднего размера, не более головы взрослого человека, когда она однокамерная, или достаточно правильной формы и особенно, если она не имеет сращений и ее ножка оказывается тонкой и длинной, что бывает в общем довольно часто, овариотомия представляется самой простой операцией. Удаление кисты требует не более 2 минут, и вся операция целиком продолжается едва ли 10 минут.

Больной придается наклонное положение, как и при всех тазовых операциях без исключения, и разрез брюшной стенки проводится по белой линии вплоть до верхней границы кисты.

Затем рука погружается в живот, идет позади кисты (рис. 365), извлекает ее наружу, выводит ее через брюшную рану, после чего можно

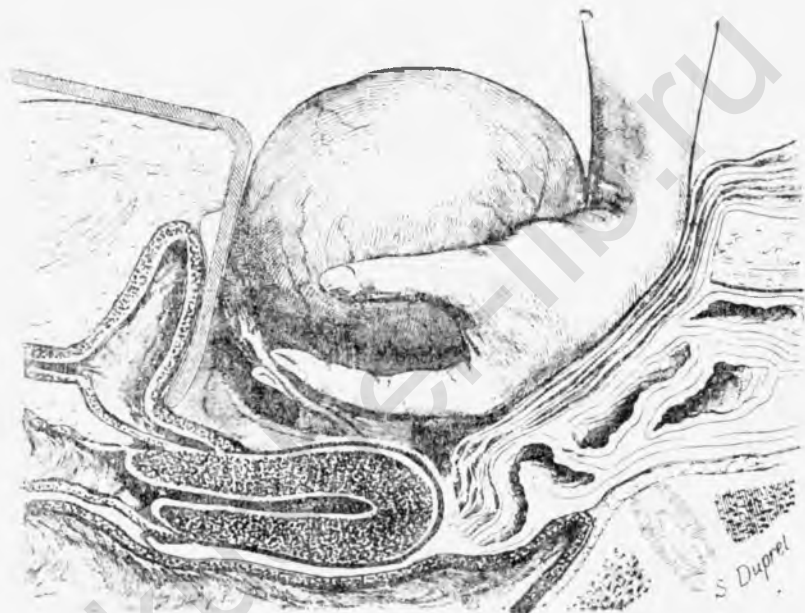


Рис. 365. Быстрая экстирпация кисты яичника. Вылуцение кисты.

очень быстро захватить зажимом ее ножку (рис. 366) и отсечь одним ударом ножниц. Затем остается лишь тщательно перевязать культю, накладывая, в зависимости от ее ширины, одну или несколько лигатур из кетгута. После обследования другого яичника брюшная стенка закрывается швом в один, два или три этажа, в зависимости от степени расслабления брюшной стенки, а главным образом соответственно привычкам того или другого хирурга.

Я советую накладывать трехэтажный шов, описанный выше.

Такая операция в известной мере агипична, и большинство хирургов имеет привычку, если только киста несколько велика, ее пунктировать. Это следует делать в тех случаях, когда киста значительно превышает размер головы взрослого человека и не может пройти через разрез, который в среднем должен быть не более 15 см. Можно даже, если киста, несмотря

на свой объем, свободна от сращений и не многокамерная, экстирпировать ее путем пункции через очень маленький разрез, или же через поперечный разрез по Равену-Пфанненштилю.

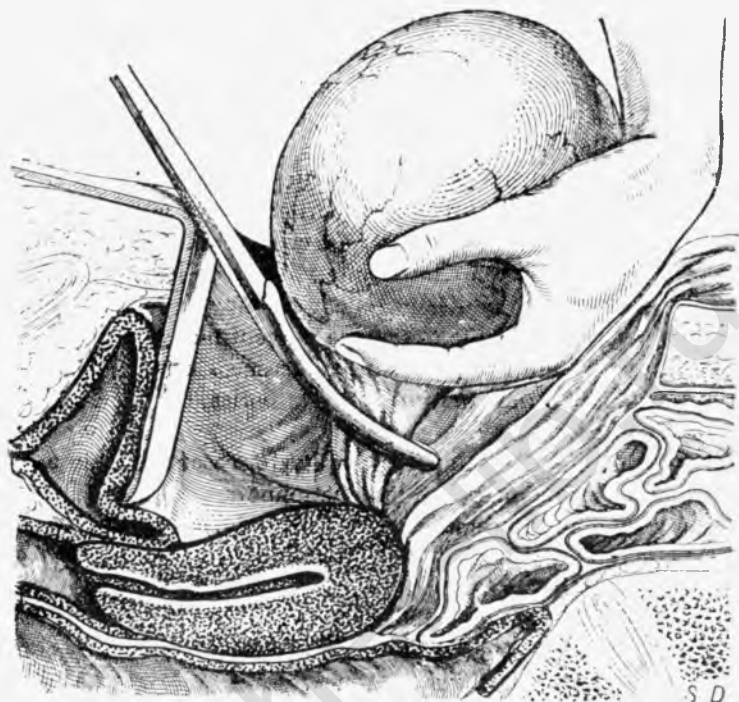


Рис. 366. После выведения из брюшной полости киста захвачена зажимом, ¹² в области пупка и удалена.

Для этого, как только она показалась, выделяясь своим блестящим, а иногда почти перламутровым видом, ее прокалывают толстым троакаром (рис. 367), снабженным длинной каучуковой трубкой для отвода жид-



Рис. 367. Троакары для кист.

кости. Насосом не стоит себя обременять, поскольку давление, оказываемое на боковые стенки живота, вполне достаточно для излития жидкости. Можно также, если троакара под рукою не имеется или если жид-

386

кость густа и вытекает плохо, рассечь кисту одним ударом скальпеля и, выведя края разреза за края брюшной раны, почти мгновенно ее опорожнить. Этот способ имеет крупный недостаток, заключающийся в возможности залить жидкостью большую и операционное поле, забрызгать хирурга и даже пол операционной. Кроме того, несмотря на все старания, которые должны быть приняты в смысле ограждения и закрытия пространства, отделяющего кисту от брюшной стенки, компрессами, извест-



Рис. 368. Щипцы Пеана для кист.

ное количество жидкости все же может излиться в брюшную полость. Если это будет обыкновенная асептическая жидкость, такое излитие в сущности не имеет никакого значения, но если содержимое кисты гнойное, дело обстоит иначе.

И действительно нередко, особенно в этом последнем случае, кистозные стенки оказываются очень хрупкими, и киста с момента прокола рвется и, несмотря на все предосторожности, жидкость протекает между кистой и брюшной стенкой в полость живота. Таким образом, производя прокол с целью избежать этого осложнения, иной раз делают его более серьезным.

Как бы там ни было, в общем гораздо выгоднее и правильнее прокалывать кисту большим троакарном. Как только стенка кисты начинает спадаться, ее следует захватить с каждой стороны от троакара зажимами Кохера, но таким образом, чтобы они не соскользнули.

Затем, как только стенка кисты начинает давать складки, ее следует захватить специальными щипцами для кист с широкими бородками, которые в этом случае чрезвычайно удобны (рис. 368, 369).

Когда киста опорожнена и троакар вынут, перфорационное отверстие зажимают такими щипцами. Опорожненная большая киста принимает вид дряблого мешка, который чрезвычайно легко проходит даже через совсем маленький разрез. Таким образом кисту выводят наружу вместе с ее ножкой, которую плотно перевязывают. В некоторых благоприятных случаях эта операция может пройти от начала до конца, не вызывая необходимости вводить руку в брюшную полость. Таким образом опера-



Рис. 369. Круглые и овальные щипцы Нелатона для кист.

ция почти целиком проходит вне брюшной полости, что с точки зрения благополучного исхода не может не иметь значения.

Такова операция должна быть в типичном случае. Но она далеко не всегда так проста, и ее главные трудности зависят от наличия нередко очень обширных и плотных *спаек*, которые фиксируют кистозный мешок к соседним органам.

Эти сращения должны быть разделены очень тщательно и вместе с тем крайне осторожно. Наилучшим инструментом для этого является палец, который, учитывая эластичность и сопротивляемость тканей,

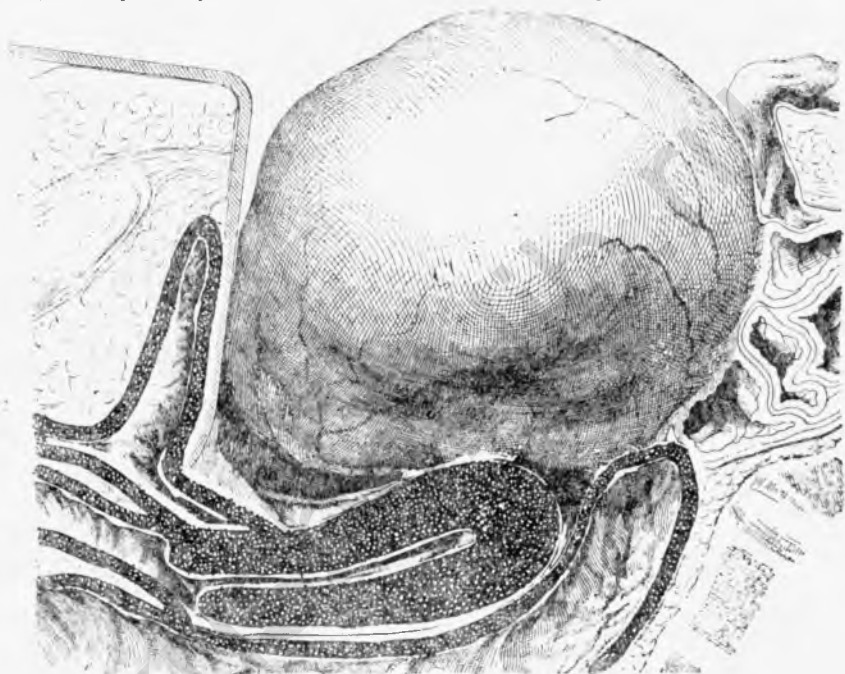


Рис. 370. Киста плотно сращена с кишечником.

погружается по линии расслоения под контролем глаза, и при помощи которого почти всегда, если только хирург владеет известной ловкостью и опытом, удастся отделить кистозный мешок от органов, с которыми киста казалось была связана.

Сращения, появившиеся недавно, обыкновенно разрушаются с исключительной легкостью, и в плоскости их нахождения разделение органов происходит просто. Не так обстоит дело, когда спайки оказываются давними, нередко плотными и упругими. В этом случае приходится уделять много внимания и осторожности, особенно в области кишечника. Нередко кишечная стенка оказывается гораздо менее резистентной и плотной, чем спайки. В этом случае, если потянуть за спайки, уступает кишечная стенка. Хотя этого осложнения особенно бояться и не следует, все же лучше стараться его избежать.

Иногда начало разрыва кишечной стенки можно заметить по появлению гладких мышечных волокон, которые отделяются от слизистой, и в этом случае можно предотвратить разрыв ранее, чем он произошел. Как бы там ни было, если вскрытие кишки произошло, следует наложить на образовавшееся отверстие шов из шелка, льняной нитки или тонкого кетгута.

Гораздо выгоднее при плотных сращениях стараться не тянуть за них во избежание вскрытия кишки. В этом случае при помощи ножниц рассекают стенку кисты и отсекают ее, проходя или через ее толщу, или, если она тонкая, оставляя ее целиком приращенной к кишке. Разумеется, если стенка кишки имеет характер новообразования, то надо во что бы то ни стало ее удалить, лишь бы не оставить в брюшной полости зачатков рецидива.

Иногда, когда сращения с брюшной стенкой оказываются очень плотными, приходится вместе с кишкой удалять и пристеночную брюшину, а иногда даже апоневроз, с которым она соединена.

Иногда оказывается сращенным с сальником и ободочной кишкой лишь верхний участок кисты (рис. 370); нижний же полюс, по направлению к ножке остается совершенно свободным. В этом случае следует подойти, если только это представляется возможным, сначала к нижней свободной части и отсечь ножку. Затем кисту вылуцают снизу вверх, в направлении от свободной части к сращенному участку. Операция обыкновенно становится тогда гораздо более легкой, отслоение идет, так сказать, само собою, и нередко приходится только удивляться той легкости, с какой вылуцается киста, имевшая казалось плотные сращения, если только подходить к ним в направлении к верхней части опухоли.

Однако иногда отделение стенки кишки от прилежащих к ней органов может оказаться невозможным. В этом случае, чтобы спасти обреченную на неизбежную смерть больную, можно прибегнуть к крайнему средству. Вскрытый и опороченный от своего содержимого мешок частично отсекается в области своей передней поверхности и стенки его пришиваются к краям брюшины нижнего участка раны. Таким образом внутренняя полость мешка оказывается в сообщении с внешним миром (рис. 371).

Эта полость тампонируется; под влиянием давления со стороны брюшных органов она мало-помалу уменьшается, гранулирует и через некоторое время выпадает. Несмотря на возможность инфекции и на длительность хронического нагноения, этот способ обычно оканчивается выздоровлением, и потому, за неимением лучшего, следует применять его без особых колебаний.

Но кроме этих трудностей, которые зависят от сращений, имеются еще другие, причина которых кроется в особом расположении опухолей, о чем я подробно говорить здесь не буду.

Иногда встречаются кисты, вколотившиеся в таз, которые очень трудно оттуда выводятся. В этом случае немалую услугу может оказать пункция, но произвести ее иногда бывает необычайно трудно благодаря глубине, на которой в этом случае лежит киста.

Иногда бывает очень трудно выделить ножку кисты, особенно, если

эта ножка оказывается очень короткой, состоящей целиком из широкой связки. В этом случае можно рассечь ее на две части и отдельно перевязать обе полученные ножки: снаружи ту, которая содержит маточно-яичниковые сосуды (*lig. infundib.-pelvic. Ped.*) и с внутренней стороны ту, которая прилежит к маточному углу. Труба в этом случае удаляется вместе с кистой. Иногда бывает выгодно воспользоваться обратным приемом и, когда ножка кисты выделяется плохо, можно отсечь трубу и маточно-яичниковую связку (*lig. ovarii propr. Ped.*) у места прикрепления ее к маточному углу, затем вывихнуть кисту наружу и последовательно снизу вверх отсечь маточно-яичниковые сосуды.

Во всех этих вмешательствах очень выгодно бывает захватить матку специальными щипцами и подтянуть ее кверху; одновременно с этим приподнимается и киста, ущемленная в глубине.

Наконец некоторые кисты, обычно среднего размера, заключенные в широкую маточную связку, могут представить при своем удалении совершенно исключительные трудности. Они выполняют одной своей стороной дно

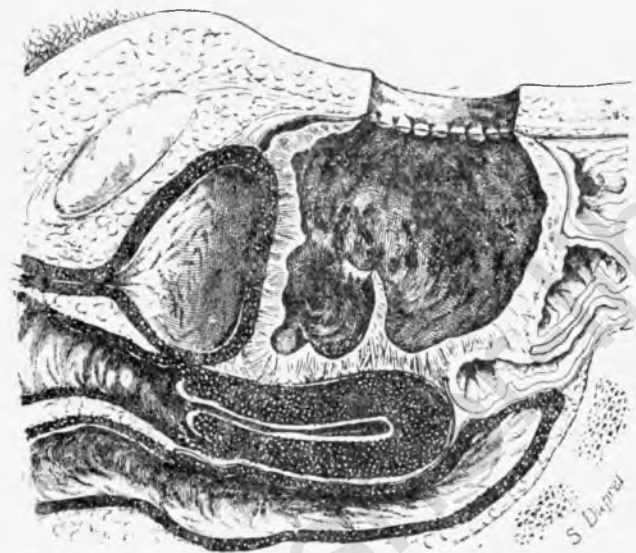


Рис. 371. Вшивание кисты в рану брюшной стенки.

малого таза, лишены ножки, саяны с маткой, неподвижны и не поднимаются кверху.

В этом случае следует рассечь или разорвать покрывающую кисту брюшину, которая представляет собою часть широкой связки, и затем быстро отделить ее от окружающих органов. Здесь не приходится иметь дело с серьезными сращениями, поскольку киста находится вне брюшной полости и окружена со всех сторон слоем клетчатки, легко разделяемой пальцем. Прodelать это нужно быстро, не страшась обычного в этом случае довольно обильного кровотечения из многочисленных вен, расширенных в этой области. Если это возможно, необходимо ввести руку под кисту, проходя либо впереди от нее, либо позади и затем вывести кисту, поднимая ее кверху. Если она оказывается не очень крупной, стараются ее не вскрывать, так как отделение клетчатки вокруг не вскрытой, напряженной кисты происходит гораздо легче. Если же произведена пункция или же киста лопнула, что бывает далеко не редко, то в таких случаях извлекают кистозный мешок широкими щипцами, отделяя его

от соседних органов и ввода, в случае надобности, в его полость палец, чтобы иметь ясное представление о его границах. В этом случае нужно постоянно помнить о мочеточнике, который нередко соединен с опухолью и при недостаточном внимании может оказаться пораненным.

Мне приходилось наблюдать случаи, где внутрисвязочная киста, особенно если она приближалась по своему характеру к новообразованию, была совершенно спаяна с маткой и могла быть отделена лишь под угрозой опасного кровотечения. В таких случаях следует без колебаний удалять матку, и, если киста двусторонняя, лучшую услугу здесь может оказать способ «рассечения матки пополам». Он позволяет быстро подойти и удалить кисту снизу вверх вместе с прилегающей к ней половиной матки, подходя к кисте через основание широкой связки. Если же заключенная в широкой связке киста оказывается односторонней, то лучшим способом здесь будет способ Келли.

Эти условия могут равным образом иметь место и при паровариальных кистах. Принимая во внимание все то, что мною было изложено выше, в отношении последних я буду очень краток.

Удаление матки отнюдь не является операцией, производимой только в силу необходимости, как например в случаях, которые мы только что привели. Эта операция имеет свои показания и при наличии других обстоятельств, в частности тогда, когда киста двусторонняя или когда киста яичника осложнена воспалительным процессом придатков с противоположной стороны.

Совершенно так же обстоит дело, если киста типа новообразования дала свои разрастания на матку, и когда более благоразумно будет пожертвовать последней.

Эти случаи не так редки. Наблюдения касательно их опубликовали Кеню и Поше (Pauchet), а Рансон (Ranson)¹ специально изучил этот вопрос.

Когда поражения оказываются двусторонними и представляют некоторую трудность, особенно если развитие опухоли идет в сторону широкой связки, рассечение матки пополам, как и всегда, значительно облегчает дело. В простых же случаях все способы приемлемы одинаково.

Относительно *осложнений и неудач* при овариотомии сказать нечего: они те же, что и при всех брюшных вмешательствах. Прежде всего это будут осложнения на почве инфекции брюшины, за последнее время наблюдающиеся в виде исключения и тем реже, чем ранее больная поступает на лечение.

Сравнительно частым осложнением является непроходимость кишок. Адено (Adenot) и Легё объясняют это осложнение совершенно особым механизмом, который им пришлось подметить в своих случаях: на уровне левого конца поперечной ободочной кишки образуется перегиб, который внезапно опускается с удалением поддерживавшей его кисты; натяжение левой подреберной связки (lig. phrenico-colicum sin.

¹ Ranson. Étude sur l'hystérectomie abdominale appliquée au traitement des kystes et des tumeurs solides de l'ovaire. Thèse de Paris, 1901.

Ред.) сказывается на перегибе кишки и является достаточным, чтобы вызвать непроходимость. Это очень важное соображение. Поэтому, если после овариотомии появляются симптомы непроходимости кишок, не должно быть никаких колебаний, нужно снова вскрыть живот, обследовать область культи и малый таз, где всегда можно найти что-либо неожиданное, и если там ничего не окажется, немедленно обследовать левый угол поперечной ободочной кишки.

Овариотомия, когда-то столь грозная, в настоящее время является одной из брюшных операций, которые дают самые блестящие результаты. В простых случаях смертности можно сказать почти нет. Но поскольку случаи не всегда так просты и поскольку встречаются перекрученные кисты, ущемленные, с большими спайками, или с нагноением, т. е. поскольку встречаются тяжелые и даже очень тяжелые случаи, смертность от этой операции, как и от других вмешательств на придатках, может быть к числу приближительно в 5%.

Отдаленные осложнения, если один яичник остается на месте, обычно сводятся к нулю. Если же приходится жертвовать обоими яичниками, как это случается, когда второй яичник также оказывается кистозно перерожденным, можно наблюдать некоторые нарушения, как-то: приливы крови, приступы жара, различные явления, более или менее беспокоящие больных, впрочем значительно ослабевающие при соответствующем лечении.

Надо постоянно помнить о возможности рецидива, который наблюдается совсем не так редко либо со стороны второго яичника, где в сущности дело идет не о рецидиве, а о новом развитии опухоли под влиянием неясных причин, вызвавших развитие кисты в первом яичнике, либо где-нибудь в стороне, где привились эпителиальные разрастания удаленной кисты. В этом случае дело идет о раке брюшины, бороться с которым почти невозможно и который более или менее быстро ведет больных к неминуемой смерти.

ГЛАВА ТРИНАДЦАТАЯ.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.

Лечение внематочной беременности имеет огромное значение. Для изучения его в мельчайших подробностях лучше всего обратиться к докладу Сегона¹ на Конгрессе в Марселе, полному мыслей и идей Пинара (Pinard). Эта работа изумительна. В ней нельзя изменить ни единого слова, за исключением оперативных показаний к влагалищному пути, которые были приемлемы для того времени, когда этот доклад писался, но которые в настоящее время должны быть значительно сужены.

В данный момент я коснусь лишь лечения внематочной беременности вне зависимости от ее осложнений. Как следует поступать при наличии последних, будет разобрано дальше в главе об суживающих кровеносных линиях.

¹ Paul Segond. Traitement des grossesses extrautérines. Congrès de Gynécologie d'Obstétrique et de Pédiatrie. Marseille, oct. 1898 r.

«Всякую внематочную беременность, — говорил Верт (Werth), — должно рассматривать как злокачественное новообразование и лечить как таковое».

В сущности это совершенно правильно, хотя и приходится делать поправку, поскольку отдельные случаи внематочной беременности могут благополучно окончиться и без хирургического вмешательства, чего никогда не бывает при злокачественных новообразованиях. С другой стороны, при внематочной беременности оперативные показания не всегда так неотложны, как при злокачественных новообразованиях, и в частности например при внематочной беременности, сроком свыше 5 месяцев, надо уметь ждать.

Поэтому Пинар имел право сказать: «Всякая распознанная внематочная беременность требует хирургического вмешательства». Это положение, не имея характера такой неотложности, является не менее категоричным.

Как в смысле того, что следует делать, так и с точки зрения симптомов, необходимо учитывать при внематочной беременности срок ее и соответственно этому различать случаи *до 5 месяцев* беременности и случаи свыше этого срока.

До 5 месяцев не может быть никакого сомнения, никаких колебаний. Всякая внематочная беременность этого срока должна быть оперирована как можно скорее. Женщина с внематочной беременностью никогда не может быть уверена в завтрашнем дне: она постоянно находится под угрозой могущего произойти трубного разрыва, который может наступить совершенно внезапно; этому риску мы не имеем права подвергать женщину. Срок, остающийся до того времени, когда ребенок станет жизнеспособным, слишком велик, чтобы можно было надеяться выждать его без всяких осложнений, и я принадлежу к тем, которые считают, что лучше пожертвовать 10 плодами, чем дать умереть одной матери.

Следовательно всякая внематочная беременность, не достигшая срока 5 месяцев, должна быть оперирована по возможности скорее. Лишь одно сомнение в диагнозе может оправдать некоторое промедление. Если же диагноз поставлен, или даже, если имеются серьезные основания действительно предполагать внематочную беременность, колебаниям не должно быть места и необходимо оперировать.

Остается лишь выяснить, как следует оперировать. В этом отношении не может быть никаких сомнений. Нужно производить чревосечение, которое, сравнительно с любой влагалищной операцией, позволяет сделать все возможно лучше и шире, а также позволяет и во-время остановиться, если непосредственное обследование покажет, что придатки другой стороны могут быть сохранены.

Чревосечение в данном случае должно производиться так же, как если бы дело шло об удалении кистозного салпингита, с которым совершенно сходно удаление плодного эктопического мешка. Разница существует здесь лишь в деталях, зависящих от расположения частей, от более или менее тесного спайки опухоли с соседними частями, от ее большего богатства сосудами и, иногда, более трудного выделения ножки, — особенно, если дело идет об *интерстициальной беременности*. В этом слу-

чае с плодовым мешком оказывается тесно сращенной сама матка, и иногда вследствие грозного кровотечения, или же просто для того, чтобы иметь возможность удалить опухоль, приходится одновременно прибегать и к удалению матки.

Затруднения при удалении плодного мешка увеличиваются еще более, если последний оказывается заключенным в широкую связку, что впрочем встречается чрезвычайно редко. Эти трудности зависят от васкуляризации области, и если только беременность хотя немного запущена, хирургу необходимо все его хладнокровие и ловкость, чтобы остановить угрожающее кровотечение. В этих случаях нужно смело пройти в широкую связку, надрезав листок брюшины, покрывающий опухоль, пальцами быстро выслушить последнюю, отделяя окружающие ее вены, обычно крупного калибра, не страшиться нередко обильного кровотечения, почти всегда немедленно уступающего тампонаде, и возможно скорее закончить операцию.

Но в некоторых случаях, особенно при наличии богатых сосудами спаек, могут встретиться такие громадные трудности, из которых с честью может выйти лишь хирург с очень большим опытом.

Понятно, если придатки противоположной стороны поражены, их также удаляют. В этом случае особенно показано надвлагалищное удаление матки. Оно значительно облегчает удаление находящегося в сращениях трубного мешка, и это более обширное удаление делает операцию более благополучной.

Когда срок внематочной беременности *больше 5 месяцев*, оперативные показания совершенно меняются. В самом деле, начиная с этого времени, разрывы трубы наблюдаются значительно реже, да кроме того каждый день приближает плод ко времени его жизнеспособности. Операция в 6 месяцев беременности отнюдь не менее опасна, чем в 8 месяцев, и если беременность протекает без осложнений, если мать находится в благополучном состоянии и видимо не страдает от своего ненормального положения, если она может находиться под постоянным наблюдением и в случае опасности подвергнуться немедленной операции, можно поставить себе вопрос, не лучше ли подождать с операцией, чтобы получить живого ребенка, не подвергая в то же время мать большому риску сравнительно с более ранней операцией. Но это последнее соображение идет в последнюю очередь, и я совместно с Сегопом полагаю, что ждать допустимо лишь при одном определенном условии, а именно, если спасение ребенка не бросает ни единой тени опасности на жизнь самой матери.

В этом случае можно следовательно ждать до тех пор, пока плод не окажется жизнеспособным. Пинар ждет 8 и даже 9 месяцев, и я считаю, что он прав, поскольку женщина, находясь под непосредственным наблюдением и оставаясь лишней месяц в условиях абсолютного покоя, не очень рискует и отягчает этим свое состояние; между тем плод за это время приобретает много данных на жизнь и на здоровье. Итак, следовательно лучше ждать по возможности 8 месяцев и затем следует произвести операцию.

Но техника здесь очень трудна. Впрочем пожалуй при беременности в

4—5 месяцев она еще труднее. Все трудности зависят от *плаценты* и все споры касаются вопроса, как нужно поступить в отношении этого органа.

И в самом деле *удаление плаценты* может сопровождаться таким ужасающим, неудержимым, смертельным кровотечением, перед которым может оказаться бессильным даже самый опытный хирург, несмотря на всю свою смелость, быстроту и самообладание.

При этих, далеко зашедших беременностях, которые почти всегда являются *брюшными*, плацента срастается с соседними органами — со стенками таза, мочевым пузырем и главным образом с кишечником. В этих случаях очень часто оказывается крайне трудным отделить ее без повреждения отдельных органов и особенно не вызывая обильного кровотечения.

Поэтому понятно, что такие крупные хирурги, как Сегон и Рутье (de Rouvier), испытавшие эти трудности, присоединяются к мнению Пинара и советуют вшивать плодный мешок в рану брюшной стенки, оставляя плаценту на месте с тем, чтобы она выделялась впоследствии.

Неудобство этого медленного отделения, занимающего срок от 1 до 2 месяцев, отнюдь не так велико, как это можно было бы думать. Единственно, чего можно опасаться, это нагноения, истощения больной и септицемии, которой может сопровождаться распад оставленной плаценты. Но не следует эти осложнения делать более опасными, чем это есть на самом деле. Осложнения эти в сущности не так велики, поскольку Пинар на 17 таких операций имел лишь в одном случае смертельный исход, — да и эта смерть касалась женщины, оперированной уже в безнадежном состоянии. Поэтому, по выражению Пинара, «надо гораздо менее опасаться септицемии при оставлении плаценты, чем кровотечения при ее немедленном удалении».

Однако там, где это возможно, лучше конечно плаценту удалить. Эта операция производилась нередко, и Поцци на 11 операций имел 11 случаев успешного исхода. Эта статистика настолько прекрасна, что можно думать, что она касается лишь относительно благоприятных случаев; она может представлять понятно лишь очень относительную ценность, поскольку здесь конечно, как и всегда, многие несчастные случаи не были опубликованы. Я в этом отношении личного опыта не имею, так как никогда не видел и никогда сам не оперировал далеко зашедшей внематочной беременности с живым плодом. Думается, что все-таки лучше плаценту удалять немедленно, но я глубоко учитываю разумные советы таких людей, как Пинар и Сегон, и могу лишь предложить следовать этим советам.

К тому же они не являются абсолютным правилом. Имеются случаи, где удаление плаценты представляется и оказывается в действительности нетрудным. Совсем недавно был опубликован (Potocki) замечательный случай доношенной трубной беременности, где хирург применил очень удачное вмешательство, которое в аналогичных случаях может служить примером. Он рассуждал так, что если плацента развивается в трубе, то кровь к ней притекает исключительно по артериям последней, т. е. по маточно-яичниковой артерии (*art. ovarica s. spermatica. Ped.*) и по ветви маточной артерии, с которой она анастомозирует в области основания трубы. Из этого он заключил, что для того чтобы при-

остановить ток крови к плаценте и чтобы следовательно предупредить всякое могущее возникнуть кровотечение, достаточно захватить оба эти сосуда, что обычно удается довольно легко как в отношении маточно-яичниковой артерии (*art. ovarica s. spermatica. Ped.*), идущей к маточно-яичниковой связке (*lig. infundibulo-pelv. Ped.*), так и в отношении маточной артерии, которая захватывается зажимом, накладываемым вдоль маточного края в области маточного угла у места вхождения трубы. Случай этот показал, что хирург был прав, и этот счастливый исход позволяет принципиально поставить вопрос о том, что в аналогичных случаях нужно следовать его примеру. Следовательно в случаях доношенной трубной беременности, или близкой к сроку, надо после быстрого извлечения плода захватить маточно-яичниковую связку (*lig. infundibulo-pelvicum. Ped.*) и ножку трубы с тем, чтобы прекратить всякий прилив крови к плаценте и затем уже приступить к удалению плодного мешка и плаценты. Но понятен этот способ применим лишь в случаях трубной беременности.

Встречаются еще другие случаи, где плацента должна быть удалена. Это должно иметь место там, где например плацента частично отделилась, когда имеется серьезное кровотечение, для прекращения которого необходимо удалить плаценту всю целиком, или например, когда плодный мешок нарушен, когда его больше не существует и когда плод находится между кишечными петлями. В этом случае нет возможности подшить плодный мешок и вывести плаценту в рану. Здесь ее во что бы то ни стало надо удалить, так как оставлять ее в брюшной полости по совету Негри (*Negri*) и предоставлять самому себе процесс рассасывания очень рискованно. Конечно такое оставление возможно, но оно опасно, гораздо более опасно, чем удаление плаценты и, поступая таким образом, большую подвергают риску очень серьезной последующей инфекции и смерти.

Итак, следовательно при наличии внематочной беременности с *живым и жизнеспособным плодом* следует прибегать к *чревосечению*.

Здесь не может быть и речи об *элитромии*, т. е. об извлечении ребенка через влагалище после предварительного рассечения последнего в месте наибольшего выбухания. Это весьма плохой прием, связанный со всяческими трудностями и не имеющий никаких преимуществ.

Когда больной придано наклонное положение, быстрым приемом вскрывают плодовместилище и еще более быстро извлекают ребенка, перерезая пуповину между двумя зажимами, и передавая его помощнику, на котором лежит обязанность о нем позаботиться. Если дело идет о трубной беременности, прежде всего следует подумать о приеме Потоцкого, который часто дает возможность благополучно закончить операцию. Если считают, что удаление плаценты невозможно, или не должно иметь места, опорожняют полностью плодный мешок, удаляя более или менее свисающие куски оболочек, фиксируют ткани мешка к краям раны и, выполая полость его тампонами из стерильной марли, оставляют плаценту под компрессами. Мало-помалу мешок сокращается, послед атрофируется, распадается и, если только приняты меры в отношении неизбежно раз-

вивающейся в мешке инфекции, плацента мало-помалу отделяется, плодный мешок выполяется и наступает выздоровление. Если считают возможным удалить плаценту, ее необходимо с большими предосторожностями отделить от спаянных с нею органов, не теряя однако на это много времени, идя возможно быстро и имея наготове большой запас стерильных компрессов в самый момент ее отделения для тампонады полости и кровоточащих поверхностей.

В отдельных очень тяжелых и сложных случаях приходится иногда быть вынужденным либо в целях остановки кровотечения, либо с целью облегчения исключительно трудной операции, удалить одновременно с плодным мешком матку и даже тесно спаянные с ним придатки противоположной стороны.

В некоторых совершенно исключительных случаях, особенно при трубной беременности, плодный мешок может оказаться на ножке, без тесных спаек с соседними частями и может быть удален целиком, как обыкновенная опухоль. Понятно в этом случае имеются все преимущества удалить мешок либо вместе с плодом, если позволяют условия, делая это возможно быстро, чтобы не пострадал плод, либо удалить сначала лишь плод после предварительного вскрытия плодного мешка и вывести затем наружу плодный мешок вместе с имеющимися в нем оболочками и плацентой.

Если плод мертв, то решиться остановиться на определенном образе действий и выбрать то или иное оперативное вмешательство гораздо легче, по крайней мере там, где смерть плода не наступила недавно. В этом последнем случае, при недавней смерти плода плацентарное кровообращение, по крайней мере со стороны матери, остается еще очень энергичным и риск кровотечения не меньше, чем при живом ребенке. И поскольку присутствие мертвого плода переносится матерью обычно очень хорошо, по крайней мере в течение известного времени, выгодно несколько выждать с операцией, разумеется лишь при условии, если женщина находится под непосредственным наблюдением. Пипар полагает, что приблизительно к концу 6 недель плацентарное кровообращение настолько уменьшается, что уже нет больше оснований опасаться операционного кровотечения.

Операция аналогична той, что была только что мною описана. Но здесь имеется больше оснований настаивать на удалении плаценты. Сегодня все же советует шить и оставлять мешок. Но ведь здесь имеются все основания идти несколько дальше, при условии, если оперировать осторожно и не настаивать на отделении плаценты, если она сращена с кишечником, если эти сращения плотны и если малейшее отделение может вызвать серьезное кровотечение. Но если дело обстоит не так, мне думается, необходимо попытаться ее удалить. В моем случае, когда операция была произведена по поводу 7-месячной беременности, через 15 дней после смерти плода, мне удалось провести ее очень удачно. Довольно обильное кровотечение легко было остановлено тампонадой. 4 или 3 зажима были оставлены à demeure в брюшной полости и удалены из нее через 48 часов; больная поправилась без всяких осложнений.

Если плод погиб уже давно, нужно всегда оперировать. Литопедион —

не безобидное последствие, и к тому же нужны долгие месяцы, чтобы он образовался. Между тем в течение этого времени мешок может инфицироваться, что поведет к тяжелым осложнениям. Необходимо следовательно оперировать и оперировать всегда, если по крайней мере нет каких-либо особых противопоказаний, являющихся исключением.

Операция здесь ничем не отличается от предыдущей, только плацента здесь менее богата сосудами. В старых случаях плацента иногда почти целиком исчезает и трудности, оказывающиеся при ее удалении в свежих случаях, здесь значительно меньшие. Мне думается, что все-таки необходимо приложить все старания к тому, чтобы ее удалить для того, чтобы избежать вшивания мешка и осложнений в смысле нагноения и появления грыж после такого вшивания; чаще всего плаценту действительно удается удалить. Но если сращения слишком плотны или имеются опасения в отношении разрыва кишки, можно попытаться на оставление плаценты. Но это оставление должно являться исключением, и отказаться от удаления плаценты можно лишь в случае, когда иначе поступить невозможно.

Элитротомия, от которой категорически следует отказываться в свежих случаях, может быть произведена здесь, когда плододвместилнице сильно выдается во влагалище. Здесь разрез проводится в месте наибольшего выпухания, плод затем удаляется и ставится дренаж. Имеются случаи, где это простое вмешательство может оказаться очень полезным. Однако, несмотря на успех этого способа, который в частности видел Пинар, мне все же представляется более выгодным пользоваться чревосечением, которое позволяет совершенно сделать операцию; я советую его применять как правило во всех случаях внематочной беременности, — давней или недавней, с мертвым плодом или с живым.

ГЛАВА ЧЕТЫРНАДАТАЯ.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИФFUЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ И ОСУМКОВАННЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ.

Необходимо отдельно рассмотреть лечение диффузного кровотечения и лечение осумкованного кровоизлияния (*Hematocoele*).

Диффузные кровотечения. При кровотечении в брюшную полость, имеющем профузный характер, не должно быть ни малейших колебаний: нужно оперировать, всегда оперировать и оперировать как можно скорее.

Когда большая кровотоцит и когда кровотечение принимает тревожные размеры, следует во что бы то ни стало его остановить.

Я не являюсь сторонником статистик, которые часто говорят именно то, что от них требуется; но в данном случае они слишком красноречивы, чтобы не быть доказательными, что впрочем диктуется простым здравым смыслом. Сестан (*Cestan*), который прекрасно разработал этот вопрос, показал, что в случае отказа от операции смертность наблюдается в 85,8%; между тем оперативное вмешательство дает, наоборот, 84,7% выздоровлений. Следовательно отказ от операции дает умереть как раз тем 85 больным, которые могут быть спасены операцией. Эти изу-

нительные результаты лучше всяких доказательств подсказывают хирургу его долг.

Однако нередко полезно дать больной возможность оправиться от шока, вызванного кровотечением, на чем особенно настаивает Альбертен (Albertin). Многие женщины находятся в состоянии депрессии, которая не соответствует количеству потерянной ими крови. В этом случае приравниваются явления первого порядка, которые и отягчают положение больной. Иногда такие больные от немедленного хирургического вмешательства больше потеряют, чем выиграют; в подобных случаях лучше немного переждать и приступить к операции лишь после того, как больная с помощью всех доступных вам средств немного оправится. Но насколько трудно бывает отличить явления первого порядка от явлений, связанных с кровотечением, понятно само собою. Это вопрос навыка и опыта врача, в книгах этому не научиться. Если больная может быть помещена в условия, где будет за нею постоянное наблюдение, где она каждую минуту может подвергнуться операции, лучше по крайней мере там, где нет явных показаний к неотложному вмешательству, выждать с операцией и приступить к ней, лишь убедившись в том, что состояние больной не улучшается. Состояние пульса имеет в этом отношении решающее значение. Когда пульс част, свыше 100 ударов в минуту, и когда он имеет склонность слабеть, необходимо оперировать тотчас же. Но если под влиянием энергичной терапии, как-то — согревания больной, инъекции эфира, кофеина, камфоры, вливания физиологического раствора, — положение больной заметно улучшается, понятно в этом случае лучше подождать.

Но, когда вопрос об операции принципиально решен, встает другой вопрос, как ее делать. Прежде всего нужно оперировать быстро. В этих операциях, которые делаются на обескровленных, иногда умирающих больных, ценна каждая минута. Продолжительность наркоза, операционный шок оказывают громадное влияние на состояние этих умирающих. Последнее может ухудшиться от самой незначительной причины, и больная, погибающая к концу операции, длившейся полчаса, могла бы быть спасена, если бы операция продолжалась 20 минут.

Я видел больную, которая умерла к концу операции, длившейся лишь 5 минут, начиная от первого взмаха скальпеля и до последнего удара. Правда здесь дело шло о больной весьма обескровленной и почти без пульса. Несколько минут наркоза (эфиром) и операционный шок были достаточны для того, чтобы ее погубить. Это показывает, что потрясения подобного рода не проходят безнаказанно и что их следует всегда сводить до минимума. Тем более, что операционный шок и состояния угнетения, вызываемое наркозом, и тому подобные моменты пропорциональны продолжительности операции и анестезии. Применение спинномозговой анестезии у подобных больных, с пониженным кровяным давлением, весьма опасно.

Выгоднее местная анестезия. Но я склонен предпочитать ей анестезию хлороформом, мгновенную и не вызывающую у больных шока.

Итак, следовательно нужно оперировать быстро, т. е. не терять времени на бессмысленные мероприятия.

Прежде всего разумеется нужно придать большой наклонное положение.

Как только брюшная полость вскрыта разрезом в 12 — 15 см, быстро удаляют всей рукой сгустки, заполняющие малый таз. Как только сгустки удалены целиком, или почти целиком, рука погружается в брюшную полость и отыскивает дно матки и пораженную трубу. Как только последняя найдена, ее извлекают наружу, вылушают и удаляют. Вслед за этим по возможности освобождают брюшную полость от имеющихся там сгустков и зашивают брюшную рану.

Понятно, что такая операция требует не более 5 минут.

Но не всегда операция оказывается такой простой и при отыскании матки и придатков, скрытых в кишечных петлях, в глубине таза, особенно у ожиревших женщин, могут встретиться различные затруднения. Кроме того затруднения могут возникнуть и при распознавании разорванных придатков и при извлечении их в брюшную рану. В этом случае следует действовать очень планомерно; надо ввести на лобковое зеркало, отодвинуть кишечник с помощью компрессов, захватить дно матки и вывести ее вместе с придатками возможно более наружу. Короче говоря, для этой операции нет каких-либо определенных правил. Здесь только может быть больше, чем где-либо, нужно дорожить временем, которого не воротить.

При перемещении больной в горизонтальное положение, если хирург привык накладывать швы именно в таком положении, можно видеть значительное количество кровянистой жидкости, затекающей в брюшную рану. Это — кровь, оставшаяся после удаления сгустков и скопившаяся в области диафрагмы во время нахождения больной в наклонном положении; она устремляется теперь обратно к малому тазу и частично просачивается наружу через брюшную рану.

Не имеет смысла стараться удалить ее всю целиком. Ее следует удалить лишь по мере возможности, сдавливая брюшную стенку с боков. Часть ее, оставшаяся в брюшной полости, всасывается и может иногда даже содействовать выздоровлению больной.

Если имеются какие-либо опасения в смысле инфекции, благоразумно поставить обыкновенный дренаж, и иногда даже дренаж по Милуличу, но обыкновенно в дренировании нет надобности.

После операции больную необходимо согреть, сделать ей впрыскивание эфира, кофеина, камфоры, ввести физиологический раствор через прямую кишку или под кожу; поступая таким образом, можно иногда даже в безнадежных случаях получить изумительные результаты.

Осумкованные кровоизлияния (Hematocoele). При осумкованных кровоизлияниях поведение хирурга гораздо менее ясно, гораздо менее определено и имеется немало случаев, которые являются спорными.

Прежде всего существуют такие осумкованные кровоизлияния, которые являются относительно благоприятными и имеют склонность к самопроизвольному излечению. В таких случаях при назначении больной абсолютного покоя, позаиматочная опухоль мало-помалу уменьшается и наконец совершенно исчезает. Понятно в этих благоприятных случаях от хирургического вмешательства следует воздерживаться.

Надо только оставить больную в постели под постоянным наблюдением, назначив ей очень горячие влагалищные спринцевания, ректальные клизмы и абсолютный покой; и при таком ведении больной нередко наступает самопроизвольное излечение. Но, если исключить эти благоприятные случаи и когда позадматочная опухоль не уменьшается, а даже, напротив, как бы увеличивается, надо немедленно оперировать.

Хирург имеет два пути, которыми он может подойти к таким осумкованным кровоизлияниям: путь *влагалищный* и *брюшной*.

Многочисленные работы показывают, что и тот и другой пути имеют своих сторонников. Этот вопрос заслуживает особого рассмотрения и я считаю самым лучшим процитировать здесь часть своей работы, опубликованной мною в другом месте, которая, мне думается, довольно ясно освещает этот вопрос ¹.

«Разногласия возникают тогда, когда дело касается лечения осумкованных кровоизлияний в точном смысле этого слова. Одни, как напр. Поцци, Рутье, предпочитают исключительно влагалищный путь; Рейнье (Reynier) же, напротив, стоит за чревосечение. Тюффье и Рутье оставляют кольпотомию для осумкованных кровоизлияний в малом тазу, чревосечение же для кровоизлияний, идущих кверху по направлению к брюшной полости. Но если такое разделение может быть сделано к концу нескольких дней, когда все изменения к тому времени более или менее затихают, то установить это в самом начале гораздо труднее, так как невозможно заранее быть уверенным, что кровоизлияние, расположенное сегодня в малом тазу и являющееся вполне подходящим для кольпотомии, не изменит назавтра своих границ под влиянием нового приступа и не распространится в сторону брюшной полости.

«Поэтому я полагаю, что при выборе пути следует прежде всего руководствоваться давностью кровоизлияния и моментом, когда производится обследование. И я охотно предложу правило: вмешиваться через влагалище там, где кровоизлияние давнишнее и приступы прекратились, и производить чревосечение там, где кровоизлияние, напротив, совсем недавнее и где не исключена возможность новых приступов и новых кровоизлияний.

«Когда приступы прекратились, когда кровоизлияние осумковалось и отграничилось от брюшной полости спайками, если оно не велико и больше не увеличивается и следовательно когда кровотечение прекратилось и нет никаких оснований ждать его возобновления, — простая кольпотомия, вскрытие кармана представляет собою слишком легкую, простую, безопасную и действительную операцию, чтобы можно было предпочитать ей какую-либо другую. В бесконечном количестве случаев это вмешательство дает хорошие результаты, и потому я полагаю, что предлагать чревосечение в каждом случае кровоизлияния является лишним, и я убежден, что при всех старых, хорошо отграниченных кровоизлияниях менее рискованно сделать заднюю кольпотомию, чем чревосечение. Понятно может случиться, хотя и очень редко, что какое-нибудь тревожное кровотечение или другое осложнение заставят по-

¹ J. L. Faure. La gynécologie. 16 Juin, 1900, p. 218.

жалеть, что мы не пошли брюшным путем. Но гораздо многочисленнее случаи, где чревосечение может дать непредвиденные, тяжелые и даже смертельные кровотечения, такие, которые не имели бы места, если бы мы благоразумно ограничились простой кольпотомией.

«К тому же при относительно старых кровоизлияниях, хорошо отграниченных от брюшной полости и нуждающихся для излечения лишь в простом влагалищном разрезе, чревосечение может оказаться опасным. Пораженная труба может оказаться запаянной в ложных оболочках, которые ограничивают кровоизлияние и здесь очень нередко могут оказаться спайки с тазом, с тонкими кишками, с прямой кишкой, что делает разделение их трудным и даже опасным. Поэтому я считаю, что здесь выбор не подлежит сомнению. Старые, осумкованные позади-маточные кровоизлияния должны вскрываться через влагалище.

«При недавних кровоизлияниях дело обстоит иначе.

«И действительно здесь неизвестно, да и нет возможности ни узнать, ни увидеть, каково состояние больной трубы и прекратилось ли кровотечение или же еще продолжается. Невозможно также установить в первые дни, отделено ли дно малого таза от брюшной полости плотными спайками, или же, напротив, между сгустками дугласова пространства и брюшной полостью имеется сообщение.

«Здесь следовательно имеется целый ряд неизвестных, которые могут стать причиной тяжелых осложнений. Иногда в результате задней кольпотомии бывают тяжелые, трудно останавливаемые кровотечения. И если Поцци удавалось всегда их останавливать тампонадой, то другие были в этом отношении менее счастливы и Рейнье был вынужден немедленно приступить к чревосечению, чтобы прекратить кровотечение, которое ему не удалось прекратить влагалищным путем.

«Но кровотечение не есть единственное осложнение, которого следует опасаться при производстве кольпотомии в случаях недавних кровоизлияний. Остается еще инфекция, которая в силу анатомических особенностей болезненного очага может пойти дальше и распространиться. Такие случаи нередки и я сам имел несчастье наблюдать их. У одной больной мне пришлось констатировать после кольпотомии инфекционное осложнение, которое не уступило и чревосечению. Вскрытие брюшной полости позволило составить себе ясное представление об этом осложнении и достаточно было заглянуть в малый таз, полный гнилостных сгустков, в которых плавали кишечные петли, чтобы понять, насколько легко может наступить инфекция после разреза влагалища и введения дренажа в эти сгустки, которые или плохо выходят или же образуются снова.

«Другая больная, которой я удалил матку брюшным путем по поводу тяжелой инфекции со стороны придатков, перенесла перед этим кольпотомию по поводу недавнего кровоизлияния. Она чуть не погибла от инфекции, и на основании того тяжелого состояния, в котором я ее оперировал, я считаю себя в праве утверждать, что она без сомнения погибла бы в самый непродолжительный срок. И здесь чревосечение спасло больную от тяжелого положения, наступившего после простой кольпотомии.

«Таким образом разве не очевидно, что в сомнительных случаях, в общем

являющихся наиболее частыми, когда неизвестно в точности, с какими изменениями придется встретиться, когда неизвестна степень поражения придатков, когда неизвестно, продолжается ли кровотечение или прекратилось, ограничены ли сгустки, заполняющие дугласово пространство, барьером из вновь образовавшихся оболочек от брюшной полости, или же, напротив, они находятся в свободном сообщении с последней, разве не очевидно, что чревосечение в этом случае, позволяющее видеть, обследовать и разобраться во всех изменениях и дать немедленное исцеление, является гораздо более совершенной операцией, чем простая кольпотомия?

«К тому же я, по правде сказать, не знаю, какие можно сделать возражения против этой операции. Ведь как часто производят пробные чревосечения при недостаточно выясненных заболеваниях; сколько делают чревосечений при заболеваниях придатков менее серьезных, чем кровоизлияния, при которых известно только, как операция начнется, но никогда неизвестно, как она кончится. Я убежден, что в этом случае лапаротомия не опаснее, чем простая задняя кольпотомия, которая может иногда сопровождаться серьезнейшими осложнениями. Между тем чревосечение дает возможность излечить поражение придатков и нарушения в тазу гораздо более надежно, гораздо более планомерно и в общем гораздо более совершенно».

Конечно в настоящее время, несмотря на все благие соображения, приведенные в этих нескольких строках, правила хирургического вмешательства все более и более сводятся к производству чревосечения, которое позволяет оперировать сознательно, позволяет точно диагностировать, дает возможность произвести операцию соответственно имеющимся изменениям и излечить больных более надежным образом. И кроме того мы далеки теперь от 1900 г., от того времени, когда были написаны эти строки и когда чревосечение было несравненно более опасной операцией, чем в настоящее время.

Эти споры не касаются *инфицированных осумкованных кровоизлияний*, в отношении которых все держится одного общего взгляда. Их нужно вскрывать через задний свод и дренировать через полученное таким образом отверстие. Эта операция, не будучи для больной серьезной, покупает малой ценой почти постоянный успех.

Однако имеются случаи, в которых весьма трудно держаться какого-либо определенного правила. Это случаи, когда весь таз оказывается забитым и вместе с тем больная обнаруживает высокую температуру до 39 — 40°, что бывает весьма нередко, и когда хирург не уверен, имеет ли он здесь дело с осумкованным кровоизлиянием, с накоплением крови в дугласовом пространстве или же с явлениями острого сальпингита, т. е. с процессом острого нагноения. В последнем случае, если дело касается острого сальпингита чревосечение является весьма опасным; такие вирулентные очаги должны быть вскрыты путем кольпотомии.

Образ действий, которого следует держаться в подобных случаях, нам представляется следующим: приготовив все, что требуется для производства по желанию кольпотомии или лапаротомии, больную помещают в положение для кольпотомии. Затем в заднем своде в наиболее

удобной точке производят *пробный прокол* толстой иглой, или же, в случае надобности, делают небольшой надрез. Если вслед за пункцией появляется гной, тотчас же приступают к расширенной кольпотомии; если же, наоборот, появляется кровь, положение больной меняют и, сменив перчатки, приступают к чревосечению, которое производится здесь нередко при наличии сложных изменений, вполне доступных однако осмотру и обследованию.

Итак, при осумкованных не нагноившихся кровоизлияниях следует поступать различно соответственно условиям, которые здесь имеются.

В случаях *давнишних кровоизлияний*, хорошо отграниченных и не очень обширных, когда уже исключены всякие неожиданности, следует пользоваться задней кольпотомией.

При обширных *недавних кровоизлияниях*, где кровоизлияние еще продолжается, или остановка кровотечения остается под сомнением, всегда следует пользоваться чревосечением.

В некоторых исключительных случаях следует пользоваться другим вмешательством соответственно условиям и анатомическим особенностям данного случая. Так например при кровоизлиянии в переднее дугласово пространство можно произвести, как это мне пришлось сделать в двух случаях, переднюю кольпотомию и вскрыть карман, идя между влагалищем и маткой.

Если у больной оказывается вместе с тем двустороннее поражение придатков, точно и надлежащим образом установленное, то может быть показано полное удаление их, которое производится либо со стороны брюшной полости, если заболевание не острое, либо через влагалище, если инфекция свежая и если можно опасаться, что вирулентный характер этой инфекции может отягчить прогноз чревосечения.

В случаях *подбрюшинных кровоизлияний*, появляющихся в результате кровоизлияния в широкую связку и в область клетчатки малого таза, может тоже потребоваться в некоторых, впрочем весьма редких, случаях хирургическое вмешательство.

Когда кровоизлияние инфицировано, его следует вскрывать там, где нагноившийся очаг наиболее доступен и удобен для дальнейшего дренирования. Конечно наиболее удобен влагалищный пугь; но в некоторых случаях более выгодным оказывается разрез в подвздошной области. Наконец в некоторых случаях, где опухоль идет определенно в сторону брюшной полости, показано чревосечение. Но здесь необходимо сделать оговорку, что в этих случаях диагностика всегда сомнительна и производство чревосечения диктуется главным образом наклоном опухоли развиваться по направлению к брюшной полости. Только лишь во время самой операции удается в этом случае констатировать подбрюшинное расположение кровоизлияния.

Оперативная техника этих различных вмешательств не представляет ничего особенного. Задняя кольпотомия абсолютно аналогична той, что была описана выше по поводу тазовых нагноений (стр. 142). Разрез может быть произведен либо поперечно кривыми ножницами на уровне заднего прикрепления влагалища, либо продольно по средней линии

скальпелем. Последний разрез менее кровотоочив, но больше склонен к заращению и хуже дренируется. Вот почему я лично предпочитаю разрез поперечный. Сделав разрез, осторожно удаляют сгустки. Самым лучшим средством для опорожнения кармана является его промывание кипяченой водой. Пользоваться кюреткой здесь следует избегать из опасения повредить ложные оболочки, отграничивающие полость кармана и тем самым вызвать всевозможные осложнения. Дренировать нужно широко, ставя один или, в случае надобности, даже два дренажа, из которых один должен быть крестообразным; если окажется необходимым, во избежание кровотечения вводят тампон из марли.

Все эти влагалищные разрезы чрезвычайно склонны к самостоятельному заращению и потому следует очень тщательно поддерживать дренирование и столь долго, сколько окажется необходимым для полной облитерации позадиаточного кармана. Если решают произвести операцию брюшным путем в случаях недавних и продолжающихся кровоизлияний с незаглохшими явлениями, надо оперировать в тех же условиях, что и при сальпингите.

Как правило кровяной мешок должен быть вскрыт. Не следует пытаться его удалить целиком, так как он повсюду сращен и не может быть выделен, следовательно его нужно лишь вскрыть и удалить имеющиеся в нем кровяные сгустки, оставив его стенку, неровную и приращенную к кишкам и к соседним органам. Удаляют лишь те участки, которые хорошо отделяются. Но никогда не следует пытаться удалить его целиком; это связано с возможностью повреждения внутренних органов и соответственно этому со всякого рода осложнениями. Между тем на это обращается недостаточное внимание. При осумкованных кровоизлияниях может быть легче, чем где бы то ни было, можно повредить кишку при попытке отделить последнюю от новообразованной стенки мешка, содержащего в себе кровяные сгустки.

Это является постоянным камнем преткновения при брюшных операциях и потому лучше всего, вскрыв брюшную полость, отыскать только кровяной мешок и не производить никаких манипуляций над кишечником, который к нему прирапан. Этот мешок нередко распознается по синеватому оттенку свсей стенки. Найдя мешок, его прокалывают и опоражнивают от имеющихся в нем сгустков, не пытаясь удалить его целиком, так как удаление его невозможно и более того бесцельно, поскольку вновь образованные стенки этого мешка в дальнейшем исчезают бесследно.

Освободившись от имеющихся там сгустков, иногда эмбриона и обрывков плаценты, а иногда даже и от плода, удаляют пораженную трубу, разрыв которой явился причиной кровотечения и которая может иметь самые разнообразные повреждения.

Дно малого таза, также выполненное фибринозными наложениями, ложными оболочками и остатками распавшихся кровяных сгустков, بلاгоразумно будет дренировать и дренировать хорошо либо со стороны брюшной раны, либо, если считают более выгодным, через влагалище.

В некоторых особо тревожных случаях с непрекращающейся крово-

точивостью, при острой и угрожающей инфекции, следует воспользоваться дренажем Микулича, которому столько больных обязано жизнью.

Более расширенные операции, которые могут быть вызваны более обширными повреждениями придатков, как-то: двустороннее удаление придатков или удаление матки, должны производиться здесь так же, как и в случаях сальпингоофоритов, соответственно принципам простой и точной оперативной техники, которую я старался изложить в этой книге.

akusher-lib.ru

ПЕРЕЧЕНЬ АВТОРОВ

- Abadie** 36, 121
Adams 82
Adenot 391
Albertin 399
Alexander 81, 82, 88, 89, 98
Alquier 82
Amann 37
Amussat 306
Archambault 135
Auvray 33

Backer-Brown 65
Baldwin 33, 34, 35, 37
Baldy 89, 90, 91
Batthey 353
Louis Bazy 220, 238, 262
Bégouin 113
Beuttner 294, 300, 303, 304
Blanc 153
Bouille 116, 144, 153, 162, 263
Bozeman 55
Braquehay 55, 59, 60, 74
Bumm 325

Cadiz Oyarzum 369
Cestan 398
Chapeyron 229
Chaput 159, 176, 242
Clado 298
Clark 325
De-Cobb 380
Collin 135, 171, 173, 266
Constantini 36, 37
Coryllos P. 174, 335
Cotte 296
Courty 61, 62
Cullen 328
Czerny 96

Dartigues 89, 91, 92, 175, 223, 241, 306,
Dauriac 167
Delage 232
Delageniere 173, 191, 230, 253
Delect 110, 294, 298
Demarquay 39, 153
Le Dentu 74, 85

Descomps 23, 27, 28, 30, 341
Dieffenbach 38
Doléris 43, 45, 84, 93, 94, 95, 96, 104, 105,
 106, 108, 110, 111, 115, 123, 141
Douay 144, 145, 146, 149,
Douglas 12, 13, 15, 18, 24, 25, 26, 33,
 35, 36, 111, 112, 131, 154
Doyen 167, 172, 173, 174, 176, 244, 245,
 246, 247, 253, 263, 268, 271, 286, 288,
 290, 291, 315, 362
Dreyfuss 33
Duboué 56
Dudley 79, 89, 89, 92, 98, 294
Duhrssen 85, 116
Dupont 296
Dupuytren 359
Duret 127
Duval 110, 111
Duvergy 108

Emmet 38, 49, 108

Faure J. L. 167, 168, 170, 171, 172, 174,
 201, 202, 203, 229, 233, 265, 290, 293,
 299, 334, 353, 401
Fergusson 56, 59, 60, 74
Forgue 144
Forgues E. 328
Le Fort 38, 113
Fredet 27
Fresson 126, 131
Freund 117, 244, 252
Fritsch 74, 116

Galli 58, 60
Giordano 328
Goinard 36
Gosset 167, 174, 175
Gouilloud 153, 159, 329
Guelliot 135, 137
Guillemeau 39
Guyot 167

Hallopeau 296
Hartmann 143, 159
Hegar 38, 42, 46, 47, 48, 51, 105, 108,

136, 138, 147
Henle 27
Houzel 141

Jmbert 173, 369
Jaboulay 296
Jaccbs 117, 263
Jalaguler 180
Jayle 359
Jonnesco 97, 328, 350

Kaltenbach 96
Kelly Howard A. 24, 152, 159, 203, 216,
219, 220, 224, 225, 226, 227, 228, 229,
246, 248, 253, 255, 260, 262, 263, 294,
299, 302, 312, 314, 315, 318, 383, 391
Koecher 170
Koecherlé 95
Koehrer 126
Küstner 126, 181

Lamballe Jobert de 55
Landau 263
Lanelongue 108, 109
Langenbeck 38
Laroyenne 153, 157
Laskho 333
Latarget 296
Lawson-Tait 42, 44, 46, 50, 52, 75, 105,
152, 163
Lecène 26, 198, 302, 345
Legueu 96, 117, 284, 290, 294, 298, 301
Lejars 103, 104
Leriche 296
Lhermitte 296

Mackenrodt 85, 116, 309
Maghalacs 368
Maisonneuve 64
Mangin 159, 160
Marckwald 143, 147
Marion 38, 55, 60, 72, 74, 112
Marquest 92
Martel T. de 220, 237, 238, 262
Martin 107, 108, 295, 298
Mathieu 167, 265
Maurer A. 332
Menzel 38
Michel 171, 190, 195, 197, 239, 329,
352
Mikulicz 191, 192, 196, 239, 243, 294,
352, 353, 355, 356, 357, 358, 359, 360,
361, 362, 363, 364, 366, 367, 368, 377,
378, 379, 381, 383, 400, 406
Morely 153, 159
Meri 35
Moriani 126
Motte de la 38
Müller 282, 283, 284, 285, 288, 189,
290, 291

Mundé 204, 298
Muscaux 135, 171, 205, 219, 250, 313,
333, 348

Negri 396]
Nélaton 161, 169, 329, 388
Nucki 83

Oui 126

Quénu 116, 203, 282, 283, 284, 285, 290,
287, 288, 289, 290, 291, 391
Quervain 167

Pantaloni 167
Pauchet 391
Péan 151, 152, 163, 167, 263, 285, 286,
287, 288, 290, 291, 387
Peiser 328
Périer 62
Pfannenstiel 173, 181, 183, 184, 192, 186
Piccoli 126
Pichevin 85, 136, 290
Pieri 369
Pinard 392, 393, 394, 395, 398
Pelk 294, 298
Polliessen A. 328, 329, 341, 378
Ponceb 37
Potocki 395, 396
Poucy 144, 145
Pozzi 44, 51, 53, 80, 96, 116, 147, 148,
149, 163, 263, 294, 299, 395, 401, 402
Proust 110, 111, 142, 332, 333

Ranson 391
Rapin 181, 386
Rastcuil 60
Récamier 152
Reclus 263
Reed 79
Rénou 35
Reverdin 172, 241
Reynier 159, 401, 492
Ricard 56, 59, 173, 219, 262
Richelot 148, 152, 263, 311
Richt 38
Ries 328, 378
Rodriguez 159
Reger 293
Rechuysen 55
Resenblat 159
Reslet 296
Rouffart 264
Rentier 263, 395, 401
Roux 38, 296
Roze 64
Ruggi 89
Rumpf 328
Routier de 395

Sänger 38
Santoro G. 328, 360
Saucerotte 38
Sauvé 368
Sava 126
Savariaud 113
Schauta 119, 121, 290, 318, 371, 377
Schroeder 101, 140, 141, 142, 143, 294,
Schubert 37
Schuckardt 290, 291, 320
Schwartz A. 35, 36
Segond 84, 125, 163, 181, 239, 244, 246,
247, 248, 253, 263, 266, 286, 287, 288,
289, 291, 297, 309, 310, 315, 316, 384,
392, 394, 395, 397
Simon 38, 46, 48, 49, 50, 143, 147
Sims 38, 60, 74, 95, 136, 138
Siredey F. 136, 138
Smellie 38
Черныев 37
Spinelli 126
Sturmdorf 144
Terrier 96, 152, 163, 203, 228, 229, 230,
232, 234, 256, 258, 260, 261, 263, 294,
328
Terrillon 163
Thiersch 33
Thiriart 79
Trendelenburg 62, 163, 164
Tuffier 159, 191, 294, 401
Vacher 173, 174
Velpeau 152
Verneuil 58, 73
Villar 228, 232
Villeneuve 97
Vincent 159
Violet 380
Vittel 63
Wertheim 118, 173, 328, 329, 330, 352, 378
Werth 393
Wylie 89, 90

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

- Abrasio.** Осложнения. Стр. 139
Ампутация шейки при метритах. Рис. 156 — 172, стр. 139 — 145
— при раке, стр. 316
Анатомия брюшной стенки. Рис. 1 — 2, стр. 10 — 11
— брюшной полости. Рис. 3, стр. 12
— дна таза. Рис. 9 — 10, стр. 18—19
— малого таза. Рис. 4 — 8, стр. 13—17
— матки, стр. 9
— оперативная женской половой сферы. Рис. 1 — 24, стр. 9 — 31
— патологическая свищей пузырных, пузырно-влагалищных и пузырно-маточных. Рис. 48, стр. 54 — 55
Аномалии половой сферы Рис. 25—28, стр. 33 — 35
Art. hypogastrica. Рис. 20 — 21, стр. 28 — 29
— — перевязка ее. Рис. 332 — 333, стр. 331 — 332
— *fig. rotundi.* Стр. 25
— *ovarica,* стр. 27
— *uterina.* Рис. 10 — 24, стр. 19 — 31
— *vaginalis,* стр. 31
Атрезия матки. Стр. 147
Атрофия врожденная шейки матки. Стр. 149
Беременность внематочная. Стр. 392 — 406
— — кровотечения при ней. Стр. 399
— — лапаротомия при ней. Стр. 396
Брюшная полость. Анатомия. Рис. 3, стр. 12
— стенка. Анатомия. Рис. 1 — 2, стр. 10 — 11
— — Разрезы ее. Рис. 213 — 217, стр. 178 — 183
Vagino-fixatio. Рис. 84 — 87, стр. 86 — 91
Венозное сплетение широких связок. Рис. 11, стр. 20 — 25
Внематочная беременность. Стр. 392 — 406
Влагалище. Закрытие его. Рис. 124—127, стр. 112 — 115
— разрезы при кольпитомии. Рис. 180 — 182, стр. 153 — 155
Влагалище. Свищи. Рис. 48 — 75, стр. 55 — 77
— — Способ отделения. Рис. 259, 287 — 288, 322, 360 — 363, стр. 248, 270 — 272, 319, 371 — 374
Внутреннее исследование. Стр. 32
Воспаление придатков. Абдоминальная гистеректомия. Рис. 226 — 269, стр. 206 — 263
— — операции. Рис. 219 — 313, стр. 187 — 305
Воспаления околоматочные. Рис. 179 — 183, стр. 153 — 158
Выворот матки. Рис. 135 — 144, стр. 126 — 134
— — Влагалищное удаление матки. Стр. 134
Выпадения матки. Рис. 99 — 134, стр. 99 — 124
— — Удаление матки. Стр. 100 — 101, 117
— — Гистеропексия. Рис. 95 — 96, 128 — 134, стр. 95 — 96, 117 — 124
— — Кольпоэктомия. Стр. 114
Выскабливание. Рис. 145 — 154, стр. 135 — 138
— — Осложнения при выскабливании. Стр. 139
Haematocoele. Стр. 398 — 400
Гипертрофия шейки. Стр. 149
Гистеректомия. См. *Hysterectomy*
Hysterectomy при раке шейки. Рис. 330 — 352, стр. 330 — 355
Hysterectomy abdominalis. Показания. Стр. 253 — 263
— — при воспалительных процессах придатков. Рис. 226 — 269, стр. 206 — 262
— — при выпадении матки. Стр. 99 101, 117
— — — при раке шейки. Рис. 322 —

364, стр. 317 — 376
— — при фибромиомах. Стр. 304
Hysterectomia abdominalis subtotalis.
Рис. 226 — 254, стр. 206 — 242, 311
— — методом поперечного отсе-
чения (Желли). Рис. 238 — 244, 264,
стр. 221 — 227, 257
— — — методом переднего и заднего
отсечения матки. Рис. 226 — 237, 263,
268, 269, стр. 206 — 218, 256, 261, 269,
312
— — — методом предварительного
отсечения матки (Террье). Рис. 245,
246, 265, стр. 229 — 258, 256
— — — методом рассечения матки по-
лолам (Фор). Рис. 247 — 252, 266,
269, стр. 231 — 237, 259, 262
— — — при фибромиомах. Стр. 312
Hysterectomia abdominalis totalis методы
Doyen'a, Kelly-Segond'a, Freund'a. Рис.
255 — 262, стр. 244 — 251
— — — методом рассечения матки
пополам. Рис. 263 — 262, стр. 249 —
251
— — — при фибромиомах. Стр. 312
Hysterectomia vaginalis. Рис. 270 — 308,
322 — 329, стр. 265 — 300, 319 — 327
— — — методом кускования. Стр. 308
— — — методом рассечения матки попо-
лам. Рис. 291 — 300, стр. 275 —
287
— — — методом Doyen'a. Рис. 287 —
295, стр. 270 — 281
— — — методом J. L. Faure'a. Рис. 304,
стр. 290
— — — методом Müller-Quén'a. Рис.
297 — 300, стр. 284 — 287
— — — методом Réan'a. Рис. 311, стр.
288
— — — методом Segond'a. Рис. 312 —
313, стр. 289
— — — при вывороте матки. Стр. 134
— — — при выпадениях. Стр. 93 — 99,
117
— — — при тазовых положениях. Рис.
270 — 304, стр. 265 — 290
— — — при фибромиомах. Стр. 315
Hysterectomia-perineo-vaginalis при раке
шейки. Рис. 322 — 329, стр. 219 —
327, 377
Гистерометр см. *Hysterometr*.
Hysterometr. Рис. 151, 273, стр. 138, 267
Hysteropexia. Рис. 95 — 96, 128 — 134,
стр. 96, 117 — 124
Гнойник позаднеяичниковый. Рис. 179, стр.
153
Деформация шейки матки. Рис. 175 — 177,
стр. 148 — 149
Дизменоррея. Стр. 147

Дно матки. Стр. 9
— таз. Анатомия. Рис. 9 — 10, стр.
18 — 19
Дренаж влагалищный и брюшной. Рис.
220 — 221, 353 — 359, стр. 192 — 193,
350 — 357
— Микулича. Рис. 353 — 359, стр.
360 — 367
Дугласово пространство. Стр. 13 — 18
З
Зжимы. Рис. 192 — 201, 274, 278 —
283, 317 — 321, 330, 368, стр. 170 —
172, 267, 268, 310, 330, 387
Зеркала. Рис. 147 — 150, 205 — 210,
271 — 272, стр. 137 — 138, 173 —
176, 267
— Dartigues. Рис. 210, стр. 176
— Doyen'a. Рис. 206, стр. 174
— J. L. Faure-Coryllos. Рис. 207, 208,
271 — 272, стр. 74 — 175, 267
— Gosset. Рис. 209, стр. 175
— A. Pollosson. Рис. 340 — 341, стр.
341
Зонд желобоватый Nélaton'a. Рис. 190,
стр. 169
— маточный. Рис. 151, 273, стр. 138,
267
Иглы. Рис. 202 — 204, стр. 172 — 173
Иглицеобразные яичников. Стр. 299
Инструменты. Рис. 145 — 154, 186 — 212,
270 — 286, 314 — 321, 330 — 331, 340 —
341, 356 — 359, стр. 136 — 138,
167 — 177, 265 — 269, 309 — 310,
330, 341, 364 — 367
К
Кистеризация труб. Стр. 298
Кисты яичников. Вшивание в рану брюш-
ной стенки. Рис. 371, стр. 390
— — Оваритомия при них. Рис.
365 — 371, стр. 385 — 390
— — Шрашения при них. Рис. 370,
стр. 388
Кишечник. Нейроходимость. Стр. 392
— Свищи. Стр. 73 — 78
Клиновидное иссечение дна матки. Рис.
311 — 313, стр. 303 — 305
Клиновидная гистеректомия. Рис. 97 —
98, стр. 98
Colpocleisis. Рис. 59 — 60, стр. 65
Colpo-hysterectomia perineo-vaginalis.
Рис. 322 — 329, стр. 319 — 327, 377
Colpoperineoplastica. Рис. 31 — 47, 101 —
123, стр. 42 — 51, 102 — 111
Colpotomia. Рис. 179 — 183, стр. 153 —
158, 403 — 404
Кровонзлияния осужкованные. Стр. 400,
404
Кровотечение при внематочной беремен-
ности. Стр. 398

- Кускование матки. Рис. 301, стр. 288, 308
- Кетгутовые швы. Рис. 222 — 224. Стр. 184 — 196
- Кюретки. Рис. 145 — 146, стр. 136
- Ламинарин. Рис. 155, стр. 138
- Ланаростат. Рис. 210, стр. 176
- Лапаротомия. Стр. 162
— Общая техника. Стр. 163 — 184
— при внематочной беременности. Стр. 392 — 398
- Ligamentorexia. Рис. 92 — 94, стр. 93 — 95
- Лимфатические сосуды матки. Рис. 12, стр. 21
- Малый таз. Анатомия. Рис. 4 — 8, стр. 13 — 17
- Марсуализация кист. Рис. 371, стр. 390
- Матка. Ампутация ее. Рис. 146 — 174, стр. 140 — 146, 316
— Анатомия ее. Стр. 9
— Атрезия. Рис. 175 — 178, стр. 148 — 149
— Выворот ее. Рис. 135 — 144, стр. 126 — 134
— Гистеректомия. Рис. 226 — 269, 287 — 304, 322 — 364, стр. 206 — 262, 270 — 299, 319 — 376
— Гипертрофия шейки. Стр. 149
— Клиновидное сечение ее. Рис. 311 — 313, стр. 303 — 305
— Кускование ее. Рис. 301, стр. 288, 287, 308
— Лимфатические сосуды. Рис. 12, стр. 21
— Метод рассечения ее пополам. Рис. 247 — 252, 260 — 262, 266, 269, 291 — 292, 297 — 300, стр. 231 — 237, 249 — 251, 259, 262, 275 — 276, 284 — 287
— Неправильные положения. Рис. 76 — 98, стр. 79 — 98
— Отношение ее к мочеточнику и к маточной артерии. Рис. 13 — 19, стр. 22 — 25
— Перфорация ее. Стр. 139
— Пороки развития. Рис. 175 — 178, стр. 148 — 149
— Свищи. Рис. 48 — 58, стр. 55 — 63
— Способ переднего и заднего отсечения ее. Рис. 226 — 237, 263 — 265, 268, 269, стр. 206 — 218, 256 — 258, 261 — 262
- Матка. Стоматоластика. Рис. 175 — 178, стр. 148 — 149
— Фибромиомы. Стр. 304
— Оперативное лечение рака. Рис. 322 — 363, стр. 319 — 374
- Метод американский при зашивании свищей. Рис. 49 — 50, стр. 56 — 57
- выдавливающая труб. Стр. 298
— рассечения матки пополам. Рис. 247 — 252, 260 — 262, 266 — 267, 269, 291, 297 — 300, стр. 231 — 237, 249 — 251, 259 — 260, 262, 275, 284 — 287
— р-яслония. Рис. 52 — 53, 61 — 63, 74 — 75, стр. 58 — 59, 67 — 68, 77
- Метриды. Оперативное лечение. Рис. 145 — 174, стр. 136 — 146
- M. levator ani. Рис. 121 — 123, стр. 110 — 111
- Мочеточник. Его отношение к маточной артерии и шейке. Рис. 13 — 19, стр. 22 — 25
— Свищи. Рис. 64 — 70, стр. 69 — 72
- Megacystomia. Стр. 305 — 306
- Myorrhaphia m. levatoris ani. Рис. 121 — 123, стр. 110 — 111
- Нагноения тазовые. Рис. 179 — 183, стр. 153 — 158
— — Благотворная гистеректомия при них. Рис. 270 — 304, стр. 265 — 290
— — Оперативное лечение. Рис. 179 — 183, стр. 153 — 158
- Неправильные положения матки. Рис. 76 — 98, стр. 79 — 98
- Непроходимость кишек. Стр. 391
- Ножницы. Рис. 188 — 189, 276 — 277, 316, стр. 169, 267 — 268, 310
- Ovariectomy. Рис. 365 — 371, стр. 385 — 390
- Оперативная анатомия. Рис. 1 — 24, стр. 10 — 31
- Операция Alexander'a. Рис. 80 — 83, стр. 81 — 84
— Baldwin'a. Рис. 25 — 28, стр. 33 — 36
— Beuttner'a. Рис. 311 — 313, стр. 303 — 305
— Dudley. Рис. 76 — 79, стр. 79 — 80
— Freund и Wertheim'a. Рис. 128, стр. 117
— консервативные на придатках. Рис. 308 — 313, стр. 300 — 305
— при воспалении матки и придатков. Рис. 219 — 313, стр. 187 — 305
— на свищах. Рис. 49 — 73, стр. 56 — 76
— на связках. Рис. 80 — 83, 88 — 94, стр. 81 — 83, 88 — 95
— Schauta. Рис. 129 — 134, стр. 118 — 124
- Осложнения при выскабливании. Стр. 139
- Perineorrhaphia. Рис. 31 — 47, 111 — 123, стр. 42 — 51, 106 — 111
- Перитонизация. Рис. 254, стр. 242
- Перчатки Chaput. Рис. 211 — 212, стр. 177

- Перфорация матки. Стр. 139
- Плацента. Удаление ее при внематочной беременности. Стр. 394
- Plexus hypogastricus. Рис. 335, стр. 297
- Plexus spermaticus. Рис. 335, стр. 297
- Положения неправильные матки. Рис. 76 — 93 стр. 7) — 93
- Положение Trendelenbourg'a. Рис. 184 — 185, стр. 165 — 163
- Пороки развития матки, влагалища. Рис. 25 — 23, 175 — 178, стр. 33 — 36, 143 — 149
- Придатки. Консервативные операции на них. Рис. 308 — 313, стр. 309 — 305 — Удаление их. Рис. 219, стр. 137
- Промежностные разрывы. Рис. 29 — 47, стр. 33 — 51
- Прямая кишка. Отделение ее. Рис. 325 — 326, стр. 323 — 324 — — Свищи. Рис. 71 — 75, стр. 74 — 77
- Пузырь. Отделение его. Рис. 289, 324 — 325, 339, стр. 273, 322—323, 341 — — Свищи его. Рис. 43—50. Стр. 55 — 65
- Разделение сращений. Стр. 297
- Разрез брюшной стенки. Рис. 214 — 217, стр. 180 — 183 — — влагалища. Рис. 179 — 183, стр. 153 — 158 — — по Pfannenstiel'ю. Рис. 215 — 218, стр. 181 — 184
- Разрывы промежностные. Рис. 29 — 47, стр. 33 — 51 — — промежностные неполные. Рис. 291, 31 — 39, стр. 33, 42 — 47 — — полные. Рис. 291, б, 4) — 47, стр. 33, 43 — 51 — — давние. Стр. 40 — 41
- Рак матки. Статистика. Стр. 373 — 330 — — Оперативное лечение. Рис. 322 — 364, стр. 319 — 376 — — тела. Стр. 332 — — шейки матки. Ампуляция шейки при ней. Стр. 316 — — — Гистерэктомия. Рис. 322 — 364, стр. 319 — 376
- Рак шейки матки. Гистерэктомия брюшно-влагалищная. Рис. 359 — 354, стр. 371 — 376, 378 — — — промежностно-влагалищная. Рис. 322 — 329, стр. 319 — 327
- Расширения Hegar'a. Рис. 154, стр. 133 — Simz и F. Siready. Рис. 152 — 153, стр. 133
- Резекция яичников. Рис. 310, стр. 302
- Регенерация матки. Оперативное лечение. Рис. 80) — 93, стр. 81 — 93
- «Salpingo-ovario-sinfese». Стр. 203
- Сальпингооофориты. Оперативное лечение их. Рис. 175 — 178, стр. 148—149
- Salpingorexia. Рис. 308 — 309. Стр. 300—301
- Salpingostomia. Стр. 298
- Свищи. Рис. 48 — 75, стр. 55 — 77 — — влагалища. Рис. 48 — 75, стр. 55 — 77 — — Метод американский при зашивающих их. Рис. 49 — 53, стр. 56 — 59 — — Метод расслоения. Рис. 61 — 63, 52 — 56, 74 — 75, стр. 67 — 68, 58 — 56, 77 — — каловые. Рис. 71 — 75, стр. 74—77 — — кишечника. Стр. 77 — 78 — — матки. Рис. 48—58, стр. 55 — 63 — — матчевые. Рис. 48 — 70, стр. 55—72 — — мочеочаечников. Рис. 64 — 70, стр. 69 — 72 — — мочеочаечничко-маточные. Стр. 67 — — Способы оживления. Рис. 49 — 51, 59 — 69, стр. 56 — 58 — — Патологическая анатомия. Рис. 48, стр. 55 — — половой сферы. Рис. 48 — 75, стр. 55 — 77 — — пузыря. Рис. 48 — 60, стр. 55—65 — — прямой кишки. Рис. 71 — 75, стр. 74 — 77 — — энтеро-вагинальные. Стр. 77 — 78 — — уретры. Рис. 48, 61 — 63, стр. 55, 67 — 68 — — Оперативное лечение. Рис. 49 — 75, стр. 56 — 77, 63 — 67, 69 — 72, 75 — 77, 78 — 80
- Связки крестцовые. Стр. 25 — 26 — — круглые. Стр. 12, 25, 27 — — операции на них. Рис. 80 — 83, 83 — 94, стр. 81 — 84, 89 — 95 — — широкие. Стр. 9, 25 — — — возное сплетение. Рис. 11, стр. 2), 27 — — укорочение их. Рис. 80 — 83, 88 — 91, стр. 81 — 84, 90 — 95
- Скьютели. Рис. 284—285, 314, стр. 268, 239, 309
- Скьютки Мишеля. Рис. 223 — 225, стр. 195 — 197
- Словоз Buddy-Dartigues. Рис. 90 — 91, стр. 90 — 91 — — Courty. Рис. 57, стр. 62 — — Doléris. Рис. 92 — 94, 109 — 114, 163, стр. 93 — 95, 105 — 107, 142 — — Douay-Pozzi. Рис. 178, стр. 149 — — Douay-Sturmdorf. Рис. 172 — 174, стр. 145 — 146 — — Douen'a. Рис. 255 — 257, 287—296, стр. 244 — 246, 270 — 281 — — Dudley. Рис. 89, 76 — 79, стр. 91, 79 — 80

Способ Emmet'a. Рис. 44 — 45, стр. 50, 108
— J. L. Faure'a. Рис. 226 — 237, 247 — 252, 266—267, 269, 304, стр. 206 — 218, 231 — 237, 259 — 260, 262, 290
— Fergüsson-Braquehaue. Рис. 54 — 55, стр. 59
— Freund'a. Рис. 128, стр. 117
— Hartmann'a. Рис. 166 — 167, стр. 143
— Hegar'a. Рис. 31 — 34, стр. 42—45
— Howard A. Kelly. Рис. 238 — 244, 264, стр. 221 — 227, 257
— Kelly-Segond'a. Рис. 258 — 259, стр. 247 — 248
— Lanelonque'a. Рис. 118 — 120, стр. 108 — 109
— Lawson-Tait'a. Рис. 35 — 38, стр. 46 — 47
— Le Dentu. Рис. 71 — 73, стр. 74 — 76
— Le Forta. Рис. 124 — 127, стр. 112—115
— Legueu. Рис. 96, стр. 96
— Marion'a. стр. 112
— Martin'a. Рис. 115—117, стр. 107—108
— Müller-Quénu. Рис. 297 — 300, стр. 284 — 286
— Réan'a. Рис. 301, стр. 288
— Poucy. Рис. 171, стр. 144
— Pozzi. Рис. 175 — 178, стр. 148 — 149
— Schroeder'a. Рис. 156 — 162, стр. 140 — 142
— Segond'a. Рис. 302 — 303, стр. 289
— Simon-Hegar'a. Рис. 40 — 43, стр. 44 — 45, 48 — 49
— Simon-Marckwald'a. Рис. 168 — 170, стр. 143 — 144
— Sturm Dorf'a. Рис. 172 — 173, стр. 145 — 146
— Terrier. Рис. 95, 245 — 246, 265, стр. 96, 229 — 230, 258
— Wylie. Рис. 88, стр. 90
Стеноз шейки. Рис. 175 — 178, стр. 148 — 149
Столы операционные. Рис. 186 — 187, 270, стр. 167 — 168, 265
Стоматопластика. Рис. 175 — 178, стр. 148 — 149
Сращения кист. Рис. 370, стр. 388
— матки и придатков. Стр. 203

Тело матки. Рак его. Стр. 382 — 383
Троакар для кист. Рис. 367, стр. 386
Трубы. Стр. 9
— Выдавливание их. Стр. 298
— Катетеризация их. Стр. 298
— Резекция их. Рис. 310, стр. 302, 310
Укорочение связок. Рис. 80 — 83, 88 — 94, стр. 81 — 84, 90 — 95
Уретра. Свищи. Рис. 61 — 63, стр. 67 — 68
Уретропластика. Рис. 61—63, стр. 67—68
Фибромиомы матки. Стр. 304 — 315
— — Абдоминальная гистеректомия при них. Стр. 311
— — Влагалищная миомектомия. Стр. 305 — 306
— — Надвлагалищная гистеректомия. Стр. 311
— — Метод кускования. Стр. 308
— — Операции при них. Рис. 314 — 321, стр. 309 — 310
— — Полная гистеректомия. Стр. 312
Швы кетгутовые. Рис. 222 — 225, стр. 194 — 197
Шейка матки. Ампутация ее при метритах. Рис. 156 — 174, стр. 140 — 146
— — Ампутация при раке. Стр. 316
— — Атрезия. Стр. 147 — 149
— — Гипертрофия. Стр. 149
— — Коническое иссечение при метритах. Рис. 171 — 174, стр. 144 — 146
— — Отношение к мочеточнику и к маточной артерии. Рис. 13 — 18, стр. 22 — 25
— — Стенозы. Рис. 175 — 178, стр. 148 — 149
— — Стоматопластика. Рис. 175 — 178, стр. 148 — 149
Штопор Albertina. Стр. 309
— Segond'a. Рис. 286, 320, стр. 269, 310
Экстирпация придатков. Рис. 219—311, стр. 163, 187 — 303
Элитротомия. Стр. 398
Episiorrhaphia. Стр. 64
Яичники. Стр. 10