

РУКОВОДСТВО

къ

ЧАСТНОЙ ПАТОЛОГИИ И ТЕРАПИИ

составленное

проф. Гейгелемъ въ Вюрцбургъ, проф. Гиртомъ въ Бреславль, д-ромъ Меркелемъ въ Нюрнбергъ, проф. Либермейстеромъ въ Тюбингенъ, покойн. проф. Лебертомъ въ Веве, д-ромъ Генншомъ въ Грейфсвальдъ, проф. Томасомъ въ Фрейбургъ, д-ромъ Ригелемъ въ Кельнъ, д-ромъ Куршманномъ въ Берлинъ, проф. Гейбнеромъ въ Лейпцигъ, проф. Эртелемъ въ Мюнхенъ, проф. Шрётеромъ въ Вьенъ, проф. Веймлеромъ въ Фрейбургъ, проф. Геллеромъ въ Киль, проф. Боллингеромъ въ Мюнхенъ, проф. Вёмомъ въ Деритъ, проф. Науниномъ въ Кенигсбергъ, проф. Вёкомъ въ Мюнхенъ, проф. Вауэромъ въ Мюнхенъ, д-ромъ Френкелемъ въ Берлинъ, проф. Цимссеномъ въ Мюнхенъ, покойн. проф. Штейнеромъ въ Прагъ, д-ромъ Штеффеномъ въ Штеттинъ, проф. Френцелемъ въ Берлинъ, проф. Юргенсономъ въ Тюбингенъ, проф. Герцомъ въ Амстердамъ, проф. Рюде въ Боннъ, проф. Риндфлейшемъ въ Вюрцбургъ, проф. Розенштейномъ въ Лейденъ, проф. Квинке въ Бернъ, проф. Фогелемъ въ Деритъ, проф. Вагнеромъ въ Лейпцигъ, проф. Ценкеромъ въ Эрлангенъ, проф. Лейбе въ Эрлангенъ, покойн. проф. Вендтомъ въ Лейпцигъ, проф. Лейхтенштерномъ въ Тюбингенъ, проф. Тирфельдеромъ въ Раштокъ, проф. Понфикомъ въ Геттингенъ, проф. Шюпелемъ въ Тюбингенъ, проф. Фридрихомъ въ Гейдельбергъ, проф. Мозлеромъ въ Грейфсвальдъ, покойн. проф. Вартелисомъ въ Киль, проф. Эбштейномъ въ Геттингенъ, проф. Зейцемъ въ Гиссенъ, проф. Шрёдеромъ въ Берлинъ, проф. Нотнагелемъ въ Иенъ, проф. Гугениномъ въ Цюрихъ, проф. Гицигомъ въ Цюрихъ, проф. Оберниромъ въ Боннъ, проф. Куссмаулемъ въ Страсбургъ, проф. Эрбомъ въ Гейдельбергъ, проф. Эйленбургомъ въ Грейфсвальдъ, проф. Сенаторомъ въ Берлинъ, проф. Иммерманномъ въ Базель, д-ромъ Цюльцеромъ въ Берлинъ, проф. Жолли въ Страсбургъ, д-ромъ Вирхъ-Гиршфельдомъ въ Дрезденъ и д-ромъ Шюле въ Илленау

подъ редакціей

Доктора Г. Цимссена,

профессора клинической медицины въ Мюнхенъ.

ТОМЪ ДЕСЯТЫЙ.

БОЛЕЗНИ ЖЕНСКИХЪ ПОЛОВЫХЪ ОРГАНОВЪ.

ДОКТОРА КАРЛА ШРЁДЕРА,

профессора гинекологіи въ Берлинъ.

Перевелъ съ 3-го изданія Д. Г. ФРИДБЕРГЪ.

ХАРЬКОВЪ.
ИЗДАНИЕ ВРАЧА Б. ХАВКИНА.

1879.

ВЫШЕЛЪ ВЪ СВѢТЪ:

КУРСЪ АКУШЕРСТВА

ординарнаго профессора и директора клиники акушерской и женскихъ болѣзней при Императорскомъ Харьковскомъ Университетѣ,

И. ЛАЗАРЕВИЧА.

Харьковъ 1879 г.

Въ первой части этого сочиненія, напечатанной въ 1877 году, заключается: анатомія и физиологія женскихъ дѣтородныхъ органовъ; физиологія и гигиена беременности, родовъ и послѣродового времени.

Во второй части помѣщены: патологія беременности и родовъ; акушерскія операціи; патологія послѣродового времени; предисловіе, введе-ніе и оглавленіе.

При составленіи этого курса имѣлось въ виду: строго научное и ясное изложеніе родовспомогательной науки; руководство въ примѣненіи знанія къ дѣлу при акушерской практикѣ, проистекающее изъ тщательнаго изученія всего, что представляетъ современная наука и что выработано самимъ авторомъ въ теченіи его двадцатипятилѣтней дѣятельности въ университетской клиникѣ и въ частной практикѣ.

Во многихъ мѣстахъ курса приведены краткія описанія замѣчательныхъ случаевъ изъ клинической и частной практики.

Приведены по отдѣльнымъ статьямъ, въ хронологическомъ порядкѣ, обширныя литературныя указанія.

Въ текстѣ помѣщено 363 рисунка, изъ которыхъ 268 оригинальныхъ.

Чтобы изданіе вышло удовлетворительнымъ, авторъ, съ своей стороны, употребилъ всѣ средства.

Книга напечатана въ типографіи г. Зильберберга, въ Харьковѣ, и по изяществу не уступаетъ лучшимъ столичнымъ и иностраннымъ медицинскимъ изданіямъ.

Цѣна за все сочиненіе 7 р., а съ пересылкою 7 р. 50 коп. Цѣна одной второй части 4 р., а съ пересылкою 4 р. 25 коп.

Съ требованіемъ можно обращаться къ автору: Ивану Павловичу Лазаревичу, въ г. Харьковѣ, противъ Университетскаго сада, въ собственнѣйшую долѣ.

Печатается: Вальденбургъ и Симонъ. Руководство къ общей и частной рецептурѣ. Переводъ съ 9-го изданія.

РУКОВОДСТВО

къ

ЧАСТНОЙ ПАТОЛОГИИ И ТЕРАПИИ

составленное

проф. Гейцелемъ въ Бюрцбургъ, проф. Гиртомъ въ Бреславль, д-ромъ Меркелемъ въ Нюрнбергъ, проф. Либермейстеромъ въ Тюбингенъ, покойн. проф. Лебертомъ въ Веве, д-ромъ Генишемъ въ Грейфсвальдъ, проф. Томасомъ въ Фрейбургъ, д-ромъ Ригелемъ въ Кельнъ, д-ромъ Куршманномъ въ Берлинъ, проф. Гейбнеромъ въ Лейпцигъ, проф. Эртелемъ въ Мюнхенъ, проф. Шрётеромъ въ Вьенъ, проф. Веймлеромъ въ Фрейбургъ, проф. Геллеромъ въ Киль, проф. Воллингеромъ въ Мюнхенъ, проф. Вёмомъ въ Дерптъ, проф. Науниномъ въ Кенигсбергъ, проф. Вёкомъ въ Мюнхенъ, проф. Вауэромъ въ Мюнхенъ, д-ромъ Френкелемъ въ Берлинъ, проф. Цимсеномъ въ Мюнхенъ, покойн. проф. Штейнеромъ въ Прагъ, д-ромъ Штеффеномъ въ Штеттинъ, проф. Френцелемъ въ Берлинъ, проф. Юргенсеномъ въ Тюбингенъ, проф. Герцомъ въ Амстердамъ, проф. Рюле въ Боннъ, проф. Риндфлейшемъ въ Бюрцбургъ, проф. Розентейномъ въ Лейденъ, проф. Квинке въ Бернъ, проф. Фогелемъ въ Дерптъ, проф. Вагнеромъ въ Лейпцигъ, проф. Ценкеромъ въ Эрлангенъ, проф. Лейбе въ Эрлангенъ, покойн. проф. Вендтомъ въ Лейпцигъ, проф. Лейхтенштерномъ въ Тюбингенъ, проф. Тирфельдеромъ въ Рогштоаъ, проф. Понфикомъ въ Геттингенъ, проф. Шюпелемъ въ Тюбингенъ, проф. Фридрейхомъ въ Гейдельбергъ, проф. Мозлеромъ въ Грейфсвальдъ, покойн. проф. Вартельсомъ въ Киль, проф. Эбштейномъ въ Геттингенъ, проф. Зейцемъ въ Гиссенъ, проф. Шрёдеромъ въ Берлинъ, проф. Нотнагелемъ въ Иенъ, проф. Гугениномъ въ Цюрихъ, проф. Гицигомъ въ Цюрихъ, проф. Оберниромъ въ Боннъ, проф. Куссмаулемъ въ Страсбургъ, проф. Эрбомъ въ Гейдельбергъ, проф. Эйленбургомъ въ Грейфсвальдъ, проф. Сенаторомъ въ Берлинъ, проф. Иммерманномъ въ Базель, д-ромъ Цюльцеромъ въ Берлинъ, проф. Жолли въ Страсбургъ, д-ромъ Вирхъ-Гиршфельдомъ въ Дрезденъ и д-ромъ Шюле въ Иллену

подъ редакціей

Доктора Г. Цимссена,

профессора клинической медицины въ Мюнхенъ.

ТОМЪ ДЕСЯТЫЙ.

ХАРЬКОВЪ.

ИЗДАНИЕ ВРАЧА В. ХАВКИНА.

1879.

РУКОВОДСТВО
КЪ
БОЛѢЗНЯМЪ
ЖЕНСКИХЪ ПОЛОВЫХЪ ОРГАНОВЪ.

ДОКТОРА КАРЛА ШРЁДЕРА,

профес. гинекологіи въ Берлинѣ.

ПЕРЕВЕДЪ СЪ ТРЕТЬЯГО ИЗДАНІА

Д. Г. Фридбергъ.

Съ 147 рисунками въ текстъ.

ХАРЬКОВЪ.

Изданіе врача Ф. Хавкина.

1879.

№ 99. ресшмоб.

РАКОВОДОСТВО

ИЛИ

ВОДЪЯНМЪ

ЖЕНСКИХЪ ПОДЪЯНМЪ ОУЧЕНИКЪ

ПЕРВЫЙ ЧАСТЬ

Доволено цензурою. Кіевъ, 15 апрѣля 1879 года.

ПЕРВЫЙ ЧАСТЬ

Д. Т. Фридрихъ

Въ М. въ типографіи М. Зильберберга

ХАРЬКОВЪ.

Типографія М. Зильберберга, Рыбная ул., д. № 30-й.

1879.

Въ М. въ типографіи М. Зильберберга

ОГЛАВЛЕНИЕ.

Гинекологическое изслѣдованіе.

Исторія	3
Положеніе больной	5
Ручное изслѣдованіе	7
Наружное изслѣдованіе	7
Внутреннее изслѣдованіе	8
Двойное (комбинированное) изслѣдованіе	9
Изслѣдованіе маточнымъ зондомъ	13
Расширеніе шейки для діагностическихъ цѣлей	18
Изслѣдованіе помощью зрѣнія	23
Болезни матки.	
Пороки развитія	27
Полное отсутствіе и зачаточное образованіе матки. <i>U. bipartitus</i>	28
<i>Uterus unicornis</i> съ недоразвитымъ придаточнымъ рогомъ или безъ него	30
<i>Uterus duplex. — bicornis</i>	32
— <i>septus</i>	33
— <i>foetalis</i> и <i>infantis</i>	34
Прирожденная атрофія матки	35
Заращеніе матки, влагалища или наружныхъ частей. <i>Haemato-</i> <i>metra. Hydrometra</i>	36
Односторонняя гематометра при раздвоеніи полового канала	49
Съуженіе матки	55
Гипертрофія матки	61
Общая гипертрофія	61
Гипертрофія шейки	64
— влагалищной части	64
— надвлагалищной части шейки	68
— средней части шейки	74
Атрофія матки	79
Воспаленіе существа матки. <i>Metritis</i>	81
Острое воспаленіе матки	81
Хроническій метритъ. Инфартъ матки	85
Воспаленіе слизистой оболочки. <i>Endometritis</i>	105
Острый эндометритъ	105

Хроническій эндометритъ. Катарръ матки	108
Катарръ всей слизистой оболочки	109
Endometritis cervicis. Катарръ шейки. — Выворотъ зѣва. — Набухшіе фолликулы. Ovula Nabothi	118
Слизистые полипы	124
Фолликулярная гипертрофія маточныхъ губъ	128
Ссадины и язвы маточныхъ губъ	131
Простая ссадина	131
Сосочковая ссадина	132
Фолликулярная ссадина	133
Ulcus phagedaenicum s. corrosivum uteri	134
Шанкръ влагалищной части	134
Перегибы и наклоненія	134
Отклоненіе матки въ сторону	159
Чрезмѣрная подвижность матки	160
Опущеніе и выпаденіе матки	161
Поднятіе матки	183
Выворотъ матки	183
Грыжа матки	189
Фиброиды (міомы, фиброміомы, лейміомы) матки	189
Фиброзные полипы	220
Кисты матки	228
Сосочковыя опухоли матки	228
Ракъ шейки матки	231
Ракъ тѣла матки	251
Саркома матки	256
Саркома слизистой оболочки	256
Саркома паренхимы матки	259
Бугорчатка матки	262
Эхинококки матки	263
Гистеральгія	263
Мѣсячныя очищенія и ихъ неправильности.	
Нормальныя мѣсячныя очищенія	265
Аменоррея	275
Меноррагія	278
Дисменоррея	279
Dysmenorrhoea membranacea. Decidua menstrualis	281
Болѣзни фаллопиевыхъ трубъ.	
Пороки образованія	284
Неправильности со стороны отверстій	284
Съуженіе и заращеніе фаллопиевыхъ трубъ съ ихъ послѣдствіями. Hydrops tubarum. Hydrosalpinx	285
Бровонзліянія въ фаллопиевыя трубы	290
Воспаленіе фаллопиевыхъ трубъ. Salpingitis	290
Смѣщенія фаллопиевыхъ трубъ	291
Новообразованія фаллопиевыхъ трубъ	292
Болѣзни яичниковъ.	
Пороки образованія	293
Полное отсутствіе	293
Зачаточное образованіе	293
Излишнее число яичниковъ	294

	Стр.
Гиперемія и геморрагія	294
Воспаленіе яичника. Oophoritis	295
Смѣщенія яичника. Грыжа яичника	298
Опушеніе яичника	301
Кисты и кистонды	301
Овариотомія	339
Овариотомія чрезъ влагалище	360
Дермоидныя кисты	360
Плотныя опухоли яичниковъ	364
Фиброиды	364
Ракъ	366
Саркома	368
Папиллома	369
Бугорчатка яичника	369
Болѣзни маточныхъ связокъ и смежныхъ частей брюшины.	
Болѣзни круглыхъ связокъ	369
Hydrocele lig. rotundi	370
Perimetritis или pelveoperitonitis и parametritis	370
Perimetritis, pelveoperitonitis	371
Параметритъ	384
Haematocoele retrouterina. Заматочная кровяная опухоль	389
Haematocoele anteuterina. Предматочная кровяная опухоль	403
Тромбъ или гематома клѣтчатки (haematocoele extraperitone- alis)	404
Опухоли тазовой брюшины и тазовой клѣтчатки	404
Кисты	404
Миомы, фибромы и фиброміомы	405
Ракъ и бугорчатка	405
Болѣзни влагалища.	
Пороки развитія	405
Полное отсутствіе и зачаточное образованіе	405
Vagina unilateralis	406
Vagina septa	406
Прирожденная малость влагалища	407
Атрезія	407
Воспаленіе влагалища. Vaginitis, colpitis, erythritis	407
Острое катарральное воспаленіе	408
Крупозное и дифтеритическое воспаленіе	410
Perivaginitis phlegmonosa dissecans	411
Хроническій катарръ. Fluor albus. Leucorrhoea	412
Выпаденіе влагалища	415
Кисты влагалища	419
Фиброиды	421
Полицы	422
Ракъ	422
Саркома	423
Бугорчатка	423
Постороннія тѣла	423
Энтофиты и энтозои	424
Поврежденія	424
Мочеполовые свищи	425

	Стр.
Вагинизмъ	440
Другія формы судорогъ влагалища	444
Болѣзни наружныхъ половыхъ частей (vulva).	
Пороки развитія	445
Гипертрофія	449
Острый катарръ	450
Грыжа	452
Elephantiasis	453
Волчанка	454
Сосочковыя разрашенія	455
Кисты	455
Липомы	456
Фибромы	456
Ракъ	457
Саркома	458
Невромы	458
Тромбъ или гематома	459
Разрывы промежности	459
Pruritus vulvae	462
Кокцигодинія	464

БОЛѢЗНИ
ЖЕНСКИХЪ ПОЛОВЫХЪ
ОРГАНОВЪ.

Профессора К. Шрёдера.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗСЛѢДОВАНИЕ.

Исторія.

Гинекологическое изслѣдованіе въ томъ видѣ, какъ оно практикуется теперь, есть преимущественно дитя настоящаго вѣка. Откиньте зеркало, зондъ и двойное (комбинированное) изслѣдованіе, и мы очутимся безпомощными передъ страданіями матки и ея придатковъ, имѣя единственнымъ орудіемъ пальцевое изслѣдованіе влагалища и маточной шейки.

Способы изслѣдованія древнихъ были крайне неудовлетворительны. Правда, самый лучший представитель ихъ, *Соранъ*, ясно и точно различавшій влагалище отъ матки (описавъ въ III главѣ своего сочиненія положеніе, форму и отдѣльныя части матки и прибавивъ относительно болѣзней ся важное замѣчаніе: „morbo laborans in consensum rapit ventriculum et meninges, онъ описываетъ далѣе pudendum muliebre s. sinus muliebris velut intestinum in quo etiam coitus fieri solet“), былъ знакомъ съ пальцевымъ изслѣдованіемъ, изслѣдованіемъ зондомъ (по крайней мѣрѣ съ введеніемъ его во влагалище, гдѣ онъ „ad imum usque penetrat“) и маточнымъ зеркаломъ (*διωπτρισμός*), съ помощью котораго лучше всего можно узнать, идетъ ли кровотеченіе изъ матки или изъ влагалища. Онъ останавливается также на дифференціальной діагностикѣ брюшныхъ опухолей и различаетъ беременность и водянку отъ плотныхъ опухолей, которыя обозначаетъ однимъ общимъ названіемъ *μολη* (*mola*). Последнія отличаются отъ брюшной водянки тѣмъ, что не ускользаютъ изъ-подъ пальца, не могутъ быть сдавливаемы и не даютъ при постукиваніи рукою ни тимпаническаго звука, ни зыбленія.

Но какъ ни драгоценны эти данныя отъ такого отдаленнаго времени, они, однакоже, никогда не были удѣломъ всѣхъ и совершенно заглохли въ теченіи среднихъ вѣковъ. Только съ конца 17 столѣтія, когда во Франціи родовспомогательное искусство стало спеціальнымъ занятіемъ выдающихся врачей, гинекологическое изслѣдованіе получило дальнѣйшее

развитіе. Странно, что способъ двойного изслѣдованія, практиковавшийся еще *Пюзо* (+1753) и извѣстный *Леврету*, *Боделоку*, *Ерцу*, *В. I. Шмидту* и др., завоевалъ себѣ подобающее ему мѣсто только въ самое недавнее время, благодаря стараніямъ *Кивиша*, *Фейта*, *Гольста*, *Шульце* и др., да и теперь далеко еще не сдѣлался достояніемъ всѣхъ гинекологовъ. Между тѣмъ, двойное изслѣдованіе, гораздо болѣе, чѣмъ изобрѣтеніе маточнаго зонда, дало могущественный толчокъ діагностикѣ женскихъ болѣзней.

Влагалищное зеркало вошло въ общее употребленіе тоже лишь съ начала нынѣшняго столѣтія. Правда, уже древніе были знакомы съ этимъ инструментомъ, о немъ упоминаютъ *Соранъ* и *Павелъ-этинскій*, а въ раскопкахъ древней Помпеи найдено зеркало, три створки котораго раскрывались посредствомъ винта. Изображенія зеркаль мы находимъ также и у позднѣйшихъ авторовъ, напр. у *Абульказема* и *Рузбифа*, но эти зеркала предназначались только для расширенія влагалища, чтобы открыть доступъ раздробляющимъ инструментамъ къ головкѣ плода. Впрочемъ, *Амбруазъ Паре* приводитъ рисунки трехстворчатыхъ зеркаль, прямо замѣчая, что они должны быть употребляемы при злокачественныхъ опухоляхъ шейки, для лучшаго ихъ осмотра. Подобныя же зеркала съ двумя и тремя створками изображены въ *Armament chirurg. Скульптета*. Тѣмъ не менѣе, общеупотребительнымъ діагностическимъ средствомъ маточное зеркало сдѣлалось только со времени *Рекамье*, изобрѣвшаго цилиндрическое зеркало съ ручкой. Въ настоящее время формы его до того разнообразны, что по числу своихъ видоизмѣненій маточное зеркало можетъ быть поставлено почти рядомъ съ акушерскими щипцами.

Первое примѣненіе маточнаго зонда для діагностическихъ цѣлей должно быть приписано *Леврету*, который въ 1771 г. въ первый разъ употребилъ его при полипахъ, а въ послѣдствіи измѣрять имъ полость матки при гипертрофіи шейки. *Шамбонъ*, *Вигару*, *Дезормо*, *Дансъ* и главнымъ образомъ *Леръ* тоже прибѣгали къ маточнымъ зондамъ съ цѣлью распознаванія болѣзней. Методическую же разработку и значеніе доступнаго для всѣхъ важнаго діагностическаго пособія маточный зондъ получилъ почти одновременно и, повидимому, совершенно самостоятельно въ Англии въ рукахъ *Симпсона*, во Франціи *Гюье* и въ Германіи *Кивиша*. Почти повсюду онъ встрѣтилъ горячій пріемъ, и надо замѣтить, что до всеобщаго введенія двойного изслѣдованія маточный зондъ дѣйствительно представлялъ собою единственное средство, съ помощью котораго можно было получить хоть какое-нибудь понятіе о положеніи и величинѣ тѣла матки. Въ послѣднее время зондъ былъ оттѣсненъ болѣе совершеннымъ способомъ ощупыванія обѣими руками, но при всемъ томъ онъ для очень многихъ случаевъ остался драгоценнымъ, а для нѣкоторыхъ незамѣнимымъ вспомогательнымъ средствомъ.

Положеніе больной.

Положеніе больной имѣеть важное значеніе для добываемыхъ изслѣдованіемъ результатовъ.

Въ стоячемъ положеніи изслѣдованіе производятъ лишь въ совершенно исключительныхъ случаяхъ: во-первыхъ, когда хотять наскоро удостовѣриться, посредствомъ осязанія, въ состояніи наружныхъ половыхъ частей, влагалища и шейки матки; во-вторыхъ, когда хотять узнать отношеніе половыхъ частей къ сильному дѣйствию брюшного пресса. Другихъ достоинствъ изслѣдованіе въ стоячемъ положеніи не имѣеть. Мнимое преимущество большаго приближенія внутреннихъ половыхъ частей ко входу во влагалище, при отвѣсномъ положеніи, вполнѣ или почти вполнѣ заслоняется наступающимъ при этомъ болѣе значительнымъ смѣщеніемъ матки впередъ, вслѣдствіе чего влагалищная часть отклонится назадъ и дѣлается еще менѣе доступной для пальца. Къ тому же, эта большая доступность внутреннихъ половыхъ частей можетъ быть достигнута несравненно болѣе полнымъ образомъ при положеніи на спинѣ, посредствомъ двойного изслѣдованія.

Изслѣдованіе въ стоячемъ положеніи должно быть совершенно отвергнуто уже по той причинѣ, что при немъ можно лишь поверхностно узнать, посредствомъ осязанія, состояніе упомянутыхъ частей и приходится совершенно отказать отъ наружнаго и двойного изслѣдованія, равно какъ отъ помощи зрительнаго органа.

Англичане обыкновенно производятъ изслѣдованіе въ боковомъ положеніи. Больная ложится на лѣвый бокъ на покрытомъ матрацѣ столѣ, закладывая лѣвое плечо за спину; бедра притянуты къ животу: лѣвое меньше, правое больше. Врачъ становится позади больной и изслѣдуетъ правою рукою такимъ образомъ, что большой палецъ приходится на промежности.

Для ручнаго изслѣдованія боковое положеніе никуда не годно, такъ какъ, во-первыхъ, чувствительная ладонная поверхность указательнаго пальца бываетъ обращена къ задней стѣнкѣ рукава и, слѣдовательно, изгибъ пальца не соотвѣтствуетъ изгибу влагалища; во-вторыхъ, и это самое главное, при такомъ положеніи совершенно невозможно или въ очень значительной степени затруднено двойное изслѣдованіе. Боковое положеніе является необходимостью только при употребленіи первоначальнаго зеркала *Симса*, но объ этомъ рѣчь еще будетъ впереди.

Положеніе на спинѣ—единственно пригодное для двойного изслѣдованія и потому, въ виду важности послѣдняго способа, должно считаться обыкновеннымъ положеніемъ при гинекологическихъ изслѣдованіяхъ. И это тѣмъ болѣе, что и другіе способы изслѣдованія, въ особенности введеніе зеркала, очень удобно могутъ быть предприняты при положеніи больной на спинѣ. Конечно, необходимо устроить это поло-

женіе такъ, чтобы оно соответствовало имѣющейся въ виду цѣли. Положеніе въ обыкновенной кровати большею частью достаточно для ручного изслѣдованія, если голова покоится на подушкѣ и нижнія конечности притянуты къ животу. Если при этомъ больная лежитъ не на пуховикѣ, а на матрацѣ, то возможно легко и удобно произвести наружное и внутреннее изслѣдованіе, равно какъ и то и другое вмѣстѣ. Изслѣдованіе же зеркаломъ крайне затруднительно на кровати, частью вслѣдствіе низкаго положенія больной, частью вслѣдствіе невозможности устроить хорошее освѣщеніе.

Поэтому, если находятъ необходимымъ произвести самое точное изслѣдованіе, при пособіи всѣхъ вспомогательныхъ средствъ діагностики, то нужно устроить особенное ложе. Для этого больную кладутъ на невысокій столъ, на которомъ постланъ тюфякъ. Ноги можно поставить на два стула или на край матраца; но для полнаго расслабленія брюшныхъ покрововъ лучше, чтобы два помощника держали ноги въ такомъ положеніи, которое даютъ больнымъ при операціи камнесѣченія.

Такъ какъ устройство подобнаго ложа сопряжено каждый разъ съ хлопотами, то гинекологу по профессіи необходимо имѣть свой особый столъ или кресло, приспособленные къ изслѣдованію.

Я считаю бесполезными и несостоятельными въ принципѣ всѣ аппараты, которымъ придаютъ обманчивый видъ кушетокъ и которые, когда больная на нихъ ляжетъ, неожиданно обращаются отъ поворота рукоятки въ самые сложные столы для изслѣдованія. Отъ хорошаго стола я требую только одного, чтобы онъ отвѣчалъ своему назначенію и былъ удобенъ.

Въ видахъ изящества и большей легкости, онъ долженъ быть сдѣланъ изъ желѣза, а не изъ дерева, съ двумя подставками для ногъ, устанавливаемыми въ любомъ положеніи. Высота его должна быть такова, чтобы входъ во влагалище приходился на одномъ уровнѣ съ локтемъ врача, который во время изслѣдованія становится одной ногою на деревянную подножку стола, опираясь изслѣдующей рукою въ колено этой ноги.

Подобные, болѣе или менѣе цѣлесообразные столы описаны *Баумертнером*¹⁾, *Мауке*²⁾ и *Бресеном*³⁾.

Я съ большимъ успѣхомъ пользуюсь столомъ, рекомендованнымъ *Фейтомъ* и приготовляемымъ инструментальнымъ мастеромъ *Эйбаумомъ* въ Боннѣ. На этомъ столѣ превосходно можно производить изслѣдованіе, но онъ неудобенъ для выслушиванія живота и изслѣдованія въ боковомъ положеніи.

1) Wiener med. Woch., 1863, № 37 и 38.

2) M. f. Geb., т. 26, стр. 208.

3) Berlin. klin. Woch., 1873, № 37.

Ручное изслѣдованіе.

Наружное изслѣдованіе.

Исключительно наружное изслѣдованіе производится лишь при большихъ опухоляхъ живота, съ цѣлью опредѣленія ихъ формы, границъ и плотности. При этомъ все дѣло сводится къ умѣнью ощупывать какъ слѣдуетъ, и навикъ въ этомъ скорѣе всего можно приобрести частымъ ощупываніемъ живота женщинъ въ послѣдніе мѣсяцы беременности.

Ощупываніе лучше всего производить обѣими руками, положенными на животъ ладьями и со сложенными другъ подлѣ друга пальцами; посредствомъ короткихъ нажиманій испытываютъ сопротивленіе, встречаемое рукою на различныхъ мѣстахъ. Чѣмъ обособленнѣе и тверже опухоль, тѣмъ легче она прощупывается.

Ощупываніе чрезвычайно облегчается, если производить его при тонкихъ, вялыхъ брюшныхъ покровахъ, которые не могутъ напрягаться, предварительно опорожнивъ кишечный каналъ и пузырь. Особенно часто ощупыванію мѣшаютъ наполненные каломъ и газами кишки. Большое значеніе имѣетъ также состояніе брюшныхъ покрововъ: сквозь очень толстые, снабженные богатой жировой подкладкой, покровы даже крупныя, твердыя опухоли часто прощупываются лишь весьма неясно, и многія женщины, при всемъ ихъ желаніи, не въ состояніи расслабить брюшную стѣнку во время изслѣдованія. Это препятствіе стараются устранить болѣе глубокимъ вдавленіемъ руки во время выдыханія, отвлеченіемъ вниманія больной разпросами о прежнемъ ходѣ болѣзни, въ крайнемъ случаѣ посредствомъ хлороформа.

Къ хлороформу слѣдуетъ всегда прибѣгнуть, по крайней мѣрѣ, въ тѣхъ случаяхъ, когда ощупываніемъ долженъ рѣшаться вопросъ о характерѣ предстоящаго леченія и когда до сихъ поръ оно давало лишь неудовлетворительные результаты. Дѣло въ томъ, что существуетъ множество болѣзней, которыя легко могутъ быть приняты за опухоли живота; сюда относятся большія скопленія жира въ брюшныхъ покровахъ, частныя сокращенія брюшныхъ мышцъ, отложеніе жира въ сальникъ, метеоризмъ и фекальныя массы въ кишкахъ. Всѣ эти состоянія даютъ, по крайней мѣрѣ, ощущеніе разлитого сопротивленія, въ отдѣльныхъ случаяхъ даже ощущеніе неясной опухоли, и такимъ образомъ могутъ вести къ роковымъ для больныхъ діагнозамъ. Мы припоминаемъ себѣ два случая, гдѣ къ намъ приславы были для оваріотоміи женщины, у которыхъ не только не оказалось болѣзни яичника, но не было даже ограниченной опухоли живота. Казуистика такъ называемой „ложной беременности“ тоже даетъ намъ массу поучительныхъ примѣровъ въ этомъ смыслѣ.

Во многихъ случаяхъ опухолей живота громадное значеніе имѣетъ постукиваніе. Конечно, границы плотныхъ или окруженныхъ сумкой жидкихъ опухолей вѣрнѣе всего могутъ быть опредѣлены ощупываніемъ; но при свободной жидкости въ полости живота, а также при очень вялыхъ кистахъ ощупываніе обазывается неудовлетворительнымъ и приходится прибѣгнуть къ постукиванію. Къ постукиванію же приходится обратиться

ся и въ нѣкоторыхъ другихъ случаяхъ, когда точное ощупываніе почему-либо встрѣчаетъ препятствія. Вообще же говоря, ощупываніе даетъ на столько болѣе вѣрные и надежные результаты, что, если только оно возможно, ему отдаютъ предпочтеніе предъ постукиваніемъ.

Въ выслушиваніи тоже предстоитъ необходимость только при крупныхъ опухоляхъ живота; за то въ этихъ случаяхъ оно имѣетъ громадную важность, въ видахъ различенія отъ беременности. Такъ называемый маточный шумъ, возникающій въ крупныхъ артеріяхъ беременной матки, замѣчается не особенно рѣдко и при большихъ фиброидахъ и только въ исключительныхъ случаяхъ при опухоляхъ яичниковъ.

Внутреннее изслѣдованіе.

При внутреннемъ изслѣдованіи чрезъ влагалище, въ послѣднее вводится указательный палецъ одной руки. Палецъ смазываютъ масломъ и проникаютъ имъ поверхъ уздечки во входъ влагалища; остальные пальцы лежатъ плашмя на промежности. Иногда же, въ особенности когда нужно опустать переднюю стѣнку влагалища и передній сводъ его, остальные пальцы зажимаютъ въ кулакъ.

Изслѣдующій палецъ нащупываетъ всѣ органы, съ которыми послѣдовательно приходитъ въ соприкосновеніе, т. е. уздечку, влагалищный входъ, стѣнки влагалища, въ особенности же выдающіяся части сосѣднихъ органовъ (пузыри, прямой кишки), выпячивающія стѣнки влагалища, влагалищные своды, *portio vaginalis*, нижній отрѣзокъ матки, равно какъ окружающую эти органы тазовую клетчатку.

При ощупываніи чрезъ влагалище, состояніе всѣхъ перечисленныхъ органовъ можетъ быть выяснено на столько вѣрно, на сколько это возможно вообще для осязанія.

Этимъ путемъ часто получаютъ весьма важныя данныя; но не надо забывать, что состояніе матки (за исключеніемъ самой нижней ея части), фаллопиевыхъ трубъ, яичниковъ съ ихъ брюшиннымъ покровомъ и значительной доли тазовой клетчатки, стало быть, состояніе наиболѣе важныхъ въ патологическомъ отношеніи отдѣловъ полового аппарата, остается неизвѣстнымъ.

Обыкновенно это изслѣдованіе производится легко и просто, тѣмъ болѣе, что введеніе двухъ пальцевъ оказывается необходимымъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ. Непреоборимыя препятствія встрѣчаются лишь крайне рѣдко, хотя по временамъ изслѣдованіе можетъ быть сильно затруднено.

Крупныя опухоли, механически затрудняющія изслѣдованіе чрезъ влагалище, равно какъ высія стѣпени суженій или заращеній влагалищнаго входа составляютъ рѣдкое явленіе. Самое частое препятствіе, хотя и весьма рѣдко непреодолимое, составляетъ неповрежденная дѣвственная плева. Правда, въ громадномъ большинствѣ случаевъ отверстіе дѣвственной плевы на столько широко, что допускаетъ постепенное и осторожное

введеніе пальца; но самый акт введенія обыкновенно такъ чувствителенъ, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣвственная плева не особенно уже сильно раскрыта, лучше всего изслѣдовать дѣвственницъ подъ хлороформомъ. Послѣдній можетъ оказаться необходимымъ и у женщинъ съ патологической чувствительностью влагалищнаго входа.

Внутреннее изслѣдованіе чрезъ прямую кишку должно быть произведено прежде всего тамъ, гдѣ влагалище недоступно; но часто оно даетъ прекрасные результаты и въ качествѣ дополнительнаго акта послѣ изслѣдованія чрезъ влагалище. Въ особенности мы должны замѣтить, что при всѣхъ родахъ заматочныхъ опухолей изслѣдованіе чрезъ влагалище составляетъ ничѣмъ незамѣнимое средство. Часто только этимъ путемъ удается открывать довольно объемистыя опухоли, и невольно удивляешься иногда, какими крупными оказываются при этомъ изслѣдованіи опухоли, которыя при ощупываніи чрезъ влагалище представлялись весьма незначительными. На этомъ основаніи, во всѣхъ случаяхъ заматочныхъ опухолей мы изслѣдуемъ не только чрезъ влагалище, но и чрезъ прямую кишку. Точно также и въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ рукавъ коротокъ и влагалищный сводъ мало уступчивъ, какъ это часто бываетъ у нерожавшихъ женщинъ, изслѣдованіе чрезъ широкую прямую кишку обѣщаетъ лучшіе результаты.

Двойное (комбинированное) изслѣдованіе.

Фейтъ, Krankh. d. weibl. Geschlechtsorg. 2-е изд. Erlangen, 1867, стр. 254. — *Гольстъ*, Beitr. z. Geb. u. Gyn., вып. 1. Tübingen, 1865, стр. 1. — *Шулицъ*, Jenaische Z. f. Med. u. Nat. Leipzig, 1864, стр. 279, и 1870, V, стр. 113. — *Симсъ*, Gebärmutterchirurgie, нѣм. перев. *Бейцелл*. Erlangen, 1866, стр. 7.

При двойномъ изслѣдованіи дѣло прежде всего идетъ о томъ, чтобы прощупать изслѣдуемый органъ между обѣими руками. Съ этой цѣлью указательный палецъ одной руки производитъ изслѣдованіе снаружи, обыкновенно чрезъ влагалище, тогда какъ другая рука ощупываетъ чрезъ брюшныя покровы (фиг. 1). Рука, дѣйствующая снаружи, тѣснитъ лежащія въ маломъ тазу внутренности на встрѣчу пальцу, введенному во влагалище, и наоборотъ. Такимъ образомъ, обѣ руки перебираютъ съ обѣихъ сторонъ органы малаго таза, покрытые снаружи только брюшными покровами, а внутри только слизистой оболочкой влагалища. Обѣ руки должны вполнѣ соответствовать другъ другу, потому что только при этомъ условіи каждый изъ изслѣдуемыхъ органовъ въ данный моментъ будетъ находиться между пальцами, изслѣдующими снаружи и внутри.

При двойномъ изслѣдованіи, больную кладутъ на столъ для изслѣдованія (впрочемъ, оно довольно хорошо производится и на кровати) и вводятъ указательный палецъ одной руки описаннымъ выше образомъ во влагалище. Упираясь имъ во влагалищную часть или въ передній сводъ, накладываютъ другую руку на брюшныя покровы надъ лоннымъ сраще-

нiемъ и потихоньку нажимаютъ это мѣсто; при напряженныхъ брюшныхъ покровахъ давленiе должно быть нѣсколько усилено при каждомъ выдыханiи. Если рука приложена не слишкомъ близко къ лонному сращенiю (въ послѣднемъ случаѣ матка легко отбѣсняется назадъ), то, при нормальномъ положенiи матки, послѣдняя скоро попадаетъ подъ пальцы; тогда ощупываютъ ея положенiе, форму, величину, плотность, пробуютъ ея подвижность и, покончивъ съ нею, спускаются сбоку ея внизъ, для изслѣдованiя остальныхъ тазовыхъ органовъ. Какъ только матка будетъ выпущена изъ-подъ пальцевъ, послѣднiе тѣсно соприкасаются между собою, такъ какъ ихъ отдѣляютъ только брюшные покровы и влагалище. Перебирая теперь пальцами малый тазъ, при чемъ пальцы должны всегда соответствовать другъ другу, можно быть увѣреннымъ, что даже мелкiя опухоли не легко останутся незамѣченными. Лѣвую половину таза лучше всего ощупывать лѣвымъ указательнымъ пальцемъ, и наоборотъ.



Фиг. 1.

Двойное (комбинированное) изслѣдованiе.

Этимъ путемъ самымъ точнымъ образомъ можно опредѣлить свойства отдѣльныхъ органовъ малаго таза; матку же, при не особенно неблагоприятныхъ условiяхъ, удастся прощупать превосходно, даже если она смѣщена назадъ. Ея форма, плотность и подвижность узнаются вполне хорошо. Нѣсколько труднѣе опредѣлить сколько нибудь вѣрно величину матки, такъ какъ при толстыхъ брюшныхъ покровахъ эта величина кажется больше, чѣмъ она есть въ дѣйствительности. Осторожность нужна также и при опредѣленiи положенiя матки, потому что при наружномъ давленiи, матка можетъ смѣститься назадъ, а еще легче впередъ. Рядомъ съ маткой прощупываются и ея придатки, въ особенности свободный край широкихъ связокъ, фаллопiевы трубы и круглыя связки, въ видѣ тонкихъ, катающихся подъ пальцами, жгутовъ. Нормальные яични-

ки также прощупываются въ видѣ мелкихъ, кругловатыхъ образований, чрезвычайно легко ускользящихъ изъ-подъ пальца. Патологическія опухоли бываютъ тѣмъ доступнѣе для двойного изслѣдованія, чѣмъ они плотнѣе и чѣмъ ближе лежатъ къ передней стѣнкѣ живота.

Въ нормальныхъ случаяхъ двойное изслѣдованіе не причиняетъ никакой боли, кромѣ нѣкоторой неловкости при глубокомъ и сильномъ давленіи; одни только яичники, сколько я успѣлъ замѣтить, даже въ нормальномъ состояніи, оказываются нѣсколько чувствительными къ значительному давленію.

Приступая къ изслѣдованію, я первымъ дѣломъ накладываю руку на брюшныя покровы и держу ее здѣсь спокойно или слегка нажимая въ то время, какъ другою рукою ощупываю влагалище. Это имѣетъ то удобство, что больная привыкаетъ къ приложенной рукѣ, такъ что двойное изслѣдованіе можетъ быть сразу начато съ болѣе глубокаго давленія.

Комбинированное изслѣдованіе затрудняется или дѣлается невозможнымъ въ силу вѣсѣхъ тѣхъ условій, которыя составляютъ препятствіе для изслѣдованія чрезъ влагалище или для наружнаго изслѣдованія. Къ перваго рода препятствіямъ принадлежатъ недоступность, т. е. узость, короткость и чувствительность влагалища, ко втораго рода—напряженные, неподатливые, толстые покровы живота, сократившіяся брюшныя мышцы, наполненныя кишки и неопорожненный пузырь.

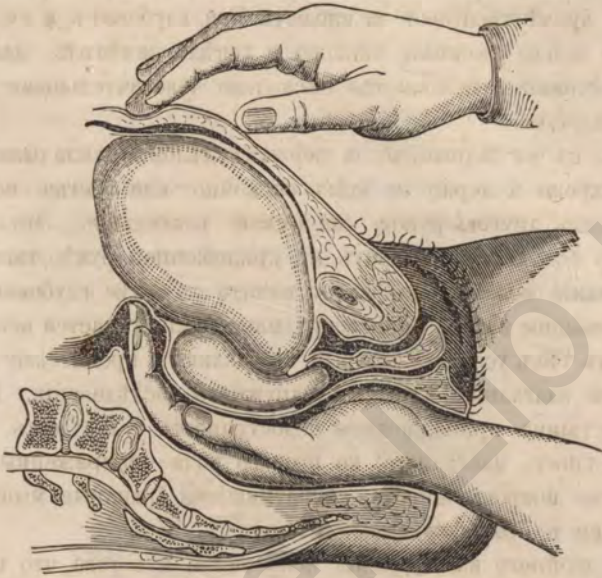
Важность двойного изслѣдованія ясно видна изъ того, что при одномъ наружномъ изслѣдованіи ничего нельзя узнать о нормальныхъ половыхъ органахъ, при одномъ внутреннемъ—мы прощупываемъ только влагалище и нижній отдѣлъ матки, тогда какъ при комбинированномъ способѣ намъ удается перебрать между пальцами все содержимое малаго таза. Безъ преувеличенія можно сказать, что съ введеніемъ двойного изслѣдованія началась новая эра въ гинекологіи.

Двойное изслѣдованіе излишне только при очень крупныхъ опухоляхъ, такъ какъ послѣднія и безъ того плотно прилегаютъ къ тазовому входу и потому удобнѣе производить наружное и внутреннее изслѣдованіе порознь.

Вмѣсто того, чтобы производить двойное изслѣдованіе чрезъ брюшныя покровы и влагалище, можно производить его чрезъ покровы и прямую кишку. Само собою разумѣется, что послѣдній приѣмъ заслуживаетъ предпочтенія въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ изслѣдованіе чрезъ влагалище невозможно или въ высшей степени затруднено. Особенно пригоденъ онъ при короткомъ плотномъ влагалищѣ и неподатливыхъ сводахъ, главнымъ же образомъ при заматочныхъ опухоляхъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, особенно при очень вѣлыхъ половыхъ органахъ, одновременно съ изслѣдованіемъ чрезъ прямую кишку можно вставить большой палецъ далеко во влагалище, при чемъ удастся отлично прощупать влагалищно-кишечную стѣнку и дугласово пространство.

Изслѣдованіе чрезъ прямую кишку получило недавно широкое развитіе въ рукахъ *Симона* ¹⁾, показавшаго, что, захлороформировавъ больныхъ, можно проникнуть въ прямую кишку половиной, а то и всей рукой (см. фиг. 2).



Фиг. 2.

Ощупываніе чрезъ прямую кишку, по *Симону*.

Съ этою цѣлью больную доводятъ до глубокаго наркоза и затѣмъ опорожняютъ нижнюю часть кишечника тепловатыми промывательными. Рука, обильно смазанная масломъ, проникаетъ исподоволь чрезъ задній проходъ, при чемъ съ большой осторожностью, но съ извѣстной силою вводятъ вначалѣ два, затѣмъ четыре пальца и подъ конецъ большой палецъ руки, подвигаясь впередъ вращательными расширяющими движеніями. Если кожная складка задняго прохода грозитъ надрывомъ, то лучше надрѣзать ее на одномъ или нѣсколькихъ мѣстахъ. Сама же прямая кишка на столько широка въ своей нижней части, что рука свободно помѣщается въ ней; она становится замѣтно уже лишь съ того мѣста, гдѣ брюшина облегаетъ ее съ боковъ и прикрѣпляетъ къ крестцовой кости. Мѣсто это лежитъ въ области третьяго крестцоваго позвонка, въ 12—14 сантим. надъ заднимъ проходомъ. За этимъ мѣстомъ нельзя уже проникнуть всею рукою, а развѣ четырьмя пальцами. Если избѣгать насильственныхъ прониканій вверхъ, то это изслѣдованіе не представляетъ опасности: разрывы или надрѣзы въ кожной каймѣ вскорѣ заживаютъ и даже поврежденія сфинктера совершенно залечиваются чрезъ 12 дней.

¹⁾ Arch. f. klin. Chir., т. 15, стр. 99, и Deutsche Klin., 1872, № 46.

Что же касается самого расширенія, то въ самомъ худшемъ случаѣ оно вызываетъ недержание кала, которое очень скоро проходитъ.

Для гинекологіи этотъ способъ исслѣдованія имѣетъ совершенно особенное значеніе въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло идетъ объ опредѣленіи связи между большими опухолями и органами размноженія. Если матка помѣщается позади такихъ опухолей, то отношеніе ея или яичниковъ къ опухоли можетъ быть опредѣлено только этимъ путемъ.

Впрочемъ, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, при двойномъ исслѣдованіи, можно довольствоваться введеніемъ половины руки.

Исслѣдованіе маточнымъ зондомъ.

Симпсонъ, Sel. Obst. and gyn. Works. Edinb., 1871, стр. 604.—*Гюлье*, De l'hystérométrie etc. Paris, 1865.—*Квинтъ*, Klin. Vortr. etc., 4-е изд., т. I. Prag, 1854, стр. 86.—*Сканцони*, Beitr. z. Geb. u. Gyn., I, стр. 173.—*Иозефъ*, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn., т. III, стр. 23.

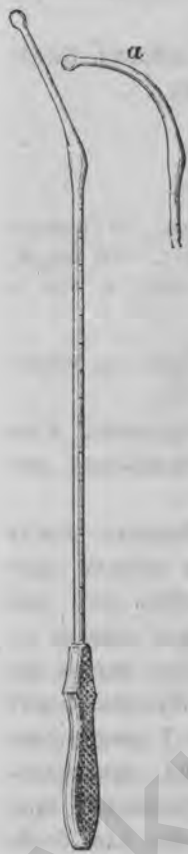
Такъ какъ внутренность матки недоступна для пальца, то для исслѣдованія ея полости пользуются особыми зондами.

Успѣхъ зондированія много зависитъ отъ качества инструмента. Старые толстые и негибкіе зонды, приготовлявшіеся изъ нейзильбера, нигде не годны.

Хорошій маточный зондъ (фиг. 3) долженъ быть не слишкомъ толстъ и не слишкомъ тонокъ (около 2 и не болѣе 3 миллим.) и спереди снабженъ слегка выдающимся пугочатымъ утолщеніемъ. Затѣмъ онъ долженъ быть сдѣланъ изъ гибкаго металла (олова, мѣди или тонкаго серебра); это на тотъ конецъ, чтобы онъ былъ поподатливѣе внутри половыхъ органовъ и чтобы его можно было сгибать соотвѣтственно формѣ и той или другой кривизнѣ матки. На разстояніи около 7 сантим. отъ передняго конца онъ долженъ имѣть небольшое утолщеніе, показывающее нормальную длину маточной полости, и на этомъ протяженіи кривизну, соотвѣтствующую наклоненію матки впередъ. Далѣе, для болѣе легкаго опредѣленія длины матки, на немъ нарѣзаны дѣленія на сантиметры; только необходимо, чтобы эти нарѣзы были на столько поверхностны, чтобы зондъ не представлялъ шероховатостей.

Употребленіе зонда чрезвычайно просто. Его захватываютъ какъ можно легче, помни, что между пальцами находится зондъ, т. е. что дѣло идетъ объ отысканіи существующаго канала, а не о пробуравливаніи новаго. Прежде чѣмъ взять въ руки зондъ, надо сдѣлать сначала двойное исслѣдованіе, чтобы опредѣлить направленіе, которое придется дать зонду. При значительныхъ перегибахъ у внутренняго маточнаго зѣва, нужно дать зонду большую кривизну; при этомъ, конечно, онъ нѣсколько труднѣе проходитъ чрезъ наружный маточный зѣвъ, но за то легко проникаетъ чрезъ внутренній зѣвъ, не повреждая слизистой оболочки.

При введеніи зонда, пуговка его проводится по изслѣдующему пальцу въ наружный маточный зѣвъ и затѣмъ зондъ подвигаютъ впередъ по направленію маточнаго канала, опредѣленному съ помощью двойного изслѣдованія. Когда онъ дойдетъ до внутренняго зѣва, ручку его опускаютъ внизъ на промежность, такъ какъ матка наклонена впередъ.



Фиг. 3.
Серебряный маточный зондъ въ уменьшенномъ видѣ.

а. Вѣдшая крючизна для употребленія при перегибахъ впередъ.

Показанія къ употребленію зонда опредѣляются авторами весьма различно. Между тѣмъ какъ нѣкоторые гинекологи употребляютъ зондъ почти у всѣхъ больныхъ безъ исключенія, другіе, напротивъ, прибѣгаютъ къ нему сравнительно рѣдко, а именно, когда рассчитываютъ съ помощью его достигнуть результатовъ, недостижимыхъ инымъ путемъ. Признаюсь, что я принадлежу къ послѣднему классу.

Главнѣйшее показаніе составляетъ измѣреніе длины маточной полости, которое не можетъ быть произведено другимъ путемъ. Правда, при нѣкоторой опытности, о величинѣ матки можно составить себѣ довольно вѣрное представленіе и съ помощью комбинированнаго изслѣдованія. Но по временамъ, особенно при очень толстыхъ брюшныхъ покровахъ, главнѣмъ же образомъ при очень дряблой стѣнкѣ матки, такое опредѣленіе бываетъ въ высшей степени затруднено. Матка можетъ быть до того вяла, что она вообще прощупывается лишь очень неясно, такъ что объ опредѣленіи ея величины не можетъ быть и рѣчи. Сверхъ того, нужно принять во вниманіе, что прощупываемая снаружи величина органа и длина ея полости не совпадаютъ между собою и притомъ до такой степени, что именно это сравненіе результата ощупыванія съ длиною полости, опредѣляемою посредствомъ измѣренія, часто служитъ намъ для опредѣленія толщины маточныхъ стѣнокъ. Замѣтимъ уже кстати, что послѣдняго рода измѣреніе можетъ быть произведено еще и такимъ образомъ, что одновременно съ введеніемъ зонда ощупываютъ матку снаружи и по большей или меньшей ясности, съ которою прощупывается пуговка зонда, заключаютъ о толщинѣ маточной стѣнки.

Вторымъ показаніемъ я бы поставилъ опредѣленіе направленія полости матки. Конечно, въ большинствѣ случаевъ это направленіе можетъ быть вполне удовлетворительно опредѣлено съ помощью ощупыванія, и дѣйствительно, для діагноза смѣщенной матки мы или вовсе обходимся безъ зонда, или прибѣгаемъ къ нему весьма рѣдко. Но бываютъ случаи, когда матка вовсе не прощупывается отдѣльно или измѣнена до

такой степени, что ощупываніемъ ничего нельзя узнать о направленіи ея полости. Первое имѣетъ мѣсто при большихъ воспалительныхъ экссудатахъ, какъ-бы замуравывающихъ матку до такой степени, что ея нельзя прощупать; второе преимущественно при фиброидахъ. Последніе могутъ различнѣйшимъ образомъ измѣнить, какъ форму матки, такъ и направленіе ея полости, такъ что единственнымъ способомъ опредѣлить это направленіе остается зондъ.

Далѣе, зондъ можетъ быть употребленъ съ пользою для рѣшенія вопроса, свободна-ли полость матки. Впрочемъ, это вовсе не такъ легко, какъ многіе думаютъ. Во-первыхъ, иныя препятствія у внутренняго маточнаго зѣва (суженіе, складка слизистой оболочки, перегибъ, судорога) могутъ представлять видъ, какъ-будто матка наполнена; во-вторыхъ, въ тѣхъ случаяхъ, когда матка наполнена содержимымъ, зондъ легко можетъ проникнуть въ это содержимое (кровяные сгустки) или попасть между нимъ и стѣнкой матки. Последнее обстоятельство можетъ имѣть мѣсто при полипахъ, главнымъ же образомъ при беременной маткѣ, гдѣ въ опытныхъ рукахъ зондъ едва-ли встрѣтитъ препятствіе у внутренняго маточнаго зѣва. Поэтому, для сколько-нибудь вѣрнаго рѣшенія выставленнаго выше вопроса, нужны большой навыкъ и весьма тонкое осизаніе, да притомъ въ трудныхъ случаяхъ даже и эти качества не защищаютъ отъ промаховъ.

Надо, впрочемъ, замѣтить, что при подозрѣніи беременности употребленіе зонда воспрещается.

Весьма важное, хотя и рѣдкое, показаніе представляетъ опредѣленіе проходимости канала маточной шейки. Существованіе полного закрытія этого канала или суженія его можетъ быть узнано только съ помощью зондовъ и притомъ часто лишь очень тонкихъ.

Во многихъ случаяхъ зондъ оказываетъ полезныя услуги тѣмъ, что облегчаетъ или дѣлаетъ возможнымъ ощупываніе матки. Мы не думаемъ здѣсь о возможности, съ помощью зонда, сдвинуть впередъ загнутую назадъ и потому иногда трудно доступную для ощупыванія матку; а имѣемъ только въ виду тѣ случаи, въ которыхъ органъ чрезвычайно влагъ и имѣетъ тонкія стѣнки. Вслѣдствіе этого прощупываніе матки можетъ быть затруднено на столько, что удастся лишь при введеніи въ полость ея зонда. При этомъ цуговка зонда прощупывается такъ ясно, что кажется какъ-бы лежащей непосредственно подъ брюшными покровами.

Для опредѣленія подвижности матки, зондъ долженъ быть употребляемъ съ большою осторожностью, тѣмъ болѣе, что и надобность въ немъ состоитъ лишь весьма рѣдко. Мы не совѣтуемъ примѣнять его съ этой цѣлью, при существованіи воспалительныхъ сращеній. Въ подобныхъ случаяхъ подвижность матки такъ же хорошо можетъ быть опредѣлена и двойнымъ изслѣдованіемъ, тогда какъ употребленіе зонда не безопасно. Въ

нѣкоторыхъ же случаяхъ, когда дѣло идетъ объ опредѣленіи того, насколько тѣсно матка связана съ тазовой опухолью, зондъ можетъ быть употребленъ съ пользою.

Далѣе, такая же осторожность нужна и при употребленіи зонда съ цѣлью опредѣлить чувствительность внутренней поверхности матки; но надо замѣтить, что различія въ болевыхъ ощущеніяхъ у внутренняго зѣва, на днѣ матки и т. д. могутъ служить драгоценными указаніями для леченія.

Хотя, при нѣкоторомъ умѣніи, введеніе зонда обыкновенно очень легкая операція, но оно можетъ натолкнуться на самыя разнообразныя затрудненія. Сюда прежде всего относятся суженія предстоящаго пути, доступныя только для очень тонкихъ зондовъ. Впрочемъ, если суженіе не прирожденное и не принадлежитъ къ рубцовымъ стриктурамъ, а обуславливается набуханіемъ слизистой оболочки, то не слѣдуетъ брать слишкомъ тонкихъ зондовъ, потому что послѣдніе часто запутываются въ мелкихъ складкахъ слизистой оболочки, тогда какъ болѣе толстые зонды безъ затрудненія проходятъ дальше.

Отклоненія въ положеніи влагалищной части при наклоненіяхъ матки представляютъ только незначительныя затрудненія, такъ какъ, при нѣкоторомъ навыкѣ, удастся провести пуговку зонда и въ ненормально стоящій маточный зѣвъ и такъ какъ положеніе влагалищной части можетъ быть легко измѣнено. Болѣе важныя затрудненія могутъ встрѣтиться при перегибахъ матки, со стороны угла, образуемаго тѣломъ и шейкой. Мы уже выше замѣтили, что въ подобныхъ случаяхъ нужно изогнуть зондъ. Кромѣ того, при перегибахъ впередъ, какъ только зондъ дойдетъ до внутренняго зѣва, нужно опустить его низко на промежность, тогда какъ при перегибахъ назадъ его вводятъ съ обращенной назадъ вогнутостью.

Труднѣе бываетъ введеніе зонда въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ путь заложенъ опухольями, въ особенности фиброзными. Однакоже, хорошій серебряный зондъ гнется на столько легко, что приспособляется къ направленію канала. Впрочемъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ предпочтенія заслуживаютъ тонкіе эластическіе катетеры съ проволочнымъ проводникомъ.

Изрѣдка путь, который долженъ пройти зондъ, закрывается на нѣкоторое время, вслѣдствіе судороги внутренняго маточнаго зѣва.

Остается еще рассмотреть опасности, которыя могутъ быть сопряжены съ зондированіемъ матки.

Вообще мы считаемъ зондъ неопаснымъ, если имъ управляетъ опытная рука, если путь, по которому онъ долженъ слѣдовать, изученъ заранее, посредствомъ двойного изслѣдованія, и если при перегибахъ матки зонду придана соответственная кривизна. Но и при этихъ условіяхъ, за употребленіемъ зонда, могутъ слѣдовать въ исключительныхъ случаяхъ воспалительные процессы.

При остромъ воспаленіи матки и окружающихъ ее частей, лучше всего избѣгать зондированія, хотя опытной рукѣ простительно сдѣлать осторожную попытку, если это общаетъ важные результаты. При хроническихъ воспаленіяхъ опасность далеко меньше, но она, во всякомъ случаѣ, существуетъ, и потому лучше не прибѣгать къ зонду.

Главнымъ образомъ нужно помнить, что примѣненіе зонда влечетъ за собою тѣмъ меньше опасности, тѣмъ менѣе имъ измѣняется положеніе матки.

Что при существующей беремености не слѣдуетъ употреблять зонда, объ этомъ мы уже упомянули выше; здѣсь же замѣтимъ еще, что передъ тѣмъ, какъ взять въ руки зондъ, нужно каждый разъ предложить себѣ вопросъ, не имѣется ли въ данномъ случаѣ беремености, помня, что беременость часто существуетъ тамъ, гдѣ по вѣшнему виду ее и подозрѣвать нельзя. Фактъ, что, при осторожномъ изслѣдованіи зондомъ, беременость не прерывается, если только не будетъ проткнуто яйцо, нисколько не можетъ служить оправданіемъ легкомысленному употребленію зонда.

Если зондъ вводится съ грубымъ насиліемъ, зря, то и при нормальномъ состояннн органовъ онъ можетъ повлечь за собою кровотеченія и сильное воспаленіе, хотя прободеніе нормальной стѣнки случается при этомъ рѣдко; чаще всего оно происходитъ при производствѣ выкидыша ¹⁾.

Мы говоримъ прямо „нормальная стѣнка матки“, такъ какъ при мягкой, дряблой маткѣ въ послѣродовомъ періодѣ даже осторожно вставленный зондъ можетъ проткнуть рыхлую стѣнку и попасть въ брюшную полость.

Въ послѣднее время вниманіе гинекологовъ обратили на себя случаи, въ которыхъ, при неувеличенной маткѣ, удавалось проводить зондъ очень далеко за наружный маточный зѣвъ (на 15—20 сантим.). Раньше всѣхъ о такихъ случаяхъ упомянули *Денкангъ* ²⁾ и *Фейтъ* ³⁾; послѣ нихъ *Гилдебрандтъ* ⁴⁾ описалъ два случая, въ которыхъ, по его мнѣнію, онъ несомнѣнно зондировалъ фаллопиевы трубы. *Гейнингъ* ⁵⁾, однакоже, доказалъ, что о зондированнн отходящей сбоку и прикрѣпленной къ широкой связкѣ трубы не можетъ быть рѣчи, когда дуговка зонда прощупывается въ области пупка, и я самъ убѣдился въ двухъ случаяхъ ⁶⁾, что зондъ долженъ былъ проткнуть вещество матки. И этотъ фактъ прободенія матки недавно подтвердили на вскрытіи *Нейератъ* ⁷⁾ и *Мартинъ* ⁸⁾. *Сим-*

¹⁾ *Петрекенъ* и *Фолькъ* (Bull. de l'Acad. de méd., 34, стр. 1253) сообщаютъ случай, въ которомъ введенный для произведенія выкидыша зондъ исчезъ въ маточномъ зѣвѣ и въ послѣдствіи былъ вытасченъ изъ-подъ пупка, посредствомъ разрѣза брюшныхъ покрововъ.

²⁾ Edinb. med. Journ., июль 1856.

³⁾ Krankh. d. weibl. Geschlechtsorg., 2-е изд., стр. 258.

⁴⁾ M. f. Geb., т. 31, стр. 447.

⁵⁾ Berl. klin. W., 1870, № 16.

⁶⁾ См. *Дальтъ*, Berl. klin. W., 1870, № 42.

⁷⁾ Amer. Journ. of Obst., IV, стр. 329; тамъ же приведены случаи *Будда*, *Томаса* и *Рейнольдса*.

⁸⁾ Neig. u. Beig. d. Gebärm., 2-е изд. Предисловіе, стр. 7. Подробнѣе описанъ случай *Рабль-Рюкларда* и *Лемуса* въ Berl. V. z. Geb. u. Gyn., Berlin, 1872, т. 2, стр. 12, и Berl. klin. W., 1872, № 1.

нось¹⁾ тоже увѣрить, что онъ нѣсколько разъ наблюдалъ при „суперинволюціи“ матки прониканіе зонда чрезъ маточныя стѣнки въ брюшную полость, безъ дурныхъ послѣдствій. Кроме того, сюда же должны быть причислены описанные *Цити*²⁾ случаи зондирования трубъ, равно какъ и приводимые *Лаусонъ Тетомъ*³⁾ примѣры „uteropitoneal fistula“, которые онъ относитъ на счетъ оставшихся незамѣченными разрывовъ матки во время родовъ.

Въ громадномъ большинствѣ этихъ случаевъ дѣло шло отчасти о туберкулезныхъ роженицахъ, потерявшихъ много крови или перенесшихъ тяжелыя послѣродовыя болѣзни. У такихъ женщинъ матка можетъ, по мнѣнію *Клоба*⁴⁾, ожирѣть до такой степени, что легко разрывается, „при чемъ между краями разрыва влетаютъ мелкія, слизистыя и тонкія какъ паутина нити“. Очевидно, что при такомъ состояніи матки даже весьма осторожно введенный зондъ можетъ проникнуть чрезъ рыхлую матку въ брюшную полость.

Впрочемъ, ни въ одномъ изъ упомянутыхъ случаевъ это прободеніе не имѣло дурныхъ послѣдствій.

Что зондъ не можетъ проникнуть въ нормальное маточное отверстіе трубы, это ясно; но что въ исключительныхъ случаяхъ труба можетъ раздаться на столько, что въ нее попадаетъ зондъ, это доказываютъ два недавно обнаруженные случая. Въ первомъ изъ этихъ случаевъ, описанномъ *Леманномъ*⁵⁾, при опухоли яичника на правой сторонѣ, маточное отверстіе правой трубы зяло въ такой степени, что въ него навѣрное попалъ зондъ, введенный на 28 сантиметровъ въ матку. Во второмъ случаѣ, *Бишоффа*⁶⁾, у больной тоже съ опухолью яичника зондъ прошелъ на 17 сантим. въ матку и послѣ смерти, послѣдовавшей отъ оваріотоміи, матка оказалась на столько смѣщенной вправо, что маточное отверстіе лѣвой трубы приходилось въ прямомъ направленіи, а труба, начинавшаяся въ видѣ воронки, была раскрыта на столько, что въ нее свободно проходилъ зондъ.

Само собою разумѣется, что эти наблюденія нисколько не мѣшаютъ иному объясненію другихъ случаевъ.

Расширеніе шейки для діагностическихъ цѣлей.

Симпсонъ, Sel. Obst. Works, 1871, стр. 733. — *К. Браунъ*, Wiener med. Wochenschr., 1 августа 1863. — *Симсъ*, Gebärmutterchirurgie. Erlangen, 1866, стр. 37. — *Штигльбергъ*, Volkmann's Samml. klin. Vortr., № 24, стр. 217.

Такъ какъ зондъ составляетъ лишь плохую замѣну осязающаго пальца, то для діагностическихъ цѣлей можетъ оказаться крайне желательнымъ вводить самый палецъ въ полость матки. Но такъ какъ прямо это невозможно, то приходится предварительно расширить каналъ шейки искусственными средствами. Кровавымъ путемъ этотъ каналъ не можетъ быть расширенъ на столько, чтобы чрезъ него прошелъ палецъ. Остаются, слѣдовательно, некровавое расширеніе. Но послѣднее не можетъ быть достигнуто въ сколько-нибудь удовлетворительной степени насильствен-

1) Diseases of women, стр. 604.

2) Sitz-Ber. d. Vereins d. Aerzte in Steiermark, VII, стр. 17, 1869—70; см. Schmidt's Jahrb., т. 151, стр. 162.

3) Lancet, 18 мая и 2 октября 1872, и Boston gyn. J., т. VII, стр. 147.

4) Pathol. Anat. d. weibl. Sexualorg. Wien, 1864, стр. 206.

5) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1870, стр. 201.

6) Corresp.-Bl. Schweizer Aerzte, 1872, № 19.

нѣмъ растягиваніемъ помощью инструментовъ, а потому остается при-
бѣгнуть къ постепенному расширенію и разрыхленію ткани, введеніемъ
въ каналъ шейки набухающихъ веществъ. Въ настоящее время съ этой
цѣлью пользуются преимущественно прессованной губкой и *laminaria*
digitata.

Въ видахъ насильственнаго расширенія шейки для акушерскихъ и гинекологическихъ
надобностей предложены были самыя разнообразныя инструменты; такъ, *Озіандеръ*¹⁾
предложилъ расширитель о двухъ вѣтвяхъ, усовершенствованный *Карусомъ*²⁾; *Бушъ*³⁾
— о трехъ вѣтвяхъ. Инструментъ, придуманный *Менде*⁴⁾, очень похожъ на маточное
зеркало *Амбруаза Паре*. Расширитель *Пристлея*⁵⁾ не совсѣмъ отвѣчаетъ своей цѣли,
инструментъ *Атли*⁶⁾ напоминаетъ старый озіандеровскій, а *Пизли*⁷⁾ рекомендуетъ
для постепеннаго расширенія различной величины стальные инструменты, на подобіе
бужей. *Эллимеръ*⁸⁾ предложилъ недавно для насильственнаго расширенія инструментъ,
вѣтви котораго раскрываются параллельно другъ другу и въ то же время на столько
тонки, что пружинятся. Въ этомъ же родѣ устроены расширители *Миллера*⁹⁾ и *Паль-
мера*¹⁰⁾.

Хотя эти инструменты иной разъ и оказываются полезными для устраненія служебнѣй,
но, при неприготовленной шейкѣ, они далеко не могутъ замѣнить собою прессованную
губку въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ необходимо сдѣлать полость матки доступной для
одного или нѣсколькихъ пальцевъ. Прессованная губка дѣйствуетъ именно тѣмъ, что
разрыхляетъ, размягчаетъ ткань шейки и такимъ образомъ дѣлаетъ растяжимой и по-
датливой, а это такое качество, которое до сихъ поръ ничѣмъ не могло быть замѣнено.

Для приготовленія прессованныхъ губокъ, берутъ обыкновенную грецкую губку и вы-
рѣзываютъ изъ нея конусообразныя куски, длиною въ 5—6 сантим. и различной тол-
щины. Губку прокалываютъ по длинѣ раскаленной проволокой и затѣмъ пропитываютъ
растворомъ камеди [*Бентокъ*¹¹⁾ считаетъ растворъ камеди излишнимъ]. Вокругъ при-
готовленной такимъ образомъ губки наматываютъ тщательно тонкую нитку, начиная съ
пріостренного конца. Когда губка высохнетъ, сматываютъ нитку, отшлифовываютъ ея
неровности стеклянной бумагой, выдергиваютъ проволоку, и губка готова.

Можно употреблять губки любой величины (фиг. 4), но лучше другихъ считаются
английскія карболизированныя губки.

Палочки *laminaria digitata*, многолѣтняго стебля морской водоросли, впервые предло-
женныя *Слоаномъ*¹²⁾ въ Айрѣ, имѣютъ то преимущество предъ прессованной губкой,
что онѣ не такъ легко приобрѣтаютъ вонючій запахъ и, будучи очень гладки, менѣе
повреждаютъ слизистую оболочку. Но вмѣстѣ съ тѣмъ онѣ не въ такой степени разрых-
ляютъ шейку, какъ прессованная губка, слабѣе разбухаютъ, не всегда имѣются въ та-
кихъ размѣрахъ, какіе нужны, и потому, не смотря на многія неудобства прессованной

1) *Annalen d. Entbind. zu Göttingen*, 1804, т. II, 2, стр. 383.

2) *Gynäk.*, II, стр. 286; т. III, фиг. 2.

3) *Gemeins. d. Zeitschr. f. Geb.*, т. VI, стр. 369.

4) Тамъ же, стр. 549.

5) *Med. Times*, 5 марта 1864.

6) *Amer. J. of med. sc.*, апрѣль 1871, стр. 395.

7) *New-York med. J.*, XI, 1870, стр. 465.

8) *Arch. f. Gyn.*, т. V, стр. 268.

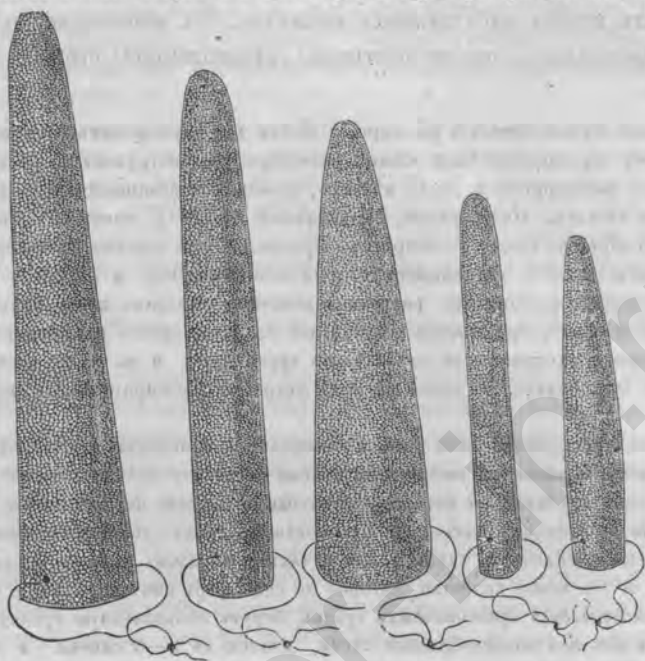
9) *Amer. J. of Obst.*, т. VII, стр. 295.

10) *Amer. J. of Obst.*, т. VII, стр. 311 и 473.

11) *London Obst.*, т. XIV, стр. 85.

12) *Glasgow med. J.*, октябрь 1862.

губки, онѣ не могли вытѣснить послѣднюю изъ употребленія. *Григальфи* предлагаетъ употреблять выдолбленные конусы изъ ламинари, которые разбухаютъ скорѣе и лучше.



Фиг. 4.

Различныя сорта прессованной губки въ естественную величину.

Корень горечавки (*gentiana*), вновь предложенный недавно *Винкелемъ*¹⁾, имѣеть предположенный развѣтъ преимуществъ, что дешевле его. Обезызвестленная слоновая кость (положенная въ кислоты, она лишается своихъ неорганическихъ составныхъ частей и, будучи высушена, сморщивается и снова разбухаетъ при смачиваніи) раздается еще менѣе, чѣмъ ламинари.

Прессованная губка вставляется или черезъ зеркало, или просто руками. Въ первомъ случаѣ наиболѣе удобно зеркало *Симса*, которое вводятъ при боковомъ положеніи больной. Установивъ шейку, оттягиваютъ крючкомъ переднюю губу, отчего раскрывается наружный зѣвъ, и вкладываютъ въ него кончикъ захваченной пинцетомъ прессованной губки. Затѣмъ проталкиваютъ губку на столько, чтобы кончикъ ея вдавался въ полость матки.

Значительно труднѣе продвигать губку впередъ при употребленіи зеркала изъ молочнаго стекла, такъ какъ послѣднее смѣщаетъ шейку нѣсколько вверхъ, давая перегибъ у внутренняго маточнаго зѣва.

Впрочемъ, при нѣкоторомъ навыкѣ, обыкновенно удается безъ труда ввести прессованную губку просто рукою и подъ одѣяломъ. Съ этой цѣлью я производжу изслѣдованіе лѣвымъ указательнымъ пальцемъ, накладывая его на влагалищную часть и затѣмъ ввожу вдоль пальца прессо-

¹⁾ Deutsche Klin., 1867, № 29.

ванную губку чрезъ входъ во влагалище. Палецъ направляетъ ее въ наружный маточный зѣвъ, и, если заранѣе извѣстно положеніе тѣла матки и соотвѣтственно этому тупой конецъ губки наклоняютъ назадъ или впередъ, то она безъ труда проникаетъ за внутренній зѣвъ. Значительную помощь оказываетъ при этомъ другая рука, которая надавливаетъ матку на губку со стороны брюшныхъ покрововъ.

Прессованную губку не слѣдуетъ смазывать очень масломъ, потому что отъ этого она медленнѣе разбухаетъ. Кончикъ же ее смазываютъ твердымъ жиромъ, а не масломъ.

Вставленіе губки не должно длиться слишкомъ долго, потому что она очень быстро притягиваетъ влажность и, коль скоро кончикъ ее начнетъ разбухать и мякнуть, ее ужъ нельзя будетъ вводить дальше.

Нужно остерегаться вводить губку слишкомъ далеко, такъ какъ, особенно у нерожавшихъ, наружный маточный зѣвъ слегка закрывается надъ губкой и тогда очень трудно бываетъ вынуть ее. Прессованной губкѣ нужно дать такую длину, чтобы при прохожденіи ее чрезъ внутренній зѣвъ другой конецъ нѣсколько выдавался изъ наружнаго зѣва.

Если, по вложеніи прессованной губки, поддержать ее нѣкоторое время пальцемъ, то она можетъ быть удержана на мѣстѣ и безъ тампоновъ, уже въ силу своего быстрого разбуханія. Ламинарій же долженъ быть укрѣпленъ искусственно.

Какъ долго губка должна оставаться на мѣстѣ и какъ часто слѣдуетъ замѣнять ее другою, большаго объема, — все это вполне зависитъ отъ индивидуальныхъ условій.

У женщинъ рожавшихъ, съ широкой, растяжимой шейкой, особенно если внутренній зѣвъ уже растянута остатками лица или другими внутриматочными опухолями, одной прессованной губки, пролежавшей нѣсколько часовъ, часто достаточно бываетъ для того, чтобы достигнуть нужной степени расширенія.

Наоборотъ, если дѣло идетъ о расширеніи узкаго канала твердой, какъ хрящъ, шейки у женщины еще нерожавшей, то необходимо начинать съ самыхъ тонкихъ сортовъ; еще лучше въ подобныхъ случаяхъ начинать расширеніе съ помощью очень тонкихъ и легко вставляющихся палочекъ ламинарія. Случается, что бываетъ необходимо вставить 3—4 прессованныя губки, возрастающей толщины, прежде чѣмъ шейка раздается, какъ слѣдуетъ, а главное, прежде чѣмъ будетъ преодолено сопротивление со стороны внутренняго зѣва.

Каждую прессованную губку нужно удалить чрезъ 8—12 часовъ, такъ какъ къ этому времени она обыкновенно ужъ очень скверно пахнетъ. Осторожно пропринцовавъ влагалище и шейку, дѣлаютъ новый осмотръ и, въ случаѣ надобности, вводятъ болѣе толстую губку, повторяя это до тѣхъ поръ, покуда вся шейка не расширится на столько, чтобы можно было обвести пальцемъ всю полость матки.

Губку удаляютъ рукою, для чего сначала распатываютъ ее пальцемъ въ шейкѣ и, какъ только она начинаетъ поддаваться, вытягиваютъ ее за нитку.

Какъ ни дѣйствительно и полезно употребленіе прессованной губки, она, однакоже, не свободна отъ нѣкоторыхъ опасностей ¹⁾.

Вставленіе прессованной губки представляетъ, во всякомъ случаѣ, раздраженіе для матки и притомъ не просто механическое раздраженіе, но и ту опасность, что отдѣленія, которыми губка пропитывается насквозь, чрезвычайно легко разлагаются, такъ что уже вскорѣ послѣ своего введенія губка принимаетъ дурной запахъ (*Lausonъ Тетъ*, *Med. Times*, 10 января 1874, утверждаетъ, что прессованныя губки, пропитанныя 5-процентнымъ растворомъ гвоздичнаго масла, вовсе не пахнутъ).

Раздраженіе, производимое прессованной губкой, можетъ вызвать воспаленіе даже въ здоровой маткѣ, а тѣмъ легче, слѣдовательно, оно можетъ вызвать обостренія воспалительныхъ процессовъ, если уже до вставленія губки существовали метритъ или периметритъ, хотя бы только въ хронической формѣ.

Поэтому, нельзя смотрѣть на описываемую операцію, какъ на что-то безразличное, а нужно производить ее съ извѣстными предосторожностями. Мы настоятельно совѣтуемъ вставлять губку не иначе, какъ на дому у больной, на ея постели, которой она не должна покидать въ теченіи извѣстнаго времени. Сущствующее воспаленіе составляетъ противопоказаніе къ вставленію губки, хотя, конечно, бываютъ случаи, когда, не смотря на опасность, мы можемъ быть вынуждены силою обстоятельствъ рѣшиться на расширеніе шейки.

Слизистая оболочка шейки всегда повреждается въ значительной степени, но это обыкновенно не влечетъ за собою дурныхъ послѣдствій, а иногда давленіе прессованной губки оказываетъ даже прямо благотворное вліяніе на хроническо-воспалительное разращеніе слизистой оболочки.

Въ высокой степени опасныя процессы могутъ развиваться вслѣдствіе того, что продукты разложенія, быстро подвигающагося впередъ подъ вліяніемъ прессованной губки, всасываются и вызываютъ піэмическія и гниlostныя состоянія. Легче всего всасываніе происходитъ въ томъ случаѣ, когда прессованная губка вставляется тотчасъ послѣ кровавой операціи ²⁾ (надрѣзь наружнаго зѣва) или когда вводятъ нѣсколько прессованныхъ губокъ подъ-рядъ одну за другою. Поэтому первая губка срав-

¹⁾ См. *Эткенъ*, *Edinb. Obst. Tr.*, т. II, стр. 185, *Грюневальдъ*, въ *Tagelb. d. Rostocker Naturforschervers.*, 1871, стр. 156; *Стореръ*, *Boston gyn. J.*, III, стр. 12, *Цинше*, *D. i. Greifswald*, 1873. Рядъ смертельныхъ случаевъ сообщаютъ въ *Philadelphia Obst. soc. Виллардъ*, *Вильсонъ*, *Ленокъ*, *Годде*, *Смитъ* и *Гудельмъ* (см. *Amer. J. of Obst.*, т. VII, стр. 279, и *Obst. J. of Great Britain*, окт. 1874, стр. 449).

²⁾ См. *Ольсгаузенъ*, *Samml. klin. Vort.*, № 67, стр. 503.

нительно безопасна, вторая уже опаснѣе, а третья рѣшительно опасна. *Томасъ* ¹⁾ приводитъ случай столбняка, развившагося чрезъ 24 часа послѣ удаленія второй губки, а *Томсонъ* ²⁾ сообщаетъ другой случай смертельнаго столбняка.

Исследование помощью зрѣнія.

Непосредственный осмотръ живота не лишенъ значенія при крупныхъ брюшныхъ опухоляхъ, хотя обыкновенно этимъ путемъ нельзя добыть сколько нибудь вѣскихъ діагностическихъ указаній. Но, при благоприятныхъ обстоятельствахъ, все же удается, на основаніи уплощенія живота, отличить свободное скопленіе жидкости въ животѣ отъ жидкости, заключенной въ кисть; точно также мочевоу пузырь, когда позади него расположены брюшныя опухоли, образуетъ такое шарообразное возвышеніе, что уже по одному этому ихъ легко узнать помощью зрѣнія.

Осмотръ наружныхъ половыхъ частей никакъ не можетъ быть замѣненъ осизаніемъ и часто даетъ весьма опредѣленные результаты. Точное понятіе о состояніи губъ, уздечки, клитора, отверстія мочеиспускательнаго канала, дѣственной плевы можно получить только помощью зрѣнія.

Еще большую важность имѣетъ осмотръ влагалища и влагалищной части матки посредствомъ особенно для этого устроенныхъ инструментовъ.

Такихъ инструментовъ — маточныхъ или, вѣрнѣе, влагалищныхъ зеркалъ, specula — существуетъ многое множество.

Карлъ Майеръ, Verh. d. Berl. geb. Ges., VII, 1853, стр. 79. — *Луи Майеръ*, M. f. Geb., т. 18, стр. 11. — *М. Симсъ*, Amer. J. of med. sc., январь 1852, и Gebärmutterschir. Erlangen, 1866, стр. 9. — *Г. Симонъ*, Ueber die Oper. d. Blasenecheidenfistel etc. Rostock, 1862, стр. 62.

Можно различать троякаго рода зеркала: створчатыя, цилиндрическія и состоящія изъ различныхъ частей, которыя вводятся порознь.

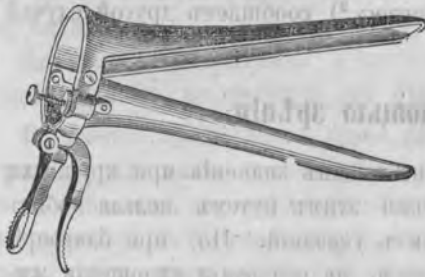
Прежде въ большомъ ходу были многостворчатыя зеркала, изъ которыхъ мы отмѣтимъ здѣсь двустворчатое зеркало *Рикора* и еще болѣе цѣлесообразное зеркало *Куско* (см. фиг. 5). Зеркала съ тремя и четырьмя створками предложены *Севала*, *Шаррьеромъ* и др.

Эти многостворчатыя зеркала вводятся во влагалище со сложенными вѣтвями и затѣмъ раскрываются посредствомъ различныхъ механизмовъ. То преимущество ихъ, что при прохожденіи чрезъ влагалищный входъ они имѣютъ небольшой объемъ и потому не причиняютъ боли, уравновѣшивается тѣмъ, что при обратномъ извлеченіи они очень легко защемляютъ складки слизистой оболочки. Сверхъ того, съ помощью ихъ довольно трудно отыскать влагалищную часть, если она устанавливается не сразу, да и освѣщеніе въ нихъ недостаточно. По всѣмъ этимъ при-

¹⁾ Diseases of women. 3-е изд. Philad., 1872, стр. 91.

²⁾ Columbia Hosp. Report. Washington, 1873, стр. 102.

чинамъ, да еще и потому, что чистка ихъ весьма хлопотлива, они теперь очень мало употребляются.

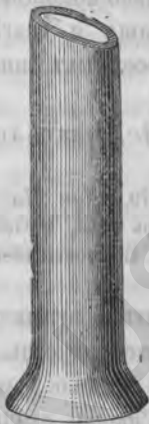


Фиг. 5.
Зеркало Куско.

Цилиндрическія зеркала приготавливаются изъ самаго разнообразнаго матеріала: металловъ, дерева, слоновой кости, каучука, стекла, фарфора.

Внѣ Германіи чаще всего употребляется зеркало Фергюссона (фиг. 6), а въ Германіи зеркало Майера изъ молочнаго стекла (фиг. 7 и 8).

Фергюссоновское зеркало состоитъ изъ стеклянной трубки, обложенной снаружи серебромъ, а поверхъ этого каучукомъ; майеровское же зеркало состоитъ просто изъ молочнаго стекла или фарфора. Оба зеркала расширены на переднемъ концѣ въ видѣ раструба, а на другомъ концѣ сръзаны перпендикулярно или наискось.



Фиг. 6.
Зеркало Фергюссона.



Фиг. 7.
Прямое зеркало изъ ма-
товаго стекла.



Фиг. 8.
Зеркало изъ матоваго
стекла, сръзанное вкось.

Эти зеркала имѣютъ то преимущество, что чистятся очень легко, не портятся отъ лекарствъ и даютъ очень хорошее освѣщеніе. Влагалищная часть легко устанавливается въ нихъ, особенно въ сръзанныхъ наискось зеркалахъ, и притомъ даже при смѣщеніи шейки назадъ. Вотъ почему для обыкновенныхъ случаевъ лучше всего употреблять послѣдняго рода зеркала. Перпендикулярно же сръзанныя зеркала производятъ равномерное давленіе на влагалищный сводъ, такъ что ихъ правильнѣе всего употреблять тамъ, гдѣ нужно растопырить губы, чтобы поглубже заглянуть въ каналъ шейки. Мнимое неудобство, будто при своемъ вве-

деніи они причиняють боль, почти совершенно ступшевывается въ опытныхъ рукахъ.

При введеніи зеркала, прежде всего нужно имѣть въ виду, что уздечка и область промежности обладаютъ очень незначительной чувствительностью и очень растяжимы, тогда какъ прикрѣпленная непосредственно къ лобковому сращенію передняя стѣнка влагалища вмѣстѣ съ валикомъ мочеиспускательнаго канала чрезвычайно чувствительны.

Чтобы пощадить эти послѣднія части, можно вводить зеркало различными способами. Во-первыхъ, раздвинувъ губы указательнымъ и большимъ пальцами лѣвой руки, вводятъ зеркало такимъ образомъ, что вставляютъ его верхнимъ краемъ (верхушкой) во влагалище и затѣмъ съ нѣкоторой силой проталкиваютъ его нижній край по уздечкѣ. Во-вторыхъ, и этотъ способъ я считаю болѣе предпочтительнымъ, наставляютъ сръзанную верхушку на уздечку и заднюю стѣнку влагалища и затѣмъ, не прижимая верхняго края его къ валику мочеиспускательнаго канала, надавливаютъ зеркаломъ промежность на столько, что влагалищный входъ раскрывается и пропускаетъ все зеркало во всю его толщю. Этимъ путемъ чрезъ влагалищный входъ могутъ быть проведены даже очень крупныя зеркала, и они при этомъ причиняють гораздо меньше боли, чѣмъ грубый способъ буравящаго введенія зеркала, посредствомъ торчащаго въ немъ проводника.

Продолжая вращательными движеніями подвигать зеркало впередъ, мы видимъ, какъ передняя и задняя стѣнки влагалища разступаются, открывая передъ нами влагалищную часть. Послѣдняя обыкновенно очень легко устанавливается, особенно при помощи косо сръзанныхъ зеркалъ; затрудненія встрѣчаются рѣдко. Въ особенно трудныхъ случаяхъ, при сильномъ наклоненіи матки впередъ, приходится иногда сначала ввести зондъ и по немъ уже зеркало.

Такъ какъ ширина влагалищнаго входа индивидуально весьма различна, то всегда нужно имѣть подъ руками большой выборъ широкихъ и узкихъ зеркалъ изъ матоваго стекла. У рожавшихъ женщинъ почти всегда удается ввести самыя крупныя зеркала, безъ особенно сильной боли.

Зеркала, существующія въ продажѣ, обыкновенно бываютъ нѣсколько длинноваты. Чѣмъ короче зеркало, если только оно вообще достаточно, тѣмъ оно удобнѣе для нѣкоторыхъ манипуляцій, и начинающимъ потому именно часто не удается надлежащимъ образомъ установить влагалищную часть, что они быстро проскальзываютъ мимо нея, попадая во влагалищный сводъ. *Томасъ* ¹⁾ нашель нужнымъ устроить особенное, „телескопическое зеркало“, которое вдвиганіемъ и выдвиганіемъ можно дѣлать длиннѣе и короче.

Мы самымъ рѣшительнымъ образомъ предостерегаемъ отъ воронкообразныхъ зеркалъ изъ молочнаго стекла, часто встрѣчающихся теперь въ продажѣ. Такія зеркала помѣщаются своимъ широкимъ концомъ въ влагалищномъ входѣ, давая сверху только узкое поле зрѣ-

¹⁾ Diseases of women. 3 изд., стр. 75.

нія. Легкость введенія зеркала въ сущности имѣть такъ мало значенія, что слѣдовало бы дѣлать одни только цилиндрическія зеркала.

Въ послѣднее время введены въ практику другого рода зеркала, которыя, безспорно, даютъ возможность легче проникнуть до влагалищной части и влагалищнаго свода, чѣмъ перечисленныя выше.

Симсъ сначала предложилъ одностворчатое, „похожее на утинный клювъ“, зеркало (фиг. 9), которое отодвигаетъ только заднюю стѣнку кзади. Въ спинномъ положеніи больной этотъ инструментъ не годенъ, но за то въ сильномъ боковомъ, а еще болѣе въ коленно-локтевомъ положеніи, натяженіе со стороны повинующихся силъ тяжести брюшныхъ органовъ на столько сильно, что передняя стѣнка не можетъ слѣдовать за сдвинутой съ нея зеркаломъ задней стѣнкой, вслѣдствіе чего влагалище открывается. Впрочемъ, и въ этомъ положеніи почти всегда бываетъ нуженъ маленькій инструментъ, который слегка поддерживалъ бы переднюю стѣнку влагалища.



Фиг. 9.
Зеркало Симса.

Такъ какъ при зеркалѣ *Симса* больной необходимо давать боковое положеніе и такъ какъ для удержанія зеркала нуженъ помощникъ, то въ Германіи, гдѣ вошло въ обычай, чтобы врачъ осматривалъ больную на-единѣ, оно едва-ли войдетъ въ общее употребленіе. Да къ тому же, въ обыкновенныхъ случаяхъ, гдѣ дѣло идетъ только объ осмотрѣ влагалищной части, можно отлично обходиться и безъ него.

Тамъ же, гдѣ необходимо обнажить на возможно большемъ разстояніи всю верхнюю часть влагалища, съ цѣлью самаго подробнаго изслѣдованія или для операций, я отдаю предпочтеніе зеркаламъ *Симона* (фиг. 10), которыя раздвигаютъ влагалищныя стѣнки со всѣхъ сторонъ и притомъ—что весьма важно для наркоза—можетъ быть примѣнено и въ спинномъ положеніи больной.

Они состоятъ изъ похожего на симсовское зеркало жолоба для задней стѣнки влагалища *c*, пластинки *b* для удержанія передней стѣнки и двухъ боковыхъ рычаговъ *a* для раздвиганія боковыхъ стѣнокъ. Первые двѣ части могутъ быть укрѣплены въ общей рукояткѣ. Для того, чтобы придерживать эти зеркала, нужны по меньшей мѣрѣ два помощника.

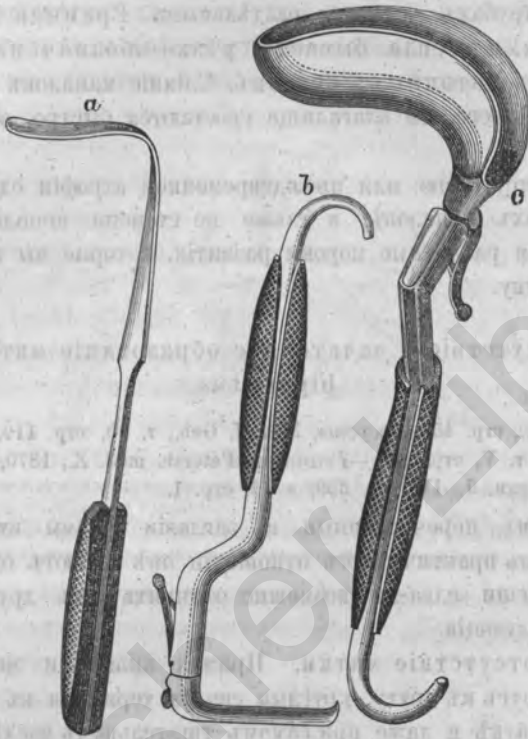
Пробовали также устраивать эти зеркала такъ, чтобы они могли держаться сами, безъ помощи ассистентовъ. Такія видоизмѣненія придуманы *Эмме*, *Фово*, *Палленомъ*, *Ноттомъ*, *Томасомъ*, *Гентеромъ*, *Сушономъ* и *Спенсеръ Уэльсомъ*, но они мало привились въ практикѣ.

Англичане и въ особенности американцы неутомимы въ изобрѣтеніи новыхъ зеркалъ, изъ которыхъ мы приведемъ только слѣдующія:

Мидовса (Lancet, май 1870), *Блэкби* (Lancet, 9 дек. 1871, стр. 320), *Альберта Смита* (Med. Press a. Circular, декабрь 1869), *Байрна* (Amer. J. of Obst., IV, стр. 287),

Стоктонъ Гоу (Boston gyn. J., VI, стр. 18), Броуна (Boston med. a. surg. J., июль 1869), Ирика (Philad. a. surg. Reporter, 27 марта 1869).

Искусственные освѣтительные снаряды, предложенные Плоссомъ ¹⁾, Тобольдомъ ²⁾ и Сеидвикомъ ³⁾, по весьма понятнымъ причинамъ, не могутъ



Фиг. 10.

Зеркало Симона: а боковой рычагъ. б пластинчатое зеркало для передней стѣнки, с желобчатое зеркало для задней стѣнки влагалища.

войти въ общее употребленіе. Нужно твердо помнить, что для изслѣдованія зеркаломъ дневной свѣтъ и необходимъ, и достаточенъ.

БОЛЕЗНИ МАТКИ.

Пороки развитія.

Гуссмауль, Von dem Mangel и т. д. der Gebärmutter. Würzburg, 1859. — Фюрстъ, M. f. Geb., т. 30, стр. 97. — Генпнеръ, Petersburger med. Z., 1870, I, стр. 193. — Шауъ, Archiv f. Gyn., I, стр. 12, и II, стр. 289. — Черчилль, Obst. J. of Graet Britain, июль 1873, стр. 256.

Женскій половой каналъ на всемъ своемъ протяженіи, начиная со входа во влагалище до брюшного отверстія, состоитъ изъ двухъ перво-

¹⁾ M. f. Geb., т. 14, стр. 271, и 19, стр. 466.

²⁾ M. f. Geb., т. 18, стр. 6.

³⁾ Lancet, 24 апрѣля 1869.

начально разбѣденныхъ между собою и параллельныхъ, каналовъ—мюллеровыхъ протоковъ. Начиная съ восьмой недѣли зародышевой жизни, эти каналы срастаются между собою въ тѣхъ частяхъ, которыя идутъ на образованіе влагалища и матки, тогда какъ части, соответствующія фаллопиевымъ трубамъ, остаются раздѣльными. Граница между этими двумя отдѣлами всегда бываетъ рѣзко обозначена отхожденіемъ круглыхъ маточныхъ связокъ. Сліяніе каналовъ начинается со середины, послѣ чего оба влагалища срастаются быстро, обѣ матки медленнѣе.

Смотря по отсутствію или преждевременной атрофіи одного или обоихъ мюллеровыхъ каналовъ, а также по степени неполнаго сращенія ихъ, образуются различныя пороки развитія, которые мы и рассмотримъ здѣсь по порядку.

Полное отсутствіе и зачаточное образованіе матки. Uterus bipartitus.

Куссмауль, I с., стр. 43.—*Фюрстъ*, Mon. f. Geb., т. 30, стр. 119, 128.—*Шрёдеръ*, Scanzoni's Beitr., т. V, стр. 348.—*Гейтнеръ*, Petersb. med. Z., 1870, т. I, стр. 197.—*Уорнеръ*, Boston gyn. J., IV, стр. 339, и VI, стр. 1.

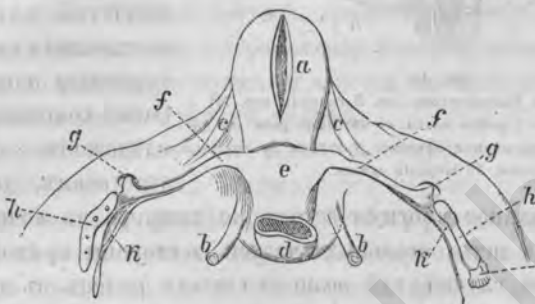
Мы излагаемъ перечисленныя въ заглавіи формы вмѣстѣ на томъ основаніи, что въ практическомъ отношеніи онѣ имѣютъ одинаковое значеніе и при жизни едва-ли возможно отличить ихъ другъ отъ друга. Формы эти слѣдующія:

а. Полное отсутствіе матки. Прямая кишка и мочевой пузырь примыкаютъ другъ къ другу, круглыя связки теряются въ лежащей между ними клетчаткѣ и даже при самомъ тщательномъ изслѣдованіи нельзя открыть и слѣдовъ матки. Такіе случаи въ высшей степени рѣдки; если еще при этомъ недостаетъ и яичниковъ, то, строго говоря, мы имѣемъ предъ собою безполую особь.

б. Существуетъ зачатокъ матки безъ полости, состоящій изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Видъ его можетъ быть различный. Онъ можетъ до нѣкоторой степени напоминать собою форму матки, но еще чаще изъ того отдѣла, который, повидимому, представляетъ собою шейку, отходятъ по сторонамъ маточныя рога (фиг. 11). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ имѣется только зачатокъ, перебѣгающій въ видѣ дуги съ одной стороны на другую (фиг. 12). Рога существуютъ, шейки нѣтъ.

в. Существуетъ зачатокъ матки съ полостью. Онъ можетъ представлять собою перепончатое, полое, пузыревидное образованіе, напоминающее нормальную форму матки. Но гораздо чаще дѣло идетъ здѣсь объ *uterus bipartitus*, какъ обыкновенно, хотя и неудачно, обозначаютъ эту уродливость. *Uterus bipartitus* (фиг. 13) состоитъ изъ простой и сплошной шейки, съ раздѣльными рогами, изъ которыхъ каждая снабжена небольшою полостью, выстланной слизистой оболочкой.

По своему практическому значенію, всё эти уродливости не особенно разнятся между собою. Яичники либо существуют, либо нѣтъ, при чемъ въ первомъ случаѣ они могутъ содержать графовы пузырьки. Мѣсячныхъ очищеній никогда не бываетъ, *molimina menstrualia* тоже отсутствуютъ въ большинствѣ случаевъ. Влагалище либо совсѣмъ отсутствуетъ, либо оно коротко и имѣетъ слѣпое окончаніе, тогда какъ наружныя половыя части нормальны и даже могутъ быть убраны хорошо развитымъ лобкомъ (*pubes*).

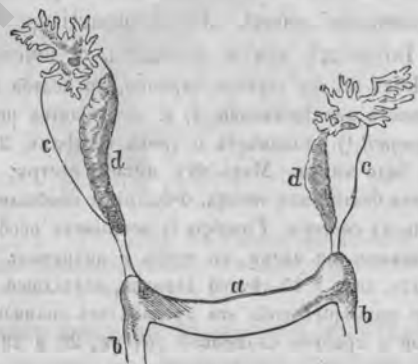


Фиг. 11.

Спихошной зачатокъ матки, состоящій изъ общей шейки и раздѣльныхъ роговъ, по Ферстеру (см. Куссмауль, стр 66). *a* надрѣзанный пузырь. *bb* мочеточники. *cc* пупочныя артеріи. *d* прямая кишка. *e* шейка. *f* рога матки. *hh* яичники съ фолликулами. *i* зачатокъ трубъ. *kk* брюшинная складка яичниковъ.

Отсутствие или зачаточное развитіе матки вовсе не всегда обуславливаютъ мужской складъ индивидума (*viragines*): форма тѣла, голосъ, наклонности, характеръ могутъ быть вполне женственны, даже груди бываютъ хорошо развиты, не смотря на полное отсутствіе яичниковъ.

Очень нерѣдко подобныя женщины выходятъ замужъ или живутъ во вѣбращномъ сожителствѣ. При этомъ либо отъ продолжительныхъ усилій мужа или любовника зачатокъ влагалища углубляется на столько, что въ немъ можетъ помѣститься, по крайней мѣрѣ, часть уда, либо моченспускательный каналъ расширяется мало по малу и служить для полового акта.

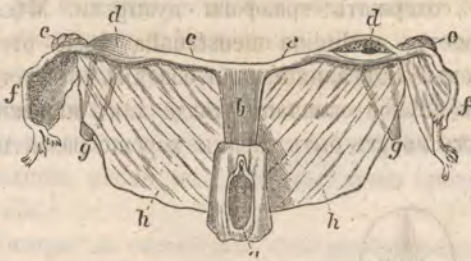


Фиг. 12.

Дугообразный зачатокъ матки по Нетъ (см. Куссмауль, I. с, стр 64). *a* зачатокъ матки. *bb* круглыя связки. *cc* трубъ. *dd* яичники.

Важно умѣть распознавать эти пороки развитія у живыхъ. Оно производится съ помощью самаго тщательнаго двойнаго изслѣдованія. Такъ какъ послѣднее только въ исключительныхъ случаяхъ можетъ быть произведено здѣсь со стороны влагалища, то обыкновенно изслѣ-

дуютъ чрезъ прямую кишку. Вставивъ туда одинъ или два пальца, самымъ тщательнымъ образомъ опускаютъ лежащій между ними и наложенной снаружи рукою малый тазъ. При не особенно неблагоприятныхъ условіяхъ, этимъ путемъ удается придти къ опредѣленному заключенію о совершенномъ отсутствіи матки или о существованіи ея въ видѣ едва замѣтнаго плоскаго зачатка.



Фиг. 13.

Uterus bipartitus по Рокитанскому (см. Куссмауль, стр. 71). *a* закрытое влагалище. *b* шейка матки. *c* маточные рога. *dd* полости роговъ. *ee* сморщенные личинки. *ff* трубы. *gg* круглыя связки. *hh* широкія связки.

Этому комбинированному изслѣдованію, по своимъ результатамъ, далеко уступаетъ рекомендованное многими вставленіе катетера въ мочевой пузырь и надавливаніе на него остальныхъ частей со стороны прямой кишки. Бываютъ, однакоже, случаи, гдѣ возможно ввести палецъ въ мочевой пузырь чрезъ расширенный вслѣдствіе совокупленія мочеиспускательный каналъ (недержанія мочи при этомъ обыкновенно не бываетъ) и гдѣ, благодаря этому, комбинированное изслѣдованіе весьма удобно можетъ быть произведено чрезъ пузырь и прямую кишку. Рѣшеніе вопроса очень затрудняется въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ по срединной линіи ничего не находятъ, а по бокамъ прощупываются небольшія круглыя тѣла, которыя могутъ быть приняты и за яичники, при отсутствующей маткѣ, и за раздутыя окончанія роговъ *uterus bipartitus*.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ о леченіи не можетъ быть и рѣчи.

Какъ это ни звучитъ странно, но нельзя не замѣтить, что отсутствіе матки нерѣдко бываетъ наследственно, т. е. повторяется поразительно часто въ одной и той же семьѣ. Скеррей¹⁾ упоминаетъ о трехъ сестрахъ, 26, 18 и 16 лѣтъ, изъ которыхъ ни у одной не было матки. Мать ихъ имѣетъ сестру, у которой никогда не было мѣсячныхъ, и трехъ бездѣтныхъ тетокъ. Филлингъ сообщаетъ по этому поводу случай отсутствія матки у двухъ сестеръ. Гауффъ²⁾ вскрывалъ особу съ женскимъ складомъ тѣла, у которой не оказалось ни матки, ни трубъ и яичниковъ. Наружныя половныя части были развиты не болѣе, какъ у 10-лѣтней дѣвочки, влагалище закрыто и только клиторъ имѣлъ значительныя размѣры (особа эта предавалась онанизму). Двѣ сестры ея имѣютъ каждая по взрослому и красиво сложенной дочери, 28 и 23 лѣтъ, у которыхъ половныя органы развиты такъ же, какъ у этой старухи, и которыя совершенно лишены полового чувства.

Uterus unicornis (однорогая матка) съ недоразвитымъ придаточнымъ рогомъ или безъ него.

При однорогой маткѣ, мюллерова протока или вовсе не бываетъ на одной сторонѣ, или онъ развитъ не вполне, тогда какъ на другой сторонѣ онъ совершенно нормаленъ и только не сливается съ своей парой.

¹⁾ London Obst. Tr., т. XIV, стр. 212.

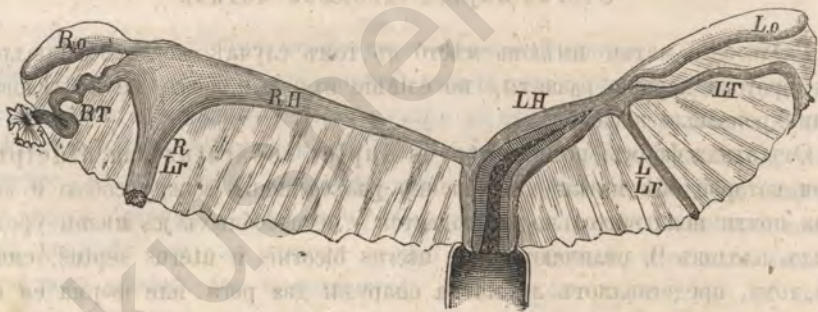
²⁾ Würtemb. Corresp.-Bl., 1873, 43, 5, см. Schmidt's Jahrbücher, 1873, т. 158, стр. 140.

Однорогая матка представляетъ продолговатое цилиндрическое, замѣтно суживающееся къверху и загибающееся въ сторону тѣло, довольно узкое сравнительно съ своей длиной. Отъ верхушки отклоненнаго въ сторону рога отходить труба вмѣстѣ съ другими придатками матки.

Однорогая матка нѣсколько отстаетъ въ своемъ развитіи. Собственно того, что называется дномъ, въ ней нѣтъ, шейка длиннѣе и толще, чѣмъ тѣло, влагалищная часть мелка, влагалище узко.

На противоположной же сторонѣ можетъ совсѣмъ не быть рога (и въ этомъ случаѣ недостаетъ и другихъ придатковъ или они лишь слегка намѣчены) или онъ развитъ въ различной степени, начиная съ тонкаго тесьмообразнаго мышечнаго пучка и кончая небольшимъ полымъ органомъ, сообщающимся съ другимъ рогомъ.

Тесьмообразный придаточный рогъ, который, начинаясь на уровнѣ внутренняго маточнаго зѣва, направляется наружу и нѣсколько вверхъ и нерѣдко снабженъ на концѣ полымъ возвышеніемъ, отличается иногда весьма значительной длиной (по препаратамъ патолого-анатомическаго института въ Эрлангенѣ до 10—15 сантиметровъ). Яичникъ на этой сторонѣ тоже можетъ быть чрезвычайно вытянутъ въ длину, до 7 сантим. (фиг. 15). Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ длиннѣе бываетъ яичникъ хорошо развитаго рога (фиг. 14). При этомъ придаточный рогъ имѣетъ



Фиг. 14.

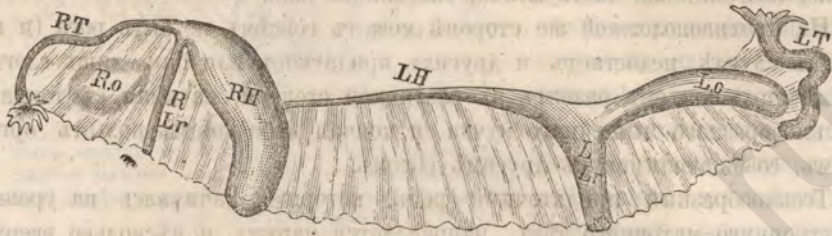
Однорогая матка съ недоразвитымъ придаточнымъ рогомъ по препарату изъ патолого-анатомическаго музея въ Эрлангенѣ. *LH, Lo, LT* и *LLr* рогъ, яичникъ, труба и круглая связка лѣвой стороны, *RH, Ro, RT* и *RLr* тѣ же органы правой стороны.

наибольшую толщину на мѣстѣ своего перехода въ круглую связку, отличающуюся чрезвычайно сильнымъ развитіемъ. Фаллопиева труба на зачаточной сторонѣ можетъ представляться весьма неправильной, помѣщаясь кнаружи отъ яичника, въ видѣ очень короткаго, не связаннаго съ маткой каната, и оканчиваясь на маточной сторонѣ свободно и слѣпо (фиг. 15).

Однорогая матка нисколько не нарушаетъ половыхъ отправленій. Мѣсячныя очищенія совершаются правильно и зачатіе можетъ имѣть мѣсто, какъ въ нормально развитомъ, такъ и въ зачаточномъ рогѣ (когда онъ полый). Въ первомъ случаѣ беременность протекаетъ правильно, во

второмъ она оканчивается между третьимъ и шестымъ мѣсяцемъ разрывомъ съ его смертельными послѣдствіями.

Распознаваніе этого порока развитія не легко. Существованіе его можетъ быть принято въ томъ случаѣ, когда, при узкомъ влагалищѣ и мелкой влагалищной части, удастся доказать, посредствомъ точнаго двойного изслѣдованія, что тонкая, приостраивающаяся кверху матка необычно-



Фиг. 15.

Однорогоя матка съ недоразвитымъ придаточнымъ рогомъ по препарату изъ патолого-анатомическаго музея въ Эрлангенѣ. Буквы тѣ же, что на предыдущемъ препаратѣ.

венно сильно перегибается подъ дугою въ одну сторону. Если въ то же время на другой сторонѣ проклевывается канатикъ или кругловатое тѣло, то онъ долженъ быть принятъ за другой зачаточный рогъ.

Uterus duplex (двойная матка).

Раздвоенія матки имѣютъ мѣсто въ томъ случаѣ, когда оба мюллерова протока хорошо развиты, но слияніе ихъ или вовсе не послѣдовало, или произошло неполно.

Отъ этихъ формъ, помимо *uterus duplex separatus* или *didelphys*, при которой обѣ матки совершенно разъединены между собою и которая почти исключительно наблюдается у неспособныхъ къ жизни уродливыхъ плодовъ ¹⁾, отличаютъ еще *uterus bicornis* и *uterus septus*, смотря по тому, представляетъ ли матка снаружи два рога или форма ея нормальна.

Uterus bicornis.

Двурогая матка можетъ быть двойною вполне или только отчасти.

¹⁾ Недавно описано нѣсколько случаевъ *uterus didelphys* у взрослыхъ женщинъ. Такой случай сообщенъ Геттнеромъ (I. с., стр. 202), но безъ анамнеза; обѣ матки были неполныя, трубы и яичники довольно нормальны, въ послѣднихъ найдены графовы мѣшочки и менструальныя желтыя тѣла. Еще интереснѣе случай Олливе (Gaz. de Paris, 14, 1872. См. Schmidt's Jahrb., 1873, т. 158, стр. 41), который вскрывалъ 42-лѣтнюю женщину, рожавшую 6 разъ. Обѣ матки были раздѣлены довольно значительнымъ промежуткомъ, въ которомъ помѣщались кишечныя петли. Оба влагалища тоже были совершенно разъединены. Олливе приводитъ подобный же случай Ле Фора (Des vices de configuration de l'utérus et du vagin etc. Paris, 1863, стр. 47), относящійся до 25-лѣтней женщины.

Въ первомъ случаѣ, при *uterus bicornis duplex*, обѣ матки примыкаютъ другъ къ другу на различномъ протяженіи. Если между собою сближены однѣ только шейки, то тѣла расходятся подъ значительнымъ угломъ, который дѣлается тѣмъ острѣе, чѣмъ выше переносится точка соприкосновенія между матками.

При неполномъ же раздвоеніи, рога все-таки могутъ расходиться въ области внутренняго маточнаго зѣва. Въ этихъ случаяхъ полость шейки бываетъ общая или тоже отчасти раздѣлена перегородкой (фиг. 16). Если расхождение роговъ начинается выше, то полость матки можетъ имѣть или не имѣть перегородки. Въ послѣднемъ случаѣ образуется такъ назыв. *uterus arcuatus*, т. е. та форма, при которой раздвоеніе роговъ намѣчено только вдавленіемъ середины дна и которая представляетъ переходъ къ нормальной маткѣ.



Фиг. 16.

Uterus bicornis unicolis по препарату патолого-анатомическаго музея въ Эрлангенѣ.

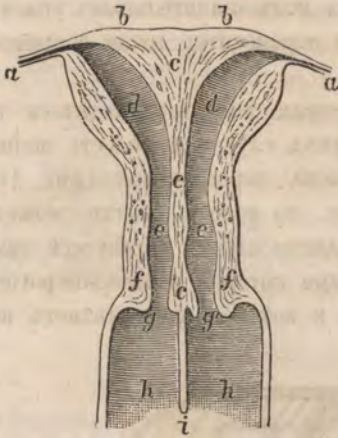
При двурогой маткѣ существуетъ иногда брюшинная складка, направляющаяся отъ задней стѣнки пузыря къ передней поверхности прямой кишки и раздѣляющая оба рога. Значеніе этой складки еще не выяснено; можетъ быть, она продуктъ зародышеваго склеиванія этихъ двухъ частей брюшины,—продуктъ, обуславливающий собою описываемый порокъ развитія или ему одному только свойственный, такъ какъ только при немъ одномъ онъ и возможенъ. Во всякомъ случаѣ, она не можетъ быть приведена въ генетическую связь съ остаткомъ колбасовидной связки (*allantois*), за который ее принимали.

Uterus septus.

При *uterus septus* (фиг. 17), нормальная снаружи матка раздѣляется внутри продольной перегородкой на двѣ половины, либо на всемъ протяженіи, либо такимъ образомъ, что перегородка доходитъ только до внутренняго маточнаго зѣва или лишь отчасти вдается въ самую полость матки (*uterus subseptus*). Рѣдко случается, чтобы при простой маточной полости существовала раздвоенная шейка и, слѣдовательно, двойной маточный зѣвъ.

Какъ при двурогой, такъ и при перегородочной маткѣ, влагалище можетъ быть простое или двойное. Во влагалищномъ входѣ, окружен-

номъ нормальными половыми частями, замѣчается простая или двойная дѣвственная плева.



Фиг. 17.

Uterus septus по Куссмаулю, стр. 187. aa тру- бы. bb дно матки. cc перегородка. dd полости обѣихъ матокъ. ee внутр. зѣвы. ff наружныя стѣнки обѣихъ маточныхъ шеекъ. gg на- ружныя зѣвы. hh влагалища.

Половые отправления, при этихъ двухъ формахъ раздвоенной матки, совершенно нормальны. Мѣсячныя очищенія происходятъ то изъ одной, то изъ другой половины. Для совокупленія обыкновенно служитъ только одно влагалище, но каждая половина матки можетъ забеременить и вынашивать плодъ.

Распознаваніе этихъ аномалій можетъ быть легко и можетъ быть трудно. Двойной маточный зѣвъ не трудно замѣтить, когда онъ вдается во влагалище, но двойное влагалище легко можетъ остаться незамѣченнымъ. При двойномъ маточномъ зѣвѣ сама матка можетъ быть простая, и, какъ показываетъ случай *Корацци* ¹⁾, не смотря даже на то, что и влагалище двойное.

Если влагалище и шейка не раздвоены, то двурогая матка можетъ быть узнана съ помощью двойного изслѣдованія; тогда какъ распознаваніе uterus subseptus невозможно безъ естественнаго или искусственнаго расширенія.

Uterus foetalis и infantilis.

Куссмауль, 1. с., стр. 79. — *Зекситеръ*, Prager Vierteljahrschrift, 1866, т. 1, стр. 107.

Если матка въ первое время зародышевой жизни развивается нормально и затѣмъ останавливается на той ступени, на которой она находилась при рожденіи или въ дѣтскомъ возрастѣ, то мы имѣемъ предъ собою uterus foetalis или infantilis (фиг. 18).

Такъ какъ, начиная отъ рожденія до наступленія періода зрѣлости, матка почти вовсе не измѣняется, то указанныя сейчасъ формы едва-ли различаются чѣмъ нибудь между собою. Единственное измѣненіе, претерпѣваемое маткой за весь этотъ промежутокъ времени, заключается въ томъ, что plicae palmatae, простирающіяся въ зародышевой маткѣ до самаго дна, изглаживаются въ полости маточнаго тѣла, оставляя только продольную складку.

Эта форма матки характеризуется несоотвѣтствіемъ между тѣломъ и шейкой. Длина тѣла составляетъ только $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ общей длины матки; при этомъ стѣнка его очень слабо развита, почти перепончата, тогда

¹⁾ Schmidt's Jahrb., т. 148, стр. 143.

какъ шейка снабжена толстымъ мышечнымъ слоемъ. Общая длина матки рѣдко превышаетъ 4 снтм., влагалищная часть мелка, зѣвъ узокъ.

Яичники иногда находятся въ зачаточномъ состояніи или отсутствуютъ, но въ большинствѣ случаевъ развиты не болѣе, чѣмъ у дѣтей. Созрѣваніе яицъ не имѣетъ мѣста, хотя бы граафовы пузырьки и существовали.

Влагалище коротко и узко, наружныя половыя части, равно какъ и лобки развиты слабо, груди мелки и плоски.

Въ очень развитыхъ случаяхъ, мѣсячныхъ очищеній вовсе не бываетъ.

Діагнозъ можетъ быть поставленъ въ томъ случаѣ, когда, при короткомъ, узкомъ влагалищѣ и мелкой влагалищной части, нащупываютъ, съ помощью комбинированнаго изслѣдованія, чрезвычайно мелкую, дряблую матку, представляющую наибольшую толщину въ шейной части. Маточный зѣвъ часто до того бываетъ узокъ, что для опредѣленія длины маточной полости, не превышающей 3—5 снтм., приходится прибѣгнуть къ тонкому зонду. При этомъ пуговка зонда чрезвычайно ясно прощупывается чрезъ брюшныя покровы сквозь тонкое дно.

Ни зародышевая, ни дѣтская форма не доступны леченію, и потому, удостовѣрившись въ правильности діагноза, лучше избавить и себя, и больную отъ всякихъ терапевтическихъ ухищреній.

Прирожденная атрофія матки.

Living, *Klin. Vortr. etc.*, 4-е изд., т. I, стр. 142. — *Сканцони*, *Lehrb. d. Krankh. d. w. Sex.*, 4-е изд., т. I, стр. 80. — *Зексигеръ*, I. с., стр. 109. — *Вирховъ*, *Berl. V. z. Geb. u. Gyn.*, I, стр. 360. — *Люэигъ*, *Annales de gynécologie*, апрѣль 1874, стр. 278, в июнь, стр. 446.

Въ отличіе отъ дѣтской матки, этотъ видъ недоразвитія органа характеризуется тѣмъ, что форма матки бываетъ въ сущности нормальна, т. е. шейка ея не преобладаетъ такъ рѣшительно надъ тѣломъ, но за то весь органъ малъ и имѣетъ тонкія вялыя стѣнки (фиг. 19).

Остальные половыя органы представляютъ приблизительно нормальное развитіе или тоже атрофированы.

Эта первичная атрофія матки чаще всего встрѣчается у дѣвушекъ, вообще отставшихъ въ развитіи. Эта отсталость, которая можетъ доходить до того, что дѣвушки 20 и болѣе лѣтъ производятъ впечатлѣніе совершеннаго ребенка, обуславливается иногда золотухой, бугорчаткой, но особенно часто блѣдной немочью, съ природенной мелкостью сердца и большихъ артерій. Но природенная атрофія встрѣчается также у впол-

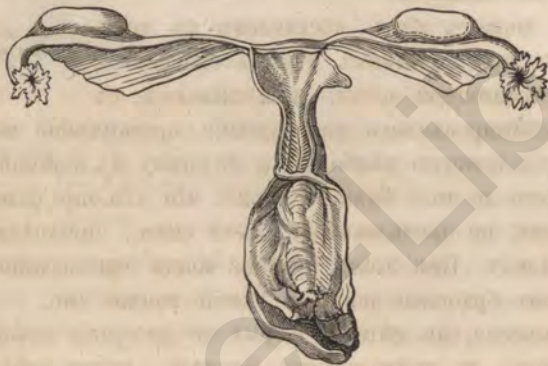


Фиг. 18.

Uterus infantilis по *Кусмаулю*.
 a влагалище. b шейка. c тѣло.
 d дно. e трубы.

нѣ здоровыхъ, во всѣхъ другихъ отношеніяхъ вполне развитыхъ дѣвушекъ.

Въ большинствѣ случаевъ существуетъ полная аменоррея и даже отсутствіе *molimina menstrualia*. Но мѣсячныя очищенія могутъ существовать, особенно при формѣ, обусловливаемой блѣдной немочью. Однакоже, и въ послѣднемъ случаѣ существуютъ мучительныя припадки со стороны половыхъ органовъ, какъ-то: боли въ крестцѣ и животѣ, истерическія явленія, психическая подавленность. Въ одномъ случаѣ съ полной аменорреей я наблюдалъ развитіе эпилепсіи, быстро разрушившей умственныя способности (см. *Лаусонъ Тэтъ*, *Obst. J. of Great Britain*, т. I, стр. 94 и 173).



Фиг. 19.
Первичная атрофія матки по *Вирзову*.

Распознаваніе должно быть построено главнымъ образомъ на тщательномъ двойномъ изслѣдованіи. Если влагалищная часть очень мелка, маточный зѣвъ узокъ, если введенный зондъ показываетъ значительное укороченіе полости матки, и если притомъ вся матка, не исключая и шейки, тонка и дрябла, то мы имѣемъ дѣло не съ отставшимъ въ развитіи, а съ атрофированнымъ органомъ.

Леченіе наименѣе бываетъ бесплодно въ случаяхъ, зависящихъ отъ общей слабости, въ особенности отъ блѣдной немочи. Здѣсь, съ помощью хорошаго питанія и желѣза, можно достигнуть иногда даже полного излеченія. Менѣе дѣйствительными оказываются мѣстныя раздраженія, въ видѣ поясныхъ ваннъ, душь, пиявокъ или скарификацій влагалищной части, зондовъ и внутриматочныхъ вставниковъ. Относительно же электричества мы имѣемъ пока мало наблюденій.

Заращеніе матки, влагалища или наружныхъ частей.

Haematometra. Hydrometra.

Мейсперъ, *Frauenzimmerkrankheiten*. Leipzig, 1843, т. I, стр. 554, и II, стр. 66.
— *Зейфертъ*, *Prager Vierteljahrsschrift*, 1854, I, стр. 132. — *Бернцъ* и *Гупиль*,

Clin. méd. sur les mal. des femmes, т. I, Paris, 1860. — *Карль Браунъ*, Wiener allg. med. Z., 1861, № 53. — *Геншигъ*, Zeitschr. f. Med., Chir. u. Geb., 1866, т. 5, стр. 22 и 91. — *Блобъ*, Pathol. Anat. d. weibl. Sex. Wien, 1864, стр. 37, 103, 114, 120, — *Пюизъ*, De l'atresie des voies gén. de la femme. Paris, 1864, и Ann. de gynécol., сентябрь 1874, стр. 200. — *Расиборскій*, Traité de la menstruation. Paris, 1868, стр. 526. — *Розе*, Mon. f. Geb., т. 29, стр. 401. — *Мюллеръ*, Scanzoni's Beiträge, т. V, стр. 67. — *Копменъ*, London Obst. Tr., т. X, стр. 246. — *Штейнеръ*, Wien. med. W., 1871, № 29 и 30.

Мы разсмотримъ здѣсь всѣ тѣ случаи, въ которыхъ половой каналъ въ какомъ либо мѣстѣ закрытъ на столько, что отдѣляемая слизистой оболочкой матки мѣсячная кровь не можетъ выдѣлиться наружу. Этимъ обстоятельствомъ вызывается рядъ припадковъ, дѣлающихъ необходимымъ совмѣстное изложеніе различныхъ формъ заращенія половыхъ органовъ.

Этіологія и патологическая анатомія.

Закрытіе половыхъ органовъ можетъ являться въ видѣ врожденнаго порока развитія, или въ видѣ приобретенной аномаліи.

Врожденный порокъ развитія.

На наружныхъ половыхъ частяхъ этотъ порокъ развитія не встрѣчается, такъ какъ склеиваніе губъ, хотя и имѣетъ видъ врожденной аномаліи, обыкновенно приобретаетъ во время утробной жизни и, слѣдовательно, не есть порокъ развитія.

Atresia hymenalis составляетъ, быть можетъ, самую частую причину скопленія крови въ маткѣ (haematometra).

Нормальное отверстіе дѣвственной плевы отличается чрезвычайнымъ разнообразіемъ. Обыкновенно оно на столько велико, что пропускаетъ, хотя съ трудомъ, указательный палецъ во влагалище; но въ исключительныхъ случаяхъ оно расширяется до такой степени, что даже отъ самаго бурнаго совокупленія складка дѣвственной плевы не разрывается. Съ другой стороны, въ не очень рѣдкихъ случаяхъ отверстіе это такъ мелко, что невозможно произвести ручного изслѣдованія влагалища и удастся провести лишь очень тонкіе зонды. Рѣже всего встрѣчаются тѣ, особенно важные въ практическомъ отношеніи, случаи, въ которыхъ дѣвственная плева вовсе не имѣетъ отверстія; вмѣстѣ съ этимъ она бываетъ тогда толще и жестче обыкновеннаго, а по временамъ тверда какъ хрящъ.

Atresia vaginalis тоже представляетъ нерѣдкое явленіе, [при чемъ:

1) влагалища вовсе нѣтъ, не смотря на нормальное состояніе остальныхъ органовъ, или

2) влагалище отсутствуетъ только отчасти.

Оба эти состоянія обуславливаются тѣмъ, что мюллеровы протоки запусѣваютъ либо на всемъ протяженіи, идущемъ на образованіе влагалища, либо на меньшемъ промежуткѣ.

Наконецъ можетъ случиться также, что

3) во влагалищѣ существуетъ поперечная стѣнка, замыкающая его на какомъ либо мѣстѣ.

Чаще всего это имѣетъ мѣсто на самомъ нижнемъ концѣ, непосредственно позади дѣвственной плевы, и причину его, во всякомъ случаѣ, нужно искать въ исторіи развитія. Къ сожалѣнію, развитіе дѣвственной плевы или, выражаясь точнѣе, способъ, которымъ половой каналъ открывается въ *sinus urogenitalis*, еще мало извѣстенъ. Если бы, какъ это принимаетъ *Келликеръ*, дѣвственная плева представляла собою ничто иное, какъ видоизмѣненіе первоначального валика, которымъ половой каналъ открывается въ *sinus urogenitalis*, то трудно было бы объяснить себѣ частоту влагалищныхъ атрезій именно на этомъ мѣстѣ.

Помимо этого, нѣкоторые факты указываютъ на то, что дѣвственная плева есть вновь образованный клапанъ, и что мюллеровы протоки открываются въ *sinus urogenitalis* непосредственно надъ этой плевой. Къ такимъ фактамъ принадлежитъ въ особенности весьма частое появленіе другого кольцеобразнаго валика непосредственно позади плевы, который въ тѣхъ случаяхъ, когда онъ особенно хорошо развитъ, принимается за вторую дѣвственную пlevу.

Будь это дѣйствительно такъ, намъ легко было бы объяснить себѣ частое существованіе влагалищной атрезіи непосредственно позади открытой дѣвственной плевы.

По всему вѣроятію, эта послѣдняя форма атрезіи встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ обыкновенно принимаютъ, такъ какъ ее очень легко смѣшать съ *atresia hymenalis*. Дѣло въ томъ, что замыкающая перепонка, будучи выпячена скопившейся кровью, можетъ быть такъ плотно прижата къ дѣвственной плевой, что послѣдняя остается незамѣченной. Въ одномъ случаѣ я наблюдалъ такое полное сліяніе этихъ двухъ перепонокъ, что только съ помощью самаго тщательнаго изслѣдованія удалось открыть первоначально свободный край дѣвственной плевы на замыкающей перепонкѣ (съ другой стороны, конечно, и *atresia hymenalis*, при которой, вслѣдствіе частыхъ совокупленій, дѣвственная плева задержана глубоко во влагалище, можетъ быть принята за *atresia vaginalis*).

Если замыкающая перепонка помѣщается выше, то развитіе аномаліи нужно представить себѣ такимъ образомъ, что въ верхней части влагалища развился одинъ мюллеровъ протокъ, въ нижнемъ другой. И оба эти протока идутъ на извѣстномъ протяженіи рядомъ другъ съ другомъ.

Atresia uterina, въ качествѣ прирожденнаго порока развитія, встрѣчается гораздо рѣже.

Всего чаще бываетъ заращенъ наружный маточный зѣвъ. При этомъ онъ либо затягивается слизистой оболочкой влагалища, либо закрытіе производится мышечной и соединительной тканью. Весьма рѣдко вся шейка превращена бываетъ въ сплошную массу, при чемъ обыкновенно

влагалищная часть весьма мелка или вовсе отсутствует и само влагалище отличается зачаточнымъ развитіемъ.

Нѣтъ ничего невѣроятнаго въ томъ, что могутъ встрѣчаться нѣсколько атрезій, лежащихъ одна за другою. Такъ *Шарре* ¹⁾ и *Томпсонъ* ²⁾ наблюдали каждый по случаю, гдѣ послѣ оперированной атрезіи влагалищнаго входа показалось лишь немного слизистой влаги и задержанная кровь выдѣлилась только послѣ прокола второй перепонки, помѣщавшейся выше. Подобные же случаи сообщаютъ *Рюингъ*, *Шульцъ*, *Вальтеръ*, *Берисъ*, *Бутлеръ*, *Пикаръ* и *Нелатонъ* ³⁾. *Штейнеръ* (l. c.) описываетъ случай, оперированный *Билльротомъ*, гдѣ природенная атрезія въ верхней части влагалища была осложнена приобрѣтеннымъ заращеніемъ влагалищнаго входа.

Приобрѣтенныя заращенія.

Склеиваніе большихъ губъ, встрѣчающееся нерѣдко у маленькихъ дѣвочекъ, не ведетъ къ образованію гематометры, такъ какъ оно не со-всѣмъ закрываетъ влагалище.

Во влагалищномъ входѣ и въ самомъ влагалищѣ заращенія могутъ имѣть мѣсто вслѣдствіе процессовъ рубцованія. Послѣдніе развиваются послѣ язвъ или омертвѣній [*Томасъ* ⁴⁾ наблюдалъ атрезію влагалища послѣ сифилиса]. Гангрена можетъ развиваться самотѣтно, при скарлатинѣ, оспѣ, холерѣ, тифѣ, но чаще всего встрѣчается послѣ родовъ. Полныя атрезіи могутъ образоваться также послѣ поврежденій (изнасилованія), равно какъ отъ терапевтическихъ мѣропріятій (выскакиваній крѣпкихъ кислотъ, прижиганій, каленаго желѣза). Вызываемыя этимъ путемъ атрезіи чаще всего занимаютъ верхнюю часть влагалища вмѣстѣ съ шейкой; впрочемъ, *Мюллеръ* (l. c.) справедливо указываетъ на частое развитіе приобрѣтенныхъ послѣ родовъ маточно-влагалищныхъ атрезій, именно въ верхней части влагалища и въ шейкѣ. Далѣе, заращеніе шейки имѣетъ мѣсто послѣ операций (ампутація влагалищной части) и вслѣдствіе новообразованій, сидящихъ въ шейкѣ и закладывающихъ ея каналъ (фиброиды и раковыя опухоли). Наконецъ, полныя атрезіи могутъ образоваться и при перегибахъ матки и катаррахъ шейки, вслѣдствіе сращеній грануляцій, развивающихся послѣ вскрытія наботовыхъ пузырьковъ. Эти заращенія, занимающія большую часть внутренній маточный зѣвъ, составляютъ у старухъ такое обыкновенное явленіе, что, по вычисленіямъ *Геннина* ⁵⁾, на 100 женщинъ старше 50 лѣтъ приходится приблизительно 28 съ атрезіей внутренняго маточнаго зѣва.

Въ дѣтскомъ возрастѣ атрезія не сказывается никакими послѣдствіями и только въ исключительныхъ случаяхъ, какъ показываютъ наблюденія

¹⁾ Gaz. des hôp., 1866, № 71.

²⁾ Dublin Hosp. Gaz., 15 іюня 1856.

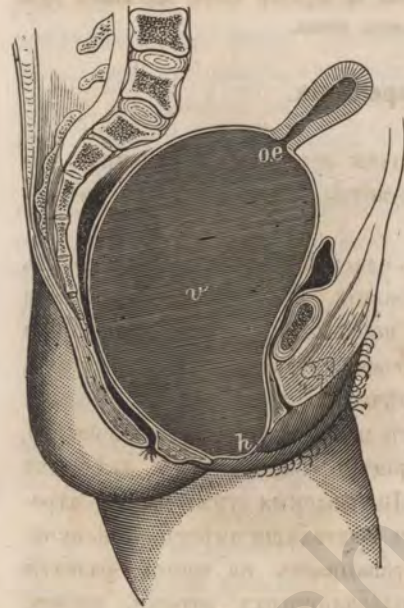
³⁾ См. *Курти*, Mal. de l'utérus etc., 2-е изд., стр. 397.

⁴⁾ Diseases of women, 3-е изд., стр. 154.

⁵⁾ l. c., стр. 24.

Годфруа¹⁾ Брейскаго²⁾ и Гервиса³⁾, она вызываетъ разстройства и удѣтей, вслѣдствіе скопленія слизи позади замыкающей перепонки.

Обыкновенно же разстройства появляются лишь послѣ того, какъ, по наступленіи періода созрѣванія яичекъ, выдѣляемая слизистой оболочкой матки кровь скопляется надъ атрезіей и растягиваетъ половой каналъ. Способъ и характеръ этого растяженія весьма различенъ, смотря по мѣсту, занимаемому атрезіей.



Фиг. 20.

Haematocolpos при atresia hymenalis. *h* взрослая дѣвственная плева. *v* раздутое кровью влагалище. *oe* паружный маточный зѣвъ.

При заращеніи дѣвственной плевы (фиг. 20) или верхней части влагалища, сама матка остается довольно безучастной; кровь скопляется во влагалищѣ и растягиваетъ его весьма сильно, такъ что оттиснутая вверхъ матка сидитъ на колоссальной опухоли, образуемой влагалищемъ, въ видѣ маленькаго твердаго придатка, большую частью съ правой стороны. Такъ какъ матка очень поздно начинаетъ принимать участіе въ этомъ растяженіи, то было бы правильнѣе называть подобные случаи не haematometra (скопленіе крови въ маткѣ), а haematocolpos (скопленіе крови во влагалищѣ).

Если атрезія занимаетъ верхній отдѣлъ влагалища, или нижней части послѣдняго вовсе недостаетъ (фиг. 21), то сначала растягивается верхняя часть влагалища, а затѣмъ шейка. Наружный маточный зѣвъ растягивается до колоссальныхъ размѣровъ, такъ что шейка вмѣстѣ съ верхнею частью влагалища образуетъ одну обширную полость. При этомъ мышечныя волокна шейки разступаются, между ними образуются выпячиванія и даже можетъ произойти разрывъ шейки. Тѣло же матки обыкновенно растягивается чуть замѣтно или расширяется лишь впоследствии.

Если закрыть наружный маточный зѣвъ (фиг. 22), то съ самаго начала растягивается вся матка. Послѣдняя можетъ принять громадныя размѣры, стѣнки ея гипертрофируются, но иногда дѣлаются тонки, какъ бумага (по Сканцони и Фейту, при очень быстромъ развитіи). Шейка

¹⁾ Gaz. des hôp., № 142, 1856, у 2-мѣсячнаго ребенка.

²⁾ Arch. f. Gyn., т. II, стр. 92, примѣч.

³⁾ London Obst. Tr., т. V, стр. 284.

совершенно сглаживается при этомъ, такъ что тѣло и шейка образуютъ одну большую полость.

Если закрыть внутренній маточный зѣвъ (фиг. 23), то шейка остается нетронутой и только полость тѣла растягивается въ видѣ шара.

Громадное значеніе имѣетъ состояніе фаллопиевыхъ трубъ. Чѣмъ выше помѣщается атрезія, тѣмъ легче образуются кровяные мѣшки въ трубахъ; впрочемъ, то же самое имѣетъ мѣсто и при *atresia hymenalis*, хотя далеко не такъ часто.

Кровяные мѣшки образуются не вслѣдствіе прилива крови изъ матки въ трубы—по крайней мѣрѣ, это не обыкновенный способъ ихъ образованія (не смотря даже на случай *Ольсгаузена*¹⁾, подобное происхожденіе ихъ вообще сомнительно)—а вслѣдствіе кровотеченій изъ слизистой оболочки самихъ трубъ. Это доказывается тѣмъ, почти постоянно повторяющимся, фактомъ, что кровяные мѣшки помѣщаются поближе къ брюшному отверстию трубы, между тѣмъ какъ въ сторону матки каналъ очень узокъ или совершенно закрытъ²⁾.

Какъ кажется, при затрудненіи мѣсячныхъ кровотеченій изъ слизистой оболочки матки развивается нѣкоторымъ образомъ викарьюющая менструація изъ слизистой оболочки трубъ. Труба принимаетъ при этомъ тотъ же видъ, какъ при *hydrosalpinx*. Такъ какъ ея *mesosalpinx* слишкомъ узокъ, то растянутая труба ложится извилинами и, вслѣдствіе загибовъ ея канала, образуется нѣсколько совершенно самостоятельныхъ или сообщающихся узкими проходами мѣшковъ. Равнымъ образомъ и въ яичникахъ дѣло можетъ дойти до образованія кровяныхъ кистъ.

Излившаяся въ трубы кровь можетъ, конечно, выдѣлиться чрезъ брюшное отверстіе. Это изліяніе въ брюшную полость обыкновенно происходитъ медленно, такъ что отъ раздраженія сочащейся крови образуются



Фиг. 21.

Haematometra при отсутствіи нижняго отдѣла влагалища. *s* недостающая часть влагалища. *v* растянутая полость влагалища. *c* растянутая полость шейки. *oe* наружный, *oi* внутренній маточный зѣвъ.

1) Arch. f. Gyn., I, стр. 53.

2) Мы приводимъ только случаи *Билльбота* и *Штейнера* (l. c.), въ которыхъ каналъ былъ очень узокъ, и случаи *Госселена* (*Gas. des hôp.*, 1867, № 57, стр. 225), *Леманна* (*Nederl. Tydschr. voor Geneesk.*, 1868, I, стр. 449), *Зантессона* (*Schmidt's Jahrb.*, 1858, т. 98, стр. 324) и *Роута* (*Lond. Obst. Tr.*, т. XII, стр. 39), въ которыхъ онъ былъ закрытъ.

дающія сумки ложныя перепонки, которыя производятъ многочисленныя склеиванія органовъ малаго таза и которыя, въ свою очередь, при возобновленіи кровоизліянія, могутъ вести къ образованію haematocele.

Такъ какъ трубы сильно растягиваются кровью и истончаются, то онѣ могутъ разорваться; такіе разрывы происходятъ иногда сами собою, но легче всего въ томъ случаѣ, когда послѣ выдѣлившейся гематометры матка и трубы отдѣляются внизъ брюшнымъ прессомъ или давленіемъ извнѣ, вслѣдствіе чего слишкомъ натягиваются образовавшіяся сращения.



Фиг. 22.

Haematoetra при атрезіи наружнаго маточнаго зѣва. *ae* закрытый наружный зѣвъ, *e* растянутаѣ полость шейки, *u* растянутаѣ полость тѣла, *oi* мѣсто внутренняго зѣва.

Кровь, скопляющаяся позади закрытаго мѣста, отличается чрезвычайно характеристическими свойствами. Она имѣетъ цвѣтъ шоколада или дегтя, вязка, не гнила, а только сгущена, кровяныя тѣльца сморщены. Количество крови, которое всегда меньше того количества, которое выдѣлилось бы за все это время, при свободной менструаціи, весьма различно; больше всего оно — 3, 4, 5 килограмм. — при *atresia hymenalis*.

Начиная съ періода прекращенія мѣсячныхъ очищеній, скопляющееся отдѣленіе есть уже не кровь, но свѣтлая или буроватая, сывороточная или слизистая жидкость. Изрѣдка встрѣчается только небольшое количество густой, тянущейся въ нити и похожей на

медь, слизи; въ другихъ случаяхъ отдѣленіе бываетъ болѣе обильно. Если атрезія помѣщается у внутренняго маточнаго зѣва—что всегда бываетъ въ этихъ случаяхъ гидрометры (фиг. 23)—то растягивается только полость тѣла, стѣнки котораго только изрѣдка гипертрофируются, большей же частью чрезвычайно истончаются; слизистая оболочка принимаетъ характеръ сывороточной оболочки. Если закрыть наружный маточный зѣвъ, то прежде всего шейка растягивается въ видѣ пузыря (*ampullenartig*); весьма рѣдко, а именно когда закрыты оба отверстія, матка получаетъ форму песочныхъ часовъ. Количество сывороточной влаги болѣею частью не очень велико и только въ исключительныхъ случаяхъ доходить до 2 фунтовъ.

Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ встрѣчается еще другое содержимое; такъ, напр., если слизистая оболочка матки подвергается нагноенію,

какъ это было въ случаяхъ *Буазена*, *Гюссона*, *Пюэша* ¹⁾ и *Эттиера* ²⁾, то можетъ образоваться руометра (скопленіе гноя въ маткѣ). Если атрезія развивается вскорѣ послѣ родовъ, то позади нея могутъ скопиться въ значительномъ количествѣ и послѣродовыя очищенія. Примѣры этого рода приведены *Пюэшомъ* (*Шамбонъ* и *Гюи*).

Припадки.

Они обусловливаются собственно не атрезіей, а скопленіемъ задерживаемыхъ отдѣленій.



Фиг. 23.

Hydrometra при атрезіи внутреннего маточнаго зѣва.

Поэтому, въ случаяхъ врожденной атрезіи, расстройства обнаруживаются только по наступленіи зрѣлости, а при позднѣе приобретенной—лишь въ то время, когда снова возобновляется созрѣваніе яичекъ. Мѣсячныя кровоизліянія замѣняются *molimina menstrualia*, которыя вначалѣ продолжаются нѣсколько дней и затѣмъ совершенно исчезаютъ. Но мало по малу степень и продолжительность этихъ *molimina* дѣлается больше, свободныя промежутки все болѣе и болѣе сокращаются, пока, наконецъ, не разовьются постоянныя потугообразныя боли съ характеромъ коликъ, которыя во время менструаціи ожесточаются еще сильнѣе. При этомъ развиваются расстройства въ выдѣленіи мочи и кала. Подъ конецъ состояніе это дѣлается необыкновенно мучитель-

нымъ. Ни днемъ, ни ночью не унимающіяся боли ведутъ къ совершенному отсутствію аппетита и къ безсонницѣ, такъ что больныя истощаются до-нельзя.

При гидрометрѣ припадки бывають менѣе сильны, такъ какъ жидкость скопляется здѣсь медленнѣе и такъ какъ атрофированная, переставшая функционировать матка не отвѣчаетъ болѣе сокращеніями на растяженія своей полости. Если этихъ сокращеній, сказывающихся въ видѣ дисменорройныхъ припадковъ—маточныхъ коликъ, не бываетъ вовсе, то гидрометра не вызываетъ никакихъ явленій.

¹⁾ См. *Пюэшъ*, I. с., стр. 28.

²⁾ *Prager Vierteljahrschr.*, 1873, 4, стр. 30.

Исходы.

Безъ вмѣшательства искусства исходы бывають слѣдующіе:

При гематометрѣ кровь въ концѣ концовъ прорывается, при чемъ относительно предсказанія составляетъ громадную разницу, пробивается ли она себѣ путь наружу, чрезъ замыкающую перепонку, или во внутренніе органы. Первый исходъ, болѣе благоприятный, обусловливается тѣмъ, что замыкающая перепонка разрывается самой кровью или расплывается, вслѣдствіе воспаления и омертвѣнія. Первый случай чаще имѣеть мѣсто при приобретенной, второй—при врожденной атрезіи.

Но, съ другой стороны, матка можетъ лопнуть—чаще всего разрывается шейка, мышечныя волокна которой разступаются подъ напоромъ крови—и содержимое изливается въ брюшную полость (въ одномъ случаѣ оно излилось въ присосѣй къ маткѣ желудокъ, см. *Шюшигъ*, I, с., стр. 58). Далѣе, кровь можетъ изливаться въ клетчатку позади мочевого пузыря, при чемъ мѣсячное очищеніе выдѣляется вмѣстѣ съ мочою. Въ случаѣ *Графа* ¹⁾ кровь проложила себѣ путь внизъ и вышла наружу на лѣвой ягодицѣ. Весьма рѣдко кровь прорывается въ прямую кишку, а именно только въ томъ случаѣ, когда, вслѣдствіе разрыва матки, уже раньше образовалась кровавая грыжа.

Чаще, чѣмъ матка, разрывается растянутая кровью фаллопиева труба и обыкновенно влечетъ за собою смертельный перитонитъ. Но при извѣстныхъ условіяхъ, о которыхъ мы скажемъ подробно при haematocoele, кровотеченіе изъ фаллопиевыхъ трубъ можетъ вести къ образованию заматочной кровавой грыжи.

Припадки могутъ совершенно исчезнуть съ наступленіемъ климактерическаго періода, и это обыкновенно имѣеть мѣсто лишь при приобретенныхъ атрезіяхъ, когда наступаетъ нормальный срокъ прекращенія мѣсячныхъ очищеній. При врожденной же атрезіи, только въ исключительныхъ случаяхъ регулы прекращаются на столько рано, что приостанавливается дальнѣйшее развитіе процесса. При этомъ могутъ появиться замѣнительныя кровотеченія изъ легкихъ, желудка, полости рта, носа, глазъ.

Съ наступленіемъ климактерическаго періода отдѣлительная дѣятельность слизистой оболочки матки можетъ совершенно прекратиться, но вмѣстѣ съ тѣмъ гематометра можетъ исподоволь перейти въ гидрометру. Подобный постепенный переходъ я наблюдалъ у 40-лѣтней больной съ саркомой шейки. Вслѣдствіе сильныхъ прижиганій каленымъ желѣзомъ у нея развилась атрезія матки, при вскрытіи которой, производившемся

¹⁾ Virchow's Arch., т. 19, стр. 548.

время от времени, выдѣлялись въ первый разъ кровь, а затѣмъ сывоточная жидкость.

Гидрометра представляетъ болѣе доброкачественную форму, чѣмъ гематометра. Растяженіе матки всегда почти менѣе значительно и участіе со стороны фаллопиевыхъ трубъ замѣчается рѣже. Вслѣдствіе этого разрывъ матки и трубъ едва ли встрѣчается здѣсь. Сверхъ того, гидрометра гораздо чаще остается на одномъ уровнѣ, чѣмъ гематометра. Далѣе, здѣсь нерѣдко имѣеть мѣсто наиболѣе благоприятный исходъ, а именно прорывъ, иногда только поверхностныхъ, заращенныхъ внутренняго маточнаго зѣва или верхней части шейки, послѣ чего выдѣленіе можетъ накопиться съизнова и опять прорваться наружу. Въ рѣдкихъ случаяхъ жидкость разлагается съ выдѣленіемъ газовъ, образуя физометру, при чемъ газы отходятъ чрезъ влагалище.

Распознаваніе.

Распознаваніе атрезіи, не сказавшейся еще никакими признаками, невозможно раньше наступленія половой зрѣлости.

Распознаваніе гематометры представляетъ нѣкоторыя трудности только въ исключительныхъ случаяхъ; обыкновенно же (при врожденной гематометрѣ) анамнестическія данныя прямо указываютъ на задержаніе мѣсячныхъ очищеній, такъ что характеръ болѣзни становится совершенно яснымъ. Даже въ случаяхъ пріобрѣтенной атрезіи эта мысль прежде всѣхъ приходитъ на умъ. Дѣло въ томъ, что мы обыкновенно имѣемъ здѣсь дѣло съ женщинами, у которыхъ, въ силу извѣстныхъ процессовъ (трудные роды и послѣродовыя болѣзни), преждевременно прекратились мѣсячныя очищенія, но у которыхъ все еще существуютъ *molimina menstrualia*.

Еще раньше, чѣмъ будетъ опредѣлена проходимость полового канала, распознаваніе можетъ быть съ точностью сдѣлано уже съ помощью двойного изслѣдованія. При нормальномъ состояніи влагалища изслѣдованіе производятъ *per vaginam*, при отсутствіи же или непроходимости послѣдней—чрезъ прямую кишку. Результаты изслѣдованія бываютъ различны, смотря по тому, растянута ли влагалище, шейка, матка или фаллопиевы трубы.

При закрытомъ влагалищѣ, значеніе опухоли, прощупываемой въ маломъ тазу, ясно само собою; но если на этой опухоли сидятъ еще маленькія, то распознаваніе затрудняется, особенно въ виду того, что, во избѣжаніе разрыва фаллопиевыхъ трубъ, приходится ощупывать съ большою осторожностью. При *atresia vaginalis*, маленькую опухоль, сидящую на большой, смѣло можно принять за матку, не рискуя сдѣлать ошибку; даже при атрезіи верхнихъ частей влагалища, всякая ограниченная опухоль, напоминающая приблизительно форму матки, можетъ быть при-

нята, по меньшей мѣрѣ, за тѣло послѣдней, тогда какъ растянута шейка входитъ въ составъ большой опухоли, образуемой влагалищемъ. Наполненная же кровью трубы прощупываются труднѣе, такъ какъ онѣ отличаются большей мягкостью и расположены болѣе назадъ. Впрочемъ, въ подобныхъ случаяхъ нужно всегда имѣть въ виду возможность существованія двурогой матки, такъ какъ пороки образованія половыхъ органовъ часто сопровождаютъ другъ друга.

Если препятствіе помѣщается у маточнаго зѣва, то распознаваніе представляетъ затрудненія. Весьма важно помнить, что растянута кровью матка имѣетъ видъ шара и напряжена почти какъ налитый водою каучуковый пузырь. Никакая другая опухоль не имѣетъ такой характеристической консистенціи, исключая лишь нѣкоторыя, крайне рѣдкія формы злокачественныхъ новообразованій тѣла матки.

Если закрыть наружный маточный зѣвъ, то нельзя прощупать ни шейки, ни влагалищной части, такъ какъ полость шейки цѣликомъ идетъ на образованіе круглой опухоли. Такую опухоль можно, пожалуй, смѣшать съ подслизистымъ фибромомъ, но этой ошибки легко избѣгнуть съ помощью анамнеза, соображенія припадковъ и различія въ консистенціи.

Если за всѣмъ тѣмъ все еще остается сомнѣніе, то нужно изслѣдовать проходимость канала зондомъ. Понятно, что зондъ долженъ встрѣтить препятствіе тамъ, гдѣ начинается опухоль. При атрезіи дѣвственной плевы и нижняго конца влагалища, дѣло еще проще, потому что въ этихъ случаяхъ опухоль выдается между губами въ видѣ красноватаго или синеватаго образованія.

Всего труднѣе поддается распознаванію атрезіи внутренняго маточнаго зѣва, такъ какъ здѣсь не происходитъ характеристическаго признака сглаживанія шейки, свойственнаго предъидущей формѣ, а изъ опухолей—только подслизистымъ фиброидамъ и полипамъ. Такъ какъ закрытіе внутренняго маточнаго зѣва лишь весьма рѣдко влечетъ за собою гематометру, то эту форму атрезіи едва ли можно смѣшать съ беременностью. Отличительнымъ признакомъ служить консистенція, такъ какъ самодѣтельно увеличивающаяся беременная матка гораздо мягче и менѣе напряжена, чѣмъ раздутая задержанной кровью. Эта же напряженная консистенція гематометры служить и для отличія ея отъ фиброидовъ. За то злокачественныя опухоли представляются столь же тугими на ощупь, и такъ какъ, въдобавокъ, при этихъ опухоляхъ, зондъ тоже встрѣчаетъ иногда препятствія, то отличительное распознаваніе ихъ отъ гематометры сопряжено съ значительными трудностями.

Гидрометра гораздо рѣже служитъ предметомъ гинекологическаго изслѣдованія, но за то представляетъ значительныя діагностическія затрудненія, потому что, съ одной стороны, у женщинъ, у которыхъ мѣсячныя уже прекратились, анамнезъ бываетъ вообще сбивчивъ, а, съ другой,

сама опухоль никогда не достигаетъ значительныхъ размѣровъ. Однакоже, при тщательномъ двойномъ изслѣдованіи, удается открыть опухоль матки, отличающуюся отъ хроническаго метрита своей шарообразной формой и препятствіемъ, встрѣчаемымъ зондомъ. Впрочемъ, она можетъ быть смѣшана съ интерстиціальными и подслизистыми фиброидами, а также съ раковыми опухолями и саркомами.

Діагностическая ошибка возможна также и относительно опредѣленія качества скопившейся въ опухоли жидкости. Но это, впрочемъ, неважно. Прямые признаки, въ родѣ просвѣчиванія красноватой крови сквозь дѣвственную плеву, встрѣчаются рѣдко, и потому вопросъ о томъ, что содержитъ опухоль—кровь или сывороточную жидкость, большею частью приходится рѣшать на основаніи возраста больныхъ, при чемъ, конечно, возможно и ошибиться.

Мы уже выше упомянули о случаяхъ, въ которыхъ существовало нѣсколько запряющихъ перепонъ, такъ что при проколѣ первой перепонки выдѣлялась только слизь, а кровь показывалась лишь послѣ вскрытія второй. Но *Брингъ* ¹⁾ нашелъ неожиданно слизь, вмѣсто крови, у 18-лѣтней дѣвушки, а *Фейтъ* ²⁾ то же самое у 23-лѣтней.

Чаще немного встрѣчаются случаи, гдѣ находятъ кровянистую жидкость у женщинъ, у которыхъ уже давно прекратились мѣсячныя очищенія. Сюда относится наблюденіе *Люшана* ³⁾, равно какъ приводимые имъ же случаи *Берари* и *Томпсона*. *Эмель* ⁴⁾ вскрылъ гематометру у женщины 66 лѣтъ. Интересное наблюденіе *Пистора* ⁵⁾, гдѣ у 68-лѣтней женщины найдено кровянистое содержимое, а при вскрытіи оказался фиброидъ матки, показываетъ что у пожилыхъ женщинъ гематометра обуславливается иногда присутствіемъ новообразованій, вызывающимъ кровоизліанія въ матку.

Предсказаніе.

Будучи предоставлена самой себѣ, гематометра является въ высшей степени опаснымъ страданіемъ, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ, какъ мы уже видѣли выше, она имѣетъ неблагоприятный исходъ.

Оперативное леченіе ея тоже далеко не безопасно. Опытъ показываетъ, что послѣ операціи, въ особенности при атрезіи матки съ растяженіемъ фаллопиевыхъ трубъ, весьма часто происходитъ разрывъ послѣднихъ, почему французскіе врачи *Бойе*, *Дюмоитрень* и *Казо* совершенно отвергаютъ эту операцію, считая подобнаго рода больныхъ безнадежными.

Разрывъ фаллопиевыхъ трубъ послѣ операціи отчасти, быть можетъ, обуславливается тѣмъ, что задержанная кровь выгоняется сокращеніями матки, въ которыхъ принимаютъ участіе и трубы, главнымъ же образомъ тѣмъ, что растянутыя трубы срстаются съ окружающими частями. Слѣд-

¹⁾ Wien. med. W., 1865, № 11.

²⁾ См. *Штретеръ*, I. с., стр. 26.

³⁾ I. с., стр. 26.

⁴⁾ Berl. Beiträge zu G. u. G., I, стр. 103.

⁵⁾ Berl. klin. W., 1870, № 17, и 1872, № 36.

ствиемъ этого бываетъ то, что, послѣ опорожненія влагалища и матки, фаллопиевы трубы, вмѣсто того, чтобы удерживаться на прежней высотѣ подъ напоромъ опухоли, отъсѣняются внизъ давленіемъ брюшнаго пресса и, будучи сращены съ окружающими частями, разрываются (въ одномъ случаѣ, описанномъ *Госселеномъ*, *Gaz. des hôp.*, 1867, № 57, вскрытіе показало, что разрывъ произошелъ отъ сращенія растянутаго трубы съ сальникомъ). Несомнѣнно, однакоже, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ разрывъ произошелъ по винѣ оператора, выжимавшаго вскрытую опухоль рукою.

Такъ какъ кровяные мѣшки въ фаллопиевыхъ трубахъ бываютъ вообще тѣмъ крупнѣе и чаще, чѣмъ выше находится мѣсто сращенія, то наибольшую опасность представляютъ долговременныя маточныя атрезіи, тогда какъ при атрезіяхъ дѣвственной плевы или нижней части влагалища опасность, хотя и существуетъ, но сравнительно не велика.

Послѣ удачно окончившейся операціи обыкновенно наступаетъ полное выздоровленіе, если будутъ приняты мѣры къ тому, чтобы сдѣланное отверстіе не заростало; мало того, извѣстенъ даже цѣлый рядъ случаевъ, гдѣ послѣ операціи послѣдовала беременность.

Леченіе.

Успѣха можно ожидать только отъ оперативнаго леченія, которое должно быть предпринято въ промежуткѣ между двумя менструаціями.

При атрезіи дѣвственной плевы и нижней части влагалища, операція весьма проста. На выпятившейся перепонкѣ дѣлають крестообразный разрѣзъ или же захватываютъ ее крючкомъ и вырѣзають круглый кусокъ ¹⁾.

Если влагалище закрыто въ болѣе верхнихъ частяхъ тонкой поперечной перепонкой, то и тутъ операція проста: стоитъ только надрѣзать перепонку и выпустить кровь.

Гораздо затруднительнѣе тѣ случаи, когда недостаетъ части или всего влагалища. Такъ какъ образованіе новаго влагалища сопряжено съ опасностью поврежденія мочевого пузыря или прямой кишки, то лучше всего производить операцію по способу *Амюсса* ²⁾ (хотя бы въ одинъ приемъ), прокладывая себѣ путь постепенно пальцами и тупыми инструментами. Способъ этотъ заключается въ слѣдующемъ. Въ мочевой пузырь вставляють катетеръ и передають его помощнику, самъ же операторъ вводитъ указательный палецъ лѣвой руки въ прямую кишку; послѣ этого дѣлають поперечный разрѣзъ между заднимъ проходомъ и мочеиспускательнымъ каналомъ, которые въ подобныхъ случаяхъ лежать очень близко другъ къ другу. Надрѣзавъ такимъ образомъ кожу, осто-

¹⁾ *Бекеръ Броунъ*, *Surg. diseases of women*, 3-е изд., стр. 272, и *Фейтъ*.

²⁾ *Observ. sur une opér. de vagin artificiel*, 1835.

можно пробираются пальцемъ и черенкомъ скальпеля къ опухоли, между прямой кишкой и пузырьемъ. Последній актъ операціи, а именно вскрытіе гематометры, удобнѣе всего выполнить изогнутымъ троакаромъ. Когда послѣдній проникнетъ въ опухоль, проводятъ по немъ желобоватый зондъ въ самую полость, извлекаютъ троакаръ и расширяютъ отверстіе ножемъ или метротомомъ *Симсона*. Для того, чтобы отверстіе не закрылось, въ него вставляютъ палочки ламинарія, время отъ времени изслѣдуя и расширяя отверстіе пальцемъ. *Геттнеръ* ¹⁾ дѣлаетъ въ кожѣ Н-образный разрѣзъ и, продолживъ его вертикальные разрѣзы назадъ, выкраиваетъ кожные лоскуты, которые вшиваетъ въ новообразованное влагалище.

При атрезіи шейки лучше всего прямо прибѣгнуть къ троакару, по описанному сейчасъ способу. Если имѣются хотя бы слѣды влагалищной части, то троакаръ, конечно, вонзаютъ въ этомъ мѣстѣ; въ противномъ случаѣ дѣлаютъ проколъ болѣе кзади, такъ какъ опытъ показываетъ, что обыкновенно вскрывается передній отрѣзокъ матки.

Прокола чрезъ прямую кишку, предложеннаго *Бекеръ Броуномъ* ²⁾, лучше, по возможности, избѣгать. Необходимость можетъ явиться въ немъ только въ случаяхъ недостатка влагалища, когда обыкновеннымъ путемъ нельзя добраться до кровяной опухоли.

Когда опухоль будетъ вскрыта, все вниманіе должно быть обращено на то, чтобы кровь вытекала медленно, такъ какъ иначе, по указаннымъ выше причинамъ, можетъ произойти разрывъ фаллопиевыхъ трубъ. Для этого больше всего нужно остерегаться всякаго давленія на брюшные покровы, не дѣлать выпрыскиваній, а предоставить крови выдѣляться, какъ ей угодно. Затѣмъ переносятъ больную съ величайшей осторожностью на кровать, запретивъ ей всякое дѣйствіе брюшного пресса. Выпрыскиванія можно дѣлать только въ томъ случаѣ, когда начинается разложеніе оставшейся въ опухоли жидкости.

Первыя послѣ операціи мѣсячныя очищенія не лишены опасности.

Гидрометру тоже нужно вскрывать троакаромъ. Въ случаяхъ же заращенія грануляціонной тканью иногда можно обойтись однимъ только зондомъ.

Односторонняя гематометра при раздвоении полового канала.

Рокитанскій, Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte, 1859, № 33, и 1860, № 31. — *Симонъ*, M. f. Geb., т. 24, стр. 292. — *Гольцъ*, Beitr. z. Gyn. u. Geb., вып. 1, стр. 63. — *Шрёдеръ*, Krit. Unters. über d. Diagn. d. Haemat. retrout. etc. Bonn, 1866, и Berl. klin. Woch., 1866, № 38. — *Неймебауэръ*, Arch. f. Gyn., II, стр. 246. — *Фрейндъ*, Berl. B. z. Geb. u. Gyn., II, стр. 26. — *Гераръ*, Berl. B. z. Geb. u. Gyn., III, стр. 141.

¹⁾ Petersb. med. Zeitschr., тетр. 6, стр. 552.

²⁾ Surg. diseases of women, 3-е изд., стр. 231.

Этіологія.

Односторонняя гематометра представляетъ всегда прирожденный порокъ развитія, обусловливающийся тѣмъ, что раздвоеніе полового канала осложняется заращеніемъ одной половины. Можетъ случиться, конечно, что при полныхъ или частныхъ раздвоеніяхъ (см. стр. 32) заращены обѣ половины, такъ что образуется двойная гематометра (*Zantessonъ*, Preussische Vereinszeitung, 1857, № 50, *Гольстъ*, l. c., стр. 90, и *Нелатонъ*, Gaz. des hôp., 1856, № 88, стр. 350; въ послѣднемъ случаѣ менструировала, кажется, только одна половина). Но гораздо чаще атрезія существуетъ только въ одной половинѣ. Эти случаи интересны въ томъ отношеніи, что въ нихъ, не смотря на правильное выдѣленіе мѣсячныхъ очищеній изъ одной половины, въ другой образуется гематометра. При томъ они не особенно рѣдки, какъ показываетъ большое число обвародованныхъ въ послѣднее время наблюдений.

Въ общей сложности до сихъ поръ обвародовано 43 случая, въ томъ числѣ 34 клиническихъ, а именно:

Atresiae uterinae слѣдующіе 13: 1) *Леруа*, Journal des connoiss. med.-chir., 1835, т. II, стр. 181. 2) *Рокитанскаго*, l. c., 1860, № 31. 3) *Тюшеля*, Klin. Mittheil., 1860, стр. 55. 4) *Гольста*, l. c., стр. 63. 5) *Джонса*, Brit. med. J., 22 іюля 1865, стр. 54. См. M. f. Geb., т. 30, стр. 180. 6) *Ольгаузена*, Arch. f. Gyn., т. I, стр. 41. 7) *Бреслау*, Schweiz. Z. f. Heilk., выд. 2, 1863, стр. 310, 4-й случай. 8) *Креде*, M. f. Geb., т. 9, стр. 457, 6-й случай. 9) *Жаке*, Berl. klin. W., 1874, № 9. 10) и 11) *Геяра*, l. c. (два случая въ зачаточномъ придаточномъ рогѣ). 12) *Нейдѣрффера*, Zwei neue Fälle von Pyometra und Pyokolpos lateralis. D. i. Tübingen, 1873, стр. 10. 13) *Айт.и*, Gen. a. diff. diagnosis of ovarian tumours. Philadelphia, 1873, стр. 296.

Atresiae vagin. sup. или mediae слѣдующіе 15: 14) *Фейта*, Frauenkrankh., 2-е изд., стр. 537. 15) *Десе*, Bull. de la soc. anat., июль 1854. 16) *Пассауэра*, Berl. klin. W., 1867, № 26. 17) и 18) *Нейсбауэра*, l. c., стр. 247 и стр. 255. 19) и 20) *Брейскаго*, Arch. f. Gyn., т. II, стр. 84 и стр. 451. 21) *Бреслау*, l. c., 303, случай 2-й. 22) и 23) *Фрѣйнда*, l. c., случаи 1-й и 2-й. 24) *Брауэ-Штгемльберна*, Berl. klin. W., 1874, № 10 и 11. 25) *Брейскаго*, Arch. f. Gyn., т. VI, стр. 89 (hydrometra). 26) *Магенау*, Ein Fall v. Ut. bicornis etc. D. i. Tübingen, 1872. 27) *Нейдѣрффера*, l. c., стр. 16. 28) *Штауде*, Berl. klin. Woch., 1874, № 22.

Atresiae vagin. inf. слѣдующіе 5 случаевъ: 29) *Берониуса*. Preuss. medic. Zeit., 1862, № 33, стр. 259. 30) *Шрёдера*, l. c., стр. 3. 31) *Геяра*, M. f. Geb., т. 17, стр. 418. 32) *Герифельдера*, Oesterr. Zeitschr. f. pr. Heilkunde, 26 дек. 1856. 33) *Брауна*, Wiener med. Woch., 1861, стр. 457, случай 6-й.

Atresiae hymenalis 1 случай: 34) *Симона*, l. c., стр. 292.

Кромѣ того, слѣдующіе пять случаевъ найдены на трупахъ, именно, 3 случая атрезіае uterinae: 35) *Рокитанскаго*, l. c., 1859, № 33, случай 1-й. 36) *Черчилла*, Lancet, 11 ноября 1865, стр. 536. 37) *Горфманна*, Drei Fälle von Uterusmissbildung. Erlangen, 1869. D. i., стр. 16. И 2 случая атрезіае vag.: 38) *Рокитанскаго*, l. c., случай 2-й. 39) *Вранн*, Prager Viertelj., 1868, 3, стр. 39.

Къ этому нужно прибавить 4 случая, наблюдавшіеся у дѣтей, именно: 40) *Отто*, см. *Буссмауль*, Von dem Mangel in т. д., стр. 186 (Atresia uterina cum atresia vaginae). 41) Случай изъ *Maternité*, въ Gaz. des hôp., 132, 13 ноября 1866. 42) *Шюша*, Gaz. des hôp., 1857, стр. 586. 43) *Брейскаго* и *Блебса*, Archiv f. Gyn., т. II, стр. 92, прим. Послѣдніе 3 случая относятся къ атрезіи влагалища.

Патологическая анатомія.

Описываемая аномалія представляется въ различныхъ формахъ, а именно:

1) Оба мюллерова протока раздвоенной матки вполне развиты, но дѣйственная плева совершенно заперта на одной сторонѣ.

2) Оба протока вполне развиты, но одинъ изъ нихъ не открывается въ *sinus urogenitalis*, вслѣдствіе чего влагалище соотвѣтственной стороны закрыто позади влагалищнаго входа.

3) Одинъ изъ мюллеровыхъ протоковъ развитъ не вполне, нижней части его недостаетъ, такъ что на этой сторонѣ влагалище оканчивается по срединѣ слѣпымъ концомъ, или же существуетъ только верхній отдѣлъ его.

4) Влагалище не раздвоено, оттого ли, что на его протяженіи одинъ изъ мюллеровыхъ протоковъ запуслъ, или оттого, что обѣ половины влагалища срослись между собою. Матка же раздвоена и одинъ изъ ея роговъ закрытъ.

5) Существуетъ однорогая матка съ зачаткомъ придаточнаго рога; послѣдній снабженъ полостью, но не имѣетъ выводнаго протока (*Генаръ*).

При этомъ могутъ быть еще и осложненія. Такъ, *Отто* нашель у новорожденнаго ребенка атрезію рога матки вмѣстѣ съ атрезіей нераздвоеннаго влагалища.

Матка во всѣхъ этихъ случаяхъ можетъ быть перегороденная, но чаще всего она двурогая.

Послѣдствія этой односторонней атрезіи (фиг. 24) совершенно тѣ же, какъ при гематометрѣ.

Съ наступленіемъ половой зрѣлости мѣсячная кровь начинаетъ скопляться позади зарощенія, растягивая половой каналъ такимъ образомъ, что при атрезіи въ нижнихъ частяхъ расширяется исключительно влагалище, по крайней мѣрѣ, въ первое время. Кромѣ того, могутъ образоваться кровяные мѣшки въ фаллопиевыхъ трубахъ съ описанными выше опасностями.

При аменорреѣ могутъ накопляться слизь и гной, какъ это было у больной, пользовавшейся *Брейскимъ*. Равнымъ образомъ послѣ операціи ге-



Фиг. 24.

Односторонняя гематометра, схематически по *Фрейндю*. *h* дѣйственная плева. *ts* лѣвое открытое влагалище. *us* л. матка. *ts* л. фаллопиева труба. *lrs* л. круглая маточная связка. *vd*, *ud* закрытое влагалище и матка правой стороны, растянуты скопившейся менструальной кровью. *td* правая фаллопиева труба. *lrd* правая круглая связка.

матометры съ слишкомъ маленькимъ отверстіемъ легко могутъ образоваться ruometra и ruocolpos (*Брейскій, Браусъ, Мажено, Нейдѣрферъ*). Единственнымъ въ своемъ родѣ остается пока случай *Брейскаго*, гдѣ у женщины 38 лѣтъ, родившей 4 раза, въ зарощенной половинѣ развилась очень значительная гидрометра.

Припадки.

На первомъ планѣ стоятъ здѣсь періодическія боли, имѣющія тотъ же характеръ, какъ при простой гематометрѣ, съ тѣмъ отличіемъ, что въ этомъ случаѣ онѣ сопровождаются отдѣленіемъ мѣсячныхъ. Разстройства часто, хотя и не всегда, начинаются съ наступленіемъ регуль, но нерѣдко они обнаруживаются гораздо позже. Между тѣмъ какъ вначалѣ боли существуютъ только во время менструаціи, впоследствии онѣ дѣлаются постоянными и принимаютъ характеръ потугъ. Важно, однакоже, знать, что далеко не во всѣхъ случаяхъ боли связаны съ періодомъ менструаціи, а по временамъ появляются совершенно неожиданно. Можетъ быть, это происходитъ отъ того, что обѣ половины менструируютъ въ разное время. Иногда позднее появленіе припадковъ можно объяснить тѣмъ, что въ теченіи извѣстнаго времени запертый рогъ не менструировалъ вовсе или очень мало, но затѣмъ въ извѣстный моментъ (половое удовлетвореніе, послѣродовой періодъ) мѣсячныя очищенія либо впервые стали появляться, либо усилились.

Опухоль, образуемая скопившейся кровью, раньше всего обозначается въ случаяхъ зарощенія нижней части влагалища, такъ какъ она вскорѣ показывается между губами. Въ животѣ же она можетъ быть открыта лишь впоследствии. На мочевой пузырь и прямую кишку она производитъ такое же дѣйствіе, какъ простая гематометра.

Мѣсячныя очищенія представляютъ различный характеръ. Обыкновенно они нормальны, но могутъ также прекратиться на время или появляются въ чрезмѣрномъ количествѣ.

При односторонней гематометрѣ, общее состояніе обыкновенно разстраивается лишь впоследствии.

Беременность можетъ, конечно, имѣть мѣсто въ открытомъ рогѣ, но въ позднѣйшихъ періодахъ зачатіе весьма затрудняется суженіемъ полости образующейся опухоли.

Исходы.

Исходы въ сущности тѣ же, какъ и при простой гематометрѣ. Чаще всего имѣетъ мѣсто вскрытіе опухоли наружу, облегчаемое еще тѣмъ, что послѣдняя примыкаетъ къ открытому половому каналу, отъ котораго ее отдѣляетъ иногда только тонкая перегородка. Въ большинствѣ случаевъ прободается перегородка между обѣими половинами матки, рѣже

перегородка между влагалищами. Но, несмотря на такой благоприятный исход, может развиваться ихорозное воспаление и смерть.

Как часто встрѣчается другой благоприятный исход, котораго всего скорѣе можно ожидать при этой формѣ гематометры, а именно прекращеніе мѣсячныхъ очищеній въ закрытой половинѣ и переходъ ея функции на другой рогъ, — сказать трудно, такъ какъ подобные случаи не доходятъ до свѣдѣнія врачей. Съ достовѣрностью можно сказать, что такой исходъ имѣлъ мѣсто на описанномъ *Гобманномъ* препаратѣ изъ патолого-анатомическаго музея въ Эрлангенѣ, взятомъ отъ 64-лѣтней женщины, изъ анамнеза которой извѣстно только то, что она никогда не имѣла дѣтей. Правый закрытый рогъ представляетъ небольшую полость, отчасти выполненную шишковатыми возвышеніями слизистой оболочки, обязанными своимъ происхожденіемъ кровоизліяніямъ.

Неблагоприятные исходы бывають здѣсь тѣ же, что и при простой гематометрѣ.

Распознаваніе.

Наименьшія затрудненія встрѣчаются въ случаяхъ полного раздвоенія, гдѣ для опредѣленія болѣзни достаточно вообще помнить о возможности существованія подобнаго порока развитія. По всей длинѣ открытаго влагалища прощупывается сбоку опухоль, идущая сверху внизъ. Впрочемъ, эта опухоль не всегда приходится прямо сбоку, а по причинамъ, коренящимся въ исторіи ея развитія, дѣлаетъ таковой спиральный поворотъ вокругъ открытаго влагалища, что, когда нижняя часть ея лежитъ болѣе впереди, верхняя бываетъ обращена болѣе назадъ, и наоборотъ. Опухоль имѣетъ почти цилиндрическую форму, напряжена и даетъ зыбленіе, верхнее продолженіе ея примыкаетъ сбоку къ открытому рогу матки.

Подобная опухоль, наполненная жидкостью, можетъ быть только тѣмъ, чѣмъ она есть, такъ что для подкрѣпленія діагноза нѣтъ надобности въ проколѣ, которымъ выдѣляется характеристическая для гематометры кровь.

Изъ патологическихъ состояній, съ которыми можно было бы смѣшать ее, *cystocele* узнается съ помощью катетера; кисты влагалища не достигаютъ такой величины и не примыкають на такомъ протяженіи къ влагалищу; *enterocele* не показываетъ зыбленія и не образуетъ опухоли въ тазу; тромбы (кровоизліянія въ клетчаткѣ вокругъ влагалища) образуются только отъ родовъ и въ послѣродовомъ періодѣ; *haematocele* не встрѣчается въ такой формѣ, а надвлагалищные гноевики не вдаются такъ высоко.

Пожалуй, возможно смѣшать ее съ кистой бартолиновыѣхъ желѣзъ, которая, какъ показываетъ наблюденіе *Генима* ¹⁾, въ очень рѣдкихъ слу-

¹⁾ M. f. G., 34, стр. 130.

чаяхъ можетъ подняться на такую высоту. Но то обстоятельство, что киста глубоко вдается въ большую губу, можетъ служить вѣрнымъ отличительнымъ признакомъ отъ гематометры, при которой этого никогда не замѣчается.

Гораздо затруднительнѣе распознаваніе въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ влагалище не раздвоено и кровь скопляется только въ одномъ рогѣ.

Въ этихъ случаяхъ прощупывается опухоль, плотно прилегающая къ маткѣ, напряженная и эластичная, и которая выпираетъ влагалищный сводъ внизъ. Впрочемъ, такую опухоль, наполненную жидкостью, рѣзко ограниченную, тѣсно прилегающую къ маткѣ или, при несомнѣнномъ существованіи двухъ роговъ, перегибающуюся на противоположную сторону, не легко смѣшать съ другими опухолями. Диагнозъ существенно подкрѣпляется пристѣннымъ (wandständige) положеніемъ влагалищной части, т. е. фактомъ полного отсутствія влагалищнаго свода на сторонѣ опухоли; къ тому же, при значительномъ наполненіи закрытаго рога, маточный зѣвъ получаетъ форму подковы, обращенной открытой стороной къ опухоли.

Наибольшую трудность представляетъ распознаваніе гематометры въ зачаточномъ прибавочномъ органѣ; тѣмъ не менѣе *Геиару* удалось въ двухъ случаяхъ поставить диагнозъ путемъ исключенія. Существенными основами распознаванія служатъ способъ прикрѣпленія опухоли къ маткѣ посредствомъ каната, прикрѣпляющагося къ верхней части несоразмѣрно большой шейки, и существованіе однорогой матки. Всего труднѣе отличить эту опухоль отъ стебельчатаго фиброида, вросшаго глубоко въ широкую маточную связку. Въ крайнемъ случаѣ прибѣгаютъ къ проколу, который, смотря по положенію опухоли, производится чрезъ влагалище или чрезъ брюшные покровы.

Предсказаніе.

Какъ уже замѣчено выше, опасность здѣсь гораздо меньше, чѣмъ при простой гематометрѣ, такъ какъ, независимо отъ того, что въ закрытомъ рогѣ выдѣленіе крови иногда прекращается само собою, здѣсь гораздо легче и чаще имѣетъ мѣсто вскрытіе опухоли наружу, а именно въ открытый половой каналъ.

Леченіе.

Операция производится здѣсь точно такимъ же образомъ, какъ при простой гематометрѣ, при чемъ вскрывается самая нижняя часть выпятившейся опухоли.

При раздвоенномъ влагалищѣ, дѣлаютъ крестообразный разрѣзъ въ опухоли или вырѣзываютъ кусокъ въ его стѣнкѣ, но, во избѣжаніе опло-

дотворенія въ этой половинѣ, отверстие должно имѣть такую величину чтобы въ него не могъ попадать мужской членъ.

При маточной атрезіи проще всего произвести операцию троакаромъ, который вкалывается въ выпятившуюся опухоль у самаго маточнаго зѣва.

Весьма серьезныя затрудненія представляются въ томъ случаѣ, когда кровь скопляется въ полости сидящаго на длинной ножкѣ рога. Но операцию все-таки необходимо произвести, если страданія больной усиливаются. Нужно стараться попасть въ опухоль троакаромъ чрезъ влагалище и только въ крайнемъ случаѣ чрезъ брюшные покровы. *Геаръ* предварительно производил прижиганіе влагалищнаго свода, чтобы вызвать сращеніе его съ опухолью.

Съуженіе матки.

Мекинтошъ, Pract. of Physic., 4-е изд., т. II, London, 1836, стр. 481. — *Симмонсъ*, Sel. Obst. Works, London, 1871, стр. 677. — *Барисъ*, London Obst. Tr., т. VII, стр. 120. — *Симсъ*, Gebärmutterchirurgie, 1866, стр. 105 и 166. — *Гришафъ*, London Obst. Tr., VIII, стр. 142. — *Тайлтъ*, е. 1., стр. 262. — *Бейсель*, Berl. klin. Woch., 1867, стр. 493, и *Грелм Гевиттъ*, Frauenkrankheiten, стр. 560. — *Смитъ*, Obst. J. of Great Britain, февр. 1874, стр. 705.

Этіологія и патологическая анатомія.

Съуженія шейки бываютъ врожденныя и приобретенныя.

Прирожденныя обыкновенно обнимаютъ всю шейку; весьма часто наибольшую степень съуженія представляетъ наружный маточный зѣвъ, рѣже внутренний. При нормальной матки (о мелкой влагалищной части и маленькомъ маточномъ зѣвѣ недоразвитой матки мы здѣсь не говоримъ), влагалищная часть бываетъ иногда значительно удлинена, тверда, хрящевата на ошупь и вдается во влагалище въ видѣ рѣзко обозначеннаго конуса приостренной верхушкой. На этой верхушкѣ наружный маточный зѣвъ сидитъ въ видѣ очень маленькой, едва ощутимой дырочки (фиг. 25), съ трудомъ открываемой даже помощью зеркала (часто только по присутствію въ ней капельки слизи). Нерѣдко передняя губа выдается надъ задней на подобіе навѣса, такъ что маточный зѣвъ бываетъ какъ бы закрытъ клапаномъ.



Фиг. 25.

Прирожденное съуженіе шейки.

Въ рѣдкихъ случаяхъ вся влагалищная часть представляется опухшей и отечной.

Приобрѣтенныя суженія могутъ обуславливаться самыми разнообразными моментами, преимущественно же поврежденіями во время родовъ и послѣродовыми воспаленіями. Но они встрѣчаются нерѣдко и у женщинъ, не рожавшихъ, не говоря уже о суженіяхъ внутренняго маточнаго зѣва при перегибахъ и фиброидахъ, которыя не подлежатъ здѣсь нашему разсмотрѣнію. Они образуются именно вслѣдствіе воспаленія и набуханія самаго канала, далѣе, вслѣдствіе воспаленій слизистой оболочки, когда набухшіе мѣшечки шейки (ovula Nabothi) вскрываются и гранулирующія поверхности срастаются между собою; наконецъ, путемъ всевозможныхъ рубцовыхъ образований, изъ которыхъ мы упомянемъ только о рубцахъ вслѣдствіе прижиганія.

Припадки.

Суженіе шейки сопровождается двумя симптомами, изъ которыхъ въ патологическомъ отношеніи наиболѣе важна дисменоррея. Последняя отличается своимъ обыкновеннымъ характеромъ, состоящимъ въ томъ, что передъ наступленіемъ мѣсячныхъ очищеній появляются болѣе или менѣе жестокія маточныя колики, которыя по временамъ становятся невыносимыми. Вообще говоря, напряженность боли соответствуетъ большей или меньшей степени суженія шейки, но это, однакоже, бываетъ далеко не во всѣхъ случаяхъ. Существенное вліяніе на силу дисменоррейныхъ припадковъ имѣетъ, во всякомъ случаѣ, быстрота, съ которою кровь выдѣляется слизистой оболочкой матки. Если кровь очень медленно изливается въ полость матки, то, не смотря даже на сильное суженіе шейки, она на столько быстро усѣиваетъ выдѣлиться наружу, что дѣло не доходитъ до появленія маточныхъ коликъ. Напротивъ того, если мѣсячныя кровотеченія наступаютъ сразу и въ обильномъ количествѣ, то такая масса крови не можетъ выдѣлиться вся, даже чрезъ умѣренно суженную шейку, и потому, скопляясь въ маткѣ и растягивая ея полость, она можетъ вызвать припадокъ жесточайшей дисменорреи. Этимъ только и можно объяснить тотъ фактъ, что иногда даже при сильномъ суженіи шейки мѣсячныя очищенія проходятъ почти безболѣзненно, тогда какъ въ другихъ случаяхъ, даже при легкихъ суженіяхъ, боли бываютъ въ высшей степени сильны.

Раздраженіе, претерпѣваемое маткой при всякой значительной дисменорреѣ, можетъ вести, далѣе, къ развитію метрита и периметрита, еще болѣе усиливающихъ припадки суженія.

Вторымъ послѣдствіемъ суженія является безплодіе. Замѣтимъ здѣсь разъ на всегда, что въ клиническомъ смыслѣ безплодіе только въ очень рѣдкихъ случаяхъ означаетъ невозможность зачатія, обыкновенно же оно служитъ только выраженіемъ большаго или меньшаго препятствія къ зачатію. Что возможность встрѣчи между яйцомъ и сѣменемъ тѣмъ бо-

лѣе будетъ затруднена, чѣмъ уже шейка и чѣмъ мельче отверстіе, ведущее изъ влагалища въ каналъ шейки, это понятно, если даже оставить въ сторонѣ самый механизмъ прониканія сѣменныхъ тѣлецъ во внутренней половой каналъ.

Свойства этого механизма до сихъ поръ еще не вполне выяснены. Прежде господствовало мнѣніе, что при актѣ совокупленія устье мужского мочеиспускательнаго канала плотно прилегаетъ къ наружному маточному зѣву, вслѣдствіе чего, въ моментъ изверженія сѣмени, послѣднее непосредственно впрыскивается въ матку. Но независимо отъ того, что сила, съ которою выбрасывается сѣмя, недостаточно для раздвиганія прилегающихъ другъ къ другу стѣнокъ матки и впрыскиванія между ними сѣмени, самая мысль, будто оба устья до такой степени сливаются между собою, что мочеиспускательный каналъ мужчины и полость шейки образуютъ одинъ непрерывный каналъ, лишена всякаго вѣроятія. Столь же мало выдерживаетъ критики и мнѣніе о поршнеобразномъ дѣйствіи мужского уда, который, подвигаясь впередъ, будто-бы вталкиваетъ въ матку изверженное въ верхней части влагалища сѣмя, такъ какъ послѣднее очень легко можетъ спуститься по бокамъ члена и по влагалищному своду.

Мерцательныя движенія эпителия остаются безъ всякаго вліянія на передвиженіе сѣмени, такъ какъ сѣменные тѣльца пробиваются по всей фаллопиевой трубѣ до самаго личинка, а эпителий трубъ колышется въ противоположномъ направленіи. Это-то именно дальнее странствованіе сѣменныхъ тѣлецъ отъ матки до тазовой части брошины, т. е. на такомъ протяженіи, на которомъ немислимо дѣйствіе однихъ и тѣхъ же силъ, больше всего говорить въ пользу того, что главнѣйшимъ и управляющимъ факторомъ передвиженія сѣменныхъ тѣлецъ является присущая имъ способность къ самостоятельнымъ перемѣщеніямъ съ мѣста на мѣсто. Что эта способность къ поступательнымъ движеніямъ не совсѣмъ ничтожна, видно изъ прямыхъ наблюденій *Лотта*¹⁾, въ которыхъ сѣменные нити перемѣщались на одинъ сантиметръ въ часъ.

Въ моихъ глазахъ, этой способности сѣменныхъ нитей къ самостоятельнымъ движеніямъ вполне достаточно для объясненія механизма прониканія сѣмени въ полость матки, особенно если принять во вниманіе, что въ сѣменной гущѣ, извергающейся въ верхней части влагалища и омывающей влагалищную часть, кишатъ безсѣмьныя массы сѣменныхъ нитей и что достаточно, чтобы лишь немногія изъ нихъ попали въ каналъ шейки.

Но, повидимому, поступленію большихъ количествъ сѣменныхъ нитей въ каналъ шейки способствуетъ еще другая сила, а именно своего рода присасывающая сила матки. Дѣло въ томъ, что во время акта совокупленія пробка стекловидной слизи, выполняющая въ нормальномъ состояніи полость шейки, выталкивается во влагалище, гдѣ и виситъ въ видѣ слизистаго канатика *Бристеллера*²⁾. Съ ослабленіемъ выталкивающей силы, въ шейку должно попасть, въ замѣвъ извергнутой пробки, соответственное количество слизи. А такъ какъ слизь шейки имѣетъ щелочную реакцію и, слѣдовательно, смѣшиваясь во влагалищѣ съ сѣменной жидкостью, возбуждаетъ энергическія движенія сѣменныхъ нитей (напротивъ, кислая слизь влагалища дѣйствуетъ на нихъ, какъ ядъ), то, при обратномъ втягиваніи слизи въ шейку, вмѣстѣ съ нею туда попадаетъ и значительное число жизнѣдѣтельныхъ сѣменныхъ нитей. За силу, выталкивающую слизистую пробку изъ канала шейки, *Симс*³⁾ считаетъ сокращеніе верхней стѣнки влагалища, нажимающее голову члена на шейку, тогда какъ *Кереръ*⁴⁾ приписываетъ ее активному сокращенію шейки.

1) Der Cervix uteri etc., стр. 142.

2) Berl. klin. Wochenschr., 1871, № 26—28.

3) Klin. d. Gebärmutterchirurgie, стр. 282.

4) Zusammenh. des weibl. Genitalkanals. Giessen, 1863, стр. 41.

Другіе, въ особенности *Вермигъ*¹⁾ и *Фелингъ*²⁾, производятъ ее отъ „эрекции“ шейки, такъ что по прекращеніи этой эрекции извергнутая слизь, а вмѣстѣ съ нею и сѣмя обратно поступаютъ въ каналъ шейки³⁾.

Очень узкій маточный зѣвъ еще болѣе затрудняетъ возможность зачатія тѣмъ, что, если не совсѣмъ уничтожаетъ, то, по крайней мѣрѣ, въ значительной степени парализуетъ процессъ выталкиванія и обратнаго присасыванія слизистой пробки.

Распознаваніе.

Въ случаѣ врожденнаго суженія, коническая, приостренная форма влагалищной части бросается въ глаза уже при изслѣдованіи пальцемъ; вмѣстѣ съ этимъ и маточный зѣвъ очень малъ. Состояніе же шейки въ верхнихъ частяхъ должно быть опредѣлено помощью зонда. Наружный маточный зѣвъ можетъ быть такъ узокъ, что пропускаетъ лишь очень тонкіе зонды. Если же суженіе обуславливается набуханіемъ стѣнокъ, то цѣль скорѣе можетъ быть достигнута не слишкомъ тонкими зондами.

Приобрѣтенныя суженія точно также опредѣляются путемъ зондированія.

Предсказаніе.

Суженіе шейки само по себѣ не представляетъ опасности для жизни, но вызываемая ею дисменоррея, съ одной стороны, можетъ до крайности отравить жизнь больныхъ, а съ другой, въ силу послѣдовательныхъ метрита и периметрита, можетъ повлечь за собою опасныя для жизни заболѣванія. Операция, сама по себѣ безопасная, улучшаетъ предсказаніе въ томъ отношеніи, что съ расширеніемъ шейки дисменоррея обыкновенно сразу исчезаетъ и въ скоромъ времени восстанавливается даже способность къ зачатію.

Леченіе.

Рациональное леченіе можетъ состоять только въ одномъ — расширеніи суженной шейки. Эта цѣль можетъ быть достигнута различными способами, а именно:

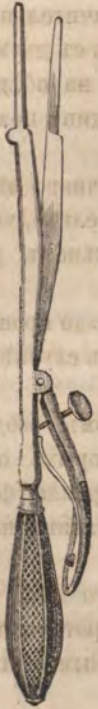
1) Вставленіемъ все болѣе и болѣе толстыхъ бужей или другихъ механическихъ расширителей, а также набухающихъ веществъ (ламинарія, прессованныхъ губокъ). Достоинства и недостатки этого способа мы разобрали уже выше. Вообще говоря, некровавое расширеніе вовсе не безопаснѣе, чѣмъ кровавое, а между тѣмъ оно менѣе дѣйствительно, чѣмъ послѣднее. До какой степени механически растянута шейка мо-

1) Berl. Beitr. z. G. u. G., т. I, стр. 296, и Berl. klin. W., 1873, № 9.

2) Arch. f. G., т. V, стр. 342.

3) Бекъ, Amer. J. of Obst., т. VII, 1874, стр. 353.

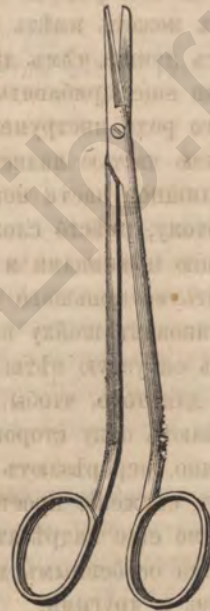
жетъ снова стянуться, видно изъ сообщеннаго *Барнсомъ* случая, гдѣ, не смотря на существовавшее суженіе, послѣдовала беременность, окончившаяся выкидышемъ на пятомъ мѣсяцѣ, послѣ чего, т. е., стало быть, послѣ чрезвычайно сильнаго некроваваго расширенія, суженіе возвратилось снова. Надо полагать, что то же нареканіе въ непрочности результатовъ придется отнести и къ новому расширителю *Эллингера* ¹⁾.



Фиг. 26.
Метротомъ Симпсона.



Фиг. 27.
Метротомъ Колла.



Фиг. 28.
Ножницы для разрыванія шейки въ зеркалѣ.

2) Расширеніе служенной шейки можетъ быть произведено оперативнымъ путемъ ²⁾. Съ этой цѣлью предложено было множество специально устроенныхъ инструментовъ, съ однимъ или двумя клинками. Къ первымъ относится простой и во всѣхъ отношеніяхъ пригодный инструментъ *Симпсона* (фиг. 26). Онъ вводится съ закрытымъ клинкомъ, который выскакиваетъ уже на обратномъ пути отъ нажиманія, разрывая сначала одну, а затѣмъ, при вторичномъ введеніи, другую сторону шейки. Для того, чтобы не нужно было по два раза вводить инструментъ, *Гримафъ*

¹⁾ Arch. f. Gyn., т. V, стр. 268.

²⁾ *Отпель*, Wien. med. Presse, 1868, № 34—36; *Г. Браунъ*, Wien. med. W., 1869 № 40—44; *Генри Беннетъ*, Brit. med. J., 21 сент. 1872; *Ольсгаузенъ*, Die blutige Erweiterung d. Gebärmutterhalses. Samml. klin. Vorträge, № 67.

и *Мартинъ* предложили нѣсколько иное устройство, при которомъ отъ нажиманія съ каждой стороны инструмента выскакиваетъ по клинку. Въ гистеротомѣ *Матѣ* оба клинка выскакиваютъ просто отъ натягиванія инструмента. Весьма простой по механизму метротомъ съ двумя клинками предложенъ *Котиллемъ* ¹⁾ (фиг. 27).

Неудобство инструментовъ съ однимъ клинкомъ заключается въ томъ, что первый разрѣзъ выходитъ болѣе глубокимъ, такъ какъ при второмъ противодействіе, встрѣчаемое спинкой ножа, бываетъ значительно ослаблено. Этого неудобства не существуетъ на инструментахъ съ двумя клинками, но они рѣжутъ неравномѣрно, потому что теанъ на обѣихъ сторонахъ можетъ имѣть весьма различную твердость или одинъ ножъ часто рѣжетъ лучше, чѣмъ другой.

Надо еще прибавить, что расширеніе наружнаго маточнаго зѣва подобнаго рода инструментами бываетъ сравнительно не велико, такъ что большею частью является необходимость въ дополнительномъ разрѣзѣ влагалищной части ножницами.

Поэтому, вмѣсто сложныхъ инструментовъ, проще гораздо производить операцію ножницами и ножомъ, отъ которыхъ, во всякомъ случаѣ, можно ожидать не меньшаго успѣха.

Установивъ шейку въ зеркало и закрѣпивъ ее крючкомъ, вводятъ въ каналъ ея узкую вѣтвь длинныхъ ножницъ, ручка которыхъ отогнута книзу для того, чтобы она не заслоняла поля зрѣнія зеркала (фиг. 28), разрѣзаютъ одну сторону шейки до свода и затѣмъ, вставивъ ножницы вторично, перерѣзаютъ и другую сторону.

Если суженіе простирается до внутренняго маточнаго зѣва, то необходимо еще надрѣзать верхнюю часть шейки сбоку метротомомъ *Симпсона* или особеннымъ маленькимъ ножикомъ, предложеннымъ для этого *Симсомъ* и другими.

Если операція производится чистыми ножами, то нечего опасаться воспаления матки и клѣтчатки, но кровотеченіе можетъ быть значительно и въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже опасно. Уже по этой причинѣ, а также съ цѣлью помѣшать быстрому сращенію разъединенныхъ частей, полезно прижигать поверхности разрѣза, слегка обводя ихъ каленымъ желѣзомъ или вкладывая между ними очень маленькіе тампоны съ полторахло-ристымъ желѣзомъ. Для укрѣпленія послѣднихъ вставляютъ во влагалище большой тампонъ. *Курти* ²⁾ советуетъ окаймить поверхности разрѣза швомъ.

Послѣ операціи нуженъ только покой въ теченіи нѣсколькихъ дней. На слѣдующій день вынимаютъ тампоны, такъ что вся задача сводится теперь къ тому, чтобы воспрепятствовать сращенію, къ которому обнаруживается большую склонность шейка. Наружный маточный зѣвъ луч-

¹⁾ Edinb. Obst. Tr., II, стр. 340.

²⁾ Gaz. hebdom., 9 мая 1873.

ше всего удерживаютъ открытымъ тѣмъ, что просверливаютъ его ежедневно или черезъ день пальцемъ, а внутренній зѣвъ проведеніемъ сквозь него толстыхъ бужей.

Если влагалищная часть удлинена въ видѣ конуса и наружный зѣвъ узокъ, то лучше всего снести кусокъ ножомъ и ножницами или, по предложенію *Штисельбера* ¹⁾, помощьюъ гальванокаустики.

Гипертрофія матки.

Общая гипертрофія.

Клобъ, Pathol. Anat. d. weibl. Sexualorg., стр. 124 и стр. 203. — *Зексимеръ*, Prager Vierteljahrschrift, 1866, 1, стр. 114. — *Курти*, Traité des mal. de l'utérus etc., 2-е изд., Paris, 1872, стр. 702.

Этіологія.

Чистая гипертрофія и гиперплазія матки, т. е. равномерное увеличеніе объема и количества ея составныхъ частей, преимущественно, стало быть, мышечныхъ волоконъ и соединительной ткани, весьма рѣдко встрѣчается въ видѣ патологическаго явленія. Физиологическій прототипъ этого увеличенія мы видимъ при беременности; патологически же такая равномерная гипертрофія матки является въ самомъ чистомъ видѣ при наполненіи матки ненормальнымъ содержимымъ, въ особенности при гематометрѣ.

Гораздо чаще имѣетъ мѣсто гиперплазія соединительной ткани. Какъ чистая аномалія питанія, независимо отъ воспаленія, она встрѣчается весьма рѣдко; чаще гораздо она составляетъ слѣдствіе полустрыхъ или хроническихъ воспалительныхъ процессовъ или, по крайней мѣрѣ, послѣдовательно осложняется ими, какъ, напр., при затрудненномъ обратномъ развитіи матки послѣ родовъ. Трудно провести рѣзкую грань между чистой атрофіей и той формой, которая осложняется воспалительными явленіями, по крайней мѣрѣ, въ клиническомъ смыслѣ. *Клобъ* почти совершенно вычеркиваетъ хроническое воспаленіе матки; но, по нашему убѣжденію, которое мы постараемся развитъ впоследствии подробнѣе, съ клинической точки зрѣнія было бы слишкомъ преждевременно отвергнуть существованіе хроническаго метрита, хотя обозначаемыя этимъ терминомъ болѣзненные состоянія далеко расходятся между собою въ этиологическомъ отношеніи и далеко не всѣ имѣютъ воспалительное происхожденіе. Поэтому громадное большинство случаевъ равномернаго увеличенія объема матки будетъ описано нами подъ картиной хроническаго метрита; здѣсь же, гдѣ дѣло идетъ о чистой гипертрофіи, развивающейся помимо всякихъ воспалительныхъ явленій, мы рассмотримъ только тѣ случаи,

¹⁾ Arch. f. G., стр. 436.

гдѣ, вслѣдствіе усиленнаго притока крови, происходитъ увеличенное питаніе матки, не осложненное постоянными или временно перемежающимися воспалительными явленіями.

Наиболѣе частый примѣръ этой формы увеличенія матки представляетъ гиперплазія соединительной ткани при новообразованіяхъ въ маткѣ, преимущественно при интерстиціальнхъ фиброидахъ. Послѣдніе, не вызывая прямо воспалительныхъ явленій, постоянно поддерживаютъ матку въ такомъ состояніи раздраженія, что питательный матеріалъ приливаетъ къ ней въ большемъ, противъ нормальнаго, количествѣ и образуется или чистая гиперплазія, или еще чаще сплошное размноженіе соединительной ткани по всему органу.

Подобнымъ же образомъ нужно, вѣроятно, объяснить и ту гипертрофію, которая, по словамъ *Зейферта* ¹⁾, встрѣчается иногда у проституттокъ. Что же касается гипертрофіи, наблюдаемой иногда у замужнихъ женщинъ, вслѣдствіе раздраженія половыхъ органовъ частымъ, но неполнымъ половымъ актомъ, и которую *Вестъ* ²⁾ причисляетъ къ простой формѣ гипертрофіи, то она въ большинствѣ случаевъ скорѣе должна быть отнесена къ хроническому метриту.

Случай гипертрофіи при смѣщеніяхъ матки, особенно при выпаденіяхъ и искривленіяхъ ея, могутъ быть отнесены сюда развѣ только въ видѣ исключенія. Гипертрофія обуславливается здѣсь застойными гипереміями, такъ какъ, вслѣдствіе ненормальнаго положенія матки, затрудняется отливъ венозной крови. Но такъ какъ одновременно съ этимъ развиваются и воспалительныя явленія, то такая гипертрофія принадлежитъ скорѣе къ хроническому метриту. Нѣсколько иначе воспалительныя явленія развиваются при той формѣ застойной гипереміи, которая сопровождаетъ общія разстройства кровообращенія, въ особенности болѣзни сердца и печени.

Задержанное обратное развитіе послѣродовой матки точно также можетъ быть отнесено сюда, съ клинической точки зрѣнія, лишь въ очень рѣдкихъ случаяхъ. Только въ видѣ исключенія подобная матка представляетъ чистую гипертрофію, безъ всякихъ слѣдовъ воспаления. Обыкновенно же матка чувствительна или, по крайней мѣрѣ, время отъ времени подвергается болѣе сильному набуханію, сопровождающемуся болью. На этомъ основаніи мы причисляемъ и эту форму къ хроническому метриту.

Патологическая анатомія.

Макроскопически чистая гипертрофія матки ничѣмъ не отличается отъ разращенія соединительной ткани. Только съ помощью микроскопа

¹⁾ *Зексигтеръ*, I, с., стр. 115.

²⁾ *Lehrb. der Frauenkrankh.*, III изд., стр. 111.

возможно опредѣлить, увеличены ли равномерно всё элементы матки или преимущественно ея соединительная ткань.

Матка увеличена въ объемѣ и притомъ преимущественно въ поперечномъ діаметрѣ спереди назадъ, такъ что она получаетъ болѣе шарообразную форму. Стѣнки ея значительно утолщены, особенно на днѣ и въ задней стѣнкѣ тѣла. Ткань обыкновенно не особенно уплотнена, а, напротивъ, представляется мягкой и сочной; но, когда остановится вызвавшій гиперплазію процессъ и органъ перестаетъ увеличиваться въ объемѣ, тогда свѣжая соединительная ткань превращается въ волокнистую, влеча за собою рубцовое суживаніе и значительное затвердѣніе органа.

Припадки.

Такъ какъ простое увеличеніе объема матки весьма рѣдко встрѣчается безъ всякихъ осложненій, то при описаніи его припадковъ мы должны болѣе опираться на аналогіи, чѣмъ на прямыя наблюденія. Увеличенная въ всёѣхъ частяхъ матка измѣняетъ свою форму и положеніе, такъ какъ, вслѣдствіе утолщенія ея спереди назадъ, искривленіе по передней поверхности изглаживается, дно, въ силу увеличенной своей тяжести, опускается болѣе впередъ, вслѣдствіе чего увеличивается и нормальное наклоненіе матки впередъ. Если же матка обнаруживаетъ стремленіе отклониться назадъ, то развивается *retroversio* съ значительнымъ опущеніемъ органа. Слѣдствіемъ этихъ измѣненій являются боли въ крестцѣ, чувство давленія въ тазу и выпирапія въ низъ, а также затрудненное мочеиспусканіе. Кромѣ того, могутъ появиться различнаго рода истерическіе припадки. При гипертрофіи же, сопровождающей другія болѣзни (фиброиды, выпаденіе матки), на первый планъ выступаютъ свойственные послѣднимъ припадки.

Распознаваніе.

Помощью двойного изслѣдованія не трудно узнать гармоническое увеличеніе матки. Если увеличеніе обусловливается равномернымъ утолщеніемъ стѣнокъ, если матка не чувствительна и съ ея стороны никогда не замѣчалось воспалительныхъ явленій, то въ такомъ случаѣ можно признать простую гипертрофію матки.

Леченіе.

Въ раннемъ періодѣ равномернаго увеличенія объема матки наиболѣе дѣйствительнымъ средствомъ, даже при отсутствіи всякихъ признаковъ воспаления, оказываются небольшія, но часто повторяемыя мѣстныя кровопускденія, притомъ одинаково, какъ при активныхъ приливахъ, такъ

и при застояхъ. Если гипертрофія обуславливается другими болѣзнями, то леченіе должно быть направлено противъ основного страданія. При продолжительномъ же существованіи болѣзни, терапіи нечего дѣлать; даже возлюбленный іодистый калий едва-ли можетъ принести какую нибудь пользу.

Гипертрофія шейки.

Левре, Journ. de med., т. 40, 1773, стр. 352. — *Гемингъ*, Lancet, авг. 1844. — *Кеннеди*, Dublin monthly Journal, ноябрь 1838, т. XIV, стр. 319, см. *Frozier's Notizen*, 1839, т. IX, № 193, стр. 266. — *Гюве*, Memoires de l'acad. de médecine. Paris, 1859, т. 23, стр. 279, и Sur les allongements hypertroph. du col de l'utérus. Paris, 1860. — *Штолцъ*, Journal hebdomadaire, июнь 1859. — *Сканиони*, Chronische Metritis, стр. 46 и 58. — *Румбахъ*, Des allong. hypertr. du col de l'utérus. Thèse. Strasbourg, 1865, стр. 5. — *Сенъ-Вель*, Gaz. de Paris, 1871, стр. 9 и 12. — *Штисельбергъ*, Arch. f. Gyn., т. V, стр. 411.

Гипертрофическія состоянія маточной шейки, если даже исключить отсюда фолликулярную гипертрофію ея губъ (которая будетъ разсмотрѣна при катаррѣ шейки, такъ какъ она исходитъ изъ слизистой оболочки и въ генетическомъ отношеніи тождественна съ полипами послѣдней), представляются на столько различными, смотря по мѣсту, занимаемому ими на шейкѣ, что мы должны изложить каждую изъ нихъ отдѣльно.



Фиг. 29.

Раздѣленіе шейки на 3 отдѣла. *P* брюшина. *В* пузырь. *a* влагаллищная часть, *b* средняя часть (спереди надвлагалищная, сзади влагаллищная). *c* надвлагалищная часть.

Точнѣе было бы различать на шейкѣ не двѣ части — влагаллищную и надвлагалищную — а три, соответственно различному прикрѣпленію передняго и задняго свода влагаллица. На фиг. 29 *a*, т. е. та часть шейки, которая лежитъ подъ прикрѣпленіемъ передняго свода, обозначаетъ чистую влагаллищную часть шейки; *c*, т. е. часть, лежащая кверху отъ прикрѣпленія задняго свода, обозначаетъ чистую надвлагалищную часть; тогда какъ *b* представляетъ промежуточную часть между этими двумя отдѣлами, которая спереди будетъ принадлежать къ надвлагалищной, а сзади къ влагаллищной части.

Каждый изъ этихъ отдѣловъ можетъ подвергнуться гипертрофіи независимо отъ другихъ, представляя вполне опредѣленную форму болѣзни.

Разсмотримъ сначала гипертрофію отдѣла *a*, т. е. влагаллищной части въ собственномъ смыслѣ.

Гипертрофія влагаллищной части.

К. Майеръ, Virchow's Archiv, 1856, т. X, стр. 21. — *К. Браунъ*, Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte, XX, 1864, стр. 43. — *Симонъ*, M. f. Geb., т. 13, стр. 424. — *Зексинъ*

serg, Prager Vierteljahrschrift, 1866, I, стр. 120. — *Ролли*, Ueber die hypertrophische Verlängerung der Vaginalportion des Uterus. D. i. Giessen, 1868.

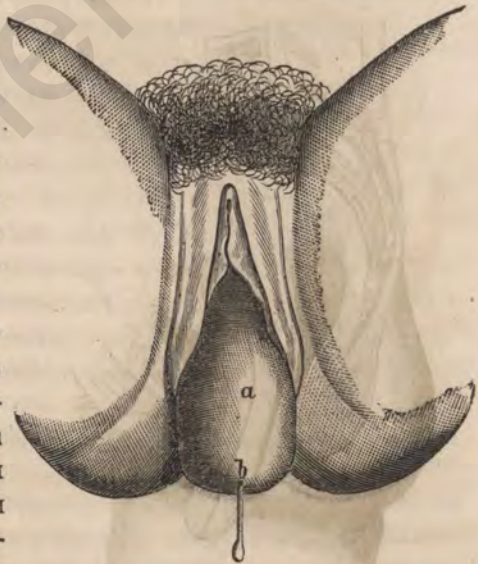
Этіологія.

Причины, производящія равномерную, „напоминающую мужской членъ“, гипертрофію влагалищной части, совершенно неизвѣстны. Что актъ родовъ не играетъ здѣсь никакой существенной роли, видно изъ того, что наиболѣе разительные случаи этого рода встрѣчаются у женщинъ, нерожавшихъ. Роды и послѣродовыя состоянія вызываютъ другія формы увеличенія влагалищной части, а именно, съ одной стороны, неправильную, шишковатую гипертрофію, зависящую отъ воспаления шейки и которую мы рассмотримъ при хроническомъ метритѣ, а съ другой — то своеобразное гипертрофическое измѣненіе формы одной изъ маточныхъ губъ, которое особенно часто развивается при боковыхъ крупныхъ надрывахъ шейки.

Патологическая анатомія.

Характеристическая особенность описываемой формы заключается въ равномерной гипертрофіи всѣхъ составныхъ частей, такъ что мы находимъ въ этихъ случаяхъ нормально построенную влагалищную часть, даже не очень утолщенную, а только чрезвычайно вытянувшуюся въ длину. Слизистая оболочка, впрочемъ, бываетъ нормальна и гипертрофирована лишь на столько, на сколько это необходимо для покрытія удлинившейся влагалищной части.

У рожавшихъ женщинъ изрѣдка находятъ только гипертрофію одной изъ маточныхъ губъ, которая можетъ принять тогда самыя причудливыя формы. Но самыя сильныя степени гипертрофіи встрѣчаются у никогда не рожавшихъ женщинъ, у которыхъ влагалищная часть можетъ выдаваться изъ входа влагалища въ видѣ коническаго стержня, представляющаго извѣстное сходство съ мужскимъ членомъ въ состояніи напряженія. При этомъ влагалищная часть уплотнена и тверда, туго обтянута



Фиг. 30.

Чистая гипертрофія влагалищной части. *a* гипертрофированная влагалищная часть, выдающаяся далеко изъ входа влагалища. *b* узкій маточный зѣвъ.

та крѣпко пристающей къ ней слизистой оболочкой, а маточный зѣвъ большею частью уже нормальнаго. (Въ представленномъ на фиг. 30 случаѣ, который я наблюдалъ, нельзя было пройти обыкновеннымъ маточнымъ зондомъ чрезъ узкій зѣвъ, изъ котораго выступала капля слизи). (Фиг. 30 и 31).

Припадки.

Самъ по себѣ процессъ увеличенія объема, повидимому, не вызываетъ никакихъ явленій, такъ какъ существующіе припадки обуславливаются исключительно выступленіемъ опухоли наружу. Такимъ образомъ мы имѣемъ здѣсь тѣ же явленія, какъ и при выпаденіи матки, только опухоль нѣсколько чувствительнѣе и уже въ силу этого, располагаясь между губами и бедрами, она болѣе отяготительна для больной.

Истеченія, зависящія, быть можетъ, только отъ механическаго раздраженія опухоли, существуютъ и раньше, и послѣ выхожденія опухоли наружу.

Распознаваніе.

При тщательномъ изслѣдованіи невозможно смѣшать это состояніе съ чѣмъ-либо другимъ. При двойномъ изслѣдованіи тѣло матки прощупывается на своемъ нормальномъ мѣстѣ, а изслѣдованіе чрезъ влагалище показываетъ, что шейка переходитъ безъ перерывовъ въ свободно вдающуюся въ полость влагалища опухоль, которая, слѣдовательно, не можетъ быть ничѣмъ инымъ, какъ удлиненной влагалищной частью. Этого признака вполне достаточно для отличія отъ полиповъ, выворота и выпаденія матки. Столь же ясно отличіе этой опухоли отъ гипертрофіи надвлагалищной части шейки. Если своды влагалища спереди и сзади находятся на нормальной высотѣ, то гипертрофія можетъ обнимать только ту часть матки, которая вдается во влагалище, т. е. влагалищную часть.



Фиг. 31.

Тотъ же препаратъ въ тазовомъ разрѣзѣ.

Еще легче узнается гипертрофія одной изъ маточныхъ губъ. При внутреннемъ изслѣдованіи находятъ, что опухоль составляетъ продолженіе губы и своей правильной формой

и равномерной плотностью отличается от описываемой ниже фолликулярной гипертрофии.

Предсказаніе.

Будучи предоставлена самой себѣ, опухоль не проходит, разъ она выступитъ изъ входа влагалища, потому что, начиная съ этого времени, на нее дѣйствуютъ различныя раздраженія, еще болѣе усиливаюція гипертрофію.

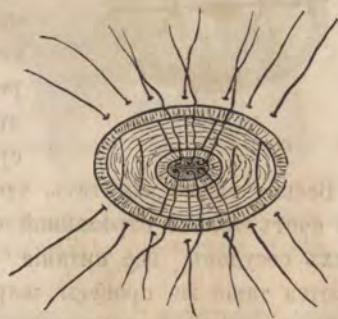
Леченіе.

Излеченія можно ожидать только отъ ампутаціи, которая не очень опасна, такъ какъ не трудно избѣгнуть побочныхъ поврежденій. Благодаря тому, что внизъ опускается одна только влагалищная часть, въ опухоль не втягивается ни мочевоу пузырь, ни брюшина дугласова пространства (фиг. 31). Далѣе, такъ какъ нѣтъ надобности оперировать очень близко къ прикрѣпленію влагалища, а лишь отступя нѣсколько назадъ отъ его входа,—потому что заботу о дальнѣйшемъ уменьшеніи объема шейки принимаетъ на себя слѣдующій за ампутаціей процессъ обратнаго развитія,—то поврежденіе сказанныхъ органовъ невозможно при этой операціи. Только кровотеченіе всегда очень значительно.

Операцію можно производить проводочнымъ экразеромъ, хорошо и гладко перерѣзывающимъ плотную ткань, а также гальванокаустической рѣзущей петлей, ножомъ или ножницами.

Я, съ своей стороны, предпочитаю ножъ всѣмъ другимъ инструментамъ, такъ какъ ни экразеромъ, ни аппаратомъ *Миддельдорфа* нельзя вполнѣ предупредить кровотеченіе и притомъ, оперируя ими, нельзя накладывать швовъ, которые составляютъ самое лучшее кровоостанавливающее средство.

Если опухоль, какъ это обыкновенно бываетъ, не очень объемиста, то производить операцію по слѣдующему способу. Вокругъ опухоли, вплоть подъ прикрѣпленіемъ влагалищнаго свода, накладываютъ тонкій полотняный бинтъ и скручиваютъ его такъ, чтобы онъ сильно сдавливалъ гипертрофированную влагалищную часть. Этимъ, во-первыхъ, получается отличная рукоятка, которою можно удерживать опухоль во время операціи; во-вторыхъ, сама операція можетъ быть произведена безъ крови, такъ какъ петля сдавливаетъ приводящія сосуды. Если бы случилось,

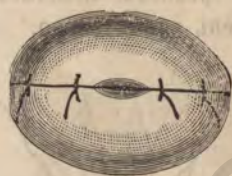


Фиг. 32.

Шовъ послѣ ампутаціи влагалищной часті.

что при разрёзахъ изъ нѣкоторыхъ артерій все-таки брызнетъ кровь, то нужно еще сильнѣе скрутить бинтъ, пока не остановится кровотеченіе.

Теперь, вытянувъ опухоль нѣсколько внизъ, отрѣзываютъ влагалищную часть у входа влагалища и немедленно же накладываютъ шовъ, сшивая надъ культей слизистой оболочку шейки съ слизистой оболочкой влагалища. Зіяющія боковыя части зашиваются отдѣльно въ томъ видѣ, какъ это представлено на рис. 32 и предложено *Гегаромъ*¹⁾, *Симономъ* и *Штисельбергомъ*²⁾.



Фиг. 33.
Шовъ по Симу.

Симъ накладываетъ шовъ такимъ образомъ (фиг. 33), что совершенно не трогаетъ слизистой оболочки шейки, сшивая надъ культей слизистую оболочку передней части съ слизистой оболочкой задней. Этотъ шовъ имѣетъ тотъ крупный недостатокъ, что не останавливаетъ вполнѣ кровотеченія, вслѣдствіе чего кровь можетъ скопиться между поверхностью культи и покрывающей ее сшитой слизистой оболочкой и вызывать такіе припадки, которые могутъ заставить снять шовъ. Сверхъ того, такой шовъ можетъ подать поводъ къ рубцовому суженію маточнаго зѣва.

Если влагалищная часть очень велика, то лучше надрѣзать ее съ боковъ, вырѣзывая изъ каждой губы по клинообразному куску и соединяя раны глубоко захватывающими паренхимю швами, по способу, который мы подробно опишемъ при леченіи гипертрофіи средней части шейки.

Весьма важно замѣтить, что послѣ ампутаціи шейка укорачивается не на счетъ только отрѣзанной части, но что, вслѣдствіе перерѣзки крупныхъ сосудовъ, все питаніе шейки измѣняется на столько, что развиваются такіе же процессы жирового перерожденія и обратнаго развитія, какъ въ послѣродовомъ періодѣ.

Гипертрофія надвлагалищной части шейки.

Вирховъ, Verh. d. Berliner Ges. f. Geb., II, стр. 205. — *К. Майеръ*, M. f. Geb., т. 11, стр. 163. — *Сканциони*, Beitr. z. Geb. und Gyn., IV, стр. 329. — *К. Браунъ*, Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte, 1864, стр. 43. — *Мартинъ*, M. f. Geb., т. 20, стр. 203. — *Барнсъ*, Brit. med. J., 7 января 1871. — *Штисельбертъ*, Berl. klin. W., 1872,

¹⁾ M. f. G., т. 34, стр. 395, Tageblatt der Wiesbadener Naturforscherv., 1873, стр. 176. Die operative Gynaekol. Erlangen, 1874, стр. 237, и *Одобрехтъ*, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn., т. III, стр. 220.

²⁾ l. c., стр. 440.

№ 21 и 22. — *Гудель*, Prolapse of the womb. Philadelphia, 1873, и Some practical hints etc. Med. a. surg. Reporter, янв. и февр. 1874.

Здѣсь мы рассмотримъ только случаи гипертрофіи той части шейки, которая лежитъ кверху отъ прикрѣпленія задняго свода, т. е. части *c* на фиг. 29, оставляя въ сторонѣ вторичную гипертрофію шейки, являющуюся слѣдствіемъ выпаденія матки.

Этіологія.

Хотя въ отдѣльныхъ случаяхъ эта надвлагалищная гипертрофія возникаетъ при тѣхъ же неизвѣстныхъ условіяхъ, при которыхъ образуется иногда гипертрофія влагалищной части, тѣмъ не менѣе, въ очень многихъ случаяхъ она должна быть разсматриваема, какъ слѣдствіе первичнаго выпаденія влагалища, — фактъ, давно уже указанный *Крювелье*, а въ новѣйшее время возстановленный *Штисльбергомъ*.

Выпавшее влагалище со всѣхъ сторонъ тянетъ за собою шейку матки. Вслѣдствіе этого, при благопріятныхъ условіяхъ (разслабленіе связи матки съ сосѣдними органами), дѣло доходитъ до вторичнаго выпаденія матки. Если же, въ силу нормальныхъ или патологическихъ скрѣпленій, матка на столько твердо сидитъ на своемъ мѣстѣ, что не уступаетъ влеченію со стороны влагалища, то легко происходитъ вытягиваніе шейки внизъ, при чемъ послѣдняя не просто удлинняется на счетъ своей толщины, но, вслѣдствіе раздраженія, увеличивается въ своей массѣ.

Весь ходъ этого процесса отчетливо видѣнъ въ случаѣ, представленномъ на фиг. 34 и 35, гдѣ выпаденіе влагалища было на столько полное, что отъ влагалищнаго свода нельзя было найти никакихъ слѣдовъ на его нормальномъ мѣстѣ, позади мочеиспускательнаго канала и впереди уздечки, и влагалище своими складками до такой степени заслоняло маточный зѣвъ, что его съ трудомъ можно было различить (фиг. 35). Обицй видъ влагалища показываетъ, что не оно было смѣщено разросставшейся книзу шейкой, а напротивъ, само было причиной опущенія послѣдней.



Фиг. 34.

Гипертрофія надвлагалищной части шейки. *a* тѣло матки. *b* гипертрофія шейки. *c* мочевоу пузырь. *d* мѣшеччатое расширеніе пузыря.

Патологическая анатомія.

При этой формѣ, значительное удлинениe матки, доходящее приблизительно до 15 снтм., обусловливается не влагалищной частью, а отчасти тѣломъ матки, главнымъ же образомъ той частью шейки, которая находится кверху отъ прикрѣпленія влагалищнаго свода. Какъ мы уже видѣли выше, причина этой гипертрофiи лежитъ въ первичномъ выпаденiи слизистой оболочки влагалища. Но и въ другихъ случаяхъ, когда верхняя часть шейки разрастается книзу, точно также должно произойти опущенiе влагалищнаго свода, и по мѣрѣ того, какъ увеличивается гипертрофiя, влагалище все болѣе и болѣе выворачивается, пока, наконецъ, не произойдетъ полный выворотъ ея.



Фиг. 35.

Та же надвлагалищная гипертрофiя, рассматриваемая спереди.

И такъ, наружный маточный зѣвъ стоитъ низко и даже выдается изъ половой щели, закрытый вывороченнымъ влагалищемъ (при наружномъ осмотрѣ это состоянiе невозможно отличить отъ выпаденiя матки, какъ это видно на фиг. 35), тогда какъ дно матки помѣщается на нормальной высотѣ, или немного ниже, а иногда даже и выше.

Громадное значенiе имѣетъ состоянiе сосѣднихъ органовъ. Дѣло въ томъ, что надвлагалищная гипертрофiя представляетъ то существенное отличiе отъ гипертрофiи влагалищной части, что при послѣдней влагалищная часть просто вросаетъ въ полость влагалища (а на фиг. 29), тогда какъ первая, по мѣрѣ своего разрастанiя, увлекаетъ за собою и сосѣднiе органы, тѣсно связанныя съ верхней частью шейки *c*, слѣдовательно, главнымъ образомъ, пузырь и заматочную брюшину, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и часть брюшины, выстилающую пузырно-маточную выемку.

Степень смѣщенiя этихъ органовъ можетъ быть различна; но, во всякомъ случаѣ, вытянутая пазуха пузыря и задне-маточная складка брю-

шины опускаются на столько, что доходить до оконечности опухоли. Передне-маточная же складка брюшины не изменяет своего положенія.

Припадки.

Надвлагалищная гипертрофія, и по своему внѣшнему виду, и по своимъ припадкамъ, до такой степени сходна съ выпаденіемъ матки, что ее весьма часто принимаютъ за послѣднее, такъ что *Вирховъ* назвалъ ее „выпадениемъ матки безъ опущенія дна“. Припадки точно такіе же, какъ при выпаденіи матки, и почти исключительно зависятъ отъ помѣщающейся передъ входомъ во влагалище опухоли. Хотя боли и чувство общаго недомоганія бывають иногда незначительны, но за то всегда существуютъ всѣ тѣ тягостныя и непріятныя послѣдствія, съ которыми намъ приходится бороться при выпаденіи матки.

Мѣсячныя очищенія могутъ быть правильны, часто, однакоже, они слишкомъ обильны и не превращаются даже въ климактерическомъ возрастѣ.

Тягостныя послѣдствія образованія кармана пузыря — застой и разложеніе мочи съ послѣдовательнымъ катарромъ — могутъ и не быть, если, какъ это представлено на фиг. 34, гипертрофированная шейка на столько толста, что сдавливаетъ входъ въ карманъ (въ случаѣ, представленномъ на фиг. 34, катетеръ только съ трудомъ проходилъ въ карманъ пузыря и, не смотря на наполненіе послѣдняго, въ немъ не содержалось ни одной капли мочи).

Распознаваніе.

Мы остановимся здѣсь главнымъ образомъ на дифференціальной діагностикѣ этой гипертрофіи отъ выпаденія матки, такъ какъ на первый взглядъ она всегда смѣшивается съ нимъ и такъ какъ отъ другихъ опухолей, расположенныхъ впереди влагалищнаго входа (полипы, вывороты), она отличается легко. Съ простымъ выпадениемъ влагалища, равно какъ съ несложненнымъ выпадениемъ неувеличенной матки это состояніе не можетъ быть смѣшано уже потому, что въ обоихъ случаяхъ, при ощупываніи и зондированіи, величина матки оказывается нормальной. При гипертрофіи же не трудно доказать, что въ то время, какъ маточный зѣвъ помѣщается передъ входомъ во влагалище, дно матки находится на нормальной высотѣ, а полость матки значительно удлинена.

Этихъ признаковъ достаточно для того, чтобы убѣдиться, что дѣло идетъ не о простомъ выпаденіи матки. Съ другой стороны, вывороченное влагалище и смѣщенный внизъ влагалищный сводъ составляютъ рѣзкое отличіе отъ гипертрофіи влагалищной части.

Гораздо труднѣе опредѣлить въ подобныхъ случаяхъ, имѣемъ ли мы предъ собою первичную или послѣдовательную гипертрофію шейки.

Первичною гипертрофией мы называемъ въ данномъ случаѣ ту, при которой дно остается всегда на нормальной высотѣ и которая, слѣдовательно, обуславливается просто разращеніемъ шейки книзу. Но не подлежитъ сомнѣнію, что существуютъ и вторичныя гипертрофіи, т. е. случаи, гдѣ первоначально имѣлось простое выпаденіе матки, но гдѣ, въ силу этого же самаго выпаденія, матка постепенно увеличилась на столько, что дно ея снова вернулось на прежнюю или почти на прежнюю высоту.

Въ анатомическомъ отношеніи оба состоянія также довольно сходны между собою. При первичномъ выпаденіи матки, спереди пузырь и сзади дугласово пространство опускаются внизъ и остаются въ этомъ положеніи даже тогда, когда верхняя часть шейки снова вырастаетъ къверху; точно также и при первичной гипертрофіи шейки, упомянутыя части смѣщаются книзу, въ силу своей тѣсной связи съ шейкой.

Вотъ почему такъ трудно бываетъ различать эти двѣ формы.

Въ пользу первичной гипертрофіи скорѣе всего можно склониться въ томъ случаѣ, когда, при завѣдомо первичномъ выпаденіи влагалища, дно матки находится на нормальной высотѣ (фиг. 35), т. е. когда выпаденіе влагалища до того полное, что оно образуетъ внизу складки, не выполняемыя сильно увеличенной маткой.

Послѣдовательную же гипертрофію нужно признать въ томъ случаѣ, когда матка видимо напирала книзу большою силою, такъ что влагалище было совершенно выворочено, или когда вслѣдствіе влеченія со стороны растягиваемаго влагалища образовался выворотъ наружнаго маточнаго зѣва. Предположеніе это получаетъ еще большую вѣроятность, если — что бываетъ, правда, только въ исключительныхъ случаяхъ — пузырь и заматочная брюшина стоятъ довольно высоко, т. е. снова поднялись къверху, вслѣдствіе разрастанія шейки. Подобные случаи описаны *Мартинюж* ¹⁾, *Спаньони* ²⁾ и *Р. Барсомъ* ³⁾.

Предсказаніе.

Безъ помощи искусства болѣзнь дѣлается весьма тягостною и сильно подрываетъ здоровье. Такъ какъ лежащая снаружи часть постоянно подвергается раздраженіямъ, то, вмѣсто обратнаго развитія, въ ней замѣчается склонность къ дальнѣйшему увеличенію. На ней появляются язвы, ихорозное распаденіе, равно какъ и другія опасныя явленія, свойственныя выпаденію матки.

¹⁾ M. f. Geb., т. 34, стр. 328.

²⁾ Beitr. z. Geb. und Gyn., IV, стр. 332.

³⁾ Brit. med. J., 30 сент. 1871.

Лечение.

Ампутація нижней части шейки едва ли выполнима при этой формѣ гипертрофіи, такъ какъ мочевоу пузырь и дугласово пространство опускаются до самой верхушки опухоли. Для этихъ именно случаевъ *Геаръ* предложилъ свой способъ вырѣзыванія конического куска ¹⁾ (*konische Excision*), при которомъ разрѣзы ведутъ такимъ образомъ, что кнутри, т. е. по направленію къ шейкѣ, онъ оканчивается выше, чѣмъ начинался снаружи, такъ что рана шейки имѣетъ видъ воронки.

Но и этимъ путемъ едва ли можно разсчитывать на удаленіе всей выпавшей части, не смотря даже на наступающее послѣ операциа обратное развитіе, особенно въ болѣе трудныхъ случаяхъ.

Но если, такимъ образомъ, при чистой надвлагалищной гипертрофіи, отъ операциа можно ожидать очень мало пользы, а, съ другой стороны, весьма возможна опасность поврежденія брюшины (мочевоу пузырь менѣе подвергается опасности, такъ какъ положеніе его можетъ быть опредѣлено катетеромъ), то является вопросъ, нельзя ли какими-нибудь другими средствами оказать хотя бы палліативную помощь, чтобы облегчить страданія больной и сдѣлать ее способной работать.

Вправление опухоли, т. е. введеніе наружной части ея за влагалищный входъ, хотя и кажется на первый взглядъ невозможнымъ, въ виду нормальнаго положенія дна матки, тѣмъ не менѣе можетъ быть достигнуто съ помощью сильнаго сгибанія матки. Въ представленномъ на фиг. 34 и 35 случаѣ мнѣ безъ особеннаго труда удалось вправить матку и дать ей положеніе, изображенное на фиг. 36. Я закрѣпилъ ее въ этомъ положеніи посредствомъ каучуковаго кольца *Майера*, такъ что когда больная снова явилась ко мнѣ на 4 день, очень довольная своимъ состояніемъ, матка все еще оставалась въ томъ же положеніи. Къ сожалѣнію, съ тѣхъ поръ я больше не видѣлъ этой больной и, какъ я полагаю, именно вслѣдствіе того, что она находила свое положеніе сноснымъ.



Фиг. 36.

Вправление матки при надвлагалищной гипертрофіи шейки.

¹⁾ См. цитированныя выше мѣста и *Гюффель*, *Gebärmutter- u. Scheidenvorfälle*, Freiburg, 1873, стр. 44.

Поэтому я ничего не могу сказать пока относительно того, на сколько удерживаемая пессариемъ опухоль подвергается обратному развитію. *Любе* тоже получалъ хорошіе результаты отъ пессарія въ легкихъ случаяхъ, и на этомъ основаніи, если только есть возможность оттиснуть матку за влагалищный входъ, онъ рекомендуетъ наложеніе Т-образнаго бинта.

Если пессаріи оказываются бесполезными, то, дѣлать нечего, надо пытаться, не удастся-ли достигнуть чего нибудь вырѣзываніемъ коническихъ кусковъ изъ шейки. При этомъ можно ампутировать шейку довольно высоко, если описаннымъ ниже образомъ отсепаровать предварительно отъ шейки переднюю стѣнку влагалища вмѣстѣ съ пузыремъ и заднюю вмѣстѣ съ брюшиной и уже затѣмъ приступить къ коническому вырѣзыванію.

Гипертрофія средней части шейки.

Совершенно иная картина получается въ томъ случаѣ, когда гипертрофія занимаетъ средній отдѣлъ шейки, потому что этотъ отдѣлъ у передней губы принадлежитъ къ надвлагалищной, у задней къ влагалищной части. По моимъ наблюденіямъ, эта форма встрѣчается чаще обѣихъ предъидущихъ, хотя въ литературѣ я нашелъ всего одинъ такой случай у *Грели Юитта* ¹⁾, который къ тому же приводитъ только рисунокъ его, ничего не говоря о немъ въ текстѣ.



Фиг. 37.

Haematocoele retrouterina *H.* *a* вывавшая передняя стѣнка влагалища, вытягивающая переднюю губу. *b* умеренное выпаденіе задней стѣнки влагалища.

Этіологія.

Обыкновенно эта форма обусловливается выпаденіемъ передней стѣнки влагалища, которая, влеча за собою переднюю губу, вытягиваетъ ее въ длину и вызываетъ въ ней гипертрофію. Вслѣдствіе этого гипертрофируется именно та часть шейки, которая лежитъ сверху отъ прикрѣпленія передняго свода (*b* на фиг. 29). Задняя губа тоже разрастается въ средней своей части *b*. Здѣсь, слѣдовательно, натяженіе со стороны влагалища влечетъ за собою не выпаденіе матки, а гипертрофію шейки, и это особенно легко происходитъ въ тѣхъ слу-

¹⁾ Frauenkrankheiten. Erlangen, 1869, стр. 161.

чаяхъ, когда матка закрѣплена на своемъ мѣстѣ патологическими продуктами и не поддается вліянію влекущей силы. Въ семи случаяхъ этого рода, которые я наблюдалъ, матка три раза была укрѣплена въ верхней части таза периметрическими сращеніями и разъ большими фиброидами.

Въ пользу такого происхожденія говоритъ состояніе передней стѣнки влагалища, на которой всегда замѣчаются признаки первичнаго выпаденія, хотя бы, вслѣдствіе своего плотнаго прикрѣпленія, передній сводъ былъ не совсѣмъ изглаженъ. Кромѣ того, за это говоритъ также случай, который я наблюдалъ у одной больной съ haematocoele и гдѣ ясно можно было видѣть начинавшуюся гипертрофію шейки. На фиг. 37 видно, какъ выпавшая передняя стѣнка влагалища вытянула книзу переднюю губу.

Патологическая анатомія.

Матка представляется значительно удлинненной (до 15 снтм.), и это удлинненіе исключительно или, по крайней мѣрѣ, главнымъ образомъ происходитъ на счетъ средней части шейки (ъ на фиг. 29). При этомъ,



Фиг. 38.

Гипертрофія средней части шейки.

какъ показываютъ изслѣдованія *Кревета*¹⁾ надъ двумя ампутированными влагалищными частями, преимущественно разрастается соединительная ткань. Мышечныхъ волоконъ замѣчается такъ мало, что приходится принять, что, по мѣрѣ размноженія соединительной ткани, часть мышечныхъ элементовъ исчезаетъ. (Едва-ли можно сомнѣваться, что эти результаты имѣютъ силу и относительно двухъ другихъ формъ гипертрофіи шейки). Такъ какъ средняя часть тѣсно связана спереди съ мочевымъ пузыремъ, то, удлиняясь, она оттягиваетъ внизъ карманъ пузыря, и такъ какъ она помѣщается надъ прикрѣпленіемъ влагалищнаго свода, то увлекаетъ за

¹⁾ Diss. in. Erlangen, 1871.

собою и передній сводъ. У задней же губы гипертрофія средней части представляетъ совершенно иной видъ, потому что здѣсь эта часть лежитъ подъ прикрытіемъ задняго свода, вслѣдствіе чего гипертрофія бываетъ чисто влагалищная.

Такимъ образомъ на лежащей впереди влагалищнаго входа опухоли, напоминающей выпавшую матку, находятъ спереди карманъ пузыря, спускающійся, если не до самой верхушки опухоли, то, во всякомъ случаѣ, довольно низко, при чемъ передній сводъ влагалища или не совершенно изглаженъ, или обозначенъ едва замѣтно. Сзади же опухоли отношенія иные: задній сводъ влагалища находится на нормальной высотѣ или лишь слегка оттянуть внизъ, такъ что брюшинная складка дуглассова пространства не увлечена опухолью.



Фиг. 39.

Тазовой разръзъ препарата, представленнаго на фиг. 38. *a* тѣло матки. *b* удлинненная шейка. *c* увороченный передній сводъ. *d* нормальный задній сводъ. *e* карманъ пузыря. Пунктирная линия обозначаетъ мѣсто ампутаціи.

Припадки.

Припадки такіе же, какъ при предъидущей формѣ, т. е. напоминаютъ выпаденіе матки.

Распознаваніе.

Гипертрофія средней части шейки легко узнается по нормальному положенію задняго свода и опущенію передняго.

Леченіе.

Въ отличіе отъ предъидущей формы, гипертрофія средней части вполне доступна оперативному леченію. Я оперировалъ въ пяти случаяхъ по слѣдующему способу, который, если хорошо понялъ описаніе, напечатанное въ Amer. J. of med. sc., 1871, стр. 163, сходенъ со способомъ *Тэйлора*.

Шейку захватываютъ мюзеевскими крючковатыми щипцами и расщепляютъ ее съ боковъ до того уровня, на которомъ намѣрены ампутировать заднюю губу. Затѣмъ изъ задней губы вырѣзываютъ клинообразный кусокъ такимъ образомъ, чтобы при наложеніи шва, тутъ же предпринимаемаго, обѣ поверхности разръза покрывали другъ друга (фиг. 43 *aa*). Игла захватываетъ слизистую оболочку шейки, продѣвается глубоко сквозь паренхиму и выкалывается у самой вершины клина. Здѣсь ее вновь вкалываютъ, опять продѣваютъ сквозь паренхиму и выводятъ не-

подалеку отъ разрёза слизистой оболочки шейки. Послѣ этого крѣпко завязываютъ швы узломъ.

Теперь приступаютъ къ ампутации передней губы. При этомъ слизистая оболочка ея перерѣзывается поперекъ, приблизительно на разстояніи 1 смт. ниже кармана пузыря, и затѣмъ разрёзъ продолжаютъ въ косомъ направленіи вверхъ къ каналу шейки, до того мѣста, на которомъ была ампутирована задняя губа. Шовъ накладывается точно такимъ же образомъ, какъ и на задней губѣ, при чемъ игла захватываетъ сзади слизистую оболочку канала шейки, выкалывается по серединѣ сшиваемыхъ поверхностей, затѣмъ тутъ же снова вкалывается и выводится чрезъ паренхиму такимъ образомъ, чтобы она вышла наружу вплоть у самого края перерѣзанной слизистой оболочки передней губы!

Для того, чтобы защитить мочевой пузырь при ампутации передней губы, вставляютъ въ карманъ его мужской катетеръ и оттягиваютъ имъ самую глубокую часть слизистой оболочки какъ можно дальше отъ пузыря. Рекомендованное Пинпинскѣльдомъ ¹⁾ вставленіе пальца въ мочевой пузырь, послѣ расширенія мочеиспускательнаго канала ламинаріемъ, можетъ оказываться необходимымъ развѣ въ исключительныхъ случаяхъ.

Если карманъ пузыря вдается довольно далеко въ верхушку опухоли, то прежде, чѣмъ проникнуть ножомъ до самой опухоли, дѣла-



Фиг. 40.

Случай средней гипертрофіи шейки. *a* наружный зѣвъ. *b* сосочковое разращеніе у внутреннего зѣва.



Фиг. 41.

Тотъ же случай, что на фиг. 40, въ тазовомъ разрёзѣ. Наверху матка удерживается въ своемъ положеніи фибрами. Ампутация.

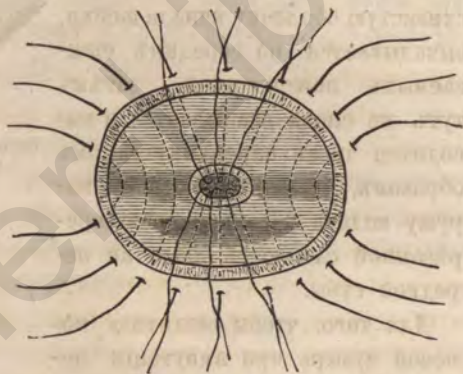
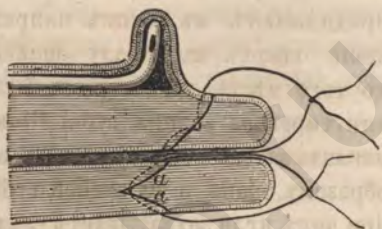
¹⁾ Berl. Beitr. zu Geb u. Gyn., т. III, стр. 249.

ють надрѣзь подъ нею и отсепаиваютъ слегка слизистую оболочку вмѣстѣ съ пузырькомъ отъ паренхимы шейки. Въ одномъ случаѣ, гдѣ пузырь доходилъ совершенно до верхушки передней губы, я освѣжилъ, начиная съ верхушки, переднюю поверхность шейки до уровня отсѣченія задней губы и затѣмъ нижней половиною передней губы накрылъ, какъ-бы лоскутомъ, верхнюю половину ея. Обратное развитіе матки совершилось какъ нельзя лучше и передняя губа осталась лишь слегка утолщенной.



Фиг. 42.

Средняя гипертрофія шейки. Пунктированная линия обозначаетъ мѣсто ампутаціи.



Фиг. 43.

Ампутація шейки при средней гипертрофіи, сверху въ сагитальномъ, внизу въ поперечномъ разрѣзѣ.

По наложеніи швовъ на обѣ губы, нужно зашивать также и глубоко зияющіе боковые разрѣзы.

Сильныя кровотеченія, происходящія иногда изъ поверхностей разрывовъ, вѣрнѣе всего могутъ быть отвращены тѣмъ, что вокругъ ампутуруемаго мѣста накладываютъ сверху полотняный бинтъ, закручиваютъ его и тѣмъ сдавливаютъ опухоль. Вмѣстѣ съ тѣмъ этотъ бинтъ служитъ и рукояткой, которою поддерживаютъ опухоль во время самой операціи.

Произведенная описаннымъ способомъ ампутація не опасна, такъ какъ брюшина, лежащая высоко, едва ли можетъ быть ранена, а карманъ пузыря, положеніе котораго не трудно опредѣлить, можетъ быть предохраненъ отъ поврежденія. Послѣдовательныя же кровотеченія могутъ быть съ успѣхомъ предотвращены помощью глубокаго паренхиматознаго шва *Гелара* ¹⁾.

¹⁾ *Гюффель*, стр. 46, и *Operative Gynaecol.* Erlangen, 1874.

Эта ампутація каждой изъ губъ отдѣльно, послѣ расщепленія шейки съ боковъ, необходима при описываемой формѣ гипертрофіи, потому что только такимъ образомъ возможно ампутировать сзади выше, чѣмъ спереди. Да, и помимо этого, она полезна уже въ виду крупныхъ размѣровъ опухоли, которая часто бываетъ такъ велика, что по наложеніи швовъ представляетъ видъ настоящей ампутаціонной культи.

Обратное развитіе матки послѣ операціи бываетъ какъ нельзя болѣе полное.

Атрофія матки.

Квишигъ, *Klin. Vorträge etc.* 4-е изд. Prag, 1854, т. 1, стр. 142. — *Кіари*, X., *Браунъ и Шпетъ*, *Klin. d. Geb. u. Gyn. Erl.*, 1852, стр. 371. — *Симмонс*, *Diseases of women.* Edinburgh, 1872, стр. 597. — *Клобъ*, *Pathol. Anat. d. weibl. Sexualorg.*, стр. 205. — *Сканцони*, *Lehrb. d. Krankh. d. weibl. Sex.* 4-е изд., т. I, стр. 81. — *Жакэ*, *Berl. V. z. Geb. u. Gyn.*, т. II, стр. 3.

Этіологія и патологическая анатомія.

Оставляя въ сторонѣ врожденную атрофію, о которой мы говорили выше, можно различать слѣдующія приобретенныя формы уменьшенной матки.

Старческая атрофія развивается вмѣстѣ съ атрофіей другихъ органовъ. При этомъ влагалище представляется поразительно короткимъ и гладкимъ, влагалищная часть исчезаетъ, наружный маточный зѣвъ имѣетъ видъ узкаго, ограниченнаго мелкими складками, отверстія, матка мелка, дрябла, стѣнки ея истончены. Внутренній маточный зѣвъ нерѣдко бываетъ зарощенъ, вслѣдствіе чего образуется гидрометра, большей частью, впрочемъ, незначительная. Наружныя половыя части тоже представляются атрофированными; клиторъ замѣчается лишь въ видѣ небольшой пуговки, безъ крайней плоти и уздечки, а малыя губы могутъ изгладиться до такой степени, что влагалищный входъ ограничивается съ боковъ только атрофированными валиками большихъ губъ.

Эта старческая атрофія часто наступаетъ очень поздно, обыкновенно послѣ 60-лѣтняго возраста, да и то не всегда. Случается, что матка сохраняетъ свою нормальную величину или даже остается увеличенной до самой глубокой старости. Если же атрофія развивается раньше, вскорѣ послѣ прекращенія регулъ, или если климактерическій періодъ вмѣстѣ съ атрофіей наступаетъ ранѣе нормальнаго срока, то онѣ сказываются извѣстными болѣзненными явленіями: болями въ крестцѣ, чувствомъ слабости, психической подавленностью, истерикой.

Мы уже замѣтили выше, что при блѣдной немочи находятъ иногда атрофированную матку. Но эта атрофія не приобретенная; по крайней мѣрѣ, мнѣ не приводилось видѣть ни одного случая, въ которомъ была бы кака-нибудь вѣроятность, что до того матка была лучше развита.

Послѣродовая атрофія появляется въ различныхъ видахъ, а именно:

1) Въ первое время послѣ родовъ, особенно у туберкулезныхъ и заболѣвшихъ послѣродовой горячкой. Измѣненіе матки происходитъ отъ недостаточнаго обратнаго развитія ея въ связи съ несовершеннымъ рожденіемъ новой ткани; другими словами, хотя старая матка подвергается въ этихъ случаяхъ жировому перерожденію, но продукты перерожденія всасываются не вполне и новыя мышечныя волокна образуются въ недостаточномъ количествѣ. Вслѣдствіе этого, стѣнки матки, хотя и толсты, но мягки и дряблы. *Клобъ* характеризуетъ эту форму слѣдующими словами: „вещество матки представляется сѣро-желтоватымъ, желтовато-краснымъ, весьма легко рвется, при чемъ между краями разрывовъ влетаются слизистыя, тонкія, какъ паутина, нити“¹⁾.

Этотъ видъ атрофіи въ послѣднее время обратилъ на себя вниманіе въ томъ отношеніи, что при немъ даже осторожное зондированіе матки можетъ повлечь за собою прободеніе дряблой стѣнки.

Впрочемъ, такой разрывъ можетъ и зажить, какъ я въ томъ убѣдился при вскрытіи больной, умершей отъ чахотки чрезъ 1¼ года послѣ прободенія. Матка имѣла нормальную плотность и была слегка утолщена. Рубца же, оставшагося послѣ прободенія, нельзя было отыскать.

2) Иногда послѣродовая атрофія развивается исподоволь у женщинъ съ плохимъ питаніемъ, у которыхъ роды и послѣродовой періодъ прошли нормально. У такихъ женщинъ, даже если онѣ не кормятъ сами, регулы болѣе не возвращаются; онѣ старятся очень рано и вѣчно чѣмъ-нибудь да страдаютъ, особенно субъективными ощущеніями въ животѣ, болями въ крестцѣ, психическимъ угнетеніемъ, истериками. Матка представляется у нихъ чрезвычайно вялой, съ истонченными стѣнками, такъ что ее едва можно прощупать, тогда какъ введенный въ ея полость зондъ прощупывается весьма ясно сквозь брюшныя покровы; или же полость ея укорочена, а стѣнки, хотя и тонки, но не вялы. *Кіари* описываетъ два такихъ случая, замѣчательныхъ еще тѣмъ, что они сопровождались постояннымъ отдѣленіемъ молока.

Въ подобныхъ случаяхъ можно пытаться возстановить нормальное состояніе матки посредствомъ хорошаго питанія и мѣстными раздраженіями (холодными душами, пьевками къ влагалищной части, зондомъ, внутриматочнымъ вставникомъ, электричествомъ).

3) Весьма высокая степень атрофіи можетъ развиваться послѣ тяжелыхъ послѣродовыхъ заболѣваній, а именно: или послѣ первичнаго разрушенія паренхимы яичниковъ (при перитонитѣ), имѣющаго своимъ послѣдствіемъ аменоррею и атрофію матки, или послѣ глубокаго заболѣванія самой матки (ихорознаго эндометрита), при которомъ погибли слизистая оболочка и самый внутренній слой мышцъ.

¹⁾ *Клобъ*, I. с., стр. 207.

Въ видѣ послѣдовательнаго страданія, атрофія матки встрѣчается еще въ исключительныхъ случаяхъ при фиброидахъ, при которыхъ стѣнка матки, часто гипертрофированная, можетъ совершенно исчезнуть, особенно когда нѣсколько фиброидовъ растутъ на встрѣчу другъ другу. Въ этихъ случаяхъ при вскрытіи находятъ множество опухолей, безъ всякихъ признаковъ маточной ткани. Наконецъ, перепихма матки можетъ исчезнуть и отъ давленія ея стороны другихъ опухолей (подсво-роточныхъ фиброидовъ, опухолей яичниковъ, экссудатовъ и т. д.).

Атрофія маточныхъ стѣнокъ встрѣчается еще при вытягиваніи матки въ длину, производимомъ большими опухолями или заложенными высоко зараженіями матки въ послѣдовомъ періодѣ. Правда, въ этихъ случаяхъ изглаживаніе влагалищной части нельзя еще считать за атрофію матки, потому что въ сущности это значить только, что она не вда-ется во влагалище; но при сильномъ вытягиваніи матки стѣнки могутъ сдѣлаться весьма тонкими и даже порваться.

Наконецъ, *Сканцони* нѣсколько разъ наблюдавъ, подтвердившуюся на вскрытіяхъ, атрофію матки при параличѣ нижней половины тѣла.

Воспаленіе существа матки. Metritis.

Острое воспаленіе матки.

Буавенъ и Дюжэ, *Traité prat. des malad. de l'utérus etc.*, II, Paris, 1833, стр. 198. — *Беккерель*, *Traité clin. des mal. de l'utérus etc.*, Paris, 1859, стр. 385. — *Дж. Генри Вениетъ*, *A pract. treatise on inflammation of the uterus and its append. etc.* London, 1853, 3-е изд. — *Микшицъ*, *Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte*, 1855, стр. 500.

Этіологія.

Приливъ крови къ маткѣ во время мѣсячныхъ очищеній можетъ перейти въ острое воспаленіе прежде всего отъ простуды, затѣмъ вслѣдствіе затрудненнаго выдѣленія менструальной крови при уменьшеніи просвѣта канала суженіями шейки, искривленіями матки и опухолями. Рѣже острое воспаленіе вызывается приливомъ крови во время полового акта, но за то оно бываетъ иногда весьма рѣзко выражено при зараженіи триппернымъ ядомъ. Исключая нѣкоторые врачебныя мѣропріятія, причиной этого воспаленія рѣдко бывають травматическія поврежденія, напр. ударъ въ животъ, паденіе и т. д.

Гораздо чаще оно образуется послѣ терапевтическихъ приемовъ, производящихъ сильное раздраженіе матки. Сюда главнымъ образомъ относятся выпрыскиваніе слишкомъ горячей или слишкомъ холодной воды во влагалище, влагалищные пессаріи, надавливающіе изогнутую назадъ матку, прижиганія шейки, выпрыскиванія въ полость матки, зонды и внутри-маточные вставники.

Воспаленія же, развивающіяся вблизи раковыхъ опухолей (гноинны инфильтраціи), имѣютъ характеръ послѣдовательныхъ заболѣваній¹⁾.

Патологическая анатомія.

Матка набухаетъ до величины гусиного яйца, утолщается, становится полнокровной, мягкой, почти тѣстообразной. Вся паренхима ея разбухаетъ, пропитывается серозной жидкостью, наливается кровью и мѣстами пронизана кровоподтеками. Между мышечными пучками попадаютъ небольшія количества гнойныхъ тѣлецъ, которыя только въ нѣкоторыхъ мѣстахъ сгучены погуще.

Слизистая оболочка обыкновенно тоже бываетъ воспалена, а участіе со стороны сывороточнаго покрова выражается или простой гипереміей, или утолщеніемъ ея, образованіемъ хлопчатыхъ отложеній и даже нагноеніемъ.

Припадки.

Острое воспаленіе матки составляетъ очень рѣдкую болѣзнь, существованіе которой, однакоже, напрасно оспаривается нѣкоторыми авторами. Я самъ наблюдалъ четыре весьма отчетливыхъ случая.

Оно начинается сильной лихорадкой и даже потрясающимъ ознобомъ. Одновременно съ этимъ появляются жестокия боли и притомъ двоякаго рода: во-первыхъ, въ видѣ тупой боли въ глубинѣ таза, напоминающей боль при выкидышѣ въ первые мѣсяцы беременности, и, во-вторыхъ, боли со стороны периметрія, представляющія общій характеръ всѣхъ перитоническихъ болей, т. е. усиливающіяся отъ давленія.

Если воспаленіе матки появляется во время мѣсячныхъ очищеній, что случается сравнительно часто, то послѣднія останавливаются, но иногда замѣняются сильными кровотеченіями изъ матки.

При изслѣдованіи, матка оказывается значительно припухшей (фиг. 44) и весьма чувствительной не только къ внѣшнему давленію, но и при



Фиг. 44.

Острое воспаленіе матки на 3 день болѣзни.
 ии сильно припухшія стѣнки матки.

¹⁾ *Зексинтеръ*, Prag. Vierteljahrschr., 1866, 1, стр. 130.

нажиманіи пальца на влагалищную часть. Особенно же сильна бывает боль при двойномъ изслѣдованіи, когда матка сдавливается сверху внизъ.

Въ то же время появляются частые позывы къ мочеиспусканію, поносы и тенезмъ съ очень сильной болью, а также тошнота, рѣже рвота.

Стояніе и ходьба, кашель, натуживаніе при испражненіи на низъ, словомъ все, что усиливаетъ внутрибрюшное давленіе, вызываетъ жесточайшія боли. Вотъ почему покойное положеніе въ постели съ опущенной головой приноситъ большое облегченіе.

Острое воспаленіе матки обыкновенно осложняется эндометритомъ и легкимъ периметритомъ. Но послѣдній можетъ усилиться до такой степени, что даетъ выпоть въ полость брюшины (фиг. 45).

При неосложненномъ метритѣ, боль чрезъ нѣсколько дней утихаетъ и, при правильномъ пользованіи, болѣзнь оканчивается полнымъ восстановленіемъ нормальнаго состоянія. Весьма часто, однакоже, остается хроническій метритъ, т. е. припухлость и чувствительность матки, обостряющіяся время отъ времени.

Рѣдко дѣло доходитъ до образованія гноевика. Послѣдній или ссыхается, что, конечно, бываетъ рѣдко, или вскрывается то въ брюшную полость — самый опасный исходъ, — то въ полость матки, то, наконецъ, въ прямую кишку или чрезъ брюшные покровы, если раньше успѣло образоваться сращеніе между гноевикомъ и этими органами.

Судя по скуднымъ замѣткамъ, существующимъ о нихъ въ литературѣ, гноевики матки, повидимому, встрѣчаются крайне рѣдко, особенно если

мы исключимъ отсюда послѣродовые случаи ¹⁾.

Сканцони ²⁾ и *Лудо* ³⁾ наблюдали гноевики,

вспрышшіеся въ брюшную полость съ исходомъ въ смертельный перитонитъ. *Бёрдъ* ⁴⁾

видѣлъ прободеніе въ прямую кишку, *Рейнманъ* ⁵⁾ — чрезъ брюшные покровы. *Кли-*

вишъ ⁶⁾ вскрылъ чрезъ передній влагалищный сводъ гноевикъ, прорвавшійся въ полость

матки, а *Герве де Шегуанъ* ⁷⁾ не совсемъ ясно описываетъ гноевикъ въ гипертрофиро-



Фиг. 45.

Тотъ же случай на 6 день болѣзни. Матка опала и изогнута. Воспалительный экссудатъ въ дугласовомъ пространствѣ.

¹⁾ *Зексигеръ*, I. c., стр. 131, и *Кливишъ*, *Klin. Vortr.* etc., II изд., т. II, стр. 307.

²⁾ *Krankh. d. weibl. Sexualorg.*, IV изд., т. I, стр. 203.

³⁾ *Gaz. méd. de Paris*, 1839, стр. 605.

⁴⁾ *Lancet*, 1843, т. I, стр. 645.

⁵⁾ *Фойтель*, *Handb. d. pathol. Anat. etc.* Halle, 1805, стр. 474.

⁶⁾ I. c., стр. 305.

⁷⁾ *Soc. de Chir.*, 2 дек. 1868. См. *Gaz. hebdom.*, 18 дек. 1868, стр. 811.

ности; этотъ гноевикъ былъ вскрытъ разрезомъ чрезъ брюшныя покровы. *Ашфордъ* ¹⁾ вскрылъ бистуреемъ маточный гноевикъ, образовавшійся у небеременной женщины, вслѣдствіе попытки произвести у нея выкидышъ ²⁾.

Я самъ наблюдалъ два случая крупныхъ гноевиковъ въ маткѣ, изъ которыхъ одинъ, представленный на фиг. 46, образовался въ послѣродовомъ періодѣ, послѣ отдѣленія дѣтскаго мѣста. Пользовавшій врачъ вскрылъ этотъ гноевикъ, когда онъ готовъ былъ прорваться чрезъ сросшіяся съ нимъ брюшныя покровы, при чемъ сразу выдѣлилось около 1/2 литра гноя. Во второмъ случаѣ гноевикъ, величиною съ голову взрослого человѣка, образовался вслѣдъ за очень осторожнымъ зондированіемъ суженной шейки и вскрылся въ прямую кишку.



Фиг. 46.

Гноевикъ матки, и вещество матчи. *a* полость гноевика. *p* мѣсто сращенія съ брюшными покровами, гдѣ послѣдовало прободеніе.

и если прощупывается зыбленіе или, по крайней мѣрѣ, эластическое напряженіе, свойственное скопленіямъ жидкости. Склеиваніе увеличенной матки съ брюшными покровами, при угрожающемъ прободеніи послѣднихъ, тоже указываетъ на присутствіе гноя. Впрочемъ, чувствительность матки при образованіи гноевика весьма незначительна.

Распознаваніе.

При двойномъ изслѣдованіи, матка представляется значительно увеличенной, особенно спереди назадъ, и чувствительной не на однихъ только мѣстахъ, покрытыхъ брюшиной. Эти признаки, въ соединеніи съ лихорадкой и ходомъ болѣзни (постепенное опаданіе матки), служатъ достаточной опорой для распознаванія. Къ зонду же прибѣгать нельзя, потому что онъ вызываетъ жестокую боль и усиливаетъ воспаление.

Гноевики матки не могутъ быть узнаны, покуда они малы. Крупные же гноевики узнаются легко, если мы имѣемъ случай наблюдать медленное, но безостановочное и равномерное увеличеніе матки,

Предсказаніе.

Болѣзнь эту никогда нельзя считать безопасной, потому что, вслѣдствіе образованія гноевика или распространенія воспаления на брюшину, всегда можно ожидать смертельнаго исхода. Предсказаніе неблагоприятно еще

¹⁾ Columbia Hosp. Rep. Washington, 1873.

²⁾ Цитируемый многими случай *Бартолина* (Hist. anatom. rarior. Cent. I, hist. 97, стр. 137) не относится сюда, такъ какъ тамъ прямо сказано „sinè pure“.

и въ томъ отношеніи, что болѣзнь легко переходитъ въ хроническое состояніе.

Лечение.

Въ свѣжихъ случаяхъ и при сильномъ воспаленіи нужно стараться уменьшить переполненіе матки кровью мѣстными крововызвеченіями, посредствомъ скарификацій влагалищной части, по способу, подробно излагаемому при хроническомъ метритѣ. Если боли очень сильны и если появляются еще и другіе признаки, указывающіе на значительное участіе въ воспаленіи со стороны брюшины, то полезно приставить съ дюжину пиявокъ къ брюшнымъ покровамъ, надъ локковымъ сращеніемъ, и затѣмъ, когда изъ ранокъ вытечетъ достаточно крови, прикладывать ледъ къ животу. Крововызвеченія изъ влагалищной части обыкновенно приходится повторять по нѣскольку разъ.

Кромѣ того, слѣдуетъ назначить легкія, но вѣрно дѣйствующія слабительныя, лучше всего касторовое масло. Покойное положеніе въ постели, составляющее здѣсь абсолютную необходимость, съ опущенной верхней половиной тѣла и слегка приподнятымъ тазомъ, часто на столько умѣряетъ боль, что можно обойтись безъ подкожныхъ вырскиваній морфія или безъ хлорала.

Если первые острые признаки прошли, лихорадка спала, но матка, не смотря на опаденіе опухоли, все еще остается увеличенной противъ нормальнаго, то для ускоренія всасыванія полезно прикладывать влажно-теплые компрессы *Присципа*.

Образованіе гноевика, разъ оно началось, остановить трудно. Впрочемъ, прободеніе въ брюшную полость имѣетъ мѣсто, повидимому, такъ рѣдко, что искусственное вскрытіе дозволительно только въ томъ случаѣ, когда доступъ къ гноевику вполне безопасенъ.

Хроническій метритъ. Инфарктъ матки.

Венцель, Krankh. d. Uterus. Mainz, 1816, стр. 54 и сл. — *Дж. Генри Беннетъ*, Pract. treat. on inflamm. of the uterus etc. London, 1853, 3-е изд. — *Гюлье*, Gaz. des hôp., 1849, № 127. — *Беккерель*, Traité clin. des mal. de l'utérus, Paris, 1859, I, стр. 157, 251 и 403. — *Нопа*, Traité prat. des mal. de l'utérus, Paris, 1860, стр. 112. — *Аранъ*, Leçons clin. sur les mal. de l'utérus, Paris, 1858, стр. 491. — *Зейфертъ*, Spitalszeit., 1862, № 33, и *Зексимеръ*, Prager Viertelj., 1866, 2, стр. 152. — *Оттольмеръ*, Wiener med. W., 1858, № 19. — *Сканцони*, Die chronische Metritis. Wien, 1863. — *Клобъ*, Pathol. Anat. d. weibl. Sex., стр. 124.

Относительно хроническаго воспаленія матки взгляды авторовъ до сихъ поръ еще сильно расходятся между собою. Между тѣмъ какъ прежде въ рубрику инфаркта, engorgement (завала), сваливали самыя разнообразныя вещи, въ томъ числѣ и твердый ракъ, въ настоящее время, напро-

тивъ, замѣчается наклонность, особенно со стороны французскихъ гинекологовъ, къ самымъ тонкимъ разграниченіямъ даже такихъ состояній, которыя тѣсно связаны между собою или, по крайней мѣрѣ, легко переходятъ другъ въ друга. Такъ, *Беккерель* различаетъ 1) „la congestion sanguine“, 2) „la congestion ou engorgement hypertrophique“ и 3) настоящее „inflammation chronique“, а *Курти* создаетъ совершенно различныя картины болѣзни изъ fluxion, congestion, engorgement и métrite. Въ Германіи же взгляды на хроническое воспаление матки такъ раздѣлены, что въ то время, какъ одни гинекологи видятъ въ немъ самую частую болѣзнь женскихъ половыхъ органовъ, другіе склонны почти совершенно вычеркнуть его изъ числа самостоятельныхъ формъ. Такъ, напр., *Сканциони* понимаетъ подъ этимъ названіемъ всѣ разстройства питанія, развивающіяся вслѣдствіе продолжительныхъ венозныхъ застоевъ, тогда какъ *Зейфертъ* разумѣетъ подъ инфарктомъ матки исключительно недостаточное обратное развитіе органа въ послѣродовомъ періодѣ. *Клобъ* же въ своей патологической анатоміи женскихъ половыхъ органовъ относитъ измѣненія, свойственныя инфаркту, даже не къ воспаленіямъ, а къ новообразованіямъ, и описываетъ ихъ подъ именемъ „разлитого разращенія соединительной ткани“. Наконецъ, *Томасъ*¹⁾ и *Скинъ*²⁾ называютъ эту болѣзнь „areolar hyperplasia“, „diffuse interstitial hypertrophy“, „sclerosis uteri“.

По моему мнѣнію, мы не можемъ отказаться отъ клинической картины хроническаго метрита, если не хотимъ разъединить формы, составляющія одно цѣлое, имѣющія одинаковыя причины и требующія одинаковаго леченія. Самое названіе „хроническаго воспаленія матки“ не кажется мнѣ вовсе такимъ неудачнымъ, и не все-ли равно, будемъ ли мы говорить о гиперплазіи соединительной ткани въ гиперемизированной маткѣ или о продуктѣ чрезвычайно долго тянувшагося хроническаго воспаленія. Я даже особенно дорожу словомъ „воспаленіе“, потому, во-первыхъ, что и леченіе должно быть строго противовоспалительное, а во-вторыхъ, что во всѣхъ свѣжихъ случаяхъ мы имѣемъ предъ собою исключительно клиническіе признаки воспаленія: переполненіе кровью, припухлость и боль. Къ этому надо прибавить еще, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ не происходитъ затвердѣнія, встрѣчающагося вообще довольно рѣдко и то лишь въ позднѣйшихъ періодахъ, время отъ времени появляются ожесточенія, представляющія картину полуостраго, а иногда даже остраго воспаленія.

На этомъ основаніи къ картинѣ хроническаго метрита мы причисляемъ и тѣ случаи, которые развиваются вначалѣ независимо отъ воспаленія, а именно недостаточное обратное развитіе послѣродовой матки, такъ какъ въ дальнѣйшемъ теченіи къ нимъ присоединяются воспалительныя припадки — гиперемія, опухоль и боль — да и леченіе этихъ, этиологически не относящихся сюда, болѣзней должно быть вполне про-

¹⁾ Diseases of women, 3-e изд., стр. 247.

²⁾ Amer. J. of Obst., V, стр. 387 и 481, в VI, стр. 358.

тивовоспалительное. *Симсон*¹⁾ прямо указываетъ, что при недостаточномъ обратномъ развитіи матки послѣ родовъ леченіе должно быть противовоспалительное, хотя бы не замѣчалось никакихъ признаковъ воспаления. Такимъ образомъ мы вставляемъ въ рамки хроническаго метрита множество случаевъ, различныхъ въ этіологическомъ отношеніи, но дающихъ одну и ту же картину болѣзни и требующихъ одинаковаго леченія

Этіологія.

Соединительно-тканная гиперплазія матки (это опредѣленіе, быть можетъ, будетъ наименѣ специализированное), соединенная съ различной степенью чувствительности органа, встрѣчается при самыхъ разнообразныхъ условіяхъ.

Весьма часто дѣло идетъ о недостаточномъ обратномъ развитіи послѣ-родовой матки. Послѣднее обусловливается различнаго рода вредными вліяніями, дѣйствующими въ первое время послѣ родовъ и изъ которыхъ мы упоминаемъ слѣдующія: слишкомъ раннее вставанье съ постели и слишкомъ сильное дѣйствіе брюшнаго пресса, слѣдовательно, всякая тяжелая работа, сильное напряженіе, сильный кашель, частая рвота и т. п.; далѣе, оставшіяся оболочки лѣца и кровяные сгустки, тяжелыя послѣродовыя заболѣванія параметритомъ и периметритомъ, слишкомъ раннее совокупленіе послѣ родовъ и тому подобное. Подъ вліяніемъ этихъ причинъ задерживается обратное развитіе матки, процессъ жирового распада и всасываніе мышечныхъ волоконъ совершаются не вполне, или же вновь образовавшіяся ткани — мышцы и соединительная ткань — развиваются въ такомъ громадномъ количествѣ, что матка остается значительно увеличенной противъ нормальнаго. Особенно вредными въ этомъ отношеніи оказываются выкидыши, во-первыхъ, потому, что послѣ нихъ женщины обыкновенно менѣе берегутъ свое здоровье, чѣмъ послѣ своевременныхъ родовъ, хотя матка подвергается при этомъ тѣмъ же измѣненіямъ; во-вторыхъ, потому, что послѣ выкидыша еще прежде, чѣмъ совершится вполне обратное развитіе матки, довольно часто слѣдуетъ новое зачатіе, ведущее къ новому развитію ткани (а также къ новому выкидышу). Такъ какъ кормленіе ребенка грудью въ послѣродовомъ періодѣ вызываетъ сокращенія мышечныхъ волоконъ и тѣмъ ускоряетъ и усиливаетъ перерожденіе содержимаго клѣтокъ, то некармлиеніе грудью тоже замедляетъ обратное развитіе матки.

Само по себѣ это состояніе неполнаго обратнаго развитія матки не можетъ быть отнесено къ хроническому метриту, особенно если дѣло дѣйствительно идетъ только о недостаточномъ всасываніи мышечныхъ клѣтокъ, размножившихся въ громадномъ количествѣ во время беременности. Но дѣло въ томъ, что такая матка не остается долго въ этомъ

¹⁾ Diseases of women. Edinburgh, 1872, стр. 594.

положеніи, такъ что, вмѣсто простаго увеличенія матки, дѣйствующаго только своей массой (давленіе на сосѣдніе органы и смѣщенія), получаютъ припухлость и чувствительность, которая, то уменьшаясь, то снова ожесточаясь, даютъ намъ характеристическую картину хроническаго метрита.

Далѣе, инфарктъ матки образуется отъ продолжительныхъ или часто повторявшихся гиперемій, активныхъ или застойныхъ.

Активные гипереміи могутъ быть вызваны различѣйшими причинами, производящими постоянное или часто возобновляющееся раздраженіе матки. Сюда относится неблагоприятное вліяніе частыхъ совокупленій, сопровождающихся сильнымъ половымъ возбужденіемъ. Еще хуже вліяютъ неудачныя попытки къ совокупленію съ мужчинами, одержимыми половымъ безсиліемъ, и онанизмъ.

Хроническое воспаленіе матки можетъ быть вызвано также дисменореей, все равно, составляетъ ли она слѣдствіе узкой шейки или искривленій у внутренняго зѣва, такъ какъ задерживающаяся по временамъ кровь производитъ раздраженіе маточныхъ стѣнокъ, которыя отвѣчаютъ на него сокращеніями. Кромѣ того, продолжительныя или часто повторяющіяся раздраженія слизистой оболочки могутъ имѣть своимъ послѣдствіемъ продолжительныя гипереміи и затѣмъ хроническое воспаленіе самой паренхимы матки. Сюда относятся запущенныя эндометриты и непоказанныя терапевтическія приемы, какъ, напр., любимое смазываніе маточнаго отверстія лянисной палочкой.

Гораздо чаще еще переполненіе матки кровью со всѣми его послѣдствіями вызывается венозными застоями. Послѣдніе часто обусловливаются измѣненіями въ положеніи органа, особенно перегибами назадъ и выпаденіями, равно какъ опухолями въ окружности матки, механически затрудняющими отливъ крови. Мы подразумѣваемъ здѣсь не столько настоящія патологическія новообразованія, какъ, напр., опухоли личниковъ, сколько задержаніе мочи въ пузырьѣ, къ которому женщины причають систематически, главнымъ же образомъ переполненіе кистокъ каломъ, привычное большинству женщинъ, въ особенности большихъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ застой въ маткѣ составляетъ лишь частное явленіе общаго застоя въ области нижней полой вены, обусловливаемого болѣзнями печени, сердца и легкихъ.

Самый рѣдкій способъ образованія хроническаго метрита, это—развитіе его изъ острой формы, окончившейся неполнымъ всасываніемъ.

Чаще всего хроническій метритъ развивается вслѣдствіе описаннаго выше задержанія обратнаго развитія матки послѣ родовъ. Вслѣдствіе этого, а также потому, что и многія другія причины, если не исключительно, то преимущественно, дѣйствуютъ на рожавшихъ женщинъ, отчетливыя картины хроническаго метрита встрѣчаются только въ исключительныхъ случаяхъ у женщинъ нерожавшихъ. Въ числѣ 102 больныхъ, о которыхъ мы имѣемъ болѣе подробныя свѣдѣнія, насчитывается всего 7, которыя ни разу не были беременны. Изъ нихъ у 2 оказалась неповрежденная дѣвственная плева, 1 пре-

давалась онаизму, 1 была замужемъ всего 14 дней, а 3 не имѣли дѣтей. Изъ остальныхъ больныхъ у 3 были только выкидыши, другія же рожали правильно, а именно 18 по одному разу, 8 по два, 10 по три, 8 по четыре, 12 по пяти, 5 по шести, семи и восьми разъ, 1 десять и 1 одиннадцать разъ, не считая множества выкидышей. Относительно же остальныхъ 19 больныхъ отмѣчено только, что онѣ рожали. Громадное число больныхъ, рожавшихъ всего одинъ разъ, объясняется тѣмъ, что у многихъ изъ нихъ хроническій метритъ образовался уже послѣ первыхъ родовъ и повлекъ за собою бесплодіе.

Патологическая анатомія.

Характеристическая особенность этого процесса заключается въ гиперплазіи соединительной ткани; мышечныя же волокна или вовсе не размножаются, или играютъ только второстепенную роль¹⁾.

Матка увеличена въ объемѣ, хотя большею частью и не очень значительно. Однакоже, въ рѣдкихъ случаяхъ она простирается до пупка, и *Fein*²⁾ видѣлъ случай, гдѣ дно матки выдавалось на два дюйма выше пупка, тогда какъ влагалищная часть находилась такъ низко, что можно было вставить пессарій. Увеличеніе довольно равномерно охватываетъ всѣ стѣнки матки; однакоже, главнымъ образомъ органъ утолщается спереди назадъ. Полость матки тоже удлиняется.

Ткань гипертрофированнаго органа мягка, сочна, красновата; вся перихима разрыхлена и обилуетъ кровью. Слизистая оболочка набухаетъ и утолщается, на маточномъ зѣвѣ замѣчаются ссадины и язвы, которыя мы опишемъ отдѣльно. На брюшинномъ покровѣ часто видны сужильныя отложенія.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ на первый планъ выступаетъ припухлость шейки. При этомъ маточный зѣвъ расширенъ, обѣ губы набухаютъ и удлиняются, при чемъ онѣ иногда мягки и дряблы, но чаще до такой степени тверды и неправильны, что трудно отличить болѣзнь отъ раковой опухоли. Нерѣдко слизистая оболочка шейки выворочена.

Разъ процессъ завершилъ свое теченіе, новообразованная соединительная ткань стягивается на подобіе рубца, сосуды запусѣваютъ и на мѣсто молодой слизистой соединительной ткани получается плотная волокнистая. При этомъ матка снова уменьшается въ объемѣ и на разрѣзѣ представляетъ твердую, какъ хрящъ, и хрустящую подъ ножомъ ткань, блѣдную какъ рубецъ.

Принадки.

Въ большинствѣ случаевъ инфарктъ составляетъ результатъ разобранныхъ выше этиологическихъ моментовъ, такъ какъ онъ не легко обра-

¹⁾ По *Финну*, *Centrabl. f. d. med. Wissenschaften*, сентябрь 1868, — увеличеніе матки происходитъ преимущественно на счетъ мышечной ткани.

²⁾ *Frauenkrankheiten*, 2-е изд., стр. 367.

зуются изъ остраго воспаленія матки, вообще встрѣчающагося весьма рѣдко.

Если родильница заболѣваетъ еще въ послѣродовомъ періодѣ или, преждевременно вставъ съ постели, предается тяжелымъ работамъ и трудамъ, то она вскорѣ начинаетъ замѣчать, что здоровье ея не такъ уже служить ей, какъ прежде. Боли въ крестцѣ и нижней части живота, истеченія изъ влагалища, чувство тяжести и давленія въ тазу, обильныя мѣсячныя очищенія, запоры, частый позывъ къ мочеиспусканію—все это такія явленія, которыя далеко не благопріятствуютъ здоровью. Правда, эти припадки обыкновенно не на столько сильны, чтобы женщина чувствовала себя больной въ настоящемъ смыслѣ. Но время отъ времени—черезъ каждыя двѣ недѣли или черезъ каждые два мѣсяца, иногда вмѣстѣ съ менструаціей, хотя не всегда въ связи съ нею—появляются сильныя ожесточенія, большей частью безъ всякаго серьезнаго повода. Всѣ явленія, въ особенности же боли въ крестцѣ и животѣ, усиливаются до такой степени, что больная принуждена локаться въ постель. При этомъ нерѣдко показываются кровотеченія и вѣтъ регуль. Черезъ восемь дней или немного больше припадки стихаютъ, и больная снова чувствуетъ себя, если не совсемъ хорошо, то сносно. Боли въ крестцѣ и чувство тяжести въ животѣ продолжаютъ по прежнему. Запоры ухудшаютъ состояніе больныхъ, такъ что большинство такихъ женщинъ привыкаетъ къ постоянному употребленію слабительныхъ. Состояніе больныхъ вѣтъ періодовъ ожесточенія иногда довольно хорошо, но вслѣдствіе постоянно повторяющихся ухудшеній, онѣ никогда не бывають вполнѣ здоровы.

Точно такимъ же образомъ начинаются припадки и въ тѣхъ случаяхъ, когда хроническій метритъ происходитъ отъ другихъ причинъ. Мы видимъ нерѣдко, что дѣвушка, одержимыя перегибомъ матки впередъ или суженіемъ канала шейки съ послѣдовательною дисменорреей, чувствуютъ себя совершенно здоровыми до наступленія половой зрѣлости. Но уже съ самаго перваго своего появленія мѣсячныя очищенія сопровождаются болями, которыя иногда бывають такъ сильны, что передъ тѣмъ, какъ показаться крови, вызываютъ судороги и обмороки. Однакоже, вѣтъ менструальнаго періода здоровье остается вполнѣ нормальнымъ, въ теченіи многихъ мѣсяцевъ и даже лѣтъ. Но мало по малу дѣло принимаетъ иной оборотъ. Болѣзненные припадки начинаютъ появляться и въ свободные до того промежутки и мало по малу развертывается вся описанная выше картина болѣзни. При первичномъ эндометритѣ, а также при перегибахъ назадъ и выпаденіяхъ, дно матки точно также увеличивается въ объемъ и становится чувствительнымъ, такъ что припадки этихъ страданій переплетаются съ припадками воспаленія матки, если только, какъ, напр., боли въ крестцѣ и напираніе внизъ, они не свойственны и тѣмъ, и другимъ вмѣстѣ. Такимъ обра-

зомъ, хотя причина хроническаго воспаленія въ этихъ случаяхъ различна, тѣмъ не менѣе оно даетъ одну и ту же картину болѣзни съ одними и тѣми же припадками, и потому мы вправѣ принять эти состоянія за одну патологическую форму, съ тѣмъ, конечно, что, какъ при всѣхъ другихъ болѣзняхъ, мы отведемъ подобающее мѣсто различію ихъ происхожденія.

Ислѣдованіе даетъ слѣдующіе результаты.

Матка увеличена въ объемѣ, особенно спереди назадъ, и чувствительна къ давленію, хотя по временамъ не очень значительно. Впрочемъ, попадаются и такіе исключительно хорошіе промежутки, когда давленіе не вызываетъ никакой боли. Во время острыхъ ожесточеній матка набухаетъ сильнѣе и дѣлается весьма чувствительной. Полость ея удлинена, какъ показываетъ ислѣдованіе зондомъ, но вмѣстѣ съ тѣмъ стѣнки утолщены. Въ свѣжихъ случаяхъ консистенція ея довольно мягка, рѣже тѣстовата, какъ въ третьемъ мѣсяцѣ беременности.

Состояніе шейки различно. У женщинъ нерожавшихъ она лишь слегка утолщена и конусообразно суживается по направленію къ мелкому наружному маточному зѣву. Въ другихъ случаяхъ, а именно у рожавшихъ женщинъ и въ особенности при обыкновенномъ осложненіи эндометритомъ, влагалищная часть представляется набухшей, мягкой, а въ болѣе застарѣлыхъ случаяхъ неровной и твердой (какъ при ракѣ); маточный зѣвъ раскрытъ, окруженъ утолщенными губами; весьма красная слизистая оболочка шейки покрыта ссадинами, выворочена наружу и усѣяна сѣровато-просвѣчивающими, а то и желтоватыми, отъ содержанія въ нихъ гноя, фолликулами.

Весьма часто существуютъ и другія осложненія, особенно воспалительнаго характера. Периметрическія сращенія съ остальными органами малаго таза и съ кишками, хроническіе процессы въ яичникахъ, перетягиваніе и сращеніе трубъ съ образованіемъ небольшихъ опухолей (частный *hydrosalpinx*) составляютъ нерѣдкое явленіе. Переполненіе кишечнаго канала часто въ высшей степени затрудняетъ двойное ислѣдованіе. Мѣсячныя очищенія часто нормальны, въ нѣкоторыхъ же случаяхъ развивается дисменоррея, вслѣдствіе припуханія шейки, а весьма часто появляются кровотеченія изъ матки. Послѣднія бываютъ наиболѣе продолжительны, если и не наиболѣе обильны, при значительномъ заболѣваніи шейки.

Замѣчу еще разъ, что, по моимъ наблюденіямъ, перемежающіяся полустрыя и острыя ожесточенія составляютъ обычное явленіе при хроническомъ метритѣ. По временамъ, иногда въ продолженіи цѣлыхъ недѣль и даже мѣсяцевъ, матка мало чувствительна и не очень увеличена; но затѣмъ припадки сразу усиливаются, матка набухаетъ и дѣлается весьма чувствительной.

При дальнѣйшемъ теченіи, постепенно обнаруживаются и другія явленія. Пищевареніе совершается вяло, аппетитъ пропадаетъ, такъ что больныя замѣтно худѣютъ. Наконецъ, появляются и другого рода боли — въ поясничной области, въ нижнихъ конечностяхъ; далѣе, вагиниты, кокцигиты и вся вереница истерическихъ принадлежностей.

Безплодіе является, если и не постояннымъ, то частымъ слѣдствіемъ хроническаго метрита. Обусловливается же оно не столько измѣненіями маточной ткани, сколько осложненіями: воспаленіемъ слизистой оболочки матки, ф. трубъ, яичниковъ, периметритомъ, равно какъ и смѣщеніями матки. Если происходитъ зачатіе, то оно нерѣдко оканчивается выкидышемъ на четвертомъ или пятомъ мѣсяцѣ.

Исходы.

Хроническое воспаленіе матки въ теченіи долгаго времени — многихъ годовъ — можетъ оставаться на той ступени, на которой улучшенія перемежаются съ ухудшеніями. Даже климактерическіе годы не всегда ведутъ за собою исцѣленіе. Напротивъ, иногда именно къ этому времени состояніе больной становится по-истинѣ невыносимымъ, а затѣмъ припадки мало по малу окончательно затихаютъ. Въ другихъ случаяхъ хроническое воспаленіе матки сопровождается болною и за 50-е годы, при чемъ за все это время мѣсячныя очищенія не прекращаются или замѣняются неправильными кровотечениями изъ матки. Тѣмъ не менѣе наклонность къ возвратамъ бываетъ всего слабѣе въ климактерическіе годы, такъ что леченіе оказывается наиболѣе дѣйствительнымъ у женщинъ, у которыхъ мѣсячныя очищенія уже прекратились.

Но съ помощью правильнаго леченія нерѣдко удается и въ болѣе ранніе годы улучшить положеніе матки на столько, что она перестаетъ быть увеличенной и чувствительной, а вмѣстѣ съ тѣмъ исчезаютъ и другіе припадки. Правда, и въ этихъ случаяхъ не совсѣмъ проходитъ наклонность къ возвратамъ.

Въ другомъ рядѣ случаевъ дѣло оканчивается затвердѣніемъ матки (которое *Сканцони* считаетъ за второй періодъ хроническаго метрита). Новообразованная соединительная ткань подвергается рубцовому сморщиванію, матка убываетъ въ объемѣ, становится плотнѣе, при чемъ нерѣдко наступаетъ преждевременная аменоррея. За то наиболѣе злокачественныя припадки, въ особенности временныя обостренія, исчезаютъ, такъ что подобный исходъ можно считать за относительное выздоровленіе.

Распознаваніе.

Трудность распознаванія обусловливается не препятствіями, встрѣчаемыми самимъ изслѣдованіемъ, а неясностью общаго опредѣленія того,

что нужно разумѣть подъ хроническимъ метритомъ. На основаніи всего, сказаннаго выше, мы діагностируемъ хроническій метритъ въ томъ случаѣ, когда матка равномерно увеличена, утолщена и чувствительна, и когда такое состояніе ея развилось хроническимъ путемъ. Эти явленія обыкновенно опредѣляются легко, такъ что затрудненія для діагноза имѣютъ мѣсто лишь въ исключительныхъ случаяхъ.

Такъ, напр., не всегда легко отличить болѣзнь отъ беременности, которая можетъ представлять тѣ же объективныя явленія: ту же величину и форму, то же положеніе и консистенцію матки. Но беременная матка бываетъ обыкновенно болѣе мягкой, что особенно бываетъ замѣтно на сильно разрыхленной, размягченной даже въ своей паренхимѣ, влагалищной части. Кромѣ того, при беременности нѣтъ той чувствительности, которая свойственна хронически-воспаленной маткѣ и которая рѣдко отсутствуетъ. Анамнезъ тоже даетъ весьма драгоцѣнныя, хотя и не всегда рѣшающія вопросъ, указанія. Наибольшія затрудненія встрѣчаются въ томъ случаѣ, когда беременность происходитъ въ хронически-воспаленной маткѣ, и это осложненіе всегда слѣдуетъ имѣть въ виду при дифференціальной діагностикѣ.

Затрудненіе можетъ встрѣтиться также при отличіи отъ подслизистыхъ и интерстиціальныхъ фиброидовъ. Конечно, при перваго рода опухоляхъ шейка всегда изглажена, а при хроническомъ метритѣ, напротивъ, увеличена; кромѣ того, ненормальное содержимое матки можетъ быть опредѣлено зондомъ или, въ крайнемъ случаѣ, расширеніемъ шейки прессованной губкой. Но при интерстиціальныхъ фиброидахъ матка можетъ представлять равномерное увеличеніе, а что касается свойственной фиброидамъ твердости маточной ткани, то, во-первыхъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ ея можетъ и не быть, а во-вторыхъ, матка дѣлается иногда весьма твердой и при хроническомъ воспаленіи, если послѣднее существуетъ очень долго. Сильная чувствительность стѣнокъ матки, конечно, говоритъ за хроническое воспаленіе; но она, однакоже, не исключаетъ и фиброида. Поэтому, если и анамнезъ, и зондъ ничего не разъясняютъ, то нужно расширить шейку прессованной губкой, чтобы удостовѣриться пальцемъ, что только одна изъ стѣнокъ утолщена и что, слѣдовательно, мы имѣемъ предъ собою фиброидъ.

Предсказаніе.

Разсматриваемая болѣзнь всегда очень продолжительна и можетъ привести въ отчаяніе, какъ больную, такъ и врача. Хотя она не представляетъ прямой опасности для жизни, тѣмъ не менѣе значительно сокращаетъ послѣднюю, разстраивая питаніе и т. д., а по временамъ становится положительно опасной и даже смертельной, вслѣдствіе сильныхъ кровотеченій или перехода воспаленія на брюшинный покровъ.

Что же касается возможности перехода ея въ раковое перерожденіе, за которую снова высказался недавно *Неператъ* ¹⁾, то она далеко не доказана. Напротивъ того, въ виду частаго существованія обихъ болѣзней, нельзя не удивляться, что у больныхъ, одержимыхъ хроническимъ метритомъ, раковое страданіе не встрѣчается чаще, чѣмъ теперь.

Но если такимъ образомъ хроническій метритъ не представляетъ прямой опасности для жизни, за то онъ въ высшей степени отравляетъ существованіе больныхъ. Чувство хворости никогда не покидаетъ послѣднихъ, и вся жизнь ихъ состоитъ въ смѣнѣ промежутковъ, въ которые онѣ, хотя и больны, но на столько еще преодолеваются, что могутъ справлять свои домашнія дѣла, промежутками сильнѣйшихъ мученій. Это состояніе становится невыносимымъ, когда присоединятся послѣдовательныя страданія кишечнаго канала, въ особенности запоры, еще болѣе усиливающіе воспаленіе, равно какъ и истерическіе припадки.

Сама собою болѣзнь никогда не проходитъ, по крайней мѣрѣ, не проходитъ раньше глубокой старости. Леченію она тоже поддается трудно, такъ что *Сканцони* увѣряетъ, что онъ не видѣлъ ни одного случая выздоровленія. И это мнѣніе совершенно вѣрно, если подъ выздоровленіемъ разумѣть полное возвращеніе къ нормѣ; но что касается улучшенія, то правильнымъ леченіемъ можно улучшить положеніе больной на столько, что припадки совершенно проходятъ. Нужно, однакоже, сознаться, что и въ этихъ „исцѣленныхъ случаяхъ“ остается расположеніе къ возвратамъ.

А ргіогі можно было бы думать, что отъ беременности болѣзнь можетъ быть совершенно излечена, такъ какъ послѣ родовъ старая матка подвергается полному обратному развитію; но опытъ показываетъ, что это едва ли когда нибудь бываетъ такъ, и что, напротивъ, болѣзнь часто ухудшается отъ новой беременности.

Но если, согласно сказанному, предсказаніе не особенно благоприятно, то все-таки раціональнымъ леченіемъ удастся въ значительной степени облегчить страданія больныхъ.

Леченіе.

Въ виду важной роли, принадлежащей послѣродовому періоду въ дѣлѣ происхожденія хроническаго метрита, въ профилактическомъ отношеніи необходимо обращать особенное вниманіе на правильную діететику рожениць. Далѣе, необходимо, по возможности, заботиться объ устраненіи отъ матки продолжительныхъ или часто повторяющихся приливовъ, равно какъ хроническихъ застоевъ крови. И если къ этому добавить необходимость соответственнаго леченія остраго воспаленія матки, эндометритовъ и измѣненій ея положенія, то мы исчерпаемъ главнѣйшіе дункты профилактики, по крайней мѣрѣ, на сколько они касаются

¹⁾ Amer. Journ. of Obst., II, стр. 505 и 610.

предотвращеніи воспалительныхъ разстройствъ матки вообще. Въ предупрежденіе же того, чтобы изъ незначительныхъ начатковъ не развились застарѣлые случаи хроническаго метрита, необходимо, во всѣхъ случаяхъ припуханія и чувствительности матки, дѣйствовать скоро и энергично. Покойное горизонтальное положеніе въ кровати, устраненіе всѣхъ вредныхъ влияній, въ особенности же воздержаніе отъ полового акта, составляютъ, вмѣстѣ съ небольшими, но время отъ времени повторяемыми кровозвлеченіями, по описываемому ниже способу, настоящую необходимость до тѣхъ поръ, покуда матка снова не сдѣлается нормальной.

При вполнѣ развитомъ же хроническомъ метритѣ, лечение должно быть преимущественно противовоспалительное, и притомъ тѣмъ болѣе энергичное, чѣмъ свѣжѣ процессъ, чѣмъ матка больше, мягче и чувствительнѣе.

Вообще необходимо, если не совершенный покой, то, по крайней мѣрѣ, воздержаніе отъ всякихъ напряженій, при которыхъ работаетъ сильно брюшной прессъ (тяжелыя работы, скаканье, а также кашель и рвота). Однакоже, продолжительное лежаніе въ постели или въ *longue chaise* положительно вредно, такъ какъ отъ этого разстраиваются питаніе и обмѣнъ веществъ, усиленіе и возбужденіе которыхъ должны составлять, напротивъ, одно изъ важнѣйшихъ показаній при описываемой болѣзни. На этомъ основаніи слѣдуетъ совѣтовать больнымъ не бросать своихъ обычныхъ занятій, а только избѣгать излишнихъ напряженій; прогулки и вообще пребываніе на свѣжемъ воздухѣ полезны, если не будутъ доведены до степени усталости. Относительно діеты слѣдуетъ назначить умѣренную и легковаримую пищу, притомъ лучше, чтобы больныя ѣли почаще, чѣмъ помногу заразъ. Грубые сорта овощей, равно какъ и всѣ вещества, дающія обильныя фекальныя массы, должны быть запрещены; самая лучшая пища для такихъ больныхъ — мясная. Особенное вниманіе должно быть обращено на правильное выдѣленіе кала и мочи. Половой актъ вообще вреденъ, но есть женщины, у которыхъ полное воздержаніе гораздо болѣе раздражаетъ половые органы, чѣмъ умѣренное удовлетвореніе похоти.

Что касается собственно терапевтическаго леченія хроническаго метрита, то здѣсь на первомъ планѣ стоятъ мѣстныя кровозвлеченія. Надо только прибавить, что при немногихъ средствахъ усилъ находится въ такой зависимости отъ способа примѣненія ихъ, какъ здѣсь.

Прежде всего замѣтимъ, что для кровозвлеченія съ цѣлью уменьшенія количества крови мы никогда не употребляемъ пиявокъ, но исключительно скарификаціи и уголы слизистой оболочки влагалищной части. Дѣло въ томъ, что я придаю особенное значеніе частому, но умѣренному извлеченію крови, что легко достигается скарификаціями.

ми, а пьивками трудно и послѣ многихъ хлопотъ. Кромѣ того, пьивки представляютъ слѣдующія неудобства. Во-первыхъ, я всегда выносила впечатлѣннѣе, что пьивки своимъ сосаніемъ производятъ извѣстное раздраженіе, за которымъ долженъ слѣдовать усиленный приливъ крови, а между тѣмъ цѣль наша сдѣлать органъ безкровнымъ. Во-вторыхъ, при употребленіи пьивокъ, никогда нельзя заранѣе опредѣлить количество извлекаемой крови, такъ какъ и одна пьивка можетъ вызвать значительное кровотеченіе. Наконецъ, боль, производимая присасывающейся пьивкой, иногда весьма значительна и можетъ имѣть своимъ послѣдствіемъ сильныя маточныя колики, даже если животное и не заползетъ въ шейку (не говоря о видѣнной *Сканиони* крапивной сыпи, тоже не представляющей ничего пріятнаго).

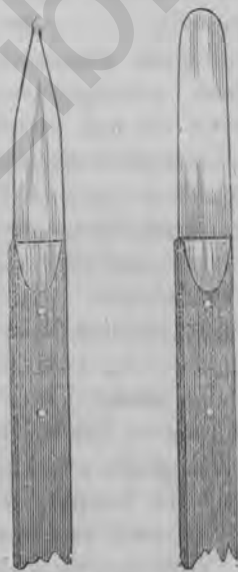
Скарификаціямъ же и уколамъ чужды всѣ эти недостатки. Если начать съ очень легкихъ надрѣзовъ, прибѣгая къ болѣе глубокимъ только при недостаточномъ выдѣленіи крови, то можно почти съ точностью опредѣлить количество извлекаемой крови. Сколько нибудь значительныхъ послѣдовательныхъ кровотеченій почти никогда не бываетъ. Больныя почти вовсе не чувствуютъ надрѣза или укола; изрѣдка онѣ жалуются на легкую, моментально проходящую боль, которая только въ исключительныхъ случаяхъ бываетъ болѣе сильной. Раздраженія, которое влекло бы за собою усиленную гиперемію, скарификаціи не производятъ, а если еще прокалывать и набухшіе мѣшечки, о чемъ сейчасъ будетъ рѣчь, то ими даже устраняется раздраженіе, поддерживавшее воспаленіе.

Конечно, какъ мы уже замѣтили выше, очень многое зависитъ здѣсь отъ способа, которымъ производятся скарификаціи. Если заранѣе толковать больной о предстоящей ей „операци“, разрѣзъ пораженной слизистой оболочки, если для производства ея брать пугающій своими размѣрами аппаратъ, то вредъ, причиняемый несчастной однимъ страхомъ и волненіемъ, будетъ больше, чѣмъ польза, которую можетъ принести это ничтожное мѣстное кровоизвлеченіе. Я произвожу скарификацію такъ, чтобы больная ничего не подозрѣвала, и тѣмъ избавляю ее отъ всякихъ страховъ, которые такіа анемичныя больныя питаютъ часто къ кровоизвлеченіямъ. Далѣе, на одинъ разъ я извлекаю очень мало крови, не болѣе полустоловой ложки, и только у очень полнокровныхъ больныхъ, съ большой гиперемированной маткой, и дохожу до унціи. Но за то я дѣлаю эти кровоизвлеченія часто, когда нужно, чрезъ каждые 3—4 дня; и такъ какъ послѣ каждаго кровоизвлеченія потерянное количество крови почти снова возмѣщается, то я полагаю, что этими небольшими, но часто повторяемыми кровоизвлеченіями можно достигнуть несравненно лучшихъ результатовъ, чѣмъ однократнымъ выдѣленіемъ большого количества крови.

Если существуютъ обостренія, или если мѣсячныя очищенія бываютъ сопряжены съ ухудшеніемъ припадковъ, то я дѣлаю скарификаціи именно въ это время. Особенно благотворными оказываются крововызвеченія, если производить ихъ незадолго до наступленія мѣсячныхъ. Отъ этого существующая дисменоррея уменьшается или совершенно исчезаетъ, а при обильныхъ мѣсячныхъ очищеніяхъ результатъ бываетъ тотъ, что кровотеченіе дѣлается меньше, такъ что менструальная кровь, взятая вмѣстѣ съ кровью, выдѣляющейся послѣ скарификаціи, составляетъ часто гораздо меньшее количество, чѣмъ то, которое больная теряла прежде отъ однихъ регулъ.

Блѣдная немочь и общее малокровіе едва ли могутъ считаться противопоказаніями къ скарификаціямъ, такъ какъ и этого рода больныя безъ вреда переносятъ потерю половины столовой ложки крови.

Скарификаціи лучше всего производитъ особенно для этого устроенными ножами съ длинными ручками, которыхъ нужно имѣть въ запасѣ два: одинъ съ закругленнымъ концомъ—для надрѣзыванія слизистой оболочки, другой остроконечный—для уколовъ и прокалыванія мѣшечковъ. На фиг. 47 представлены самые удобные скарификаторы *К. Майера*, безъ ихъ длинныхъ рукоятокъ. Сама операція весьма проста. Вставивъ влагалищную часть въ зеркало изъ молочнаго стекла, надрѣзываютъ слизистую оболочку ея глубоко или поверхностно, смотря по степени полнокровія матки и количеству крови, которое желаютъ извлечь. Если виднѣются припухшіе мѣшечки, то ихъ накалываютъ, вслѣдствіе чего воспалительное раздраженіе уменьшается вдвойнѣ: отъ опорожненія мѣшечковъ и отъ являющагося при этомъ кровотеченія. Даже когда припухшихъ мѣшечковъ не видно, то и тогда изъ ранки нерѣдко выдѣляется свѣтлая жидкость, показывающая, что ножъ попалъ въ лежащій подъ слизистой оболочкой увеличенный мѣшочекъ.



Фиг. 47.
Скарификаторы *К. Майера*.

Давъ крови немного вытечь изъ ранокъ, выливаютъ ее, вынимаютъ зеркало и затѣмъ оставляютъ шейку совершенно въ покоѣ. Мы рѣшительно предостерегаемъ отъ прополаскиванія шейки холодной водою, такъ какъ производимое этимъ суженіе сосудовъ очень скоро смѣняется расширеніемъ ихъ и усиленнымъ приливомъ крови, чѣмъ совершенно уничтожается результатъ крововызвеченія.

Я никогда не чувствовалъ надобности въ особыхъ скарификаторахъ для слизистой оболочки тѣла матки, предложенныхъ нѣкоторыми аме-

риканцами (*Миллеръ* ¹⁾, *Стореръ* и *Пинклемъ* ²⁾, *Кодманъ* и *Шёртлоффъ* ³⁾).

Глубокій проколъ шейки, предложенный *Шивельбергомъ* ⁴⁾, не представляетъ, на нашъ взглядъ, никакихъ преимуществъ предъ проколомъ слизистой оболочки, такъ какъ кровь все равно идетъ только изъ послѣдней.

Благотворное влiянiе такихъ мелкихъ, но часто повторяемыхъ кровопизвлеченiй не подлежитъ сомнѣнiю. Матка уменьшается въ объемъ и дѣлается менѣ чувствительной, и послѣ каждой скарификацiи замѣтно ослабленiе припадковъ, въ особенности боли въ животѣ и чувства жегнiя въ тазу. О благотворномъ влiянiи на существующую меноррагiю мы уже упомянули выше; здѣсь же прибавимъ еще, что скарификацiи значительно уменьшаютъ и чрезмѣрное отдѣленiе слизистой оболочки, въ особенности когда послѣднее еще не приняло характера хроническаго явленiя.

Второе важное противовоспалительное средство, холодъ, находитъ себѣ примѣненiе гораздо рѣже, потому что продолжительное употребленiе его при болѣзняхъ матки сопряжено съ большими затрудненiями, а временное примѣненiе холода вовсе не оказываетъ противовоспалительнаго дѣйствiя, но, въ силу вызываемой имъ реакцiи, скорѣе влiетъ въ противоположномъ смыслѣ.

При неосложненномъ хроническомъ метритѣ рѣдко бываетъ нужно прикладывать ледъ на животъ. Если же опухшая матка причиняетъ очень сильныя боли и если въ процессъ вовлекается и брюшина, то пузырь со льдомъ оказываетъ превосходныя услуги. Съ холодными душами на шейку нужно быть весьма осторожнымъ. Въ свѣжихъ случаяхъ, равно какъ при обостренiяхъ они положительно вредны, по своему мѣстнораздражающему дѣйствiю. Во всякомъ случаѣ, необходимо постепенно прiучать больную къ низкой температурѣ впрыскиваемой жидкости и дѣйствовать на шейку только слабой струей (изъ ирригатора).

Громадное значенiе имѣетъ при хроническомъ метритѣ забота о правильномъ выдѣленiи содержимаго пузыря и прямой кишки. Но если первое достигается легко, то второе очень трудно, тѣмъ болѣе, что часто приходится лишать больныхъ тѣхъ вредныхъ проносныхъ, къ которымъ онѣ привыкають. Лучшее всего стараться достигнуть правильныхъ испражнений простыми дiететическими средствами. Питье воды по утрамъ, употребленiе сырыхъ овощей или засахаренныхъ плодовъ (брусника, сливы) достаточны только въ легкихъ случаяхъ. Полезно также, чтобы больныя прiучались испражняться въ опредѣленный часъ, напр. утромъ послѣ

1) Boston med. and surg. J., мартъ 1867, стр. 133.

2) Boston gyn. J., т. I, стр. 85.

3) l. c., т. III, стр. 6.

4) Arch. f. Gyn., т. VI, стр. 484.

кофе. Но въ болѣе упорныхъ случаяхъ нельзя обойтись безъ искусственныхъ средствъ, и хорошо, если на больныхъ еще дѣйствуютъ легкія слабительныя: касторовое масло, среднія соли, препараты ревеня и александрийскаго листа. Если же эти средства не помогаютъ, кишечный каналъ вялъ и вообще питаніе и обмѣнъ веществъ подавлены, то однимъ мѣстнымъ леченіемъ нельзя ничего подѣлать; въ подобныхъ случаяхъ необходимо методическое леченіе, направленное на дѣятельность кишечнаго канала или способствующее, посредствомъ раздраженій кожи, укрѣпленію нервной системы, улучшенію питанія и обмѣна веществъ.

Такое леченіе можно производить на дому, назначая по утрамъ холодныя обмыванія и обтиранія или горькія воды, особенно Фридрихсгалъскую и Гуниади-Янось, а затѣмъ утреннюю прогулку.

Но именно при хроническомъ метритѣ, съ его длительнымъ, тянущимся цѣлыя годы, теченіемъ, полезно бываетъ посылать больныхъ, если обстоятельства имъ это позволяютъ, въ особыя заведенія, напр. водолечебницы, гдѣ, благодаря цѣлесообразному и методическому леченію, улучшается все питаніе тѣла, или на минеральныя воды.

Такъ какъ поѣздки на воды приобрѣтаютъ съ каждымъ годомъ все большее значеніе и вѣрный выборъ минеральныхъ водъ безспорно приноситъ громадную пользу больнымъ и можетъ избавить врача отъ позднихъ упрековъ, то я считаю излишнимъ изложить здѣсь вкратцѣ показанія къ употребленію главнѣйшихъ водъ.

Что касается собственно внутренняго употребленія водъ (Trinkkur), то для больныхъ съ довольно свѣжимъ и весьма незначительнымъ хроническимъ метритомъ, не страдающихъ малокровіемъ и расстройствомъ кишечныхъ отравленій, но у которыхъ существуетъ сильное истеченіе изъ половыхъ органовъ, полезнѣе всего эмскія воды: Фюрстенбрунненъ, Кренхенъ, Кессельбрунненъ, Августаквелле и Викторіаквелле (для ваннъ и впрыскиваній употребляются преимущественно Нейе-Вадеквелле, Бубенквелле и Вильгельмсквелле); далѣе Нейенаръ, Тенншштейнъ, а изъ немѣцкихъ водъ Виши.

Полнымъ же и тучнымъ больнымъ, страдающимъ вполнѣ хроническими формами воспаленія матки, съ расстройствами кровообращенія и венозными застоями брюшныхъ органовъ, а также вялымъ пищевареніемъ, слѣдуетъ рекомендовать маріенбадскія воды, а именно Крейцбрунненъ и Фердинандбрунненъ, или Ракоци и Пандуръ въ Киссингенѣ. Кромѣ того, для этихъ больныхъ полезны Соденъ въ Таунѣ и соляные источники въ Эльстерѣ, Франценсбадѣ и Пирмонтѣ; далѣе, Карлсбадъ, Тараспъ, Гомбургъ и Висбаденъ.

Больныхъ, съ блѣдной немочью или малокровіемъ, вслѣдствіе большихъ потерь крови, или вообще съ плохимъ питаніемъ, но безъ значительныхъ катарровъ желудка и кишокъ, лучше всего посылать

на желѣзистыя воды, гдѣ вмѣстѣ съ богатыми углекислотою и возбуждающими ваннами онѣ принимаютъ желѣзистыя воды и внутрь. Переходъ отъ щелочно-соляныхъ водъ и содержащихъ поваренную соль съ примѣсью желѣза, къ которымъ принадлежать уже Мариенбадъ, Киссингенъ и Гомбургъ, составляютъ Франценбадъ, Эльстеръ и Риппольшау, равно какъ Амброуисбрунненъ и Каролиненбрунненъ въ Мариенбадѣ. Чистыя желѣзныя воды суть: Швальбахъ, Пирмонтъ, Штебенъ, Дрибургъ, Боклетъ, Брюккенау, Либенау, Алексисбадъ, Кудова и Рейнерцъ, С. Морицъ, Спа.

Одинаковое значеніе съ употребленіемъ водъ внутрь имѣетъ собственно лечение ваннами. Для нашихъ больныхъ особенно важны разсолёныя и углекислыя ванны, которыя (подобно желѣзнымъ ваннамъ) дѣйствуютъ исключительно раздраженіемъ нервовъ кожи, имѣющимъ своимъ результатомъ общее возбужденіе нервной системы, а вмѣстѣ съ этимъ ускореніе обмѣна веществъ, усиленіе образовательныхъ процессовъ и, главное, ускоренное и болѣе полное обратное развитіе.

Холодныя разсолёныя ванны, подогреваемая искусственно, бываютъ особенно полезны для оплывшихъ или золотушныхъ больныхъ, у которыхъ матка очень велика и толста, но мало чувствительна, и у которыхъ болѣзнь, принявшая вполнѣ хроническое теченіе, не представляетъ болѣе обостреній. Изъ простыхъ разсолёныхъ ваннъ можно назначать Рейхенгалле, Ишль, Кёзенъ, Пирмонтъ, Виттекиндъ, Канштадтъ, Кольберцъ, Эльменъ, Крѣйтъ, Бекъ; но обыкновенно отдають предпочтеніе іоднымъ и бромистымъ ваннамъ, главнымъ образомъ Крейцнаху, издавна пользующемуся совершенно заслуженной извѣстностью, равно какъ находящемуся неподалеку Мюнстеру амъ Штейнъ; далѣе, Адельгейдсквелле и Бранкенгейль близъ Тельца, Соденталь близъ Ашафенбурга, Дюркгеймъ, Сульца, Галль въ верхней Австріи и Саксонъ-ле-бенъ.

При тѣхъ же показаніяхъ назначаютъ и грязныя ванны, устроенныя теперь на всѣхъ водахъ, хотя дѣйствіе ихъ еще не выяснено.

Особенно полезными оказываются углекислыя ванны, съ одной стороны, горячія разсолёныя, особенно Реме и Наугеймъ, съ другой, Киссингенъ, гдѣ разсолёныя ванны, содержащія очень много угольной кислоты, берутся довольно холодными, и Зоольшпрудель Содена въ Таунѣ. Сюда же относятся и желѣзистыя ванны, изъ которыхъ мы уже перечислили выше самыя главныя и которыя дѣйствуютъ преимущественно своимъ обильнымъ содержаніемъ угольной кислоты. Конечно, при искусственномъ нагрѣваніи, онѣ терять довольно много кислоты, но тѣмъ не менѣе онѣ содержатъ ея болѣе, чѣмъ горячіе источники Реме и Наугейма. Въ Гомбургѣ тоже устроены теперь хорошія, содержащія очень много углекислоты, ванны, снабжаемая изъ Людвиксвелле.

Такое же дѣйствіе, какъ разсольныя и углекислыя ванны, оказываютъ и морскія купанья, которыя слѣдуетъ настоятельно рекомендовать не слишкомъ истощеннымъ больнымъ.

Переходъ отъ разсольныхъ ваннъ къ безразличнымъ горячимъ ваннамъ представляютъ источники поваренной соли, отличающіеся небольшимъ содержаніемъ соли, но высокой температурой: Висбаденъ, Баденъ-Баденъ и Бурбоннъ-ле-бенъ.

Индифферентныя теплыя источники, особенно тепловатыя (28—32° Ц.), Шлангенбадъ и Ландекъ, имѣютъ чрезвычайно успокаивающее дѣйствіе и потому особенно полезны для слабыхъ женщинъ съ усиленной нервной раздражительностью. Они хорошо переносятся и при довольно сильной мѣстной чувствительности.

Часто весьма полезно бываетъ не ограничиваться назначеніемъ однихъ какихъ либо водъ или однихъ ваннъ, а соединять тѣ и другія вмѣстѣ. Такъ, въ Франценбадѣ и Эльстерѣ можно пить Зальцквелле, въ Мариенбадѣ Крейцбрунненъ или Фердинандбрунненъ, и вмѣстѣ съ этимъ принимать желѣзныя или грязныя ванны. Въ Пирмонтѣ можно пить Зальцтринкквелле, а ванны принимать щелочныя или желѣзистыя; въ Киссингенѣ внутрь Ракоци или Пандуръ, а для ваннъ щелочныя источники. Кромѣ того, можно, при наружномъ употребленіи мѣстныхъ водъ, пить привозныя воды, всегда имѣющіяся на болѣе извѣстныхъ минеральныхъ водахъ, напр. въ Шлангенбадѣ или Киссингенѣ швальбахскія или пирмонтскія желѣзныя воды и т. д.

Въ заключеніе мы должны еще разъ замѣтить, что какъ ни полезны минеральныя воды, но онѣ никакъ не могутъ замѣнить собою мѣстное леченіе, особенно въ свѣжихъ случаяхъ и при обостреніяхъ, гдѣ, напротивъ, онѣ могутъ даже ухудшить болѣзнь.

Такимъ образомъ леченіе на водахъ вообще полезно только въ застарѣлыхъ случаяхъ, въ видѣ послѣдовательнаго леченія послѣ мѣстныхъ средствъ. За то въ этихъ случаяхъ оно дѣйствуетъ превосходно, отчасти благодаря ваннамъ и питью самихъ водъ, отчасти благодаря болѣе рациональной діететикѣ и удаленію больныхъ изъ привычной домашней обстановки.

Наибольшую пользу приносятъ при хроническомъ метритѣ ванны, раздражающія кожу (разсольныя и желѣзистыя), такъ какъ онѣ обновляютъ весь обмѣнъ веществъ и, измѣняя кровообращеніе, дѣйствуютъ разрѣшающимъ образомъ на застарѣлыя затвердѣнія матки.

Это дѣйствіе водъ, вполнѣ неоспоримое, тѣмъ важнѣе для насъ, что оно не можетъ быть замѣнено никакимъ другимъ и въ особенности мѣстнымъ леченіемъ.

Внутреннее употребленіе іода, столь полезное при хроническихъ периметритахъ, оказываетъ на всасываніе новообразованныхъ тканевыхъ элементовъ въ хронически-воспаленной маткѣ едва-ли большее вліяніе,

чѣмъ горчичники и нарывные пластыри, которыми и теперь еще многіе раздражаютъ кожу.

Души, хотя и не бесполезны, но не безопасны. Чѣмъ больше разница въ температурѣ въ томъ или другомъ направленіи и чѣмъ сильнѣе струя, тѣмъ сильнѣе производимое ею раздраженіе. Поэтому, хотя горячія и холодныя души съ сильной струей и приносятъ пользу въ очень застарѣлыхъ случаяхъ, уменьшая матку, но вмѣстѣ съ тѣмъ всегда можно опасаться, что онѣ произведутъ обостреніе воспалительнаго процесса. Во всякомъ случаѣ, такъ какъ опытъ показываетъ, что больныя весьма различно переносятъ горячія и холодныя выпрыскиванія, лучше начинать ихъ приблизительно съ температуры крови, постепенно понижая или повышая ее, и тотчасъ же прекратить выпрыскиванія, какъ только больныя начинаютъ чувствовать отъ нихъ вредъ.

Для слабой струи лучше всего брать простой ирригаторъ; для болѣе сильной же—клизопомпъ *Майера*.

Тепловатыя выпрыскиванія въ 25—28° Ц., если они омываютъ шейку слабой струей, не вызываютъ раздраженія, а скорѣе оказываютъ разслабляющее и успокаивающее дѣйствіе. Вслѣдствіе этого, при нѣкоторой осторожности, ихъ можно съ успѣхомъ употреблять и въ болѣе свѣжихъ случаяхъ.

То же самое нужно сказать и о поясныхъ ваннахъ, изъ которыхъ горячія вызываютъ усиленный притокъ крови къ органамъ таза и, слѣдовательно, способствуютъ всасыванію, но въ то же время могутъ вести за собою возвратъ воспаленія.

Въ качествѣ средства, способствующаго всасыванію, превосходныя услуги оказываютъ такъ называемыя приснищовскіе компрессы, которые и безопасны, и дѣйствуютъ успокаивающимъ и болеутоляющимъ образомъ. Сложенное въ нѣсколько разъ полотенце смачиваютъ водою, затѣмъ хорошенько выжимаютъ, чтобы съ него не капала вода, и накладываютъ на обнаженный животъ, покрывая его сверху шерстянымъ платкомъ или резиною клеенкой, такъ, чтобы мокрое полотенце было закрыто со всѣхъ сторонъ. Последнее согрѣвается теплотою тѣла и, такъ какъ испареніе воды задержано, то оно долгое время остается влажнымъ, представляя собою постоянный влажно-теплый компрессъ.

Нѣкоторые гинекологи возлагаютъ большія надежды на мѣстное употребленіе іода. Такъ, напр., *Сканцони* ¹⁾ совѣтуетъ вставлять на ночь небольшія губки, смоченныя растворомъ 4,0 [Ѫj] іодистаго калия и 30,0 [Ѫj] глицерина. *Томасъ* ²⁾ рекомендуетъ iodised cotton (іодизированную вату) *Гринтафа*, которая готовится смачиваніемъ 250 грм. [Ѫviiij] ваты смѣсью изъ 60,0 [Ѫij] іодистаго калия, 30,0 [Ѫj] іода и 250,0 [Ѫviiij]

¹⁾ l. c., стр. 308.

²⁾ Diseases of women, 3-е изд., стр. 299.

глицерина, послѣ чего вату высушиваютъ. Тампонъ изъ этой ваты вводятъ во влагалищный сводъ.

Вообще говоря, нельзя отрицать дѣйствія іода въ крейцнахскихъ ваннахъ, приготовляемыхъ съ прибавленіемъ щелока и градированныхъ разсоловъ, а также въ другихъ источникахъ, содержащихъ бромъ и іодъ; но тѣмъ не менѣе благотворное вліяніе его именно на хроническій инфарктъ матки остается сомнительнымъ.

Громадную пользу, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда толстая, гипертрофированная шейка вдается далеко въ просвѣтъ влагалища, приноситъ ампутація влагалищной части ¹⁾, такъ какъ при этой операціи увеличенная матка не только теряетъ нѣкоторую часть, но вся гипертрофированная паренхима ея, какъ показалъ *К. Браунъ* ²⁾ помощью микроскопа, подвергается такому же обратному развитію, какъ въ послѣродовомъ періодѣ, и, слѣдовательно, подвергается весьма существенному измѣненію. Эта операція представляетъ еще и ту выгоду, что служитъ самымъ вѣрнымъ средствомъ для остановки обильныхъ, едва преодоленныхъ кровотеченій, происходящихъ иногда изъ воспаленной и утолщенной слизистой оболочки. (Въ обоихъ этихъ отношеніяхъ ампутація, во всякомъ случаѣ, болѣе цѣлесообразна, чѣмъ рекомендуемое многими прижиганіе каленымъ желѣзомъ).

Если матка стоитъ низко и можетъ быть безъ труда вытянута на столько, чтобы отсѣкаемая часть находилась передъ входомъ во влагалище, то операцію производятъ ножомъ или ножницами, съ послѣдовательнымъ наложеніемъ швовъ, точь въ точь, какъ при операціи гипертрофированной влагалищной части.

Насильственное же стягиваніе матки опасно въ томъ отношеніи, что отъ этого можетъ усилиться воспаленіе и перейти на брюшину; кромѣ того, можно порвать, если не пузырь или дугласово пространство, то передній влагалищный сводъ, такъ что образуется настоящая полость сбоку между маткой и пузыремъ. Во избѣжаніе этого, прежде чѣмъ вытягивать матку, отмѣчаютъ уровень, на которомъ прикрѣпляется влагалищный сводъ, иглками или поверхностными насѣчками.

Вскрытіе влагалищаго свода съ образованіемъ настоящей полости наблюдалъ *Симонъ* ³⁾; я самъ тоже испыталъ это удовольствіе. У женщины, рожавшей 8 разъ и выкинувшей 2 раза, мнѣ пришлось, по случаю уорныхъ и обильныхъ кровотеченій, ампутировать толстую и длинную шейку, неравнофрмной мозолистой твердости. Я стянулъ ее внизъ петлей и мозеевскими щипцами на столько, что могъ произвести ампутацію

¹⁾ *Майеръ*, M. f. Geb., т. 11, стр. 163. — *Симонъ*, M. f. Geb., т. 13, стр. 419. — *Штительбергъ*, M. f. Geb., т. 34, стр. 393, и Arch. f. Gyn., V, стр. 411. — *Генаръ*, I. c., стр. 394. Tagebl. der Wiesbadener Naturf.-Vers., стр. 176. Die operative Gynaekologie. Erlangen, 1874, стр. 228. — *Гроффельъ*, Anat. und oper. Beh. d. Gebärm. und Scheidenvorfälle. Freiburg, 1873, стр. 44.

²⁾ Zeitschr. d. Ges. der Wiener Aerzte, 1864, стр. 43.

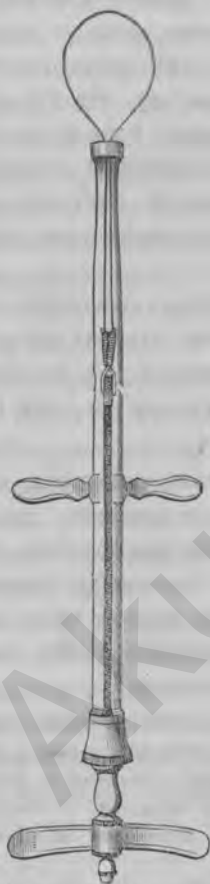
³⁾ I. c., стр. 423.

во входѣ во влагалище. При внутреннемъ изслѣдованіи, произведенномъ сряду же послѣ операціи, палецъ пошелъ спереди и справа отъ матки въ полость такой величины, что первое, что мнѣ пришло въ голову, была мысль, не поранилъ ли я пузыря. Но, когда я вставилъ катетеръ, оказалось, что послѣдній повсюду былъ отдѣленъ отъ введеннаго въ полость пальца тонкой стѣнкой пузыря. Оставалось предположить одно—что, вслѣдствіе слишкомъ сильнаго выворота влагалища, при вытягиваніи матки, влагалищная часть была отрѣзана справа и спереди слишкомъ высоко, такъ что я вскрылъ въ этомъ мѣстѣ сводъ. Послѣ вскрытія мочевого пузыря и брюшина снова поднялась вверхъ, а матка оставалась внизу, вслѣдствіе чего между брюшиной, пузыремъ и маткой образовалась настоящая полость. Впрочемъ, излеченіе послѣдовало безъ особенныхъ приключеній, если не считать послѣдовательнаго кровотеченія, остановленнаго энергическимъ прижиганіемъ каленымъ желѣзомъ. Рана хорошо затянулась рубцомъ, кровотеченія и другіе припадки исчезли и чрезъ годъ съ четвертью оперированная снова забеременѣла.

Такъ какъ производство искусственнаго выпаденія не совсѣмъ безопасно, то приходится оперировать шейку на томъ мѣстѣ, гдѣ она помещается. Но отсѣченіе несмѣщенной внизъ шейки ножомъ или ножницами, съ послѣдовательнымъ наложеніемъ швовъ, представляетъ такую трудную операцію, притомъ сопряженную съ значительной потерей крови, что въ большинствѣ случаевъ прибѣгаютъ скорѣе къ другимъ способамъ.

Цѣпной экразеръ никуда не годенъ, такъ какъ онъ сначала перерѣзываетъ плотное вещество шейки, а затѣмъ уже слизистую оболочку. При этомъ послѣдняя перерѣзывается не гладко, а очень легко втягивается въ трубку экразера, вслѣдствіе чего могутъ отдѣлиться значительные куски соединенной слизистой оболочки и произойти самыя опасныя побочныя поврежденія¹⁾. Даже вкалываніе защитительныхъ иголъ, вообще трудно исполнимое, нисколько не предохраняетъ отъ этого.

Гораздо менѣе опасенъ проволочный констрикторъ *Мезоніева* (wire ecraseur англичанъ, фиг. 48). Едва-ли справедливо поставить ему въ упрекъ общенный *Мидовсомъ*²⁾ случай вскрытія пузыря и дугласова пространства, происшедшій, вѣроятно, отъ неправильнаго въ самомъ началѣ наложенія проволоки. Я не рѣшаюсь также осуждать его и за случившееся со мною вскрытіе дугласова пространства, потому что дѣло шло о ракѣ,



Фиг. 48.

Проволочный экразеръ.

¹⁾ *Ламбенекъ*, M. f. Geb., т. 11, стр. 169, и т. 18, стр. 17. — *Бреслау*, Bair. ärztl. Int.-Bl., 1853, № 3. — *Симсъ*, Gebärmutterchir., стр. 158. — *Вейнбергъ* (*Мартинъ*), Ueber Prolapsus uteri. D. i. Berlin, 1869, стр. 14.

²⁾ London Obst. Tr., XI, стр. 102.

распространившемся на задній сводъ. (Рана зажила, смерть на 10 день отъ кровотеченій изъ культи). Во всякомъ случаѣ, осторожность не мѣшаетъ.

Менѣе опасно примѣненіе гальвано-каустики, настоятельно рекомендуемое *Штительбергомъ*. Наложеніе проволоки встрѣчаетъ тѣмъ меньше затрудней, чѣмъ ниже лежитъ ампутаціонное мѣсто. Во избѣжаніе кровотеченій, перерѣзка должна быть произведена при очень слабомъ калильномъ жарѣ, т. е. по возможности медленнѣе. Впрочемъ, по отпаденіи струна, нерѣдко происходятъ послѣдовательныя кровотеченія, равно какъ образуются суженія и атрезіи.

Вообще предупрежденіе кровотеченій составляетъ слабую сторону всѣхъ этихъ операций. Вѣрнѣе всего они предотвращаются при операциі ножомъ, если наложить глубоко захватывающіе паренхиму швы. Каленное желѣзо тоже останавливаетъ кровотеченіе вѣрно и быстро; въ нѣкоторыхъ случаяхъ, правда, оно удается съ трудомъ; но, насколько я успѣлъ замѣтить, всегда можно остановить кровотеченіе, если вполне обнажить всю поверхность раны и прикладывать желѣзо до тѣхъ поръ (иногда 20—30 разъ), пока просачивается хотя одна капля крови. Нельзя сказать того же о тампонаціи. Простыми полотняными тампонами ничего нельзя достигнуть, а тампоны, пропитанные полторахлористымъ желѣзомъ дѣйствуютъ невѣрно и ведутъ за собою еще то непріятное послѣдствіе, что суживаютъ чрезвычайно влагалище и дѣлаютъ его непроходимымъ, такъ что затрудняютъ примѣненіе каленаго желѣза, если въ немъ окажется надобность.

Что касается леченія осложненій, въ особенности эндометрита и периметрита, то объ этомъ будетъ рѣчь въ соответственныхъ главахъ.

Воспаленіе слизистой оболочки матки. Endometritis.

Острый эндометритъ.

Клобъ, Pathol. Anat. d. weibl. Sexualorg., стр. 212. — *Геннингъ*, Kattarrh der inneren weiblichen Geschlechtsorgane, 2-е изд. — *Геренъ*, De la métrite aiguë. Annales de gynec., июль 1874, стр. 5.

Этіологія.

Острый эндометритъ, если исключить родственное ему послѣродовое измѣненіе, представляетъ рѣдкое заболѣваніе и никогда не встрѣчается до наступленія зрѣлости. Чаще всего онъ развивается во время мѣсячныхъ очищеній, вслѣдствіе вредныхъ вліяній, преимущественно простуды. (Подавленіе мѣсячныхъ, часто наблюдаемое при этомъ, должно быть рассматриваемо не какъ причина, а какъ первый признакъ развивша-

гося эндометрита). Далѣе, острое воспаленіе слизистой оболочки можетъ произойти отъ сильнаго раздраженія половыхъ органовъ вообще (слишкомъ частое совокупленіе) и слизистой оболочки матки въ частности (сильныя прижиганія, вырскиванія, механическія поврежденія и пораненіе). Оно развивается также при заразныхъ болѣзняхъ, тифѣ, холерѣ, оспѣ, скарлатинѣ, кори, равно какъ и при фосфорныхъ отравленіяхъ ¹⁾. Всего чаще, однакоже, встрѣчается венерическая форма, вслѣдствіе зараженія триппернымъ ядомъ.

Патологическая анатомія.

Слизистая оболочка показываетъ обыкновенныя измѣненія, свойственныя острымъ катаррамъ: налитость, набуханіе и бархатистую поверхность. При этомъ она рыхла, такъ что на трупѣ иногда довольно легко отскабливается ручкой скальпеля. Нерѣдко въ ней замѣтны мелкія кровоизліянія. Обыкновенно эти измѣненія бывають сильнѣе выражены на слизистой оболочкѣ тѣла матки, тогда какъ на шейкѣ они развиты довольно слабо. Влагалищная часть принимаетъ такой же видъ, какъ въ началѣ беременности; она набухаетъ, размягчается, часто бываетъ усѣяна сеадинами, а маточный зѣвъ имѣетъ форму круглаго отверстія.

Отдѣленіе пораженной слизистой оболочки, мерцательный эпителий которой быстро погибаетъ, усиливается, при чемъ отдѣленіе тѣла матки, состоящее вначалѣ изъ жидкой, водянистой сыворотки, впоследствии густѣетъ, отъ примѣси отпавшаго эпителия (по временамъ все содержимое желѣзистыхъ мѣшечковъ извергается въ видѣ вязныхъ образований), равно какъ отъ обильно образующагося гноя, и становится непрозрачнымъ, бѣлымъ и гноевиднымъ. Отдѣленіе шейки, въ нормальномъ состояніи густое, клейкое и студенистое, дѣлается болѣе жидкимъ и тоже мутнѣетъ. Въ свою очередь, и стекловидное содержимое набухшихъ фолликулъ тоже становится бѣловато-мутнымъ, иногда даже гнойнымъ.

Въ болѣе трудныхъ случаяхъ паренхима матки тоже легко принимаетъ участіе въ воспаленіи, такъ что можетъ произойти осложненіе метритомъ и даже периметритомъ. Кромѣ того, эндометритъ можетъ перекинуться и на слизистую оболочку влагалища, хотя большей частью дѣло происходитъ въ обратномъ порядкѣ, особенно при трипперѣ.

Припадки.

Болѣзнь сопряжена съ лихорадкой и можетъ начаться потрясающимъ ознобомъ; впрочемъ, лихорадка обыкновенно не очень высока и продолжается всего нѣсколько дней.

¹⁾ Гаузманъ, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn., т. I, стр. 265.

Боли въ животѣ можетъ совершенно не быть, при отсутствіи осложненій, но въ большинствѣ случаевъ появляется чувство давленія и тяжести въ тазу, а иногда и глубокая внутренняя боль.

Матка едва или вовсе не увеличена и очень мало чувствительна къ давленію. За то она чувствительна къ зондированію, а при прохожденіи зонда чрезъ внутренней маточный зѣвъ, равно какъ при дотрогиваніи имъ ко дну матки, могутъ появиться очень сильныя боли.

Влагалищная часть представляется покрасѣвшею, иногда съ синеватымъ отливомъ, и на ней замѣчаются ссадины, а то и болѣе глубокія изъязвленія, рядомъ съ набухшими и наполненными бѣловатымъ или гнойнымъ содержимымъ фолликулами.

Характеристическимъ признакомъ служить истеченіе водянистой, вначалѣ свѣтлой, потомъ бѣловатой или желтоватой влаги, идущей, какъ видно въ зеркало, изъ матки.

При отсутствіи осложненій, сосѣдніе органы не бывають измѣнены, а только замѣчается частый позывъ къ мочеиспусканію.

Исходы.

Лихорадка и чувствительность живота продолжаются всего нѣсколько дней, течь держится нѣсколько дольше, но и она постепенно проходитъ и процессъ оканчивается выздоровленіемъ.

Весьма часто, однакоже, особенно при неправильномъ леченіи, остается хроническое воспаленіе слизистой оболочки съ упорной течью.

При трипперѣ, воспаленіе влагалища часто на столько выступаетъ на первый планъ, что заслоняетъ собою страданіе слизистой оболочки матки.

Опасное направленіе можетъ принять болѣзнь въ томъ случаѣ, когда воспалительный процессъ переходитъ чрезъ стѣнку матки или слизистую оболочку фаллопиевыхъ трубъ на брюшину.

Распознаваніе.

При наличности перечисленныхъ выше признаковъ, т. е. когда, при обильномъ водянистомъ истеченіи, матка увеличена очень мало и чуть-чуть чувствительна, когда доступная часть слизистой оболочки шейки показываетъ описанныя выше измѣненія, — не трудно поставить діагнозъ, даже безъ испытанія чувствительности слизистой оболочки посредствомъ зонда, котораго вообще лучше, по возможности, избѣгать въ подобныхъ случаяхъ.

Леченіе.

При обыкновенномъ, не очень трудномъ теченіи, собственно терапевтическія средства совершенно излишни. Мало того, при остромъ эндо-

метритъ нужно всячески избѣгать употребленія небезразличныхъ мѣстныхъ средствъ, ограничиваясь покойнымъ положеніемъ больной, запрещеніемъ полового акта и заботою о свободномъ испражненіи на низъ. Если моча выдѣляется скудно и существуетъ частый позывъ къ мочеиспусканію, то назначаютъ углекислыя воды. Сильныя боли въ нижней части живота можно облегчать компрессами Приснида. Мѣстные кровопускденія нужны только въ томъ случаѣ, когда матка сильнѣе набухаетъ и болѣе чувствительна. Мѣстное примѣненіе вяжущихъ средствъ, которыхъ нужно избѣгать при совѣмъ свѣжихъ катаррахъ, оказывается полезнымъ, когда острая форма грозитъ перейти въ хроническую.

Хроническій эндометритъ. Катарръ матки.

Бламенъ, Du catarrhe ut. ou des fleurs blanches. Paris, 1801; *Бламенъ* и *Нисе*, Traité des mal. des femmes etc. Paris, 1842. — *Бюро*, Essai sur la leucorrhoe. Paris, 1834. — *Джесель*, Pract. observ. on fluor albus. London, 1832. — *Маркъ д'Эспингъ*, Arch. gén. de méd., 1836, т. X. — *Дюранъ Фарделль*, Journ. des connoiss. méd. chir., июль и сент. 1840. — *Робертъ*, Des affections gran. ulc. etc. Paris, 1848. — *Кауфмантъ*, Verh. d. Ges. f. Geb. in Berlin, 1852, т. V, стр. 26. — *Тайлеръ Смитъ*, The pathol. a. treatment of Leucorrhoea. London, 1855. — *Генингъ*, Der Katarrh der inneren weibl. Geschlechtsth., 2-е изд. — *О. фонъ Грюневальдтъ*, Petersb. med. Z., т. IX, стр. 185. — *Гильдебрандтъ*, Volkmann's Samml. klin. Vortr. Leipzig, 1872, № 32.

Названіе leucorrhoea, fluor albus, бѣли, the whites, fleurs blanches, служило прежде для чисто симптоматическаго обозначенія всякаго некроянистаго истеченія изъ половыхъ органовъ, безотносительно къ мѣсту его происхожденія. Въ большинствѣ случаевъ глухо предполагалось, что оно идетъ изъ влагалища; одни только французы, въ особенности *Гарденъ* и *Каторонъ*, употребляли этотъ терминъ въ смыслѣ бленнореи матки.

Въ новѣйшее же время, когда почти все убѣдились, что бленнорея одного только влагалища составляетъ относительно рѣдкое явленіе, возникъ новый споръ о томъ, что встрѣчается чаще, катарръ ли слизистой оболочки тѣла матки или катарръ шейки. *Аранъ*, *Вестъ* и др. считаютъ катарръ тѣла матки за болѣе частую форму, другіе же за очень рѣдкую. Я того мнѣнія, что отдѣльное заболѣваніе шейки встрѣчается всего чаще, заболѣваніе шейки и полости тоже довольно часто, заболѣваніе же одной полости положительно рѣдко. Во второмъ изъ упомянутыхъ случаевъ катарръ полости составляетъ самое главное страданіе, и потому мы рассмотримъ здѣсь сначала тѣ случаи, когда пораженіе занимаетъ слизистую оболочку тѣла матки, и затѣмъ уже, въ слѣдующей главѣ, изложимъ отдѣльное заболѣваніе слизистой оболочки шейки.

Катарръ всей слизистой оболочки, т. е. главнымъ образомъ тѣла матки.

Этіологія.

Хотя катарръ матки нерѣдко развивается изъ остраго эндометрита, тѣмъ не менѣе онъ гораздо чаще происходитъ независимо отъ послѣдняго.

Чрезмѣрное отдѣленіе слизистой оболочки нерѣдко развивается самымъ незамѣтнымъ образомъ у слабыхъ, золотушныхъ и хлоротическихъ женщинъ, особенно въ сырыхъ и холодныхъ мѣстностяхъ, напр. въ Голландіи, Бельгіи и болотистыхъ округахъ Англіи. Съ другой стороны, то же самое замѣчается и въ жаркихъ климатахъ (по наблюденіямъ англійскихъ врачей, европейскія женщины, переѣзжающія на жительство въ Индію, весьма часто страдаютъ бѣлыми). Послѣ родовъ тоже иногда остается хроническая течь изъ матки и притомъ чаще всего, хотя и не исключительно, у женщинъ, которыя сами не кормятъ грудью. Всего сильнѣе она бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ на мѣстѣ послѣда задерживаются остатки плодныхъ оболочекъ или свертки фибрина.

Далѣе, извѣстная роль принадлежитъ здѣсь и всѣмъ тѣмъ условіямъ, которыя въ состояніи вызвать приливъ или застой крови въ маткѣ, и на которыя мы уже указали въ этіологіи хроническаго метрита. Въ этомъ отношеніи большое значеніе имѣетъ уже физиологическій процессъ мѣсячныхъ очищеній, который вначалѣ и въ концѣ сопровождается сывороточнымъ отдѣленіемъ. Это водянистое отдѣленіе постепенно затягивается на все большій и большій срокъ, особенно у золотушныхъ и хлоротическихъ женщинъ, такъ что, подъ конецъ, наполняетъ собою весь промежутокъ между двумя менструаціями.

Какъ на частую, вѣроятно, причину катарра намъ остается еще указать на простуду, на счетъ которой относятъ и большинство катарровъ другихъ слизистыхъ оболочекъ.

Патологическая анатомія.

Въ застарѣлыхъ случаяхъ слизистая оболочка гипертрофирована, болѣе или менѣе утолщена, тогда какъ въ совершенно свѣжихъ случаяхъ она сочна и богата кровью, мягка и рыхла. Въ ткани ея замѣчаются пигментныя пятна, темно-краснаго, бураго или черноватаго цвѣта, обязанныя своимъ происхожденіемъ кровоизліяніямъ. Сама слизистая оболочка представляется покрасѣвшей только въ очень свѣжихъ случаяхъ, тогда какъ въ застарѣлыхъ имѣетъ асидно-сѣрый видъ. Внутренняя поверхность ея, обращенная въ полость матки, большею частью

гладка, мѣстами приподнята въ видѣ бугровъ, устья желѣзъ различаются весьма ясно.

Въ другихъ случаяхъ существуютъ настоящія грануляціи, происходящія отъ того, что по sluщиваніи верхнихъ слоевъ слизистой оболочки нижніе разрастаются неправильно. Эти грануляціи могутъ образовать сосочковыя или полипозныя массы. Французы въ особенности придають большое значеніе грибовиднымъ разращеніямъ слизистой оболочки¹⁾. Но надо замѣтить, что они смѣшиваются подъ этимъ названіемъ формы, не имѣющія ничего общаго между собою: дѣйствительныя разращенія соединительной ткани²⁾, послѣдковыя полипы и саркомы.

Отдѣленіе пораженной слизистой оболочки маточной полости обыкновенно прозрачно, какъ вода, не слишкомъ густо, съ щелочной реакціей, по временамъ буровато, рѣдко содержитъ кровь, но можетъ также заключать много слизи или даже гноя.

При очень затяжныхъ катаррахъ, слизистая оболочка претерпѣваетъ важныя измѣненія. Мерцательный эпителий разрушается уже на первыхъ порахъ, позднѣе sluщивается и цилиндрической эпителий и на мѣсто его появляются плоскія, многогранныя кѣтки, напоминающія мостовидный эпителий. Одновременно съ этимъ слизистая оболочка сильно истончается, атрофируется и, подъ конецъ, вся полость матки оказывается выложенной простымъ слоемъ соединительной ткани. Желѣзы либо выпадаютъ, вслѣдствіе чего, если въ то же время происходитъ и расширеніе полости матки, образуются дыры, придающія послѣдней видъ сѣти, либо перетягиваются и образуютъ кисты, которыя могутъ вскрыться, оставляя послѣ себя ямовидныя углубленія.

Въ видѣ осложненія нерѣдко существуетъ хроническій метритъ, въ другихъ же случаяхъ паренхима матки нормальна, но чрезвычайно дрябла.

Принадки.

Такъ какъ въ эндометритѣ тѣла матки участвуетъ и шейка, то, конечно, здѣсь должны имѣть мѣсто и тѣ болѣе рѣдкіе принадки, которые свойственны катарру послѣдней. Тѣмъ не менѣе мы ограничимся здѣсь только изложеніемъ принадковъ чистаго катарра полости, отсылая читателя къ слѣдующей главѣ.

На первомъ планѣ выступаетъ водянистое истеченіе, отъ котораго болѣзнь и получила свое народное названіе и которое нерѣдко бываетъ до того обильно, что образуется сильная бленоррея съ обильнѣйшимъ

¹⁾ *Puye, Des fungos. utér. Thèse. Paris, 1858, и Гольдшмидтъ, Des fungos. de la cavité de l'utérus. Thèse. Strasbourg, 1859.*

²⁾ *Славинскій, Arch. de Physiol., серия II, 1874, стр. 53, описываетъ ихъ подъ именемъ métrite interne villeuse.*

свѣтлымъ выдѣленіемъ. Какъ слѣдствіе усиленнаго отдѣленія, а иногда и при очень слабой течи, являются разстройства пищеваженія, отсутствіе апетита, ведущія къ исхуданію и потерѣ силъ.

У пожилыхъ женщинъ съ суженнымъ внутреннимъ зѣвомъ, бленорройное отдѣленіе можетъ скопляться въ маткѣ, извергаясь только время отъ времени, или же, если зѣвъ совершенно закрытъ, дѣло доходить, какъ мы уже видѣли выше, до образованія гидрометры.

Сама матка оказывается чувствительной при двойномъ изслѣдованіи, благодаря частому осложненію хроническимъ метритомъ. Самъ по себѣ эндометритъ обуславливаетъ чувствительность только при зондированіи, но вмѣстѣ съ тѣмъ боль можетъ быть очень значительна, особенно при прохожденіи зонда чрезъ внутренний зѣвъ или при дотрогиваніи до дна матки.

Мѣсячныя очищенія могутъ подвергаться при катаррѣ матки самымъ разнообразнымъ разстройствомъ. Весьма часто, особенно въ самыхъ раннихъ періодахъ болѣзни, имѣютъ мѣсто кровотеченія и притомъ либо независимо отъ регуль (метроррагіи), либо въ видѣ чрезмѣрныхъ мѣсячныхъ очищеній (меноррагіи). Больше серьезное и даже опасное для жизни значеніе эти кровотеченія приобрѣтаютъ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ на слизистой оболочкѣ существуютъ значительныя грануляціи. Нерѣдко также встрѣчаются и дисменорройные принадки, появляющіеся въ особенности тамъ, гдѣ каналъ шейки суженъ, вслѣдствіе набуханія ея слизистой оболочки. Аменоррея же, составляющая одинъ изъ первыхъ признаковъ заболѣванія при остромъ катаррѣ, развивается при хроническомъ эндометритѣ только впоследствии, когда слизистая оболочка атрофирована или разрушена.

Въ дальнѣйшемъ теченіи могутъ появиться всѣ тѣ разстройства, о которыхъ намъ пришлось говорить при хроническомъ метритѣ. Сюда относятся главнымъ образомъ разстройства со стороны пищеварительнаго канала, головная боль, разстройства въ нервной сферѣ и вся пестрая фаланга истерическихъ явленій. Подробно это изложено у *Грюневальда*¹⁾.

Безплодіе, составляющее весьма частое явленіе при хроническомъ катаррѣ, объясняется набуханіемъ слизистой оболочки, простирающимся отъ наружнаго маточнаго зѣва до брюшнаго отверстія фаллопиевыхъ трубъ и препятствующимъ прохожденію сѣмени и яичка. Въ болѣе застарѣлыхъ случаяхъ причиной его нужно признать увеличеніе полости матки и гладкость атрофированной слизистой оболочки, которыя препятствуютъ прикрѣпленію яичка. Замѣтимъ мимоходомъ, что упомянутые сейчасъ моменты сообщаютъ катарру слизистой оболочки матки весьма важное значеніе въ дѣлѣ происхожденія *placenta praevia*. Не будучи въ состояніи прикрѣпиться къ гладкой слизистой оболочкѣ, яич-

1) Petersb. med. Zeitschr., т. 9, стр. 190 и слѣд.

ко часто выскальзываетъ чрезъ шейку, при чемъ оно иногда задерживается у внутренняго зѣва и влечетъ за собою образованіе placenta praevia.

Роуль ¹⁾ придаетъ особенное значеніе отдѣльному заболѣванію дна матки. Онъ различаетъ здѣсь четыре различныя формы, изъ которыхъ первая сопровождается истерическими судорогами, катаlepsией и умственнымъ разстройствомъ. Чувствительность можетъ быть при этомъ такъ велика, что ею именно онъ и объясняетъ существованіе „irritable uterus“ *Гуча*.

Теченіе такое же хроническое, какъ при инфарктѣ матки. Вполнѣ развитая блenorрея, если больная не измѣнитъ условій жизни, продолжается обыкновенно до тѣхъ поръ, пока отдѣленіе не изсякнетъ, вслѣдствіе атрофіи матки, разрыхленія ея стѣнокъ и разрѣженія слизистой оболочки.

Распознаваніе.

Если, при незначительномъ пораженіи шейки, въ зеркало замѣчается обильное водянистое выдѣленіе изъ маточнаго зѣва, то мѣстомъ страданія слѣдуетъ признать всю слизистую оболочку матки. Я считаю сомнительнымъ, чтобы можно было вѣрно опредѣлить наиболѣе пораженныя части по степени чувствительности, которую онѣ обнаруживаютъ при дотрогиваніи къ нимъ зондомъ.

Предсказаніе.

Хотя катарръ слизистой оболочки матки не представляетъ прямой опасности для жизни, тѣмъ не менѣе онъ можетъ имѣть самыя вредныя послѣдствія для здоровья, вслѣдствіе потери соковъ отъ кровотеченій и постоянной течи. Впрочемъ, и обильныя выдѣленія иногда переносятся безъ вреда въ теченіи долгаго времени.

Леченіе.

Кеммереръ, Amer. J. of Obst., II, стр. 185. — *Ригель*, Deutsches Archiv f. klin. Med., V, стр. 464. — *Штисельбергъ*, Volkmann's Samml. klin. Vorträge, 1871, № 24.

Мы придаемъ большое значеніе профилактическимъ мѣрамъ, хотя и не намѣрены говорить о нихъ подробно, въ виду того, что онѣ сами собою вытекаютъ изъ этиологіи.

При катаррѣ матки важное мѣсто принадлежитъ соотвѣтственному общему леченію, такъ какъ съ помощью его нерѣдко удается остановить истеченіе и безъ мѣстныхъ средствъ, особенно въ случаяхъ, гдѣ катарръ зависитъ отъ блѣдной немочи или золотухи, или вообще у малокровныхъ больныхъ съ плохимъ питаніемъ. Разумный образъ жизни,

¹⁾ London Obst. Tr., т. XII, стр. 136.

согласно правиламъ гигіены, укрѣпляющая, легковаримая пища, вино и желѣзо часто оказываютъ чудеса въ подобныхъ случаяхъ.

Холодныя обмыванія тѣла, морскія купанья, разсолныя и желѣзныя ванны тоже способствуютъ укрѣпленію организма.

Внутреннія средства остаются вообще безъ вліянія на мѣстный процессъ. Сами по себѣ слабительныя тоже не въ состояніи ограничить истеченіе, хотя могутъ принести большую пользу въ томъ отношеніи, что устраняють упорные запоры, обусловливающіе переполненіе матки кровью. Во всякомъ случаѣ, слѣдуетъ остерегаться употребленія проносныхъ средствъ; что же касается кастороваго масла и солей, то они не только безвредны, но часто приносятъ положительное облегченіе.

Подобнымъ же образомъ дѣйствуютъ почти всеѣ исчисленныя при хроническомъ метритѣ минеральныя воды, между которыми особенно хорошей славой пользуются Эмсъ и Нейенаръ, главнымъ образомъ, вѣроятно, благодаря ихъ превосходному дѣйствию на катарры другихъ слизистыхъ оболочекъ. На сколько могутъ быть полезны при страданіяхъ слизистой оболочки матки души (Бубенквелле въ Эмсѣ) и рѣшетчатая зеркала, чрезъ которыя можно дѣйствовать мѣстными средствами на слизистую оболочку влагалища, — это пока рѣшить трудно.

Мы переходимъ теперь къ трудной, но въ практическомъ отношеніи чрезвычайно важной главѣ. Мѣстное леченіе слизистой оболочки матки, въ которой главнымъ образомъ и сосредоточено страданіе, трудно и не лишено опасности для больныхъ; поэтому, рождается весьма законный вопросъ, на сколько мѣстное воздѣйствіе въ области слизистой оболочки влагалища и шейки можетъ быть полезно и противъ эндометрита тѣла матки. Какъ бы то ни было, но въ виду опасности, неразлучной со всякими собственно внутри-маточнымъ способами леченія, необходимо сперва испытать, не удастся ли чего нибудь достигнуть общими средствами и мѣстнымъ леченіемъ ближайшей слизистой оболочки шейки. О значеніи рациональнаго общаго леченія мы уже упомянули выше; здѣсь же мы постараемся выяснитъ важность мѣстнаго леченія слизистой оболочки шейки для катарра тѣла матки.

Если катарръ существуетъ не долго, если дѣло идетъ только о гипереміи и набухлости слизистой оболочки, то скарификаціями влагалищной части нерѣдко удается совершенно прервать процессъ; даже въ болѣе хроническихъ случаяхъ мы бываемъ иногда въ состояніи, посредствомъ излагаемаго ниже мѣстнаго леченія слизистой оболочки шейки, устранить или, по меньшей мѣрѣ, ограничить помѣщающееся выше воспаленіе тѣла матки.

Въ упорныхъ же случаяхъ, при неотложномъ показаніи къ терапевтическому вмѣшательству, волей-неволей приходится прибѣгнуть къ мѣстному леченію самой пораженной слизистой оболочки матки.

Такія неотложныя показанія могутъ быть даны, какъ бленорреей, такъ и кровотечениями изъ грануляцій матки. Въ первомъ случаѣ лучше всего помогаютъ впрыскиванія въ полость матки, во второмъ — довольно часто можно обойтись менѣе опаснымъ вставленіемъ пресованной губки въ полость шейки. Но мѣрѣ того, какъ выдающійся изъ внутренняго зѣва верхній конецъ губки набухаетъ, онъ раздавливаетъ кровоточащія грануляціи, такъ что иногда довольно ввести только одну пресованную губку, чтобы достигнуть очень хорошихъ результатовъ. Во всякомъ случаѣ, вставленіе губки должно быть испробовано раньше, чѣмъ выскабливаніе грануляцій ложечкой] *Рекамье* или острой ложкой *Симона*, такъ какъ послѣдній способъ несравненно болѣе опасенъ ¹⁾.

При обильной блениорреѣ придуманы были всевозможные способы, для введенія лекарствъ прямо на пораженную слизистую оболочку. Въ прежнія времена были въ большомъ ходу предложенные *Бекерелемъ* и *Родіе* палочки (сгауопs), посредствомъ которыхъ лекарственное вещество вводилось въ полость шейки или матки въ твердомъ видѣ. Они приготовляются изъ *gummi tragacanth.*; болшею частью, однакоже, употребляются палочки изъ равныхъ частей камеди и танина.

Еще чаще употребляются яписныя палочки. Если шейка не сужена и матка не искривлена, то очень легко ввести такую палочку (которую сплавляютъ съ селитрой для уменьшенія хрупкости) въ полость матки и прижечь ею внутреннюю поверхность. Многіе совѣтуютъ ²⁾ сломать введенную въ полость матки палочку и оставить ее тамъ. Послѣдняя сразу же обволакивается свернувшимися бѣлками, образующими вокругъ нея какъ бы сумку, вслѣдствіе чего дѣлается безвредной, но вмѣстѣ съ тѣмъ и бесполезной. Вообще надо замѣтить, что раздраженіе, производимое голой палочкой, вызываетъ сокращенія шейки и внутренняго зѣва, значительно затрудняющія или дѣлающія невозможнымъ дальнѣйшее введеніе ея, и что еще въ шейкѣ палочка до того облѣпляется альбуминатами, что едва-ли можетъ оказывать какое нибудь дѣйствіе въ полости матки. Въ виду этого предложены были различные инструменты для введенія палочки въ закрытомъ видѣ. Напр., *Штительбергъ* ³⁾ вводитъ ее посредствомъ трубки, похожей на маточный зондъ, изъ которой она выталкивается проволокой.

Подобнымъ же образомъ дѣйствуетъ и изобрѣтенный *Мартиномъ* ⁴⁾ инструментъ, окрещенный имъ названіемъ „маточнаго пистолета“ и служащій вообще для введенія лекарственныхъ палочекъ въ полость матки. *Мартинъ* приготовляетъ пилульную массу изъ глицерина и порошокъ и дѣлаетъ изъ нея твердыя палочки, въ которыхъ дѣйствующими со-

¹⁾ *Чамберленъ, Пегератъ* etc., Amer. J. of Obst., т. IV, стр. 719, 726 и 728.

²⁾ *Курти*, Malad. de l'utérus, 2-е изд., стр. 291 и 699.

³⁾ l. c., стр. 228.

⁴⁾ Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn., т. I, тетр. 1, стр. 28.

ставными частями являются: ferr. sesquichl., supr. sulf., zinc. oxyd. alb. и таннинъ ¹⁾. *Стореръ* въ Бостонѣ употребляетъ инструментъ, очень похожій на маточный пистолеть ²⁾.

Всѣ эти палочки, оставляемыя въ маткѣ, раздѣляютъ съ яннисной палочкой тогъ общій недостатокъ, что, обволакиваясь свернутыми бѣлками, дѣлаются недействительными и вообще дѣйствуютъ на поверхность матки неравномѣрно. Сверхъ того, онѣ раздражаютъ матку, какъ посторонняя тѣла.

Поэтому, гораздо лучше вводить нужныя лекарства не въ видѣ палочекъ, а въ формѣ легко расплывающихся мазей. Последнія приготовляются изъ жира или глицерина и вводятся въ полость матки посредствомъ полыхъ инструментовъ, изъ глазковъ которыхъ выталкиваются поршнемъ ³⁾.

Другой способъ, впервые введенный въ практику, какъ кажется, *Миллеромъ* и рекомендуемый преимущественно *Плейферомъ* ⁴⁾, состоитъ въ томъ, что вводятъ въ матку обмотанную вокругъ обыкновеннаго зонда вату, смоченную жидкимъ лекарствомъ (карболовой кислотой). Вату можно укрѣпить на зондѣ такимъ образомъ, что она вынимается вмѣстѣ съ зондомъ или остается въ маткѣ. Но и здѣсь лекарства могутъ дѣйствовать только на слизистую оболочку шейки, такъ какъ, доходя до полости матки, они либо выдыхаются, либо покрываются слизью такимъ образомъ, что перестаютъ дѣйствовать.

Для того, чтобы наиболѣе вѣрно и равномѣрнымъ образомъ дѣйствовать на всю слизистую оболочку, лучше всего прибѣгнуть къ вырыскиваніямъ въ полость матки. Последнія практиковались еще *Лисфранкомъ* и *Видалемъ де Касси*, посредствомъ каучуковыхъ зондовъ, и въ последнее время все болѣе и болѣе входятъ въ употребленіе. Такъ какъ, при всей своей дѣйствительности, они не безопасны, то нужна величайшая осторожность при ихъ употребленіи.

Для вырыскиваній употребляется маленькая шприцовка съ длиннымъ, изогнутымъ на подобіе маточнаго зонда, наконечникомъ, въ родѣ предложенной *К. Брауномъ* ⁵⁾. Шприцовку осторожно наполняютъ вырыскиваемой жидкостью такъ, чтобы изъ нея былъ вытѣсненъ весь воздухъ, затѣмъ вводятъ наконечникъ въ полость матки и вырыскиваютъ столько жидкости, сколько нужно въ данный моментъ.

Цѣлый рядъ опубликованныхъ и еще большее число неопубликованныхъ случаевъ показываетъ, что эти вырыскиванія могутъ вызвать весь-

¹⁾ Онѣ приготовляются по слѣдующей формулѣ: ferri sesquichl. или zinci oxyd. albi, pulv. rad. alth. ana 0,1 (gr. j/3); glycerin. q. s. ut f. bacilli pond. 0,2 (gr. ij).

²⁾ Boston gyn. J., т. VII, стр. 94.

³⁾ Ointment positor *Барнса*, см. Clin. hist. of the med. and surg. diseases of women. London, 1873, стр. 138.

⁴⁾ Brit. med. J., 11 дек. 1869, Lancet, 1 июля 1870, II, и янв. и февр. 1873.

⁵⁾ *Фюрстъ*, Monatschr. f. Geburtsh., т. 26, стр. 1.

ма опасныя явленія и даже смерть. Опасныя послѣдствія могутъ произойти:



Фиг. 49.
Шприцовка
Брауна для
внутриматоч-
ныхъ впрыски-
ваній.

1) вслѣдствіе поступленія вырскиваемой жидкости въ полость живота. Хотя возможность выливанія жидкости чрезъ фаллопиевы трубы и доказана нѣсколькими достовѣрными наблюденіями, но, во всякомъ случаѣ, это бываетъ весьма рѣдко и только при особенныхъ условіяхъ. Для этого нужно именно; чтобы жидкость была вырскнута въ полость матки съ довольно значительной силою и чтобы притомъ она не могла вылиться назадъ чрезъ шейку, какъ это бываетъ, напр., при суженіяхъ послѣдней, перегибахъ матки, а чаще всего при судорожномъ стягиваніи шейки вокругъ шприца. Но, и при этихъ условіяхъ, попасть въ трубу въ такомъ количествѣ, какое необходимо для того, чтобы она могла вылиться въ брюшную полость, жидкость можетъ не иначе, какъ при ненормальномъ растяженіи маточнаго отдѣла трубы.

Множество опытовъ произведено было съ цѣлью доказать или отвергнуть возможность прохожденія жидкости чрезъ фаллопиевы трубы. *Видалъ* ¹⁾ первый производилъ такіе опыты на трупахъ. Онъ нашелъ, что при умѣренномъ количествѣ и умѣренной струѣ, жидкость не попадаетъ ни въ трубу, ни въ вены. *Геннигъ* ²⁾ тоже утверждаетъ, что при вырскиваніяхъ въ матку ни одна капля не проникаетъ въ трубу. *Клеммъ* ³⁾, съ своей стороны, также нашелъ, что въ трубы жидкость проходитъ весьма трудно, а нѣсколько легче въ вены матки и широкихъ связокъ. Но если перевязать шейку, то жидкость прогоняется въ трубу даже при не очень высокомъ давленіи.

Конечно, эти опыты, произведенные на трупахъ, могутъ имѣть только условное значеніе для вырскиваній у живыхъ, но извѣстно нѣсколько случаевъ, подтвержденныхъ вскрытіемъ, гдѣ несомнѣнно имѣлъ мѣсто переходъ жидкости въ фаллопиевы трубы. Такъ, *Гассельбергъ* ⁴⁾ сообщилъ случай, гдѣ при вскрытіи можно было удостовѣриться, что полуторохлористое желѣзо проникло до брюшнаго конца правой трубы. Въ этомъ случаѣ существовалъ перегибъ матки впередъ, при чемъ труба была расширена настолько, что можно было пройти зондомъ вдоль всей длины ея, до самой матки. *Барнетъ* ⁵⁾ также замѣтилъ на одномъ вскрытіи, что полуторохлористое желѣзо проникло чрезъ расширенную лѣвую трубу. Подобный же случай сообщаетъ и *Керигъ* ⁶⁾. Историческій обзоръ внутриматочныхъ вырскиваній изложенъ у *Конштейна* ⁷⁾. Послѣдній ошибочно приписываетъ древнимъ производство внутриматочныхъ вырскиваній, принявъ выраженіе „uterus“, подъ которымъ до *Фаллопія* разумѣли матку вмѣстѣ съ влагалищемъ за одну только матку ⁸⁾.

1) Essai sur un traitement etc. Paris, 1840.

2) Katarrh der inneren weiblichen Geschlechtstheile. Leipzig, 1862, стр. 12.

3) Ueber die Gefahren der Uterin-Injection. D. i. Leipzig, 1863.

4) Monatsschr. f. Geburtsh., т. 34, стр. 162.

5) Obstet. Operations, 2-е изд., стр. 468.

6) Würtemb. med. Correspondenzbl., 1870, № 7.

7) Beitr. z. Ther. d. chron. Metritis. Berlin, 1868.

8) См. критику *Фрейнда*, Deutsch. Klin, 1869, стр. 229, 239 и 325.

2) Опасныя послѣдствія могутъ произойти и помимо прониканія жидкости въ трубы, вслѣдствіе того, что механически растянутая матка воспаляется и воспаленіе переходитъ на брюшину.

Въ виду этихъ опасностей, связанныхъ съ впрыскиваніями въ полость матки и зависящихъ главнымъ образомъ отъ недостатка свободнаго стока для впрыскиваемой жидкости, необходимо соблюдать слѣдующія предосторожности:

1) Для впрыскиваній нужно выбирать благопріятные случаи, а главное, нужно избѣгать осложненій воспалительными страданіями матки и ея придатковъ. Ни матка, ни сосѣднія части не должны быть чувствительны; старыя же сращенія, оставшіяся послѣ совершенно законченнаго воспаленія, хотя и составляютъ непріятное осложненіе, но безусловнымъ противопоказаніемъ ихъ считать нельзя.

2) Жидкости должна быть доставлена возможность немедленнаго стока изъ матки.

Этого можно достигнуть посредствомъ *sonde à double courant*, но не всегда, такъ какъ сточная трубка можетъ легко закупориться сгустками. Потому гораздо лучше каждый разъ передъ впрыскиваніемъ искусственно растянуть шейку прессованной губкой.

3) Нужно впрыскивать немного жидкости заразъ.

4) Впрыскиваніе нужно производить потихоньку, слегка нагрѣвъ жидкость.

При этихъ предосторожностяхъ можно довольно вѣрно избѣгнуть упомянутыхъ выше опасностей и предотвратить жестокія маточныя колики, происходящія отъ сокращеній матки, вслѣдствіе раздраженія ея ненормальнымъ содержимымъ.

При перегибахъ матки, когда послѣдняя послѣ впрыскиванія снова принимаетъ свое ненормальное положеніе, *Гиссельбергъ* (I. c.) справедливо совѣтуетъ чрезъ 1—2 минуты обратно насасывать выпснутую жидкость въ шприцовку. *Гильдебрандтъ* (I. c.), на основаніи своихъ наблюденій, пришелъ къ заключенію, что благодаря этому высасыванію жидкости изъ матки, можно обойтись и безъ искусственнаго расширенія шейки.

Для впрыскиваній можно употреблять самыя разнообразныя жидкости, въ особенности полуторохлористое желѣзо, растворъ ляписа, іодную настойку, *plumb. acet.* и карболовую кислоту, растворъ квасцовъ и танина. *Нотъ* ¹⁾ производилъ опыты надъ дѣйствіемъ этихъ веществъ на бѣлокъ. Оказалось, что іодъ и квасцы имѣютъ то преимущество, что ими не осаждается бѣлокъ и, слѣдовательно, при впрыскиваніи ихъ, въ полости матки не образуется свертковъ. Остальныя же вещества отличаются тѣмъ общимъ свойствомъ, что даютъ свертки, не проходящіе чрезъ тонкую трубку.

¹⁾ Amer. Journ. of Obstetrics, т. III, стр. 36.

Болѣе сильныя средства, а именно крѣпкій растворъ ляписа, равно какъ полуторохлористое желѣзо, приносятъ еще ту пользу, что разрушаютъ раздраженія воспаленной слизистой оболочки.

Какъ самое энергическое средство для воздѣйствія на слизистую оболочку матки, *Шмиельбергъ* ¹⁾ рекомендуетъ гальванокаустическій фарфоровый прижигатель, который вводятъ, разумѣется, холоднымъ и затѣмъ уже, когда онъ находится въ полости, накачиваютъ на короткое время. *Шмиельбергъ* считаетъ этотъ способъ вполне безопаснымъ.

Endometritis cervicis. Катарръ шейки. Выворотъ зѣва. Набухшiе фолликулы. Ovula Nabothi.

Вагнеръ, Archiv f. phys. Heilk., 1856, стр. 493. — *К. Майеръ*, Ueber Erosionen etc., стр. 22. — *Гиндсбраунтъ*, Volkmann's Samml. klin. Vortr. Leipzig, 1872, № 32.

Этіологія.

Въ происхожденіи катарра шейки участвуютъ тѣ же моменты, которыми обуславливается и хроническое воспаленіе слизистой оболочки тѣла матки; только слизистая оболочка шейки или, выражаясь точнѣе, соединя слизистая оболочка влагалищной части, съ которой патологическіе процессы легко переходятъ на шейку, гораздо чаще подвергается механическимъ поврежденіямъ. При ненормальныхъ положеніяхъ матки, влагалищная часть подвергается тренію со стороны слизистой оболочки влагалища, да и вообще претерпѣваетъ различныя раздраженія во время полового акта, отъ онанизма, при вставленіи пессаріевъ и отъ другихъ терапевтическихъ приѣмовъ.

Патологическая анатомія.

Слизистая оболочка шейки и въ особенности ея гребневидныя складки, *plicae palmatae*, представляются разрыхленными, слегка отечными, а въ свѣжихъ случаяхъ и налитыми. Слизистая оболочка влагалищной части тоже припухаетъ, рѣдко отечна, большею же частью показываетъ довольно плотную инфильтрацію. Отдѣленіе шейки, не смотря на катарръ, остается густоватымъ, тягучимъ и клейкимъ и можетъ выдѣляться въ большомъ количествѣ.

При продолжительномъ существованіи сильно развитого катарра, соединительная ткань гиперемированной, дающей обильное отдѣленіе, слизистой оболочки подвергается значительной гипертрофіи. Вслѣдствіе этого слизистая оболочка набухаетъ до такой степени, что не умѣщается болѣе на подлежащихъ слояхъ и выпячивается черезъ наружный

¹⁾ M. für Geburtsh., т. 34, стр. 393, и I. c., стр. 231.

маточный зѣвъ. Это то состояніе, которое *Тайлеръ Смитъ* ¹⁾ описалъ подъ названіемъ „inversion of the canal of the cervix uteri“, а *Розеръ* ²⁾ — подъ именемъ „выворота маточнаго зѣва“ (по сходству его съ выворотомъ соединительной оболочки глазъ). Гиперемированная, обыкновенно легко кровоточащая, слизистая оболочка шейки, которая уже сама по себѣ ярче окрашена, чѣмъ слизистая оболочка влагалища, покрывающая наружную поверхность влагалищной части, представляется какъ-бы покрытой ссадинами. Впрочемъ, гипертрофія слизистой оболочки ведетъ не только къ вывороту, но и къ образованію складокъ въ продольномъ направленіи шейки.

Если гипертрофическое набуханіе ограничивается одной изъ маточныхъ губъ, то послѣдняя не выпячивается изъ канала шейки, а только растягиваетъ послѣдній, образуя опухоль въ маточномъ зѣвѣ, отличающуюся отъ слизистыхъ полиповъ только своимъ широкимъ основаніемъ (отсутствіемъ ножки).

Другое характеристическое осложненіе катарра обусловливается слизистыми желѣзами шейки, которыя при катарральныхъ состояніяхъ встрѣчаются массами и на наружной сторонѣ влагалищной части, хотя, по *Фридендеру* и *Лотту*, присутствія ихъ въ этомъ мѣстѣ нельзя считать нормальнымъ. Эти желѣзы пріобрѣтаютъ значеніе, при катаррахъ слизистой оболочки, тѣмъ, что въ нихъ происходитъ задержаніе отдѣляющейся въ обильномъ количествѣ слизи. Вслѣдствіе воспаленія слизистая оболочка набухаетъ, а въ силу этого, равно какъ и въ силу происходящаго иногда обильнаго отпаденія эпителія, отверстія короткихъ желѣзистыхъ мѣшечковъ закладываются и заростають. Такъ какъ вдавленія эпителія, которыя собственно и составляютъ внутреннюю настилку мѣшечковъ, подвергаются тѣмъ же воспалительнымъ измѣненіямъ, какъ и поверхностный эпителій, то и внутри желѣзы происходитъ точно такое же обильное отпаденіе кѣтокъ и отдѣленіе слизи, вслѣдствіе чего, при закрытіи выводныхъ протоковъ, образуется маленькая киста. Если катарръ болѣе значителенъ и отдѣленіе слизистой оболочки принимаетъ гнойный характеръ, то гной образуется и въ мѣшечкѣ, въ которомъ находятъ обыкновенно гнойное содержимое въ такое время, когда гнойный катарръ уже прекратился. Въ большинствѣ случаевъ, однакоже, отдѣленіе мѣшечковъ представляется свѣтлымъ, густымъ, стекловиднымъ, хотя отъ значительной примѣси отпадающаго эпителія оно часто бываетъ болѣе мутнымъ и молочно-бѣлымъ. Оно состоитъ изъ цилиндрическаго мерцательнаго эпителія, распавшихся кѣтокъ, свободныхъ ядеръ, коллоидныхъ шаровъ и слизи.

Но если эти кисты образуются изъ фолликуловъ, подъ вліяніемъ ка-

1) Pathology and treatment of leucorrhoea, стр. 84.

2) Arch. d. Heilk., 1861, стр. 97.

тарра, то, съ другой стороны, въ силу раздраженія, производимаго ими въ слизистой оболочкѣ, онѣ, въ свою очередь, поддерживаютъ катарръ.

Описанные фолликулы представляютъ значительныя виѣшнія различія, смотря по тому, помѣщаются ли они въ самомъ каналѣ шейки или на наружной поверхности влагалищной части.

По мѣрѣ своего набуханія, они приподымаютъ рыхло связанную съ подлежащими тканями слизистую оболочку, образуя возвышенія. Вначалѣ они выдаются въ видѣ полушарообразныхъ, изъ-сѣра прозрачныхъ кистъ, но вскорѣ они приподымаются еще выше, представляя собою мелкіе сѣроватые или бѣловатые пузырьки, сидящіе на слизистой оболочкѣ шейки на подобіе полиповъ съ тонкой ножкой. Въ этомъ видѣ они массами встрѣчаются въ каналѣ шейки и представляютъ до того характеристическую картину, что уже съ давнихъ временъ были извѣстны подъ именемъ *ovula Nabothi*. Совершенно другой видъ имѣютъ фолликулы, сидящіе на наружной сторонѣ влагалищной части. Слизистая оболочка влагалища, покрывающая эту часть, сидитъ на столько плотно, что очень мало или вовсе не можетъ быть приподнята набухающими фолликулами. Поэтому, послѣдніе никогда не выступаютъ здѣсь въ видѣ стѣбельчатыхъ кистъ, а образуютъ только подъ слизистой оболочкой сѣроватые, прозрачные пузырьки, которые, если и возвышаются надъ окружающею поверхностью, то не болѣе, какъ отрѣзкомъ шара. Всего легче они различаются въ томъ случаѣ, когда принимаютъ желтоватую окраску отъ присутствія гноя.

Дальнѣйшая судьба этихъ мѣшечковъ различна.

Если ихъ не слишкомъ много и хронической катарръ постепенно угасаетъ, то содержимое ихъ нѣсколько сгущается и припухлость опадаетъ. Въ такомъ случаѣ на влагалищной части находятъ множество маленькихъ желтыхъ узелочковъ, и если наколоть ихъ, то изъ нихъ выдѣляются стѣржни, какъ изъ угрей; иногда же содержимое сгущается еще больше, такъ что на слизистой оболочкѣ замѣчаются желтыя просовидныя точки, въ которыхъ отдѣленіе фолликула сидитъ на столько плотно, что его нельзя выдѣлить оттуда.

При болѣе значительномъ же воспаленіи и если притомъ фолликулы существуютъ въ большомъ количествѣ, они составляютъ новое раздраженіе для слизистой оболочки. Послѣдняя гиперемирруется, пронизывается толстыми, расширенными сосудами и часто разрастается въ такой степени, что происходитъ сильное гиперпластическое припуханіе влагалищной части, которая бываетъ усѣяна многочисленными, сильно набухшими фолликулами, сидящими на воспаленной и покраснѣвшей почвѣ. При этомъ каналъ шейки растопыривается, такъ что нижняя часть его образуетъ широкую воронку съ утолщенными краями. Разрастаніе ткани и инфильтрація ея кистовидными фолликулами и воспалительнымъ выпотомъ могутъ быть такъ значительны, что можно принять болѣзнь за ра-

ковое страданіе. *Virchow* описываетъ эту форму подъ именемъ *аспе hyperplastica* и сравниваетъ ее съ бургундскимъ носомъ.

Съ другой стороны, набухшіе фолликулы могутъ вскрыться, образуя фолликулярную язву. Если одна или нѣсколько тѣсно сидящихъ другъ возлѣ друга кистовидныхъ фолликуловъ сильно растягиваютъ вялую слизистую оболочку, то, въ силу излагаемыхъ ниже условий, въ рѣдкихъ случаяхъ образуется фолликулярная гипертрофія одной губы (стр. 128), а гораздо чаще — слизистые полипы шейки (стр. 124).

Припадки.

И здѣсь самымъ постояннымъ симптомомъ являются бѣли, которыя могутъ сопровождаться всѣми послѣдствіями, упомянутыми при катаррѣ тѣла матки.

Если шейка сильно гиперемирована и набухшіе фолликулы производятъ очень значительное давленіе на окружающую ткань, то появляется очень мучительное, по временамъ невыносимое чувство жженія въ маломъ тазу. Неизбѣжны боли въ поясницѣ тоже никогда не отсутствуютъ.

Мѣсячныя очищенія могутъ быть нормальны, но часто они усилены. Вслѣдствіе набуханія слизистой оболочки, при высокихъ степеняхъ выворота ея, появляются не только обильныя водянистыя отдѣленія, но и сильныя кровотеченія, влекущія за собою очень сильное малокровіе.

Бесплодіе составляетъ нерѣдкое явленіе при катаррѣ шейки и обусловливается отчасти набуханіемъ слизистой оболочки, закладывающей каналъ, отчасти обильнымъ отдѣленіемъ, смывающимъ мужское сѣмя.

При изслѣдованіи, тѣло матки часто бываетъ совершенно нормально, шейка же утолщена и вмѣстѣ съ тѣмъ нерѣдко чувствительна. Смотри по различному состоянію слизистой оболочки, при изслѣдованіи зеркаломъ, находятъ описанныя выше картины простаго катарра, выворота и набуханія фолликуловъ.

Кромѣ того, на влагалищной части замѣчаются обыкновенно ссадины и язвы, о которыхъ мы будемъ говорить отдѣльно.

Теченіе катарра шейки весьма хроническое. Отдѣленіе можетъ продолжаться въ теченіи многихъ лѣтъ и набухшіе фолликулы тоже остаются долгое время неизмѣненными.

Распознаваніе.

Катарръ шейки узнается, при ручномъ изслѣдованіи, по набуханію и инфильтраціи влагалищной части, а при изслѣдованіи зеркаломъ, по характеристическому виду послѣдней.

Предсказаніе.

Будучи предоставленъ самому себѣ, застарѣлый катарръ долгое время остается въ одномъ и томъ же положеніи или же еще болѣе ухудшается, вслѣдствіе того, что набухшіе фолликулы составляютъ лишнее раздраженіе для слизистой оболочки, которое, въ свою очередь, влечетъ за собою кистовидное перерожденіе новыхъ фолликуловъ. Правильнымъ же леченіемъ можно достигнуть, если не совершеннаго излеченія, то полнаго или почти полнаго исчезновенія припадковъ.

Леченіе.

Бленоррею слизистой оболочки шейки пользуютъ тѣми же средствами, какъ и катарръ тѣла матки. Особенно успешнымъ оказывается употребленіе *arg. nitr.* и карболовой кислоты.

Примѣненіе этихъ средствъ здѣсь весьма просто. Если желаютъ дѣйствовать только на слизистую оболочку влагалищной части и нижнюю часть канала шейки, то просто вливаютъ растворы въ зеркало изъ молочнаго стекла или смазываютъ ими соответственныя мѣста, помощью кисточки. Слизистую оболочку шейки можно также безъ труда привести въ соприкосновеніе съ *arg. nitr.* въ субстанціи или съ другими лекарственными палочками. Можно рекомендовать также введеніе зонда, обмотаннаго ватой, пропитанной тѣмъ или другимъ растворомъ.

Если слизистая оболочка канала шейки сильно припухла и усыяна кистами или грануляціями, то одно изъ лучшихъ средствъ для возвращенія ея къ нормѣ, это—вставленіе прессованной губки. Разбухающая губка раздавливаетъ разраженія слизистой оболочки и, въ силу этого, дѣйствуетъ благотворно не только противъ бленорреи, но и противъ кровотеченій. Кромѣ того, съ механическимъ дѣйствіемъ прессованной губки можно соединить и лекарственное. Такія губки можно готовить, по Томасу¹⁾, двоякимъ образомъ. Губку готовятъ обыкновеннымъ способомъ на очень толстой проволоцѣ и полость, образующуюся по выниманіи проволоки, наполняютъ смѣсью изъ масла какао и соответственнаго лекарства; или же прорѣзанную губку, прежде чѣмъ сдѣлать изъ нея прессованную, кладутъ въ нужный растворъ, высушиваютъ и затѣмъ уже обрабатываютъ по обыкновенному способу.

Такъ какъ набухшіе фолликулы, по мѣрѣ своего роста, все болѣе и болѣе раздражаютъ слизистую оболочку, то опороженіе ихъ составляетъ одно изъ неотложнѣйшихъ показаній.

Для этого прокалываютъ черезъ зеркало каждый мѣшечекъ отдѣльно остроковечнымъ скальпелемъ съ длинной ручкой. Давленіе набухшей слизистой оболочки и сосѣднихъ кистъ обыкновенно такъ велико, что

¹⁾ Diseases of women, 3-е изд., Philadelphia, 1872, стр. 251.

даже густое содержимое само собою выдѣляется послѣ прокола. Въ противномъ случаѣ его выдавливаютъ рукояткой скальпеля. За одинъ разъ прокалываютъ столько фолликуловъ, сколько ихъ удастся открыть. Большой даютъ положеніе на спинѣ и начинаютъ операцію съ самыхъ заднихъ фолликуловъ, для того, чтобы содержимое ихъ и кровь, обыкновенно вытекающая изъ воспаленной слизистой оболочки, не затопили всего поля зрѣнія. Накальваніе фолликуловъ должно повторять почаще, послѣ большаго или меньшаго промежутка времени.

Если нельзя достать скальпелемъ до *ovula Nabothi* канала шейки, то разрушаютъ ихъ ланцетной палочкой или прессованной губкой.

Опорожненіе набухшихъ фолликуловъ оказываетъ въ высшей степени благоприятное вліяніе на состояніе хроническаго раздраженія шейки. Вліяніе это обуславливается, съ одной стороны, уменьшеніемъ давленія на сосѣднія части, послѣ опаденія кистъ, а, съ другой, мѣстнымъ кровотеченіемъ, сопряженнымъ съ опорожненіемъ фолликуловъ. Вслѣдствіе этого, послѣ основательнаго и нѣсколько разъ повтореннаго прокола, набуханіе и воспаленіе шейки опадаютъ, а истеченіе часто уменьшается на столько, что нѣтъ надобности въ вяжущихъ и прижигающихъ средствахъ.

Нѣсколько большія затрудненія встрѣчаются при леченіи значительнаго гиперпластическаго набуханія слизистой оболочки, т. е. высшихъ степеней выворота. Въ болѣе умѣренныхъ случаяхъ превосходную пользу приноситъ нечистый древесный уксусъ, который просто вливаютъ въ зеркало и оставляютъ примѣрно на 5 минутъ въ соприкосновеніи съ пораженной слизистой оболочкой. При болѣе же тяжелыхъ формахъ вырѣзываютъ крупныя кусочки слизистой оболочки или прижигаютъ ее сильнымъ прижигающимъ средствомъ, напр. хромовой кислотой или полуторохлористымъ желѣзомъ. Последнее средство особенно полезно тамъ, гдѣ изъ гипертрофированной слизистой оболочки происходятъ постоянныя кровотеченія. Въ очень застарѣлыхъ случаяхъ лучше всего не слишкомъ поверхностно прижечь каленымъ желѣзомъ всю вывороченную слизистую оболочку шейки.

Эти случаи весьма благодарны въ терапевтическомъ отношеніи, такъ какъ въ короткое время удается вылечить самые упорные случаи кровотеченій, которые часто принимаются за раковое страданіе.

Если гипертрофированная шейка вдается далеко во влагалище, то лучше всего ампутировать влагалищную часть по способу, изложенному при хроническомъ метритѣ.

Къ катарральнымъ и гипертрофическимъ состояніямъ слизистой оболочки шейки близко примыкаютъ слизистыя полипы и фолликулярныя гипертрофіи одной маточной губы, такъ какъ въ обоихъ случаяхъ пер-

вичнымъ заболѣваніемъ является кистовидное перерожденіе фолликуловъ и оба они представляютъ въ сущности какъ-бы дальнѣйшее развитіе описанныхъ при катаррѣ фолликуловъ.

Мы рассмотримъ эти состоянія, различныя по способу образованія опухоли, отдѣльно другъ отъ друга.

Слизистые полипы.

Нивэ и Блатэнэ, Archives gén., октябрь 1833. — *Олдиэмъ*, Guy's Hospit. Rep., апрѣль 1844. — *Гюве*, Soc. de chirurgie. Paris, май 1847. — *Билльротъ*, Ueber den Bau der Schleimpolypen. Berlin, 1855. — *Гирригъ*, Histologie und Form der Uteruspolypen, D. i. Giessen, 1855. — *Вайнеръ*, Archiv f. phys. Heilk., 1855, стр. 289. — *К. Майеръ*, Vortr. über Erosionen. Excor. etc. Berlin, 1861. — *Глобъ*, Pathol. Anat. d. weibl. Sex. Wien, 1864, стр. 33. — *М. Дѣжанъ*, Edinb. med. J., июль 1871, стр. 1.

Этіологія.

Уже при катаррѣ слизистой оболочки шейки мы видѣли, что набухающіе фолликулы легко приподымаютъ слизистую оболочку, лишь слабо связанную съ подлежащей тканью и уже въ нормальномъ состояніи образующую складки, возвышаются надъ ея поверхностью и, наконецъ, остаются въ связи съ нею только посредствомъ относительно тонкаго стебелька. Такой набухшій фолликулъ — ovulum Nabothi — уже самъ по себѣ представляетъ въ сущности слизистый полипъ, хотя обыкновенно ему не даютъ этого названія. При настоящихъ слизистыхъ полипахъ мы имѣемъ тотъ же процессъ, только въ нѣсколько большемъ масштабѣ, такъ что въ этиологіи слизистыхъ полиповъ первое мѣсто должно быть отведено хроническому катарру съ его послѣдствіями (кистовидное перерожденіе фолликуловъ, вялость и подвижность слизистой оболочки).

Патологическая анатомія.

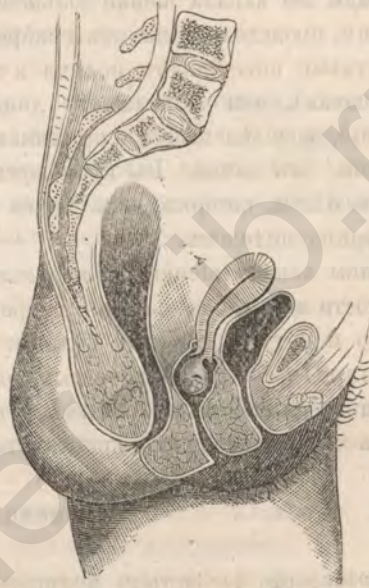
Слизистые полипы образуются вслѣдствіе приподнятія рыхлой слизистой оболочки однимъ крупнымъ или нѣсколькими тѣсно скученными набухшими фолликулами. Вслѣдствіе этого, слизистая оболочка выпячивается на подобіе полипа, колбовидный конецъ котораго, обращенный къ наружному зѣву, состоитъ изъ одного или нѣсколькихъ набухшихъ фолликуловъ, а тонкая ножка — изъ одной только слизистой оболочки. Въ силу собственной своей тяжести и давленія со стороны маточныхъ стѣнокъ, полипъ мало по малу опускается въ наружный зѣвъ, хотя бы онъ прикрѣплялся довольно высоко.

Фолликулы слизистаго полипа могутъ подвергнуться всѣмъ упомянутымъ выше измѣненіямъ. Отдѣленіе ихъ можетъ случиться, такъ что ихъ легко просмотрѣть при изслѣдованіи; чаще, однакоже, оно расплы-

вается, вследствие чего спавшийся пузырь образует лишь углубление въ видѣ ямки, которое постепенно изглаживается.

Основная ткань полиповъ состоитъ изъ тонко-волокнистой, богатой ядрами соединительной ткани. Покрывающая ихъ слизистая оболочка обыкновенно обилуетъ сосудами и часто до того гиперемирована, что представляется вишнево-красной на видѣ и необыкновенно легко кровоточить.

Чаще всего эти слизистые полипы берутъ свое начало въ каналѣ шейки, но нерѣдко они развиваются и въ полости матки, надо полагать, изъ маточныхъ желѣзъ. Одвакоже, полипы, образующіеся въ этомъ мѣстѣ, не достигаютъ большихъ размѣровъ и не спускаются въ каналъ шейки, такъ что гинекологамъ рѣдко приходится имѣть съ ними дѣло. За то они составляютъ весьма обыкновенное явленіе на вскрытіяхъ, въ особенности у старухъ, имѣвшихъ много дѣтей. Если эти полипы, помѣщающіеся въ полости матки, образуются въ одномъ изъ двухъ боковыхъ жолобовъ матки, то они представляютъ форму пѣтушьяго гребешка, сплюснутую спереди назадъ.



Фиг. 50.

Слизистый полипъ шейки, величиною въ грецкій орѣхъ.

Какъ уже сказано, слизистые полипы канала шейки очень скоро показываются въ наружномъ зѣвѣ. Величина ихъ весьма различна; обыкновенно они величиною съ горошину или, много, съ лѣсной орѣхъ и весьма рѣдко достигаютъ объема голубиного яйца. Форма ихъ и консистенція тоже весьма измѣнчивы, смотря по свойствамъ растянутыхъ фолликуловъ, а также по тому, представляется ли соединительная ткань сочной и мягкой или, наоборотъ, плотной и волокнистой.

Если полипъ состоитъ изъ множества фолликуловъ, то нѣкоторые изъ нихъ могутъ обособиться отъ него, такъ что получается колбовидная опухоль съ сидящими на ней буграми. Съ другой стороны, покрывающая полипъ слизистая оболочка можетъ давать сосочковыя разращенія, вследствие чего образуется папиллома съ древовидными развѣтвленіями¹⁾. (Быть можетъ, эти сосочковыя разращенія образуются на внутренней

¹⁾ Клобъ, Pathol. Anat. d. weibl. Sexualorg. Wien, 1864, стр. 139.

поверхности разорвавшегося фолликула, какъ при фолликулярной гипертрофи одной губы).

Принадки.

Очень мелкіе слизистые полипы, сидящіе въ полости матки, обыкновенно не вызываютъ никакихъ явленій.

Полипы же канала шейки большею частью сопровождаются кровотоками, происходящими изъ гиперемизированной и устьянной варикозными сосудами поверхности полипа и которыя могутъ быть весьма обильны. Вначалѣ они появляются лишь въ видѣ усиленныхъ мѣсячныхъ очищеній, впоследствии же принимаютъ характеръ неправильныхъ кровотеченій изъ матки. Въ промежуткахъ между кровотечениями существуютъ бѣли, которыя, какъ видно изъ этиологии, часто предшествуютъ образованію полиповъ.

Полипы канала шейки, равно какъ и болѣе крупныя изъ сидящихъ въ полости матки, обыкновенно сопровождаются болями въ поясницѣ, нерѣдко и потугообразными болями.

Безплодіе составляетъ частый спутникъ слизистыхъ полиповъ и находится въ зависимости отчасти отъ механическаго препятствія, отчасти отъ сывороточныхъ и кровянистыхъ истеченій.

Распознаваніе.

Распознаваніе слизистыхъ полиповъ легко, какъ только они покажутся изъ наружнаго зѣва. При изслѣдованіи пальцемъ, прощупывается маленькая мягкая опухоль въ маточномъ зѣвѣ, а въ зеркало она представляется въ видѣ кровянокрасной или синеватой жемчужины, покрытой гладкой, нормальной, хотя и сильно налитой слизистой оболочкой, сквозь которую явственно просвѣчиваютъ желтые или сѣрые фолликулы.

Въ большинствѣ случаевъ ихъ не трудно отличить отъ фиброзныхъ полиповъ, такъ какъ въ такихъ ничтожныхъ размѣрахъ послѣдніе почти никогда не встрѣчаются въ наружномъ зѣвѣ, а очень крупныя слизистые полипы, уже по своей консистенціи, легко могутъ быть отличены отъ фиброзныхъ полиповъ.

Частныя разращенія и набуханія слизистой оболочки шейки, встрѣчающіяся, наир., при хроническомъ катаррѣ и при дифтеритическомъ воспаленіи влагалища, даютъ картину, напоминающую опухоль въ наружномъ зѣвѣ. Но съ помощью пальца легко убѣдиться, что дѣло идетъ о широкомъ набуханіи, а не о полипозномъ поднятіи слизистой оболочки.

Затрудненія могутъ встрѣтиться по отношенію къ выкидышу въ первые мѣсяцы беременности. Появляющееся въ наружномъ зѣвѣ яйцо мо-

жесть представлять видъ изъязвленнаго конца слизистаго полипа, при чемъ самый анамнезъ не даетъ никакихъ указаній. Но эти затрудненія имѣютъ только временный характеръ.

Маленькіе полипы полости матки сами по себѣ не доступны распознаванію. Если замѣчаются серьезные припадки (кровоотеченія), то нужно расширить шейку посредствомъ прессованной губки и изслѣдовать пальцемъ.

Предсказаніе.

Слизистые полипы могутъ сдѣлаться весьма тягостными, благодаря постояннымъ водянистымъ и кровянистымъ истеченіямъ и болямъ въ поясницѣ. Болѣе серьезные опасности, исключая послѣдствія отъ кровоотеченій, они едва ли вызываютъ, такъ какъ, съ выступленіемъ ихъ изъ наружнаго зѣва, припадки обыкновенно облегчаются и полипы часто отрываются сами собою.

Лечение.

Само собою разумѣется, что единственное показаніе здѣсь — оперативное удаленіе полиповъ, которое можетъ быть произведено различными способами.

Маленькіе, мягкіе полипы лучше всего захватить длиннымъ корнцангомъ, поближе къ мѣсту ихъ прикрѣпленія, и открутить.

Если желаютъ удалить полипъ рѣзущими инструментами, то захватываютъ его крючкомъ чрезъ зеркало и перестригиваютъ ножку длинными ножницами. Этотъ способъ особенно удобенъ при крупныхъ полипахъ съ тонкой ножкой, такъ какъ онъ даетъ меньшее поврежденіе слизистой оболочки.

Дальнѣйшее лечение основанія опухоли, въ особенности прижиганіе его, излишне, такъ какъ кровоотеченіе незначительно, а возвратомъ опасаться нечего. Правда, нерѣдко послѣ операціи показывается новый слизистый полипъ въ маточномъ зѣвѣ; но обыкновенно это старый полипъ, которому прежній заграждалъ путь.

Полипы, сидящіе въ верхней части шейки и которыхъ нельзя удалить оперативнымъ путемъ, легко могутъ быть разрушены помощью прессованной губки. Труднѣе одолѣть полипы, помѣщающіеся въ полости матки; но по расширеніи шейки ихъ часто удается разрушить пальцемъ или вырвать корнцангомъ. Очень мелкіе полипы могутъ быть уничтожены и прижигающими врыскиваніями.

Операція слизистыхъ полиповъ одна изъ самыхъ благодарныхъ, такъ какъ при этомъ мы самымъ легкимъ способомъ избавляемъ больныхъ отъ мучительныхъ и не всегда безопасныхъ припадковъ.

Фолликулярная гипертрофія маточныхъ губъ.

Virchow, его *Archiv*, 1854, т. 7, стр. 164 и *Die krankhaften Geschwülste*, т. III, 1, стр. 142.—*Лебертъ*, *Traité d'anat. pathol.*, т. I, табл. XL, стр. 15.—*Кровелье*, *Atlas d'anat. pathol.*, вып. 39, табл. 3, фиг. 2 и 2'.—*Вагнеръ*, *Archiv f. phys. Heilk.*, 1856, стр. 509.—*Симонъ*, *Mon. f. Geb.*, т. 23, стр. 241.—*Гёшницъ*, *Berl. kl. W.*, 1869, № 6.—*Анкерманъ*, *Virchow's Archiv*, т. 43, стр. 88.—*Мартинъ*, *Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn.*, т. II, стр. 51.

Этіологія.

Фолликулярная гипертрофія, представляющая собою разрастаніе слизистой оболочки съ кистовиднымъ перерожденіемъ и послѣдовательнымъ разрывомъ фолликуловъ, въ этиологическомъ отношеніи несомнѣнно находится въ тѣсной связи съ слизистыми полипами. Послѣдніе, какъ извѣстно, образуются вслѣдствіе того, что наполненный отдѣленіемъ и увеличенный въ вѣсѣ фолликулъ вызываетъ разрастаніе слизистой оболочки и вытягиваетъ материнскую почву въ видѣ стебелька; также точно и при фолликулярной гипертрофіи кистовидное перерожденіе фолликуловъ составляетъ первичное явленіе. Разница же во внѣшнемъ видѣ обѣихъ этихъ формъ обуславливается главнымъ образомъ тѣмъ, что при послѣдней оконечность губы разрастается на широкомъ пространствѣ.

Фолликулярная гипертрофія потому составляетъ такую рѣдкость, сравнительно со слизистыми полипами, что слизистая оболочка на наружной поверхности влагалищной части болѣе крѣпко связана съ подлежащею тканью и въ силу этого оказываетъ большее сопротивленіе разъединяющему напору набухшихъ фолликуловъ. Повидимому, она встрѣчается преимущественно при двухъ условіяхъ. Во-первыхъ, у рожавшихъ женщинъ въ томъ случаѣ, когда, вслѣдствіе сильнаго выворота зѣва, оконечность губы образуется не слизистой оболочкой влагалища, какъ обыкновенно, а выпятившейся слизистой оболочкой шейки, болѣе расположенной къ гипертрофическому разрастанію; во-вторыхъ, у нерожавшихъ, когда каналъ шейки настолько узокъ, что въ немъ лишь съ трудомъ могутъ образоваться слизистые полипы, вслѣдствіе чего разросшаяся слизистая оболочка выпячивается изъ канала лишь въ видѣ удлиненія одной изъ маточныхъ губъ.

Патологическая анатомія.

Описываемыя опухоли интересны въ томъ отношеніи, что могутъ являться въ самыхъ разнообразныхъ видахъ. На основаніи описанныхъ до сихъ поръ наблюденій, равно какъ и одного, видѣннаго мною, но

еще не опубликованнаго случая, можно набросать слѣдующую картину постепеннаго и прогрессивнаго развитія этихъ опухолей.

Полипозное разрастаніе одной изъ обѣихъ губъ (повидимому, обѣ онѣ заболѣвають одинаково часто) представляетъ образующуюся путемъ удлиненія губы стебельчатую опухоль, которую *Вирховъ* весьма удачно сравнилъ, по внѣшнему виду, съ увеличеннымъ миндалякомъ. Основная ткань ея состоитъ изъ весьма богатой сосудами соединительной ткани. Глубоко въ опухоль, простираясь иногда до самой ножки ея, тянутся крупныя, закрытыя или лопнувшія, полости, наполненныя слизью и выстланныя цилиндрическимъ эпителиемъ. Это фолликулы, превратившіяся въ большія кисты. Поверхность опухоли, покрытая очень плотнымъ мостовиднымъ эпителиемъ, сидящимъ на многочисленныхъ и хорошо развитыхъ сосочкахъ, представляетъ различныя неровности, обусловливаемые вскрывшимися и отчасти исчезнувшими фолликулами. Поверхностныя ямки чередуются съ глубокими впадинами; въ другихъ мѣстахъ видны натянутая острая грань или перекартины, насланныя на подобіе мостиковъ.

Стѣнки кистовидно перерожденныхъ фолликуловъ, какъ я наблюдалъ въ цитируемомъ ниже случаѣ, могутъ сдѣлаться мѣстомъ развитія многочисленныхъ сосочковыхъ разращеній, которыя, какъ видно изъ случая *Аккерманна*, проростають сквозь кисты наружу, придавая поверхности опухоли сосочковый, похожій на цвѣтную капусту, видъ. (Эти первоначально чистыя желѣзистыя опухоли съ послѣдовательнымъ образованіемъ сосочковъ — въ родѣ встрѣчающихся при кистомахъ яичника — не слѣдуетъ смѣшивать съ папилломами влагалищной части съ послѣдовательнымъ образованіемъ кистъ).

Опухоль существенно измѣняетъ свой обликъ, когда спускается изъ влагалищнаго входа; вначалѣ она выпадаетъ только по временамъ, но, подъ конецъ, она постоянно помѣщается передъ наружными половыми частями. Фолликулы лопаются, углубленія дѣлаются болѣе плоскими, такъ что поверхность опухоли получаетъ разорванный, рубцовый видъ. При этомъ эпителий размножается все болѣе и болѣе, такъ что образуется плотная, окутанная эпидермоидальнымъ покровомъ, опухоль, которая, какъ и въ раннихъ періодахъ развитія, можетъ состоять изъ нѣ-



Фиг. 51.

Фолликулярная гипертрофія передней губы.

сколькихъ долей. Сильнѣе всего въ этомъ направленіи была измѣнена опухоль, описанная *Симономъ*, въ которой, впрочемъ, существовало осложненіе настоящей гипертрофіей влагалищной части, хотя, вѣроятно, развившейся послѣ, путемъ растяженія.

Припадки.

Припадки, вызываемые гипертрофіей губы, состоятъ главнымъ образомъ изъ бѣлей и кровотеченій. Но когда опухоль спустится чрезъ влагалищный входъ, то появляются мучительныя ощущенія тянущихъ, потугообразныхъ болей и напиранія внизъ. По выхожденіи опухоли наружу присоединяются еще всѣ тягостныя ощущенія, вызываемыя присутствіемъ посторонняго тѣла между срамными губами.

Распознаваніе.

Трудно смѣшать эту опухоль съ другими формами, такъ какъ мягкое полипозное удлиненіе губы, состоящее изъ одной слизистой оболочки, вполне характеристично.

Леченіе.

Само собою разумѣется, что опухоль можетъ быть удалена только оперативнымъ путемъ. Ее отрѣзываютъ на высотѣ нормальной губы или, еще лучше, во избѣжаніе сильныхъ кровотеченій изъ богатой сосудами ножки, отжигаютъ ее, посредствомъ гальванокаустической петли.

Прибавлю нѣсколько словъ объ интересномъ случаѣ, оперированномъ мною (см. фиг. 51). Это была женщина 28 лѣтъ, всего за 6 недѣль до того вышедшая замужъ и у которой за 2 года передъ тѣмъ, послѣ сильнаго напряженія, въ первый разъ показалось постороннее тѣло между наружными губами. Въ первое время оно выходило чаще, но тотчасъ же скрывалось, когда больная принимала сидячее положеніе. Больная страдала усиленными мѣсячными очищеніями и болями. Во влагалищномъ входѣ замѣчалась красная мягкая опухоль, терявшаяся своей постепенно истончающейся ножкой въ передней губѣ. Я отрезъ ее гальванокаустической петлей. Чрезъ нѣсколько дней я отрѣзала маленькій слизистый полипъ шейки, и больная вскорѣ выздоровѣла. Два года спустя она родила здороваго мальчика.

Опухоль имѣла $4\frac{1}{2}$ сантим. въ ширину и 2 сантим. въ толщину. Ножка длиною въ $1-1\frac{1}{2}$ сантим., и на поверхности ея замѣчаются трещины и ямки, изъ которыхъ въ иная зондъ проникаетъ весьма глубоко. На верхушкѣ и еще на одномъ мѣстѣ опухоли можно приподнять складки слизистой оболочки, расположенныя на подобіе мостиковъ. На разрѣзѣ видно, что верхушка опухоли выполнена кистой, величиною съ добрый лѣсной орѣхъ, съ довольно толстыми стѣнками, содержащей тягучую, стекловидную слизь. Стѣнки этой кисты унизаны многочисленными, весьма красивыми, сосочковыми разраженіями. Кромѣ того, существуетъ множество углубленій, отчасти тоже содержащихъ сосочковыя разраженія. Углубленія простираются и въ ножку.

Ссадины и язвы маточных губъ.

Оттербургъ, Lettres sur les ulcérations de la matrice etc. Paris, 1839. — *Джемсъ Генри Беннетъ*, Pract. treatise on inflamm., ulcer., and ind. of the neck of the uterus. London, 1845. — *Робертъ*, Des affect. granul., ulcér et carcin. du col de l'utérus. Thèse. Paris, 1848. — *Э. Вамеръ*, Arch. f. phys. Heilk., 1856, стр. 515. — *К. Майеръ*, Vortr. über Eros., Excor. etc. Berlin, 1861. — *Сканиони*, Chronische Metritis. Wien, 1863, стр. 78.

Простая ссадина.

Образованіе ссадинъ обуславливается потерей эпителия, который можетъ исчезнуть двоякимъ образомъ. Въ большинствѣ случаевъ клѣтки отпадаютъ вслѣдствіе вымачиванія. При этомъ на доступной зрѣнію части шейки (нижняя часть которой часто бываетъ выворочена), равно какъ и на покрывающей влагалищную часть слизистой оболочкѣ, замѣчаются ярко окрашенныя мѣста, рѣзко отграниченныя отъ здоровой слизистой оболочки или переходящія въ нее незамѣтно. Дно ссадины гладкое и изъ него легко показывается кровь, при неосторожномъ дотрогиваніи, напр. краемъ зеркала.

Съ другой стороны, эпителий можетъ быть приподнятъ, въ видѣ мелкихъ, весьма рѣдко болѣе крупныхъ пузырьковъ, выпотомъ изъ сосочковаго слоя. Эти мелкіе пузырьки описаны *Сканиони* подъ именемъ афтозныхъ, а *Люсфранкомъ*, *Роберомъ* и др. подъ именемъ герпетическихъ ссадинъ. Больше всего они соотвѣтствуютъ экцемѣ кожи, съ тою только разницею, что не даютъ ссыхающихся корокъ. Процессъ начинается выступаніемъ очень мелкихъ пузырьковъ, не болѣе булавочной головки или просяного зерна, которые лопаются и оставляютъ послѣ себя ссаженное мѣсто. Ссадина разрастается, вслѣдствіе появленія новыхъ пузырьковъ въ окружности, и имѣетъ неправильный видъ. *Жуланъ*¹⁾ наблюдалъ пузырьки съ свѣтлымъ, слизистымъ содержимымъ, которые онъ принимаетъ за pemphigus.

Первый видъ ссадинъ происходитъ главнымъ образомъ травматическимъ путемъ, вслѣдствіе стиранія и смыванія эпителия, намочкаго въ обильномъ катарральномъ отдѣленіи. Большею частью это имѣетъ мѣсто при совокупленіи, онанизмѣ, отъ ношенія пессаріевъ, а также при значительной подвижности матки, обуславливаемой увеличенной тяжестью органа или усиленнымъ дѣйствіемъ брюшного пресса, вслѣдствіе чрезвычайныхъ напряженій тѣла. Если истеченіе обильно и не безразличнаго качества, то ужъ отъ одного этого можетъ погибнуть эпителий.

Афтозная форма является послѣдствіемъ эндометрита, при чемъ сосочковый слой слизистой оболочки даетъ такое обильное отдѣленіе, что

¹⁾ Gaz. des hôp., 1861, № 40.

эпителий приподымается въ видѣ пузырьковъ. Распознаваніе чрезъ зеркало очень легко, такъ какъ ссадина представляетъ не болѣе, какъ простое покрасившее мѣсто, лишенное влажнаго, блестящаго эпителия. Маленькіе пузырьки отличаются отъ набухшихъ фолликуловъ своими мелкими размѣрами, бѣлымъ цвѣтомъ и значительнымъ выстояніемъ надъ поверхностью слизистой оболочки.

Такъ какъ это маловажное измѣненіе не сопровождается никакими припадками, то оно не нуждается и въ леченіи. Осторожными безразличными впрыскиваніями смываютъ раздражающее отдѣленіе, послѣ чего ссадины заживаютъ сами собою. Если заживленіе идетъ медленно, если ссадина сильно мокнетъ или изъ нея показывается кровь, то осторожно смазываютъ ее, посредствомъ кисточки, растворомъ ляписа средней крѣпости.

Сосочковая ссадина.

При болѣе сильномъ раздраженіи (когда вредныя вліянія: травма, раздраженіе, ѣдкое отдѣленіе, дѣйствуютъ постоянно), простая ссадина можетъ превратиться въ сосочковую язву, вслѣдствіе того, что по отпаденіи эпителия обнаженныя верхушки сосочковъ набухаютъ и выдаются надъ поверхностью, въ видѣ зернистыхъ, темно окрашенныхъ и легко кровоточащихъ возвышеній. При этомъ ссадина представляется усѣянной множествомъ мелкихъ, темнокрасныхъ точекъ, на которыхъ уже при легкомъ дотрогиваніи нѣжной кисточкой выступаютъ кровяныя капельки. Такая сосочковая ссадина занимаетъ мѣсто съ обѣихъ сторонъ наружнаго зѣва. При еще болѣе сильномъ раздраженіи, сосочки начинаютъ разрастаться, такъ что надъ поверхностью слизистой оболочки возвышаются мелкія сосочковыя разращенія. Въ рѣдкихъ случаяхъ послѣднія увеличиваются до того, что выступаютъ на губахъ въ видѣ настоящихъ фунгозныхъ грануляцій, которыя, будучи сплющены стѣнками влагалища, получаютъ извѣстное сходство съ пѣтушіймъ гребешкомъ. Англичане такъ и называютъ ихъ *cock's comb granulation* (а французы даютъ имъ названіе *ulcérations fongueuses végétantes*).

Такія сосочковыя разращенія легко даютъ кровотеченія съ ихъ послѣдствіями, такъ какъ гиперемированная капиллярная сѣть расположена въ набухшихъ сосочкахъ весьма поверхностно и потому легко подвергается поврежденіямъ.

Въ виду этого, равно какъ и въ виду возможности перехода въ раковое перерожденіе, при запусценіи болъзни (см. ракъ шейки), надо быть осторожнымъ съ предсказаніемъ.

Распознаваніе легко, благодаря характеристическому виду опухоли. Надо остерегаться, чтобы не смѣшивать ея съ выворотомъ гипертрофированной слизистой оболочки шейки, которая своими многочисленными

складками и темнокрасной окраской очень похожа на эту опухоль. Впрочемъ, оба эти страданія нерѣдко существуютъ въ сочетаніи другъ съ другомъ.

Лечение состоитъ въ томъ, что вливаютъ неочищенный древесный уксусъ въ зеркало и оставляютъ его на 5 минутъ въ соприкосновеніи съ влагалищной частью. Отъ повторенія этой операціи чрезъ каждые 2 дня сосочки бѣлѣютъ и мало по малу запусѣваютъ, такъ какъ эпителий, подъ вліяніемъ раздраженія, еще больше размножается и даже даетъ образованіе гноя. Мы настоятельно предостерегаемъ отъ смазыванія сосочковыхъ ссадинъ ляписной палочкой, такъ какъ послѣдняя тотчасъ же вызываетъ кровотеченія и еще болѣе усиленное разрастаніе сосочковъ.

Болѣе крупныя сосочковыя разращенія прижигаютъ полторохлористымъ желѣзомъ или хромовой кислотою, вводимыми на маленькихъ тампонахъ изъ ваты, или же каленымъ желѣзомъ. Очень большія разращенія срѣзываютъ сперва ножницами, а затѣмъ уже прижигаютъ упомянутыми веществами.

Фолликулярная ссадина.

Набухшіе фолликулы, описанные на стр. 119, могутъ вскрыться, выдѣлать свое содержимое и оставить послѣ себя, особенно когда послѣднее отличается гнойнымъ характеромъ, маленькія, углубленныя на подобіе чашечки, язвы. Что касается самихъ фолликуловъ, то о нихъ мы уже говорили при катаррѣ шейки. Остающіяся по вскрытіи ихъ язвочки не имѣютъ значенія, такъ какъ онѣ заживаютъ сами собою; да и самое вскрытіе фолликула должно считаться положительно благоприятнымъ явленіемъ. Если дно маленькой язвочки получаетъ дурной видъ и зарастаетъ грануляціями, то прижигаютъ его ляписной палочкой.

Описанная нѣкоторыми гинекологами, преимущественно *Сканцони*, варикозная язва есть ничто иное, какъ простая или сосочковая ссадина, осложненная сильнымъ растяженіемъ поверхностныхъ венъ влагалищной части.

Мы старались описать всѣ эти формы язвъ въ ихъ чистомъ видѣ, но должны замѣтить, что часто онѣ встрѣчаются въ сочетаніи другъ съ другомъ и что въ особенности простая ссадина очень легко принимаетъ характеръ сосочковой.

Свойства этихъ язвъ въ значительной степени измѣняются отъ слишкомъ энергическаго леченія. Если часто прижигать сосочковыя язвы ляписной палочкой, то образуются вялыя, разрастающіяся грануляціи на нечистомъ язвенномъ днѣ и вмѣстѣ съ тѣмъ эти частыя прижиганія ведутъ къ хроническому раздраженію слизистой оболочки, сказывающемуся главнымъ образомъ сильнымъ отекомъ подслизистой ткани. При изслѣдованіи пальцемъ получается какое-то особенное ощущеніе, какъ-

будто слизистая оболочка покоится на водяной подушкѣ. Если, получивъ въ свои руки такіе, долго пользованные случаи, оставить всякое активное леченіе, то припухлость подслизистой ткани вскорѣ опадаетъ и язва, до того противостоявшая всякому прижиганію, заживаетъ сама собою.

Ulcus phagadaenicum sive corrodens uteri.

Эта форма, впервые описанная *Кларкомъ* и много разъ оспариваемая, представляетъ собою постепенно распространяющееся въ глубину ихорозное распаденіе нормальной ткани, которое, конечно, неоднократно смѣшивалось съ быстро распадающимся ракомъ, но существованіе котораго несомнѣнно доказано наблюденіями *Рокитанскаго* ¹⁾, *Фёрстера* ²⁾ и *Клебса* ³⁾. Это бухтообразная язва съ плотными краями и ворсинчатымъ омертвѣлымъ дномъ, которая безостановочно идетъ впередъ и оканчивается смертью, вслѣдствіе кровотеченій и ихорознаго распаденія.

Распознаваніе можетъ быть сдѣлано только на трупѣ; при жизни же оно возможно развѣ послѣ вылущенія и съ помощью микроскопа.

При леченіи не мѣшаетъ на всякій случай испытать энергическое прижиганіе каленымъ желѣзомъ.

Шанкръ влагалищной части.

Шанкръ влагалищной части представляетъ всѣ признаки шанкерной язвы, встрѣчается весьма рѣдко, а еще рѣже принимаетъ фагаденической характеръ.

ИЗМѢНЕНІЯ ПОЛОЖЕНІЯ МАТКИ.

Anteflexio, anteversio, retroflexio et retroversio.

Швейтцера, Ueber einige phys. u. prakt. Gegenst. d. Geburtsh. Nürnberg, 1817, стр. 251. — *В. I. Шмиттъ*, Ueber d. Zurückbeugung d. Gebärmutter etc. Wien, 1820. — *Тидеманнъ*, Von den Duverney'schen etc. Heidelb. u. Leipzig, 1840. — *Симпсонъ*, Selected Obst. Works, I, стр. 681. — *Пажо (Вельно)*, Gaz. des hôp., июль 1845, № 82 и сл. — *Рибби*, Med. Times, ноябрь 1845, стр. 124 и сл. — *Кивинъ*, Beitr. z. Geburtsk. Würzburg, 1848, отд. II, стр. 134. — Протоколы парижской медицинск. академіи. Gaz. méd. de Paris, 1849, № 41—47. — *Зоммеръ*, Beitr. z. Lehre v. d. Infarct. u. Flex. d. Gebärm. D. i. Giessen, 1850. — *Майеръ*, Verh. d. Berliner Ges. f. Geburtsh., 1851, IV, стр. 198. — *Рокитцъ*, e. I, V, стр. 82, и De antefl. et retrofl. uteri. Marburg. D. i., 1851. — *Сканцони*, ero Beiträge, I, стр. 40, и II, стр. 161. — *Валлей*, Gaz. des hôp., 1851, № 129, 1852, № 5—123, и L'Union, 1853, № 106. — *Денканъ*, On the displacements of the uterus. Edinburgh, 1854. — *Вирховъ*, Verh. d. Berl. Ges. f. Geb., IV, стр.

¹⁾ Handb. d. pathol. Anat., III, стр. 538.

²⁾ Handb. d. pathol. Anat., II, стр. 318.

³⁾ Handb. d. pathol. Anat., выш. 4, стр. 874.

80, Wiener allg. med. Z., 1859, № 4, 5, 6, 20, и Mon. f. Geb., т. 13, стр. 168. — *Рокитанскій*, Wiener allg. med. Z., 1859, № 17 и 18. — *Арнетъ*, Petersb. med. Z., 1861, I, 5. — *Л. Майеръ*, M. f. Geb., т. 21, стр. 426. — *Клобъ*, Pathol. Anat. d. weibl. Sex. Wien, 1864, стр. 56. — *Максъ Берн. Фрейдъ*, Die Lageentwicklung der Beckenorgane etc. в Breslauer klin. Beitr., 1864, тетр. 2, стр. 85. — *Мартинъ* Die Neig. u. Beug. d. Gebärmutter etc. 2-е изд. Berlin, 1870. — *Зексмеръ (Зейфертъ)*, Prager Vierteljahrschr., 1866, 4, стр. 44. — *Мидовсъ*, Lancet, 18—25 июля 1868. — *Гютеръ*, Die Flexionen des Uterus. Leipzig, 1870. — *Креде*, Archiv f. Gyn., 1870, I, стр. 84. — *Винкель*, Die Behandl. d. Flexionen des Uterus etc. Berlin, 1872. — *Гильдебрандтъ*, Volkmann's Samml. klin. Vortr. Leipzig, 1870, № 5. — *Шрёдеръ*, е. 1., 1872, № 37. — *Б. Шульце*, е. 1., № 50, Tagebl. d. Leipziger Naturf.-Vers., 1872, стр. 81, и Archiv f. Gyn., т. IV, стр. 373. — *Иозефъ*, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn., т. II, стр. 107. — *Скинъ*, Amer. J. of Obst., т. VII, 1874, стр. 391.

Исторія.

Въ высшей степени странно и развѣ общимъ пренебреженіемъ, въ которомъ находилось гинекологическое изслѣдованіе, можетъ быть объяснено то обстоятельство, что столь часто встрѣчающіяся измѣненія въ положеніи матки такъ поздно сдѣлались извѣстными врачамъ. Раньше всего они обратили на себя вниманіе тѣми тяжелыми припадками, которые смѣщенія матки назадъ вызываютъ у беременныхъ. У небеременныхъ же до самаго начала нынѣшняго столѣтія были извѣстны лишь отдѣльные случаи, изъ которыхъ одни случайно попадались на трупахъ, какъ, напр., случаи *Секторфа*¹⁾ и *П. Франка*²⁾, а другіе, какъ, напр., случаи, опубликованные *Виллихомъ*³⁾, *Шнейдеромъ*⁴⁾ и *Киришиеромъ*⁵⁾, доходили до свѣдѣній врачей, лишь благодаря припадкамъ, вызваннымъ даже не ими, а ихъ осложненіями. *Швеймайзеръ* первый приобрѣлъ обширную опытность по этому предмету и первый вѣрно замѣтилъ, что смѣщеніе матки назадъ встрѣчается чаще у небеременныхъ (39 случаевъ), чѣмъ у беременныхъ (5 случаевъ). Въ одно время съ нимъ *Г. В. Шмиттъ* описалъ, какъ большую рѣдкость, нѣсколько случаевъ перегибовъ матки впередъ.

Искривленія матки считались еще болѣе рѣдкими и замѣчательными явленіями, хотя уже случаи *Секторфа* и *Франка*, найденные на вскрытіяхъ, представляли именно перегибы назадъ.

Лишь послѣ изслѣдованій *Симпсона* и *Кивинша*, нашедшихъ себѣ сильное подспорье въ примѣненіи зонда, частое существованіе смѣщенной матки впередъ и назадъ было признано всѣми. Разъясненіе же причинъ этихъ смѣщеній, на основаніи нормальныхъ условій положенія матки и

1) Ill. soc. med. Havniensis, 1775, т. II, стр. 127.

2) 1786. Opusc. posth. Viennae, 1824, стр. 78.

3) Richter's chirurg. Bibl. Göttingen, 1779, т. V, стр. 132.

4) е. 1., 1791, т. XI, стр. 310.

5) Stark's Archiv. Jena, 1793, т. IV, стр. 637.

ихъ физиологическихъ отклоненій, принадлежить самому послѣднему времени.

Опредѣленіе и этиологія.

Смѣщенія матки впередъ и назадъ бываютъ двоякаго рода.

Если, при измѣненномъ положеніи тѣла матки, шейка обращена въ противоположную сторону, такъ что, не смотря на измѣненное положеніе органа, форма его остается та-же, то такое состояніе называютъ наклоненіемъ. Напротивъ, если тѣло матки опрокидывается назадъ или впередъ, а шейка сохраняетъ свое нормальное положеніе во влагалищѣ, другими словами, если оси тѣла и шейки образуютъ между собою уголь, то такое измѣненіе положенія органа носить названіе перегиба (флексіи). Такъ какъ и въ нормальномъ состояніи матка нѣсколько перегнута по передней поверхности, то, покуда это искривленіе не перейдетъ за извѣстные предѣлы, считаютъ матку наклоненной впередъ. Точно также и при наклоненіи матки назадъ можетъ существовать легкая степень физиологическаго перегиба впередъ. Такимъ образомъ, при смѣщеніяхъ впередъ, мы можемъ говорить о чистомъ наклоненіи даже тогда, когда матка нѣсколько перегнута по передней поверхности; тогда какъ при смѣщеніяхъ назадъ, какъ только тѣло и шейка матки образуютъ между собою открытый къзади уголь, мы должны признать перегибъ назадъ.

Впрочемъ, эти смѣщенія рѣдко встрѣчаются въ чистомъ видѣ. Въ большинствѣ случаевъ, при смѣщеніяхъ матки, шейка обыкновенно уклоняется нѣсколько въ противоположную сторону, такъ что при перегибахъ всегда имѣется и умѣренная степень наклоненія матки.

Такъ какъ перегибы составляютъ гораздо болѣе важное страданіе, то въ послѣдующемъ нашемъ изложеніи мы будемъ называть перегибомъ всякое смѣщеніе матки, при которомъ отношенія оси шейки къ оси тѣла не совсѣмъ нормальны, оставляя названіе наклоненія только для тѣхъ случаевъ, гдѣ ось всего органа образуетъ прямую или лишь слегка изогнутую по передней поверхности линію.

Для объясненія способа происхожденія ненормальныхъ уклоненій матки впередъ или назадъ, мы должны принять за исходную точку нормальное положеніе матки.

Матка заложена въ маломъ тазу, между мочевымъ пузыремъ и прямой кишкой, въ томъ видѣ, какъ это изображено на фиг. 52; но она далеко не закрѣплена въ этомъ положеніи. Напротивъ, дно ея почти вполне свободно по направленію спереди назадъ, такъ какъ круглыя связки, идущія въ видѣ дуги и прикрѣпляющіяся къ мягкимъ частямъ, даже при нормальной плотности, допускаютъ значительныя уклоненія назадъ. Болѣе всего закрѣплена шейка, но и она вовсе не связана съ

какими-либо неподвижными частями, а соединена спереди съ задней стѣнкой пузыря и сзади съ передней стѣнкой прямой кишки. Наконецъ, влагалище не доставляетъ никакой опоры маткѣ, а, напротивъ, слѣдуетъ за движеніями шейки. Такимъ образомъ, если оставить пока въ сторонѣ дѣйствіе широкихъ маточныхъ связокъ, которыя, при нормальной плотности, мѣшаютъ значительнымъ уклоненіямъ въ бокъ, матка остается тѣсно соединенной только съ сосѣдними органами — мочевымъ пузыремъ и прямой кишкой. Но задняя стѣнка пузыря, равно какъ и передняя стѣнка прямой кишки измѣняютъ свое положеніе въ тазу въ весьма значительныхъ предѣлахъ, смотря по степени наполненія этихъ органовъ. Въ особенности состояніе пузыря оказываетъ самое рѣшительное вліяніе на положеніе матки. Если пузырь совершенно пустой, то вся матка сильно напираетъ впередъ, какъ это представлено на фиг. 53, и если притомъ еще прямая кишка наполнена слабо, то между нею и маткой образуется большое пространство, занимаемое кишечными петлями. По мѣрѣ же наполненія пузыря, задняя стѣнка его, а вмѣстѣ съ нею и матка оттѣсняются назадъ, такъ что она все болѣе и болѣе приближается къ передней стѣнкѣ прямой кишки, вытѣсняя кишечныя петли изъ дугласова пространства. Если же пузырь переполненъ мочою, то матка совершенно забивается въ крестцовую впадину, т. е. слегка наклонена назадъ, и дугласово пространство совершенно свободно отъ кишекъ.

Менѣе значительно вліяніе прямой кишки на матку, такъ какъ шейка не соединена съ передней стѣнкой кишки непосредственно соединительной тканью, но между ними лежитъ дугласово пространство и оба органа связаны только съ боковъ посредствомъ *ligamenta recto-uterina*, которыя отчасти прикрѣпляются къ передней стѣнкѣ прямой кишки, отчасти къ задней стѣнкѣ таза, и препятствуютъ лишь очень значительному уклоненію шейки впередъ. При опорожненномъ состояніи прямой кишки, дугласово пространство почти цѣликомъ выполнено кишками; но чѣмъ больше въ ней накопляется кала, тѣмъ сильнѣе передняя ея стѣнка выпячивается въ дугласово пространство, постепенно вытѣсняя оттуда кишечныя петли; тогда какъ матка не измѣняетъ своего положенія и только при чрезмѣрномъ наполненіи кишки слегка отклоняется впередъ.

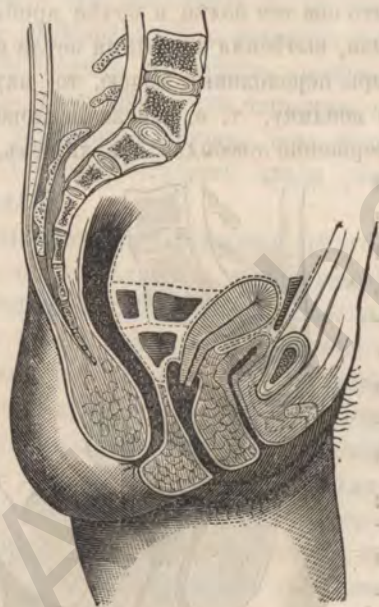


Фиг. 52.

Нормальное положеніе матки при слабомъ наполненіи пузыря.

Такимъ образомъ положеніе матки сильно измѣняется, лишь соотвѣтственно степени наполненія пузыря. Чѣмъ пустѣе пузырь, тѣмъ болѣе матка перегнута и наклонена впередъ, тогда какъ при значительномъ наполненіи пузыря матка можетъ легко подвергнуться наклоненію назадъ.

Если такимъ образомъ при пустомъ пузырьѣ матка всегда бываетъ перегнута впередъ, то спрашивается, можно ли вообще считать перегибъ впередъ за патологическое положеніе матки. *Шулце* прямо отвѣчаетъ на этотъ вопросъ въ отрицательномъ смыслѣ; но, по моему мнѣнію, онъ не правъ. Съ одной стороны, высокія степени перегиба впередъ уже сами по себѣ вызываютъ обыкновенно явственныя патологическія явленія: дисменоррею и безплодіе; съ другой стороны, существуетъ громадная разница между нормальнымъ перегибомъ впередъ, при пустомъ пузырьѣ, и патологическимъ. Чтобы убѣдиться въ этомъ, достаточно сравнить матку на фиг. 53 съ маткой на фиг. 55.



Фиг. 53.

Положеніе матки при совершенно пустомъ пузырьѣ.



Фиг. 54.

Положеніе матки при переполненномъ пузырьѣ.

Правда, перегибы впередъ, въ родѣ представленныхъ на фиг. 55, нерѣдко встрѣчаются въ видѣ врожденныхъ аномалій (ихъ находятъ часто при вскрытіи новорожденныхъ); но отсюда еще не слѣдуетъ, чтобы мы были вправѣ считать ихъ за физиологическое явленіе. Я смотрю на нихъ, какъ на патологическій избытокъ физиологическаго развитія, потому что, начиная съ періода возмужалости, они влекутъ за собою извѣстные припадки, и притомъ часто весьма сильныя.

Съ другой стороны, перегибы вперед встрѣчаются и у рожавших женщинъ. При этомъ матка представляется дряблою и сильно изогнутою по передней поверхности, а наполненный мочевой пузырь оттѣсняетъ нѣсколько назадъ лишь всю матку, какъ цѣлое, не выпрямляя ея дна. Обыкновенно это имѣетъ мѣсто при значительномъ расслабленіи матки и сосѣднихъ органовъ, подъ вліяніемъ чрезвычайно сильнаго напряженія брюшнаго пресса. Соединительная ткань, связывающая матку съ задней стѣнкой пузыря, вовсе не такъ плотна, какъ обыкновенно принимаютъ, а можетъ растягиваться, вслѣдствіе чего, матка, будучи сильно изогнута впередъ отъ дѣйствія брюшнаго пресса, перестаетъ упираться въ мочевой пузырь. Положеніе ея позади пузыря тогда таково, что, при наполненіи послѣдняго, она болѣе не выпрямляется, а только слегка оттѣсняется назадъ, сохраняя все ту же ненормальную форму. Въ этихъ случаяхъ, въ которыхъ обыкновенно и влагалище бываетъ вяло, перегибъ можетъ произойти подъ такимъ острымъ угломъ, что тѣло матки выпираетъ внизъ передней влагалищной сводъ.

Высшія степени чистаго наклона впередъ встрѣчаются рѣдко. Онѣ образуются при упомянутыхъ сейчасъ условіяхъ, когда матка очень утолщена и плотна, т. е. при болѣе свѣжихъ состояніяхъ раздраженія. Если же ткань матки нормальна, то при сильномъ дѣйствіи брюшнаго пресса уголъ перегиба обыкновенно увеличивается, такъ что чистаго наклона произойти не можетъ.

Какъ смѣщенія матки, при нормальномъ положеніи ея, происходятъ отъ дѣйствія брюшнаго пресса, такъ же точно они могутъ произойти отъ увеличенной тяжести самой матки. Если въ тѣлѣ матки заложенъ небольшой фиброидъ или оно вообще увеличено въ объемѣ (puerperium, хроническій метритъ), то оно болѣе обыкновеннаго поддается впередъ, образуя при ненормальной плотности наклоненіе впередъ, при нормальной—перегибъ впередъ.

Фиброиды тянутъ матку то впередъ, то назадъ, такъ какъ они сами принимаютъ различныя положенія, смотря по положенію больной. По этой причинѣ, у одной и той же больной мы находимъ то смѣщеніе впередъ, то назадъ.

Смѣщенія назадъ составляютъ вполне патологическое явленіе, такъ какъ въ нормальномъ состояніи матка лежитъ нѣсколько болѣе кпереди. Назадъ же она отклоняется только при значительномъ переполненіи пузыря. Послѣдній моментъ играетъ громадную роль въ дѣлѣ происхожденія смѣщенія назадъ. Подъ вліяніемъ его, матка принимаетъ такое положеніе, въ которомъ дѣйствіе брюшнаго пресса бываетъ направлено на переднюю ея поверхность. И если въ это время брюшной прессъ дѣйствуетъ сильно, то матка должна переѣститься назадъ. Произойдетъ ли при этомъ наклоненіе или перегибъ назадъ,—это опредѣляется свойствами самаго органа. Если ткань матки нормальна или плотнѣе

обыкновеннаго, то образуется чистое наклоненіе, такъ какъ нормальная плотная ткань матки не допускаетъ перегиба ея по задней поверхности; если же матка вялая, особенно въ области внутреннего зѣва, то происходитъ перегибъ. Съ измѣненіемъ этихъ условий, наклоненія могутъ перейти въ перегибы и обратно; рѣже всего наблюдается переходъ перегиба назадъ въ наклоненіе назадъ, но онъ все таки имѣетъ мѣсто, когда присоединяется воспаленіе; я наблюдалъ такой переходъ въ видѣ временнаго состоянія, при менструальномъ набуханіи матки. Важенъ также уровень, на которомъ помѣщается матка, такъ какъ наклоненіе назадъ бываетъ тѣмъ значительнѣе, чѣмъ ниже стоитъ органъ (фиг. 75).

Въ большинствѣ случаевъ сначала происходитъ наклоненіе назадъ и затѣмъ, по мѣрѣ расслабленія ткани, тѣло матки опрокидывается назадъ.

Но перегибъ назадъ можетъ развиваться однимъ разомъ, отъ сильнаго дѣйствія брюшнаго пресса (кашля, рвоты, паденія и т. д.), при легкомъ наклоненіи матки назадъ. Что же касается расслабленія *ligg. recto-uterina*, которому *Гильдебрандтъ* и *Шумье* придаютъ большое значеніе, то я вижу въ немъ только вспомогательный моментъ, но не болѣе; значительное расслабленіе этихъ связокъ, правильно существующее при перегибахъ назадъ, очень часто составляетъ уже послѣдовательное явленіе.

Только въ исключительныхъ случаяхъ смѣщенія матки обуславливаются сращеніями ея дна спереди или сзади. Тѣ сращенія, которыя дѣйствительно встрѣчаются нерѣдко въ подобныхъ случаяхъ, почти всегда являются послѣдовательнымъ продуктомъ, т. е. образуются между частями, соприкасающимися между собою, вслѣдствіе ненормальнаго положенія матки.

Едва ли нужно подробно останавливаться на тѣхъ чисто послѣдовательныхъ смѣщеніяхъ, которыя имѣютъ мѣсто при крупныхъ опухоляхъ живота, оттѣсняющихъ матку впередъ или назадъ.

Въ заключеніе этого этиологическаго обзора подведемъ краткій итогъ различнымъ способамъ происхожденія отдѣльныхъ формъ смѣщенія матки.

Перегибъ впередъ встрѣчается въ прирожденномъ видѣ у нерожавшихъ, какъ избытокъ физиологическаго развитія, а у рожавшихъ, какъ слѣдствіе часто повторяющагося усиленнаго дѣйствія брюшнаго пресса на ненормально утолщенную матку.

Наклоненіе впередъ встрѣчается только на ненормально утолщенной, набухшей маткѣ, при тѣхъ же условіяхъ, подъ влияніемъ которыхъ нормальная или вялая матка подвергается перегибу впередъ.

Перегибъ назадъ встрѣчается у нерожавшихъ рѣдко, а именно только при расслабленіи ткани матки, вслѣдствіе катарровъ. У женщинъ же рожавшихъ онъ особенно легко образуется въ томъ случаѣ, когда тѣло матки увеличено въ объемѣ и въ вѣсѣ, а область внутреннего зѣва

ва разрыхлена, чаще же всего—вследствие усиленного напряжения брюшного пресса, при переполнении пузыря.

Наклонение назад встрѣчается одинаково у нерожавшихъ и многорожавшихъ, при тѣхъ же условіяхъ, какъ и искривленіе назадъ, при нормальной или ненормально плотной ткани матки.

Патологическая анатомія.

Описанныя смѣщенія матки представляются въ слѣдующемъ видѣ.

При перегибѣ впередъ (фиг. 55) тѣло и шейка матки образуютъ открытый кпереди уголъ, болѣе острый, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. Такимъ образомъ, при чистомъ перегибѣ впередъ, шейка удерживаетъ свое нормальное положеніе во влагалищѣ; но весьма часто, однакоже, одновременно съ этимъ существуетъ и легкая степень наклоненія впередъ, такъ что маточный зѣвъ смотритъ болѣе назадъ. Тѣло матки покоится на переднемъ влагалищномъ сводѣ. Уголъ, образуемый тѣломъ и шейкой, можетъ быть очень острый.

При наклоненіи впередъ (фиг. 56), шейка и тѣло образуютъ небольшой нормальный уголъ или одну непрерывную линію. Маточный зѣвъ тѣмъ болѣе бываетъ обращенъ назадъ, чѣмъ ниже опускается впередъ.



Фиг. 55.
Antelexio uteri.



Фиг. 56.
Anteversio uteri.

При перегибѣ назадъ (фиг. 57), тѣло и шейка образуютъ открытый къзади уголъ, то тупой, то острый. При совершенно чистомъ пере-

губѣ, шейка занимаетъ свое нормальное положеніе во влагалищѣ, но весьма часто смотритъ нѣсколько въ сторону лоннаго сращенія, т. е. имѣется легкая степень наклоненія назадъ.

При наклоненіи назадъ (фиг. 58), чѣмъ глубже дно матки опускается назадъ, тѣмъ болѣе шейка отклоняется такимъ образомъ, что зѣвъ бываетъ обращенъ къ лонному сращенію, а при высшихъ степеняхъ наклоненія, матка можетъ перевернуться такъ, что зѣвъ смотритъ вверхъ.

При наклоненіяхъ матки, форма ея не измѣняется.

При перегибахъ же, тѣло матки бываетъ иногда (при перегибахъ назадъ) изогнуто на подобіе реторты; обыкновенно же существуетъ крутой перегибъ, и притомъ почти всегда на мѣстѣ внутренняго зѣва. Весьма рѣдко—при очень вялой шейкѣ—верхняя часть шейки слѣдуетъ за тѣломъ, такъ что перегибъ занимаетъ самую шейку; съ другой стороны, Клобъ сообщаетъ случай перегиба назадъ, гдѣ мѣсто перегиба находилось на тѣлѣ матки.



Фиг. 57.

Retroflexio uteri.



Фиг. 58.

Retroversio uteri.

При перегибѣ и наклоненіи впередъ, дно матки обыкновенно опускается не очень низко, такъ какъ оно опрокидывается спереди на мочевоу пузырь; но въ исключительныхъ случаяхъ, при упомянутыхъ выше условіяхъ, оно можетъ выпирать передній сводъ до такой степени, что при чистомъ перегибѣ тѣло и шейка приходятся почти параллельно другъ другу, а дно помѣщается вплоть позади влагалищнаго входа. При перегибахъ же и наклоненіяхъ назадъ тѣло матки безъ труда можетъ

опрокинуться въ дугласово пространство, и вслѣдствіе этого смѣщеніе обыкновенно бываетъ здѣсь болѣе значительно. Если тѣло опускается очень низко назадъ, то, за немногими исключениями, происходитъ перегибъ матки.

При всѣхъ этихъ смѣщеніяхъ область внутренняго зѣва не вполне удерживаетъ свое нормальное положеніе въ тазу. Если тѣло матки опускается назадъ, то шейка, а вмѣстѣ съ нею и верхняя часть влагалища отклоняются нѣсколько впередъ, и наоборотъ. При этомъ внутренній зѣвъ легко принимаетъ нѣсколько болѣе высокое положеніе.

Вслѣдствіе этого, при наклоненіяхъ, равно какъ и при нечистыхъ перегибахъ, происходитъ уплощеніе влагалищнаго свода, а именно передняго,— при наклоненіяхъ и перегибахъ назадъ.

При болѣе значительныхъ перегибахъ назадъ, маточный зѣвъ нѣсколько раскрывается, вслѣдствіе оттяжки передней губы впередъ.

Самыми частыми послѣдствіями этихъ смѣщеній являются воспаленія паренхимы и слизистой оболочки матки. Они обуславливаются затрудненнымъ кровообращеніемъ, особенно при перегибахъ, и развивающимися вслѣдствіе этого застойными гипереміями. Другой причиной хроническаго метрита, при смѣщеніяхъ назадъ, служатъ поврежденія, которымъ подвергается матка при прохожденіи твердыхъ каловыхъ массъ, тогда какъ при смѣщеніяхъ впередъ воспалительныя разстройства питанія зависятъ отъ дисменоррей.

При дальнѣйшемъ теченіи развиваются раздраженія и частныя воспаленія сывороточнаго покрова, которыя могутъ вести за собою образованіе сращеній (рѣже эти сращенія служатъ причиной смѣщеній матки).

При продолжительномъ существованіи перегиба, развиваются измѣненія въ области маточнаго зѣва, вслѣдствіе атрофіи маточной ткани въ этомъ мѣстѣ. У пожилыхъ женщинъ могутъ образоваться суженія, вслѣдствіе сращенія слизистой оболочки въ области внутренняго зѣва.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ дно перегнутой назадъ матки, сдавливая стѣнку влагалища и прямой кишки, можетъ вызвать въ нихъ гангрену и прободеніе ¹⁾.

Припадки.

Хотя различныя формы смѣщеній представляютъ много общаго относительно своихъ припадковъ, но въ виду того, что на первый планъ выступаютъ то тѣ, то другіе припадки, смотря по формѣ смѣщенія, мы рассмотримъ эти смѣщенія отдѣльно каждое.

¹⁾ Клобъ, Pathol. Anat. d. w. Sex., стр. 69.

Перегибъ впередъ.

Мы уже указывали на то, что умѣренная степень перегиба впередъ составляетъ нормальное явленіе и что, независимо отъ принадлежковъ, трудно опредѣлить, слѣдуетъ ли считать данное измѣненіе положенія нормальнымъ или ненормальнымъ.

Перегибъ впередъ обыкновенно узнается по двумъ существеннымъ принадлежкамъ—дисменорреѣ и безплодію.

Дисменоррея производится здѣсь тѣмъ, что на мѣстѣ перегиба существуетъ препятствіе къ выходу крови. Обыкновенно она появляется съ наступленіемъ половой зрѣлости и длится во всю жизнь, если оставить ее безъ леченія или если не наступитъ беременность. Боли начинаются раньше кровей и съ появленіемъ послѣднихъ обыкновенно стихаютъ. Онѣ могутъ быть очень сильны, такъ что вызываютъ судороги и потерю сознанія. Онѣ обуславливаются сокращеніями стѣнокъ матки, которыми послѣдняя отвѣчаетъ на растяженіе ея полости излившею кровью, и имѣютъ характеръ коликъ или потугообразныхъ болей.

Вслѣдствіе раздраженія, претерпѣваемаго перегнутой впередъ маткой во время регулъ, могутъ развиваться процессы хроническаго воспаленія, сопровождающіеся болями и независимо отъ мѣсячныхъ очищеній.

Безплодіе составляетъ особенно частое явленіе при перегибахъ впередъ; но мнѣ извѣстны случаи, гдѣ, не смотря на высокую степень перегиба, вскорѣ послѣ свадьбы наступило зачатіе. То обстоятельство, что при перегибахъ впередъ дѣло идетъ не о невозможности, а только о затрудненіи зачатія, вполне объясняетъ намъ, почему при одной и той же степени искривленія въ одномъ случаѣ оплодотвореніе происходитъ быстро, въ другомъ остается постоянное безплодіе.

Затрудненія при мочеиспусканіи почти всегда существуютъ при перегибахъ впередъ; чаще всего встрѣчается усиленный позывъ къ мочеиспусканію, рѣже—недержаніе мочи. Кромѣ того, имѣть недостатка и въ другого рода боляхъ, напр. въ крестцовыхъ боляхъ, едва ли когда либо отсутствующихъ при болѣзняхъ матки, боли въ поясницѣ или въ одной изъ нижнихъ конечностей.

Картина болѣзни становится еще болѣе разнообразной, когда присоединяются метритъ, периметритъ и эндометритъ съ ихъ принадлежками, особенно съ болью живота, бѣлами и маточными кровотечениями.

Перегибъ назадъ.

При перегибахъ назадъ, дисменоррея, равно какъ и безплодіе встрѣчаются гораздо рѣже, а кровотечения чаще. Зависитъ же это отъ того, что перегибъ назадъ большею частью развивается у женщинъ рожавшихъ. У такихъ женщинъ шейка и внутренній зѣвъ болѣе раскры-

ты, такъ что мѣсячная кровь легче выдѣляется и оплодотвореніе болѣею частью не встрѣчаетъ препятствій. За то здѣсь часто встрѣчаются метритъ и эндометритъ, какъ слѣдствіе перенесенныхъ родовъ. Благодаря этому, кровотеченія бываютъ здѣсь чаще и обильнѣе, такъ какъ матка уже и безъ того переполнена кровью, вслѣдствіе разстроеннаго кровообращенія.

Что эта разница въ припадкахъ между перегибомъ впередъ и перегибомъ назадъ зависитъ дѣйствительно отъ указаннаго сейчасъ условія, а ни отъ чего другого, видно изъ того факта, что у рожавшихъ женщинъ перегибы впередъ гораздо рѣже сопровождаются дисменорреей и безплодіемъ, тогда какъ у нерожавшихъ, которыя крайне рѣдко страдаютъ перегибами назадъ, встрѣчаются тѣ же припадки, какъ при перегибахъ впередъ.

Боли въ крестцѣ до такой степени выступаютъ впередъ при перегибахъ назадъ, что ихъ можно считать за самый главный припадокъ этого смѣщенія. Онѣ то именно, а уже во второй линіи кровотеченія, заставляютъ большыхъ обращаться за помощью къ врачу.

Далѣе, при искривленіяхъ назадъ, особенно часто встрѣчаются параличи, обыкновенно въ нижнихъ конечностяхъ, но иногда и въ другихъ мышечныхъ группахъ. Эти параличи (помимо истерическихъ) должны быть объясняемы различно. Иногда они зависятъ отъ мѣстнаго давленія набухшей матки на двигательные нервы нижнихъ конечностей; въ другихъ случаяхъ мѣстный невритъ можетъ вести за собою міэлитъ и, наконецъ, дѣло можетъ идти о чисто отраженныхъ рефлексахъ¹⁾. *Хробахъ*²⁾ сообщаетъ случай перегиба назадъ, сопровождавшійся жестокими дыхательными неврозами, которые сряду прекратились послѣ выпрямленія матки.

Затрудненія при мочеиспусканіи существуютъ здѣсь такъ же, какъ при перегибахъ впередъ, хотя и не такъ часто. *Гильдебрандтъ* указываетъ на то, что, при перегибахъ назадъ, тѣло матки можетъ прижать мочеочники, ведя за собою растяженіе послѣднихъ и даже гидронефрозъ.

Наклоненіе впередъ.

Чистыя наклоненія впередъ встрѣчаются только одновременно съ метритомъ. Поэтому трудно представить чистую картину этой формы смѣщенія матки. При сильныхъ степеняхъ наклоненія, существуютъ боли въ животѣ, кровотеченія, бѣли, затрудненія при мочеиспусканіи; далѣе, разстройства со стороны кишечнаго канала, неврозы, истерика.

¹⁾ *Лейденъ*, Samml. klin. Vortr., 1870, № 2. *Луисъ Майеръ*, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn., II, стр. 83. *Петеръ*, Gaz. des hôp., 1872, № 10—12.

²⁾ *Wiener med. Presse*, 1869, № 2.

Наклоненіе назадъ.

Умѣренныя степени наклоненія назадъ, безъ осложнений, не вызываютъ никакихъ припадковъ. Если матка опускается назадъ очень низко, то появляются такіе же припадки, какъ при перегибѣ назадъ; если же умѣренно наклоненная матка страдаетъ и хроническимъ воспаленіемъ, то припадки бываютъ тѣ же, какъ при наклоненіи впередъ.

Распознаваніе.

Чистыя наклоненія узнаются уже по ненормальному положенію влагалищной части, которая при наклоненіи назадъ обращена впередъ, а при наклоненіи впередъ обращена назадъ. Положеніе же тѣла матки опредѣляется съ помощью двойного изслѣдованія.

Что касается перегибовъ, то они могутъ быть діагносцированы только изслѣдованіемъ обѣими руками, такъ какъ шейка удерживаетъ при нихъ свое нормальное или почти нормальное положеніе. Перегибъ впередъ существуетъ тамъ, гдѣ тѣло и шейка образуютъ уголъ больше нормальнаго, а перегибъ назадъ, когда они вообще образуютъ сзади какой бы то ни было уголъ.

При перегибѣ впередъ дно матки прощупывается легко, и такъ какъ въ этомъ мѣстѣ опухоли встрѣчаются рѣдко, то ошибки въ діагнозѣ едва ли возможны.

Напротивъ, распознаваніе перегибовъ назадъ сопряжено нерѣдко съ значительными затрудненіями, такъ какъ здѣсь не всегда легко бываетъ отыскать дно матки при двойномъ изслѣдованіи. Причиной ошибокъ, даже при несомнѣнномъ существованіи угла перегиба, служатъ въ особенности опухоли, прощупываемыя въ заднемъ сводѣ и своей величиной и плотностью напоминающія матку. Дѣло въ томъ, что въ этомъ мѣстѣ довольно часто встрѣчаются внѣматочныя опухоли, которыя въ области внутренняго зѣва такъ тѣсно прилегаютъ къ шейкѣ, что могутъ быть приняты за перегнутую назадъ матку. Вотъ почему, при перегибахъ назадъ, прежде всего необходимо доказать, что дно матки нѣтъ на нормальномъ мѣстѣ.

Если двойное изслѣдованіе встрѣчаетъ непреоборимыя затрудненія или если положеніе матки вообще не можетъ быть опредѣлено ощупываніемъ, какъ это нерѣдко бываетъ при окутываніи матки крупными выпотами, то надо прибѣгнуть къ помощи зонда. Вообще же лучше обходиться безъ зонда, такъ какъ употребленіе его при перегибахъ, когда неизвѣстно, гдѣ находится тѣло матки, далеко не безопасно.

Предсказаніе.

Сами по себѣ наклоненія и перегибы матки не представляютъ опасности для жизни, но своими припадками, продолжительностью, равно какъ и разнообразными осложненіями, развивающимися въ теченіи ихъ, они дѣлаютъ жизнь больныхъ невыносимой и могутъ вести къ постояннымъ расстройствамъ здоровья. Наклоненія могутъ исчезнуть сами собою, съ прекращеніемъ воспалительныхъ осложненій. Перегибы впередъ или, по крайней мѣрѣ, вызываемые ими припадки нерѣдко излечиваются отъ наступающей беременности. Самое неблагоприятное предсказаніе даютъ перегибы назадъ, которые, разъ образовавшись, сами собою никогда не проходятъ и въ то же время трудно поддаются лечению.

Лечение.

Приступая къ лечению, мы прежде всего должны рѣшить вопросъ о томъ, слѣдуетъ ли вообще лечить самое смѣщеніе матки или нѣтъ.

Основываясь на томъ несомнѣнномъ фактѣ, что не только высшія степени смѣщенія впередъ не вызываютъ подчасъ никакихъ припадковъ, но что даже значительные перегибы назадъ находятъ иногда у женщинъ, чувствующихъ себя вполне хорошо, — нѣкоторые гинекологи высказываются въ томъ смыслѣ, что сами по себѣ смѣщенія впередъ и назадъ не вызываютъ никакихъ явленій и что послѣднія обуславливаются исключительно осложненіями, а именно всего чаще воспаленіями слизистой оболочки и паренхимы матки. Но допустивъ даже, что это дѣйствительно такъ и есть, я еще не вижу причины, почему бы намъ не слѣдовало лечить самое смѣщеніе, ибо какъ доказать, что ненормальное положеніе матки не способствуетъ развитію воспалительныхъ процессовъ и что, для устраненія послѣднихъ, не будетъ самымъ рациональнымъ лечить самое смѣщеніе?

Если такимъ образомъ, уже съ этой точки зрѣнія, лечение самихъ смѣщеній представляется желательнымъ, то, съ другой стороны, въ послѣднее время большинство гинекологовъ пришло къ убѣжденію, что случаи, въ которыхъ вполне развитыя смѣщенія протекали безъ всякихъ припадковъ, принадлежатъ къ исключеніямъ и что неправильныя положенія обыкновенно вызываютъ положительныя расстройства здоровья.

Такимъ образомъ лечить смѣщенія слѣдуетъ; не слѣдуетъ только прибѣгать къ этому лечению тамъ, гдѣ оно не обѣщаетъ успѣха или гдѣ оно возможно лишь съ помощью такихъ средствъ, которыя сами сопряжены съ значительной опасностью.

Но и въ этомъ отношеніи мнѣнія врачей расходятся между собою. Здѣсь мы разсмотримъ тѣ способы, которыми мы владѣемъ для устраненія самихъ смѣщеній.

Прежде всего не подлежитъ сомнѣнiю, что есть случаи, въ которыхъ общее леченiе приноситъ положительную пользу. Дѣло въ томъ, что перегибы иногда обуславливаются разслабленiемъ маточной ткани, при вялости другихъ органовъ тѣла. Въ подобныхъ случаяхъ мы обыкновенно имѣемъ дѣло съ слабыми, нѣжными особами, большею частью одержимыми блѣдной немочью. Съ помощью препаратовъ желѣза, холодными ваннами, морскими купаньями, щелочными и желѣзными ваннами, соответственной діетой, жизнью въ деревнѣ, движенiемъ на чистомъ воздухѣ, нерѣдко удается у такихъ больныхъ настолько укрѣпить весь организмъ, а вмѣстѣ съ нимъ и ткань матки, что искривленiе, зависѣвшее именно отъ этой вялости органа, исчезаетъ вполне или, по крайней мѣрѣ, настолько, что наиболѣе мучительные припадки проходятъ.

Дѣйствiе этихъ средствъ можно подрѣплять мѣстными мѣрами, а именно холодными душами на нижнiй отрѣзокъ матки, прижиганiемъ разслабленной слизистой оболочки, введенiемъ вяжущихъ во влагалище и шейку. Укрѣпляющее дѣйствiе на мышечную ткань матки приписываютъ также внутреннимъ приѣмамъ спориньи.

Но всѣ эти средства сами по себѣ приносятъ пользу только въ опредѣленныхъ, а именно упомянутыхъ выше случаяхъ, хотя, надо замѣтить, они весьма часто имѣютъ большое значенiе въ качествѣ вспомогательныхъ средствъ при мѣстномъ леченiи.

Съ большимъ успѣхомъ исправленiе положенiя матки достигается съ помощью механическаго леченiя, дѣйствующаго чрезъ влагалище или въ полости матки. Это леченiе обыкновенно заключается въ томъ, что, приведши матку въ нормальное положенiе, стараются укрѣпить ее въ этомъ положенiи посредствомъ опредѣленныхъ инструментовъ.

Такимъ образомъ первый актъ леченiя долженъ состоять въ выпрямленiи матки, которое лучше всего производить рукою.

При перегибахъ впередъ, фиксируютъ шейку введеннымъ во влагалище пальцемъ, а другою рукою стараются проникнуть между лобкомъ и дномъ матки снаружи. Добравшись до дна, стараются слегка оттиснуть его вверхъ и нѣсколько назадъ. Надъ вялою маткой это обыкновенно удается легко и, мало того, въ тотъ моментъ, когда тѣло оттѣсняется назадъ, происходитъ даже перегибъ назадъ. Но если матка плотна, какъ это обыкновенно и бываетъ при прирожденномъ перегибѣ впередъ, то хотя и удается приподнять дно нѣсколько вверхъ, но при отнятiи руки оно снова опрокидывается на прежнее мѣсто.

Гораздо важнѣе выпрямленiе при перегибахъ назадъ, гдѣ въ не особенно неблагоприятныхъ случаяхъ оно тоже производится рукою. Однимъ или, еще лучше, двумя пальцами, введенными во влагалище, приподнимаютъ тѣло матки нѣсколько вверхъ, стараясь въ то же время другою рукою охватить дно сзади. При этомъ въ легкихъ случаяхъ про-

сто сдвигают дно впередъ. Въ болѣе трудныхъ случаяхъ часто все еще удается достигнуть выпрямленія, если послѣ того, какъ тѣло матки будетъ приподнято вверхъ лежащими во влагалищѣ пальцами, сдвинуть ими шейку далеко назадъ въ крестцовую ямку. Еще легче произвести выпрямленіе чрезъ прямую кишку, въ коленно-локтевомъ положеніи. Весьма полезенъ также слѣдующій приемъ, состоящій въ томъ, что въ то время, какъ введенный въ прямую кишку указательный палецъ приподнимаетъ дно, большимъ пальцемъ той же руки сдвигаютъ шейку назадъ, чрезъ влагалище.

Если рукою не удастся выпрямить матку, то, убѣдившись въ ея подвижности (когда матка неподвижна, вслѣдствіе сращеній, то всякія попытки къ выпрямленію ея должны быть оставлены), можно прибѣгнуть къ внутриматочнымъ палочкамъ.

Что касается зонда, обыкновенно рекомендуемаго для выпрямленія матки, то примѣненіе его съ этой цѣлью не лишено опасности. Дѣло въ томъ, что при перегибѣ назадъ зондъ вводится съ обращенной назадъ вогнутостью и затѣмъ поворачивается въ направленіи, соответствующемъ нормальному положенію матки; но при этомъ поворотѣ пуговка зонда дѣлаетъ сильное боковое движеніе, которое, передаваясь дну матки, не можетъ считаться безразличнымъ. Конечно, можно избѣгнуть этого бокового движенія, если вводить зондъ по способу *Раши* ¹⁾, т. е. если оставить въ покоѣ часть зонда, находящуюся въ полости матки, а производить боковое движеніе одной рукояткой, опустивъ ее сильно внизъ.

Но, во всякомъ случаѣ, выпрямленіе внутриматочными вставниками еще проще и безопаснѣе. Употребляя зондъ, мы невольнo пускаемъ въ ходъ значительную силу, такъ какъ производимъ движеніе длиннымъ плечомъ рычага (рукояткой); тогда какъ на внутриматочныхъ вставникахъ точка приложенія силы не велика и потому они менѣе раздражаютъ матку.

Выпрямленіе съ помощью внутриматочнаго вставника (фиг. 59) производится слѣдующимъ образомъ. Его вводятъ въ перегнутую назадъ матку по описанному ниже способу, при чемъ, разъ въ полость матки будетъ введена такая прямая палка, перегибъ назадъ долженъ перейти въ наклоненіе назадъ. Послѣ этого головку инструмента, лежащую прямо позади лоннаго сращенія, вдавливаютъ въ область крестцовой кости. При этомъ шейка поддается назадъ и, вслѣдствіе поворота всей палочки по поперечной оси, дно матки постепенно перемѣщается впередъ. При этомъ способѣ вправленія, всякія препятствія и сращенія ощущаются такъ же тонко, какъ при вправленіи рукою, и, слѣдовательно, можно время приостановить дальнѣйшія дѣйствія.

¹⁾ London Obst. Tr., т. XIII, стр. 247.

Но однимъ выпрямленіемъ смѣщеніе устраняется весьма рѣдко, такъ какъ матка легко возвращается въ прежнее положеніе. Скорѣе всего матка остается въ нормальномъ положеніи въ томъ случаѣ, когда смѣщеніе было недавнее и органъ былъ увеличенъ. Я знаю два случая, гдѣ перегнутая назадъ матка уже послѣ однократнаго выпрямленія сохраняла свое нормальное положеніе. Одинъ изъ этихъ случаевъ имѣлъ мѣсто у роженицы чрезъ нѣсколько недѣль послѣ своевременныхъ родовъ, а другой у женщины на девятый день послѣ выкидыша въ 3 мѣсяцѣ. Въ томъ и другомъ случаѣ матка лишь слегка была увеличена, но раньше она занимала нормальное положеніе, которое и сохранила послѣ выпрямленія.



Фиг. 59.
Внутриматочный встав-
никъ для выпрямленія
матки.

Но въ тѣхъ случаяхъ, съ которыми сплошь и рядомъ приходится имѣть дѣло гинекологамъ, т. е. въ случаяхъ застарѣлыхъ смѣщеній, никакъ нельзя рассчитывать на отсутствіе возврата, и потому послѣ выпрямленія необходимо принять особыя мѣры для удержанія матки въ нормальномъ положеніи. Этими мѣрами стараются дѣйствовать или чрезъ влагалище, или со стороны самой матки.

Едва ли нужно говорить, что если есть возможность дѣйствовать чрезъ влагалище, то это лучше всего. Всѣ инструменты, вводимые въ половой каналъ, производятъ въ немъ раздраженіе, одни очень сильное, другіе очень слабое. Но слизистая оболочка влагалища отличается большею выносливостію, чѣмъ слизистая оболочка матки, и припадки, вызываемые раздраженіемъ перваго органа, гораздо менѣе тягостны и опасны, чѣмъ припадки раздраженія слизистой оболочки матки. Поэтому, если возможно, лучше предпочесть инструменты, которые не идутъ дальше влагалища.

Такъ какъ при перегибахъ шейка удерживаетъ приблизительно свое нормальное положеніе въ тазу, лишь слегка отклоняясь въ сторону, противоположную перегибу, то при нихъ ничего нельзя подѣлать съ обыкновенными влагалищными пессаріями, которые служатъ только для удержанія шейки въ нормальномъ положеніи. Но такъ какъ, съ другой стороны, при перегибахъ назадъ опущеніе тѣла матки значительно затрудняется, когда шейка прилегаетъ къ задней стѣнкѣ таза, то, при не особенно неблагоприятныхъ условіяхъ, можно отвратить возвратъ перегиба, удерживая шейку назадъ, посредствомъ влагалищнаго пессарія. Перегибы же впередъ не измѣняются отъ перемѣщенія впередъ шейки, и потому влагалищными пессаріями противъ нихъ ничего нельзя сдѣлать.

Этотъ способъ несравненно рациональнѣе и дѣйствительнѣе, чѣмъ вкладываніе объемистыхъ тѣлъ въ задній сводъ съ цѣлью приподнять

тѣло матки при перегибахъ назадъ. Эти тѣла мало того, что не выполняютъ своего назначенія, но, оттѣсняя своимъ объемомъ шейку впередъ, еще болѣе способствуютъ образованію перегиба назадъ.

Искусственное смѣщеніе шейки назадъ, съ цѣлью помѣшать опрокидыванію тѣла назадъ, можетъ быть достигнуто различными путями. Казалось бы, что всего проще будетъ закрѣпить шейку въ задней части таза, посредствомъ эксцентрическаго кольца, pessaires à contraversion (фиг. 60¹⁾), толстый отрѣзокъ котораго обращенъ кпереди. Но эти кольца непригодны къ употребленію, такъ какъ они скоро переворачиваются, вслѣдствіе чего шейка болѣе прежняго отклоняется впередъ, способствуя образованію перегиба назадъ.



Фиг. 60.
Эксцентрическій влагалищный пессарій.

Гораздо дѣйствительнѣе подъемники *Годжсе*. Дѣйствіе ихъ заключается не въ томъ, будто они приподымаютъ тѣло матки своей задней дугой, какъ на рычагѣ, а въ томъ, что эта дуга, заложена далеко и высоко назадъ, до такой степени распираетъ задній сводъ, что шейка поддается назадъ (фиг. 61). Поэтому въ случаяхъ, гдѣ наклонность матки принять прежнее положеніе не велика, они удерживаютъ ее въ нормальномъ положеніи.



Фиг. 61.

Подъемникъ, вставленный во влагалище.

Существуетъ множество видовъзмѣненій этихъ „подъемниковъ“, изобрѣтенныхъ *Годжсемъ*²⁾ и принятыхъ въ Германіи особенно *Г. Брауномъ*³⁾, *Мартиномъ*⁴⁾ и *Шпителбергомъ*⁵⁾. Хуже всѣхъ открытыя спереди кольца (фиг. 62), такъ какъ концы вѣтвей могутъ поранить влагалище.⁶⁾

Во многихъ случаяхъ весьма удобными оказываются замкнутыя кольца, съ одной или двумя ервизнами (фиг. 63 и 64), весьма сильно распирающія влагалищный сводъ. Вмѣсто каучуковыхъ, лучше употреблять гибкія кольца изъ мѣдной проволоки, обтянутой резиной, которымъ весьма легко можно придавать любую форму, смотря по формѣ влагалища.

1) См. *Мартинъ*, I, с., стр. 66, который употребляетъ наоборотъ.

2) *Diseases peculiar to women*, Philadelphia, 1860.

3) *Wiener med. Wochenschr.*, 1864, № 27—31.

4) *M. f. Geb.*, т. 25, стр. 403.

5) *Würzb. med. Z.*, 1865, т. VI, стр. 117.

6) Не говоря уже о возможности ввести ихъ вмѣсто влагалища въ мочевой пузырь чрезъ уретру, какъ это уже случилось четыре раза въ Америкѣ (см. *Эдвардъ*, *Gynaecol. Boston J.*, т. III, 1870, стр. 36).

Такъ какъ мысль поднять тѣло матки чрезъ влагалище и тѣмъ привести его въ нормальное положеніе совершенно ложная, то пессаріи *Грэм-Юитта* ¹⁾, съ кривизною для поднятія передняго влагалищнаго свода, предложенные имъ для леченія перегибовъ впередъ, неудовлетворительны по своей основной идеѣ и, вдобавокъ, какъ показываетъ опытъ, дурно переносятся больными.



Фиг. 62.

Годжевскій кольца, открытыя спереди.



Фиг. 63.

Годжевское кольцо съ одной кривизной.



Фиг. 64.

Годжевское кольцо съ двумя кривизнами.

То же самое нужно сказать и о предложенномъ *Томасомъ* ²⁾ „anteversion pessary“, состоящемъ изъ подъемника, къ которому придѣлано стремя для поддержанія тѣла матки.

Шульце недавно предложилъ особаго рода пессаріи для отклоненія шейки назадъ при перегибахъ назадъ. Они имѣютъ форму, представленную на фиг. 65 и 66. Первый пессарій охватываетъ своимъ меньшимъ кольцомъ шейку, тогда какъ бедра большаго кольца упираются въ дно таза или въ вѣтви лонной дуги. Благодаря этому, равно какъ и обратному направленію кривизны втораго пессарія, приподнятая и передвинутая назадъ шейка не можетъ измѣнить своего положенія, чѣмъ устраняется возможность новаго смѣщенія матки, совершенно какъ съ помощью пессарія *Годже*. Я не употребляю больше этихъ пессаріевъ, такъ



Фиг. 65.

Шульцевскій пессарій при перегибѣ назадъ.



Фиг. 66.

Шульцевскій пессарій при перегибѣ назадъ.

какъ нахожу ихъ ничѣмъ не лучше колець изъ мѣдной проволоки, надлежащимъ образомъ изогнутыхъ. Я хочу сказать, что если ими и удастся удержать въ нормальномъ положеніи перегнутую назадъ матку даже въ застарѣлыхъ случаяхъ, то въ другихъ случаяхъ, гдѣ проволочныя кольца оказываются неэффективными, они тоже не приносятъ пользы.

¹⁾ Brit. med. J., 2 февр. 1867. Lancet, 16 ноября 1867, и London Obst. Tr., IX, стр. 63.

²⁾ Diseases of women, 3-е изд., стр. 362.

Той же цѣли старались достигнуть и съ помощью инструментовъ, упирающихся снаружи. Такъ, *Лазаревичъ* ¹⁾ предложилъ пессарій изъ мѣдной проволоки, обтянутой резиной, по своему устройству напоминающей гистерофоръ *Розера-Сканцини*, а *Кеттеръ* ²⁾ устроилъ пессарій, упирающийся въ эластическую палку, которая помѣщается на поверхности крестцовой кости. Этотъ инструментъ отчасти видоизмѣненъ *Томасомъ*. ³⁾

Однакоже, вѣрнѣе всего выпрямленіе матки, какъ при перегибахъ назадъ, такъ въ особенности при перегибахъ напередъ, достигается посредствомъ снарядовъ, вводимыхъ въ самую полость матки.

Исторія попытокъ произвести выпрямленіе матки, съ помощью внутриматочныхъ снарядовъ, подробно изложена *Винкелемъ* (1. с), который описалъ и представилъ рисунки различныхъ инструментовъ, предложенныхъ съ этой цѣлю. ⁴⁾

Прежде всего должны быть отвергнуты всѣ тѣ внутриматочные снаряды, которые укрѣпляются снаружи къ тазовому поясу, такъ какъ каждый толчокъ, претерпѣваемый послѣднимъ, передается палочкѣ и маткѣ.

Съ своей стороны, и простые вставники, снабженные головкой на вдающемся во влагалище концѣ, неудовлетворительны въ томъ отношеніи, что, выпрямляя матку, они только превращаютъ перегибъ въ соответственное наклоненіе и, слѣдовательно, не возвращаютъ матку въ нормальное положеніе.

Поэтому, необходимо укрѣпить внутриматочный вставникъ, посредствомъ помѣщающагося во влагалищѣ снаряда, такимъ образомъ, чтобы матка приблизительно была приведена въ нормальное положеніе, но чтобы въ то же время она не была совершенно неподвижна, а въ извѣстныхъ границахъ могла бы производить движенія.

Этой цѣли старались достигнуть различными способами. Большинство, какъ, напр., *Детши* ⁵⁾ въ своемъ гистеромохлониѣ, *Мартинъ* въ своемъ пружинчатомъ регуляторѣ, *Винкель*, *Шульце*, *Левенгардтъ* ⁶⁾, *Бейцель* ⁷⁾, *Фонъ-Дюрингъ* ⁸⁾, *Гартвицъ* ⁹⁾ и др., приняли въ основаніе придуманныхъ

1) Coup d'oeuil sur le chang. etc. Paris, 1862.

2) Boston gyn. J., т. V, стр. 174.

3) Diseases of women., 3-е изд., стр. 363 и 379.

4) Кромѣ приведенныхъ выше сочиненій, см. также наблюденія *Лумпе*, Woch. d. Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte, 1857, № 15, *Г. Брауна*, Wiener med. W., 1864, № 16—19, *Гаартманна*, Petersb. med. Z., 1862, II, стр. 171, *Гильдебрандта*, M. f. Geb., т. 29, стр. 300, *Ольсгаузена*, M. f. Geb., т. 30, стр. 353, и Arch. f. Gyn., т. IV, стр. 471, *Севеджа*, Obst. J. of Great-Britain, ноябрь 1873, стр. 503, *Роута*, London Obst. Tr., т. XV, стр. 252, *Аманна*, Zur mech. Beh. der Versionen und Flexionen des Uterus. Erlangen, 1874.

5) Wien. med. Woch., 1857, № 29—31.

6) Berl. klin. W., 1873, № 35.

7) Wien. med. W., 1873, № 12.

8) Deutsche Klinik, 1874, № 1.

9) Berl. klin. W., 1874, № 29.

ими снарядовъ соединеніе внутриматочнаго вставника съ влагалищнымъ пессаріемъ.

Большая часть этихъ снарядовъ страдаетъ тѣмъ недостаткомъ, что вставникъ отходить отъ середины влагалищнаго пессарія и соединенъ съ нимъ неподвижно. Вслѣдствіе этого, съ одной стороны, невозможно дать маткѣ противоположное противъ прежняго направленіе, а это необходимо; съ другой—при неизбѣжномъ опущеніи влагалищнаго пессарія, вставникъ на столько выскользаетъ изъ матки, что собственно помѣщается только въ шейкѣ. Если же укрѣпить вставникъ на влагалищномъ пессаріѣ ближе къ одному изъ краевъ, то онъ легко поворачивается такъ, что матка можетъ принять снова прежнее ненормальное положеніе. Сверхъ того, будучи прикрѣпленъ къ влагалищному пессарію, вставникъ не допускаетъ достаточной подвижности матки.

Съ своей стороны, я нашелъ, что лучше всего, посредствомъ выполненія влагалища ватой, дать головкѣ вставника такое положеніе, чтобы, напр., изъ перегиба назадъ образовалось наклоненіе впередъ. И я не думаю, чтобы этотъ, во всякомъ случаѣ, довольно хлонатливый пріемъ могъ быть вполне замѣненъ другими средствами.

Для выпрямленія перегнутой матки внутриматочными снарядами я употребляю костяныя палочки, снабженныя деревянными головками, въ родѣ представленной на фиг. 59.

Главное условіе, которому должны удовлетворять внутриматочныя вставники, это легкость, зависящая вполнѣ отъ качества матеріала (слоповая кость, простая кость, рогъ, дерево, каучукъ). Палочка должна быть прочна и тонка, сверху закруглена и не на столько длинна, чтобы упиралась въ дно матки. Помѣщающаяся во влагалищѣ головка должна быть не слишкомъ маленькая и представлять форму шара, а не кружечка, который деретъ стѣнки влагалища. Что же касается вставниковъ, удерживаемыхъ въ маткѣ пружинами (по введеніи въ матку палочка ихъ распадается на двѣ створки), въ родѣ предложенныхъ уже раньше *Кивичемъ* и *К. Майеромъ*, а потомъ *Гринафомъ*¹⁾, *Райтомъ*²⁾, *Чемберсомъ*³⁾ и *Вэнтокомъ*⁴⁾, то они до такой степени раздражаютъ матку расхожденіемъ створокъ, что объ употребленіи ихъ не можетъ быть и рѣчи.

Эти палочки вводятся просто рукою, а именно, захвативъ палочку правою рукою, продвигаютъ конецъ ея по указательному пальцу лѣвой руки, упирающемуся въ маточный зѣвъ. Разъ онъ попадетъ въ шейку, его ужъ не трудно провести дальше до внутренняго маточнаго отверстія. Для того же, чтобы провести его чрезъ это отверстіе, достаточно весьма простаго пріема. Такъ, напр., если дѣло идетъ о значительномъ перегибѣ впередъ, то, когда конецъ вставника дойдетъ до внутренняго зѣва, головку его отклоняютъ какъ можно больше назадъ и вверхъ. Этимъ путемъ удастся совершенно выпрямить перегибъ, т. е., даже при пере-

1) Lancet, 1866, I, стр. 468.

2) Тамъ-же, стр. 200.

3) Obst. J. of Great Britain., апрѣль 1873, стр. 21, и май 1873, стр. 115 и слѣд.

4) Тамъ-же, апрѣль 1874, стр. 1 и слѣд.

гибъ подь острымъ угломъ и неподвижномъ положеніи тѣла, удается поставить шейку такъ, что каналъ ея принимаетъ приблизительно одинаковое направленіе съ тѣломъ матки. Какъ только это будетъ достигнуто, палочка проскакиваетъ безъ всякаго сопротивленія въ полость матки. При перегибахъ назадъ поступаютъ точно такимъ же образомъ, только здѣсь головку отклоняютъ сильно впередъ и вверхъ.

Этотъ способъ введенія вставниковъ самый безопасный, такъ какъ тѣло матки сохраняетъ при этомъ свое положеніе, палочка же проскальзываетъ въ него въ прямомъ направленіи, вслѣдствіе чего матка не претерпѣваетъ ни малѣйшаго раздраженія. Если же насильственно продвигать вставку по направленію канала шейки, то можно сильно повредить одну изъ стѣнокъ матки (при перегибѣ впередъ—заднюю, при перегибѣ назадъ — переднюю).



Фиг. 67.

Превращеніе перегиба назадъ въ наклоненіе назадъ, вслѣдствіе вставленія внутриматочнаго пессарія.



Фиг. 68.

Матка изъ перегиба назадъ образуетъ наклоненіе впередъ, вслѣдствіе закрученія тампономъ внутриматочнаго пессарія.

Разъ палочка помѣщается въ маткѣ, она несомнѣнно уничтожаетъ искривленіе; только не надо забывать, что при этомъ матка образуетъ соотвѣтственное наклоненіе, такъ что простымъ вставленіемъ палочки мы дѣлаемъ только то, что переводимъ перегибъ въ одноименное наклоненіе (фиг. 67).

Остается, слѣдовательно, еще исправить это наклоненіе, чтобы на время привести матку въ противоположное прежнему положеніе. Для этого, напр. при перегибахъ назадъ, между головкой вставки и передней стѣнкой влагалища набиваютъ столько ватныхъ пыжей, чтобы

головка была совершенно отбѣсна назадъ (фиг. 68). Вслѣдствіе этого происходитъ наклоненіе впередъ. Если теперь головку заложить тампономъ и снизу, то вставникъ будетъ прочно сидѣть въ маткѣ, которая такимъ образомъ остается наклоненной впередъ. При этомъ головка вовсе еще не бываетъ на столько закрѣплена, чтобы матка совершенно утратила свою подвижность.

Способъ этотъ, конечно, нѣсколько хлопотливъ, такъ какъ приходится перемѣнять ватные тампоны каждый день (или, по крайней мѣрѣ, черезъ день). Они быстро пропитываются отдѣленіями влагалища, получаютъ дурной запахъ, и хотя это, пожалуй, можно предотвратить смачиваніемъ тампоновъ глицериномъ, но вмѣстѣ съ тѣмъ они нѣсколько спалзываютъ съ своего мѣста, такъ что по всѣмъ этимъ причинамъ частое обновленіе ихъ необходимо.

За то, по своей дѣйствительности, этотъ способъ, на сколько я могу судить, превосходить всѣ остальные, такъ какъ съ помощью его можно уложить матку въ любомъ положеніи и удерживать это положеніе въ теченіи многихъ недѣль (на сколько онъ можетъ быть замѣненъ предложеннымъ *Вилмофомъ* въ Нью-Орлеанѣ сочетаніемъ внутриматочнаго вставника съ пружиннымъ пессаріемъ—пока рѣшить трудно). Такъ, напр., при леченіи перегиба назадъ, маткѣ даютъ наклоненіе впередъ и удерживаютъ ее въ этомъ положеніи. Вслѣдствіе этого, внутрибрюшное давленіе дѣйствуетъ теперь на заднюю стѣнку матки и можно надѣяться, что матка на столько приспособится къ своему новому положенію, что сохранить его и по удаленіи инструмента.

Правда, надежда эта не всегда оправдывается, такъ какъ наклонность матки вернуться въ прежнее неправильное положеніе, въ которомъ она пребывала, быть можетъ, въ теченіи многихъ лѣтъ, очень велика. Но въ нѣкоторыхъ случаяхъ удается навсегда устранить смѣщеніе, а въ другихъ, по крайней мѣрѣ, получается значительное облегченіе.

Главное возраженіе противъ леченія внутриматочными снарядами заключается не въ томъ, чтобы они были неэффективны, а въ томъ, что сравнительно съ достигаемыми ими результатами они слишкомъ опасны.

Для того, чтобы избѣгнуть подобнаго рода опасныхъ случайностей, т. е. главнымъ образомъ воспаленія матки и ея придатковъ, нужно дѣлать строгій выборъ подходящихъ случаевъ. Говоря о выпрямленіи, мы уже указывали на то, что если матка закрѣплена въ своемъ ненормальномъ положеніи посредствомъ сращеній, то ее нельзя трогать, такъ какъ въ подобныхъ случаяхъ выпрямленіе невозможно безъ сильнаго растяженія или даже разрыва этихъ сращеній. Слѣдовательно, во всѣхъ такихъ случаяхъ о внутриматочномъ леченіи не можетъ быть и рѣчи. Но это леченіе не можетъ быть допущено и при воспалительныхъ состояніяхъ матки и сосѣднихъ съ нею органовъ, а именно при воспаленіи парен-

химы и слизистой оболочки матки, равно какъ при пара- и периметритѣ. Поэтому, если вблизи матки прощупываются воспалительные экзудаты, если сама матка чувствительна, то нужно отказаться отъ внутриматочнаго леченія (исключеніе можетъ быть допущено, и то съ величайшей предосторожностью, при очень застарѣлыхъ процессахъ хроническаго воспаленія матки).

И такъ, внутриматочное леченіе уместно при чистыхъ перегибахъ, неосложненныхъ воспаленіемъ. Очень хорошіе результаты получаются при врожденныхъ перегибахъ впередъ, при которыхъ, послѣ вложенія палочки, сразу же исчезаютъ сопровождающія мѣсячныя очищенія мучительныя боли и нерѣдко послѣ долгаго безплодія наступаетъ зачатіе. Перегибы назадъ у рожавшихъ, встрѣчающіеся, правда, не часто, но вызывающіе одинаковыя припадки, тоже отлично излечиваются этимъ способомъ. Приобрѣтенные же перегибы у женщинъ рожавшихъ я рѣже пользую вставниками, съ одной стороны, потому что они весьма часто сопровождаются воспалительными процессами, а съ другой, потому что они рѣдко вызываютъ такіе тяжелые припадки, чтобы больныя соглашались на продолжительное леченіе.

Но даже и въ подходящихъ случаяхъ леченіе на первыхъ порахъ, по крайней мѣрѣ, должно быть ведено съ величайшей осторожностью. Я вставляю палочку всегда на дому у больныхъ, заставляя ихъ лечь въ постель и не вставать въ первые три дня. При этомъ вначалѣ вставляю ее такимъ образомъ, чтобы только измѣнить перегибъ наклоненіе, т. е. оставляя пока матку на прежнемъ мѣстѣ (фиг. 67), а затѣмъ уже, на второй или третій день, когда вставникъ хорошо переносится, приступаю къ исправленію положенія. Если и въ слѣдующіе за этимъ дни не появится воспаленія, то разрѣшаю больнымъ вставать и приниматься за свои обязанности. На сколько я знаю изъ собственныхъ наблюденій, позднѣе воспаленіе не появляется.

Во время регуль я удаляю палочку пальцемъ или, въ болѣе трудныхъ случаяхъ, корнцангомъ, какъ ради чистоплотности, такъ и въ виду возможности воспаленія, которое, впрочемъ, развивается далеко не всегда.

Такимъ образомъ леченіе перегибовъ внутриматочными выпрямляющими снарядами я считаю въ подходящихъ случаяхъ вполне дѣйствительнымъ и не особенно опаснымъ. Правда, если быть осторожнымъ, то этимъ способомъ придется лечить относительно малую долю перегибовъ. Но не надо забывать, что въ громадномъ числѣ случаевъ смѣщеніе вообще не можетъ быть вполне излечено.

Пробовали лечить смѣщенія оперативнымъ путемъ, а именно такимъ вполне вѣрнымъ въ принципѣ способомъ, что при отклоненіяхъ назадъ, напр., пытались посредствомъ прижиганій¹⁾, окроваиванія и шва²⁾ вызвать сращенія между задней стѣнкой влагалища

1) Курти, *Mal. de l'utérus*, II изд., стр. 876.

2) Ришею, *l'Union médicale*, 1868, № 58 и 59.

ной части и задней стѣнкой влагалища. Другой способъ, неиспытанный на практикѣ и ложный въ принципѣ, предложенъ *Лёвенталемъ* ¹⁾. Самымъ радикальнымъ образомъ поступилъ *Кеберле* ²⁾, а именно въ одномъ случаѣ перегиба назадъ онъ сдѣлалъ лапаротомію, сдвинулъ матку впередъ и зашилъ ее въ нижнемъ углу раны, какъ при оваріотоміи.

Я не рѣшаюсь также рекомендовать операцію перегиба назадъ *Симса* ³⁾, при которой задняя стѣнка шейки вырѣзывается до самаго внутренняго зѣва, такъ какъ эта операція и опасна и, вдобавокъ, устраняетъ развѣ одинъ изъ przypadковъ перегиба, суженіе внутренняго зѣва, что можетъ быть вполне достигнуто и другимъ путемъ.

Если противъ самаго смѣщенія ничего нельзя сдѣлать, то нужно ограничиться леченіемъ przypadковъ, которымъ въ большинствѣ случаевъ удается доставить больнымъ сносное существованіе.

Менѣе всего это леченіе имѣетъ въ виду тѣ мучительные przypadки, которые вызываются перегибомъ, какъ измѣненіемъ положенія матки въ пространствѣ, а именно дисменоррею и подчасъ затрудненное мочеиспусканіе, такъ какъ именно противъ этихъ явленій самое вѣрное средство — внутриматочное леченіе. Здѣсь же дѣло идетъ главнымъ образомъ о przypadкахъ, вызываемыхъ осложненіями (особенно хроническимъ воспаленіемъ матки). Правда, причиной этихъ осложненій большею частью служить измѣненное положеніе матки, тѣмъ не менѣе мы въ состояніи въ значительной степени облегчить ихъ признаки и съ помощью правильной діеты можно предупредить ихъ возвращеніе или, по крайней мѣрѣ, возобновленіе наиболѣе мучительныхъ przypadковъ.

Было бы совершенно неумѣстно перебирать здѣсь леченіе каждаго изъ этихъ осложненій отдѣльно. Замѣтимъ только, какъ самое важное, что наиболѣе мучительные przypadки (боль и кровотеченія), вызываемые увеличеніемъ объема и хроническимъ воспаленіемъ матки, вѣрнѣе всего могутъ быть преодолены небольшими, но часто повторяемыми скарификаціями. Въ благоприятныхъ случаяхъ этимъ przypadочнымъ леченіемъ удается достигнуть прекращенія тягостныхъ симптомовъ, не смотря на то, что матка остается въ прежнемъ положеніи.

До сихъ поръ мы говорили исключительно о леченіи перегибовъ матки. Это потому, что, какъ было уже замѣчено выше, они гораздо важнѣе, нежели наклоненія матки, и что въ неосложненномъ видѣ, т. е. безъ воспалительнаго набуханія матки, наклоненія впередъ вовсе не встрѣчаются, а наклоненія назадъ — только случайно.

Такимъ образомъ, при леченіи наклоненій впередъ, дѣло идетъ преимущественно объ устраненіи воспалительнаго уплотнѣнія матки, что, какъ уже замѣчено, легче всего достигается скарификаціями. Если ткань матки снова дѣлается приблизительно здоровой, то матка либо принимаетъ нормальное положеніе, либо перегибается впередъ. Если же не удается уменьшить набухлость матки и если смѣщеніе вызываетъ тя-

¹⁾ Die Lageveränderungen des Uterus. Heidelberg, 1872.

²⁾ *Штемлиш*, Med. Centralbl., 1869, № 27.

³⁾ Gebärmutterchirurgie, стр. 123.

желые припадки, или, что случается весьма часто, послѣдніе обусловливаются значительной подвижностью оплотнѣлой матки, то эти припадки часто могутъ быть совершенно устранены вставленіемъ простаго влагалищнаго пессарія, лучше всего каучуковаго кольца *Майера* ¹⁾. Это кольцо удерживаетъ влагалищную часть посрединѣ таза, не давая маткѣ дѣлать слишкомъ широкіе размахи, и такъ какъ, при наклоненіяхъ, тѣло и шейка не образуютъ угла, то оно приводитъ также тѣло въ болѣе нормальное и устойчивое положеніе. Въ этомъ же родѣ дѣйствуетъ и прославленный многими брюшной поясъ, *ceinture hypogastrique*, т. е. ограничиваетъ подвижность набухшей матки и тѣмъ устраняетъ проистекающіе отсюда припадки. Само собою разумѣется, что о благопріятномъ вліяніи этихъ приспособленій на самое смѣщеніе не можетъ быть и рѣчи.

Чистыя, неосложненныя наклоненія назадъ встрѣчаются нерѣдко въ видѣ временныхъ смѣщеній и не нуждаются въ леченіи. Нужно строго внушать подобнымъ больнымъ, что имъ необходимо почаще опорожнять мочевой пузырь и избѣгать усиленныхъ, въ особенности внезапныхъ напряженій, такъ какъ, при переполненномъ пузырьѣ, послѣднія легко могутъ имѣть своимъ послѣдствіемъ устойчивыя наклоненія назадъ, а затѣмъ перегибы. Постоянныя же наклоненія назадъ отлично излечиваются внутриматочнымъ вставникомъ. Здѣсь и леченіе легче, и предсказаніе лучше, чѣмъ при перегибахъ назадъ. Если наклоненіе назадъ осложнено хроническимъ воспаленіемъ, то поступаютъ, какъ при наклоненіи впередъ; только здѣсь, по прекращеніи воспаления, очень легко можетъ развиваться перегибъ назадъ.

Отклоненіе матки въ сторону.

Тидеманнъ, Von den Duverney'schen Drüsen etc. Heidelberg, 1840. — *М. Б. Фрейдъ*, Breslauer klin. Beitr., II, Breslau, 1864, стр. 85.

Отклоненія матки въ сторону встрѣчаются въ видѣ врожденныхъ смѣщеній и большею частью обусловливаются особенностями въ развитіи тазовыхъ органовъ и лишь весьма рѣдко внутрибрюшнымъ воспаленіемъ одной изъ широкихъ связокъ. Впрочемъ, легкая степень отклоненія въ бокъ, а именно вправо, есть физиологическое явленіе. Врожденныя смѣщенія представляютъ перегибы, а не наклоненія, такъ какъ, смотря по дѣйствующимъ моментамъ, измѣняется и форма матки.

Во время же вѣтробной жизни могутъ образоваться, какъ перегибы, такъ и наклоненія. Чаще всего боковыя смѣщенія производятся опухолями. Параметрическіе выпоты вначалѣ оттѣсняютъ матку въ противоположную сторону, а затѣмъ, по мѣрѣ сморщиванія, увлекаютъ ее за собою. Другія опухоли (фиброиды, опухоли яичника), медленно выраста-

¹⁾ *К. Майеръ*, Monatschr. f. Geburtsh., т. 21, стр. 416.

ющія, подчасъ тянуть матку въ свою сторону, покуда онѣ не велики, но въ послѣдствіи оттѣсняютъ ее въ противоположномъ направленіи.

Случаи неосложненныхъ боковыхъ смѣщеній, т. е. такіе, въ которыхъ смѣщеніе не зависитъ отъ какихъ либо другихъ важныхъ разстройствъ, встрѣчаются рѣдко, если не считать слабыхъ степеней физиологическаго отклоненія. Изрѣдка наблюдаются сильныя наклоненія, осложненные слабыми степенями перегиба, причину которыхъ невозможно отгадать, вслѣдствіе полной подвижности матки. У одной роженицы я нашелъ чрезъ 8 дней послѣ родовъ сильно развитое неосложненное наклоненіе влѣво, при чемъ матка была повернута такимъ образомъ, что передняя поверхность тоже смотрѣла влѣво. Матку можно было приподымать, но вслѣдъ за этимъ она сязнова опрокидывалась.

Чистые случаи едва-ли вызываютъ какіе нибудь припадки, а при осложненныхъ припадки самаго смѣщенія отступаютъ на задній планъ.

Поэтому въ особенномъ леченіи здѣсь нѣтъ надобности.

Чрезмѣрная подвижность матки.

При ненормальной подвижности матки, на которую до сихъ поръ мало какъ-то обращали вниманія, нужно строго различать, искривлена-ли матка или нѣтъ, т. е. является ли эта подвижность, какъ переменна угла перегиба или какъ смѣщеніе всей матки.

Въ послѣднемъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ набухшей маткой и вылыми сосѣдними органами. Такіе случаи встрѣчаются у рожавшихъ женщинъ, у которыхъ влагалище, пузырь, прямая кишка и придатки матки значительно ослаблены, тогда какъ сама матка находится въ состояніи хроническаго воспаленія, тверда и нѣсколько увеличена.

Въ этихъ случаяхъ, при движеніяхъ и переменнахъ положенія тѣла, матка буквально болтается въ животѣ, наклоняясь то впередъ, то назадъ, то въ сторону; въ нѣкоторыхъ случаяхъ смѣщеніе матки выражено чуть-чуть, въ другихъ оно очень замѣтно.

Такая чрезмѣрная подвижность матки вызываетъ очень сильныя припадки, а именно боли въ животѣ, въ крестцѣ, затрудненное мочеиспусканіе, далѣе, чувство нетвердости и подчасъ даже невозможности ходьбы и, наконецъ, весьма сильныя разстройства со стороны нервной системы.

Диагнозъ дѣлаютъ съ помощью двойного изслѣдованія, производимаго въ разное время и въ различномъ положеніи больной, стараюсь перемѣщать матку рукою. Если она поддается перемѣщенію, то, значить, подвижность ея ненормальна.

Леченіе обыкновенно увѣнчивается успѣхомъ. Стоитъ только дать маткѣ устойчивое положеніе, и припадковъ какъ бы не бывало. Въ большинствѣ случаевъ это очень хорошо достигается съ помощью каучуко-

ваго кольца *Майера*, которое, закрѣпляя шейку, препятствуетъ движениямъ плотно связаннаго съ нею тѣла матки.

Въ противоположность этому, чрезмѣрная подвижность перегнутой матки встрѣчается преимущественно при сильной вялости послѣдней, особенно если на дрябломъ перегнутомъ тѣлѣ помѣщается небольшая опухоль (фиброидъ), перемѣщающаяся вмѣстѣ съ перемѣной положенія больной. Только въ послѣднихъ случаяхъ подвижность матки вызываетъ припадки и то далеко не въ такой степени, какъ предидущее состояніе.

За то леченіе здѣсь гораздо труднѣе. Правда, въ иныхъ случаяхъ разстройства незначительны или ихъ вовсе не бываетъ, такъ что нѣтъ надобности въ леченіи. Но въ другихъ случаяхъ необходимо укрѣпить организмъ и матку общими терапевтическими мѣрами, описанными выше, или стараться увеличить плотность матки мѣстными раздраженіями.

Если подвижность обуславливается небольшой опухолью, то иногда полезнымъ оказывается брюшной поясъ. Самобытно же подвижность прекращается при увеличеніи объема опухоли.

Опушение и выпадение матки.

Гендриксъ, Descriptio hist. atque crit. etc. Berlin, 1838. — *Фроринъ*, Chirurgische Kupfertafeln. — *К. Майеръ*, Verb. d. Ges. d. Geb. in Berlin, 1848, III, стр. 123. — *Кіари*, *Браунъ* и *Шнетъ*, Klinik d. Geb. Erlangen, 1855, стр. 384. — *А. Майеръ*, Mon. f. Geb., т. 12, стр. 1. — *О. фонъ Франке*, Der Vorfall der Gebärmutter и т. д. Würzburg, 1860. — *Ле Жандръ*, De la chute de l'utérus. Paris, 1860. — *Гюве*, Mém. de l'acad. de méd. Paris, 1859, т. XXIII, стр. 279, и Sur les allong. hypertr. etc. Paris, 1860. — *Клобъ*, Pathol. Anat. d. weibl. Sex. Wien, 1864, стр. 83. — *Мартинъ*, Mon. f. Geb., т. 28, стр. 166, и т. 34, стр. 321. — *Зексшиеръ*, Prager Vierteljahrschr., 1867, 1, стр. 89. — *В. А. Фрейндъ*, Zur Pathol. u. Ther. d. veralteten Inv. ut. и т. д. Breslau, 1870, стр. 27. — *Эмметъ*, New-York med. Record, апр. и май 1871. — *Шнигелберъ*, Berl. klin. Woch., 1872, № 21 и 22. — *Гюффель (Геиаръ)*, Anatomie u. oper. Beh. d. Gebärm. u. Scheidenvorfälle. Freiburg, 1873.

Исторія.

Выпаденіе матки, какъ и слѣдовало ожидать, было извѣстно уже древнимъ. О немъ упоминаетъ *Иппократъ*, а *Соранъ* посвящаетъ выпаденію особенную главу, въ которой между прочимъ опровергаетъ ошибочные взгляды своихъ предшественниковъ. Такъ, онъ порицаетъ *Зарифона* за то, что тотъ лечилъ выпаденіе, привѣшивая больныхъ за ноги къ лѣстницѣ на цѣлыя сутки, равно какъ другихъ за то, что, подобно позднѣйшимъ врачамъ, они окуривали выпавшую матку вонючими веществами, полагая, что, какъ всякая живая тварь, она боится дурного запаха. (Другіе сгоняли на выпавшую матку мышей и ящерицъ, въ надеждѣ, что она спрячется съ испугу). Самъ *Соранъ* вправлялъ матку въ правильномъ положеніи больной и, для удержанія ея на мѣстѣ, вводилъ во влагалище пессарій изъ шерсти. Онъ считалъ нужнымъ отрѣзывать омертвѣлыя части матки, а иногда и всю матку. Позднѣйшіе врачи сплошь стоятъ ниже *Сорана*. Даже патологическая анатомія выпаденія матки подробно изучена только въ новѣйшее время. Въ практикѣ же выпаденіе матки весьма часто еще смѣшивается съ

сходными съ нимъ страданіями, въ особенности съ гипертрофіей шейки, строгимъ разграниченіемъ которыхъ мы обязаны преимущественно *Гоге*. Но и тотъ, основываясь на весьма вѣрно замѣченномъ фактѣ, что гипертрофія шейки во многихъ случаяхъ принимается за выпаденіе матки, заходитъ уже слишкомъ далеко, совершенно почти отрицая существованіе настоящаго выпаденія.

Подъ опущеніемъ и выпаденіемъ разумѣютъ смѣщеніе матки внизъ, къ влагалищному входу, при чемъ матка покидаетъ свое нормальное положеніе и зѣвъ ея приближается къ влагалищному входу или же спускается чрезъ него наружу.

Этіологія.

Предрасполагающимъ моментомъ всякаго сколько нибудь значительнаго опущенія или выпаденія матки почти безъ исключенія является вялость всѣхъ тазовыхъ органовъ.

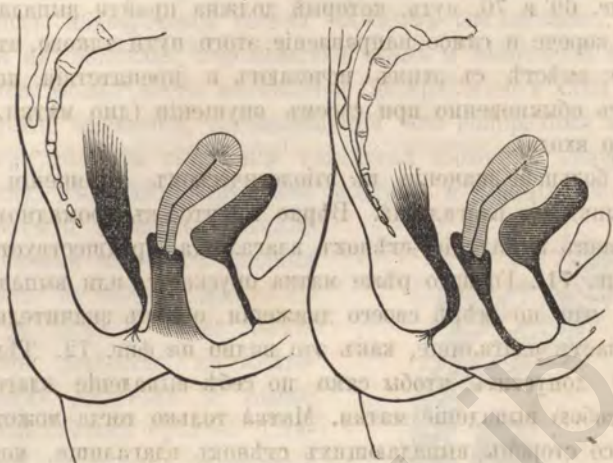
Правда, временныя опущенія матки имѣютъ мѣсто фізіологически при всякомъ усиленномъ дѣйствіи брюшнаго пресса, но по прекращеніи давленія матка тотчасъ же возвращается на свое мѣсто, въ силу упругости сосѣднихъ органовъ. Только въ крайне рѣдкихъ случаяхъ острое выпаденіе матки происходитъ при перазслабленныхъ тазовыхъ внутренностяхъ, вслѣдствіе внезапнаго и очень сильнаго дѣйствія брюшнаго пресса (прыжка, паденія, поднятія тяжестей, рвоты и т. д.)¹⁾. Но и въ этихъ случаяхъ у нерожавшихъ женщинъ, у которыхъ, слѣдовательно, сосѣдніе съ маткой органы не претерпѣли еще сопряженныхъ съ беременностью и родами измѣненій, выпаденіе возможно лишь при особенной растяжимости сказанныхъ органовъ, обусловливаемой индивидуальнымъ расположеніемъ.

При существующемъ предрасположеніи, главными моментами, способствующими выпаденію, являются увеличенный вѣсъ матки и усиленное дѣйствіе брюшнаго пресса.

Обыкновенно оба эти момента дѣйствуютъ одновременно. Въ этомъ отношеніи самая благоприятная условія представляетъ послѣродовой періодъ, когда тазовые органы разслаблены и матка увеличена въ вѣсѣ. Если къ этому присоединится усиленное брюшное давленіе, напр. вслѣдствіе хроническаго переполненія кишечнаго канала, большихъ опухолей живота, брюшной водянки, въ особенности же вслѣдствіе продолжительной тяжелой работы, то очень легко можетъ произойти опущеніе матки внизъ. Помимо же послѣродоваго періода, разслабленіе органовъ малаго таза, способствующее выпаденію, очень легко можетъ развиваться въ пожиломъ возрастѣ, вслѣдствіе исчезновенія жировой кѣтчатки. И это явленіе не представляетъ особенной рѣдкости, такъ какъ, если тазовыя

¹⁾ По отчету *Вейберга* изъ клиники *Мартина* (*Ueber Prolapsus uteri D. i. Berlin, 1869*), изъ 174 больныхъ съ выпаденіемъ только 6 не рожали; *Окантони* насчитываетъ на 114 больныхъ только 15 нерожавшихъ.

внутренности значительно расслаблены, то, даже при нормальномъ вѣсѣ матки и при обыкновенномъ давленіи брюшного пресса, постепенно образуется опущение матки и выпадение ея.



Фиг. 69.

Фиг. 70.

Зарубоцкая промежность.

Нормальная промежность.

При разѣ существующей наклонности къ смѣщенію внизъ, возмож-



Фиг. 71.

Первичное выпадение влагалища. с. cystocele.
r. rectocele.



Фиг. 72.

Первичное опущение матки съ выворотомъ
влагалища.

ность образованія полного выпаденія матки опредѣляется главнымъ образомъ степенью упругости тазового дна и шириною влагалищнаго вхо-

да. Въ этомъ отношеніи, вопреки мнѣнію *Денкана* ¹⁾, большая роль въ этиологіи выпаденія матки принадлежитъ крупнымъ разрывамъ промежности. При исчезновеніи промежности, какъ легко убѣдиться при взглядѣ на фиг. 69 и 70, путь, который должна пройти выпадающая матка, дѣлается короче и самое направленіе этого пути таково, что облегчаетъ выпаденіе; вмѣстѣ съ этимъ исчезаютъ и препятствія, которыя матка встрѣчаетъ обыкновенно при своемъ опущеніи (дно матки, узость влагалищнаго входа).

Далѣе, большое значеніе въ этиологическомъ отношеніи имѣетъ первичное выпаденіе влагалища. Вѣрно то, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ выпаденіе стѣнокъ влагалища предшествуетъ выпаденію матки (фиг. 71). Гораздо рѣже матка опускается или выпадаетъ такимъ образомъ, что по мѣрѣ своего движенія она въ значительной степени выворачиваетъ влагалище, какъ это видно на фиг. 72. Тѣмъ не менѣе я не могу допустить, чтобы само по себѣ выпаденіе влагалища могло вести за собою выпаденіе матки. Матка только тогда можетъ поддаваться влеченію со стороны выпадающихъ стѣнокъ влагалища, когда связь ея съ сосѣдними органами разрыхлена, и надо полагать, что въ большинствѣ случаевъ причинная связь этого процесса та, что тѣ же причины, которыя вызываютъ выпаденіе, производятъ ослабленіе окружающихъ матку и влагалище частей, вслѣдствіе чего въ одно и то же время и влагалище выпадаетъ, и матка опускается внизъ.

Патологическая анатомія.

Различаютъ обыкновенно три степени выпаденія:

- 1) Простое опущеніе, при которомъ матка стоитъ ниже нормальнаго, но зѣвъ ея не видѣнъ въ половой щели.
- 2) Неполное выпаденіе, когда только часть матки помѣщается снаружи отъ половой щели.
- 3) Полное выпаденіе, когда вся матка помѣщается впереди наружныхъ половыхъ частей, между бедрами, покрытая вывороченнымъ влагалищемъ.

При каждомъ опущеніи матки, влагалище выворачивается болѣе обыкновеннаго (фиг. 72), если только оно не смѣстится самостоятельно внизъ. Вслѣдствіе этого, нормальный выворотъ влагалища, при которомъ слизистая оболочка послѣдняго покрываетъ только влагалищную часть, дѣлается болѣе значительнымъ, такъ что теперь влагалищная слизистая оболочка покрываетъ значительную долю нижняго отрѣзка матки. Чѣмъ болѣе матка опускается, тѣмъ значительнѣе выворотъ влагалища, такъ что при полномъ выпаденіи матки (фиг. 73) влагалищные своды совер-

¹⁾ Edinburgh Obst. Transactions, т. II, стр. 269.

шенно исчезаютъ и стѣнки влагалища, идущія сплошной стѣной отъ входа внизъ, окутываютъ помѣщающуюся между бедрами матку.

Превращенная такимъ образомъ въ наружныя покровы, слизистая оболочка влагалища подвергается весьма важнымъ измѣненіямъ. Всѣ составныя части ея: эпителий, подслизистая ткань и мышечный слой, гипертрофируются. Болѣе всего измѣняется поверхностный слой, а именно, при простомъ опушеніи, изглаживаются его поперечныя морщины, тогда какъ при полномъ выпаденіи слизистая оболочка, подверженная высушивающему дѣйствию наружнаго воздуха и тренію со стороны бедръ, роговетъ и дѣлается похожей на кожу. Весьма часто эти вредныя вліянія влекутъ за собою образованіе язвъ, а иногда даже и болѣе значительныя потери вещества, съ желтоватымъ маркимъ налетомъ и возвышенными, утолщенными краями. Слизистая оболочка влагалища отличается краснымъ, синевато-краснымъ цвѣтомъ, а при отсутствіи воспаления и ороговѣлости эпителиальныхъ клѣтокъ бѣлымъ цвѣтомъ. Это эпидермоидальное измѣненіе слизистой оболочки можетъ быть до того полнымъ, что, напр., у негрятенокъ вывороченное влагалище представляется совершенно чернымъ.

Сама матка обыкновенно набухаетъ, вслѣдствіе застоя крови и внѣшнихъ раздраженій, которымъ она подвержена, благодаря своему наружному положенію, въ силу чего она гипертрофируется, особенно въ своемъ нижнемъ отрѣзкѣ. Полость ея нѣсколько увеличена, хотя въ большинствѣ случаевъ не очень значительно, не болѣе 10—11 сантим. Въ исключительныхъ случаяхъ надвлагалищная часть шейки гипертрофируется на столько, что дно матки снова отступаетъ на прежнюю высоту и даже выше.

Къ выпаденіямъ матки обыкновенно причисляютъ и тѣ случаи, въ которыхъ дно вовсе не опускается, а только нижняя часть матки выростаетъ изъ половой расщелины, то есть случаи первичной гипертрофіи шейки. Я не могу согласиться съ такимъ воззрѣніемъ и полагаю, что названіе выпаденія должно быть удержано только для тѣхъ случаевъ, когда вся матка первично опускается внизъ. И если при этомъ матка обыкновенно не очень увеличивается въ объемѣ, лишь слегка набухая вслѣдствіе венознаго застоя, то въ исключительныхъ случаяхъ она можетъ увеличиться до такой степени, что дно ея снова подымается на прежній уровень или даже выше. Вмѣстѣ съ этимъ, вслѣдствіе увеличенія надвлагалищной части шейки, мочевоу пузыря и заматочная складка брюшины снова отступаютъ вверхъ и приблизительно помѣщаются на своемъ нормальномъ мѣстѣ. Такие случаи, которые я считаю, правда, довольно рѣдкими, трудно



Фиг. 73.

Полное выпаденіе матки, с. cystocele.

отличить отъ первичной гипертрофiи надвлагалищной части шейки. О дифференціальной діагностикѣ этихъ двухъ формъ я уже говорилъ при гипертрофiи шейки. Здѣсь же прибавлю только, что значительный выворотъ маточнаго зѣва указываетъ на первичное выпаденіе съ послѣдовательной гипертрофiей.

Вслѣдствіе инфильтраціи вышедшей наружу слизистой оболочки влагалища и равномернаго набуханія шейки, коническая форма, свойственная нормальной влагалищной части, исчезаетъ, и слизистая оболочка тотчасъ же круто забираетъ въ сторону отъ маточнаго отверстія, покрывая нижній отрѣзокъ матки, такъ что собственно влагалищной части не существуетъ. По этой причинѣ маточный зѣвъ помѣщается на нижнемъ концѣ шарообразной опухоли нѣсколько кзади. вмѣстѣ съ этимъ онъ представляется значительно вывороченнымъ, вслѣдствіе того, что

растянутое выпавшей маткой влагалище растопыриваетъ со всѣхъ сторонъ наружный маточный зѣвъ. Вслѣдствіе этого шейка выворачивается до такой степени, что маточный зѣвъ образуется средней частью канала шейки. Малото, самый каналъ шейки можетъ выворотиться, такъ что слизистая оболочка его покрываетъ нижнюю часть выпавшей матки и внутренній маточный зѣвъ занимаетъ мѣсто исчезнувшаго наружнаго зѣва. Съ другой стороны, у очень старыхъ женщинъ, у которыхъ маточныя губы тѣсно прилегаютъ другъ къ другу, наружный зѣвъ можетъ совершенно зарости.



Фиг. 74.

Неполное выпаденіе матки. с. cystocele.

Въ практическомъ отношеніи весьма важно положеніе остальныхъ органовъ малаго таза. Опускающаяся внизъ матка (фиг. 74) забираетъ съ собою пузырь и заматочную складку брюшины, а задняя стѣнка влагалища увлекаетъ иногда карманъ прямой кишки, такъ что, при полномъ выпаденіи, на передней поверхности матки помѣщается на большемъ или меньшемъ протяженіи мочевоу пузырь, позади матки помѣщается карманъ прямой кишки (rectocele), а между послѣднимъ и маткой глубоко вдается складка брюшины.

Мочевоу пузырь смѣщается такимъ образомъ, что отверстіе уретры показывается на передней поверхности опухоли и отсюда мочеиспускательный каналъ большею частью направляется внизъ такъ, что открывается въ пузырь значительно ниже обыкновеннаго; но, съ другой стороны, онъ можетъ также образовать перегибъ, направляясь сначала

вверхъ, а потомъ внизъ. Начиная отъ внутренняго устья мочеиспускательнаго канала, одна часть пузыря обращена кверху, а другая, образующая пузырную грыжу опухоли,—книзу. Въ этой послѣдней части, если во время мочеиспусканія матка не будетъ вправлена назадъ, происходить застой мочи, который можетъ вести за собой катарръ пузыря и образованіе камней.¹⁾ Кромѣ того, вслѣдствіе растягиванія дна мочевого пузыря можетъ произойти сдавливаніе мочеточниковъ со всѣми его послѣдствіями (расширеніе мочеточниковъ, гидронефрозъ).²⁾

При полномъ выпаденіи рѣдко недостаетъ грыжи мочевого пузыря, а именно только въ томъ случаѣ, когда стѣнка пузыря отдѣляется отъ шейки и остается на нормальномъ мѣстѣ.

Карманъ прямой кишки можетъ имѣть громадныя размѣры, какъ показываетъ случай *Фрейнда*³⁾.

Брюшина большею частью тянется сзади до самой верхушки опухоли, спереди же она остается на своемъ нормальномъ мѣстѣ, приблизительно на уровнѣ внутренняго маточнаго зѣва и выше. Въ дуглассовомъ пространствѣ помѣщаются подчасъ петли тонкихъ кишекъ и притомъ иногда въ такомъ количествѣ и такъ крѣпко, что вправленіе выпавшей матки дѣлается невозможнымъ.

Остальные придаточные органы тоже увлекаются внизъ маткой. Широкия маточныя связки сильно напрягаются и допускаютъ выпаденіе лишь мало по малу, по мѣрѣ своего расслабленія. При этомъ онѣ ложатся въ полость между мочевымъ пузыремъ и прямой кишкою, основаніе которой образуется дномъ матки. У края этой впадины помѣщаются гиперемированные фаллопиевы трубы и яичники.

Такъ какъ опускающаяся матка слѣдуетъ направленію влагалищнаго канала, идущаго сверху и сзади внизъ и впередъ, то при своемъ паденіи она всегда образуетъ легкое наклоненіе назадъ (фиг. 75), при чемъ нормальное искривленіе ея по передней поверхности изглаживается. И то и другое совершается легко, такъ какъ матка выпадаетъ только тогда, когда тазовые органы расслаблены. Какъ опушеніе, такъ и наклоненіе матки назадъ суть слѣдствія этого расслабленія; но было бы неправильно считать наклоненіе за причину опущенія матки. Вслѣдствіе описанныхъ выше причинъ, наклоненіе назадъ можетъ легко перейти въ перегибъ назадъ, чѣмъ и объясняется, почему выпавшая матка нерѣдко

1) Образованіе камней въ пузырной грыжѣ наблюдали *Рюши* (42 камня), *Госселенъ Гупиль* и *Гюль*.

2) *Филитсъ* (London Obst. Tr., XII, стр. 276), *Фрорунъ* (I. с., табл. 338, 5 и 6, и 416, 3 и 4),—*Вирховъ* (Verh. d. Ges. f. Geb. in Berlin, т. II, стр. 209). *Л. Браунъ* (Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte, 1864, стр. 44). Оба послѣдніе случая относятся къ гипертрофіямъ шейки.

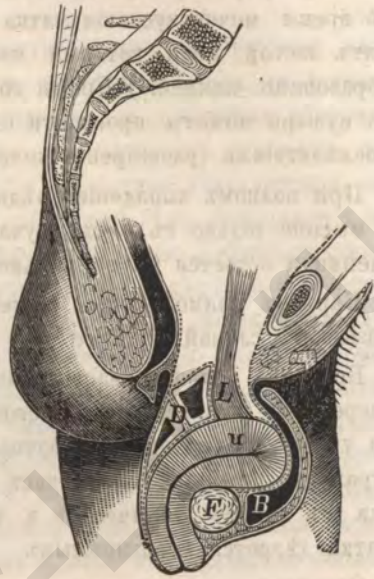
3) I. с., стр. 27.

представляется перегнутой назадъ ¹⁾. Перегибы впередъ ²⁾ встрѣчаются рѣдко, такъ какъ эта форма матки сохраняется при опущеніи только тогда, когда матка очень плотна или закрѣплена сращениями.



Фиг. 75.

Схематическое изображеніе наклоненія назадъ опустившейся матки.



Фиг. 76.

Полное выпаденіе перегнутой впередъ матки. U. матка. F. фиброидъ, сидящій на мѣстѣ перегиба. B. пузырь. D. кишки. L. придатки матки съ одной стороны.

Въ случаѣ, представленномъ на фиг. 76, перегибъ впередъ сохранился оттого, что въ самомъ углу перегиба сидѣлъ небольшой фиброидъ, который, вѣроятно, далъ сращения съ сосѣдними частями.

При внезапномъ образованіи выпаденія, а также и въ позднѣйшихъ періодахъ могутъ развиваться периметриты, закрѣпляющіе матку въ новомъ положеніи и мѣшающіе ей вправленію.

Припадки.

При остромъ образованіи выпаденія матки, встрѣчающемся весьма рѣдко, внезапное опорожненіе брюшной полости и растяженіе брюшинныхъ складокъ влекутъ за собою такія же явленія, какъ при выворотѣ матки, то есть жестокия боли въ животѣ, обмороки и сильное нервное потрясеніе.

Постепенное же опущеніе матки сопровождается чувствомъ напирания внизъ и крестцовыми болями. Даже, при полномъ выпаденіи, за исклю-

¹⁾ Шоттъ (Wochenbl. d. Zeitschr. d. Wiener Aerzte, 1861, № 31) опубликовалъ случай, гдѣ дно выпавшей и перегнутой назадъ матки произвело омертвѣніе и прободеніе покрывавшей его влагалищной стѣнки.

²⁾ Франке, 1. с., стр. 8, № 7, табл. 2, и Фрейндъ, 1. с., стр. 36.

ченіемъ чисто механическихъ неловкостей, разстройства часто не отличаются особенной силой, и можетъ случиться, что при нормальной величинѣ матки выпаденіе не вызываетъ никакихъ припадковъ, какъ я это видѣлъ въ одномъ случаѣ, въ которомъ матка спустилась внизъ почти на цѣлый футъ. Но въ большинствѣ случаевъ существуютъ крестцовыя боли, которыя по временамъ становятся невыносимы, и мучительное чувство напирания на низъ. Къ этому присоединяются затрудненія при мочеиспусканіи, причиняемая смѣщеніемъ пузыря и заставаніемъ мочи въ карманѣ, при чемъ, по временамъ, больныя могутъ мочиться не иначе, какъ вправивъ, хотя бы отчасти, вынавшую матку. Одновременно съ этимъ появляется разстройство со стороны кишечника вмѣстѣ съ нервными явленіями, усиливающимися до настоящей истерики. Всякое напряженіе вызываетъ боли, такъ какъ матка сдавливается при этомъ внизъ и ея и безъ того натянутыя связки еще болѣе растягиваются. Эти боли чрезвычайно усиливаются отъ кашля, рвоты, подыманія тяжестей и вообще отъ тяжелой физической работы.

Другой рядъ явленій вызывается при выпаденіи тѣми механическими поврежденіями, которымъ подвергается лежащая между бедрами опухоль. Въ первое время матка по ночамъ, при покойномъ положеніи на спинѣ, сама собою уходитъ назадъ и вообще выпадаетъ только послѣ продолжительной тяжелой работы; но, мало по малу, она остается снаружи все дольше и дольше, хотя по ночамъ еще можетъ быть уложена назадъ, пока, наконецъ, вслѣдствіе постоянно увеличивающагося объема и по причинѣ сращеній, становится совершенно неправимой. Лежащая между бедрами опухоль, хотя бы ее и можно было вправить по ночамъ, въ высшей степени мѣшаетъ занятіямъ больныя, такъ что при значительномъ выпаденіи всякая сколько нибудь усиленная дѣятельность становится невозможной. Чѣмъ дольше опухоль остается снаружи, тѣмъ легче, вслѣдствіе треній и разѣдающихъ отдѣленій, изъязвляются, съ одной стороны, кожа внутреннихъ поверхностей бедръ, а съ другой—покрывающая опухоль слизистая оболочка влагалища. На послѣдней могутъ образоваться крупныя язвы съ дифтеритической или ихорозной поверхностью. Изъязвленія могутъ вести также къ прободѣнію мочевого пузыря, или къ отпаденію значительныхъ мертвѣлыхъ кусковъ матки или даже всей матки¹⁾.

Мѣсячныя очищенія обыкновенно не измѣняются отъ выпаденія матки. Подчасъ они слишкомъ скудны, а въ другихъ случаяхъ обильны. Бесплодіе существуетъ не часто, такъ какъ передъ совокупленіемъ мат-

¹⁾ Многочисленные старые случаи отпаденія выпавшей матки вслѣдствіе омертвѣнія не заслуживаютъ довѣрія, такъ какъ большею частью это были, вѣроятно, отторгнутыя новообразованія. Несомнѣнные случаи этого рода сообщены недавно *Эльмеромъ* (см. *Франке*, I. с., стр. 11) и *Эдвардсомъ* (*British med. Journ.*, 6 февр. 1864).

ка обыкновенно вводится назадъ. Но въ нѣкоторыхъ случаяхъ, повидимому, мѣсто влагалища при этомъ актѣ занимала растянутая шейка¹⁾.

Забеременѣвшая выпавшая матка, по мѣрѣ того, какъ она увеличивается въ объемѣ, обыкновенно уходитъ назадъ.

Теченіе вполнѣ хроническое. Выпаденіе, если противъ него ничего не будетъ предпринято, все и болѣе и болѣе увеличивается и подъ конецъ вовсе не можетъ быть вправлено, такъ какъ матка удерживается снаружи, какъ своимъ объемомъ, такъ и брюшинными сращеніями. Тяжесть висящей между бедрами опухоли и образующіяся на ея поверхности язвы дѣлають состояніе больныхъ въ высшей степени мучительнымъ.

Распознаваніе.

Именно то обстоятельство, что распознаваніе выпаднія матки, такъ сказать, ясно какъ на ладони, виною того, что его такъ часто смѣшиваютъ съ другими страданіями, въ особенности съ гипертрофіей шейки.

Особаго рода діагностическое затрудненіе проистекаетъ отъ того, что больныя обращаются къ врачу въ то время, когда выпавшая матка спряталась внутрь. Иногда удается вызвать выпаденіе, заставляя больную натужиться или кашлянуть; но въ другихъ случаяхъ, гдѣ матка выпадаетъ только послѣ продолжительной физической работы, ничего болѣе не остается, какъ провѣрять показанія больной по измѣненіямъ слизистой оболочки влагалища.

Но если матка находится снаружи, то выступающая изъ половой щели²⁾ опухоль, помѣщающаяся между бедрами и покрытая вывороченнымъ влагалищемъ, до того характеристична, что ее можно смѣшать только съ очень немногими другими страданіями. Особенно трудно отличить ее отъ гипертрофіи средней и верхней части шейки, о чемъ мы уже говорили въ соотвѣтственной главѣ.

Случалось, что за выпавшую матку принимали крупные полипы, особенно когда на послѣднихъ существовало изъязвленное мѣсто, представлявшее какъ бы маточный зѣвъ; но такой ошибки можно избѣгнуть при тщательномъ изслѣдованіи.

Добросовѣтный врачъ не долженъ довольствоваться тѣмъ, что успѣлъ доказать выпаденіе вообще, но обязанъ опредѣлить съ помощью двойного изслѣдованія и зонда длину матки, съ помощью катетера — положеніе пузыря, введеніемъ одного пальца или, въ крайнемъ случаѣ, зонда въ прямую кишку—существованіе и протяженіе rectocele.

¹⁾ См. случай *Шопара* и *Гарвел* у *Ф. Франке*, стр. 14, и *Обинэ* (*Gaz. de hôp.*, 1866, № 96).

Предсказаніе.

Выпаденіе матки представляетъ вполне хроническую болѣзнь, опасную для жизни только въ исключительныхъ случаяхъ, вслѣдствіе гангрены, перитонита и пожалуй еще уреміи, но которая, будучи предоставлена самой себѣ, является въ высшей степени мучительнымъ и отвратительнымъ страданіемъ. За исключеніемъ совершенно свѣжихъ случаевъ, радикальное лечение этой болѣзни возможно крайне рѣдко, хотя вызываемыя ею страданія могутъ быть устранены или, по меньшей мѣрѣ, значительно облегчены цѣлесообразными терапевтическими мѣрами.

Само исцѣленіе происходитъ весьма рѣдко. Чаше всего это имѣеть мѣсто тогда, когда матка закрѣпляется на своемъ нормальномъ мѣстѣ въ силу перитонита, развившагося въ то время, когда матка случайно помѣщалась въ этомъ мѣстѣ (при вправленіи въ послѣродовомъ періодѣ). Въ очень рѣдкихъ случаяхъ выпаденію матки мѣшаетъ воспаленіе съ рубцовымъ суженіемъ влагалища, или матка втягивается въ тазъ большими опухолями, развивающимися въ ней самой или прилегающими къ ней снаружи (фиброиды, опухоли яичника).

Лечение.

Мы не будемъ останавливаться здѣсь на профилактикѣ, которая главнымъ образомъ должна состоять въ правильной діететикѣ въ послѣродовомъ періодѣ.

Но разъ произошло выпаденіе, то, согласно этиологическимъ моментамъ, можно пытаться достигнуть радикальнаго излеченія 1) уменьшеніемъ вѣса матки, 2) увеличеніемъ плотности связывающихъ ее частей, 3) устраненіемъ сколько нибудь значительныхъ напряженій брюшного пресса и 4) суживаніемъ расширеннаго входа во влагалище или, еще лучше, возстановленіемъ недостающаго дна таза.

Четвертое показаніе, имѣющее исключительно оперативный характеръ, мы рассмотримъ отдѣльно впоследствии; здѣсь же замѣтимъ, что, при надлежащемъ терпѣннн со стороны больной и врача, можно кой-чего достигнуть и выполненіемъ первыхъ трехъ показаній.

Съ помощью средствъ, изложенныхъ при хроническомъ метритѣ, въ большинствѣ случаевъ удается, хотя и крайне медленно, уменьшать ненормальный объемъ матки, а рслабленіе брюшного пресса достигается продолжительнымъ лежаніемъ на спинѣ съ нѣскольکو приподнятымъ тазомъ. Труднѣе всего устранить вялость соединеній матки, но въ этомъ

отношеніи можно добиться нѣкотораго улучшенія, посредствомъ холодныхъ душъ и укрѣпляющей діеты ¹⁾.

Тѣмъ не менѣе, только въ исключительныхъ случаяхъ возможно достигнуть излеченія съ помощью продолжительнаго лежанія на спинѣ, холодныхъ душъ и противовоспалительнаго леченія опухоли матки.

Ношеніе пессарія полезно въ томъ отношеніи, что, удерживая матку въ верхней части влагалища, онъ уменьшаетъ растяженіе маточныхъ связокъ, вслѣдствіе чего послѣднія мало по малу приобрѣтаютъ извѣстную степень упругости. Такіе пессаріи можно иногда вставлять лишь время отъ времени.

Кромѣ того, при леченіи выпаденія матки большую роль играетъ правильное опорожненіе кишечнаго канала и мочевого пузыря.

Но всѣ эти способы радикальнаго леченія обыкновенно требуютъ такъ много времени и вмѣстѣ съ тѣмъ такъ мало обѣщаютъ успѣха, что въ большинствѣ случаевъ необходимо бываетъ прибѣгнуть къ вправленію матки и удержанію ея на мѣстѣ, посредствомъ особыхъ снарядовъ, такъ называемыхъ влагалищныхъ пессаріевъ.

Вправленіе обыкновенно удается легко, если не пытаться вложить сперва влагалище, а прямо надавливать на нижнюю часть опухоли. При этомъ нужно строго слѣдить за положеніемъ матки, чтобы, оттѣсняя матку назадъ къ крестцовой кости, не произвести искусственнаго перегиба назадъ. Если выпавшая матка перегнута назадъ, то нужно переменить ея тѣло до или во время вправленія. Если же вправить матку въ положеніи перегиба назадъ, то вставленный потомъ пессарій, надавливая на дно матки, плохо переносится или вызываетъ периметритъ. Правда, послѣдній, спавшая матку съ сосѣдними частями, можетъ имѣть своимъ послѣдствіемъ излеченіе выпаденія; но, во-первыхъ, периметритъ оставляетъ послѣ себя постоянныя боли, а, во-вторыхъ, онъ можетъ окончиться и смертью. Случаи подобнаго рода наблюдали я ²⁾ и Фрейндъ ³⁾. Неосновательность предложенія лечить выпаденіе матки искусственнымъ образованіемъ перегиба назадъ ⁴⁾ ясна сама собою.

Если вправленіе встрѣчаетъ затрудненія, то прежде всего надо озаботиться опорожненіемъ пузыря и прямой кишки. Если и послѣ этого вправленіе не удается, то съ помощью покойнаго положенія на спинѣ,

¹⁾ *Андреевъ* (Virchow's Arch., 1872, т. 55, стр. 525) рекомендуетъ, по вправленіи матки и залеченіи имѣющихся язвъ, смазывать влагалищный сводъ іодной настойкой (2 грамма, разбавленные равнымъ количествомъ спирта). Смазываніе повторить не ранѣе какъ чрезъ 8 дней, увеличивая постепенно крѣпость раствора, а въ промежуткахъ дѣлаютъ впрыскиванія изъ воды (20°). Дѣйствіе этихъ смазываній заключается не въ суженіи влагалища, а въ укрѣпленіи маточныхъ связокъ.

²⁾ Volkmann's Klin. Vortr., № 37, стр. 334, и еще одинъ случай недавно.

³⁾ l. c., стр. 32.

⁴⁾ *Зейфертъ*, Prager Vierteljahrschr., 1853, т. 1, стр. 156, и *Эвелингъ*, London Obst. Tr., XI, 215.

слабительныхъ и, въ случаѣ надобности, скарификацій матки можно на столько уменьшить опухоль, что при нѣкоторомъ усилии удастся вправить опухоль, если только этому не мѣшаютъ сращения (рѣже значительныя опухоли въ полости живота).

Вставленіе же пессаріевъ сряду же послѣ вправления возможно только въ томъ случаѣ, когда нѣтъ значительныхъ изъязвленій. Последнія, впрочемъ, заживаютъ быстро, если принять мѣры къ удержанію вправленной матки на мѣстѣ и къ смыванію застаивающагося отдѣленія съ помощью впрыскиваній, такъ что прижиганіе дна язвъ можетъ понадобится развѣ въ исключительныхъ случаяхъ.

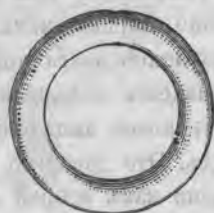
Опухоль матки быстро опадаетъ, если она нѣкоторое время останется вправленной.

Между снарядами для удержанія матки на мѣстѣ, влагалищными пессаріями, различаютъ двѣ формы: нестебельчатые и стебельчатые. Первые имѣютъ свою точку опоры въ самомъ влагалищѣ и препятствуютъ выпаденію тѣмъ, что на столько выполняютъ влагалище, до такой степени распираютъ его стѣнки, что послѣднія не могутъ спуститься чрезъ влагалищный входъ. Сама матка помѣщается на снарядѣ. Стебельчатые же пессаріи укрѣпляются снаружи на туловищѣ, посредствомъ дужекъ или бандажей и потому могутъ быть употреблены и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нестебельчатый пессарій не можетъ оставаться во влагалищѣ, по причинѣ вялости ея стѣнокъ и широкаго раскрытія влагалищнаго входа.

Съ теченіемъ времени накопилось громадное количество самыхъ разнообразныхъ пессаріевъ. Здѣсь же я ограничусь указаніемъ только самыхъ главныхъ изъ употребляемыхъ въ настоящее время.

Если исключить обыкновенныя грецкія губки, которыя вводятся во влагалище, пропитанныя глицериномъ, крахмальнымъ клейстеромъ или вязущими растворами, то между нестебельчатыми пессаріями на первомъ планѣ должны быть поставлены каучуковыя кольца *Майера* (фиг. 77).

Для каждаго отдѣльнаго случая нужно подобрать соответственное кольцо, которое не должно быть ни слишкомъ велико, чтобы не растягивать чрезмѣрно влагалище, вызывая боль или воспаление, ни слишкомъ мало, чтобы не выскакивать чрезъ половую щель. Впрочемъ, послѣдняго неудобства едва-ли возможно избѣгнуть при слишкомъ широкомъ влагалищномъ входѣ. За то, если майеровское кольцо оказывается удовлетворительнымъ, не нужно больше никакихъ удерживающихъ снарядовъ, такъ какъ оно представляетъ то преимущество, что, по своей чрезвычайной гибкости, необыкновенно хорошо прилаживается къ индивидуальной формѣ влагалища и, если только величина его подходящая, такъ хоро-



Фиг. 77.
Каучуковое кольцо *Майера*.

по сидитъ во влагалищѣ, какъ-будто специально для него устроено, — преимущество, которое особенно важно для неопытныхъ рукъ. Кроме того, если время отъ времени, напр. чрезъ каждыя 4 недѣли, вынимать и очищать его, прополаскивая влагалище, то оно производитъ меньшее раздраженіе, чѣмъ большинство другихъ пессаріевъ (замѣчу, впрочемъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ я наблюдалъ при употребленіи этого кольца гнойное истеченіе, вѣроятно, зависѣвшее отъ плохого качества матеріала). Конечно, если оставлять его во влагалищѣ на очень долгое время, не вынимая, то оно можетъ вызвать такія же дурныя послѣдствія, какъ и всѣ другіе пессаріи. Я самъ наблюдалъ такія глубокія вдавленія въ мягкихъ частяхъ, произведенныя кольцомъ, что въ нихъ легко помѣщался весь первый суставъ пальца.

Но, при сколько нибудь опрятномъ содержаніи, майеровское кольцо причиняетъ очень ничтожное раздраженіе и оказываетъ превосходныя услуги, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда величина матки нормальна. Впрочемъ, я видѣлъ случай, гдѣ отъ ношенія подобнаго кольца матка опала съ 12 смт. до 7¹/₂.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ оказываются полезными описанные выше рычагообразные пессаріи изъ вулканизированнаго каучука, равно какъ кольца изъ гибкой мѣдной проволоки, обтянутой резиной; они часто съ пользою могутъ быть употреблены тамъ, гдѣ майеровскія кольца не держатся во влагалищѣ. Но не надо забывать, что если они и отличаются тѣмъ преимуществомъ предъ майеровскими кольцами, что легко принимаютъ любую форму, то, съ другой стороны, своими тонкими краями и твердыми вѣтвями сильно врѣзываются въ ткань и раздражаютъ влагалище.

Такъ какъ, при обыкновенныхъ условіяхъ, когда влагалище не особенно широко, матка можетъ спускаться не иначе, какъ слѣдуя по направленію влагалища, другими словами, должна принять при своемъ выпаденіи положеніе наклоненія назадъ, то можно надѣяться предотвратить новое выпаденіе, закрѣпляя матку въ положеніи наклоненія впередъ. Это довольно хорошо достигается съ помощью пессарія *Вюлье*¹⁾, равно какъ второй формой шульцевскаго пессарія (фиг. 66).

Во Франціи въ общее употребленіе вошелъ габріэлевскій pessaire à l'air (каучуковый пузырь, наполненный воздухомъ)²⁾.

Гистерофоръ *Дванкъ-Шиллинга*³⁾ состоитъ (фиг. 78 и 79) изъ двухъ пластинокъ, на подобіе крыльевъ бабочки, которыя складываются и распахиваются посредствомъ винта. Онъ удобенъ въ томъ отношеніи, что

¹⁾ Nouveau moyen etc. Genève, 1871.

²⁾ Gazette des hôp., № 55 и сл.

³⁾ *Дванкъ*, M. f. Geb., 1853, т. 1, стр. 215, 1854, т. 4, стр. 184, и *Hysterophor* etc., 2-е изд., Hamburg, 1854. *Шиллингъ*, Neues Verfahren etc. Erlangen, 1855. *К. Майеръ*, Verh. d. Ges. f. Geb. in Berlin, VIII, стр. 5. *Кіари*, Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte, 1854, стр. 533. *Бреслау*, Scanzoni's Beitr., т. IV, стр. 275.

его крыловидныя вѣтви раскрываются винтомъ уже по введеніи во влагалище, легко удерживаются въ послѣднемъ и что больныя сами могутъ вводить и вынимать его. Но случается, однакоже, что даже довольно большіе экземпляры выскальзываютъ изъ влагалища, если они поставлены въ косомъ направленіи, или что они сдвигаются далеко назадъ, вслѣдствіе чего впереди ихъ выпаденіе снова возобновляется, по крайней мѣрѣ, отчасти. Къ тому же рукоятка, помѣщающаяся между губами, причиняетъ больнымъ постоянное безпокойство (не смотря на рукоятку, эти пессаріи принадлежатъ къ нестебельчатымъ, такъ какъ рукоятка служить здѣсь не для прикрѣпленія снаряда снаружи, а для завинчиванія). Видоизмѣненія этого инструмента, предложенныя *Эйленбургомъ*¹⁾, *Бреслау*, *Сведжесомъ*, *Кокстеромъ* и др., не представляютъ особенныхъ улучшеній.



Фиг. 78.

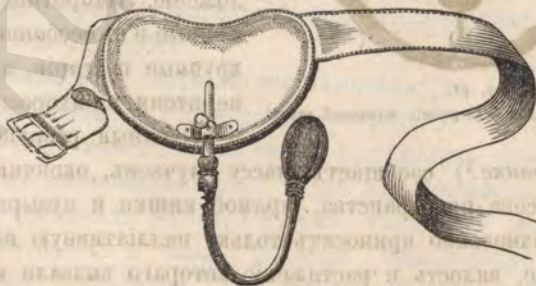
Гистерофоръ *Дванкъ-Шиллинга*, обтянутый каучукомъ.



Фиг. 79.

Онъ-же безъ каучука.

Стебельчатые пессаріи, укрѣпляющіеся снаружи, могутъ быть употреблены и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ описанные выше снаряды оказываются непригодными, выпадая изъ влагалища. Но они представляютъ то неудобство, что очень отягощаютъ больныхъ своими дужками и бандажами.



Фиг. 80.

Розеръ-сванцоніевскій гистерофоръ.

Для удержанія передней стѣнки влагалища, при преимущественномъ или особенно сильномъ выпаденіи ея, лучше всего употреблять розеръ-

¹⁾ Zur Heil. d. Gebärmuttervorfalles etc. Wetzlar, 1857.

сканционевскій гистерофоръ¹⁾ (фиг. 80), только въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ необходимо подобрать подходящую пружину для дужки, такъ какъ, если дужка слишкомъ туга, пелоттъ надавливаетъ на мягкія части, а если она слишкомъ слаба, то онъ выскакиваетъ изъ влагалища. Подобный же инструментъ предложенъ *Лазаревичемъ*²⁾, который устраиваетъ дужку изъ мѣдной проволоки, покрытой резиной, такъ что ее можно сгибать.

Если выпадаетъ преимущественно задняя стѣнка влагалища или вся матка равномерно, то продѣваютъ черезъ бедра длинную вѣтвь Т-образной повязки и на томъ мѣстѣ ея, которое отвѣчаетъ половому отверстию, придѣлываютъ подушечку, которая механически препятствуетъ выходу опухоли; или же насаживаютъ на бинтъ короткую палочку, двигающуюся на шарнирѣ и снабженную головкой или губкой, для поддержанія выпавшей части. Подобные бандажи предложены *Зейфертомъ*³⁾ и *Сканциони*⁴⁾. Бандажъ *Сканциони* представленъ на фиг. 81.



Фиг. 81.

Бандажъ *Сканциони* для поддержанія выпавшей части.

При употребленіи пессаріевъ, не надо забывать, что всѣ они представляютъ собою инородныя тѣла и потому раздражаютъ влагалище. Впрочемъ, въ самой степени раздраженія существуетъ громадная разница. Хорошо приложенный пессарій увеличиваетъ отдѣленіе слизистой оболочки очень незначительно, особенно если частымъ промываніемъ влагалища устранять застаиваніе отдѣленія на вѣтвяхъ его и ихъ разложеніе. Напротивъ, дурно наложенные и въ особенности слишкомъ крупныя пессаріи, могутъ вызвать перитонитъ, ихорозное воспаленіе и страшныя разрушенія мягкихъ

частей. *Ф. Франке*⁵⁾ сообщаетъ массу случаевъ, окончившихся прободеніемъ дугласова пространства, прямой кишки и пузыря.

Пессаріи обыкновенно приносятъ только палліативную помощь, и при томъ влагалище, вялость и растяженіе котораго вызвали или, по край-

¹⁾ *Розеръ*, Arch. f. phys. Heilkunde, т. X, стр. 80, и *Сканциони*, Lehrb. d. Krankh. d. weibl. Sex., 4 изд., т. 1. Wien, 1867, стр. 150.

²⁾ Coup. d'oeuil sur les chang. etc. Paris, 1862.

³⁾ Prag. Vierteljahrscr., 1867, I, стр. 97.

⁴⁾ Lehrb. d. Kr. der weibl. Sexualorg., IV изд., I, стр. 151.

⁵⁾ I. c., стр. 17.

ней мѣрѣ, способствовали выпаденію матки, становится еще болѣе вялымъ и широкимъ.

Для радикальнаго же излеченія выпаденія, необходимо дѣйствовать противъ самихъ причинъ. Объ общихъ началахъ, которыми слѣдуетъ при этомъ руководиться, мы уже упомянули выше, и намъ остается теперь только рассмотретьъ оперативные способы, которыми стараются удовлетворить этому показанію.

Что касается уменьшенія вѣса и величины матки, то оно скорѣе всего достигается ампутаціей нижней части органа. Правда, при выпаденіи операція эта представляетъ немалыя затрудненія, такъ какъ та часть матки, удаленіе которой наименѣе сопряжено съ опасностью, а именно влагалищная часть, слабо развита и подчасъ даже совершенно исчезаетъ. Мы уже указывали выше на то, что, вслѣдствіе гипертрофіи первоначальнаго влагалищнаго свода, влагалищная часть совершенно утрачиваетъ свою коническую форму, такъ что вынвашая масса имѣетъ видъ шара. Въ другихъ случаяхъ влагалищная часть исчезаетъ отъ того, что наружный зѣвъ, расширяемый влагалищемъ, сильно выворачивается. По этимъ причинамъ, при выпаденіи матки, нѣтъ ясно обрисованной влагалищной части и послѣдняя теряется въ окружающей массѣ.

Вопросъ о томъ, слѣдуетъ ли сдѣлать ампутацію и какую именно часть ампутировать, рѣшается точнымъ изслѣдованіемъ даннаго случая. Прежде всего нужно опредѣлить, какъ далеко простирается внизъ мочевого пузыря. Опредѣливъ это мѣсто, срѣзываютъ подъ нимъ переднюю губу нѣсколько конусообразно снаружи внутрь. Гораздо труднѣе миновать заматочную складку брюшины, такъ какъ невозможно вполне опредѣлить, какъ далеко она спускается внизъ, и такъ какъ она часто доходитъ до самаго края задней стѣнки опухоли. Впрочемъ, поврежденіе этой складки, если и не совсѣмъ безразлично, то далеко не представляетъ безусловной опасности, такъ какъ, при тщательномъ наложеніи шва, края раны очень скоро склеиваются между собою.

Техническіе приемы этой операціи мы изложили уже раньше, при леченіи гипертрофіи шейки и хроническаго метрита¹⁾. Здѣсь прибавимъ только, что ампутація влагалищной части составляетъ самое вѣрное и скорое средство къ уменьшенію матки и что для достиженія этой цѣли нѣтъ надобности срѣзывать большой кусокъ, такъ какъ обратное развитіе матки наступаетъ и послѣ удаленія относительно небольшой части. Само собою разумѣется, что ампутаціей влагалищной части устраняется не само выпаденіе, а только вызвавшая и поддержи-

¹⁾ Кромѣ приведенной въ упомянутыхъ главахъ литературы, см. еще: *Карль Майеръ*, *Klin. Mith. a. d. Gebiete d. Gyn.* Berlin, 1861, стр. 33. *Сканцини*, *Beitr. z. Geb.*, IV, стр. 329. *Мартинъ*, *Mon. f. Geb.*, т. 20, стр. 203. *Браунъ*, *Wiener med. Woch.*, 1859, № 30. *Мунде (Браунъ)*, *Amer. J. of Obst.*, IV, стр. 385. *Тайлоръ*, *On amput. of the cervix uteri etc.* New-York, 1869.

вающая ее причина. Впрочемъ, въ благопріятныхъ случаяхъ, по завершеніи процесса обратнаго развитія, иногда удается достигнуть полнаго излеченія, посредствомъ покойнаго положенія на спинѣ и другими приведенными выше средствами. Въ большинствѣ же случаевъ приходится прибѣгнуть еще къ другимъ мѣрамъ, а именно къ устраненію вялости маточныхъ связокъ и возстановленію упругаго дна таза.

Послѣднія два показанія тоже могутъ быть удовлетворены оперативнымъ путемъ. Но относительно перваго показанія оперативными мѣрами можно дѣйствовать только на влагалище, которое или прямо бываетъ причиной выпаденія или, по крайней мѣрѣ, способствуетъ ему своей вялостью и шириною.

И дѣйствительно, уже съ давнихъ поръ пытались излечивать выпаденіе посредствомъ искусственнаго суженія влагалища, для чего либо старались вызвать рубцовое сморщиваніе его съ помощью прижиганій, либо вырѣзывали значительные куски слизистой оболочки, съ цѣлью уменьшенія просвѣта влагалища. *Жирарденъ*, *Ложье* и др. употребляли для этого ляписъ, *Филиттъ* дымящую азотную кислоту, *Ложье*, *Вельпо*, *Кеннедай*, *Диффенбахъ* — каленое желѣзо, прижигая имъ влагалище по длинѣ, а *Кольсъ* и *Симонъ* кругообразно. Наконецъ, *Штендалъ* пытался даже вызвать воспаленіе слизистой оболочки влагалища посредствомъ прививанія трипернаго яда.

Маршаль Галь первый прибѣгнулъ къ элитрорафіи, то-есть къ суженію влагалища посредствомъ вырѣзыванія кусковъ слизистой оболочки его и спиванія краевъ раны. При этомъ онъ вырѣзывалъ длинныя овальные доскуты изъ передней стѣнки влагалища, въ то время, какъ матка находилась снаружи, накладывалъ швы, затѣмъ вправлялъ матку и завязывалъ узлы. Другіе, какъ, наиримѣръ, *Диффенбахъ*, вырѣзывали по одному или по нѣскольку доскутовъ съ разныхъ сторонъ. Его примѣру слѣдовали *Вельпо*, *Лангенбекъ*, *К. Браунъ* и другіе.

Этотъ способъ суживанія влагалища, дѣйствующій на угадъ, нельзя назвать рациональнымъ, такъ какъ онъ достигаетъ цѣли только въ исключительныхъ случаяхъ. Дѣло въ томъ, что даже суженное влагалище снова выпячивается изъ широкаго влагалищнаго входа и нижняя часть матки, спускаясь въ суженное мѣсто, снова растягиваетъ его до прежняго объема.

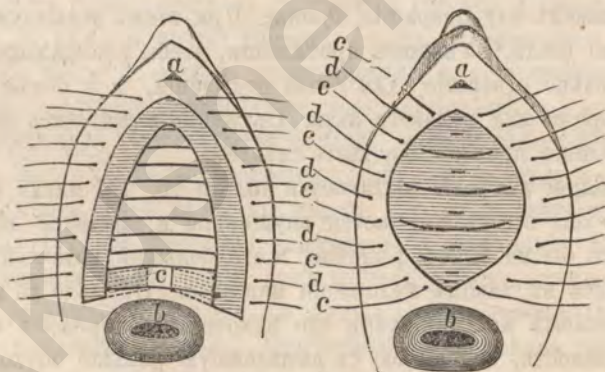
Успѣха отъ этой операціи можно ожидать только въ томъ случаѣ, когда выпаденіе влагалища составляетъ первичное явленіе и когда слизистая оболочка влагалища на извѣстномъ мѣстѣ до того дрябла и растянута, что не можетъ болѣе помѣщаться во влагалищѣ. Въ рѣдкихъ случаяхъ такое мѣсто представляетъ задняя стѣнка влагалища, чаще же, а именно при *cystocele*, — передняя. На этомъ основаніи способъ суживанія передней стѣнки влагалища представляется болѣе рациональнымъ, подчасъ даже неизбѣжнымъ, и, если для операціи выбранъ подходящий случай, даетъ все, чего можно отъ него требовать, а именно пре-

пятствуетъ выпаденію передней стѣнки влагалища, хотя самъ по себѣ не въ состояніи предотвратить выпаденіе матки. Поэтому послѣ такой операціи приходится еще прибѣгнуть къ удерживающимъ средствамъ или другимъ операціоннымъ способамъ.

Уменьшеніе передней стѣнки влагалища можетъ быть произведено различнымъ образомъ.

Особенные способы для colporrhaphia anterior предложены *Симсомъ* ¹⁾. Вначалѣ онъ пытался вырѣзывать значительную часть перегородки между пузырьемъ и влагалищемъ и образовавшійся такимъ образомъ широкій свищъ закрывалъ швомъ. Но, къ его собственному удивленію, ему удавалось только надрѣзывать слизистую оболочку влагалища и ея-то края онъ и сшивалъ.

Впослѣдствіи же, желая сдѣлать операцію менѣе кровавой и предотвратить образованіе гноевика въ глубинѣ раны, онъ сталъ вырѣзывать слизистую оболочку въ видѣ V (фиг. 82) и затѣмъ сшивалъ рану, а еще позднѣе вырѣзывалъ куски въ видѣ лопатъ (см. пунктированное мѣсто на фиг. 82). Послѣ того, какъ *Эмметъ* ²⁾ замѣтилъ, что шейка можетъ защемиться въ остающійся провалъ *c*, онъ сталъ окровавливать и этотъ мостикъ слизистой оболочки, такъ что въ общемъ получалась фигура равнобедреннаго треугольника съ вершиной, обращенной къ влагалищному входу, и затѣмъ сшивалъ края.



Фиг. 82.

Суженіе передней стѣнки влагалища (colporrhaphia anterior) по *Симсу*. *a* — отверстие уретры. *b* — маточный зѣвъ.

Фиг. 83.

Суженіе передней стѣнки влагалища сплошнымъ освѣженіемъ съ поверхностными (*c*) и глубокими (*d*) швами въ перемежку. *a* — отверстие уретры. *b* — маточный зѣвъ.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ вообще необходимо суженіе передней влагалищной стѣнки, я предпочитаю сплошное освѣженіе съ наложеніемъ швовъ, какъ это представлено на фиг. 83. Кровотеченіе во время операціи легко останавливается и совершенно прекращается съ наложеніемъ

¹⁾ Gebärmutterchir. Нѣм. пер. *Бейселя*. Erlangen, 1866, стр. 222.

²⁾ New-York med. J., апрѣль 1865.

шва. Образованіе же гноевика можно предупредить тѣмъ, что стягиваютъ швами не одну только слизистую оболочку, какъ это дѣлаетъ *Симсъ*, а накладываютъ между поверхностными швами еще и глубокіе швы. Я произвелъ эту операцію всего одинъ разъ (фиг. 74), но въ этомъ единственномъ случаѣ достигъ всего, чего можно было отъ нея ожидать. Выпаденіе передней стѣнки влагалища было приостановлено и получалась возможность удерживать матку посредствомъ пессарія *Цванка*, тогда какъ до операціи этого никакъ нельзя было достигнуть, потому что влагалищная стѣнка выпячивалась въ видѣ пузыря возлѣ инструмента. Матка уменьшилась съ 12 смт. на $8\frac{1}{2}$.

Хотя мы видѣли выше, что выпаденіе матки никогда не обуславливается зяніемъ влагалищнаго входа, тѣмъ не менѣе послѣднее обстоятельство весьма существенно способствуетъ выпаденію, доставляя спускающейся маткѣ безпрепятственный выходъ наружу.

Въ прежнія времена сильно преувеличивали роль расширенной половой щели, приписывая разрывамъ промежности и обуславливаемому ими расширенію влагалищнаго входа самое выдающееся вліяніе въ дѣлѣ образованія выпаденій. Отсюда уже не трудно было придти къ мысли помѣшать выпаденію матки посредствомъ суженія половой щели. Съ этой цѣлью прибѣгали къ такъ называемой эпизіорафіи, то-есть къ освѣженію краевъ влагалищнаго входа и соединенію ихъ кровавымъ швомъ. Первый произвелъ эту операцію *Фрикке*. При этомъ освѣжаютъ большія губы, начиная сзади, на такомъ протяженіи, чтобы у пожилыхъ женщинъ оставалось только отверстіе для стока отдѣленій, а у болѣе молодыхъ отверстіе спереди для полового акта. Суженіе достигается безъ труда, если окровавленіе произведено какъ слѣдуетъ.

Этой операціей вначалѣ достигается только то, что матка не можетъ выпадать, но она все-таки остается опущенной и покоится на кожномъ мостикѣ, какъ бы на бинтѣ. Конечно, и это большой выигрышъ, если бы дѣло оставалось въ такомъ положеніи навсегда. Но мало по малу матка выпираетъ кожный мостикъ, такъ что нѣкоторымъ образомъ получается грыжа промежности, величиною съ выпадавшую раньше опухоль, или же сама матка нерѣдко спускается чрезъ оставленное отверстіе. Тѣмъ не менѣе въ нѣкоторыхъ случаяхъ кожный мостикъ выдерживаетъ довольно долго, замѣняя собою всевозможные бандажи. Менѣе полезнымъ, сравнительно съ оперативнымъ суженіемъ половой щели, представляется способъ замыканія ея кольцами, которыя продѣваются чрезъ обѣ губы. *Доммесъ*, соединяя прекрасное съ полезнымъ, завязываетъ обѣ губы серебряными и золотыми кольцами.

Но всѣ эти способы въ наилучшемъ случаѣ предотвращаютъ только настоящее выпаденіе, но не въ состояніи дать маткѣ болѣе высокое положеніе, близкое къ нормальному.

Для достиженія послѣдней цѣли необходимо не только возстановить

длинную промежность, но образовать плотное, толстое, неподатливое тазовое дно, которое могло бы выдерживать тяжесть опрокидывающейся на него матки и при образовании котораго влагалище должно быть сужено на столько, чтобы матка не могла спуститься чрез него. Эта операція возможна не при однихъ только старыхъ и глубокихъ разрывахъ промежности; напротивъ, она выполнима даже при отсутствіи всякаго разрыва, такъ какъ при каждомъ полномъ выпаденіи матки задняя стѣнка влагалища и все тазовое дно бывають въ высшей степени ослаблены и атрофированы.

Первый произвелъ эту операцію *Бэкеръ-Брунъ*¹⁾. Онъ начинаетъ разръзъ отъ задней снѣжки и заходитъ имъ во влагалище, затѣмъ накладываетъ нѣсколько узловатыхъ швовъ, но только со стороны промежности, вслѣдствіе чего послѣдняя удлиняется и рубецъ только слегка проникаетъ во влагалище. При существованіи cystocele, онъ вырѣзываетъ еще изъ верхней части влагалищнаго входа по полоскѣ съ каждой стороны, длиною въ 1" и шириною въ $\frac{3}{4}$ ", и затѣмъ сшиваетъ края слизистой оболочки.

Этотъ способъ совершенно неудовлетворителенъ, такъ какъ онъ собственно удлиняетъ только промежность и, слѣдовательно, даетъ немногимъ болѣе, чѣмъ операція *Фрикке*.

Наибольшимъ совершенствомъ отличается способъ *Симона*²⁾, хотя одновременно съ нимъ и другіе (*Фейтъ*, *Геларъ*, *Штудельбергъ*) соединяли влагалищный шовъ со швомъ промежности, т. е. примѣняли эпизиоэлитрографию. *Симонъ* производитъ свою colporaphia posterior слѣдующимъ образомъ. Онъ дѣлаетъ разръзъ, какъ и *Бэкеръ-Брунъ*, только проникаетъ имъ дальше во влагалище, такъ что у уздечки окровавленное мѣсто имѣетъ 5—6 смт. въ ширину и, суживаясь къ верху на 1 смт., заходитъ на такое же разстояніе во влагалище. Наверху разръзы соединяются между собою подъ тупымъ угломъ, такъ что образуется пятиугольникъ. Освѣженіе влагалища *Симонъ* производитъ скальпелемъ чрезъ окончатое зеркало. При освѣженіи верхняго угла, помощникъ выпячиваетъ эту часть чрезъ прямую кишку.

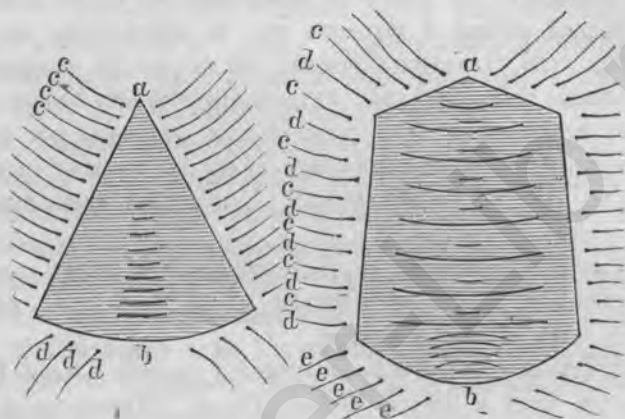
Зашиваніе раны (фиг. 85) производится такимъ образомъ, что сначала накладываются два шва на вершину *a*, а затѣмъ слѣдуютъ въ перемежку поверхностные и глубокіе швы. Первые, *d*, начинаются вполнѣ у самаго края раны и, отступя приблизительно на 1 смт. отъ вкола, снова выкальваются и затѣмъ точно такимъ же образомъ продвѣваются чрезъ другой край раны. Глубокіе швы, *e*, накладываются двумя иглами, изъ которыхъ каждая вкальвается нѣсколько сбоку отъ срединной линіи и выводится на разстояніи одного смт. кнаружи отъ края раны. Про-

¹⁾ Surg. diseases of women, 3 изд., London, 1866, стр. 90 и 109.

²⁾ Prag. Vierteljahrschr., 1867, т. 3, стр. 112, и *Эмелгардтъ*, Die Retention des Gebärmuttervorfalles. Heidelberg, 1871.

межностные швы, *e*, накладываются такимъ же способомъ, какъ и глубокіе швы, и такъ какъ они выкалываются ближе къ краю раны, то замѣняютъ и поверхностные швы. Узломъ завязываютъ сперва два поверхностные шва, а затѣмъ лежащій между ними глубокой шовъ.

Послѣдовательное леченіе заключается въ покойномъ положеніи въ постели, въ теченіи нѣсколькихъ недѣль. Мочу выпускаютъ катетеромъ только въ томъ случаѣ, когда произвольное выдѣленіе ея затруднено. Нужно избѣгать искусственныхъ запоровъ и стараться, напротивъ, чтобы испражненія выдѣлялись легко и въ жидкомъ видѣ.



Фиг. 84.

Perineauxesis *Геаръ*, *a* верхняя, обращенная въ сторону маточнаго зѣва, *b* основаніе, соответствующее уздечкѣ, *c* влагалитичные, *d* промежностные швы.

Фиг. 85.

Colporaphia posterior *Симона*, *a* и *b* какъ на фиг. 84, *c* глубокіе, *d* поверхностные, *e* промежностные швы.

Совершенно подобнымъ же образомъ *Геаръ*¹⁾ производитъ свою „perineauxesis“, только онъ вырѣзываетъ простой треугольникъ или кругъ и накладываетъ одни глубокіе швы. Онъ шьетъ серебряной проволокой, которая, впрочемъ, не представляетъ никакихъ особенныхъ достоинствъ, такъ какъ и шелковыя нити могутъ оставаться сколько угодно времени, не причиняя вреда, какъ видно по случайно забытымъ швамъ.

Возстановленіе твердаго тазового дна вмѣстѣ съ суженіемъ влагалища даютъ блестящіе результаты, потому что влагалищная часть удерживается въ верхней части вновь образованнаго дна таза, какъ и имѣлъ случай лично убѣдиться на одной больной, за 3 года передъ тѣмъ оперированной *Симономъ* и которой приходилось заниматься тяжелой работой. Матка оказалась на нормальной высотѣ и имѣла легкое наклоненіе назадъ. *Брейскій*²⁾ указываетъ еще на то, что пузырь тоже находитъ себѣ

¹⁾ *Гюффель*, I. c., стр. 31, *Геаръ* и *Камтенбахъ*, Die operative Gynäkologie. Erlangen, 1874, стр. 401.

²⁾ Aerztl. Correspondenzbl. f. Böhmen, 1874.

опору во вновь образованномъ днѣ таза, вслѣдствіе чего исчезаетъ наклонность къ cystocele, и что острый уголь, образуемый маткой и влагалищемъ, способствуетъ удержанію матки на мѣстѣ.

Наконецъ, самый радикальный способъ—это удаленіе всей матки, произведенное въ повѣйшее время *Чоттеномъ* ¹⁾ и *М. Ламенбекомъ* ²⁾. Эта операція позволительна только при осложненіи злокачественнымъ новообразованиемъ или гангреней матки, а также, въ видѣ крайнихъ исключеній, при очень большихъ невосприимчивыхъ выпаденіяхъ.

Поднятіе матки.

Ненормально высокое положеніе матки имѣетъ только припадочное значеніе, такъ какъ сама собою матка никогда не смѣщается вверхъ. Она отстываетъ вверхъ или вслѣдствіе выпиранія ея снизу, или вслѣдствіе притяженія сверху. Кверху она оттѣсняется всеми опухолями, помѣщающимися подъ нею, какъ-то: скопленіемъ крови въ закрытомъ влагалищѣ, haematocеле, экссудатами, внѣматочною беременностью и другими новообразованиями, особенно злокачественными, развивающимися въ маломъ тазу или во влагалищѣ. Чаше матка притягивается сверху очень крупными опухолями (кистами яичниковъ, а также подсывороточными и интерстиціальными фиброидами) или брюшинными сращеніями. Послѣднія особенно сильно оттягиваютъ матку кверху въ томъ случаѣ, когда они развиваются вскорѣ послѣ родовъ, т. е. когда дно матки еще далеко вдается въ брюшную полость.

При подъемѣ матки, влагалище вытягивается въ длину, отчего складки его изглаживаются и заворотъ, одѣвающей влагалищную часть, исчезаетъ. Влагалище представляется наверху въ видѣ воронки, въ глубинѣ которой виднѣтся маленькая ямочка,—маточный зѣвъ. Въ очень сильно развитыхъ случаяхъ, особенно при опухоляхъ яичника и фиброидахъ, сама матка тоже вытягивается въ длину, преимущественно въ шейкѣ, и даже можетъ разорваться отъ этого растяженія.

Выворотъ матки.

Фрисъ, Abh. v. d. Umk. etc. d. Gebärmutter. München, 1804. — *Кроссъ*, An essai etc. Transact. of the prov. med. a. surg. ass. London, 1845.—*Ли*, Amer. J. of med. sc., oct. 1860, стр. 313. — *Гурльтъ*, Mon. f. Geb., т. 16, стр. 11. — *Бетилеръ*, Breslauer klin. Beitr. z. Gyn. f. Breslau, 1862, стр. 1.—*Сканциони*, Beitr. z. Geb. u. Gyn., 1868, V, стр. 83.—*Фрейндъ*, Zur Pathol. u. Ther. d. veralteten Inversio ut. puerp. etc. Breslau, 1870.—*Томасъ*, Amer. J. of Obst., II, стр. 423.—*Штигелберъ*, Arch. f. Gyn., т. IV, стр. 350, и т. V, стр. 118.

О свѣжихъ случаяхъ выворота, развивающихся послѣ родовъ, мы здѣсь говорить не будемъ, а ограничимся только разсмотрѣніемъ заста-

¹⁾ Amer. J. of med. sc., 1867, стр. 567.

²⁾ Memorabilien, 18 июля 1868.

рѣлыхъ случаевъ и тѣхъ выворотовъ, которые образуются при опухоляхъ.

Этіологія.

Гораздо рѣже, чѣмъ въ послѣродовомъ періодѣ, выворотъ производится опухолями, помѣщающимися въ стѣнкѣ матки, и притомъ не полипами, снабженными тонкой ножкой, а тѣми опухолями, которыя сидятъ на широкомъ основаніи, вдаваясь въ полость матки, или даже въ интерстиціальную ткань и которыя подчасъ очень незначительны по объему. Это могутъ быть, какъ фиброзныя, такъ и саркоматозныя опухоли. По всему вѣроятію, выворотъ происходитъ въ силу того, что ложе опухоли, т. е. нормальная ткань матки, атрофируется (исчезаетъ либо подвергается жировому перерожденію), вслѣдствіе давленія со стороны опухоли. Этимъ путемъ въ плотной, способной къ сокращеніямъ, ткани матки образуется провалъ, опухоль выскальзываетъ въ полость матки и сокращеніями послѣдней, равно какъ по собственной тяжести спускается къ маточному зѣву. Послѣдній раскрывается, опухоль попадаетъ въ шейку и, увлекая за собою сосѣднія части маточныхъ стѣнокъ, мало по малу производитъ полный выворотъ матки. Въ другихъ случаяхъ выворотъ образуется очень быстро, вслѣдствіе сокращеній матки, въ тотъ именно моментъ, когда провалившаяся въ маточную полость опухоль спустится до извѣстнаго уровня.

Патологическая анатомія.

Правильнѣе всего различать 3 степени выворота матки, а именно: 1) выворотъ, при которомъ дно помѣщается еще надъ маточнымъ зѣвомъ; 2) выворотъ, при которомъ дно матки, хотя и прошло чрезъ зѣвъ, но находится еще во влагалищѣ (фиг. 86), и 3) *prolapsus uteri inversi*, когда вывороченная матка выходитъ наружу.

Вывороченная матка, лежащая передъ влагалищемъ или въ самомъ влагалищѣ, образуетъ кругловатое, подчасъ опухшее тѣло съ слегка отекающей, красной или синеватой поверхностью (воспаленная слизистая оболочка). Кверху опухоль становится тоньше и представляетъ родъ ножки, торчащей между губами маточнаго зѣва. Губы ясно прощупываются, такъ какъ выворота всѣхъ частей матки, повидимому, никогда не бываетъ, а шейка, пропустивши вывороченное тѣло матки, по крайней мѣрѣ, отчасти сохраняетъ свой нормальный видъ. Въ особенности это можно сказать относительно передней губы. Выворотъ шейки происходитъ только при сильномъ натягиваніи матки снаружи, да пожалуй, разъ-другой, въ силу тяжести опухоли. На трупѣ, по вскрытіи брюшной полости, находятъ на мѣстѣ матки воронкообразное углубленіе, въ ко-

торое заходятъ фаллопьевы трубы и маточныя связки. Впрочемъ, въ застарѣлыхъ случаяхъ эта воронка всегда очень тѣсна (не болѣе $\frac{1}{2}$ сантим. въ поперечникѣ) и въ ней никогда не помѣщаются яичники.

Съ теченіемъ времени матка значительно измѣняется, претерпѣваетъ обратное развитіе и слизистая оболочка дѣлается гладкой, болѣе похожей на сывороточную оболочку.

Припадки.

При выворотахъ матки, производимыхъ новообразованіями, обусловливаемыя послѣдними кровотеченія продолжаются по прежнему и въ высшей степени истощаютъ больныхъ. Въ промежуткахъ между кровотеченіями происходитъ постоянное истеченіе слизи.

Въ то же время существуютъ чувство напиранія на низъ, боли въ животѣ и крестцѣ. Мочеиспусканіе тоже бываетъ часто затруднено. Тѣмъ не менѣе организмъ иногда, страннымъ образомъ, какъ-то привыкаетъ къ этому страданію.

При выпаденіи вывороченной матки изъ половой щели, время отъ времени появляются болѣе жестокіе припадки.

Вслѣдствіе защемленія опухоли сокращающейся шейкой, можетъ развиться гангрена съ ея послѣдствіями.

Распознаваніе.

Въ обыкновенныхъ случаяхъ вывороченная матка можетъ быть легко узнана. Правда, она представляетъ большое сходство съ полипами и рождающіяся сомнѣнія очень часто не могутъ быть устранены, ни анамнезомъ, ни общимъ видомъ опухоли. Но при тщательномъ двойномъ изслѣдованіи (на худой конецъ подъ хлороформомъ), едва-ли возможно не замѣтить присутствія или недоставанія матки на ея нормальномъ мѣстѣ. Если матка не оказывается въ этомъ мѣстѣ, то при не особенно неблагоприятныхъ условіяхъ, на мѣстѣ выворота прощупывается родъ воронки или щели, изъ которой иногда выступаютъ вѣрообразно рассыпающіеся по сторонамъ маточныя придатки.

Воронка можетъ быть прощупана и чрезъ прямую кишку, если значительно сдвинуть опухоль внизъ. При вытягиваніи опухоли иногда обнаруживается еще другой признакъ, который ужъ самъ по себѣ рѣ-



Фиг. 86.
Inversio uteri.

шаетъ дѣло, а именно маточный зѣвъ, обхватывающій ножку опухоли, исчезаетъ, вслѣдствіе того, что при вытягиваніи опухоли выворачивается также и нижняя часть шейки.

Съ помощью зонда тоже можно доказать, что ножка опухоли переходитъ со всѣхъ сторонъ непосредственно въ шейку матки, такъ какъ зондъ встрѣчаетъ сопротивленіе повсюду, между тѣмъ какъ при полипахъ онъ попадаетъ въ полость матки.

Иногда діагнозъ облегчается тѣмъ, что видны бываютъ маточныя отверстія фаллопиевыхъ трубъ.

Предсказаніе.

Даже застарѣлые, давно существующіе вывороты отличаются сомнительнымъ предсказаніемъ, такъ какъ могутъ подавать поводъ къ продолжительнымъ потерямъ крови. Но даже и эти вывороты все еще могутъ быть вправлены, и послѣ вправленія иногда наступаетъ даже беременность, какъ показываютъ случаи *Тайлеръ-Смита* и *Эммета*.

Самостоятельное исчезновеніе выворота встрѣчается весьма рѣдко. Подобный достовѣрный случай наблюдалъ *Шингелбергъ* у одной больной, у которой, послѣ двухнедѣльнаго лежанія на спинѣ и постоянныхъ сильныхъ поносовъ, матка приняла нормальное положеніе. *Шацъ* объясняетъ этотъ процессъ обратнаго выворота слѣдующимъ образомъ. При покойномъ положеніи на спинѣ, органъ нѣсколько подымается вверхъ, такъ что связки, заходящія въ воронку, укорачиваются; во время поносовъ, вслѣдствіе напряженія брюшнаго пресса, производится сильное давленіе внизъ на образуемое шейкой кольцо, между тѣмъ какъ укороченныя связки допускаютъ лишь незначительное смѣщеніе матки внизъ. И такъ какъ въ то время, какъ шейка сильно выпирается внизъ, дно матки остается приблизительно на той же высотѣ, то послѣднее постепенно отстываетъ чрезъ отверстіе шейки.

Леченіе.

Выворотъ можетъ быть устраненъ вправленіемъ, которое въ свѣжихъ случаяхъ удается легко, въ старыхъ же очень трудно. Вправленіе производятъ подъ хлороформомъ, надавливая на дно пальцемъ или пестикобразнымъ инструментомъ и въ то же время сдвигая воронку внизъ сквозь брюшныя покровы. Въ большинствѣ случаевъ сравнительно легко удается поднять дно до уровня наружнаго зѣва, такъ какъ матка, подъ вліяніемъ вправленія, становится мягкой и податливой, но дальнѣйшее оттѣсненіе ея вверхъ сопряжено съ большими трудностями.

Существуетъ множество снарядовъ и приемовъ, придуманныхъ съ цѣлью сдѣлать давленіе по возможности сильнѣе, продолжительнѣе и цѣлесообразнѣе. *Уайтъ* изъ Буффало ¹⁾ производитъ давленіе посредствомъ осо-

¹⁾ Amer. J. of med. sc., апрѣль 1872, стр. 391.

беннаго инструмента, передній конецъ котораго, имѣющій видъ чашечки, накладывается на дно матки, тогда какъ въ другой конецъ, снабженный пружиной, операторъ упирается своей грудью. *Брэкстонъ Гиксъ* ¹⁾ употребляетъ особеннаго устройства каучуковые тампоны. Въ этомъ же родѣ дѣйствуетъ и *Барнсъ* ²⁾, который кромѣ того настоятельно рекомендуетъ дѣлать надрѣзы на шейкѣ; *Неператъ* совѣтуетъ сначала вдавливать одну изъ областей фаллопиевыхъ трубъ (одинъ маточный рогъ), такъ какъ послѣ этого второй рогъ слѣдуетъ самъ собой. *Эмметъ* ³⁾ нѣсколько разъ съ успѣхомъ производилъ вправленіе по слѣдующему способу. Введенная во влагалище рука охватываетъ вывороченную матку ладонью, тогда какъ пальцы ложатся вокругъ мѣста перехода стебелька опухоли въ шейку. И въ то время какъ ладонь надавливаетъ дно кверху, стараются по возможности растянуть воронку раздвинутыми пальцами. Когда дно будетъ поднято выше уровня маточнаго зѣва, его проталкиваютъ дальше пальцами, стараясь въ то же время другою рукою сдвинуть чрезъ брюшныя покровы охватывающее его кольцо внизъ.

Если ручное вправленіе не имѣетъ успѣха, то нужно попробовать продолжительное давленіе на дно со стороны влагалища. Лучшее всего это производится посредствомъ коллейринтера. Мнѣ самому ⁴⁾ удалось достигнуть вправленія коллейринтеромъ въ одномъ случаѣ, не смотря на двухлѣтнее существованіе выворота и послѣ того, какъ самые энергичскіе ручныя приемы остались безуспѣшными. Наполнивъ инструментъ водою, я оставилъ его на долгое время во влагалищѣ и каждый день на нѣсколько часовъ раздувалъ его водою до объема большаго, чѣмъ головка новорожденнаго ребенка.

Эмметъ ⁵⁾ достигъ продолжительнаго давленія на оттѣсненное кверху дно матки тѣмъ, что сшилъ подъ нимъ губы влагалищной части серебряной проволокой. Что же касается внутренняго употребленія спорыньи, посредствомъ которой *Фрейнду* удалось достигнуть вправленія выворота послѣ значительнаго приподнятія дна, то оно требуетъ величайшей осторожности, такъ какъ въ случаѣ неуспѣха можетъ произойти защемленіе дна. (Именно въ этомъ же самомъ случаѣ *Фрейнда* спорынья на первыхъ же порахъ вызвала признаки омертвѣнія).

Если выворотъ обуславливается опухолью, то прежде всего необходимо удалить послѣднюю, такъ какъ послѣ этого вправленіе происходитъ, повидимому, само собою въ слѣдующіе дни. Впрочемъ, въ случаѣ *Филда* ⁶⁾, въ которомъ произведшій выворотъ фиброидъ былъ удаленъ экразеромъ,

¹⁾ Brit. med. J., 31 августа 1872.

²⁾ Obst. Journ. of Great Britain, апрѣль 1873, стр. 1.

³⁾ Amer. J. of med. sc., янв., 1866, и Amer. J. of Obst., II, стр. 213.

⁴⁾ Berl. klin. Wochenschr., 1868, № 46.

⁵⁾ Amer. J. of med. sc., январь 1868.

⁶⁾ Bartholomew's Hosp. Rep., 1872.

матка вправилась только послѣ двадцатидневнаго употребленія каучуковаго тампона.

Когда всѣ описанные способы не имѣютъ успѣха, то при очень сильныхъ страданіяхъ можно приступить къ ампутаціи, если не желаютъ, по примѣру *Томаса*, сдѣлать лапаротомію. Но не надо забывать, что, по новѣйшимъ наблюденіямъ, терпѣніемъ и правильно выбраннымъ способомъ можно достигнуть вправленія даже въ самыхъ отчаянныхъ, повидимому, случаяхъ, если только не существуетъ плотныхъ сращеній въ воронкѣ. Продолжительное существованіе выворота вовсе еще не исключаетъ настойчивыхъ попытокъ къ вправленію, такъ какъ извѣстны случаи вправленія послѣ многолѣтняго существованія болѣзни (до 15 лѣтъ).

*Томасъ*¹⁾ заставлялъ прижимать защемляющее кольцо къ брюшнымъ покровамъ чрезъ влагалище, и, надрѣзавъ кольцо, растягивалъ его посредствомъ особенно для этого устроеннаго расширителя и затѣмъ вправлялъ матку, хотя съ большимъ трудомъ. Не смотря на происшедшій во время вправленія сквозной разрывъ влагалища и на сильныя послѣдовательныя кровотеченія въ брюшную полость, операція окончилась выздоровленіемъ. Въ другомъ же, оперированномъ имъ, случаѣ больная умерла отъ перитонита.

При не очень сильныхъ страданіяхъ и когда нѣтъ особенной опасности, можно пытаться улучшить состояніе больной безъ операціи. Легче всего это достигается въ періодѣ прекращенія мѣсячныхъ очищеній, такъ какъ въ это время страданія почти совершенно прекращаются. Можно также пытаться, посредствомъ полуторохлористаго желѣза или другихъ прижигающихъ средствъ, измѣнить слизистую оболочку матки на столько, чтобы она оставалась во влагалищѣ, не давая ни кровотеченій, ни другихъ отдѣленій.

Ампутація матки производилась весьма различными способами. Въ прежнія времена обыкновенно накладывали лигатуру, которая перерѣзывала матку исподоволь. Теперь же отсѣкаютъ матку сразу, рѣдко ножомъ или ножницами, большею частью экразеромъ.

Но послѣдній способъ самый опасный, какъ вслѣдствіе кровотеченій, такъ и потому, что по удаленіи матки шейка обыкновенно выворачивается на изнанку, такъ что кровоточащія поверхности разрѣза бывають обращены къ брюшной полости.

Наилучшіе шансы на успѣхъ даетъ, повидимому, сочетаніе лигатуры съ послѣдовательнымъ удаленіемъ матки. Дополнивъ статистику *Сканциони* нѣсколькими новыми случаями, я получилъ слѣдующій результатъ:

	Сумма:	Выздоровленіе:	Смерть:
Простое удаленіе	14	6 (43%)	8 (57%)
Простая лигатура	26	19 (73%)	7 (27%)
Лигатура и удаленіе	29	24 (83%)	5 (17%)

Операція производится такимъ образомъ, что накладывають шнурокъ или проволоку вокругъ ножки лежащей во влагалищѣ опухоли и крѣпко затягивають его. При этомъ появляются сильная боль и даже припадки коллапса и нервнаго оглушенія (shock), такъ что нерѣдко прихо-

¹⁾ Dis. of women, 3-е изд., 1872, стр. 434.

дится ослабить лигатуру. (Случалось уже нѣсколько разъ, что только благодаря этимъ явленіямъ узнавали выворотъ матки, такъ какъ до этого опухоль принимали за полипъ).

По наложеніи лигатуры, матка сильно набухаетъ и на ней вскорѣ показываются признаки начинающагося омертвѣнія, которое стараются удерживать въ извѣстныхъ предѣлахъ посредствомъ карболовой кислоты и полуторохлористаго желѣза, такъ, чтобы оно приняло скорѣе характеръ сухой мумификаціи. Смотря по наступающимъ явленіямъ, удаляютъ перерѣзанную матку цѣликомъ или отчасти, чрезъ 10—14 дней. Чѣмъ позднѣе удаляютъ матку, тѣмъ совершеннѣе развиваются брюшинныя сращенія воронки, такъ что если шейка и вывернется на изнанку, то она только растянеть сращеніе.

Грыжа матки.

Клобъ, Pathol. Anat. d. weibl. Sex. Wien, 1864, стр. 105.

Небеременная матка весьма рѣдко составляетъ содержаніе грыжевого мѣшка.

Случаевъ бедренной грыжи извѣстно кажется всего два: *Лаллемана*¹⁾ у 82-лѣтней старухи и одинъ *Клокэ* у новорожденнаго ребенка; послѣдній случай воспроизведенъ на табл. XI фиг. 3 атласа *Буавена* и *Дюжэ*.

Случаи паховой грыжи наблюдали *Марэ*, *Шопаръ*, *Лаллеманъ* и *Кривелье*.

Этіологія маточныхъ грыжъ находится въ тѣсной зависимости отъ грыжъ яичниковъ (*descensus ovariorum*), такъ какъ смѣщающіеся яичники увлекаютъ за собой и матку.

Распознаваніе не представляетъ трудностей при тщательномъ ощупываніи и употребленіи зонда.

О специальномъ леченіи здѣсь не можетъ быть и рѣчи, такъ какъ матка не вправима.

Фиброиды (міомы, фиброміомы, леіоміомы) матки.

Бейль, Corvisart Journ. de méd., годъ XI. Vendem. (окт. 1803), и Diction. des sc. méd. Paris, 1813, т. VII, стр. 72. — *Венцель*, Krankh. d. Uterus. Mainz, 1816. — *П. У. Вальтеръ*, Denkschr. über fibröse Geschwülste der Gebärmutter. Dorpat, 1842. — *Амюсса*, Mém. sur les tumeurs fibr. de l'utérus. Paris, 1842. — *Т. С. Ли*, Von den Geschwülsten der Gebärmutter etc. Перев. съ англ. Berlin, 1848. — *Кіари*, *Браунъ* и *Шпетъ*, Klin. d. Geb. u. Gyn. Erlangen, 1852, стр. 396. — *Роутъ*, Lettsomian lectures etc. Brit. med. J., февр.—іюль 1864. — *Зексимеръ* (*Зейфертъ*), Prager Viertelj., 1868, 2, стр. 93. — *Клобъ*, Wiener med. Woch., 1863, № 35 и сл., и Pathol. Anat. d. weibl. Sex. Wien, 1864, стр. 149. — *Вирховъ*, Geschwülste, т. 3, в. 1, стр. 107 и сл. — *Кидъ*, Dublin J. of med. sc., т. 54, 1872, стр. 132. — *Гудельмъ*, Philadelphia med. Times, 1 мая и 1 іюня 1872.

¹⁾ Bull. de la fac. de médec., 1816, I, стр. 1.

Этіологія.

Миома, круглый фиброидъ матки, представляетъ собою круглую опухоль, одинаковаго строенія съ паренхимой матки, встрѣчающуюся чрезвычайно часто. Часто цитируемое мнѣніе *Бейля*, будто фиброиды встрѣчаются у 20% всѣхъ женщинъ, умершихъ послѣ 35-лѣтняго возраста, конечно, преувеличено; но нужно замѣтить, что и *Клобъ* насчитываетъ 40% фиброидовъ на всѣхъ умершихъ послѣ 50 лѣтъ. Вѣрно то, что это новообразованіе принадлежитъ къ самымъ частымъ заболѣваніямъ матки. По словамъ американцевъ, фиброиды составляютъ очень частую болѣзнь у негритянокъ и мулатокъ и притомъ нерѣдко въ относительно раннемъ возрастѣ (20 лѣтъ). (Опухоли же личниковъ и карциномы матки встрѣчаются у нихъ, повидимому, рѣдко).

Если къ случаямъ, собраннымъ *Киари* и *Вестомъ*, прибавить 36 моихъ собственныхъ, о которыхъ я имѣю подробныя свѣдѣнія, то составитъ слѣдующая статистика возраста, въ которомъ больныя обращались за врачебной помощью.

Возрастъ	20—30,	30—40,	40—50,	50—60,	60—70,	70—74,	всего
Число случаевъ	33	54	62	19	0	1	168

Такъ какъ фиброиды обыкновенно производятъ принадку лишь въ позднѣйшемъ періодѣ, то первое возникновеніе ихъ должно быть отнесено къ болѣе раннему возрасту, однакоже, не ранѣ наступленія половой зрѣлости.

О причинахъ, вызывающихъ или способствующихъ развитію фиброидовъ, еще ничего неизвѣстно. Во всякомъ случаѣ, дѣло не обходится безъ мѣстнаго раздраженія, но какого рода это раздраженіе и какъ оно развивается, все это пока покрыто мракомъ.

Бейль принимаетъ за предрасполагающій моментъ воздержаніе отъ половыхъ удовольствій и безплодіе. Но и то и другое невѣрно. Большинство одержимыхъ фиброидами женщинъ замужнія (изъ 514 больныхъ, пользовавшихся *Вестомъ*, *Дюпюитреномъ*, *Роутомъ* и мною, 421 [81,9%] были замужемъ) и немалая доля незамужнихъ навѣрное тоже не отказывали себѣ въ половыхъ удовольствіяхъ.

Отношеніе же фиброидовъ къ безплодію прямо обратное: не безплодіе ведетъ къ образованію фиброидовъ, а фиброиды часто влекутъ за собою безплодіе.

Если изъ 196 больныхъ, пользовавшихся *Дюпюитреномъ*, *Вестомъ*, *Мк. Клинтокомъ* и мною, исключить 27 незамужнихъ и нерожавшихъ, то окажется, что на 119, имѣвшихъ дѣтей, приходится 50 безплодныхъ.

Патологическая анатомія.

Хотя фиброма или миома состоитъ изъ тѣхъ же частей, какъ и нормальная ткань матки, тѣмъ не менѣе она представляетъ собою не сплош-

ную гипертрофію маточной паренхимы, а круглую опухоль, развивающуюся въ особенномъ, рѣзко ограниченномъ отъ остальной ткани, ложѣ.

Въ микроскопическомъ отношеніи фиброидъ состоитъ изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ и соединительной ткани. Если преобладаютъ первыя, то опухоли даютъ названіе міомы или, еще лучше, лейомиомы, въ противномъ случаѣ — фибромиомы, фибромы.

Обѣ эти составныя части распредѣлены неправильно. Мышечные пучки перешлепываются между собою на разные лады, а между ними тянутся прожилки волнистой соединительной ткани. Последняя обыкновенно представляется плотной, фиброзной, почти хрящеватой, въ другихъ же случаяхъ рыхлой. Расположеніе волоконъ почти концентрическое, такъ что вся опухоль состоитъ изъ одной или нѣсколькихъ долекъ.

На поверхности разрѣза опухоль представляется бѣловатой, красновато-бѣлаго или красновато-сѣраго цвѣта. Если она содержитъ много сухожильной соединительной ткани, то на нѣкоторыхъ мѣстахъ цвѣтъ ея блестяще-бѣлый. При этомъ поверхность разрѣза кажется раздѣленной на дольки, и на ней выступаютъ небольшіе бугорки, выпираемые давлениемъ фиброзныхъ пучковъ.

Матка обыкновенно гипертрофирована, стѣнки ея утолщены; иногда же, особенно при подбрюшинныхъ фиброидахъ, она истончена, вслѣдствіе растяженія въ длину, а у пожилыхъ женщинъ она можетъ быть въ высшей степени атрофирована.

Вмѣстѣ съ прожилками соединительной ткани въ опухоль вступаютъ и сосуды, хотя обыкновенно въ очень скудномъ количествѣ. Крупныя же артеріи чрезвычайно рѣдко видѣются въ фиброидѣ.

Фиброидъ залегаетъ въ мышечномъ слое матки, въ видѣ посторонняго тѣла, отдѣленнаго отъ остальной паренхимы сумкой изъ соединительной ткани и легко вылуцивающагося. Тѣмъ не менѣе, развитіе его всегда начинается на счетъ маточной ткани, подъ видомъ мѣстной гиперплазіи, и только позже, когда разъ образовавшаяся опухоль продолжаетъ расти путемъ размноженія составляющихъ ее элементовъ, она раздвигаетъ мышечныя волокна матки и располагается между ними въ видѣ легко вылуцивающейся опухоли. Часто, однакоже, крупныя фиброиды остаются въ связи съ паренхимой матки, посредствомъ своего широкаго основанія. Съ другой стороны, ткань, связывавшая опухоль съ паренхимой матки и собственно послужившая началомъ ея, легко атрофируется, такъ что фиброидъ дѣйствительно перестаетъ быть соединеннымъ съ маткой посредствомъ ножки изъ волоконъ. Въ последнемъ случаѣ, вмѣстѣ съ ножкой, запусѣваютъ и сосуды, такъ что въ существо подобнымъ образомъ обособившагося фиброида едва-ли проникаютъ сосуды.

И такъ, крупными сосудами бываютъ снабжены только тѣ фиброиды, которые непосредственно связаны съ маточной тканью, тогда какъ фиб-

роиды, лишь заложенные въ маткѣ, очень бѣдны сосудами (но и въ послѣднемъ случаѣ слизистая оболочка можетъ сильно кровоточить).

Съ другой стороны, фиброиды, особенно крупныя изъ нихъ, сидящія въ интерстиціальной ткани, могутъ быть пронизаны такой массой сосудовъ, что получаютъ настоящее пещеристое строеніе, сильно напоминающее дѣтское мѣсто въ послѣднемъ періодѣ беременности. *Вирховъ* называетъ эту форму myoma telangiectodes s. cavernosum. Они представляютъ пещеристыя, наполненныя кровью, пространства, „колоссальныя капилляры“, съ просвѣтомъ отъ коноплянаго зерна до горошины, между которыми заложены мѣстами лишь очень узкія мышечныя перегородки. Рѣдко вся или почти вся опухоль отличается такимъ пещеристымъ строеніемъ, большею же частью измѣненіе ограничивается отдѣльными мѣстами. *Леопольдъ* ¹⁾ описалъ колоссальную опухоль этого рода, отъ которой матка достигла такого объема, какъ въ послѣднее время беременности. По мнѣнію *Вирхова*, эти-то именно пещеристыя міомы и отличаются тѣмъ, что онѣ то набухаютъ, то снова опадаютъ. Онѣ объясняютъ это явленіе большимъ или меньшимъ содержаніемъ крови, равно какъ сокращеніемъ и расслабленіемъ мускулатуры.

Фиброиды могутъ претерпѣвать еще и другія превращенія, а именно:

Размягченіе.

Послѣднее можетъ зависѣть:

а) отъ простаго отека, при чемъ фиброидъ можетъ разбухнуть до такой степени, что показываетъ зыбленіе и даетъ впечатлѣніе какъ бы кисты. Отъ прокола выдѣляется нѣсколько капель какой-то серозной жидкости или ничего не выдѣляется. При отекѣ мышечныя волокна атрофируются.

б) отъ жирнаго перерожденія, при которомъ мышечныя кѣтки подвергаются ожирѣнію и всасываются, т. е. претерпѣваютъ измѣненіе, очень сходное съ процесомъ послѣродового обратнаго развитія.

в) отъ миксоматознаго превращенія. При этомъ между отдѣльными дольками сложной опухоли или между отдѣльными волокнистыми прожилками одной и той же доли залегаетъ слизистая ткань. Вслѣдствіе распада кѣтокъ и выдѣленія значительныхъ количествъ межкѣточной слизи, могутъ образоваться значительныя скопленія слизи, представляющія видъ распада.

Отвердѣніе.

Оно идетъ рядомъ съ жировымъ перерожденіемъ, а именно, мышечная ткань подвергается жирному распаденію, а соединительная — оплотнѣваетъ. Очень можетъ статьсл, что послѣднее составляетъ первичное

¹⁾ Archiv f. physiol. Heilkunde, 1873, стр. 414.

явленіе, такъ что весь процессъ получаетъ характеръ интерстиціального воспаленія, при чемъ жировое перерожденіе мышечныхъ волоконъ является слѣдствіемъ давленія со стороны стягивающейся соединительной ткани. Фиброидъ представляется въ этихъ случаяхъ совершенно твердымъ, сухожильнымъ или хрящеватымъ.

Обызвествленіе.

Вслѣдъ за отвердѣніемъ, которымъ завершается ростъ опухоли, наступаетъ отложеніе известковыхъ солей. Въ центрѣ опухоли известъ показывается вначалѣ въ видѣ неправильныхъ прожилокъ. Позднѣе отложеніе извести увеличивается, такъ что опухоль можно пилить и послѣ вымачиванія ея получается остовъ, похожій на полипнякъ. Рѣдко отложеніе извести бываетъ такъ обильно, что поверхность разрѣза представляется гладкой и можетъ быть отполирована. Только въ исключительныхъ случаяхъ процессъ начинается снаружи, такъ что образуется нѣчто въ родѣ скорлупы.

Обызвествленіе имѣетъ мѣсто исключительно въ подсывороточныхъ и интерстиціальныхъ фиброидахъ. Последніе могутъ отдѣлиться отъ маточной стѣнки описаннымъ ниже образомъ и извергнуться въ видѣ маточныхъ камней. Впрочемъ, большею частью обызвествленіе встрѣчается только при мелкихъ интерстиціальныхъ фиброидахъ. При очень крупныхъ же оно очень рѣдкое явленіе.

Обызвествленныя, вывалившіяся въ матку міома уже съ давнихъ поръ обратили на себя вниманіе врачей и были извѣстны подъ именемъ „маточныхъ камней“. Такъ, *Иппократъ* рассказываетъ объ одной 60-лѣтней ессалійской рабѣ, въ молодости чувствовавшей сильныя боли при каждомъ совокупленіи, что послѣ употребленія чеснока у нея былъ вытасченъ грубый камень изъ влагалища, при потугообразныхъ боляхъ. *Саленъ* приводитъ случай съ старой монахиней, родившей шероховатый камень, формой и величиной похожій на утиное яйцо. Множество случаевъ, сюда же относящихся, можно найти въ старинной литературѣ.

Луи ¹⁾ извѣстны были 18 маточныхъ камней, а съ тѣхъ поръ обнаружено нѣсколько новыхъ примѣровъ, между прочимъ *Велло, де-Коземъ, Курти* ²⁾, *Дѣканомъ* ³⁾, *Арноттомъ* ⁴⁾, *Зексигеръ* ⁵⁾ рассказываетъ случай, гдѣ хирургъ вытащилъ акушерскими щипцами, вмѣсто дѣтской головки, такой же величины маточный камень. *Энокъ* ⁶⁾ подвергнулъ микроскопическому изслѣдованію маточный камень, вытасченный еще *Амюсса* въ 1829 году, и нашелъ въ немъ обызвествленный фиброидъ. Въ патолого-анатомическомъ музеѣ въ Эрлангенѣ находится очень большой подслизистый фиброидъ, который до такой степени насквозь пропитанъ известью, что если выпилить изъ него кусокъ и подвергнуть

¹⁾ Mém. de l'acad. de chir., 1753, т. II, стр. 180.

²⁾ Mal. de l'utérus etc., 2 изд., стр. 932, вѣсомъ въ 10 килогр.

³⁾ Edinburgh med. J., августъ 1867, стр. 179.

⁴⁾ Medico-chir. Transact., XXIII, 1840. Камень въ 50 фунтовъ вѣсомъ, который, при паденіи больной, своей тяжестью произвелъ разрывъ промежности.

⁵⁾ l. c., стр. 113.

⁶⁾ Archives de physiol., июль 1873, стр. 425.

его вымачиванію, то получается настоящій остовъ мадрепоры. Этотъ препаратъ доставленъ д-ромъ *Бёмомъ* изъ Гунценгаузена съ замѣткой, что фиброидъ, вѣсомъ въ 24½ фунта, добытъ имъ у 61-лѣтней старой дѣвы, никогда не рожавшей и умершей отъ малярии. Опухоль, которую больная въ первый разъ стала замѣчать на 30 году жизни, подъ конецъ помѣщалась въ мѣшкѣ, образованномъ невмовѣрно растянутыми брюшными покровами, между бедрами, опираясь преимущественно на лѣвое.

Иного рода разстройства питанія могутъ произойти отъ того, что, вслѣдствіе нагноенія или ихорознаго распадаенія ложа опухоли, весь фиброидъ или отдѣльныя части его лишаются источника питанія. Чаще всего это имѣетъ мѣсто послѣ травматическихъ поврежденій. Развивается отчасти жирное, отчасти гангренозное распаденіе, ведущее къ изверженію кусковъ или всей опухоли, съ распространеніемъ страшной вони. Этимъ путемъ можетъ произойти полное исцѣленіе; но, съ другой стороны, можетъ наступить и смерть, при гнилостныхъ явленіяхъ, или вслѣдствіе того, что гниющей фиброидъ вызываетъ перитонитъ съ прободеніемъ брюшной полости или безъ онаго.

Рядомъ съ простымъ фибромомъ и его разнообразными видоизмѣненіями, существуютъ еще смѣшанныя опухоли, не лишеныя практическаго значенія.

Чаще всего въ фиброидахъ образуются кисты, представляя собою *myoma cysticum, fibrocystic tumour* англичанъ ¹⁾. Эти опухоли, очень важныя и въ практическомъ отношеніи, могутъ развиваться различнымъ образомъ.

Въ большинствѣ случаевъ, при образованіи кистъ, дѣло идетъ о соединительно-тканыхъ полостяхъ, наполненныхъ сывороткой. Онѣ образуются при сильномъ отека фиброида, вслѣдствіе разступанія ткани на отдѣльныхъ мѣстахъ. Обыкновенно при этомъ образуется множество мелкихъ кистовидныхъ полостей; но случается также, что въ среднѣй опухоли помѣщается одна большая полость, наполненная жидкостью и происшедшая отъ того, что перекладки, лежащія между маленькими кистами, размягчаются отъ отека и мало по малу всасываются. Отдѣльныя полости ограничиваются перегородками изъ соединительной и мышечной ткани, которыя иногда пронизываютъ ихъ и въ видѣ перекладинъ.

Въ другихъ случаяхъ лимфатическіе сосуды фиброида подвергаются такому же процессу, какъ кровеносные сосуды при нещеристой миомѣ. Лимфатическія пространства ²⁾ растягиваются въ гладкостѣнныя, наполненныя свѣтлой, прозрачной жидкостью, кисты, содержимое которыхъ свертывается на воздухъ. Такія опухоли *Леопольдъ* обозначаетъ именемъ *myoma lymphangiectodes*.

¹⁾ *Оскаръ Шрёдеръ*, Ueber Cystofibroide des Uterus. Diss. i. Strassburg, 1873, и *Гееръ*, Ueber Fibrocysten des Uterus. Zürich, 1874.

²⁾ *Клебъ*, Handb. d. path. Anat., 4 выд., стр. 887; *Феллингъ* и *Леопольдъ*, Nowembersitzung, 1874, d. geb. Ges. zu Leipzig.

Рядомъ съ этимъ встрѣчаются еще кисты апоплектического происхожденія, образующіяся обыкновеннымъ путемъ изъ кровоизліяній. Онѣ, если не исключительно, то по преимуществу развиваются во время беременности.

Кромѣ того, кисты могутъ образоваться и изъ жирно-перерожденныхъ гнѣздъ, вслѣдствіе превращенія ихъ въ расплывающійся распадъ¹⁾. Миксоматозное перерожденіе точно также можетъ принять характеръ кистовидныхъ образований.

Изъ первыхъ двухъ формъ развиваются колоссальныя смѣшанныя опухоли, принадлежація къ самымъ крупнымъ брюшнымъ опухолямъ, какія когда-либо наблюдались. Онѣ мягки и содержатъ множество кистъ самыхъ разнообразныхъ величинъ.

Впрочемъ, Буанэ²⁾ справедливо указываетъ на то, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ за „tumeurs fibrocystiques“, вѣроятно, принимались болѣе плотныя кистомы яичниковъ, крѣпко спаянныя съ маткой, или фиброиды, окутанныя перитоническими сращениями, въ которыхъ, какъ это часто бываетъ, скопились значительныя количества желтой сыворотки. Эти-то серозныя скопленія въ жеперепонкахъ, налегающія на фиброидъ, Пзангъ³⁾, какъ кажется, описываетъ подъ именемъ „tumeurs fibro-cystiques proprement dites“.

Первичный переходъ фиброида въ ракъ едва-ли имѣетъ мѣсто. Во всей литературѣ имѣется только одинъ случай Клоба⁴⁾, гдѣ въ фиброидѣ развился первичный ракъ. Чрезвычайно рѣдко также наблюдается метастатическое развитіе рака въ фиброидѣ⁵⁾, тогда какъ вторичный переходъ широко разливагося рака на фиброзную опухоль не представляетъ особенно большой рѣдкости. Простое осложненіе фиброида тѣла ракомъ шейки, которое Курти⁶⁾ считаетъ тоже за весьма рѣдкое явленіе, встрѣчается гораздо чаще, хотя мнѣніе Симпсона, будто причиной раковаго перерожденія шейки служить раздраженіе, вызываемое въ ней фибрознымъ полипомъ, не совсемъ, повидимому, вѣрно.

Чаще, повидимому, встрѣчается миосаркома, т. е. переходъ фиброида въ саркому. При этомъ размноженіе начинается въ межклеточной ткани, въ которой появляются вначалѣ мелкія, а затѣмъ болѣе крупныя круглыя клетки съ большими ядрами. Послѣднія, размножаясь между мышечными пучками, раздвигаютъ и мало по малу совершенно заглушаютъ послѣднія. Саркоматозно перерожденные части отличаются на разрѣзѣ однороднымъ, бѣлымъ или желтоватымъ, цвѣтомъ и мягче остальной ткани. Какъ часто встрѣчается переходъ доброкачественной

¹⁾ Вирховъ, l. c., стр. 116, Грэй-Юинтъ, Pathol. Transact., XI, стр. 173, и А. Мартинъ, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn., т. III, стр. 33.

²⁾ Gaz. hebdom., 1873, № 8.

³⁾ Hystérotomie etc. Paris, 1873, стр. 88.

⁴⁾ l. c., стр. 163 и 188.

⁵⁾ Бемпоратъ и Либманъ, Monatsschr. f. Geburtsh., т. 25, стр. 50, наблюдали вторичныя отложенія при ракѣ влагалища.

⁶⁾ Mal. de l'utérus etc., II изд., стр. 933.

фибромы въ злокачественную саркому, сказать трудно. Но несомнѣнно, что такой переходъ существуетъ. Подробности мы будемъ говорить объ этомъ при саркомѣ.

Вслѣдствіе размягченія отдѣльныхъ частей, путемъ кистовиднаго перерожденія лимфатическихъ сосудовъ и апоплектическихъ изліяній, могутъ произойти кистовидныя мѣосаркомы. Съ другой стороны, перерожденная ткань уже сама по себѣ можетъ быть на столько мягка — мѣосаркома, — что даетъ впечатлѣніе наполненныхъ слизистой жидкостью кистъ.

Сдѣлавъ такимъ образомъ общій очеркъ способа происхожденія, строенія и превращенія фиброидовъ, намъ слѣдуетъ теперь рассмотретьъ въ частности отдѣльные виды, представляющіе весьма важныя различія въ практическомъ отношеніи.

Мы рассмотримъ отдѣльно фиброидъ тѣла отъ фиброида шейки и отъ носительно перваго будемъ различать подсывороточную, подслизистую и интестиниальную формы, смотря по тому, растетъ ли фиброидъ болѣе въ сторону брюшной полости, или въ сторону полости матки, или же онъ остается въ существѣ послѣдней.

Фиброидъ тѣла матки.

а) Подсывороточный фиброидъ.

Подсывороточный фиброидъ (фиг. 87 и 89 *SF*), наружный или брюшинный полипь (*Virchow*), развивается отнюдь не исключительно изъ наружныхъ мышечныхъ слоевъ. Само собою разумѣется, что по мѣрѣ своего востанія въ брюшную полость онъ выпираетъ передъ собою брюшину. Ножка опухоли представляетъ различный видъ. Въ однихъ случаяхъ между опухолью и паренхимой матки долгое время сохраняется непрерывная связь, и такіе фиброиды отличаются быстрымъ ростомъ; въ другихъ — опухоль рано отдѣляется отъ стѣнки матки, оставаясь въ связи съ нею только посредствомъ ножки, которая образуется снаружи брюшиной, а извнутри подсывороточной кѣтчаткой. Кромѣ того опухоль можетъ совершенно отдѣлиться отъ матки. Если подобныя фиброиды развиваются изъ боковыхъ граней матки, то они цѣликомъ помѣщаются внѣ брюшины, востая между листками широкихъ маточныхъ связокъ.

Полное отторженіе подсывороточнаго фиброида встрѣчается весьма рѣдко. *Virchow* никогда этого не наблюдалъ, но *Рокитанскій* упоминаетъ нѣсколько подобныхъ случаевъ. *Симпсонъ*¹⁾ тоже наблюдалъ нѣсколько примѣровъ, *Вестъ*²⁾ видѣлъ одинъ случай, а *Тёрнеръ*³⁾ подробно описалъ другой.

¹⁾ Obst. Works, I, стр. 716.

²⁾ Frauenkrankheiten, 3 изд., стр. 330.

³⁾ Ed'nburgh med. J., январь 1861.

Фиброиды, не имѣющіе непрерывной связи съ паренхимой матки, отличаются очень медленнымъ обмѣномъ веществъ; но они могутъ быть обильно снабжены кровью, въ силу сращеній съ сосѣдными органами, особенно съ кишками и сальникомъ.

Если подсывороточные фиброиды достигаютъ обширныхъ размѣровъ, то они могутъ сдвинуть матку вверхъ до такой степени, что шейка вытягивается въ длину и даже можетъ совершенно отдѣлиться отъ тѣла матки. Такіе случаи сообщаютъ *Рокитанскій* ¹⁾, *Таймсъ* ²⁾ и *Вирховъ* ³⁾. Если при этомъ шейка сдѣлаетъ поворотъ на оси, то можетъ образоваться гемато- и гидрометра. ⁴⁾ Рѣже фиброидъ своей тяжестью стягиваетъ матку внизъ на столько, что происходитъ выпаденіе.



Фиг. 87.

Одинъ большой и другой маленькій подсывороточный фиброидъ, сидящіе широкимъ основаніемъ на задней стѣнѣ матки.



Фиг. 88.

Подсывороточный фиброидъ, изгладившій шейку. *oo* наружный, *oo* внутренней маточной зѣвъ.

Въ очень, повидимому, рѣдкихъ случаяхъ, при подсывороточныхъ фиброидахъ повторяется явленіе, болѣе свойственное опухолямъ яичниковъ, а именно перекручиваніе ножки. *Джемсъ Кенни* ⁵⁾ сообщилъ въ Единбургскомъ гинекологическомъ обществѣ случай, гдѣ беременная умерла отъ гангрены подсывороточнаго фиброида, вызванной перекручиваніемъ ножки.

¹⁾ Handb. d. path. Anat. Wien, 1842, т. III, стр. 547.

²⁾ London Obst. Transact., II, стр. 34.

³⁾ l. c., стр. 161.

⁴⁾ *Вирховъ*, l. c., стр. 161, и *Кюстерь*, Berl. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynaek., I, стр. 7.

⁵⁾ Obst. J. of Gr. Britain, I, стр. 839.

Подсывороточные фиброиды могутъ также подавать поводъ къ защемленіямъ кишекъ ¹⁾.

Подсывороточные фиброиды обыкновенно встрѣчаются по нѣскольку за-разъ, такъ что одиночныя опухоли составляютъ большую рѣдкость. О прободеніи ихъ въ сосѣдніе органы или наружу мы будемъ говорить ниже.

в) Подслизистый фиброидъ.

Подслизистый фиброидъ, вступающій въ полость матки (фиг. 88), тоже отнюдь не всегда развивается изъ лежащей непосредственно подъ слизистой оболочкой ткани, а часто беретъ свое начало въ болѣе глубокихъ частяхъ и отсюда уже преимущественно разрастается въ сторону слизистой оболочки, гоня послѣднюю передъ собою. Въ результатѣ могутъ получиться различныя опухоли.

Фиброидъ можетъ долгое время сохранять характеръ подслизистой опухоли, при чемъ, вросая все болѣе и болѣе въ полость матки, онъ либо остается въ непосредственной связи съ паренхимой, посредствомъ широкаго основанія, либо теряетъ эту связь и остается только видѣннымъ въ матку.

Съ другой стороны, фиброидъ можетъ подняться надъ поверхностью матки въ видѣ полипа, снабженнаго тонкою ножкой. Эти фиброзныя полипы въ свою очередь отличаются двойственнымъ характеромъ. Въ большинствѣ случаевъ ножка состоитъ изъ маточной ткани, такъ что полипъ сохраняетъ непосредственную связь съ паренхимой матки. При этомъ ножка обыкновенно бываетъ снабжена крупными сосудами. Въ другихъ случаяхъ мышечная ткань ножки атрофируется и послѣдняя состоитъ только изъ слизистой оболочки и подслизистой кѣтчатки.

Фиброзный полипъ, о которомъ, въ виду его практической важности, мы будемъ говорить въ отдѣльной главѣ, вначалѣ бываетъ круглымъ, какъ всѣ другіе полипы, но вскорѣ принимаетъ грушевидную или, по крайней мѣрѣ, продолговато-овальную форму. Будучи защемленъ въ естественныхъ отверстіяхъ матки, онъ можетъ получить видъ песочныхъ часовъ.

Эти полипы обыкновенно представляютъ опухоли съ однимъ центромъ и только въ исключительныхъ случаяхъ бываютъ раздѣлены на дольки. Они почти всегда встрѣчаются въ видѣ одиночныхъ опухолей, то-есть въ видѣ полипа. Но часто одновременно съ ними существуютъ подсывороточныя и интерстиціальныя фиброиды, изъ которыхъ послѣдніе производятъ значительное сплющиваніе полипа. Они мягче другихъ фиброидовъ и отличаются болѣе живымъ обмѣномъ веществъ. Отложеніе извести въ нихъ не замѣчается.

¹⁾ *Фоконъ, Gaz. des hôp., 1873, № 13, и Lyon méd., декабрь 1873.*

с) Интерстициальный, междустволочный фиброидъ.

Интерстициальными фиброидами (фиг. 89 и 90) называются такіе, которые образуютъ составную часть самой стѣнки, то-есть никогда не покидаютъ ея. При этомъ они могутъ выдаваться наружу или внутрь, или въ обѣ стороны за-разъ. Само собой разумѣется, что между тремя описанными видами фиброидовъ могутъ существовать переходныя формы.

Интерстициальные фиброиды долѣе всѣхъ сохраняютъ свою первоначальную связь съ тканью матки. Вслѣдствіе этого они бывають пронизаны крупными сосудами, отличаются энергическимъ обмѣномъ веществъ и наиболѣе быстрымъ ростомъ. Сама матка обыкновенно бываетъ гипертрофирована, но нерѣдко и атрофирована; въ климактерическіе годы, а въ исключительныхъ случаяхъ и раньше, стѣнки ея дѣлаются чрезвычайно тонкими и дряблыми. Интерстициальные фиброиды, въ томъ числѣ и наиболѣе крупные изъ нихъ, изрѣдка имѣютъ только одно гнѣздо, всего же чаще они состоятъ изъ многихъ гнѣздъ, отъ которыхъ получаютъ дольчатый и бугристый видъ.



Фиг. 89.

JF интерстициальный, *SF* подбрюшинный фиброидъ.



Фиг. 90.

Интерстициальный фиброидъ съ искусственно расширенной съ диагностической цѣлью шейкой.

Эти опухоли чаще всего встрѣчаются на задней стѣнкѣ и на днѣ матки. Онѣ могутъ достигнуть громаднхъ размѣровъ; такъ, *Вальтеръ* ¹⁾ видѣлъ опухоль вѣсомъ въ 71 фунтъ, *Бинцъ* ²⁾ въ 62 фунта. Такія круп-

¹⁾ 1. с., стр. 10.

²⁾ Deutsche Klin., 1857, № 30.

ныя опухоли обыкновенно бываютъ одиночными; меньшія же опухоли большею частью встрѣчаются вмѣстѣ съ фиброидами того же или другого вида. Общее число ихъ можетъ быть иногда громадно. *Кившиъ* ¹⁾ и *Крювелле* ²⁾ насчитывали около 40 такихъ опухолей, а *Шульце* ³⁾ нашель въ трутѣ 83-лѣтней старухи не менѣе 50 фиброидовъ матки.

Интерстиціальныя фиброиды могутъ выдаваться наружу въ видѣ отрѣзка шара. Болѣе крупныя же изъ нихъ обыкновенно вдаются и въ полость матки. При этомъ послѣдняя удлиняется и представляетъ всевозможныя смѣщенія, особенно когда имѣется множество опухолей, вдающихся въ нее съ различныхъ сторонъ. Вслѣдствіе этого, а также вслѣдствіе выпирания опухоли наружу, особенно въ широкую связку, равно какъ по причинѣ неравномѣрной гипертрофіи отдѣльныхъ частей матки, развиваются самыя своеобразныя измѣненія формы органа. Полость матки, изогнутая на различные лады, отыскивается съ большимъ трудомъ. Столь же трудно бываетъ опредѣлить положеніе трутъ, которыя могутъ быть смѣщены до такой степени, что помѣщаются обѣ на одной сторонѣ, или правая перемѣщается влѣво и наоборотъ. Вслѣдствіе давленія, производимаго фиброидами другъ на друга, они сами принимаютъ весьма характерныя формы, то полушарій, то отрѣзковъ шара.

По мѣрѣ своего роста, они до такой степени растягиваютъ брюшныя покровы, что животъ вздувается какъ въ послѣдніе мѣсяцы беременности и даже болѣе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ образуется колоссальный, отвислый животъ, или большія грыжевыя выпячиванія брюшныхъ покрововъ, въ которыхъ и помѣщаются опухоли. Вслѣдствіе давленія эти мѣшки могутъ омертвѣвать, обнажая опухоль.

Объ этомъ рѣдкомъ осложненіи большихъ интерстиціальныхъ и подсывороточныхъ фиброидовъ мы знаемъ до сихъ поръ очень мало. Въ своей, оставшейся ненапечатанной, диссертациі на степень (*Zur Lehre von den Uterusfibroiden*. Erlang., 1872) *Дюль* описалъ два препарата, принадлежащіе патолого-анатомическому институту въ Эрлангенѣ, свѣривъ ихъ съ нѣкоторыми другими, извѣстными въ литературѣ. Одинъ изъ этихъ препаратовъ, относительно котораго нѣтъ никакихъ замѣтокъ, представляетъ клубокъ изъ 13 крупныхъ и мелкихъ интерстиціальныхъ и подсывороточныхъ фиброидовъ, изъ которыхъ самый большой, отходящій на вожѣ съ правой стороны дна матки, проникаетъ чрезъ грыжевое отверстіе, въ 40 ситм. шириную, въ большую грыжу бѣлой линіи, гдѣ и достигаетъ 68 ситм. въ окружности. Другая, меньшая опухоль лежитъ слѣва и ниже въ меньшемъ грыжевомъ мѣшкѣ и слабо сращена съ грыжевымъ отверстіемъ; тогда какъ большая опухоль совершенно сдвинулась со своимъ кольцомъ. Въ это кольцо вдаются еще и другія подсывороточныя опухоли. Большой фиброидъ представляетъ значительный отекъ съ образованіемъ ложныхъ кистъ.

Тѣ же отношенія видны на другомъ препаратѣ, только здѣсь покрывавшая грыжевой мѣшокъ кожа омертвѣла. По сообщенію д-ра *Дегена* въ Фюртѣ, этотъ препаратъ взятъ „отъ 60-лѣтней женщины, у которой за 20 лѣтъ передъ тѣмъ стали замѣтны первые признаки присутствія опухоли въ животѣ. До того времени она была совершенно здоро-

¹⁾ *Klin. Vortr. etc.*, 4 изд., т. I, стр. 449.

²⁾ *Traité d'Anat. pathol.*, т. III, стр. 656.

³⁾ *Jenaische Zeitschr. für Med. u. Naturw.*, 1870, т. V, стр. 350.

ва, имѣла правильныя мѣсячныя очищенія, но никогда не рожала. Опухоль выросла медленно. Въ 1852 г. у больной показалась небольшая пупочная грыжа, которая, не смотря на бандажи, увеличивалась все болѣе и болѣе и притомъ пропорціонально росту опухоли, мало по малу вытѣснившей въ грыжевой мѣшокъ всѣ внутренности брюшной полости. Вслѣдствіе этого больная часто страдала рвотой и разстройствомъ пищеваренія. Мѣсячныя очищенія совершались правильно и въ обильномъ количествѣ. Лѣтомъ 1865 г. кожа, покрывавшая пупочную грыжу и тонкая какъ бумага, начала омертвѣвать въ нижнихъ своихъ частяхъ, такъ что подъ конецъ большая часть опухоли матки, которая съ теченіемъ времени тоже вросла въ грыжевой мѣшокъ, совершенно обнажилась. Больная умерла отъ истощенія. На вскрытіи, кромѣ сказаннаго, не найдено ничего особеннаго.⁴ Препаратъ представляетъ клубокъ изъ 12 опухолей, величиною отъ орѣха до кулака, окутывающихъ матку со всѣхъ сторонъ такъ, что только маленькая часть ея стѣнки остается свободной. Самая крупная изъ этихъ опухолей лежитъ въ интерстиціальной теани, остальные же скорѣе въ подсывороточной теани. Матка повернута на своей оси такимъ образомъ, что самый большой фиброидъ, отходящій справа и сзади, попалъ въ грыжевой мѣшокъ и тамъ обнажился.

Подобный же случай описываетъ *Нейшлеръ*¹⁾. Это былъ плотный фиброидъ матки вѣсомъ въ 35 килогр. и величиною въ 4 головы взрослого человѣка, который втеченіи 10 лѣтъ принялъ такіе размѣры, что животъ свѣшивался до колѣвъ. Въ 1865 г. на нижнемъ концѣ отвислаго живота образовалась гангренозная язва, отъ которой больная скоро умерла.

Приводимые ниже случаи *Луара* и *Доменила* отличаются нѣсколько инымъ характеромъ, такъ какъ въ этихъ случаяхъ прободеніе брюшныхъ покрововъ вызвано было не простой гангреной, вслѣдствіе давленія со стороны тяжелой опухоли, а воспаленіемъ и омертвѣніемъ самой опухоли.

Фиброидъ шейки.

Фиброиды шейки, встрѣчающіеся гораздо рѣже фиброидовъ тѣла, могутъ представлять тѣ же три формы, какъ и послѣднія опухоли.

Подсывороточная разновидность почти всегда принимаетъ форму полипа и въ этомъ видѣ очень легко попадаетъ во влагалище, хотя бы она получила свое начало въ верхнихъ частяхъ канала шейки. И въ этомъ случаѣ полипъ можетъ, въ силу своей тяжести, на столько стянуть за собою слизистую оболочку, что онъ кажется происходящимъ отъ свободного края губы. Если полипъ достигаетъ значительной величины, то онъ выходитъ наружу, влеча за собою послѣдовательное выпаденіе матки²⁾.

Интерстиціальныя фиброиды шейки могутъ достигнуть весьма значительныхъ размѣровъ. Они вызываютъ равномерное набуханіе одной губы, вокругъ которой слизистая оболочка другой губы ложится въ видѣ полудунной складки. Эти фиброиды могутъ увеличиться до того, что тѣло матки представляеть не болѣе, какъ помѣщающійся сбоку маленькій

¹⁾ Würtemb. Corresp.-Bl., 36, 2, 1866, и Schmidt's Jahrb., т. 133, стр. 310.

²⁾ *Kiari*, Klin. d. Geb. und Gyn. Erlangen, 1852, стр. 401. *Барнсъ*, London Obst. Tr., III, стр. 211. *Фрейндъ*, Breslauer klin. V., 3 вып., 1865, стр. 165, и *Мюллеръ*, Scanzoni's Beitr., т. VI, стр. 70.

придатокъ. Подобнаго рода опухоли описываютъ *Венцель* ¹⁾, *Фюртъ* ²⁾, *Буавэнъ* и *Дюжэ* ³⁾, *Мёррей* ⁴⁾, *Вирховъ* ⁵⁾. На фиг. 91 и 92 представлены два фиброида шейки изъ пат.-анат. музея въ Эрлангенѣ, одинъ въ половинную, другой въ настоящую величину.



Фиг. 91.

Фиброидъ шейки въ настоящую величину.



Фиг. 92.

Фиброидъ шейки въ половинную величину.

Всего рѣже встрѣчаются тѣ фиброиды шейки, которые растутъ наружу. Въ настоящіе брюшинные полипы они превращаются только тогда, когда происходятъ изъ задней поверхности верхней части шейки. Развиваясь же ниже или сбоковъ и спереди, они врастаютъ въ окружающую влагалище кѣтчатку и высираютъ слизистую оболочку влагалища въ видѣ бугристыхъ опухолей. Они врастаютъ во влагалище и въ томъ случаѣ, когда берутъ свое начало въ области влагалищной части. *Понперъ* ⁶⁾ сообщаетъ одинъ такой случай, гдѣ выпавшая наружу опухоль, вѣсомъ въ 1½ фунта, была ампутирована. *Ломъ Аттиль* ⁷⁾ ампутировалъ подобную же опухоль, помѣщавшуюся на передней губѣ и спустившуюся чрезъ полѣвую щель.

Принадки и теченіе.

Смотри по своему положенію, фиброиды представляютъ такія различія, что я считаю необходимымъ рассмотретьъ каждый изъ нихъ отдѣльно.

1) I. c., т. VII и VIII.

2) D. i. Bonn, 1854, т. 1 и 2, у роженицы.

3) Atlass, табл. 21.

4) London Obst. Tr., VI, стр. 184.

5) I. c., стр. 219.

6) Oroosi hetilap. Pesth, 1874, № 6.

7) Obst. J. of Gr. Britain, I, стр. 839.

Подсывороточные фиброиды едва-ли оказываютъ на матку иное вліяніе, чѣмъ другія опухоли, развивающіяся въ области малаго таза. Поэтому очень маленькіе подсывороточные фиброиды, не считая производимыхъ ими смѣщеній вялой матки, представляютъ нѣчто совершенно безразличное. Когда же они увеличиваются въ объемѣ, то дѣйствуютъ подобно другимъ опухолямъ таза. Они отдѣсвятъ матку въ сторону, противоположную мѣсту своего происхожденія, и внизъ; но, достигая большого объема, могутъ также значительно сдвинуть матку вверхъ. При этомъ появляются чувство напиранія и боль въ крестцѣ. Вслѣдствіе давленія на пузырь и потягиванія его вверхъ, появляется частый позывъ къ мочеиспусканію, а вслѣдствіе прижатія шейки пузыря или мочеиспускательнаго канала можетъ наступить задержаніе мочи. Выдѣленіе кала тоже можетъ быть механически затруднено, особенно когда опухоль плотно сидитъ въ дуглассовомъ пространствѣ. Далѣе, припадки давленія, вызываемые опухолью, сказываются со стороны нервовъ болями и, по временамъ, параличемъ нижнихъ конечностей, а со стороны венъ — отеками. Частью по этой причинѣ, частью же вслѣдствіе раздраженія брюшины, производимаго опухолью, дѣло можетъ дойти до образованія брюшной водянки.

Это раздраженіе весьма часто вызываетъ мѣстные перитониты, ведущіе къ сращеніямъ опухоли съ сосѣдними органами. Смотра по мѣсту, на которомъ опухоль закрѣпляется сращеніями, можетъ произойти либо облегченіе припадковъ, либо ухудшеніе ихъ (когда опухоль сидитъ неподвижно въ дуглассовомъ пространствѣ). Мало того, если опухоль, закрѣпленная въ послѣднемъ мѣстѣ, продолжаетъ увеличиваться въ объемѣ, то могутъ появиться припадки настоящаго заземленія.

Въ видѣ осложненія, часто существуетъ хроническій метритъ, обусловливаемый давленіемъ опухоли и еще болѣе усложняющій картину болѣзни.

Безплодіе, являющееся въ этихъ случаяхъ, составляетъ послѣдствіе отчасти хроническаго метрита и механическаго суженія полости матки опухолью, отчасти запусьтнія фаллопиевыхъ трубъ, вслѣдствіе мѣстныхъ воспаленій брюшины.

Весьма часто припадки ожесточаются во время мѣсячныхъ очищеній, вслѣдствіе набуханія матки и опухоли. *Гарди* ¹⁾ указываетъ на то, что во время регулъ иногда внезапно происходитъ задержаніе мочи.

Подсывороточные фиброиды обыкновенно отдѣляются отъ своего ложа такъ, что между ними и паренхимой матки нѣтъ непосредственной связи. При этомъ они вполне или почти вполне останавливаются въ своемъ ростѣ, легко подвергаясь обратнымъ превращеніямъ.

Сходную съ этимъ картину представляютъ фиброзно-кистозидныя опухоли, которыя, однакоже, по своему быстрому и безостановочному

¹⁾ Edinburgh med. J., январь 1874, стр. 581.

росту, равно какъ по содержанію нѣкотораго, по крайней мѣрѣ, количества жидкости, болѣе напоминають собою кистомы личниковъ.

Подслизистые фиброиды, производя растяженіе самой матки, уже очень рано вызываютъ припадки. Вслѣдствіе растяженія, претерпѣваемаго, по мѣрѣ роста опухоли, покрывающей ее и выпяченной слизистой оболочкой, появляются бѣли и кровотечения. Послѣдніе происходятъ исключительно изъ слизистой оболочки и потому имѣютъ мѣсто даже въ томъ случаѣ, когда самъ фиброидъ очень бѣденъ сосудами. Они идутъ изъ крупныхъ тонкостѣнныхъ венъ, пронизывающихъ механически растянутую слизистую оболочку. Отчасти они являются въ видѣ усиленныхъ мѣсячныхъ кровей, отчасти независимо отъ регуль. Они бывають иногда до того сильны, что производятъ крайнюю степень малокровія. Въ отдѣльныхъ случаяхъ кровотечения происходятъ почти безостановочно. Въ промежуткахъ же между кровотечениями показывается серозная течь, обусловливаемая раздраженіемъ растинутой слизистой оболочки.

Причины этихъ кровотеченій подробно разобраны Дѣнканомъ¹⁾. Онъ совершенно вѣрно замѣчаетъ, что опухоль уже сама по себѣ есть раздраженіе, производящее усиленный приливъ крови и которое въ то же время, подобно другимъ опухолямъ, должно вызвать застой крови. Сверхъ того, вслѣдствіе растяженія полости матки, увеличивается менструирующая, кровоточащая поверхность; кромѣ того, сокращенія, вызываемая опухолью, тоже могутъ имѣть своимъ послѣдствіемъ кровотечения, вслѣдствіе постоянного подергиванія слизистой оболочки. Далѣе, частное переполненіе крови вслѣдствіе застоя можетъ произойти въ томъ случаѣ, когда верхушка фиброида попадаетъ въ раскрывающійся внутренней или наружной маточный звѣзъ, такъ какъ эта верхушка не испытываетъ болѣе того равномернаго давленія со стороны маточныхъ стѣнокъ, которому подвержена остальная часть опухоли.

Какъ ни важны, однакоже, эти моменты, главнал роль все-таки принадлежитъ производимому опухолью растяженію слизистой оболочки, въ силу котораго вены расширяются, дѣлаются тоньше и легче подвергаются разрыву.

Подслизистые фиброиды очень легко могутъ вести за собою дисменорею, которая, въ счастью, только въ рѣдкихъ случаяхъ достигаетъ значительной степени. Причина ея заключается въ томъ, что, служившая полость матки, опухоль затрудняетъ свободное выдѣленіе мѣсячныхъ кровей.

Той же причиной объясняется и безплодіе, и только въ крайне рѣдкихъ случаяхъ происходитъ зачатіе.

При болѣе значительномъ объемѣ, подслизистые фиброиды сопровождаются тѣми же припадками, какъ и подсывороточныя опухоли, такъ какъ то обстоятельство, что въ этомъ случаѣ опухолью таза является сама увеличенная матка, не составляетъ существенной разницы.

Форма матки подвергается значительнымъ измѣненіямъ. Вслѣдствіе довольно равномернаго растяженія ея полости и одновременной гипертрофій стѣнокъ, она получаетъ совершенно круглую форму. Въ большинствѣ случаевъ подслизистые фиброиды уже очень рано производятъ такое

¹⁾ Edinb. med. Journ., янв. и февр. 1867, стр. 630.

полное изглаживаніе шейки, что, не смотря на то, что наружный зѣвъ закрыть, шейка и тѣло образуютъ одну общую полость (фиг. 88).

Въ климактерическомъ періодѣ припадки становятся менѣе значительными и могутъ даже совершенно исчезнуть, регулы же часто продолжаются и послѣ 50-лѣтняго возраста.

Интерстиціальныя фиброиды напоминаютъ своимъ дѣйствіемъ то болѣе подсывороточныя, то болѣе подслизистыя опухоли. Самыя мелкія изъ нихъ производятъ перегибъ матки впередъ, если помѣщаются въ передней стѣнкѣ, и наоборотъ. Если же онѣ увеличиваются въ объемѣ, то фиброидъ, развивающійся, напримѣръ, въ передней стѣнкѣ, производитъ перегибъ матки назадъ. Чѣмъ сильнѣе они вдаются въ полость матки, тѣмъ скорѣе они ведутъ за собою бленоррею и кровотеченія; и та и другія бывають особенно сильны въ томъ случаѣ, когда нѣсколько опухолей развивается въ разныхъ мѣстахъ, производи сильное удлиненіе и искривленіе полости матки. Въ этихъ случаяхъ могутъ появиться также самыя жестокіе припадки дисменорреи. Частью по этой причинѣ, частью вслѣдствіе смѣщеній, суженій или закрытія fallopieвыхъ трубъ, описываемыя опухоли мѣшаютъ встрѣчѣ яйца съ сѣменемъ, слѣдствіемъ чего является безплодіе.

Изъ всѣхъ фиброидовъ матки сейчасъ описанныя отличаются наиболѣе быстрымъ ростомъ и могутъ достигнуть громаднхъ размѣровъ. При этомъ, въ силу своего объема и вѣса, они вызываютъ тѣ же явленія, какъ и предыдущія опухоли.

Если опухоль значительно вдается въ полость матки, то послѣдняя представляется увеличенной довольно равномерно. Весьма часто, однакоже, опухоль выдается также и наружу, и если ихъ много за-разъ, то придаютъ маткѣ самыя удивительныя формы, а полости ея самыя разнообразныя изгибы.

Фиброиды шейки вызываютъ не столько кровотеченія, сколько катарръ слизистой оболочки. Дисменоррея и безплодіе составляютъ обыкновенное явленіе, такъ какъ каналъ шейки закладывается опухолью.

Самый частый исходъ фиброидовъ—это остановка въ ростѣ. Весьма часто ростъ опухоли прекращается очень рано, особенно при подсывороточныхъ фиброидахъ. Подобнаго рода мелкіе, величиною не болѣе лѣсного орѣха, подбрюшинныя фиброиды составляютъ нерѣдкое явленіе при вскрытіяхъ и при гинекологическихъ изслѣдованіяхъ, производимыхъ по другой причинѣ (а также при изслѣдованіи беременныхъ).

Даже въ тѣхъ случаяхъ, когда фиброидъ продолжаетъ расти и сопровождается значительными страданіями, ростъ его обыкновенно бываетъ весьма медленный и, наконецъ, при наступленіи климактерическаго возраста, вовсе прекращается, или даже смѣняется обратнымъ развитіемъ. Безостановочный же ростъ опухоли, который могъ бы сдѣлаться опаснымъ для жизни больной и составляющій такое обыкновенное явленіе при кис-

томахъ личниковъ, встрѣчается при фибродахъ матки относительно рѣдко, если не считать кисто-фиброидовъ.

Не подлежитъ сомнѣнiю, что обратное развитiе и даже полное исчезновение опухоли дѣйствительно имѣетъ мѣсто. При этомъ, конечно, мы съ практической точки зрѣнiя, причисляемъ къ полному исчезновенiю все тѣ случаи, гдѣ, не смотря на самое тщательное двойное изслѣдованiе, нельзя открыть никакихъ признаковъ опухоли, хотя бы при анатомическомъ изслѣдованiи и оказались слѣды рубцовой соединительной ткани. Въ литературѣ извѣстенъ цѣлый рядъ случаевъ такого рода полного или почти полного исчезанiя фиброидовъ; и если относительно нѣкоторыхъ изъ нихъ диагнозы и можетъ казаться сомнительнымъ, то въ большинствѣ случаевъ точность наблюденiй не можетъ быть оспариваема.

Подобные случаи сообщаютъ *М. Кинтокъ* (Clin. Mem. on diseases of women. Dublin, 1863, стр. 141), *Дж. Кларкъ* (Transact. of a soc. f. the impr. of m. a. s. Knowl., 1812, т. III), *Рибай*, *Ашуэлъ* (Lancet, февр. 1854, четыре случая), *М. Дѣмканъ* (Edinburgh. med. J., январь 1867), *Плайфэръ* (London obst. Tr., т. X, стр. 102), *Брѣнтонъ* (l. c., т. XIII, стр. 232), *Киддъ* (Dublin J. of med. sc., т. 54, 1872, стр. 133), *Симмонсъ* (Diseases of women. Edinburgh, 1872, стр. 693), *Гудель* (Philadelphia med. times, 1 июня 1872, стр. 323, два случая), *Гэнио* (Bull. de Therap., 1872, стр. 254), *Деполь* (два случая), *Гертенъ*, *Велье* (l. c.), *Газо* (Bull. d. la soc. de chir., 1857, стр. 94), *Курти* (Traité prat. des mal. de l'utérus, 2 изд., стр. 953), *Вельно* (Schmidt's Jahrb., т. 151, стр. 296), *Пэнгъ* (Gaz. des hop., нояб. и дек. 1871), *Гильдебрандтъ* (Berl. klin. W., 1872, № 25), *Роутъ* (l. c., два случая), *Гольстъ* (Arch. f. Gyn., т. VI, стр. 512), *Штисльбергъ* (l. c., стр. 515), *Мидосъ* (Obst. J. of Gr. Britain., дек. 1874, стр. 563), *Г. Браунъ* (Wiener medic. W., 1868, № 100 и 101, исчезновение очень большого фиброида путемъ нагноенiя), *Буанъ* (Gaz. hebdom., 1873, № 18) тоже убѣжденъ въ вѣрности своего диагноза въ трехъ случаяхъ. *Сэдживикъ* (St. Thomas Hosp. Reports, 1870, случай 1), *Сканцони* (Lehrb. d. w. Sex., 4 изд., т. I, стр. 252), *Гассманнъ* (Würtemb. med. Corresp.-Bl., 1868, № 19), *Киддъ* (Dublin. J. of med. sc., т. 54, 1872, стр. 144) наблюдали исчезновение фиброидовъ послѣ родовъ. Мы тоже случались разъ во время родовъ, происшедшихъ на седьмомъ мѣсяцѣ при сильныхъ кровотеченiяхъ у женщины, рожавшей уже пятый разъ, ясно прощупать два умеренной величины интерстициальныхъ фиброидовъ (отпечатокъ одного изъ нихъ ясно можно было различить на плацентѣ въ томъ мѣстѣ ея, которое прилегало къ опухоли), отъ которыхъ чрезъ 7 недѣль нельзя было найти никакихъ слѣдовъ. *Меджесъ* (London Obst. Tr., XIV, стр. 227) наблюдалъ случай, гдѣ изъ 8 фиброидовъ чрезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ родовъ одни совершенно исчезли, другiе уменьшились въ объемѣ.

Вотъ 39 случаевъ, въ которыхъ исчезновение фиброидовъ доказано съ большой вѣроятностью. Если же мы спросимъ, при какихъ обстоятельствахъ и подъ влиянiемъ какихъ агентовъ произошло это всасыванiе опухоли, то отвѣтъ будетъ мало удовлетворителенъ. Такъ какъ фиброиды показываютъ въ общемъ строенiе ткани матки и такъ какъ послѣдняя подвергается въ послѣродовомъ періодѣ почти полному физиологическому всасыванiю, то а priori можно было бы подумать, что легче всего фиброиды всасываются послѣ родовъ. Но такое предположенiе не оправдывается фактами, такъ какъ изъ 36 перечисленныхъ выше случаевъ только въ 6 исчезновение опухоли имѣло мѣсто послѣ родовъ. Болѣе значи-

тельное вліяніе оказываетъ, повидимому, прекращеніе мѣсячныхъ очищеній, хотя между приведенными выше случаями было не мало молодыхъ женщинъ. Всего менѣе дѣйствуетъ леченіе. Правда, въ очень многихъ случаяхъ кое-что было сдѣлано и по части леченія, такъ какъ всѣ эти больныя были пользованы врачами. Но имѣли ли прописанныя лекарства какое нибудь вліяніе въ этомъ отношеніи,—это довольно сомнительно.

Какъ бы то ни было, описанныя наблюденія показываютъ, что даже очень крупныя фиброиды могутъ совершенно исчезнуть (легче всего послѣ прекращенія мѣсячныхъ очищеній), хотя такой исходъ сравнительно съ частымъ появленіемъ этихъ опухолей встрѣчается весьма рѣдко и хотя до сихъ поръ мы не знаемъ никакихъ средствъ, которыми можно было бы способствовать такому исходу.

Полное излеченіе (объ относительномъ излеченіи вслѣдствіе отложенія извести въ опухоли мы уже говорили выше) можетъ произойти еще и другимъ путемъ, а именно путемъ изверженія опухоли наружу.

Этотъ процессъ изверженія является или въ видѣ энуклеаціи (выслаиванія), то есть опухоль какъ бы вылучивается изъ ложа покрывающей ее слизистой оболочки; или же покровы опухоли подвергаются воспаленію и нагноенію, вслѣдствіе чего лишенная питанія и омертвѣвшая опухоль отваливается.

Процессъ произвольной энуклеаціи, разумѣется, менѣе опасенъ, чѣмъ послѣдній способъ изверженія опухоли. Чаше всего онъ встрѣчается при подслизистыхъ, а иногда и при интерстиціальнхъ фиброидахъ. На верхушкѣ опухоли, вдающейся въ маточный зѣвъ, слизистая оболочка даетъ трещину или разрушается и омертвѣваетъ вслѣдствіе давленія и, разъ въ ней образовалось отверстіе, постепенно сползаетъ съ опухоли, обнажая все большую и большую часть ея поверхности. Послѣ этого сокращенія матки окончательно выгоняютъ фиброидъ во влагалище и оттуда наружу.

Часто, однакоже, процессъ принимаетъ болѣе опасный характеръ, а именно вслѣдствіе того, что все ложе опухоли нагнаивается, лишенный питанія фиброидъ омертвѣваетъ. Этимъ путемъ тоже можетъ произойти изверженіе опухоли и полное излеченіе, но въ другихъ случаяхъ дѣло оканчивается смертью вслѣдствіе перитонита и піеміи.

Случаи изверженія неизмѣненныхъ или загнившихъ фиброидовъ, дѣякомъ или по частямъ, наблюдали *Цино* (Bull. de la soc. anat., 1828), *Маршалъ-де-Камви* (Annale de la chir. franc. et étr., 1843, II, стр. 385), *Бартъ* (Bull. de la soc. anat. 1850, стр. 82), *Вилломъ* (Archives gén., XXIV, стр. 249), *Берноттъ* (Gaz. hebd. 1866, стр. 763), *Деполь* (Soc. de chir., 27 мая 1868), *М. Клинтонъ* (I. c., случай I, II, III, IV, VI, VII), *Бэкеръ-Броунъ* (London Obst. Tr., т. I, стр. 330), *Седжовикъ* (St-Thômas Hosp. Rep., 1870, случай II), *Гарди* (Med. Times, 6 июля 1872), *Уайтфордъ* (Glasgow med. J., май 1872), *Цимссенъ* (Virchow's Arch., 1859, т. 17, стр. 340), *Лумне* (Zeitschr. d. Ges. d. Wiener, Aerzte, 1860, № 29, нагноеніе послѣ отхожденія известковыхъ камней), *Кіари* (Klin. d. Geb. u. Gyn., стр. 402 и 403), *Фрейдъ* (Bresl. Klin. Beitr., вып. 3, стр. 143 и 147), *Бюхенмейстеръ* (Oesterr. Z. f. pr. Heilk., 1869, № 31), *Ролофъ* (D. i. Greifswald, 1873), *Зексингеръ* (I. c., стр. 111), *Кристаллеръ* (Berl. klin. W., 1872, № 35), *Шнейдеръ* (Corresp.-Bl. Schweiz. Aerzte, 1862, № 16), *Джиканъ* (Med. Times, 6

юля 1872), *Кауфманъ, Руне, Мартинъ* (Berl. V. z. Geb. u. Gyn., т. III, стр. 72), *Плайфэръ* (Obst. J. of Gr. Brit., июль 1874, стр. 152), *Фредэ* (Annales de la soc. de méd. d. St. Etienne, 1865, стр. 205, опухоль, принятая акушеркой за головку плода, а врачомъ за ягодицы, была извлечена щипцами изъ влагалища).

Въ исключительныхъ случаяхъ фиброидъ можетъ вскрыться въ соедѣнныя органы, производя своимъ давленіемъ разрушеніе или омертвѣніе ихъ стѣнокъ. Окончательное прободеніе, какъ полагаетъ *Лариэ*¹⁾, происходитъ часто подъ вліяніемъ сокращеній матки.

Прободеніе можетъ послѣдовать въ брюшную полость со смертельнымъ исходомъ, какъ показываютъ слѣдующіе случаи: *Віардэнг-Фуркадъ-Кровелье* (Bull. de la soc. anat. de Paris, 1834, т. IX, стр. 43), *Мальейра-Лажемара* (l. c., 1836), *Бэлларда* (Province med. a. surg. J., июль 1849), *Р. Ли* (Med.-chir. Tr. London, 1855, IX, 94), *Мезоннѣва* (Mém. de la soc. de chir., 1851, стр. 267), *Гюлье* (l. c., 1857, VIII, стр. 92), *Жарокавэ* (см. *Гюлье*, Des tum. fibr. de l'utérus. Paris, 1860, стр. 65), *Лариэ* (l. c., стр. 548), *Геккерера* (Klin. Geb., II, стр. 133), *Демаркэ* (Soc. d. chir. de Paris, 22 июня 1859, прободеніе передней и задней стѣнки матки. Спереди склеиваніе и прободеніе въ пузырь, сзади прободеніе въ дугласово пространство со смертельнымъ перитонитомъ).

Къ случаю *Демаркэ* съ прободеніемъ въ пузырь примыкають случаи *Лисфранка* (см. *С. Ли*, l. c., стр. 67) и *Флеммита* (см. *М. Елиптока*, l. c., стр. 27). „Омѣлоторенный фиброидъ передней стѣнки матки проникъ, вслѣдствіе изъязвленія, въ пузырь, вызвавъ жесточайшіе припадки, свойственные камнямъ пузыря“.

Воспаленная опухоль можетъ прорваться и чрезъ переднюю стѣнку живота. Такъ, *Луаръ* (Mém. de la soc. de chir. de Paris, 1851, т. 2) наблюдалъ выходженіе омертвѣлаго полипа чрезъ переднюю стѣнку матки и бѣлую ланю наружу. *Дюмениль*, Gaz. des hôp. (1869, № 6) видѣлъ оригинальный случай грибовиднаго разращенія опухоли, прорвавшейся чрезъ переднюю брюшную стѣнку наружу. Опухоль отвалилась сама собою, рана закрылась и больная выздоровѣла, при чемъ подъ рубцомъ оставалась величиною въ кулакъ опухоль.

Распознаваніе.

Подсывороточные фиброиды не легко остаются незамѣченными при тщательномъ изслѣдованіи, съ помощью котораго удастся прощупать самую опухоль, сидящую на маткѣ широкимъ основаніемъ или на болѣе или менѣе узкой ножкѣ.

Очень мелкія опухоли, величиною не болѣе грецкаго орѣха, если только ихъ можно прощупать, не легко могутъ быть смѣшаны съ другими новообразованіями.

Если фиброидъ достигаетъ приблизительно величины нормальной матки и отходитъ широкимъ основаніемъ изъ области внутренняго маточнаго зѣва, то, помѣщаясь на передней или задней стѣнкѣ, можетъ быть принятъ при простомъ изслѣдованіи чрезъ влагалище за перегнутую впередъ или назадъ матку. Но съ помощью тщательнаго двойнаго изслѣдованія матку всегда находятъ въ этихъ случаяхъ на ея обыкновенномъ мѣстѣ, или лишь слегка смѣщенной. Не смотря, однакоже, на это, можетъ возникнуть вопросъ — которая изъ двухъ опухолей есть матка. Обыкновенно вопросъ этотъ рѣшается на основаніи нѣсколькой иной формы

¹⁾ Arch. génér., 1867, 2, стр. 545 и 697.

фиброида и различія въ его консистенціи сравнительно съ маткой: фиброидъ обыкновенно бываетъ тверже, матка мягче. Въ сомнительныхъ же случаяхъ дѣло рѣшается зондомъ.

Если фиброидъ еще болѣе увеличивается въ объемѣ, то онъ можетъ быть смѣшанъ со множествомъ другихъ состояній, особенно когда онъ, къ тому же, закрѣпленъ сращениями въ дуглассовомъ пространствѣ. Въ этихъ случаяхъ онъ представляетъ большое сходство съ внутрибрюшными экссудатами и съ заматочною кровяною опухолью. Но послѣдняго рода опухоли имѣютъ всегда неправильную форму, менѣе закруглены и тянутся сплошнымъ и твердымъ слоемъ по стѣнкѣ таза. Правда, точно такія же отношенія представляетъ и фиброидъ, выдѣренный въ экссудатѣ, такъ что отличить его отъ стараго оплотнѣвшаго выпота—невозможно. Но за-то свѣжіе выпоты, равно какъ кровяныя опухоли и отличаются большей мягкостью или, по крайней мѣрѣ, большей эластичностью, и, кромѣ того, представляютъ нѣкоторыя характеристическія особенности въ своемъ анамнезѣ и теченіи.

Точно такимъ же образомъ, какъ фиброидъ, въ дуглассовомъ пространствѣ можетъ быть закрѣплена опухоль яичника. Такъ какъ это почти всегда кистовыя опухоли, то консистенція ихъ нѣсколько мягче, хотя, съ другой стороны, эта мягкость можетъ быть замаскирована экссудатомъ, а въ исключительныхъ случаяхъ и фиброидъ представляется довольно мягкимъ на оцупь. Поэтому, если во что бы то ни стало нужно сдѣлать дифференціальныи діагнозъ, то можно прибѣгнуть къ пробному проколу съ помощью тонкаго троакара или, еще лучше, аспиратора.

Опухоли яичниковъ могутъ быть смѣшиваемы съ фиброидами не только при описанныхъ выше условіяхъ, но и въ томъ случаѣ, когда дѣло идетъ объ очень крупныхъ опухоляхъ. Конечно, вообще говоря, опухоли яичниковъ не особенно тѣсно бываютъ связаны съ маткой, но въ исключительныхъ случаяхъ онѣ могутъ быть связаны съ нею весьма бѣзпко посредствомъ воспалительныхъ сращеній. Далѣе, хотя кисты яичниковъ могутъ быть узнаны по своей эластичности и зыбленію, но мы можемъ случайно имѣть предъ собою твердыя опухоли яичниковъ, а съ другой стороны, сами фиброиды могутъ сдѣлаться мягкими вслѣдствіе отека, жирового размягченія и въ особенности образованія кистъ. По этой причинѣ различеніе твердой кистой опухоли, прикрѣпленной къ маткѣ, отъ подсывороточнаго фиброида, сидящаго на узкой ножкѣ, или отъ крупнаго фиброкистоида можетъ сдѣлаться невозможнымъ, при чемъ даже на трупѣ иногда трудно бываетъ опредѣлить исходную точку опухоли. Мы еще вернемся къ этому предмету при діагнозѣ кистой яичника. Здѣсь же замѣтимъ только, что пробный проколь кистофиброида, хотя бы тонкимъ троакаромъ, сопряженъ съ опасностью нагноенія и ихорознаго распаденія мѣшка, вѣроятно, вслѣдствіе того, что стѣнки кисты не могутъ снадаться.

Очень маленькіе интерстиціальныя фиброиды распознаются безъ труда. Существованіе ихъ нужно признать въ томъ случаѣ, когда матка

представляется утолщенной и когда съ помощью ощупыванія или зонда можно доказать, что это утолщеніе исключительно мѣстное, обнимающее только одну стѣнку, тогда какъ другая стѣнка тонка и вяла, ибо подобныя различія встрѣчаются только при существованіи опухоли въ одной изъ стѣнокъ. Въ иныхъ случаяхъ плотность фиброида до такой степени рѣзко выдѣляется сравнительно съ вялостью маточныхъ стѣнокъ, что даже очень маленькіе интерстиціальныя фиброиды легко могутъ быть узнаны.

При большемъ же объемѣ этихъ опухолей, матка принимаетъ очень неправильную форму. Если удастся доказать, а доказать это не трудно, что данная опухоль есть именно сама увеличенная матка, то существующую рядомъ съ нею плотную, неровную опухоль не легко принять за что-либо другое. Но если интерстиціальнй фиброидъ очень великъ, а въ особенности если шейка матки смѣщена далеко назадъ и вверхъ, то очень трудно рѣшить, есть-ли это увеличеніе матки или послѣдняя лежитъ позади крушной опухоли; однакоже, при существованіи фиброида, обыкновенно удается, съ помощью зонда, доказать значительное удлиненіе и искривленіе полости матки. Но, съ другой стороны, матка можетъ быть вытянута въ длину при большихъ кистамахъ яичника, которые всего легче смѣшиваются съ фиброидами. Поэтому, въ сомнительныхъ случаяхъ, когда притомъ смѣщенное назадъ и вверхъ тѣло матки не можетъ быть прощупано при обыкновенномъ способѣ изслѣдованія, прибѣгаютъ къ изслѣдованію чрезъ прямую кишку, по способу *Симона*, половиной или всей рукой, чѣмъ вопросъ часто рѣшается сразу.

Въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда интерстиціальнй фиброидъ вовсе не измѣняетъ формы матки, или измѣняетъ ее не на столько, чтобы ее можно было узнать при двойномъ изслѣдованіи, дифференціальное распознаваніе отъ другихъ состояній, производящихъ равномерное утолщеніе матки, можетъ представлять большія трудности. Помимо гематометры и гидрометры, о которыхъ мы будемъ говорить при діагнозѣ подслизистыхъ фиброидовъ, такъ какъ съ ними-то онѣ смѣшиваются чаще всего, здѣсь на первомъ планѣ должны быть поставлены хроническій метритъ и беременность. При хроническомъ метритѣ, матка бываетъ утолщена и притомъ чувствительна, тогда какъ при фиброидахъ она закруглена и нечувствительна къ давленію, если только нѣтъ воспалительныхъ осложнений. Важнымъ подспорьемъ можетъ служить также изслѣдованіе зондомъ, который при метритѣ легко проникаетъ въ полость матки, при фиброидѣ же проходить съ трудомъ и сбоку.

Отъ нормальной беременности, даже въ первой половинѣ, фиброидъ легко отличается по анамнезу, консистенціи опухоли и измѣненіямъ влагалищной части, которая при беременности мягка и разрыхлена, а при фиброидахъ тверда. Очень значительныя затрудненія возникаютъ при беременности мертвымъ плодомъ и перерожденнымъ яйцомъ. Въ этихъ случаяхъ зондъ тоже съ трудомъ проникаетъ за внутренній зѣвъ, про-

бираясь вверх лишь сбоку, между яйцомъ и стѣнкой матки; кромѣ того, матка можетъ быть очень тверда, хотя обыкновенно она мягче и сплющена спереди назадъ, а анамнезъ не даетъ никакихъ опредѣленныхъ результатовъ. Въ одномъ изъ такихъ случаевъ, гдѣ анамнезъ положительно указывалъ на задержаніе яйца (*retentio ovi*), я не нашель иного средства, какъ расширить шейку прессованной губкой, такъ что я могъ непосредственно прощупать выпиравшій лѣвую стѣнку фиброидъ (фиг. 90).

Маточный шумъ не имѣетъ большого значенія для дифференціальной діагностики, такъ какъ онъ не составляетъ особенной рѣдкости и при фиброидахъ (при опухоляхъ же яичниковъ онъ встрѣчается только въ исключительныхъ случаяхъ).

Подслизистые фиброиды, сидящіе на широкомъ основаніи, примыкаютъ въ діагностическомъ отношеніи къ интерстиціальнымъ съ равномернымъ увеличеніемъ матки и потому легко могутъ быть смѣшаны съ хроническимъ метритомъ и беременностью. Но за то они представляютъ одинъ существенный признакъ, чуждый послѣднимъ двумъ состояніямъ, а именно тотъ, что при нихъ шейка рано изглаживается, такъ что тотчасъ же за наружнымъ зѣвомъ можно нащупать опухоль. Указанныя выше отличительныя особенности тоже сохраняютъ здѣсь свою силу. Легче всего можно было бы смѣшать подслизистые фиброиды съ атрезіей наружнаго зѣва и послѣдовательной гематометрой, такъ какъ и здѣсь каналъ шейки изглаживается. Но обыкновенно ихъ можно отличить по анамнезу и съ помощью зонда, да къ тому же напряженіе и эластичность маточныхъ стѣнокъ, свойственныя гематометрѣ, бываютъ значительны только при злокачественныхъ опухоляхъ матки, но не при фиброидахъ.

Впрочемъ, при этихъ подслизистыхъ фиброидахъ, шейка весьма часто бываетъ доступна для пальца или, по крайней мѣрѣ, во время регулъ раскрывается на столько, что можно непосредственно прощупать опухоль. Последнее обстоятельство весьма важно въ діагностическомъ отношеніи, и потому во всѣхъ подобныхъ случаяхъ слѣдовало бы производить изслѣдованіе во время мѣсячныхъ очищеній.

Фиброиды шейки обыкновенно узнаются легко, такъ какъ растяженіе одной губы круглой, твердой опухолью на столько характеристично, что трудно ошибиться въ значеніи болѣзни.

Предсказаніе.

Хотя, къ счастью, за исключеніемъ вистифиброидовъ, описываемыя опухоли рѣдко достигаютъ такой величины, въ силу которой онѣ могли бы составлять непосредственную опасность для жизни, но, во всякомъ случаѣ, такіа опухоли встрѣчаются по временамъ, а иногда причиняютъ смерть другимъ путемъ, а именно вслѣдствіе кровоточеній, нагноенія

или ихорознаго распада. Въ большинствѣ же случаевъ, такъ какъ радикальное излеченіе ихъ возможно весьма рѣдко, онѣ представляютъ собою болѣзнь, если не прямо угрожающую жизни, то неизлечимую, въ высшей степени мучительную и подчасъ до нельзя истощающую силы больныхъ. Относительное исцѣленіе, т. е. остановка въ ростѣ или умѣренное спаденіе опухоли, можетъ произойти само собою путемъ уплотненія и отложенія извести, а полное излеченіе — путемъ всасыванія или изверженія опухоли наружу.

Леченіе.

О рациональномъ профилактическомъ леченіи фиброидовъ матки не можетъ быть и рѣчи, такъ какъ намъ совершенно неизвѣстны причины, обуславливающія развитіе этихъ опухолей.

Разъ въ маткѣ существуетъ міома, то прежде всего нужно поставить себѣ вопросъ, слѣдуетъ ли довольствоваться леченіемъ наиболее тягостныхъ przypadковъ или стремиться къ полному удаленію опухоли.

Для правильнаго рѣшенія этого вопроса, мы разсмотримъ сначала, на сколько вообще возможно радикальное излеченіе и какими способами оно достигается.

Хотя многіе и несогласны съ этимъ, тѣмъ не менѣе можно считать несомнѣннымъ, что фиброзныя опухоли могутъ исчезнуть сами собою и что, слѣдовательно, позволительно добиваться этого и помощью леченія (см. стр. 206). Но вмѣстѣ съ тѣмъ всѣ единогласно признаютъ, что вліяніе леченія здѣсь весьма гадательное¹⁾. Чаше всего съ этой цѣлью употребляются іодъ, іодистый калий, бромистый калий, а англичанами еще хлористая известь (въ надеждѣ достигнуть атероматознаго перерожденія сосудовъ) и спорынья. *Genio*²⁾ рекомендуетъ мышьякъ и фосфоръ, съ цѣлью вызвать жировое перерожденіе. Хотя и нельзя прямо отрицать вліяніе леченія въ нѣкоторыхъ изъ перечисленныхъ выше случаевъ (напомню главнымъ образомъ случай *Гильдебрандта*) и хотя не трудно дать рациональное объясненіе этому вліянію, тѣмъ не менѣе нельзя не замѣтить, что всѣ предложенныя средства обыкновенно не приносятъ ни малѣйшей пользы и что у насъ нѣтъ никакихъ внутреннихъ средствъ, отъ которыхъ можно было бы ожидать хоть сколько нибудь вѣрнаго успѣха.

Во всякомъ случаѣ, въ виду результатовъ³⁾, полученныхъ *Гильдебрандтомъ* съ подкожными впрыскиваніями эрготина, средство это заслуживаетъ дальнѣйшаго испытанія. Вмѣсто лангенбековскаго спиртнаго раствора (extr. sec. corn. aquos. 2,5 [ʒij], spir. dil., glycer. ana 7,5 [ʒij]),

¹⁾ См. приведенные въ Brit. med. J., 1871, стр. 536, мнѣнія многихъ извѣстнѣйшихъ англійскихъ гинекологовъ.

²⁾ Medical Times, 23 марта 1872.

³⁾ Berl. klin. W., 1872, № 25, и Berl. V. z. Geb. u. Gyn., т. III, стр. 263.

Гильдебрандт впрыскиваетъ слѣдующій растворъ: extr. sec. corn. aquos. 3,0 [Эijβ], glycer., aq. destil. ana 7,5 [Эij], или безъ глицерина: extr. sec. corn. aquos. 3,0 [Эijβ], aq. dest. 15,0 [Эβ]. Онъ находитъ, что эти впрыскивания, если проникнуть ими довольно глубоко въ подкожную клетчатку, имѣютъ нѣсколько менѣе непріятныя мѣстныя послѣдствія. Впрочемъ, можно брать также простой водный растворъ, ana 5,0 [Эjv], или extr. sec. corn. aquos. 5,0 [Эjv] и aq. dest. 10,0 [Эijβ] и впрыснуть 1/4 или 1/2 шприцовки. *Свидерскій*¹⁾ рекомендуетъ слѣдующіе 4 раствора:

	1.	2.	3.	4.
Extr. secal. corn. aqu.	2,5 [Эij]	2,0 [Эβ]	2,5 [Эij]	1,0 [gr.xvj]
Spirit. vini rectific.	7,5 [Эij]	5,0 [Эiv]	2,5 [Эij]	1,5 [Эj]
Glycerini	7,5 [Эij]	10,0 [Эijβ]	12,5 [Эij]	3,0 [Эijβ]
Aqu. destill.				4,4 [Эijβ]

Впрыскивания эрготина имѣютъ ту непріятную сторону, что очень болезненны и причиняютъ долго остающіяся затвердѣнія въ кожѣ и даже гноевики. Въ этомъ отношеніи не столь сильно дѣйствуетъ, по *Вернигу*, extr. sec. corn. германской фармакопеи, особенно въ чистомъ 10-процентномъ растворѣ. *Вернигъ*²⁾ добылъ болѣе чистый и очень дѣйствительный препаратъ, не причиняющій почти никакой боли и быстро всасывающійся. Онъ приготовляетъ его слѣдующимъ образомъ: очищенный отъ жировъ и растворимыхъ въ спиртѣ веществъ порошокъ спорыньи извлекаютъ водою и затѣмъ пропускаютъ его чрезъ пергаментную бумагу для удаленія слизистыхъ и другихъ примѣсей. Но этотъ способъ приготовленія хлопотливъ, отнимаетъ много времени и потому обходится не дешево. Чрезъ 2—3 часа послѣ впрыскиванія этого препарата, наступаютъ очень сильныя боли, которыя зависятъ, однакоже, отъ сокращеній матки и потому служатъ самымъ вѣрнымъ признакомъ того, что препаратъ оказалъ свое дѣйствіе.

Хотя самостоятельное исчезновеніе фиброида послѣ впрыскиваній едва ли доказано, тѣмъ не менѣе послѣдніе составляютъ значительный шагъ впередъ въ терапевтическомъ отношеніи, такъ какъ со многихъ сторонъ получаютъ свидѣтельства³⁾ о благопріятномъ вліяніи ихъ на припадки и на уменьшеніе опухолей. Поэтому они заслуживаютъ примѣненія во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда способная къ жизни опухоль, сидящая подъ слизистой оболочкой или въ промежуточной ткани, еще можетъ быть сдавлена сокращающеюся паренхимой матки.

Было испробовано также и электричество, съ цѣлью вызвать всасываніе фиброидовъ.

¹⁾ Berl. klin. W., 1870, № 50 и 51.

²⁾ Berl. klin. W., 1874, № 13, и Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn., т. III, вып. 1, стр. 71.

³⁾ *Бетельсдорфъ*, Berl. klin. W., 1874, № 2; *Битцингъ* и *Амгертъ*, Amer. J. of med. sc., июль 1873, стр. 131 и 138; *Гудель*, Rep. on the progress of Obst. a. Gyn., 1873, стр. 24; *Хробакъ*, Arch. f. Gyn., т. VII, стр. 293; *Фелингъ*, l. c., стр. 334; *Дэнъ*, Amer. J. of Obst., т. VII, стр. 265, и въ Philadelphia Obst. Soc.

Но гораздо вѣрнѣе, чѣмъ всѣми этими средствами, радикальное излеченіе достигается въ подходящихъ для этого случаяхъ оперативнымъ удаленіемъ опухоли, которое, правда, не лишено значительной опасности.

Удаленіе фиброидовъ можетъ быть произведено двумя путями: со стороны влагалища и шейки и чрезъ брюшныя покровы послѣ лапаротоміи. Первымъ путемъ удаляются подслизистыя фиброиды, вторымъ подбрюшинныя; что же касается интерстиціальныхъ опухолей, то ихъ либо вылуциваютъ изнутри изъ ложа и затѣмъ удаляютъ чрезъ влагалище, либо дѣлаютъ лапаротомію и ампутируютъ всю матку, вмѣстѣ съ новообразованіемъ.

Удаленіе фиброидовъ со стороны влагалища.

Амюсса, Мém. sur l'anat. pathol. des tumeurs fibr. и т. д. 1842. — *Атти*, Amer. J. of med. sc., апр. 1845 и окт. 1856. — *Гетчинсонъ*, Med. Times, июль и авг. 1857. — *Латенбергъ*, Deutsche Klinik, 1859, № 1. — *М. Дѣжанъ*, Edinburgh med. J., янв. и февр. 1867. — *Гуссероузъ*, Mon. f. Geb., т. 32, стр. 83. — *М. Оймсъ*, Gebärmutterchirurgie, стр. 80 и сл. — *Томасъ*, Amer. J. of Obst., V, стр. 104 и 474. — *Мидовсъ*, Amer. J. of Obst., V, стр. 241, и Obst. J. of Great Britain, I, стр. 34. — *Симсъ*, New-York med. J., апр. 1874. — *Меншель*, Prager Vierteljahrschr., 1874, т. 2, стр. 29. — *Браунъ*, Wiener med. Woch., 1874, № 39—41. — *Геизаръ и Кальтенбахъ*, Die operative Gyn. Erlangen, 1874, стр. 244. — *Мартинъ*, Verh. d. Breslauer Naturf.-Vers., 1874.

Вылуциваніе со стороны влагалища, предложенное *Вельто* и въ первый разъ произведенное *Амюсса* въ 1840 г., вообще возможно только при подслизистыхъ фиброидахъ и развѣ въ исключительныхъ случаяхъ при интерстиціальныхъ.

Операція состоитъ изъ нѣсколькихъ актовъ. Прежде всего нужно, по возможности, расширить маточный зѣвъ. Если шейка изглажена, то расширеніе лучше всего производить кровавымъ путемъ; если же шейка сохранилась, то ее расширяютъ съ помощью прессованной губки, такъ какъ большіе разрѣзы сквозь всю длину шейки до внутренняго зѣва положительно опасны. Добравшись до опухоли чрезъ шейку однимъ или нѣсколькими пальцами, дѣлаютъ продольный или крестообразный разрѣзъ въ слизистой оболочкѣ опухоли и отслаиваютъ ее пальцемъ на значительномъ протяженіи. Послѣ этого обнаженную отъ слизистой оболочки часть опухоли захватываютъ крѣпко крючковатыми щипцами, стараясь стянуть ее сильно внизъ, въ то время какъ другой палецъ продолжаетъ выслаивать опухоль изъ ея ложа. Когда опухоль на столько спустится внизъ, что показывается чрезъ расширенный маточный зѣвъ, то оставшіяся еще сращенія разрушаютъ пальцемъ, рукояткой скальпеля, изогнутыми ножницами или ножомъ.

Значительныя затрудненія являются въ томъ случаѣ, когда громадныхъ размѣровъ подслизистый фиброидъ, спустившійся чрезъ маточный зѣвъ во влагалище, защемляется въ маломъ тазу. Въ подобныхъ случа-

яхъ ничего болѣе не остается, какъ стараться удалить, по возможности, большой кусокъ опухоли, посредствомъ экразёра, гальванокаустической петли или ножомъ и ножницами. Если эта, во всякомъ случаѣ, очень опасная, операція хорошо переносится, то поверхность разрѣза сморщивается и опухоль можетъ претерпѣть обратное развитіе ¹⁾).

Гораздо большія опасности представляетъ выслаиваніе интерстиціаль-ныхъ фиброидовъ, такъ какъ до этихъ опухолей труднѣе добраться и такъ какъ невозможно съ точностью опредѣлить, на сколько близко и на какомъ протяженіи опухоль примыкаетъ къ брюшинѣ. Поэтому, операцію слѣдуетъ производить только при благоприятныхъ условіяхъ, т. е. при изглаженной шейкѣ и открытомъ или, по меньшей мѣрѣ, окруженномъ истонченными краями наружномъ зѣвѣ, когда опухоль не вдаётся снаружи въ брюшную полость и сопровождается явлениями, прямо угрожающими жизни больной. Лучше всего, по примѣру *Дейкана*, производить выслаиваніе отдѣльными актами, такъ сказать, только возбуждая и поддерживая стремленія природы извергнуть опухоль. Сначала надрѣзываютъ маточный зѣвъ, затѣмъ, нѣсколько времени спустя, расщепляютъ сумку опухоли и по возможности стягиваютъ ее съ послѣдней. Послѣ этого, посредствомъ внутреннихъ пріемовъ спорынья и попытками къ извлеченію, поддерживаютъ стремленія природы къ немедленному удаленію разрыхленной такимъ образомъ опухоли. Но если, вслѣдствіе отслойки слизистой оболочки, развивается омертвѣніе опухоли, то необходимо удалить ее сразу же.

Никогда не слѣдуетъ забывать, что эта операція сопряжена съ большими опасностями, такъ что *Томасъ*, рѣшительный приверженецъ ея, считаетъ эту операцію болѣе опасной, чѣмъ овариотомію; вѣрно то, что она труднѣе послѣдней. Выполнима она, по его мнѣнію, только тамъ, гдѣ каналъ шейки растянута и гдѣ либо матка на столько можетъ быть станута внизъ, что маточный зѣвъ стоитъ во влагалищномъ входѣ, либо влагалище пропускаетъ всю руку, другими словами, только у рожавшихъ женщинъ. Оперируемая нерѣдко умираютъ отъ піеміи или септицеміи ²⁾). Иногда приходится остановить уже начатую операцію, такъ какъ невозможно отдѣлить опухоль отъ матки; это, конечно, весьма опасная случайность, если и не безусловно смертельная.

Если вылущенные фиброиды очень велики, то не мало труда стоитъ удалить ихъ изъ влагалища. Хорошія услуги оказываютъ въ этихъ случаяхъ акушерскіе щипцы, которые накладываются на фиброидъ, какъ на

¹⁾ *Шницельбергъ*, Arch. f. Gyn., V, стр. 100, и *П. Мюллеръ*, тамъ же, VI, стр. 125.

²⁾ *Гетаръ*, Virchow's Arch., т. 48, стр. 332. *Бруунъ*, Philadelphia med. a. surg. Rep., 1871, № 25. *Эмметъ*, Amer. J. of Obst., IV, стр. 725. Въ послѣднемъ случаѣ опухоль давилась и въ брюшную полость и вскрытіе показало, что отъ удаленія ея въ стѣнкѣ образовалась дыра, затянута только брюшиной.

стоящую въ маломъ тазу дѣтскую головку. Часто бываютъ необходимы боковые надрѣзы влагалищнаго входа, совершенно какъ при родахъ.

Легче всего выслаиваются фиброиды шейки, такъ какъ они болѣе доступны.

Въ рѣдкихъ случаяхъ радикальное излеченіе достигается уже тѣмъ, что надрѣзываютъ сумку и стягиваютъ ее съ опухоли, или только однимъ надрѣзомъ, такъ какъ послѣ этого опухоль выслаивается силами природы или, подвергаясь омертвѣнію, вываливается изъ матки. *Бэкеръ-Броунъ* ¹⁾ вырѣзывалъ съ этой цѣлью довольно большіе куски опухоли.

Удаленіе фиброидовъ посредствомъ лапаротоміи.

Кёберле, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1864, и *Docum. p. servir à l'hist. de l'exst. des tum. fibr. etc. Strasbourg*, 1865, и *Oper. d'ovariotomie. Paris*, 1865, стр. 98. — *Стоперъ*, *Successful removal of the uterus and both ovaries. Boston*, 1866. — *Катерно*, *Essai sur la gastrotomie dans les cas etc. Paris*, 1866. — *Буанъ*, *Gaz. hebdom.*, 1873, № 8, 13, 18, 19, 23, 28, 29. — *Пэанъ* и *Юрди*, *Hysterotomie etc. Paris*, 1873.

Наиболѣе подходящіе случаи для лапаротоміи тѣ, въ которыхъ фиброидъ связанъ съ маткой посредствомъ ясно выраженной, по возможности узкой ножки, т. е. случаи чистыхъ подсывороточныхъ опухолей. При этомъ вскрываютъ животъ, выкалываютъ фиброидъ чрезъ рану живота и оперируютъ ножку по правиламъ, изложеннымъ при оваріотоміи. Операция эта едва ли опаснѣе оваріотоміи.

Къ сожалѣнію, стебельчатые подсывороточные фиброиды рѣдко подлежатъ лапаротоміи, такъ какъ они отличаются обыкновенно ограниченнымъ ростомъ. Чаще показаніемъ къ этой героической операциіи служатъ подсывороточные фиброиды съ широкимъ основаніемъ, равно какъ интерстиціальныя опухоли, а всего чаще отличающіеся своимъ быстрымъ ростомъ кистофиброиды. Между тѣмъ, здѣсь операциа гораздо труднѣе и опаснѣе, такъ какъ приходится отдѣлить опухоль на большомъ протяженіи отъ матки или даже удалить самое матку съ ея придатками, по крайней мѣрѣ, отчасти.

Операцию начинаютъ со вскрытія брюшной полости длиннымъ разрѣзомъ по бѣлой линіи, послѣ чего, по возможности, уменьшаютъ опухоль, прокалывая существующія кисты, и выводятъ ее чрезъ разрѣзъ. Отдѣленіе ея производится съ необходимыми предосторожностями (какъ при оваріотоміи) на самомъ узкомъ мѣстѣ — при интерстиціальныхъ фиброидахъ обыкновенно у внутренняго зѣва — и затѣмъ культю либо закрѣпляютъ въ нижнемъ углу раны, либо погружаютъ въ брюшную полость (перевязавъ обрѣзанными швами или послѣ прижиганія каленымъ желѣзомъ).

Гизъ и *Чарльсъ Клей* въ Манчестерѣ чуть ли не первые произвели въ 1843 и 1844 г. лапаротомію, съ цѣлью удаленія фиброидовъ матки. Обѣ оперироваанныя умерли. Первое

¹⁾ *Obstetr. Tr.*, III, стр. 67, и *Surg. diseases of women*, 3 изд., 1865, стр. 240.

выздоровленіе достигнуто въ 1853 г. американцем *Бертамомъ*. Съ тѣхъ поръ операціи эта была произведена довольно много разъ, частью вслѣдствіе ошибочнаго діагноза (въ качествѣ „овариотоміи“), частью умышленно.

Буанэ приводитъ слѣдующую статистику этой операціи:

На 42 лапаротоміи вмѣстѣ съ удаленіемъ матки 32 смертныхъ случая, 10 выздоровленій;

на 23 лапаротоміи съ удаленіемъ одного только фиброида, безъ матки, 15 смертныхъ случаевъ и 8 выздоровленій.

Въ числѣ послѣднихъ 23 случаевъ были: 13 такихъ, въ которыхъ опухоль сидѣла на ножкѣ, изъ нихъ 5 смертныхъ случаевъ и 8 выздоровленій;

и 10 съ интерстиціальными или широко сидѣщими опухолями, въ томъ числѣ 10 смертныхъ случаевъ, 0 выздоровленій;

въ числѣ же 14 неоконченныхъ лапаротомій 5 смертныхъ случаевъ, 9 выздоровленій.

Отсюда *Буанэ* дѣлаетъ тотъ выводъ, что лапаротомія, съ цѣлью удаленія фиброидовъ матки, позволительна только въ томъ случаѣ, когда опухоль снабжена ножкой и когда, слѣдовательно, нѣтъ надобности удалить матку. Къ этому мнѣнію присоединился и *Демаркэ* въ своемъ рефератѣ о работѣ *Буанэ*, читанномъ имъ въ засѣданіи парижской медицинской академіи отъ 29 октября 1872 г.

Прибавивъ новые случаи, я получилъ слѣдующую статистику:

На 108 лапаротомій при фиброидахъ матки 78 смертныхъ случаевъ и 18 (16,7%) выздоровленій, въ томъ числѣ:

На 73 лапаротоміи съ удаленіемъ матки 55 смерти. случ. и 18 (24,66%) выздоровл.

„ 35 „ „ безъ „ „ 23 „ „ „ 12 (34,3%) „ „

Въ виду этого нельзя пока не согласиться съ мнѣніемъ *Буанэ*, что при нестепельчатыхъ фиброидахъ ампутацію слѣдуетъ производить не иначе, какъ на основаніи самыхъ настоятельныхъ показаній. Впрочемъ, *Буанэ* даже и при этихъ условіяхъ получилъ на 8 операцій 6 выздоровленій.

Припадочное леченіе.

Припадки, обусловливаемые собственно объемомъ опухоли, выражаются:

1) тѣми же расстройствами, которыя вызываютъ и другія крупныя опухоли живота, въ силу ихъ величины и давленія на сосѣдніе органы. Эти расстройства не могутъ быть устранены, безъ радикальнаго леченія, а развѣ до нѣкоторой степени облегчены. Въ большинствѣ случаевъ приходится быть довольнымъ и тѣмъ, что удалось остановить ростъ опухоли и такимъ образомъ воспрепятствовать еще большому ухудшенію припадковъ. Но и это достигается только въ исключительныхъ случаяхъ, откуда, однакоже, не слѣдуетъ, чтобы попытки добиться этого результата были излишни.

Въ этомъ отношеніи весьма важно отстранять всѣ влиянія, которыя могутъ вызвать усиленный приливъ крови къ половымъ органамъ. Воздержаніе или, по крайней мѣрѣ, умѣренность въ половыхъ удовольствіяхъ составляютъ одно изъ важнѣйшихъ показаній. Но такъ какъ, при совмѣстной жизни супруговъ, это едва ли возможно, то леченіе на водахъ имѣетъ громадное практическое значеніе, хотя бы уже съ этой стороны.

Снабженіе опухоли кровью и, слѣдовательно, хорошее питаніе ея можетъ быть ограничено небольшими кровоизвлеченіями посредствомъ насѣчекъ, повторяемыми время отъ времени. Что же касается холода, то его нельзя употреблять такъ долго, какъ это требовалось бы въ интересахъ леченія.

Внутреннія средства, которымъ приписываютъ вліяніе на всасываніе фибриновъ, какъ-то: іодъ, бромъ и хлористая известь, мало заслуживаютъ довѣрія. За то весьма дѣйствительными оказываются способствующие всасыванію ванны. Къ этимъ ваннамъ могутъ быть отнесены углекислыя, разсолныя, да еще и грязныя ванны, главнымъ же образомъ разсолы, содержащіе іодъ и бромъ, т. е. Крейцнахъ¹⁾, Мюнстеръ-амъ-Штейнъ, Адельгейдсвелле и Кранкенгейль близъ Тельца, Зоденталь близъ Ашаффенбурга, Галль въ верхней Австріи и т. д.

Особенное значеніе въ качествѣ средства, уменьшающаго фиброиду, въ послѣднее время приобрѣли выпрыскиванія эрготина, о которыхъ мы подробно говорили выше.

2) Второй рядъ явленій обусловливается давленіемъ на остальные органы, особенно на пузырь и на прямую кишку, производимымъ опухолью въ томъ случаѣ, когда она помѣщается въ маломъ тазу. Эти przypadки могутъ быть значительно облегчены, если приподнять опухоль въ большой тазъ. Надо замѣтить, что именно въ самыхъ неблагопріятныхъ случаяхъ, въ которыхъ przypadки давленія на сосѣдніе органы бывають въ высшей степени сильны, другими словами, въ которыхъ опухоль слишкомъ велика для малаго таза, разъ приподнятая опухоль остается на верху, вслѣдствіе чего до того времени мучительные przypadки сразу уменьшаются.

3) Дальнѣйшій рядъ przypadковъ вызывается суженіями и искривленіями полости матки, ведущими за собою въ высшей степени жестокия маточныя колики. Въ этихъ случаяхъ измѣненіе положенія опухоли весьма рѣдко приноситъ облегченіе. Большею же частью приходится довольствоваться припадочнымъ леченіемъ дисменорреи.

Припадокъ, чаще другихъ требующій настоятельной помощи, это кровотеченія, которыя сильнѣе всего бывають во время регуль, слѣдовательно, являються въ видѣ чрезвычайно обильныхъ мѣсячныхъ кровотеченій. Покойное положеніе часто нисколько не мѣшаетъ этимъ кровотеченіямъ. Во многихъ случаяхъ большую пользу приносятъ маленькія насѣчки незадолго до наступленія мѣсячныхъ, такъ какъ онѣ умѣряють менструальную гиперемію. Изъ внутреннихъ средствъ наиболѣе дѣйствительной оказывается спорынья, которую назначаютъ въ видѣ порошка по 0,5 [gr.vii] чрезъ часъ или чрезъ каждые 2 часа, въ видѣ настойки или отвара (2,0—6,0 [ḡβ—jβ] на 100,0 [ḡjv]), или въ видѣ подкожныхъ выпрыски-

¹⁾ *Притеръ*, Mon. f. Geburtsh., т. I, стр. 183 и 241; *Михельсъ*, Die chron. Frauenkrankh. etc. im Bade Kreuznach. Berlin, 1869.

ваній эрготина (смотри стр. 213). Можно назначать также внутрь полторохлористое желѣзо, танинъ и другія вяжущія вещества.

Съ другой стороны, для остановки кровотеченій многіе рекомендуютъ наркотическія вещества, дѣйствующія, вѣроятно, тѣмъ, что парализуютъ сокращенія матки и такимъ образомъ мѣшаютъ смѣщенію и растягиванію слизистой оболочки съ послѣдовательными разрывами сосудовъ (это обстоятельство идетъ, повидимому, въ разрѣзъ съ дѣйствіемъ спорыньи; но, во-первыхъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ спорынья дѣйствительно усиливаетъ кровотеченія, во-вторыхъ, она дѣйствуетъ скорѣе сокращеніями сосудистыхъ стѣнокъ, а подчасъ и тѣмъ, что вызываемыми ею сильными сокращеніями маточной мышцы сдавливается кровотокающая слизистая оболочка). Особенной славой пользуется въ этомъ отношеніи опій и болѣе всего настойка индѣйской конопли.

Если дѣло идетъ о немедленной остановкѣ сильнаго кровотеченія, то можно затампонировать влагалище. Но такъ какъ дѣйствіе тампона чисто припадочное и не даетъ никакихъ гарантій въ будущемъ, то лучше предпочесть прессованную губку, которая, кромѣ того, что останавливаетъ кровотеченіе, еще часто уменьшаетъ силу послѣдующихъ кровотеченій изъ матки и вообще подчасъ оказываетъ благопріятное дѣйствіе на всѣ остальные припадки.

Еще вѣрнѣе кровотеченія могутъ быть остановлены посредствомъ внутриматочныхъ выскываній, которыя должны быть произведены со всѣми упомянутыми выше предосторожностями. *Сведжель*¹⁾ выскываетъ слѣдующій растворъ іода, предварительно расширивъ каналъ шейки:

Rp. Jodi 3,75 [3j]

Kal. iod. 7,5 [3ij]

Spir. vini rectific. 60,0 [3ij]

Aqu. destill. 180,0 [3vj]

или чистую іодную пастойку. Какъ онъ, такъ *Симсъ* и *Г. Браунъ* получили отъ этого очень хорошіе результаты. По мнѣнію послѣдняго²⁾, послѣ этихъ выскываній происходитъ сращеніе обѣихъ поверхностей слизистой оболочки. Во всякомъ случаѣ, растворъ іода заслуживаетъ предпочтенія предъ полторохлористымъ желѣзомъ, предложеннымъ *Роутомъ* и *М. Денканомъ*³⁾, такъ какъ послѣднее средство вызываетъ образованіе кровяныхъ свертковъ, изверженіе которыхъ сопряжено съ болью. *Киддъ*⁴⁾ приводитъ случай смертельнаго метрита, развившагося послѣ выскыванія полторохлористаго желѣза.

Весьма простое, вѣрное и часто надолго дѣйствующее средство противъ кровотеченій мы имѣемъ въ надрѣзахъ маточнаго зѣва или, еще вѣрнѣе, въ надрѣзахъ слизистой оболочки, покрывающей опухоль. Они

¹⁾ *Симсъ*, I. с., стр. 92.

²⁾ *Wien. med. Wochenschr.*, 1868, № 100 и 101.

³⁾ *Med. Times*, 11 февр. 1871, стр. 158.

⁴⁾ I. с., стр. 137.

предложены *Атти*¹⁾ и *Б. Брауномъ*²⁾. Расширивъ маточный зѣвъ и поручивъ помощнику оттянуть увеличенную матку внизъ, вводятъ обвернутый въ нижней его части бистурей чрезъ шейку какъ можно дальше по опухоли и при выниманіи его надрѣзываютъ опухоль на значительномъ протяженіи и не слишкомъ поверхностно. Кровотеченіе, слѣдующее за надрѣзомъ, бываетъ очень умѣренно, а метроррагіи исчезаютъ послѣ этого на долгое время. Дѣйствіе этихъ надрѣзовъ заключается въ томъ, что расширенныя вены, проходящія по слизистой оболочкѣ фиброида и обуславливающія обильныя кровотечения, послѣ перерѣзки спадаются и закупориваются, а напряженіе растянутой слизистой оболочки становится менѣ значительнымъ³⁾.

Фиброзные полипы.

Кромѣ литературы, указанной при фиброидахъ: *Леврэ*, Observ. sur la cure radic. de plusieurs polypes de la matrice. Paris, 1771. — *Рихтеръ*, Anfangsgründe der Wundarzneikunst, т. 1, стр. 401. — *Гербино*, Traité sur divers accouch. lab. et sur les polypes de la matrice, т. II, Bruxelles, 1872. — *Ниссенъ*, De polypis uteri D. i. Göttingen, 1789. — *Мейсснеръ*, Ueber d. Polypen etc. Leipzig, 1820. — *Мамьенъ*, Sur les polypes de l'utérus. Thèse. Paris, 1823. — *Гоохъ*, Ueber einige d. wicht. Krankheit. etc. Weimar, 1830, стр. 183. — *Ольдэмъ*, Guy's Hosp. Rep., апр. 1844. — *Гиришъ*, Ueber Histologie und Formen der Uteruspolypen. D. i. Giessen, 1855. — *Дайсъ*, Edinburgh med. J., декабрь 1867, стр. 503. — *Зексимеръ* (*Зейфертъ*), Prager Viertelj., 1868, 2, стр. 76. — *Бэкеръ Броунъ*, Surg. diseases of women, 3 изд. London, 1866, стр. 247. — *Скампони*, его Beitr., т. II. Würzburg, 1855, стр. 94. — *Леберехтъ*, Ueber 40 Fälle von Gebärmutterpolypen. D. i. Berlin, 1868. — *М. Денканъ*, Edinburgh med. J., июль 1871, стр. 1. — *Гильдебрандтъ*, Volkmann's Samml. klin. Vortr., № 47. Leipzig, 1872. — *Мадденъ*, Obst. J. of Great Britain, октябрь 1873, стр. 468.

Патологическая анатомія.

Какъ мы уже объясняли выше, фиброзные полипы суть ничто иное, какъ подслизистые фиброиды, вдающіеся въ полость матки на узкой ножкѣ. На этомъ основаніи мы изложили этиологію и общія патолого-анатомическія особенности этихъ опухолей вмѣстѣ съ фиброидами, такъ что здѣсь мы можемъ ограничиться лишь немногими замѣчаніями.

Фиброзные полипы имѣютъ различную величину, превышая иногда объемъ дѣтской головки; за рѣдкими исключеніями они встрѣчаются всегда въ видѣ одиночныхъ опухолей, то есть внѣ сообщества съ другими полипами; интерстиціальныя же и подслизистыя фиброиды встрѣчаются при нихъ нерѣдко.

¹⁾ Transact. Amer. med. Assoc., 1853, стр. 558.

²⁾ l. c., стр. 243.

³⁾ *Штительбергъ*, Monatsschr. f. Geb., т. 29, стр. 87.

Полипы въ большинствѣ случаевъ отходятъ отъ тѣла матки, которая почти всегда бываетъ гипертрофирована, и притомъ очень часто отъ дна и лишь весьма рѣдко отъ внутренняго зѣва или отъ шейки.

Въ большинствѣ случаевъ они остаются въ непосредственной связи съ тканью матки, посредствомъ волокнистой ножки (фиг. 93), при чемъ черезъ послѣднюю переходятъ сосуды въ вещество полипа. Если же ножка атрофируется, то либо сосудистая связь между опухолью и маткой сохраняется, либо сосуды заустѣваютъ, такъ что полипъ остается въ связи съ внутренней стѣнкой матки лишь посредствомъ удвоенія слизистой оболочки (фиг. 94).



Фиг. 93.

Полипъ, непосредственно связанный съ тканью матки.



Фиг. 94.

Полипъ безъ волокнистой ножки.

Слизистая оболочка, покрывающая полипъ, можетъ подвергнуться различнаго рода послѣдовательнымъ измѣненіямъ. Во-первыхъ, подъ давленіемъ разрастающагося полипа, она можетъ быть въ высшей степени истончена и разрѣжена, такъ что представляетъ собою совершенно тонкую, гладкую перепонку, въ которой устья маточныхъ желѣзъ различаются въ видѣ очень маленькихъ, а при сильномъ растяженіи въ видѣ крупныхъ отверстій.

Во-вторыхъ, слизистая оболочка можетъ представляться утолщенной, гиперемированной и пронизанной тонкостѣнными расширенными венами. Это утолщеніе можетъ достигнуть значительной степени, при чемъ концы перетянутыхъ желѣзъ претерпѣваютъ кистовидныя перерожденія; мало того, въ силу новообразованій, развивающихся изъ желѣзъ, могутъ возникнуть особаго рода сложные опухоли, описанныя *Рокитанскимъ* подъ именемъ *sarcoma* и *cystosarcoma adenoides uterinum*. При этомъ подслизистая соединительная ткань даетъ клѣточную гиперплазію и въ нее врастаютъ удлиненные и различнымъ образомъ развѣтвляющіяся мѣшчатыя желѣзы. Вслѣдствіе перетягиванія послѣднихъ, образуется масса мелкихъ кистъ различной величины, наполненныхъ сывоточнымъ, слизистымъ, кровянымъ или коллоиднымъ содержимымъ. Съ другой стороны, на стѣнкахъ этихъ кистъ могутъ развиваться сосочковыя разращенія, вдающіяся въ полость желѣзы и которыя, въ свою очередь, ведутъ

къ образованію новыхъ кистъ, такъ что въ концѣ концовъ опухоль принимаетъ въ высшей степени сложный характеръ.

Припадки.

Покуда полипы помѣщаются въ полости матки, они обыкновенно вызываютъ тѣ же припадки, что и подслизистые фиброиды, то-есть главнымъ образомъ бленоррею и кровоточенія. При этомъ они уже рано расширяютъ внутренній маточный зѣвъ, вслѣдствіе чего шейка изглаживается, позднѣе расширяется и наружный зѣвъ и полипъ спускается во влагалище, часто весьма медленно, въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ. При этомъ онъ можетъ быть до такой степени перетянутъ наружнымъ зѣвомъ на одномъ или нѣсколькихъ мѣстахъ, что получаетъ форму песочныхъ часовъ.

Этотъ процессъ раскрыванія шейки, въ особенности же выступленія опухоли чрезъ наружный маточный зѣвъ, обыкновенно сопровождается сильными потугообразными болями въ крестцѣ, достигающими иногда очень высокой степени. Рѣдко это совершается совершенно незамѣтно. Кровоточенія за все это время продолжаютъ по-прежнему.

Иногда уже рано обнаруживаются явленія со стороны всего организма въ видѣ различнаго рода истерическихъ припадковъ и расстройствъ пищеваренія; изрѣдка появляются даже признаки, свойственные началу беременности: отложеніе пигмента по бѣлой линіи и въ сосковомъ румянцѣ, набуханіе и отдѣленіе грудныхъ желѣзъ, тошнота и т. д.

Другой рядъ припадковъ появляется въ томъ случаѣ, когда помѣщающійся во влагалищѣ полипъ вызываетъ явленія, свойственныя вообще крупнымъ опухолямъ, выполняющимъ малый тазъ. Къ чувству тяжести въ тазу и напиранія на низъ присоединяются припадки давленія на мочевой пузырь и прямую кишку. Появляются частые позывы къ мочеиспусканію и даже недержаніе мочи, а съ другой стороны, могутъ развиваться застои мочи, расширеніе мочеточника и даже гидронефрозъ. Прижатіе нервовъ, производимое полипомъ, вызываетъ невралгіи въ нижнихъ конечностяхъ, а прижатіе венъ — варикозныя расширенія и отеки. Со своей стороны, и слизистая оболочка влагалища, вслѣдствіе сильнаго растяженія, претерпѣваетъ такое раздраженіе, что развивается катарръ, часто съ обильными отдѣленіями.

Дальнѣйшее теченіе болѣзни бываетъ различно. Сильныя потери соковъ и крови могутъ до такой степени истощить больныхъ, что онѣ умираютъ отъ марамза; рѣдко смерть происходитъ отъ острыхъ кровоизліяній. Судя по всему, между полипомъ и слизистой оболочкой влагалища можетъ произойти слипчивое воспаленіе, умѣряющее кровоточенія. Въ другихъ случаяхъ воспаленіе или защемленіе ножки маточнымъ зѣвомъ можетъ имѣть своимъ послѣдствіемъ гангрену, въ силу которой ножка

разрушается, послѣ чего освободившійся полипъ извергается наружу. Но омертвѣніе можетъ развиваться въ самомъ полипѣ, который въ такомъ случаѣ отваливается цѣликомъ или кусками. При этомъ существуетъ опасность септицеміи. О возможности вскрытія опухоли въ другіе органы мы говорили при фиброидахъ.

Безплодіе, обусловливаемое частью катарромъ слизистой оболочки матки, частью механическимъ препятствіемъ, составляетъ обыкновенное, хотя и неминуемое послѣдствіе полипа. Если полипъ спустился во влагалище, то половой актъ можетъ быть въ высшей степени затрудненъ, болѣзненъ и сопряженъ съ кровотечениями.

Распознавание.

Распознавание представляетъ большія трудности до тѣхъ поръ, пока полипъ не спустился изъ матки, или пока шейка недоступна для пальца (послѣднее часто становится возможнымъ во время регуль). Въ подобныхъ случаяхъ удается опредѣлить только равномерное увеличение матки и описаннымъ выше способомъ опредѣлить существованіе подслизистаго фиброида. Если же припадки такого рода, что необходимо болѣе точное опредѣленіе способа прикрѣпленія опухоли, то нужно расширить стѣнку прессованной губкой и затѣмъ прощупать мѣсто прикрѣпленія пальцемъ или, гдѣ этого мало, зондомъ. Для испытанія подвижности опухоли, лучше всего, по совѣту *Сканцони*, захватить ее щипцами и повернуть на оси.

Если полипъ выступилъ въ шейку или во влагалище, то распознаваніе его обыкновенно не представляетъ особенныхъ затрудненій. Различительные признаки его отъ выворота матки мы уже перечислили выше. Отъ слизистыхъ полиповъ, отходящихъ отъ шейки, фиброзный полипъ весьма существенно отличается своей плотностью, хотя иногда и онъ можетъ быть очень мягокъ.

Тотъ же діагностическій признакъ имѣетъ силу и относительно зашедшаго въ шейку яйца, а равно и фиброзныхъ полиповъ.

Изъязвленные мѣста на верхушкѣ полипа, въ которыхъ палецъ проникаетъ какъ бы въ разсѣвшійся маточный зѣвъ, могутъ при поверхностномъ изслѣдованіи подавать поводъ къ ошибочному диагнозу выпаденія или опущенія матки ¹⁾, или злокачественныхъ образований.

Точное опредѣленіе мѣста прикрѣпленія опухоли представляетъ большія трудности въ томъ случаѣ, когда, при очень значительномъ объемѣ полипа, нельзя обвести его пальцемъ. Въ подобныхъ случаяхъ можетъ оказаться необходимымъ извлечь полипъ до наружныхъ половыхъ органовъ и, если это невозможно, раздробить опухоль. Другая ошибка со

¹⁾ См. случаи *Сканцони*, 1. с., стр. 97, и *Мартинъ*, Boston med. & surg. J., 11 іюня 1868.

стороны распознаванія ножки можетъ заключаться въ томъ, что за ножку принимаютъ защемленное въ маточномъ звѣвѣ мѣсто опухоли.

Дифференціальное распознаваніе отъ полипообразныхъ саркомъ, отличающихся тѣми же внѣшними признаками, можетъ быть сдѣлано только послѣ вырѣзыванія опухоли съ помощью микроскопа.

Предсказаніе.

Помимо операціи, предсказаніе неблагоприятно, такъ какъ самоисцѣленіе (изверженіе путемъ гангрены) происходитъ рѣдко, а изнурительныя кровотеченія сами собою не прекращаются.

Оперативное удаленіе опухоли значительно улучшаетъ предсказаніе, такъ какъ операція безопасна, незатруднительна и излечиваетъ болѣзнь радикально.

Леченіе.

Радикальное леченіе путемъ удаленія опухоли составляетъ единственный способъ леченія.

Способы удаленія слизистыхъ полиповъ, а именно отжиганіе, откручиваніе, раздавливаніе и вырваніе опухоли, недостаточны для удаленія волокнистыхъ полиповъ; только при очень маленькихъ волокнистыхъ полипахъ, несоединенныхъ непосредственно съ тканью матки, еще удастся иногда достигнуть цѣли посредствомъ откручиванія ¹⁾.

Въ большинствѣ же случаевъ требуются другіе приемы. Въ прежнее время чаще всего практиковались:

Перевязка. Этотъ способъ часто представляетъ большія трудности. Легко онъ удается только въ томъ случаѣ, когда полипъ выступилъ изъ влагалищнаго входа, или когда его можно извлечь на столько, что видна его ножка. Если же ножка помѣщается въ верхней части влагалища или въ самой маткѣ, то наложеніе лигатуры возможно только посредствомъ одного изъ безконечнаго числа предложенныхъ для этого инструментовъ ²⁾ и очень затруднительно. Дѣло въ томъ, что послѣ затягиванія лигатуры нерѣдко появляются жестокія боли и даже воспаленіе матки съ периметритомъ, и къ тому же нужно много времени, прежде чѣмъ отпадетъ омертвѣлый полипъ. Между тѣмъ, въ теченіи этого времени, можетъ произойти гнилостное зараженіе, не говоря уже о тѣхъ неприятныхъ послѣдствіяхъ, которыя обуславливаются присутствіемъ гніющаго полипа во влагалищѣ.

¹⁾ Броунъ (Boston гуп. J., т. II, стр. 2) сообщаетъ случай, въ которомъ за вырваніемъ полипа послѣдовала смертельный столбнякъ. При этомъ расширеніе шейки было произведено съ помощью прессованной губки. *Портеръ Смитъ* (Med. Times, 1861) наблюдалъ столбнякъ и нослъ наложенія лигатуры.

²⁾ *Килианъ*, Die rein chir. Oper. d. Geb. II изд. Bonn, 1856, стр. 230 и слѣд.

По всемъ этимъ соображеніямъ, описываемый способъ оставленъ теперь почти всеми.

Въ настоящее время чаще всего употребляется:

Вырѣзываніе. Его лучше всего производить изогнутыми по поверхности большими ножницами (*Зибольда*) (фиг. 95). При этомъ полезно стянуть полипъ какъ можно больше внизъ. Само собой разумѣется, что легче всего производить операцію тогда, когда полипъ помѣщается передъ наружными половыми частями, такъ что можно просто перерѣзать ножку ножомъ или ножницами. Въ противномъ случаѣ можно оставить опухоль на мѣстѣ только тогда, когда она очень мала, такъ что легко подойти къ ея ножкѣ пальцами и вводимыми подъ ихъ защиту ножницами. Если же опухоль большого объема, такъ что между нею и стѣнкой влагалища трудно проникнуть пальцемъ и ножницами, то ее слѣдуетъ извлечь изъ влагалищнаго входа съ помощью петли или мюзеевскихъ щипцовъ, а при очень крупныхъ полипахъ акушерскими щипцами. Такое извлечение, если полипъ очень великъ, можетъ представлять такіе же трудности, какъ извлечение дѣтской головки, такъ что могутъ понадобиться продолжительныя тракціи и даже надрѣзы половой щели.



Фиг. 95.

Ножницы Зибольда.

Само собою разумѣется, что вмѣстѣ съ полипомъ изъ влагалища спускается и матка. Это искусственное выпаденіе безвредно, если слѣдить за тѣмъ, чтобы натягиваніе ножки не произвело частнаго выворота матки, при чемъ ножка полипа будетъ состоять въ верхней своей части изъ вывернутой стѣнки матки. Впрочемъ, такъ какъ матка гипертрофирована, то она не легко поддается вывороту.

Сдѣлавъ такимъ образомъ ножку доступной для ножки, перерѣзываютъ ее на самомъ узкомъ мѣстѣ. Нѣтъ надобности особенно стараться о томъ, чтобы ножка была перерѣзана какъ можно выше, такъ какъ остающаяся часть ножки стягивается и никогда не ведетъ за собою дурныхъ послѣдствій.

Кровотеченіе обыкновенно бываетъ очень незначительно, такъ что не нужно особаго послѣдовательнаго леченія. Если, сверхъ ожиданія, кровотеченіе велико, то тампонируютъ влагалище.

Если матка безъ большого насилія не можетъ быть сдвинута внизъ на столько, чтобы доступъ къ ножкѣ опухоли сдѣлался свободнымъ, и если до послѣдней нельзя добраться по самой опухоли, то операція дѣлается весьма затруднительной. Въ подобныхъ случаяхъ приходится либо удалять опухоль по частямъ, либо произвести такъ называемое „оперативное удлиненіе“. Удаленіе опухоли по частямъ оказывается иногда

необходимо и въ томъ случаѣ, когда полипъ на столько великъ, что вообще не можетъ пройти чрезъ малый тазъ. Всего легче этимъ путемъ удаляются очень мягкія опухоли, при чемъ выслаиваютъ изъ нихъ рукою значительные куски и такимъ образомъ добираются постепенно до ножки.

Оперативное удлиненіе полипа производится или по способу *Симона* ¹⁾, съ помощью глубокихъ боковыхъ надрѣзовъ, или по способу *Генара* ²⁾, обводи полипъ довольно правильными спиральными надрѣзами, доходящими до середины и даже выше. Вслѣдствіе этого полипъ удлиняется, а поперечникъ его уменьшается на столько, что можно добраться до ножки.

Операция очень затрудняется, когда опухоль слишкомъ велика для малаго таза. Въ этихъ случаяхъ обыкновенно приходится удалять опухоль по кускамъ, что сопряжено съ большими опасностями, вслѣдствіе истощенія оперируемыхъ, побочныхъ поврежденій, изверженія и выгнаванія оставшихся частей ³⁾. *Байрънъ* ⁴⁾ перерѣзываетъ подобныя крупныя опухоли гальванокаустической петлей и затѣмъ извлекаетъ ихъ по кускамъ.

Если полипъ сидитъ въ маткѣ и становится доступнымъ только посредствомъ расширяющихъ средствъ, то удаленіе его затруднительно и опасно, даже если онъ очень малъ. Поэтому оперативное удаленіе такихъ опухолей должно производить не иначе, какъ въ силу неотложныхъ показаній; въ противномъ случаѣ нужно выждать до тѣхъ поръ, пока собственными силами или съ помощью искусства полипъ не спустится во влагалище. При операции прежде всего нужно надлежащимъ образомъ расширить шейку (прессованной губкой и натягиваніемъ полипа), затѣмъ чрезъ брюшныя покровы сильно сдвигаютъ матку внизъ, вставляють половину руки во влагалище и затѣмъ перерѣзываютъ ножку введенными по двумъ пальцамъ ножницами, или же, по описанному ниже способу, накладываютъ вокругъ полипа проволоку.

Нѣкоторые, напримѣръ *Леверъ* и *Симпсонъ* ⁵⁾, придумали даже особенныя полиптомы, состоящія изъ отточенныхъ съ внутренней стороны крючковъ, которые насаживаются на ножку и отрѣзають ее. *Авгминъ* ⁶⁾ предложилъ инструментъ, сходный съ аухенистеромъ *Сканцони* для обезглавленія плода, посредствомъ котораго захваченная тупымъ концомъ ножка перерѣзывается выскакивающимъ съ другой стороны ножомъ. Всѣ эти инструменты

1) Monatsschr. f. Geb., т. 20, стр. 467.

2) Тамъ же, т. 21, стр. 220.

3) *Вальтеръ*, Dorpater med. Zeitschr., 1874, т. 4, вып. 1, стр. 1.

4) Amer. J. of Obst., т. VI, стр. 120 и слѣд.

5) Sel. Obst. Works, Edinb., 1871, стр. 725.

6) London Obst. Tr., IV.

едва ли могут имѣть практическое значеніе, такъ какъ тамъ, гдѣ они оказываются полезными, вполне можно обойтись и зибольдовскими ножницами или проволочнымъ экразеромъ.

Такъ какъ, въ виду громадныхъ потерь крови, которымъ больныя подвергаются почти во все время теченія болѣзни, весьма желательно избавить ихъ, хотя бы отъ незначительныхъ кровотеченій, неизбежныхъ при операциіи ножомъ или ножницами, то примѣненіе экразера или гальванокаустической петли оказывается весьма полезнымъ, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда полипъ приходится оперировать на мѣстѣ, т. е. когда трудно добраться до его ножки и трудно остановить кровотеченіе.

Нужно, однакоже, замѣтить, что цѣпной экразеръ никуда не годенъ, такъ какъ онъ накладывается съ трудомъ и можетъ захватить съ собою слизистую оболочку матки на значительномъ протяженіи, даже будь это кривой экземпляръ, или цѣпной инструментъ *Симса* ¹⁾. Гораздо легче накладывается тонкая проволока экразера, представленнаго на фиг. 48 (см. стр. 104). ²⁾ Разъ проволока хорошо наложена, она гладко перерѣзываетъ ножку почти безъ всякихъ кровотеченій.

Еще вѣрнѣе можно устранить кровотеченіе съ помощью гальванокаустической петли, которая къ тому же, будучи болѣе гибкой, легче и накладывается. Ножку перерѣзываютъ медленно при умѣренномъ накачиваніи ³⁾.

Принадочное леченіе выступаетъ на сцену только въ томъ случаѣ, когда полипъ еще недоступенъ, т. е. спрятанъ въ маткѣ, такъ какъ въ подобныхъ случаяхъ нужно поставить себѣ за правило выжидать съ операцией до тѣхъ поръ, пока полипъ не покажется изъ шейки. Только при появленіи опасныхъ припадковъ можно приступить къ искусственному расширенію шейки прессованной губкой и затѣмъ къ операциіи. При подобныхъ условіяхъ послѣдняя всегда очень затруднительна и не безопасна.

Изъ всѣхъ припадковъ самой неотложной помощи требуютъ кровотеченія. Они лучше всего могутъ быть остановлены спорыней и холодными душами, тогда какъ тампонъ дѣйствуетъ только на время. Впрыскиванія полуторохлористаго желѣза слѣдуетъ употреблять только въ самыхъ крайнихъ случаяхъ, такъ какъ вызываемыя ими сращенія между полипомъ и стѣнкой матки весьма сильно затрудняютъ послѣдующее оперативное удаленіе опухоли.

Если полипъ доступенъ, то отсрочка операциіи дозволительна только въ исключительныхъ случаяхъ, при чрезвычайной слабости больной или воспалительномъ осложненіи. Въ ожиданіи же операциіи стараются оста-

¹⁾ *Gebärmutterchir.*, Erlangen, 1866, стр. 62.

²⁾ *Брэкстонъ Гуксъ*, *Guy's Hosp. Reports*, XIII, стр. 128.

³⁾ *Рессель*, *Dissert. i. Wratislaviae*, 1857.

новить кровотечение тампонами и поднять силы больной известными средствами.

Кисты матки.

За исключеніемъ кистоиднаго перерожденія крупныхъ фиброидовъ, образованіе кистъ въ ткани матки составляетъ крайне рѣдкое явленіе; по крайней мѣрѣ, въ литературѣ извѣстно очень мало подобныхъ случаевъ. За кисты подъ брюшиннымъ покровомъ матки чаще всего принимались скопленія желтой сыворотки, нерѣдко образующіяся въ маломъ тазу между внутри-брюшинными ложными перепонками.

Буанэ ¹⁾ описываетъ случай значительнаго образованія кистъ въ сильно гипертрофированной паренхимѣ матки (а не въ кругломъ фиброидѣ). *Демаркэ* ²⁾ сообщаетъ случай несомнѣннаго апоплектического происхожденія кистъ. Другой случай оперировалъ *Пэанъ* ³⁾.

Въ маткѣ встрѣчаются также и дермоидныя кисты. Изъ новѣйшаго времени сюда относятся наблюденія *Ваенера* ⁴⁾ и *Кивинна* ⁵⁾.

Сосочковыя опухоли матки.

Джонъ Кларкъ, Transact. of a soc. f. the improv. etc., 1809, т. III, стр. 321.—*Чарльзъ Мансфильдъ Кларкъ*, Beob. über die Krankh. d. Weibes, welche v. Ausfl. begleitet sind., ч. 2. Hannover, 1823, стр. 43.—*Томасъ Саффордъ Ли*, Von d. Geschw. d. Gebärmutter etc. Berlin, 1843, стр. 96.—*Рено*, London med. Gaz., августъ 1848.—*Ватсонъ*, Monthly J. of med. sc., окт. 1849, стр. 1183.—*Вирловъ*, Verh. d. phys. med. Ges. in Würzb., т. I, 1850, стр. 106.—*К. Майеръ*, Verh. d. Berl. Ges. f. Geb., 1851, вып. 4, стр. 111.—*Микшикъ*, Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte, 1856, годъ 12, стр. 40.—*Брэкстонъ Гиксъ*, Guy's Hosp. Rep., 1861, VII, стр. 241.

До самаго послѣдняго времени доброкачественныя папилломы безразлично смѣшивались съ канкроидными формами рака, съ которыми онѣ дѣйствительно имѣютъ много общаго въ способѣ развитія и по находимымъ при изслѣдованіи даннымъ, и спору нѣтъ, что канкроиды иногда развиваются изъ доброкачественныхъ сосочковыхъ формъ. Этимъ объясняется, почему со времени открытія *Джономъ Кларкомъ* „cauliflower excrescence“ на влагалищной части, значеніе этой опухоли, особенно въ смыслѣ предсказанія, подверглось самымъ разнообразнымъ толкованіямъ. Тѣмъ не менѣе необходимо строго различать эти двѣ формы, такъ какъ простыя развѣтвленія и разращенія сосочковъ въ просвѣтъ влагалища представляютъ вполне доброкачественную опухоль, не дающую возвратовъ; ра-

¹⁾ Gaz. hebdom., 1873, № 13, стр. 199.

²⁾ L'Union méd., 1868.

³⁾ L'hystérotomie. Paris, 1873, стр. 96.

⁴⁾ Archiv f. physiol. Heilk., 1857, стр. 247.

⁵⁾ Klin. Vortr., etc., IV изд., т. I, стр. 456. На внутренней поверхности матки сидѣла киста, величиною съ дѣтскую головку, съ волосами и зубами.

ковый же характеръ, со всѣми его послѣдствіями, опухоль начинаетъ принимать только тогда, когда лежащіе между сосочками эпителиальные слои даютъ отростки въ материнскую почву. Вѣрно, впрочемъ, то, что крупныя опухоли въ видѣ цвѣтной капусты бывають гораздо чаще злокачественными, чѣмъ доброкачественными.

Этіологія.

Папилломы влагалищной части встрѣчаются въ двухъ видахъ, различныхъ между собою, какъ по происхожденію, такъ и по теченію: во-первыхъ, въ видѣ острыхъ кондиломъ, развивающихся, какъ и на другихъ мѣстахъ, вслѣдствіе специфическаго раздраженія триппернымъ ядомъ; во-вторыхъ, въ видѣ простыхъ папилломъ, образующихся вслѣдствіе размноженія обнаженныхъ сосочковъ на какой нибудь ссадинѣ, подъ вліяніемъ постояннаго раздраженія. Нужно, однакоже, сознаться, что при подобныхъ условіяхъ дѣло обыкновенно не доходитъ до образованія крупныхъ сосочковыхъ опухолей.

Патологическая анатомія.

Доброкачественныя сосочковыя новообразованія, не имѣющія раковаго характера, представляютъ слегка стебельчатыя опухоли, которыя въ зеркалѣ отличаются ярко краснымъ цвѣтомъ и по своему строенію дѣйствительно имѣють разительное сходство съ тонкими развѣтвленіями цвѣтной капусты.

Что касается тонкихъ измѣненій ткани, то обѣ формы сосочковой опухоли, остроконечная кондилома и настоящая доброкачественная папиллома, совершенно сходны между собой. Въ томъ и другомъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ разростаніемъ сосочковъ, которые гипертрофируются въ видѣ простыхъ, продолговатыхъ, колбообразно вздутыхъ или различнымъ образомъ развѣтвленныхъ нитей. Самая ткань сосочка показываетъ нормальныя составныя части: нѣжную соединительную ткань съ заложеною въ ней сосудистой петлей, часто дающей множество развѣтвленій. Сосочки покрыты толстыми пластами эпителия, большею частью тоже сильно гипертрофированнаго. Материнская почва совершенно нормальна, другими словами, лежащій между сосочками эпителий не посылаетъ въ нее цилиндрическихъ отростковъ для образованія раковыхъ узловъ.

Остроконечная кондилома влагалищной части отходитъ не изъ одного какого либо ограниченнаго мѣста, а изъ различныхъ частей слизистой оболочки въ видѣ разлитой формы. Большею частью она встрѣчается совмѣстно съ остроконечными кондиломами влагалища или наружныхъ половыхъ частей. Вначалѣ сосочковыя разрашенія бывають весьма тонки и нѣжны и отдѣльные сосочки сильно суживаются къ своему свобод-

ному концу. Впослѣдствіи же эти концы дѣлаются болѣе колбовидными и покрываются обильнымъ бѣловатымъ эпителиемъ. По внѣшнему виду разращенія напоминаютъ то малину, то цвѣтную капусту, то пѣтушій гребешокъ. Подчасъ эпителий появляется въ такомъ обилии, что выполняетъ промежутки между колбовидными окончаніями сосочковъ, сообщая всей опухоли болѣе равномерную поверхность. При продолжительномъ существованіи, остроконечныя кондиломы пріобрѣтаютъ значительную твердость.

Доброкачественная папиллома, очень рѣдко встрѣчающаяся на влагалищной части, является исключительно въ видѣ одиночной опухоли, выходящей изъ болѣе или менѣе ограниченного мѣста слизистой оболочки. Отъ этого мѣста она вростаетъ въ видѣ полипозной опухоли во влагалище и можетъ представлять полное сходство съ тѣсно сплоченными, сильно разросшимися остроконечными кондиломами.

Въ подобныхъ папилломахъ могутъ образоваться и кисты, вслѣдствіе того, что подъ вліяніемъ сильнаго давленія со стороны влагалищныхъ стѣнокъ, свободные, колбообразно вздутые концы сосочковъ срастаются между собою, образуя маленькія свободныя пространства, которыя вслѣдствіе выдѣленія слизи превращаются въ кисты¹⁾.

Припадки.

Самый постоянный припадокъ составляютъ бѣли, которыя при остроконечной кондиломѣ бывають довольно обильны, а при папилломѣ съ толстымъ обильнымъ слоемъ часто незначительны. Если же петли колбовидно утолщены, богаты сосудами и покрыты рѣдкимъ эпителиемъ, то появляется очень обильное водянистое истечение, смѣняемое по временамъ кровотеченіями.

Нѣтъ сомнѣній, что первоначально доброкачественныя папилломы могутъ принять раковый характеръ, хотя это превращеніе, повидимому, происходитъ не часто, по крайней мѣрѣ, въ большихъ опухоляхъ. Остроконечныя же кондиломы могутъ подвергнуться обратному развитію, при чемъ сосуды запусѣваютъ, а сама опухоль увядаетъ. Съ своей стороны и неспецифическія папилломы тоже могутъ подвергнуться своего рода естественному исцѣленію, а именно онѣ отпадаютъ вслѣдствіе ихорознаго разрушенія ножки.

Распознаваніе.

Оба вида незлокачественныхъ папилломъ могутъ быть довольно отчетливо отличены другъ отъ друга, какъ по своей этиологіи, такъ и по способу своего образованія. Простая папиллома является въ видѣ оди-

¹⁾ *Риндфлейшъ*, *Monatsschr. f. Geburtsh.*, т. 24, стр. 438.

ночной опухоли, тогда какъ острокопечная кондилома составляетъ лишь частное явленіе общаго раздраженія сосочковаго слоя, которое даетъ раздраженія не только на влагалищной части, но и въ самомъ влагалищѣ и на наружныхъ половыхъ частяхъ.

Гораздо важнѣе дифференціальное распознаваніе отъ канкроидныхъ формъ рака. При послѣднихъ слизистая оболочка уже рано прирастаетъ къ подлежащей ткани, вслѣдствіе востанія эпителиальныхъ цилиндровъ въ паренхиму влагалищной части, тогда какъ при доброкачественныхъ папилломахъ, происходящихъ только изъ слизистой оболочки, послѣдняя остается свободной. Такимъ образомъ канкроидъ вырастаетъ какъ бы изъ паренхимы шейки, тогда какъ доброкачественная папиллома является какъ бы придаткомъ на слизистой оболочкѣ.

При дальнѣйшемъ теченіи чистыя сосочковыя опухоли увеличиваются очень мало, канкроидныя же опухоли растутъ быстро и скоро изъязвляются.

Предсказаніе.

Въ силу сывороточныхъ и кровянистыхъ истеченій, изъ которыхъ перья, по крайней мѣрѣ, бываютъ чрезвычайно обильны, организмъ можетъ подвергнуться сильному истощенію. Даже при несомнѣнно вѣрномъ діагнозѣ, никогда не слѣдуетъ упускать изъ виду возможность перехода въ ракъ, хотя такой переходъ при крупныхъ опухоляхъ, особенно при специфическихъ, совершается не легко.

Лечение.

Удаленіе опухоли, показанное во всѣхъ случаяхъ, можетъ быть произведено изогнутыми ножницами, а при крупныхъ опухоляхъ проволочнымъ экразеромъ, или гальванокаутической петлей. Операция не представляетъ никакихъ затрудненій, только слѣдуетъ стараться о томъ, чтобы опухоль была удалена вплоть у самаго своего прикрѣпленія. Культю прижигаютъ каленымъ желѣзомъ, какъ для того, чтобы остановить кровотеченія, такъ и въ видахъ разрушенія раковыхъ гнѣздъ, быть можетъ, уже успѣвшихъ образоваться въ ножкѣ.

Ракъ шейки матки.

Кромѣ литературы, указанной при сосочковыхъ опухоляхъ: *Венцель*, Ueber die Krankh. des Uterus. Mainz, 1816. — *Бейерле*, Ueber den Krebs der Gebärmutter, 1818. — *В. I. Шмитцъ*, Ges. obstetricische Schriften. Wien, 1820, стр. 110. — *Э. Зибольдъ*, Ueber den Gebärmutterkrebs etc. Berlin, 1824. — *Твалле*, Traité du cancer de la matrice etc. Bruxelles, 1836. Нѣм. пер. Quedlinb. u. Leipzig, 1836. — *Дюпаркъ*, Traité des mal. org. simples et cancér. de l'utérus. Paris, 2 изд., 1839. — *Моніомери*, Dublin

Journal, янв. 1842. — *Вэллингъ*, Nature and treatment of cancer. London, 1846. — *Т. С. Ли*, Von d. Geschwülsten d. Gebärmutter etc. Berlin, 1848, стр. 121. — *Робертъ*, Des affections gran., ulc. et carcinom. du col de l'utérus. Paris, 1848. — *Лебертъ*, Traité prat. des mal. cancér. Paris, 1851. — *Кіари*, *Браунъ* и *Шнетъ*, Klin. d. Geb. u. Gyn. Erlangen, 1852, стр. 673. — *Э. Виннеръ*, Der Gebärmutterkrebs. Leipzig, 1858. — *Л. Майеръ*, M. f. Geb., т. 17, стр. 241. — *Таннеръ*, On cancer of the female gen. organs. London, 1863. — *Зексинеръ (Зейфертъ)*, Prager Viertelj., 1867, 1, стр. 103. — *Лёскъ*, New-York med. J., сент. 1869. — *Блау*, Pathol.-anat. über den Gebärmutterkrebs. D. i. Berlin, 1870. — *Баркеръ*, Transact. of the New-York Acad. of med., 18 февр. 1870 (см. Amer. J. of Obst., III, стр. 519). — *Гуссеровъ*, Volkmann's Samml. klin. Vortr., 1871, № 18.

Этіологія ¹⁾.

Значительное процентное отношеніе раковыхъ страданій у женщинъ (по *Симпсону*, въ промежутокъ времени отъ 1847—61 г. въ Англии умерли отъ рака на 61715 женщинъ всего 25633 мужчины) главнымъ образомъ обуславливается преобладаніемъ раковаго пораженія матки (ракъ груди стоитъ на второмъ планѣ). Изъ всѣхъ женщинъ, умирающихъ отъ рака, цѣлая треть страдаетъ ракомъ матки ²⁾.

Что же касается причинъ, влияющихъ на это страшно частое развитіе раковъ на шейкѣ матки, то онѣ почти совсѣмъ неизвѣстны.

Всѣ американскіе врачи единогласно утверждаютъ, что негритянки и вообще цвѣтнокожія рассы, у которыхъ фиброиды матки встрѣчаются необыкновенно часто, весьма рѣдко заболѣваютъ, какъ ракомъ вообще, такъ и ракомъ матки въ частности. Такъ, *Уайтоллъ* въ Ньюіоркѣ въ числѣ 2000 цвѣтнокожихъ женщинъ, имъ пользовавшихся, видѣлъ всего 2 случая злокачественнаго пораженія матки. По статистическимъ даннымъ *Чизолма*, изъ 4502 бѣлыхъ (мужчинъ и женщинъ) отъ рака умерли 35 (0,86%), а изъ 10828 черныхъ (мужчинъ и женщинъ) 40 (0,37%), то-есть менѣе чѣмъ на половину). (Впрочемъ, судя по этимъ цифрамъ, въ Сѣверной Америкѣ даже у бѣлыхъ ракъ встрѣчается гораздо рѣже, чѣмъ въ Европѣ).

Что касается возраста, то, сопоставивъ, кромѣ личныхъ моихъ наблюденій, цифры *Леберта*, *Кивиша*, *Кіари*, *Зейферта*, *Сканцони*, *Левера*, *Ли*, *Таннера* (цифры *Буавэна* и *Дюзэ* я опускаю, какъ сомнительныя), то получимъ 745 случаевъ рака матки съ слѣдующимъ распредѣленіемъ по возрастамъ:

моложе 20 л.	20—30 л.	30—40 л.	40—50 л.	50—60 л.	60—70 л.	старше 70 л.
0	43 (5,77%)	167 (22,4%)	312 (41,9%)	155 (20,8%)	62 (8,32%)	6 (0,8%)

¹⁾ *Лотаръ Мейеръ*, Zur ätiol. Statistik des Gebärm.-Krebses, въ Berl. V. z. Geb. u. Gyn., т. III, стр. 3.

²⁾ По *Гью (Hough)*, *Танчону*, *Симпсону*, *Энтимеру*, *Виллику* и *Вранн*, изъ 19666 женщинъ, одержимыхъ ракомъ, 6548, то-есть почти ровно третья часть умерли, отъ рака матки.

По результатамъ вскрытій *Гью* (Hough), *Блау* и *Диттриха*, обнимающихъ 492 случая, оказываются слѣдующія цифры:

моложе 20 л. 20—30 л. 30—40 л. 40—50 л. 50—60 л. 60—70 л. старше 70 л.
 0 22 (4,47%) 107 (21,75%) 133 (27%) 153 (31,1%) 53 (10,77%) 24 (4,87%) .

Такимъ образомъ здѣсь среднее число падаетъ на болѣе поздній возрастъ, что, конечно, отчасти объясняется тѣмъ, что патолого-анатому ракъ матки попадается позже, чѣмъ клиницисту.

Цифры эти показываютъ, далѣе, что до періода возмужалости и даже до 20 лѣтъ ракъ матки вовсе не встрѣчается. Затѣмъ, частотъ его возрастаетъ до пятого десятка и опять нѣсколько уменьшается послѣ прекращенія мѣсячныхъ очищеній. Но по тѣмъ же цифрамъ видно, что и въ климактерическомъ періодѣ число больныхъ ракомъ весьма значительно и что въ дѣйствительности это число должно быть еще больше, такъ какъ въ пожиломъ возрастѣ женщинъ вообще значительно меньше. Болѣе ясно это видно по статистикѣ *Глаттера*¹⁾, гдѣ число женщинъ, умершихъ отъ рака, показано въ процентномъ отношеніи къ числу всѣхъ женщинъ соотвѣтственнаго возраста. Изъ этой статистики видно, что въ Вѣнѣ отъ рака матки умерло женщинъ:

въ возрастѣ отъ	21—25 лѣтъ	0,1 проц.
" "	" 26—30 "	" 1,05 "
" "	" 31—35 "	" 1,45 "
" "	" 36—40 "	" 3,64 "
" "	" 41—45 "	" 4,73 "
" "	" 46—50 "	" 6,62 "
" "	" 51—55 "	" 5,5 "
" "	" 56—60 "	" 3,96 "
" "	" 61—65 "	" 2,04 "
" "	" 66—70 "	" 2,03 "
" "	" 71—75 "	" 0,91 "
" "	" 76—80 "	" 0,66 "
	старше 80 "	" 0,36 "

Такимъ образомъ климактерическій возрастъ даетъ наибольшую цифру умершихъ отъ рака матки. Послѣ этого возраста цифра смертности убываетъ лишь весьма постепенно. Въ общемъ же изъ всего числа женщинъ старше 20 лѣтъ отъ рака матки умерли 2,5%.

Что половыя удовольствія, въ особенности неумѣренныя, благопріятствуютъ развитію рака, это утверждаютъ уже давно и факты дѣйствительно показываютъ, что раковое новообразование чаще встрѣчается у замужнихъ женщинъ. Такъ, изъ 531 больныхъ, которыхъ наблюдали *Кіари*, *Зейфертъ*, *Сканцони*, *Вестъ*, *Таннеръ*, *Гуссеровъ* и я, 449 имѣли дѣтей и только 82 были бездѣтны. *Функъ*²⁾ на 925 больныхъ нашелъ всего 69 бездѣтныхъ. Между больными ракомъ находятъ значительное число такихъ, которыя рожали по многу разъ (между моими больными

¹⁾ Vierteljahrsschr. f. öff. Gesundheitspf., 1870, II, стр. 161.

²⁾ Anz. d. Ges. d. Aerzte in Wien, 2 апрѣля 1874, № 25.

одна рожала 13, а другая 15 разъ). Всего яснѣе вліяніе правильныхъ половыхъ удовольствій видно изъ сравнительной статистики *Глаттера*. Она показываетъ, что въ Вѣнѣ приходилось

	незамужнихъ	замужнихъ	вдовъ
на 1000 женщинъ старше 20 лѣтъ	459	408	133
на 1000 женщинъ, умершихъ отъ рака,	229	503	268

Откуда ясно видно, что незамужнія гораздо рѣже умираютъ отъ рака матки.

Тѣмъ не менѣе едва ли можно истолковать эти данныя въ томъ смыслѣ, будто причиной рака служить просто травматическое раздраженіе, такъ какъ спокойное положеніе влагалищной части относительно рѣдко нарушается даже при самомъ частомъ повтореніи полового акта и родовъ (проститутки, напимѣръ, вовсе не отличаются особеннымъ расположеніемъ къ раку матки). Необузданная половая похоть, замѣчаемая у нѣкоторыхъ женщинъ, одержимыхъ ракомъ, есть только слѣдствіе пораженія матки. Какъ бы то ни было, замѣчательно то, что отверстіе матки такъ же часто поражается ракомъ, какъ и большинство другихъ отверстій тѣла: губы, привратникъ, слѣзная и прямая кишки.

Наименѣе достовѣрнымъ, по имѣющимся до сихъ поръ статистическимъ даннымъ, оказывается вліяніе наследственности, хотя надо признаться, что это вліяніе труднѣе всего можетъ быть доказано. Изъ 326 случаевъ, собранныхъ *Гуссеровымъ*¹⁾ (*Гуссерова, Ганнера, Левера, Леберта, Сканциони* и *Веста*), только въ 34 удалось доказать наследственность. *Сиблей* нашелъ наследственность въ 8 случаяхъ изъ 135, *Баркеръ* въ 36 изъ 487, а всего на 948 случаевъ 78 разъ.

Сканциони придаетъ большое этиологическое значеніе предшествующимъ угнетающимъ аффектамъ, вліяніе которыхъ дѣйствительно весьма рѣзко выступаетъ въ отдѣльныхъ случаяхъ.

Патологическая анатомія.

Относительно злокачественныхъ опухолей шейки, начиная съ злокачественнаго нароста въ видѣ капусты *Кларка*, канкроидовъ, мозговидныхъ раковъ и копчая скирромъ, существуетъ такая запутанность и невѣрность номенклатуры, что мы прежде всего должны условиться на счетъ того, какъ мы будемъ смотрѣть на различныя формы рака.

Замѣчу съ самаго начала, что я не отдѣляю ни злокачественныхъ сопочковыхъ опухолей отъ канкроидовъ, ни послѣднихъ отъ раковъ. Въ этомъ вопросѣ я придерживаюсь воззрѣній *Вальдейера*, который относитъ происхожденіе всѣхъ формъ рака къ настоящему эпителию, то-есть рассматриваетъ ихъ, какъ эпителиальныя опухоли, развивающіяся исключительно изъ существующаго эпителия, и который въ тѣхъ весьма рѣдкихъ

¹⁾ l. c., стр. 121.

случаяхъ, когда первичные раки появляются на мѣстахъ, лишенныхъ эпителиальной почвы, смотритъ на нихъ какъ на продуктъ случайно заброшенныхъ туда остатковъ эпителиальнаго зародышеваго листка. Этимъ проводится рѣзкая грань между ракомъ и саркомой, какъ чистой соединительно-тканной опухолью.

Раковые опухоли развиваются, слѣдовательно, такимъ образомъ, что нормальный эпителий поверхности тѣла или желѣзъ даетъ цилиндрическіе отростки во всѣ стороны, раздавливаетъ остальные ткани и раздвигаетъ соединительно-тканныя перекладины, обзаводится остовомъ изъ соединительной ткани и придаетъ всей опухоли альвеолярное строеніе. Смотря по тому, преобладаетъ ли эта соединительно-тканная основа, развивающаяся отчасти путемъ новообразованія изъ имѣющейся соединительной ткани, или эпителиальныя раковыя гнѣзда, различаютъ твердыя формы — скирры — и мягкія формы — мозговики.



Фиг. 96.

Карциномъ передней губы.



Фиг. 97.

Та же больная 1¹/₄ года послѣ операци.

Болѣе строгое разграниченіе этихъ формъ не можетъ быть проведено съ клинической точки зрѣнія, именно при ракахъ шейки, ибо при всемъ ихъ внѣшнемъ разнообразіи онѣ имѣютъ здѣсь одинаковое значеніе, весьма часто у одной и той же больной переходятъ другъ въ друга, пространственно или преемственно, и потому должны быть разсматриваемы какъ части одного цѣлаго.

Мы начнемъ наше изложеніе съ злокачественной папилломы.

По внѣшнему своему виду, она вначалѣ совершенно напоминаетъ описанную выше доброкачественную папиллому, съ тою только разницею,

что эпителиальные цилиндры глубже проникаютъ въ ткань между сосочками, такъ что подъ слизистой оболочкой существуютъ эпителиальныя раковыя гнѣзда. Если срѣзать опухоль параллельно ея основанію, то поверхность разрѣза представляется неоднородной, а усѣянной очень мелкими, не выше горошины, кругловатыми полостями, наполненными желтоватой, маркой массой, выступающей отъ давленія на подобіе угрей (сплоченныя эпителиальныя клѣтки), или то болѣе густымъ, то болѣе жидкимъ сокомъ (отчасти жирно распавшіяся, отчасти взвѣшенные въ сукровицѣ, раковыя клѣтки). Эти-то опухоли образуютъ главный контингентъ cauliflower excrescence *Кларка*.



Фиг. 98.

Большой канцеръ въ влагалищной части.



Фиг. 99.

Сильное разращеніе шейки и окружающей соединительной ткани.

Въ другихъ случаяхъ сосочковое разращеніе бываетъ гораздо менѣе значительно. Отдѣльныя сосочки вздуваются колбообразно на своихъ верхушкахъ, такъ что даютъ не сосочковыя, обильно развѣтвляющіяся опухоли, а лишь поверхность слизистой оболочки получаетъ нѣсколько зернистый видъ. При этомъ слизистая оболочка плотно прикреплена къ твердому инфильтрованному основанію, такъ какъ эпителий ея вросаетъ въ видѣ цилиндровъ въ подлежащую ткань и, по мѣткому выраженію *Вальдейера*, слизистая оболочка какъ бы приколочена гвоздиками. Раковыя гнѣзда, по мѣрѣ своего разростанія, распадаются, начиная съ центра, въ желтоватую маркую кашицу, а заложенная между ними соединительно-тканная основа постепенно омертвѣваетъ, вслѣдствіе усиливающагося давленія. Этимъ путемъ подъ слизистой оболочкой образуется

язва, которая вскорѣ вскрывается на поверхность, опораживается наружу, оставляя характерное дно раковой язвы. Въ то же время процессъ вросанія эпителия въ нормальныя ткани перекидывается и на сосѣднія части, такъ что немного времени спусти влагалищный сводъ тоже инфильтрируется, то-есть отвердѣваетъ и становится неподвижнымъ.

Если, раздражаемая новообразованными эпителиальными массами, слизистая оболочка, въ свою очередь, представляющая тоже болѣе или менѣе сильное разращеніе сосочковъ, въ большей или меньшей степени вдается въ просвѣтъ влагалища, образуя опухоль, отходящую на ножкѣхъ отъ одной изъ маточныхъ губъ или отъ всей влагалищной части, то получается канкронидная форма рака. Если же эпителиальные цилиндры сряду же вѣдряются въ глубь нормальныхъ тканей, такъ что получается не столько наростъ на влагалищной части, сколько раковое перерожденіе шейки и окружающей соединительной ткани, то мы имѣемъ настоящія раковыя формы. Въ свою очередь послѣднія могутъ представлять значительныя разновидности. Вначалѣ соединительно-тканная основа по своей мощности значительно преобладаетъ надъ одиночными эпителиальными цилиндрами, проникающими въ глубину. Въ такомъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ болѣе твердыми скirrosными формами, но въ большинствѣ случаевъ эпителиальное разращеніе въ скоромъ времени на столько беретъ верхъ, что соединительно-тканная основа сильно истончается. При этомъ, если омертвѣлыя раковыя клѣтки пробили слизистую оболочку, другими словами, если образовалась раковая язва, то начинается либо сильное размноженіе раковыхъ клѣтокъ въ образующейся вновь вѣжной соединительнотканной основѣ, либо петли соединительной ткани рано сгниваютъ, содержимое ихъ стекаетъ наружу и въ обоихъ случаяхъ результатомъ являются громадныя потери вещества. Это различныя формы мозговидныхъ раковъ.

Сравнительно рѣдко случается, чтобы въ то время, когда раковое пораженіе на столько уже разлилось по пространству, что весь влагалищный сводъ вплоть до самыхъ стѣенокъ таза представляется инфильтрированнымъ, эпителиальные цилиндры до такой степени были разъединены между собою, чтобы плотность опухоли опредѣлялась ея соединительно-тканною основою; другими словами, въ позднѣйшихъ періодахъ ракъ рѣдко представляетъ скirrosную форму.

Поэтому наружный видъ рака шейки можетъ быть весьма различенъ. Иногда находятъ крупныя сосочковыя опухоли (фиг. 98), въ другихъ случаяхъ подъ гладкой слизистой оболочкой заложены большія новообразованныя опухоли, произведшія сильную гипертрофію влагалищной части, или уже на столько перекинувшіяся на влагалищный сводъ, что влагалищная часть не можетъ быть прорвана отдѣльно (фиг. 99). Смотря по тому, продолжаетъ ли новообразование разрастаться далѣе, распадается лишь въ послѣдствіи, или новообразованная ткань тотчасъ же рас-

плавается, такъ что на влагалищномъ сводѣ находятъ только воронкообразный кратеръ,—раковая опухоль получаетъ весьма различный видъ. Вслѣдствіе быстраго распаденія вновь образующихся разраженій на краяхъ язвы, характеръ новообразованія можетъ быть такъ замаскированъ, что раковая опухоль представляется лишь въ видѣ неудержимо разрастающейся язвы, вполне похожей на описанное выше *ulcus phagadaenicum* или *corrudens* (фиг. 100).

Характеристическая особенность распространенія рака состоитъ въ томъ, что новообразование не стѣсняется границами опредѣленныхъ тканей или органовъ. Поэтому раковое пораженіе только не надолго ограничивается паренхимой шейки. Въ очень скоромъ времени оно переходитъ и на сосѣдную соединительную ткань, такъ что границы шейки ступеньваются, вслѣдствіе равномерной твердости перерожденныхъ частей, и набуханіе шейки часто потому кажется такимъ значительнымъ, что по бокамъ ея инфильтруется и соединительная ткань. Эта инфильтрація соединительной ткани вскорѣ распространяется по сторонамъ таза и подчасъ преимущественно по лимфатическимъ сосудамъ, которые оказываются биткомъ набитыми раковыми клѣтками.

Кверху раковыя перерожденія непосредственно простираются до области внутренняго зѣва. Здѣсь оно останавливается нерѣдко, такъ что вся шейка можетъ быть уже совершенно разрушена въ то время, какъ тѣло матки лишь въ ничтожной степени охвачено новообразованиемъ. За то въ другихъ случаяхъ тѣло матки цѣликомъ подвергается перероженію и послѣ значительной гипертрофіи постепенно разрушается. Мало того, процессъ можетъ распространиться и далѣе, на фаллопиевы трубы. *Блау* нашель, что изъ 93 случаевъ въ 31 новообразование распространилось на внутренній зѣвъ, на тѣло матки, а *Вагнеръ* видѣлъ то же самое въ 32 случаяхъ изъ 83. Впрочемъ, и помимо непосредственной связи съ ракомъ шейки, въ тѣлѣ матки могутъ образоваться метастатическіе узлы.

Весьма часто и обыкновенно уже въ раннихъ періодахъ процессъ распространяется на слизистую оболочку влагалища, хотя большею частью только въ верхней трети. Наибольшее расположеніе къ дальнѣйшему распространенію новообразованія внизъ обнаруживаетъ передняя стѣнка влагалища, на которой иногда находятъ инфильтрованнымъ даже валикъ мочеиспускательнаго канала. Крупныя опухоли не легко образуются на слизистой оболочкѣ влагалища, и хотя послѣдняя иногда представляется весьма утолщенной, тѣмъ не менѣе большею частью процессъ уже рано ведетъ къ образованію язвъ. Если новообразование со всѣхъ сторонъ охватило стѣнку влагалища, то границы между нимъ и маткой совершенно исчезаютъ и въ подобныхъ случаяхъ мы всегда склонны уменьшать размѣры влагалища, отнеся все пространство, пораженное ракомъ,

къ шейкѣ, особенно когда инфильтрація влагалищныхъ стѣнокъ на столько мощна, что уничтожаетъ просвѣтъ (фиг. 101).

Ракъ передней стѣнки влагалища и передней губы, разростаясь въ глубину, легко переходитъ на мочевой пузырь. При этомъ вначалѣ слизистая оболочка образуетъ возвышенія, которыя изъязвляются, распадаются и, когда вся раковая ткань промежуточной стѣнки такимъ образомъ совершенно расползется, получается большой пузырно-влагалищный свищъ; по *Блау*, образование свища имѣло мѣсто въ 29 случаяхъ изъ 93, а по *Эттингеру*, въ 14 изъ 79. Точно также можетъ разрушаться и мочеиспускательный каналъ, такъ что между нимъ и влагалищемъ образуется свищъ, существующій отдѣльно или вмѣстѣ съ упомянутымъ выше свищомъ. Въ другихъ случаяхъ поражаются и мочеточники, вслѣдствіе чего, а еще чаще вслѣдствіе давленія со стороны сосѣднихъ раковыхъ узловъ или воспалительныхъ выпотовъ, развивается гидронефрозъ. *Блау* наблюдалъ этотъ исходъ въ 57 случаяхъ изъ 93, а *Зейфертъ* утверждаетъ даже, что въ большинствѣ случаевъ рака матки смерть происходитъ отъ уреміи.



Фиг. 100.

Раковое изъязвленіе, разрушившее большую часть матки.



Фиг. 101.

Ракъ шейки съ послѣдовательнымъ распространеніемъ на влагалище и вскрытіемъ въ пузырь.

Нѣсколько рѣже ракъ искривляется чрезъ заднюю стѣнку влагалища въ прямую кишку (по *Блау*, въ 13 случаяхъ изъ 93, по *Эттингеру*, въ 3 изъ 79), такъ что, вслѣдствіе прободенія обоихъ органовъ, всѣ три отверстія сливаются въ одну громадную клоаку.

Въ брюшную полость ракъ обыкновенно не вскрывается, такъ какъ на мѣстахъ брюшины, къ которымъ направляется новообразованіе, образуются воспалительныя утолщенія и сращенія, мѣшающія прободенію. Вслѣдствіе этого, при ракахъ, заходящихъ далеко вверхъ, находятъ многочисленныя сращенія, перестилающія переднюю и заднюю выемки брюшины и спаивающія придатки матки, какъ между собою, такъ и съ маткой, кишками и сальникомъ. Въ этихъ ложныхъ перепонкахъ встрѣчаются иногда ограниченныя слизистыя отеки, придающіе имъ видъ большихъ желтыхъ кистъ.

Въ другихъ случаяхъ, однакоже, раковые узлы непосредственно вросаютъ въ брюшную полость или образуются открытыя сообщенія между ихорозною полостью влагалища и полостью живота.

Далѣе, перерожденіе можетъ распространиться по сторонамъ, на клетчатку, мышцы, надкостницу и даже на тазовыя кости, такъ что весь малый тазъ выполняется раковыми массами. Кромѣ того, оно переходитъ и на другіе органы, на нервы, вены и въ особенности на лимфатическія желѣзы.

Кверху ракъ можетъ перейти не только на тѣло матки, трубы и яичники (первые два органа обыкновенно поражаются путемъ перехода рака по протяженію, послѣдніе также путемъ переноса), но даже и на находящійся по близости сальникъ и кишки, такъ что и послѣднія (не одна только прямая кишка) могутъ открываться въ общую клоаку.

Такимъ образомъ, въ очень злокачественныхъ случаяхъ дѣло доходитъ до образованія большой ихорозной полости, въ которую открываются мочевой пузырь и прямая кишка и въ которой отъ матки не остается и слѣда. Тѣ мѣста стѣнокъ этой полости, которыя не представляютъ раковой инфильтраціи, часто бываютъ покрыты дифтеритическими наслоеніями.

Вторичныя раки другихъ органовъ встрѣчаются нерѣдко; чаще всего они имѣютъ мѣсто въ паховыхъ, поясничныхъ и забрюшинныхъ желѣзахъ, затѣмъ преимущественно въ яичникахъ, печени, легкихъ и, въ видѣ исключенія, почти во всѣхъ органахъ. Въ числѣ 292 случаевъ *Арнотта*, *Врани*, *Блау*, *Кивизиа*, *Леберта* и *Ванера* 51 разъ отмѣчены раки яичника и 24 раза раки печени. Въ противоположность мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, вторичный ракъ груди составляетъ весьма рѣдкое явленіе; изъ 292 случаевъ онъ найденъ всего 3 раза.

Принадки.

Злокачественный характеръ рака шейки усиливается еще тѣмъ, что первые начатки его обыкновенно не вызываютъ никакихъ явленій, такъ что страданіе большею частью узнается слишкомъ поздно; только при злокачественной папилломѣ уже рано появляется бленоррея, а подчасъ

и кровотеченія. При другихъ же формахъ рака вначалѣ течъ бываетъ очень незначительна, такъ что, при отсутствіи другихъ тревожныхъ припадковъ, заболѣваніе дѣлается извѣстнымъ врачу уже въ то время, когда ракъ вскрылся, т. е. когда уже образовалась раковая язва.

Въ это время появляются уже обильныя бѣли и маточныя кровотечения. Послѣднія вначалѣ имѣютъ лишь характеръ усиленныхъ мѣсячныхъ очищеній, но позднѣе они показываются также независимо отъ регулъ (нерѣдко первымъ признакомъ, обращающимъ на себя вниманіе больной, служитъ отхожденіе крови послѣ совокупленія). Кровотеченій можетъ и не быть, особенно при скirrosныхъ формахъ, но въ большинствѣ случаевъ они существуютъ и могутъ достигнуть громаднхъ размѣровъ, веди за собою крайнія степени малокровія; тѣмъ не менѣе смерть едва ли когда либо бываетъ слѣдствіемъ истеканія кровью.

Очень обильныя бѣли большею частью появляются не ранѣе, какъ послѣ первыхъ кровотеченій, хотя незначительное слизетеченіе, незамѣчаемое больными, существуетъ и до того. Бѣли могутъ быть—какъ при папилломахъ— почти чисто серозныя, съ приторнымъ, но не вонючимъ запахомъ; но разъ образовалась раковая язва, отдѣленіе принимаетъ болѣе подозрительныя свойства: цвѣтъ его темнѣетъ отъ примѣси омертвѣлыхъ кусковъ ткани, дѣлается сѣрымъ, желтоватымъ, зеленоватымъ, буроватымъ и даже чернымъ и вмѣстѣ съ этимъ появляется вонючій, подчасъ по-истинѣ ужасный запахъ.

Боли вначалѣ бывають очень незначительны или вовсе не замѣчаются, особенно если принять во вниманіе, что легкія боли въ крестцѣ, равно какъ чувство давленія въ тазу свойственны чуть-ли не всѣмъ болѣзнямъ матки. Сильныя боли появляются преимущественно въ томъ случаѣ, когда раковая инфильтрація переходитъ на тазовую клетчатку, и притомъ бывають тѣмъ сильнѣе, чѣмъ больше, а въ особенности, чѣмъ плотнѣе узлы, вслѣдствіе чего самыя жестокія боли встрѣчаются при мало и поздно изъязвляющихся ракахъ, выполняющихъ своими твердыми, какъ доска, инфильтраціями всю полость таза. Но это далеко не общее правило, такъ что очень сильныя боли встрѣчаются иногда при ракахъ, состоящихъ почти-что изъ однѣхъ язвъ, и наоборотъ.

Къ этимъ болямъ, обусловленнымъ ростомъ рака и имѣющимъ часто колющій, пронизывающій характеръ, присоединяются еще перитоническія боли, вызываемыя воспалительными сращеніями, которыя образуются, какъ только новообразованіе подойдетъ къ брюшинѣ. Не мало мученій причиняють также маточныя колики, зависяція отъ суженія канала шейки новообразованіемъ и скопленія отдѣленій въ маточной полости. Кромѣ того, вслѣдствіе закрытія шейки, могутъ образоваться легкія степени гематометры и гидрометры.

Большею частью этими именно болями обуславливается своеобразная твердость брюшныхъ покрововъ, характеристическая для позднѣйшихъ

періодовъ рака. Мышцы бывають постоянно напряжены въ сильной степени, а кишки нѣсколько вздуты, вслѣдствіе чего брюшные покровы даютъ характеристическое ощущеніе какой-то заоченѣлости.

Остальные явленія, о которыхъ намъ остается еще упомянуть, имѣютъ своимъ источникомъ распространеніе процесса на сосѣдніе органы. Съ значительной правильностью ракъ переходитъ на переднюю стѣнку влагалища, приближаясь такимъ образомъ къ пузырю. Вслѣдствіе раздраженія слизистой оболочки пузыря, появляются боли при мочеиспусканіи и частые позывы. Задержаніе мочи въ пузырь имѣетъ мѣсто въ рѣдкихъ случаяхъ, за то гидронефрозъ съ послѣдовательными страданіями почекъ составляютъ довольно частое явленіе, такъ какъ мочеточники весьма часто суживаются, какъ раковыми отложеніями, такъ и вслѣдствіе перегибовъ и перетяжекъ периметрическаго происхожденія. Если слизистая оболочка пузыря вовлекается въ процессъ перерожденія, то происходитъ катарръ или дифтеритъ пузыря и, послѣ язвеннаго распада новообразованныхъ массъ, остается влагалищно-пузырный свищъ съ его печальными послѣдствіями.

Нерѣдко ракъ переходитъ и на прямую кишку. Но уже раньше этого могутъ появиться упорные запоры или катарръ толстой кишки, если просвѣтъ ея суживается крупными опухолями. По вскрытіи рака въ прямую кишку, образуется клоака, такъ какъ пузырьный свищъ обыкновенно существуетъ уже раньше.

Общее состояніе больныхъ вначалѣ болѣзни и особенно до изъязвленія рака можетъ быть превосходнымъ. Но мало по малу оно принимаетъ весьма печальный оборотъ, частью вслѣдствіе потери крови и соковъ изъ шейки, главнымъ же образомъ, вслѣдствіе разстройствъ кишечнаго канала, составляющихъ постоянный спутникъ рака. Появляются упорные запоры, а въ другихъ случаяхъ и притомъ, большею частью, въ позднѣйшихъ періодахъ обильные поносы, съ потерей аппетита и весьма часто вмѣстѣ съ рвотой. Последняя можетъ зависѣть отъ множества причинъ, между которыми *Гуссеровъ* отводитъ первое мѣсто тошнотѣ, вызываемой отвратительными истеченіями, и уремія, обусловливаемой суженіемъ мочеточниковъ. Если, вдобавокъ, боли лишаютъ больную сна, если бленоррея и кровотеченія очень обильны, то наступаетъ крайнее кахектическое состояніе съ чрезвычайно сильнымъ исхуданіемъ и отеками.

Большинство больныхъ медленно умираетъ отъ истощенія, къ которому подчасъ присоединяются уремія и гнилостныя состоянія. Иногда случайный перитонитъ кладетъ конецъ жизни, или картина болѣзни завершается заболѣваніемъ дыхательныхъ органовъ ¹⁾.

¹⁾ По *Блау*, изъ 93 больныхъ 48 умерли отъ маразма, 27 отъ перитонита, 11 отъ пневмоніи, 3 отъ плеврита, 3 отъ эмболіи легочной артеріи и по одной отъ піелонефрита, жирнаго перерожденія сердца, гангрены легкихъ и пилефлебита.

Продолжительность болѣзни трудно опредѣлить, такъ какъ начало ея остается незамѣченнымъ; во всякомъ случаѣ, она весьма различна. По *Арнолту*, при ракѣ она равняется 53,8, а при канкроидѣ 82,7 недѣли. *Вестъ* и *Лебертъ* опредѣляютъ среднюю продолжительность въ 15 и 16 мѣсяцевъ, тогда какъ другіе англійскіе и въ особенности американскіе врачи даютъ еще болѣе высокія числа. Такъ, по *Симпсону*, ракъ длится 2—2½ года, а по *Баркеру* даже 3 года и 8 мѣсяцевъ. Последній между прочимъ разсказываетъ объ одной больной, у которой онъ еще за 11 лѣтъ передъ тѣмъ опредѣлилъ ракъ и которая еще въ состояніи посѣщать церковь и оперу, хотя почти вся матка уже разрушена. Къ Германіи же эти высокія среднія цифры непримѣнимы; я принимаю вмѣстѣ съ *Гуссеровымъ*, что ракъ шейки оканчивается смертью чрезъ 1—1½ года послѣ появленія первыхъ признаковъ.

Распознаваніе.

Распознаваніе представляетъ трудности собственно только въ первомъ періодѣ, покуда ракъ еще не изъязвленъ, такъ какъ въ этомъ случаѣ его весьма трудно отличить отъ гомологической гипертрофіи влагалищной части. Для отличія этихъ двухъ состояній важны слѣдующіе признаки:

Консистенція рака, хотя и не всегда бываетъ очень тверда, но за то неподатлива, тогда какъ старыя соединительно-тканныя разраженія, хотя и могутъ быть очень твердыми, но всегда сохраняютъ извѣстную степень эластичности. При этомъ послѣднія поражаютъ ткань шейки довольно равномерно, тогда какъ для рака характеристичны именно неупругіе, твердые узлы, заложенные въ почти нормальной ткани. Впрочемъ, нужно остерегаться, чтобы не смѣшать эти узлы съ набухшими фолликулами, представляющими на оцупь большое сходство съ ними.

Для раковой опухоли характерно также состояніе слизистой оболочки, которая, даже не будучи изъязвлена, плотно сидитъ на подлежащей ткани и не можетъ быть приподнята съ нея. По выраженію *Вальдейера*, она прикрѣплена эпителиальными цилиндрами къ подлежащей ткани какъ бы гвоздями.

Далѣе, ракъ не ограничивается одной шейкой, подобно доброкачественной гипертрофіи послѣдней, а рано поражаетъ соединительную ткань влагалищнаго свода, такъ что границы шейки совершенно стираются; напротивъ того, при доброкачественной гипертрофіи, шейка, хотя и утолщена, но все-таки ясно прощупывается среди окружающей соединительной ткани.

Штисльбергъ ¹⁾ указываетъ еще на различныя отношенія обѣихъ болѣзней къ прессованной губкѣ: при простой гиперплазіи, стѣнки шейки

¹⁾ Arch. f. Gyn., т. III, стр. 233.

размягчаются и разрыхляются отъ вставленія губки, тогда какъ при раковомъ перерожденіи онѣ остаются безъ измѣненій.

Для правильнаго распознаванія важно помнить, что весьма рѣдко представляются случаи видѣть ракъ въ такомъ раннемъ періодѣ; поэтому, въ случаѣ сомнѣній, можно почти съ увѣренностью принять доброкачественное измѣненіе.

Впрочемъ, въ исключительныхъ случаяхъ ракъ шейки возникаетъ еще и инымъ способомъ. Такъ, *Leisgar* ¹⁾ наблюдалъ случай раковаго перерожденія у одной 60-лѣтней больной, гдѣ гипертрофія шейки достигла такихъ размѣровъ, что влагалищная часть выдавалась на 3 сантим. изъ половой щели, тогда какъ слизистая оболочка была совершенно здорова. Подозрительной казалась, кромѣ быстро развитія опухоли въ такомъ позднемъ возрастѣ, еще мягкая консистенція опухоли. Я самъ нашелъ, при вскрытіи одной больной послѣ оваріотоміи, незамѣченный раньше мозговикъ въ верхней части шейки. Въ этомъ мѣстѣ существовала полость, образовавшаяся послѣ распада мозговика и покрытая гладкой слизистой оболочкой шейки, тогда какъ влагалищная часть была совершенно нормальна. Киста личника не представляла и слѣдовъ подозрительнаго новообразованія, тогда какъ одна изъ желѣзъ широкой маточной связки, равно какъ и забрюшинныя желѣзы были инфильтрированы раковыми массами.

Изъязвленный ракъ, съ которымъ почти исключительно приходится имѣть дѣло врачу, не представляетъ никакихъ затрудненій при распознаваніи. Одни только ихорозно распавшіеся фиброиды или полипы могутъ быть случайно приняты за ракъ, если не будетъ сдѣлано точнаго изслѣдованія.

Вопросъ о томъ, какъ далеко уже успѣла распространиться раковая инфильтрація, обыкновенно рѣшается съ большимъ трудомъ, такъ какъ первыя эпителиальныя предтечи, а иногда и вполне развитыя разращенія идутъ гораздо дальше, чѣмъ показываетъ изслѣдованіе. Въ особенности на тазовую клѣтчатку новообразование распространяется гораздо глубже, чѣмъ это кажется съ виду.

Предсказаніе.

Къ сожалѣнію, мы едва ли ошибемся, если во всѣхъ случаяхъ, гдѣ діагнозъ сдѣланъ вѣрно, признаемъ предсказаніе безусловно роковымъ, такъ какъ естественное исцѣленіе едва ли встрѣчается, а излеченіе послѣ операціи составляетъ большую рѣдкость, хотя, быть можетъ, только оттого, что операцію производятъ слишкомъ поздно. Къ этому присоединяется еще то, что общее состояніе больной бываетъ въ высшей степени печальное и часто, не смотря на невыносимыя страданія, почти полное отсутствіе сна, поражающую худобу и невыносимый не только для окружающихъ, но и для самой больной запахъ, болѣзнь длится необыкновенно долго. Въ другихъ случаяхъ смерть наступаетъ внезапно отъ перитонита или воспаленія легкихъ.

¹⁾ Virchow's Arch., 1872, т. 55, стр. 245.

Лечение.

Само собою разумѣется, что первымъ дѣломъ надо стараться о радикальномъ удаленіи раковой опухоли, хотя, къ сожалѣнію, послѣднее удается очень рѣдко. Способъ удаленія долженъ быть непременно оперативный, такъ какъ до сихъ поръ у насъ нѣтъ внутреннихъ средствъ, которыми можно было бы измѣнить ненормальный характеръ роста кѣлочекъ (полагать надо, что и кондуранго тоже скоро будетъ предано забвенію), и такъ какъ въ самомъ началѣ раковаго новообразованія, когда страданіе имѣетъ рѣшительно мѣстный характеръ, уже а priori нельзя ожидать успѣха отъ общихъ внутреннихъ средствъ.

Операция производится со стороны влагалища ¹⁾. Наибольшей пользы можно ожидать отъ нея въ томъ случаѣ, когда дѣло идетъ объ отходящей отъ влагалищной части стебельчатой опухоли, которая не успѣла еще проникнуть глубоко въ существо губы, другими словами, при канкроидѣ и злокачественной формѣ кларковскаго нароста въ видѣ цвѣтной капусты (фиг. 96).

Въ подобныхъ случаяхъ является настоятельная необходимость удалить опухоль какъ можно скорѣе и притомъ такъ, чтобы разрѣзъ можно было вести въ здоровой части. Всего удобнѣе производить операцию въ томъ случаѣ, когда матка можетъ быть смѣщена на столько, что срѣзываемая часть помѣщается передъ наружными половыми частями. Однакоже, это искусственное выпаденіе должно быть произведено только тогда, когда ракъ сидитъ въ шейкѣ на ножкѣ и влагалищная часть совершенно свободна и притомъ не иначе, какъ если матка поддается умѣреннымъ тракціямъ, посредствомъ нитяной петли или, еще лучше, двойныхъ мюзеевскихъ щипцовъ. Сдвинувъ матку внизъ, укрѣпляютъ ее выше ампутируемаго мѣста, перерѣзаютъ опухоль ножомъ или ножницами и усердно прижигаютъ поверхность разрѣза каленымъ желѣзомъ. Прижиганіе составляетъ безусловную необходимость, хотя бы мы были увѣрены, что оперировали въ совершенно здоровой ткани, такъ какъ микроскопическія раковыя гнѣзда могутъ заходить довольно далеко въ совершенно нормальную на видѣ ткань.

Если же матку нельзя сдвинуть внизъ, такъ что операцию приходится дѣлать на мѣстѣ, то лучше всего срѣзать шейку проволочнымъ экразеромъ, или гальванокаустической петлей ²⁾, если почему нибудь неудобно

¹⁾ Объ оперативномъ леченіи, путемъ удаленія всей матки посредствомъ лапаротоміи, не можетъ быть и рѣчи, такъ какъ операція эта, понятное дѣло, можетъ быть сдѣлана только тогда, когда есть возможность сохранить, по крайней мѣрѣ, влагалищную часть; между тѣмъ при ракѣ эта именно часть, какъ наиболее пораженная, должна быть удалена преимущественно предъ другими.

²⁾ *Лаббэ*, *Annales de gynécologie*, мартъ и іюнь 1874.

употребить описанныя ниже острия ложечки. Цѣпной же экразеръ, легко захватывающій сосѣдную слизистую оболочку, долженъ быть рѣшительно оставленъ, а операція ножомъ и ножницами не обходится въ этихъ случаяхъ безъ значительной потери крови, которою мы имѣемъ всѣ основанія дорожить. Ампутаціонная рана, хотя бы произведенная проволокой и не кровоточащая, тоже должна быть энергично прижжена каленымъ желѣзомъ. *Гейаръ* ¹⁾ рекомендуетъ воронкообразное вырѣзываніе шейки, при которомъ разрѣзы направляются кверху такимъ образомъ, что верхушка воронки приходится въ каналъ шейки. Кровотеченіе оное останавливается глубокими швами.

Надо, впрочемъ, сознаться, что даже при этой операціи случаи полного излеченія весьма рѣдки.

Полное излеченіе послѣ операціи стельчатыхъ раковъ наблюдали: *Цимсенъ*, Virchow's Arch., 1859, т. 17, стр. 333 (смерть чрезъ 17 лѣтъ отъ пневмоніи), *К. Майеръ*, *Ламбенбекъ*, *Мартинъ*, M. f. Geb., т. 18, стр. 16, *Мишкикъ*, Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte, 1856, стр. 52 (смерть чрезъ 10 лѣтъ отъ рака желудка), *Симпсонъ*, Clin. lect. on diseases of women, Edinb., 1872, стр. 178 и 179 (отожжена сѣрюнокислымъ цинкомъ), *Белтонъ*, l. c., стр. 201 (разрушена полторохлористымъ желѣзомъ), *Баркеръ*, l. c. (hydrargyrum nitricum), *Уэзерли*, New-Orleans J. of med., окт. 1869, *Меттауеръ*, Boston med. a. surg. J., 10 марта 1870 (hydrarg. nitricum), *Шарлау*, Berlin. V. z. Geb. u. Gyn., II, стр. 23, *Мартинъ*, Berl. klin. W., 1873, № 28 (2 случая), *Гейаръ*, Die oper. Gyn., стр. 229, *Лаббъ*, Annal. d. Gynec., июль 1874, стр. 419, *Беккель*, тамъ-же, стр. 482, *Вайръ*, J. of Obst., V, стр. 727, и VI, стр. 112, и, наконецъ, а самъ въ случаѣ, представленномъ на фиг. 96 и 97.

Если болѣзнь распространилась дальше, такъ что новообразование проникло въ верхнюю часть шейки или разлилось по соединительной ткани влагалищнаго свода, то шансы на предупрежденіе возвратовъ радикальнымъ удаленіемъ опухоли весьма слабы. Тѣмъ не менѣе, въ виду рокового предсказанія, представляемаго распространяющимся ракомъ, настоятельно необходимо во всѣхъ случаяхъ, гдѣ остается хоть какая нибудь надежда, постоянно вновь предпринимать полное вырѣзываніе раковыхъ инфильтратовъ. Это тѣмъ болѣе необходимо, что возможно полное удаленіе перерожденныхъ массъ съ послѣдовательнымъ прижиганіемъ раны оказываетъ рѣшительно благоприятное вліяніе на теченіе болѣзни даже въ тѣхъ случаяхъ, когда оставшіяся раковыя массы продолжаютъ размножаться. Послѣ операціи не только кровотеченія и ихорозное выдѣленіе прекращаются на долгое время, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ уменьшаются и боли, но и самое новообразование, если удаленіе и прижиганіе произведены вполне основательно, принимаетъ болѣе медленный ростъ.

Надо, однакоже, замѣтить, что ножъ и ножницы недостаточны для такой полной экстирпаціи, такъ какъ новообразование проникаетъ въ здоровую ткань крайне неправильными отпрысками.

1) Die operat. Gyn. Erlangen, 1874, стр. 241.

Лучше всего производить операцію такимъ образомъ, чтобы срѣзать съ опухоли, по одному изъ употребительныхъ способовъ, какъ можно большую массу и затѣмъ остающіяся части разрушить прижигающими средствами. При этомъ, чтобы не разрушать здоровую ткань, употребляютъ такія прижигающія средства, которыя дѣйствуютъ преимущественно на эпителиальныя образования, стало быть, и на раковыя массы, и слабѣе на соединительную ткань. Такимъ средствомъ *Симпсонъ* ¹⁾ считалъ прежде сѣрникоислый цинкъ. *Скинъ* ²⁾ рекомендуетъ хлористый цинкъ, который онъ заправляетъ съ крахмаломъ въ тѣсто и, высушивъ, вставляетъ небольшими кусками въ надрѣзы пораженныхъ частей. Я уже болѣе года употребляю спиртной растворъ брома, предложенный англичанами и который оказываетъ такое превосходное мѣстное дѣйствіе, что нахожу возможнымъ рекомендовать его и другимъ. Это леченіе я примѣняю во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ разрушеніе ткани еще не очень значительно, такъ какъ это ѣдкое средство, какъ видно изъ изслѣдованій *Геннеберга* ³⁾, обладаетъ свойствомъ разрушать по преимуществу раковыя гнѣзда и такъ какъ я видѣлъ отъ него относительно очень хорошіе результаты.

Роутъ ⁴⁾ первый предложилъ въ 1866 г. спиртный растворъ брома при ракѣ матки. Онъ смѣшиваетъ 1 часть брома съ 10 частями спирта (смѣшиваніе должно производить осторожно, потому что легко можетъ произойти взрывъ), пропитываетъ этой смѣсью тампоны, которые вкладываетъ на поверхность раны на 48 часовъ. *Винъ Вильямсъ* ⁵⁾ беретъ 1 часть брома на 5 частей спирта и при поверхностныхъ ракахъ приводитъ эту смѣсь въ соприкосновеніе съ язвой посредствомъ ватнаго тампона, а при болѣе плотныхъ разраженіяхъ впрыскиваетъ ее въ самую опухоль. Въ первомъ случаѣ онъ покрываетъ тампонъ каучукомъ и оставляетъ его лежать впродолженіи различнаго времени (отъ 10 минутъ до 2 часовъ), вмѣстѣ съ этимъ дѣлаетъ впрыскиваніе во влагалище изъ очень слабого раствора брома. Собственный носъ онъ защищаетъ ватными шариками, пропитанными содой. Крѣпкій растворъ брома мало по малу утрачиваетъ свой цвѣтъ, но, по мнѣнію *В. В.*, остается такимъ же дѣйствительнымъ, какъ и прежде, въ чемъ я, однакоже, сомнѣваюсь на основаніи моихъ наблюденій.

Недавно *Роутъ* ⁶⁾ предложилъ употребленіе пепсина, который накладывается посредствомъ полотняныхъ компрессиковъ на поверхность раны, не менѣе двухъ разъ въ день, и покрывается каучукомъ.

При далеко распространившемся ракѣ я произвожу операцію слѣдующимъ образомъ:

Такъ какъ раковая инфильтрація шейки и ея окружности не допускаютъ искусственнаго выпаденія, то приходится оперировать на мѣстѣ. Если опухоли имѣютъ сколько нибудь значительный объемъ, то я срѣ-

1) Med. Times, 17 янв. 1857.

2) Amer. J. of Obst., II, стр. 218.

3) Diss. inaug. Erlangen, 1874.

4) Lancet, 1866, II, № 17, London Obst. Tr., 1867, т. VIII, стр. 290, и Berl. med. J., февр. и мартъ 1870.

5) London Obst. Tr., т. XII, стр. 249.

6) Obst. J. of Great Britain, I, стр. 347.

заю ихъ какъ можно основательнѣе ножницами, проволочнымъ экразеромъ или гальванокаустической петлей. Если же такихъ опухолей нѣтъ, если дѣло идетъ не столько о новообразованіи, сколько о раковомъ изъязвленіи, или если перерожденная шейка такъ мала, что ее нельзя захватить, то я съ успѣхомъ прибѣгаю къ острой ложечкѣ *Симона*, выскабливая ею какъ можно большую часть новообразованія (фиг. 102). При мозговидныхъ ракахъ это удается въ весьма обширныхъ размѣрахъ, такъ что послѣ выскабливанія ложечкой нельзя уже прибѣгать къ каленому желѣзу, потому что ложечка слишкомъ близко проникаетъ до соcѣднихъ частей (пузыря, прямой кишки, брюшины). Я проникалъ ложечкой такъ глубоко, что новообразованная полость на значительномъ протяженіи была отдѣлена отъ мочевого пузыря и прямой кишки одной только слизистой оболочкой этихъ органовъ. Если же новообразованіе богато соединительно-тканными элементами, то оно плохо выскабливается ложечкой, какъ и нормальная ткань. Въ подобныхъ случаяхъ, да и вообще когда остаются ясно прощупываемыя части новообразованія, вслѣдъ за экстирпаціей я произвожу сильное прижиганіе каленымъ желѣзомъ. Одинъ прижигатель за другимъ (обыкновенно 20—30) прикладывается къ оставшимся частямъ, пока не получится сознанія, что вся пораженная часть выжжена и пока въ шейкѣ не образуется глубокой кратеръ.



Фиг. 102.

Острия ложечки *Симона*.

Какъ только струпъ начинаетъ отпадать, я прикладываю къ поверхности раны крѣпкій растворъ брома въ спиртѣ (1 часть брома на 5 частей спирта), чтобы по возможности разрушить оставшіяся раковыя гнѣзда, заходящія въ здоровую ткань. На поверхность раны нажимають пропитанный сказаннымъ растворомъ ватный тампонъ и укрѣпляютъ его другимъ тампономъ, посыпаннымъ двууглекислой содой. Последняя нейтрализуетъ стекающій бромъ и такимъ образомъ защищаетъ отъ прижиганія стѣнки влагалища. Впрочемъ, незачѣмъ особенно пугаться смачиванія здоровыхъ частей растворомъ брома, такъ какъ онъ разъѣдаетъ только слизистую оболочку и никогда не производитъ глубокихъ разрушеній. Прежде я оставлялъ бромный тампонъ въ соприкосновеніи съ поверхностью раны только на короткое время, теперь же я удерживаю его впродолженіи 24 часовъ.

Если остаются крупные раковыя узлы, или появляются новыя разраженія, то я впрыскиваю растворъ брома непосредственно въ паренхиму опухоли, посредствомъ шприца для подкожныхъ впрыскиваній, снабженнаго длинной иглой, въ родѣ тѣхъ, которыя давно уже были предложены для укусной кислоты или растворовъ ляписа. Эти впрыскиванія производятъ омертвѣніе значительныхъ кусковъ новообразованія, которыя и отпадаютъ.

Я повторяю эти прижиганія, по крайней мѣрѣ, чрезъ каждые 8 дней, а въ промежутки дѣлаю выпрыскиванія изъ слабаго раствора брома (brom. 1, alkohol. 5, aq. destill. 500).

Острыя ложечки употреблялись уже раньше съ другими цѣлями; такъ, напримѣръ, *Седильо* употреблялъ ихъ для выскабливанія каріозныхъ костей, а *Фольманъ* для выскабливанія язвъ. *Рекамье* предложилъ свою ложечку для отскабливанія доброкачественныхъ грануляцій на внутренней поверхности матки. По замѣчанію *Александра Р. Симпсона*, издателя Clin. lect. on diseases of women, сэръ *Джемсъ Симпсонъ* уже раньше выскабливалъ ногтями или ложечкой сильно развитые раки, чтобы задержать мѣстное распространеніе новообразованія и дать больной возможность оправиться отъ истощенія, вызваннаго обильными истеченіями. Въ послѣднее время *Симонъ* ¹⁾ предложилъ цѣлый наборъ ложечекъ различной величины для выскабливанія раковъ изъ полостей тѣла, и я могу подтвердить, что это весьма удобный, вѣрный и сравнительно безопасный способъ, такъ какъ ложечки выскабливаютъ только раковую, а не здоровую ткань. *Мунде* ²⁾ тоже получилъ благоприятные результаты отъ этого леченія.

Чаще ли этимъ способомъ достигается радикальное излеченіе, чѣмъ прежними, рѣшить пока невозможно. Въ одномъ изъ моихъ случаевъ (фиг. 96 и 97), гдѣ, правда, я имѣлъ канкрондъ, отходившій на ножкѣ отъ передней губы, что значительно улучшаетъ шансы, больная выздоровѣла и до настоящаго времени, т. е. почти спустя 2 года, не имѣла рецидива. Въ другомъ случаѣ, гдѣ инфильтрація отчасти успѣла уже перейти на тазовую клѣтчатку, больная умерла отъ перитонита, зависѣвшаго не отъ операціи, и при вскрытіи нельзя было открыть никакихъ слѣдовъ раковой ткани даже подъ микроскопомъ. Въ остальныхъ же случаяхъ, пользованныхъ мною по этому способу, я, правда, не достигалъ больше полнаго излеченія, но надо замѣтить, что это были все такіе случаи, въ которыхъ перерожденіе захватывало уже верхнія части шейки и тазовую клѣтчатку.

Но послѣ всего, что я испыталъ, вѣрно одно, что растворъ брома составляетъ превосходное мѣстное средство. Даже въ упомянутомъ выше случаѣ, гдѣ ложкой произведена была громадная рана, простиравшаяся до пузыря и прямой кишки, я достигъ такого полнаго мѣстнаго излеченія, что при изслѣдованіи зеркаломъ видна была только здоровая слизистая оболочка, хотя новообразованіе продолжало распространяться вверхъ. Такое мѣстное дѣйствіе имѣетъ громадную цѣну, такъ какъ оно останавливаетъ кровотеченія и вонючія выдѣленія, вслѣдствіе чего питаніе значительно улучшается и больная крѣпнетъ силами.

На этомъ основаніи я самымъ рѣшительнымъ образомъ отстаиваю благоприятное вліяніе энергической операціи, даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нельзя рассчитывать на возможность удаленія всей пораженной части, и не могу согласиться съ *Штисльбергомъ* ³⁾, будто ослабляющее вліяніе операціи больше, чѣмъ приносимая ею польза. Напротивъ того,

1) Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn., 1872, стр. 17.

2) Amer. J. of Obst., V, стр. 309.

3) Arch. f. G., т. V, стр. 411.

я считаю операцію показанной именно ради кровотеченій, такъ какъ происходящая при ней очень умѣренная потеря крови часто менѣе значительна, чѣмъ количество крови, теряемое больною въ теченіи нѣсколькихъ дней, и такъ какъ, благодаря операціи, произвольныя кровотечения надолго могутъ быть остановлены.

Уже простая ампутація съ послѣдовательнымъ энергическимъ прижиганіемъ каленымъ желѣзомъ часто приноситъ громадную пользу, такъ какъ это прижиганіе измѣняетъ характеръ опухоли въ томъ отношеніи, что сильно разрастающіяся и распадающіяся мозговидныя формы переходятъ въ болѣе твердыя, скirrosныя опухоли. Правда, для этого необходимо энергическое прижиганіе каленымъ желѣзомъ, такъ, чтобы рана заживала плотнымъ рубцомъ, тогда какъ поверхностное прижиганіе составляетъ лишь лишнее раздраженіе, вызывающее новое усиленное разращеніе опухоли.

Еще лучшіе успѣхи достигаются посредствомъ послѣдовательнаго леченія бромомъ, такъ какъ при этомъ улучшаются шансы радикальнаго удаленія опухоли и, по крайней мѣрѣ, мѣстное исцѣленіе происходитъ съ поразительной быстротой. Непримѣнимо же это леченіе въ томъ случаѣ, когда разрушеніе ткани сдѣлало уже громадные успѣхи, въ особенности же когда воспослѣдовало или угрожаетъ прободеніе мочевого пузыря и прямой кишки.

Въ подобныхъ случаяхъ, равно какъ вообще, когда оперативное леченіе считается неудобнымъ или не можетъ быть примѣнено по несогласію больной, слѣдуетъ прибѣгнуть къ другимъ средствамъ для облегченія припадковъ.

Самый опасный изъ нихъ—это кровотечения, которыя надолго могутъ быть устранены только оперативнымъ путемъ. Если же операція невозможна, то она всего вѣрнѣе можетъ быть замѣнена полуторохлористымъ желѣзомъ. Наболѣе энергично оно дѣйствуетъ въ томъ случаѣ, если вливать растворъ прямо въ зеркало изъ матоваго стекла, въ верхній конецъ котораго вставлены раковыя разращенія, оставляя его на нѣсколько минутъ въ соприкосновеніи съ ними. Менѣе значительныя кровотечения могутъ быть остановлены впрыскиваніями изъ холодной воды и уксуса, удобными еще и въ томъ отношеніи, что больныя сами могутъ ихъ себѣ сдѣлать. То же самое можно сказать и о разведенныхъ растворахъ полуторохлористаго желѣза. Слабыя кровотечения могутъ быть остановлены суппозиторіями изъ таннина. Внутренніе приемы полуторохлористаго желѣза, спорыни и т. д. бесполезны при этихъ кровотеченияхъ, а тампонація не можетъ быть примѣнена уже потому, что она дѣйствительна только до тѣхъ поръ, пока лежитъ тампонъ и усиливаетъ распаденіе ткани.

Весьма рѣдко удается заглушить дурной запахъ ихорозныхъ истеченій посредствомъ пахучихъ веществъ. Но онъ значительно ослабля-

ется частымъ промываніемъ влагалища, мѣшающимъ застаиванію отдѣлений. Если производить эти промыванія дезинфицирующими веществами (бромомъ, карболовой кислотой, марганцовокислымъ кали), то даже при очень обширныхъ изъязвленіяхъ удается сдѣлать состояніе больной довольно сноснымъ въ этомъ отношеніи. Дурныя послѣдствія отъ смачиванія наружныхъ половыхъ частей и внутреннихъ поверхностей бедръ вонючимъ отдѣленіемъ могутъ быть до извѣстной степени ограничены посредствомъ строгой опрятности и тепловатыхъ поясныхъ ваннъ.

Продолжающіяся днемъ и ночью боли, которыя во многихъ случаяхъ составляютъ самый мучительный припадокъ, должны быть пользуеть обыкновенными средствами. Полезно, однакоже, не приучать больныхъ слишкомъ рано къ морфію, такъ какъ иначе при продолжительной болѣзни имъ приходится въ послѣднихъ періодахъ истреблять это средство въ невѣроятныхъ количествахъ. Кромѣ внутренняго и подкожнаго примѣненія морфія, послѣдній можетъ быть употребленъ въ видѣ суппозиторіевъ въ прямую кишку или небольшихъ клистировъ изъ 50 граммъ (3ij) съ 10—15 каплями настойки опія. Хлораль тоже даетъ часто покойный сонъ.

Демаркэ, *Баркеръ* ¹⁾ и *Фелькеръ* ²⁾ рекомендуютъ при ракъ матки особенно іодоформъ, изъ котораго готовятъ влагалищныя суппозиторіи по приведеннымъ въ выноску формуламъ.

Впусканіе паровъ хлороформа или углекислоты во влагалище—и хлопотливо, и мало дѣйствительно.

Особенно въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ просвѣтъ прямой кишки служивается раковыми массами, очень важно заботиться о жидкихъ испраженіяхъ. Кромѣ того, нужно слѣдить и за мочеиспусканіемъ. Если количество мочи очень незначительно, то, не дожидаясь рвоты, слѣдуетъ назначать небольшія количества углекислыхъ водъ или какія нибудь другія мочегонныя. Упадокъ силъ и раковое худосочіе могутъ быть задержаны надолго посредствомъ умѣреннаго движенія, пребываніемъ на свѣжемъ воздухѣ, питательной пищей, если въ то же время упомянутыми выше средствами заботиться объ ограниченіи кровянистыхъ и серозныхъ истеченій.

Ракъ тѣла матки.

Симпсонъ, Edinb. med. J., апрѣль 1864, и Sel. Obst. a. Gyn. W. Edinburgh, 1871, стр. 763 и 768. — *Сукитсъ*, Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte, 1857, стр. 414. — *Штробель*, Ein Fall von Carcinom des Uterusgrundes. D. i. Erlangen, 1857. — *Ванеръ*, Der Gebärmutterkrebs. Leipzig, 1858, стр. 122. — *Фёрстеръ*, Scanzoni's Beitr., 1860, IV, стр. 30. — *Зексинеръ*, Prager Viertelj., 1867, 1, стр. 118. — *Блау*, Einiges pathol.-anat. über den Gebärmutterkrebs. D. i. Berlin, 1870 (случай 17, 32, 34, 51, 88).—

¹⁾ l. c. Jodoform, 0,6 [gr. jx], but. cacao 4,8 [ʒjv], glycer. gtt. V.

²⁾ Bull. gén. de therap., 15 дек. 1869. Iodoform, 0,5 [gr. viij], But. cacao 10,0 [ʒijβ].

Шницелберъ, Arch., f. Gyn., т. VI, стр. 123.—*Борманъ*, Arch. f. Gyn., т. VII, стр. 386.—*Гольдсмитъ*, Berl. V. z. Geb. u. Gyn., т. III, стр. 120.

Прежде всего замѣтимъ, что въ высшей степени трудно представить сколько нибудь вѣрную картину рака маточнаго тѣла, такъ какъ совершенно точныхъ наблюденій очень мало по этому предмету. Кромѣ двухъ собственныхъ случаевъ, я собралъ рядъ наблюденій изъ литературы, казавшихся мнѣ вѣрными, и постараюсь на основаніи ихъ построить картину болѣзни.

Этіологія.

Нѣтъ сомнѣнія, что, сравнительно съ ракомъ шейки, раковое пораженіе тѣла составляетъ большую рѣдкость. Но собрать сколько нибудь точныя цифры относительно частоты его появленія весьма трудно, такъ какъ, съ одной стороны, въ отчетахъ наблюдателей господствуетъ большое разногласіе (*Сукитсъ* утверждаетъ, что изъ 420 больныхъ ракомъ матки, пользовавшихся въ вѣнскомъ женскомъ отдѣленіи, только одна была одержима ракомъ тѣла, тогда какъ *Блау* насчитываетъ 6 подобныхъ случаевъ на 93), а, съ другой стороны, за ракъ тѣла нерѣдко принимали саркоматозныя опухоли, встрѣчающіяся болѣе часто. Такъ какъ клиницистамъ чаще попадаются особенные случаи, чѣмъ обыкновенные, то для опредѣленія частоты описываемаго новообразованія для насъ пригодны только протоколы вскрытій. Сведя вмѣстѣ числа *Блау*, *Эттимера*, *Сукитса*, *Леберта* и *Виллика*, мы найдемъ, что изъ 686 раковыхъ опухолей матки только 13, то есть менѣе, чѣмъ 2%, занимали тѣло.

Ракъ тѣла матки гораздо болѣе, чѣмъ ракъ шейки, составляетъ болѣзнь старческаго возраста, такъ какъ онъ почти преимущественно является послѣ прекращенія регуль. Изъ 20 случаевъ, которые я считаю достовѣрными и при которыхъ указанъ возрастъ больныхъ, мы не находимъ ни одной больной моложе 40 лѣтъ; только 6 имѣли отъ 40 до 49 лѣтъ, 11 отъ 50—59 и 3 отъ 60—70. Другое весьма важное этиологическое отличіе отъ рака шейки заключается въ томъ, что это злокачественное заболѣваніе тѣла матки, подобно саркомѣ, встрѣчается замѣчательно часто у нерожавшихъ. Изъ 13 случаевъ, въ которыхъ имѣются объ этомъ отмѣтки, 5 никогда не рожали, 1 родила 1 разъ, 3 два раза, 1 три раза, а 3 остальные просто обозначены какъ многорожавшія.

Патологическая анатомія.

Ракъ тѣла является въ двухъ различныхъ между собою формахъ: въ видѣ ограниченныхъ кругловатыхъ гнѣздъ въ паренхимѣ матки, или въ видѣ разлитой раковой инфильтраціи, постепенно охватывающей все тѣло и дно. Круглые узлы первой формы, величиною отъ лѣснаго до грецкаго орѣха и болѣе, весьма скоро размягчаются, подвергаются не-

кротическому распаденію и вскрываются либо въ полость матки, гдѣ прощупываются въ видѣ крошковатыхъ массъ, постепенно извергающихся вонь, либо наружу. Прободенію наружу весьма часто предшествуютъ склеиваніе съ сосѣдними органами, или окутываніе опухоли сумкой изъ ложныхъ перепонокъ. Не смотря, однакоже, на это, часто развивается острый прободающій перитонитъ съ смертельнымъ исходомъ. Можетъ также произойти склеиваніе и вскрытіе въ различныя части кишечника или въ мочевоу пузырь; мало того, ложныя перепонки могутъ образовывать между задней стѣнкой таза и лоннымъ сращеніемъ совершенно новую мѣшеччатую полость, въ которой помѣщаются распавшіяся массы, отдѣленные отъ полости живота, такъ что мало по малу почти все тѣло матки разрушается, замѣняясь вновь образованною полостью съ гангренознымъ содержимымъ.

Разлитая инфильтрація тѣла матки (фиг. 109) гораздо рѣже подвергается гнилостному распаденію, вслѣдствіе чего при этой формѣ чаще находятъ опухолевидныя раковыя массы. Но, съ другой стороны, сдавленная со всѣхъ сторонъ слизистая оболочка матки скоро подвергается некрозу, вслѣдъ за чѣмъ начинается гнойное воспаленіе и некротизированіе новообразованныхъ массъ со стороны полости матки.

Впослѣдствіи ракъ тѣла можетъ перейти по протяженію и на шейку, равно какъ и на всѣ другіе сосѣдніе органы (брюшину, пузырь, кишечникъ, трубы, яичники). Нерѣдко также встрѣчаются метастазы въ другихъ органахъ, въ особенности во влагалищѣ, въ желѣзахъ, въ яичникахъ.

Припадки.

Какъ при ракѣ шейки, такъ и здѣсь, первымъ признакомъ болѣзни являются кровотеченія. Кромѣ того, показывается подчасъ обильное, водянистое, а въ другихъ случаяхъ гноевидное, вонючее истеченіе. Съ другой стороны, истеченіе можетъ быть похоже на мясные помои, безъ всякаго дурного запаха, или же кровотеченій и выдѣленій почти вовсе не бываетъ. Самое сильное зловоніе распространяется въ томъ случаѣ, когда размякшіе раковыя узлы отваливаются въ полость матки и постепенно извергаются изъ нея при потугообразныхъ боляхъ.

Боли тоже могутъ имѣть различный характеръ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ вовсе нѣтъ болей или нѣтъ характеристическихъ раковыхъ болей, а только такія, которыя свойственны и другимъ опухолямъ матки, а именно боли въ крестцѣ, а также нерѣдко въ одной или обѣихъ нижнихъ конечностяхъ. Сильные приступы боли, появляющіеся въ опредѣленный часъ дня и которыя *Симпсонъ* считаетъ характеристическими для рака тѣла, встрѣчаются не особенно часто. Онѣ имѣютъ значеніе маточныхъ коликъ, обусловливаемыхъ ненормальнымъ содержимымъ полости. Это содержимое можетъ состоять изъ выдѣлившихся въ полость

матки раковыхъ массъ; въ другихъ же случаяхъ въ качествѣ ненормальнаго содержимаго дѣйствуетъ само новообразование, которое, по мѣрѣ своего роста, сильно растягиваетъ матку, или же, наконецъ, новообразование закладываетъ просвѣтъ матки до такой степени, что мѣшаетъ выходу отдѣлимаго слизистой оболочки.

Позднѣе, когда новообразование приблизилось къ съвороточному покрову матки, являются и перитоническія боли.

При изслѣдованіи, матка представляется равномѣрно увеличенной, крайней мѣрѣ, вначалѣ (фиг. 103); позднѣе на ней могутъ показаться отдѣльные бугристые выступы или же границы ея вовсе не могутъ быть ясно опредѣлены по причинѣ многочисленныхъ сращеній съ сосѣдними органами. Увеличеніе матки обыкновенно умѣренное, но она можетъ достигнуть также такого объема, какъ въ послѣдніе сроки беременности.



Фиг. 103.

Рагъ тѣла, равномѣрно увеличившій матку.



Фиг. 104.

Рагъ тѣла. Тотъ же случай, что на фиг. 103, послѣ самоубійства больной, послѣдовавшаго 2 мѣсяца спустя. *a* раковое новообразование. *b* распаденіе его. *c* раковые узлы, слегка выдающіеся наружу. *d* нижняя граница новообразованія. *e* нормальная нижняя часть шейки. *f* влагалище.

При внутреннемъ изслѣдованіи шейка представляется обыкновенно неизмѣненной, но вмѣстѣ съ этимъ она можетъ быть проходима или, по крайней мѣрѣ, легко растяжима, такъ что удастся прощупать чрезъ нее находящіяся въ полости матки раковыя массы и удалять ихъ по кускамъ.

Вліяніе на общее состояніе часто обнаруживается довольно поздно, такъ что вначалѣ питаніе больной можетъ быть вполне удовлетворительно.

Распознаваніе.

Часто весьма трудно распознать злокачественный характеръ новообразованія, если изъ полости матки не выдѣляются клочочки опухоли. При равномерномъ увеличеніи матки и отсутствіи вонючаго запаха, можно принять опухоль за фиброидъ. Однакоже, въ случаѣ, представленномъ на фиг. 103, не смотря на то, что истеченіе не имѣло дурного запаха, мнѣ удалось вѣрно распознать злокачественное новообразование, на основаніи того, что матка представляла чрезвычайно полное, почти эластическое напряженіе, какого никогда не бываетъ при фиброидахъ, а свойственное только гематомѣ и гидрометрѣ. Но такъ какъ послѣднія можно было прямо исключить, а а priori слѣдовало принять, что злокачественныя опухоли растягиваютъ матку сильнѣе, нежели доброкачественныя, то я діагносцировала саркому. При вскрытіи же больной, по причинѣ самоубійства, оказалась представленная на фиг. 104 раковая инфильтрація маточныхъ стѣнокъ.

Далѣе, на злокачественный характеръ новообразованія указываетъ и то обстоятельство, когда матка, вначалѣ равномерно увеличенная, получаетъ бугристыя возвышенія и сростается съ сосѣдними органами.

Съ появленіемъ зловонныхъ истеченій распознаваніе становится легче. Но и тутъ еще нельзя навѣрное сказать, что имѣешь дѣло съ злокачественнымъ новообразованіемъ, такъ какъ опухоль можетъ оказаться ихорозно распавшимся фиброидомъ. Даже въ томъ случаѣ, когда всѣ признаки говорятъ въ пользу злокачественнаго новообразованія, все-таки въ виду того, что саркома слизистой оболочки матки сопровождается точно такими же явленіями, раковый характеръ опухоли можетъ быть признанъ не иначе, какъ по изслѣдованіи кусочковъ ея подъ микроскопомъ.

Лечение.

Обреченныя на вѣрную смерть, эти больныя могутъ быть пользуемы только припадночно, такъ какъ нѣтъ возможности добраться до самой опухоли. По крайней мѣрѣ, въ настоящее время, трудно сказать что-либо опредѣленное на счетъ того, на сколько, при своевременномъ и правильно поставленномъ діагнозѣ, можетъ быть оправдана экстирпація опухоли посредствомъ лапаротоміи. Рациональной эта операція представляется въ томъ случаѣ, когда новообразование занимаетъ только тѣло матки, потому что тогда есть основаніе надѣяться, что этой, хотя и не безусловно смертельной, но все-таки въ высшей степени опасной операціей удастся цѣликомъ удалить злокачественное новообразование.

Если истеченіе отличается зловоннымъ запахомъ, то уничтожить это свойство невозможно, такъ что остается только, промываніемъ влагали-

ща и наружныхъ половыхъ частей, защищать послѣднія отъ раздражающаго влiянiя ихорозныхъ отдѣленiй.

Но въ нѣкоторыхъ случаяхъ не бесполезно бываетъ способствовать усилiямъ природы выдѣлить отвалившiяся въ полость матки массы. Для этого расширяютъ шейку прессованной губкой и удаляютъ доступныя части новообразованiя пальцемъ или острой ложечкой. Этимъ иногда достигается ослабленiе наиболѣе тягостныхъ припадковъ (ихорознаго истеченiя, болей, кровотеченiй) и улучшенiе, продолжающееся нѣсколько недѣль и даже мѣсяцевъ.

Саркома матки.

Майеръ и *Вирховъ*, M. f. Geb., т. 13, стр. 179.—*Вирховъ*, Die krankhaften Geschwülste, т. II, стр. 350.—*Л. Майеръ*, M. f. Geb., т. 17, стр. 186.—*Гарди*, Dublin Journal, май 1864.—*Альфелдъ*, Wagner's Archiv f. Heilk., 1867, стр. 560.—*Фейтъ*, Frauenkrankheit., 2-е изд., стр. 413.—*Вестъ*, Lehrb. d. Frauenkrankh. Нѣм. перев. *Ламбенбека*. 3-е изд., Göttingen, 1870, стр. 406.—*Ламбенбекъ*, M. f. Geb., т. 15, стр. 173.—*Скляфасовскiй*, Virchow-Hirscher Jahresbericht über 1868, стр. 604.—*Гуссеровъ*, Arch. f. Gyn., т. I, 2, стр. 240, и über Uteruscarcinom, вь Volkmann's klin. Vortr., № 18, стр. 117.—*Геяръ*, Arch. f. Gyn., т. II, стр. 29.—*Винкель*, Arch. f. Gyn., т. III, стр. 297.—*Шницельбергъ*, Arch. f. Gyn., IV, стр. 344 и 351.—*Хробакъ*, Arch. f. Gyn., IV, стр. 549.—*Рабль-Рюкардъ*, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn., т. I, вып. 2, стр. 76.—*Кунертъ*, Ueber Sarcoma uteri. D. i., Breslau, 1873, и Arch. f. Gyn., т. VI, стр. 111.—*Мюллеръ*, Arc. f. Gyn., т. VI, стр. 126.—*Гакелмигъ*, D. i. Göttingen, 1873.—*Ниронъ*, см. Virchow-Hirscher Jahresb. über 1873, II, стр. 626.—*Грензертъ*, Arch. f. Gyn., т. VI, стр. 501.—*Томасъ*, Amer. J. of Obst., т. VII, стр. 45.—*Леопольдъ*, Arch. f. Gyn., т. VI, стр. 493.—*Альфелдъ*, e. l., т. VII, стр. 301.

Саркома матки, которую мы вмѣстѣ съ *Вальдейеромъ* считаемъ за чистую соединительно-тканную опухоль, встрѣчается въ двухъ формахъ, рѣзко различающихся между собой, какъ въ патологоанатомическомъ, такъ и въ клиническомъ отношенiяхъ, а именно: въ видѣ саркомы слизистой оболочки, дающей сплошныя, врастающiе въ полость матки наросты, и въ видѣ саркомы паренхимы матки, развивающейся тѣмъ же порядкомъ, какъ миомы и полипы, и которую мы назовемъ поэтому фиброидной саркомой.

Саркома слизистой оболочки.

Этиологiя и время появленiя.

Причины образованiя этой саркомы совершенно неизвѣстны.

Мы находимъ въ литературѣ 19 несомнѣнно относящихся сюда случаевъ, въ которыхъ характеръ опухоли былъ опредѣленъ микроскопическимъ изслѣдованiемъ; но, по всему вѣроятiю, сюда же должны быть отнесены и многiе изъ тѣхъ нерѣдко попадающихся въ литературѣ слу-

чаевъ, въ которыхъ изъ полости матки были удалены или въ ней найдены сосочковыя ворсистыя „раковыя массы“. Типичные случаи этого рода можно найти, напримѣръ, у *Симпсона* ¹⁾.

Эта саркома, повидимому, встрѣчается во всѣхъ возрастахъ, начиная съ періода возмужалости. Въ числѣ упомянутыхъ выше 19 случаевъ одна больная была 15-ти лѣтъ, другая 20 съ чѣмъ то, три 30—39, шесть 40—49, шесть 50—59, одна 60 и одна 61 года. Изъ 14 больныхъ, о которыхъ имѣются нѣкоторыя анамнестическія свѣдѣнія, 9 (!) никогда не рожали.

Патологическая анатомія.

При описываемой формѣ, саркоматозное разращеніе, повидимому, беретъ свое начало въ подслизистой соединительной ткани матки (въ 6-мъ, то есть собственно въ 8-мъ изъ случаевъ *Шпигельбера*, сообщенныхъ *Кунертомъ*, равно какъ въ относящемся сюда же случаѣ *Грензера*, исходной точкой опухоли служила слизистая оболочка шейки). При этомъ путемъ новообразованія мелкихъ, круглыхъ, рѣже веретенообразныхъ клѣтокъ развивается мягкая, дольчатая, или, скорѣе, ворсистая опухоль, врастающая въ полость матки, откуда сокращеніями маточныхъ стѣнокъ она можетъ спуститься въ каналъ шейки или во влагалище. Ихорозному распаденію она подвергается лишь въ послѣдствіи, быть можетъ, только вслѣдствіе давленія со стороны стѣнокъ матки. Съ другой стороны, саркома слизистой оболочки можетъ послѣдовательно разрушить стѣнку матки путемъ востанія и вытѣсненія ея ткани, или путемъ непосредственнаго зараженія. Вполнѣ своеобразенъ случай *Гуссерова* ²⁾, который скорѣе долженъ быть отнесенъ сюда, чѣмъ къ слѣдующей формѣ. Въ этомъ случаѣ мягкое новообразованіе, развившееся изъ слизистой оболочки, проросло сквозь верхнюю стѣнку матки (повидимому, путемъ зараженія послѣдней) въ полость живота и, распавшись, образовало здѣсь замкнутую полость и, наконецъ, вскрылось въ кишечникъ и чрезъ брюшныя покровы.

Метастазы рѣдко встрѣчаются при этой формѣ.

Припадки.

Первымъ признакомъ являются и здѣсь кровотеченія и водянистое выдѣленіе. Послѣднее можетъ быть чрезвычайно обильно, но только подъ конецъ болѣзни пріобрѣтаетъ очень дурной запахъ. Въ первое же время оно напоминаетъ болѣе мясные помои, имѣетъ приторный запахъ или слегка воняетъ.

¹⁾ Diseases of women, стр. 764. Случай I и II.

²⁾ I. c., стр. 242.

Болей можетъ вовсе не быть или онѣ очень слабы. Только при усиленнѣхъ матки извергнуть новообразованіе появляются потугообразныя боли въ крестцѣ и животѣ.

При изслѣдованіи, матка представляется умѣренно увеличенной, иногда слегка утолщенной, шейка же обыкновенно закрыта. Последняя, однакоже, бываетъ иногда открыта на столько, что въ нее можно войти пальцемъ и прощупать находящіяся въ маткѣ мягкія массы опухоли, или же эти массы въ большомъ количествѣ вдаются чрезъ открытую шейку во влагалище. Въ послѣднемъ случаѣ можетъ произойти послѣдовательный выворотъ матки, какъ показываютъ относящіяся сюда наблюденія *Ламбенка, Штисльберга и Нирона*.

Распознаваніе.

Оно можетъ быть сдѣлано навѣрное только тогда, когда представляется случай изслѣдовать извергнутыя или откroшившіяся массы подъ микроскопомъ. Но, въ виду чрезвычайной рѣдкости раковаго пораженія тѣла матки, мы не легко впадемъ въ ошибку, если, при умѣренномъ увеличеніи матки и кровянистыхъ или похожихъ на мясные помои выдѣленіяхъ, примемъ прощупываемыя чрезъ открытую шейку мягкія массы за саркому, — предполагая, конечно, что въ данномъ случаѣ можно исключить задержанное дѣтское мѣсто, съ которымъ саркома легче всего смѣшивается. Безъ точнаго микроскопическаго изслѣдованія трудно также отличить саркому отъ доброкачественныхъ гиперпластическихъ разраженій слизистой оболочки, представляющихъ ткань, похожую на отпадающую оболочку и въ гистологическомъ отношеніи очень сходную съ саркоматозной тканью, или же зависящихъ отъ разраженія маточныхъ желѣзъ и въ такомъ случаѣ дающихъ подъ микроскопомъ картину, болѣе похожую на раковое образованіе. Подобные случаи описаны *Славянскимъ-Денканомъ* ¹⁾ и *Гуссеровымъ* ²⁾.

Предсказаніе.

Оно всегда роковое, не смотря на то, что терапевтическими мѣрами, а именно удаленіемъ мягкой опухоли изъ матки, удастся на нѣкоторое время устранить тягостныя явленія и задержать образованіе новыхъ массъ. Если шейка закрыта, то ее расширяютъ искусственно и, помощью пальцевъ или острой ложечки, отщипываютъ отъ опухоли какъ можно большую часть.

¹⁾ Edinb. med. J., августъ 1873, стр. 97, и Obst. J. of Great Britain, ноябрь 1873, стр. 497.

²⁾ l. c., стр. 246 и 247.

Саркома паренхимы матки.

Этіологія и время появленія.

Развитіе фиброидной саркомы находится, повидимому, въ зависимости отъ круглой фибро-міомы или отъ фибрознаго полипа. По крайней мѣрѣ, она нерѣдко образуется путемъ перерожденія этихъ опухолей. Но при какихъ условіяхъ происходитъ это перерожденіе—мы не знаемъ. Въ силу внѣшняго сходства ея съ міомами, описываемая форма саркомы носила названіе рецидивирующаго фиброида.

Фиброидная саркома вовсе не является такъ исключительно въ пожиломъ возрастѣ, какъ раковая опухоль тѣла, но представляетъ и въ этомъ отношеніи большое сходство съ фиброидомъ. Мы находимъ, что изъ 21 больной 1 показана молодой, 2 въ возрастѣ 20—29, 6 между 30 и 39, 9 между 40 и 49, 2 между 50 и 59 и 1 старше 60 лѣтъ.

Изъ 17 больныхъ 4 никогда не рожали, 3 рожали по одному разу и 3 по три раза, 1 два раза, 1 пять разъ, 1 шесть и 1 восемь разъ и, наконецъ, 3 означены просто многорожавшими.

Патологическая анатомія.

Фиброидная саркома, какъ и фиброміома, появляется преимущественно въ тѣлѣ матки, хотя, подобно послѣдней, она можетъ развиваться и въ шейкѣ. Она образуетъ большія круглыя или цилиндрическія опухоли, почти всегда сидяція подъ слизистой оболочкой. Опухоль эта мягка, представляетъ однородную, блѣдную поверхность разрѣза съ равномернымъ влажнымъ блескомъ и обыкновенно отходитъ на очень широкой ножкѣ прямо изъ паренхимы матки. Всѣ же полипозныя формы, не имѣющія широкой ножки, обязаны своимъ происхожденіемъ перерожденію фиброзныхъ полиповъ; по крайней мѣрѣ, въ моихъ двухъ случаяхъ, которые я привожу ниже, ножка представляла строеніе почти чистой фиброміомы, безъ всякой сомнительной примѣси.

Подъ микроскопомъ находятъ или нормальныя составныя части фиброміомы, а между ними скопленія круглыхъ, либо веретенообразныхъ клѣтокъ, или же вся масса опухоли состоитъ изъ подобныхъ скопленій, перерѣзываемыхъ лишь рѣдкими прожилками соединительной ткани.

Описываемыя опухоли не имѣютъ наклоности къ распаденію, хотя, подобно фибрознымъ полипамъ, онѣ иногда извергаются сами собой. Вслѣдствіе этого, при дальнѣйшемъ своемъ ростѣ, онѣ иногда достигаютъ громаднхъ размѣровъ (въ одномъ случаѣ, находящемся въ моемъ наблюденіи, гдѣ діагнозъ, хотя еще и не подтвержденъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ, но едва ли сомнителенъ, опухоль простирается отъ входа во влагалище вверхъ за пупокъ). Онѣ могутъ распространиться

по смежности на окружающую ткань и давать метастазы въ лимфатическихъ желѣзахъ и другихъ органахъ.

Припадки.

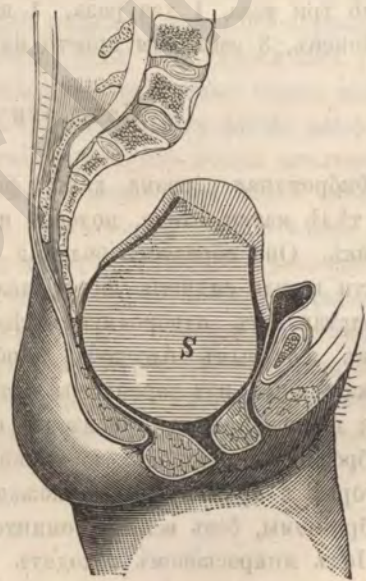
По своимъ припадкамъ, фиброидная саркома вполне сходна съ фибрознымъ полипомъ, и это сходство можетъ простираться до того, что только однородный видъ поверхности разрѣза изобличаетъ злокачественный характеръ опухоли.

Во всѣхъ случаяхъ существуютъ кровотечения, являющіяся въ видѣ усиленныхъ регулъ или маточныхъ кровотеченій; вмѣстѣ съ этимъ нерѣдко существуютъ и другія выдѣленія, большею частью похожія на мясные помои, а иногда слегка гнойныя. Сами по себѣ эти выдѣленія не имѣютъ ихорознаго, зловоннаго запаха, но, подобно фибрознымъ полипамъ, пріобрѣтаютъ его при изъязвленіи слизистой оболочки.



Фиг. 105.

Саркоматозный полипъ (SP) въ пораженной ракомъ шейкѣ (c). oi внутренний зѣвъ.



Фиг. 106.

Саркоматозный полипъ (S), величинаю въ дѣтскую головку.

Сама по себѣ опухоль не вызываетъ болей, такъ что иногда страданіе все время остается безболѣзненнымъ. Но при усиляхъ матки изгнать полипъ, всегда появляются потугообразныя боли въ крестцѣ и поясницѣ. (Въ упомянутомъ выше случаѣ, гдѣ опухоль достигла громадныхъ размѣровъ, по временамъ появлялись приступы жесточайшей боли, представлявшіе собою, однакоже, только маточныя колики, обусловленныя задержаніемъ гнойнаго содержимаго въ полости матки).

Результаты изслѣдованія такіе же, какъ при полипахъ. Матка увеличена и ея сокращеніями полипъ постепенно выталкивается чрезъ шейку. Только въ исключительныхъ случаяхъ онъ имѣетъ узкую ножку, обыкновенно же переходитъ широкимъ основаніемъ непосредственно въ паренхиму матки. Впослѣдствіи, при неправильномъ ростѣ, саркома можетъ образовать очень крупную брюшную опухоль.

Представленный на фиг. 105 случай весьма интересенъ въ томъ отношеніи, что саркоматозный полипъ (веретенчато-клеточная саркома), отходящій на узкой фиброзной ножкѣ непосредственно надъ внутреннимъ зѣвомъ, сидѣлъ въ пораженной ракомъ шейкѣ. По удаленіи саркомы, раковое перерожденіе продолжало развиваться, давъ въ результатѣ пузырно-влагалищный свищъ и метастазы въ лимфатическихъ желѣзахъ и легкихъ, пока не послѣдовала смерть.

Другой саркоматозный полипъ (веретенчато-клеточная саркома), представленный на фиг. 106, я отдалъ проволоочной петлей у одной 54-лѣтней больной 16 октября 1873 г. Ножка состояла почти исключительно изъ фиброзной ткани съ немногими, разбѣянными въ ней, клеточными массами.

По письменному сообщенію пользующаго ее врача отъ 2 іюня 1874 г., больная чувствуетъ себя какъ нельзя лучше. Матка опущена и ее приходится поддерживать кольцомъ. Она нѣсколько тяжеловата, но едва-ли увеличена, маточный зѣвъ закрытъ, мѣсячныя чрезъ каждыя 4 недѣли, въ теченіи 3—4 дней, безъ боли. Что будетъ дальше, неизвѣстно.

Распознаваніе.

Противъ фибрознаго полипа и за саркому говорятъ чрезвычайная мягкость цилиндрической опухоли, всей шириной своей сидящей на поверхности матки, равно какъ и быстрый ростъ. Въ одномъ случаѣ неправильное разращеніе опухоли, не задерживавшееся ни передъ какими границами сосѣднихъ органовъ, чего никогда не бываетъ при доброкачественныхъ органахъ, дало мнѣ возможность сдѣлать распознаваніе довольно рано.

Предсказаніе.

Конечный исходъ страданія такой же, какъ и при всѣхъ злокачественныхъ новообразованіяхъ, только теченіе его гораздо медленнѣе, чѣмъ при ракѣ. При саркоматозномъ перерожденіи фибрознаго полипа возможно излеченіе, если оперировать въ здоровой ткани.

Леченіе.

Вырѣзываніе саркомы производится точно такимъ же образомъ, какъ при фиброзныхъ полипахъ, только нужно перерѣзывать ножку, какъ можно, выше и, если возможно, приречь ее, чтобы помѣшать дальнѣйшему разращенію остающихся клеточныхъ массъ.

Бугорчатка матки.

Reino, Arch. génér., 1831, т. XXVI, стр. 486.—*Гольмъ Кутъ*, London med. Gaz., июль 1850.—*Гейль*, Ueber die Tuberkulose der weibl. Geschlechtsorgane. D. i. Erlangen, 1851.—*Паулсенъ*, Schmidt's Jahrb., 1853, т. 80, 11, стр. 222.—*Оно-Бекъ*, etc. Pathol. Tr. London, 6 февр. 1855.—*Кивинъ*, Klin. Vortr., I, 4-е изд., стр. 556.—*Кунеръ*, Union méd., 1859, № 54.—*Намiasъ*, Anali univers. di medic. Milano, авг. и сент. 1858.—*Рокитанскій*, Allg. Wiener med. Z., 1860, № 21.—*Бруардель*, De la tuberc. des org. gén. de la femme. Paris, 1868.—*Клобъ*, Pathol. Anat. d. weibl. Sex., стр. 191.—*Лебертъ*, Arch. f. Gyn., IV, стр. 457.—*Курти*, Maladies de l'utérus., 2-е изд. Paris, 1872, стр. 987.

Бугорчатка матки, въ клиническомъ отношеніи, имѣетъ весьма второстепенное значеніе, такъ что мы можемъ ограничиться лишь нѣсколькими бѣглыми замѣчаніями.

Въ видѣ первичнаго страданія она встрѣчается въ высшей степени рѣдко, да и вторичныя бугорчатковыя отложенія на слизистой оболочкѣ матки составляютъ значительную рѣдкость (по *Диттриху*, изъ 40 туберкулезныхъ женщинъ у одной).

На слизистой оболочкѣ матки бугорки являются въ своей обычной формѣ (только въ рѣдкихъ случаяхъ отдѣльные узелки попадаютъ и въ шейку). Они разрушаютъ слизистую оболочку, на которой образуется язва, выдѣляющая въ полость матки маркую, бѣловатую массу, постепенно сгущающуюся въ творожистую кашицу.

Припадки.

Они такъ незначительны (аменорея и истеченіе) при бугорчаткѣ матки и до такой степени заслоняются туберкулезнымъ пораженіемъ остальныхъ органовъ, что легко остаются незамѣченными. Я наблюдалъ нѣсколько случаевъ ¹⁾, въ которыхъ больныя искали врачебной помощи единственно по причинѣ тяжелыхъ припадковъ, вызванныхъ одновременнымъ туберкулезнымъ воспаленіемъ брюшины.

Распознаваніе.

По тѣмъ же причинамъ, о которыхъ мы сейчасъ говорили, болѣзнь обыкновенно не распознается. Но въ упомянутомъ выше случаѣ съ бугорчатковымъ перитонитомъ, я діагностировалъ бугорчатку матки на основаніи аменореи и выдѣленій, и вскрытіе подтвердило діагнозъ. Впрочемъ, въ смыслъ предсказанія и леченія, правильность діагноза не имѣетъ никакого значенія, въ виду туберкулезнаго пораженія другихъ органовъ.

¹⁾ *Эйдамъ*, D. i. Erlangen, 1874.

Эхинококки матки.

Рокитанскій, Handb. d. spec. pathol. Anatomie, 1842, т. II, стр. 539. — *Блобъ*, Pathol. Anat. d. veibl. Sex., стр. 195. — *Грэмъ Юиттъ*, London Obst. Tr., XII, стр. 185 и 237.

Эхинококки встрѣчаются въ маткѣ крайне рѣдко. Въ старинной литературѣ можно найти цѣлую казуистику о пузырчатыхъ глистахъ матки, но всѣ они въ сущности относятся къ пузырчатымъ заносамъ. Въ новѣйшее время одинъ достовѣрный случай наблюдалъ *Рокитанскій*, а *Грэмъ-Юиттъ* замѣчалъ отхожденіе эхинококковыхъ сумокъ у замужней женщины 35 лѣтъ, родившей всего одинъ разъ за 15 лѣтъ передъ тѣмъ. Величина матки была такая же, какъ на 2 или 3 мѣсяцѣ беременности. Сумки выдѣлялись нѣсколько разъ и въ нихъ найдены головки эхинококка. Назначены впрыскиванія слабыхъ растворовъ полуторохлористаго желѣза въ полость матки, и чрезъ 3 недѣли больная выписалась.

Гистеральгія.

Гохъ, Ueber einige der wichtigsten Krankh. etc. Weimar, 1830, стр. 223. — *Скоттъ*, Edinb. med. J., 1834, 121. — *Мэкензи*, London J. of Medicin, май 1851. — *Тайлтъ*, London Obst. Tr., X, стр. 199.

Подъ гистеральгіей или невральгіей матки (irritable uterus англичанъ) разумѣютъ въ высшей степени жестокою невральгическую боль, сидящую въ маткѣ, на видъ совершенно здоровой.

Какъ часто встрѣчается эта болѣзнь, опредѣлить трудно. Сильныя боли въ области матки вовсе не рѣдкость при нѣкоторыхъ мѣстныхъ страданіяхъ, напр. при фибридахъ и ракахъ, не говоря уже о воспаленіяхъ. При этомъ онѣ принимаютъ иногда ясно выраженный невральгическій характеръ, т. е. степень боли нисколько не соответствуетъ видимымъ измѣненіямъ матки и тѣмъ страданіямъ, которыя послѣднія обыкновенно вызываютъ. Поэтому, если и подобные случаи отнести къ гистеральгіи, то послѣдняя окажется очень нерѣдкой болѣзнью. Такъ видимо и понимаютъ дѣло тѣ авторы, которые полагаютъ сущность гистеральгіи въ перегибахъ матки, а именно въ перегибахъ назадъ, либо въ эндометритѣ тѣла, или прямо отождествляютъ ее съ дисменорреей. Гораздо рѣже подобныя жестокія боли встрѣчаются независимо отъ доступныхъ изслѣдованію измѣненій матки.

Легко усмотрѣть, что область гистеральгіи въ послѣднемъ смыслѣ чрезвычайно неопредѣленна, и надо полагать, что съ расширеніемъ и усовершенствованіемъ нашихъ способовъ изслѣдованія границы ея все болѣе и болѣе будутъ урѣзаны.

Пока же мы встрѣчаемъ въ практикѣ случаи, которымъ нельзя давать иного названія, такъ какъ, помимо крайне незначительныхъ, сплошь и

рядомъ существующихъ безъ всякой боли, аномалій, вся болѣзнь состоитъ единственно въ этихъ невыносимыхъ боляхъ. Составляютъ ли такіе случаи дѣйствительныя невралгіи матки, или они обусловливаются матеріальными, хотя и недоступными для нашихъ способовъ изслѣдованія, заболѣваніями ткани матки,—рѣшить трудно.

Въ этиологическомъ отношеніи особенно бросается въ глаза нервная раздражительность такихъ больныхъ, и на этой-то почвѣ обыкновенно и развиваются пароксизмы боли. Часто существуютъ ясно выраженные истерическія явленія, да и вообще вся картина болѣзни, по своему рѣзкому несоотвѣтствію между припадками и патолого-анатомическими измѣненіями, представляетъ нѣчто очень близкое къ истерикѣ.

Что касается анатомическихъ измѣненій, то изъ предъидущаго видно, что именно отсутствіе такихъ измѣненій и составляетъ главную особенность этой болѣзни.

Единственный, но за то могущественно выступающій припадокъ есть боль, которая существуетъ постоянно, но по временамъ, безъ всякаго повода или отъ самыхъ ничтожныхъ причинъ, раздражается жесточайшими пароксизмами. Такія же ожесточенія могутъ быть вызваны легкимъ прикосновеніемъ къ влагалищной части, большей частью именно къ одному опредѣленному мѣсту ея.

Отъ этихъ постоянныхъ болей и безпокойныхъ ночей больныя могутъ дойти до страшнаго изнуренія.

Болѣзнь очень упорна и длится годами, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ исчезаетъ съ замужествомъ или по наступленіи климактерическаго возраста.

Леченіе, не смотря на массу средствъ, употребленныхъ противъ этой болѣзни, мало приносило пользы. Общее и мѣстное назначеніе наркотическихъ веществъ помогаютъ только на время и то не очень; лучше всего, повидимому, дѣйствуютъ глубокіе надрѣзы шейки.

Мѣсячныя очищенія и ихъ неправильности.

Въ заключеніе отдѣла о болѣзняхъ матки, намъ остается еще разсмотрѣть разстройства мѣсячныхъ очищеній, при чемъ сначала сдѣлаемъ бѣглый очеркъ нормальныхъ условий этого физиологическаго отправления.

Этимъ мы, конечно, уклоняемся отъ плана, котораго придерживались до сихъ поръ, а именно излагать болѣзни отдѣльныхъ органовъ на патолого-анатомической почвѣ, и нѣтъ сомнѣнія, что въ будущихъ учебникахъ по гинекологіи менструація и ея разстройства не найдутъ себѣ болѣе мѣста, такъ какъ ученіе о мѣсячныхъ очищеніяхъ отойдетъ цѣлкомъ къ физиологіи, а разстройства ихъ, какъ симптомы общаго нару-

шенія питанія или заболѣваній разнообразнѣйшихъ органовъ, въ особенности же матки, будутъ излагаться совмѣстно съ болѣзнями этихъ органовъ ¹⁾).

Дѣйствительно, при большинствѣ изложенныхъ до сихъ поръ болѣзней намъ приходилось упомянуть въ числѣ припадковъ о томъ или другомъ изъ этихъ функциональныхъ разстройствъ, объ аменорреѣ, меноррагii или дисменорреѣ.

Тѣмъ не менѣе, въ виду важности самаго предмета, равно какъ и того обстоятельства, что до сихъ поръ семіотическое значеніе разстройство менструціи еще далеко невыяснено, мы считаемъ нелишнимъ посвятить ему отдѣльную, хотя бы и бѣглую статью.

Нормальныя мѣсячныя очищенія.

Александръ, Physiologie der Menstruation, Hamburg, 1841. — *Бриеррѣ де Буамонъ*, Die Menstruation etc. Нѣм. пер. *Краффта*. Berlin, 1842. — *Пуизъ*, Théorie positive de la fécondation etc., 1842. — *Дюфуръ*, Traité prat. de la menstruation etc. Paris, 1847. — *Виншюфъ*, Beweis d. v. d. Begattung unabh. period. Reif. u. Loslösung der Eier. Giessen, 1844, и Zeitschr. f. rat. Medicin, IV, 1. — *Г. Меккель*, Jenaer Annalen, 1849, вып. 1 и 2. — *Сукитса*, Wiener med. Z., 1857, т. XIII. — *Пфлюгеръ*, Unters. a. d. physiol. Laboratorium zu Bonn. Berlin, 1865, стр. 53. — *Расиборскій*, Traité de la menstruation. Paris, 1868. — *Криеръ*, Die Menstruation. Berlin, 1869.

Подъ мѣсячными очищеніями, регулами, катаменіями (по французски: „mois, menstrues, d'ordinaires, règles, époques, périodes“), разумѣютъ кровоточенія изъ слизистой оболочки матки, повторяющіяся чрезъ довольно правильныя промежутки, въ продолженіи всей половой жизни женщины, за исключеніемъ періодовъ, посвященныхъ исключительно размноженію рода.

Но это кровянистое выдѣленіе само по себѣ не представляетъ особенно важнаго фізіологическаго процесса, а является только наиболѣе замѣтнымъ признакомъ правильнаго періодическаго прилива крови къ половымъ органамъ.

Дѣло въ томъ, что послѣдніе органы, начиная съ рожденія до наступленія зрѣлости, пребываютъ въ состояніи такого полнаго покоя, что едва-ли въ нихъ происходитъ какое-либо измѣненіе за весь этотъ періодъ времени и что матка 11—12-лѣтней дѣвушки почти ничѣмъ не отличается отъ матки новорожденной.

Лишь по завершеніи развитія остальныхъ органовъ начинается новый фазисъ въ развитіи половой сферы. Въ высшей степени вѣроятно, хотя строго не доказано, что этотъ новый толчокъ въ развитіи половыхъ органовъ дается ростомъ граафовыхъ пузырьковъ въ яичникѣ. Причинная связь между отдѣльными, разыгрывающимися теперь, процессами

¹⁾ Единственное исключеніе въ этомъ отношеніи представляетъ, можетъ быть, dysmenorrhoea membranacea, которая, вѣроятно, есть не болѣе, какъ усиленный менструальный процессъ; тѣмъ не менѣе и это разстройство главнымъ образомъ обусловливается заболѣваніемъ слизистой оболочки матки.

всего вѣрнѣе изображена *Пфлюгеромъ*, принимающимъ, что вслѣдствіе роста граафовыхъ пузырьковъ производится, хотя слабое, но непрерывное раздраженіе нервовъ яичниковъ, которое, суммируясь и достигнувъ известной величины, дѣйствуетъ на центральные органы такимъ образомъ, что вызываетъ рефлексъ въ формѣ артеріальнаго прилива къ половымъ органамъ.

Этотъ-то артеріальный приливъ составляетъ въ фізіологическомъ отношеніи главную сущность процесса. Помимо переполненія кровью всѣхъ органовъ малаго таза, онъ влечетъ за собою два послѣдствія:

1) разрывъ одного или нѣсколькихъ пузырьковъ, находящихся подъ сильнымъ напряженіемъ и готовыхъ лопнуть: это — процессъ овуляціи, созрѣваніе яичекъ;

2) известныя измѣненія въ слизистой оболочкѣ матки, въ силу которыхъ появляется кровавое выдѣленіе — менструація.

Такимъ образомъ процессъ созрѣванія яичекъ и менструація представляютъ между собою только ту связь, что, какъ тотъ, такъ и другая являются слѣдствіемъ одной общей причины, а именно періодически повторяющагося избыточнаго снабженія половыхъ органовъ кровью, которое, въ свою очередь, обусловливается прогрессивнымъ развитіемъ яичекъ и граафовыхъ пузырьковъ.

Однакоже, ближайшія стороны процессовъ овуляціи и мѣсячныхъ очищеній еще очень мало выяснены. До сихъ поръ господствующимъ мнѣніемъ было то, что въ самомъ разгарѣ менструальной гипереміи происходятъ разрывъ пузырьковъ и выступленіе крови изъ слизистой оболочки матки, что воспринятое фаллопиевой трубой яичко попадаетъ чрезъ нее въ матку и здѣсь, не будучи оплодотворено, погибаетъ, оплодотворенное же какъ бы прививается къ кровавой (wunde) еще, по выраженію *Пфлюгера*, слизистой оболочкѣ. Но послѣ важныхъ изслѣдованій *Кундрата* и *Энцельмана* ¹⁾, съ которыми въ существенныхъ чертахъ совпадаютъ наблюденія *Уильяма* ²⁾, на сцену начинаютъ выступать совершенно иные возрѣнія. По мнѣнію этихъ авторовъ, менструальное кровотеченіе представляетъ собою въ сущности регрессивный процессъ, подъ вліяніемъ котораго отслаиваются поверхностные слои слизистой оболочки, находящіеся въ состояніи жирового перерожденія, и если это мнѣніе справедливо, а, повидимому, оно такъ и есть, то отсюда прямой выводъ тотъ, что менструальныя кровотеченія завершаютъ собою процессы размноженія предшествующаго періода и что если послѣ этого происходитъ зачатіе, то оно совершается уже на счетъ новаго яйца, вѣдряющагося въ заново разрастающуюся слизистую оболочку.

Съ этой точки зрѣнія процессъ овуляціи и зачатія представляется въ слѣдующемъ видѣ:

¹⁾ Stricker's med. Jahrb., 1873, вып. 2, стр. 139.

²⁾ Obsl. J. of Great. Britain, августъ 1874, стр. 324.

Ростъ яичка и граафова пузырька производитъ раздраженіе нервовъ яичника, которое чрезъ довольно правильные промежутки вызываетъ путемъ рефлекса медленно развивающееся переполненіе крови въ половыхъ органахъ. Эта гиперемія первымъ дѣломъ ведетъ за собою разрывъ граафова пузырька, который въ большинствѣ случаевъ, т. е. когда имѣются готовые лопнуть пузырьки, происходитъ въ самомъ началѣ артеріальнаго прилива. Второй результатъ этой гипереміи состоитъ въ разрывѣ слизистой оболочки матки. Если воспринятое фаллопиевой трубой яичко не оплодотворяется, то оно погибаетъ и, по мѣрѣ того, какъ гиперемія убываетъ, верхніе слои слизистой оболочки претерпѣваютъ жировое перерожденіе, отслаиваются и своимъ отпаденіемъ вызываютъ разрывъ поверхностныхъ сосудовъ съ послѣдовательнымъ кровотеченіемъ. Если же яичко встрѣчаетъ здоровыя сѣменные тѣльца и оплодотворяется ими, то оно вѣдряется въ набухшую слизистую оболочку и производитъ въ ней такое сильное раздраженіе, что жировое перерожденіе наступаетъ не тотчасъ же, а приблизительно чрезъ 270 дней, вслѣдствіе чего кровотеченіе отсрачивается на такой же долгой срокъ.

Такимъ образомъ главное измѣненіе, которое вносится этимъ новымъ ученіемъ въ наши прежнія воззрѣнія, будетъ состоять въ томъ, что оплодотворяющееся яйцо не имѣетъ никакого отношенія къ послѣдней менструаціи, что выдѣляющееся при ней яйцо погибаетъ неоплодотвореннымъ, а оплодотворяется то яйцо, которое принадлежитъ слѣдующей овуляціи, не сопровождающейся уже менструальными кровотечениями. Къ этому же взгляду пришелъ и *Левенгардтъ*¹⁾, на основаніи расчетовъ о продолжительности беременности, и нельзя отрицать, что въ пользу его говорить многое.

Этимъ устанавливается почти полная аналогія между менструаціей и родами, особенно если будетъ подтверждено фактами, что и неоплодотворенное яйцо тоже вѣдряется въ разросшуюся слизистую оболочку матки. Покуда же въ пользу этого предположенія говорить всего одно прямое наблюденіе, которое, однакоже, на столько важно, что я считаю необходимымъ привести его здѣсь. *Бэнгамъ*²⁾ нашелъ у одной помѣшанной, умершей на четвертый день послѣ менструаціи, большое желтое тѣло, которое заключало въ себѣ пронизанный множествомъ сосудовъ желтый пристѣнный поясъ и немного обезцвѣченнаго фибрина. Въ маткѣ найдено маленькое неоплодотворенное яичко, вѣдренное въ отпадающую оболочку (о половомъ сношеніи не могло быть и рѣчи, такъ какъ больная находилась подъ надзоромъ). Обобщая этотъ фактъ, можно сказать, что при каждой менструаціи происходитъ рожденіе неоплодотвореннаго яичка съ отслойкой слизистой оболочки матки (въ патологическихъ случа-

¹⁾ Arch. f. Gyn., т. III, стр. 457.

²⁾ Edinburgh med. J., августъ 1873, стр. 127.

яхъ слизистая оболочка отпадаетъ большими лоскутами — decidua membranacea).

Что кровянистое выдѣленіе обусловливается не менструальнымъ приливомъ, видно уже изъ того, что переполненіе кровью во время беременности, которое гораздо значительнѣе, не производитъ кровотеченій.

Какъ уже замѣчено выше, эти воззрѣнія не имѣютъ еще подъ собою твердой почвы, но, во всякомъ случаѣ, сильно подкупаютъ въ свою пользу. Собственно менструація, то-есть выдѣленіе крови изъ матки, отводится ими на совершенно новое мѣсто: она является не признакомъ переполненія кровью половыхъ органовъ, а составляетъ результатъ регрессивнаго процесса менструальной эпохи.

Впрочемъ, что кровянистое выдѣленіе не составляетъ главной сущности процесса періодическаго прилива,—это извѣстно было уже давно. Цѣлымъ рядомъ фактовъ уже доказано, да и а priori ничего нельзя противъ этого возразить, что выдѣленіе яйца и кровянистое отдѣленіе изъ слизистой оболочки матки въ нѣкоторыхъ случаяхъ могутъ являться одно безъ другого.

Но изъ этихъ фактовъ никакъ нельзя еще сдѣлать того заключенія, какое выводитъ изъ него *Бейнелъ* ¹⁾, именно — будто овуляція и мѣсячныя очищенія совершенно независимы другъ отъ друга, что выдѣленіе яйца можетъ происходить въ любое время, даже у дѣтей, тогда какъ мѣсячныя очищенія суть ничто иное, какъ періодически повторяющаяся потребность женскихъ половыхъ органовъ въ половомъ удовлетвореніи.

Что оба эти явленія связаны между собой не безусловно, а каждое изъ нихъ можетъ существовать помимо другого, это несомнѣнно.

Нѣтъ ничего удивительнаго въ томъ, что при нѣкоторыхъ мѣсячныхъ приливахъ не происходитъ выдѣленія яйца, такъ какъ возможно, что къ этому времени нѣтъ еще на столько назрѣвшаго пузырька, чтобы онъ вскрылся отъ переполненія крови. Слѣдовательно, случаи, гдѣ при вскрытіи женщины, умершихъ во время менструаціи, не найдено было свѣже лопнувшаго пузырька, еще не могутъ служить доказательствомъ того, будто оба эти процесса вообще не имѣютъ между собой связи.

Съ другой стороны, не трудно также представить себѣ такіе исключительные случаи, въ которыхъ не происходитъ разрыва сосудовъ слизистой оболочки, не смотря на существующій приливъ къ половымъ органамъ и выдѣленіе яйца, такъ что случаи зачатія безъ мѣсячныхъ кровей не представляютъ ничего загадочнаго.

Даже тотъ фактъ, что зачатіе можетъ происходить во всякое или почти во всякое время, далеко еще не говоритъ въ пользу мнѣнія, будто выдѣленіе яйца можетъ происходить въ любое время и совершенно независимо отъ мѣсячныхъ очищеній, такъ какъ мы ничего почти не знаемъ ни о времени, которое нужно яйцу для прохожденія въ матку,

¹⁾ Krankh. d. weibl. Geschlechts, т. I. Erlangen, 1874, стр. 305 и слѣд.

ни о времени, въ теченіи котораго оно остается въ маткѣ способнымъ къ оплодотворенію, ни, наконецъ, о томъ, сколько времени сохраняется жизнеспособность сѣменныхъ нитей въ женскихъ половыхъ органахъ. По теоріи же *Кундрата*, трудно объяснить зачатіе непосредственно передъ мѣсячными очищеніями и во время самихъ регулъ, то-есть, въ такое время, когда нѣтъ способнаго къ оплодотворенію яичка и когда слизистая оболочка матки линяетъ. Если такимъ образомъ мы и отвергаемъ полную независимость овуляціи отъ мѣсячныхъ очищеній, то, съ другой стороны, нельзя не признаться, что возможность овуляціи въ періодическаго прилива едва ли можетъ быть оспариваема. Нѣтъ сомнѣній, что надрывшій пузырекъ можетъ лопнуть и помимо этого, на примѣръ, вслѣдствіе травмы, удара въ животъ и т. д.

Гораздо болѣе серьезнымъ возраженіемъ противъ связи менструаціи съ процесомъ въ яичникѣ служитъ тотъ, довольно прочно установленный, фактъ, что мѣсячныя очищенія могутъ продолжаться и послѣ двусторонней оваріотоміи (случаи же односторонней оваріотоміи и сильнаго перерожденія другого яичника, конечно, ничего не доказываютъ и не доказываютъ именно тамъ, гдѣ произошло зачатіе и гдѣ, слѣдовательно, несомнѣнно существовала овуляція). Я употребилъ выраженіе „могутъ“ именно потому, что въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ этого не бываетъ. Въ подобныхъ исключительныхъ случаяхъ, вмѣсто вывода, противорѣчающаго всѣмъ нашимъ понятіямъ объ этомъ предметѣ, будто менструація не имѣетъ ничего общаго съ существованіемъ яичниковъ, я предпочитаю принять, что у этихъ женщинъ менструація обуславливалась прежде, то-есть до операціи, ростомъ граафовыхъ пузырьковъ въ яичникахъ, но что съ теченіемъ времени организмъ до такой степени привыкъ къ правильному выдѣленію крови, что послѣднее продолжается и по удаленіи яичниковъ (почему мы знаемъ, не происходитъ ли чего нибудь въ этомъ родѣ у большинства женщинъ, то-есть, не прекращается ли процессъ овуляціи раньше, чѣмъ мѣсячныя очищенія. Въ пользу этого говоритъ частое продолженіе регулъ до 50-лѣтняго возраста, не смотря на то, что способность къ зачатію давно уже угасла).

Согласно сказанному, мы смотримъ на менструацію далеко не какъ на главный процессъ при періодическомъ приливѣ къ половымъ органамъ. Самое существенное тутъ выдѣленіе яйца; кровотеченіе же составляетъ побочное обстоятельство, которое, быть можетъ, есть только признакъ регрессивнаго перерожденія слизистой оболочки матки.

Тѣмъ не менѣе, наступленіе первыхъ мѣсячныхъ очищеній должно считаться признакомъ начинающейся половой зрѣлости, т. е. признакомъ того, что граафовы пузырьки начинаютъ сильно расти и, по крайней мѣрѣ, на столько созрѣли, что могутъ лопнуть. Съ этого времени можетъ произойти и зачатіе, если во влагалище попадетъ сѣмя.

Въ нашихъ мѣстностяхъ менструація начинается вообще на 15-мъ году, а прекращается на 45-мъ или нѣсколько позже.

По даннымъ *Л. Майера* и *Криера*, у большинства дѣвушекъ регулы начинаются о 15 годѣ, однакоже, изъ 6550 только у 1240, то-есть у 18,9%. Столь же часто онѣ начинаются на 14-мъ году и нѣсколько рѣже на 16-мъ. На 13-мъ году мѣсячныя очищенія бываютъ вдвое рѣже, чѣмъ на 15-мъ, на 12-мъ же онѣ очень рѣдки. Послѣ 17 лѣтъ наступленіе мѣсячныхъ очищеній становится все болѣе и болѣе рѣдкимъ.

На время появленія первыхъ мѣсячныхъ очищеній вліяетъ цѣлый рядъ условій, которыя, впрочемъ, только отчасти установлены на основаніи достаточно большихъ и притомъ вѣрныхъ чиселъ.

Въ этомъ отношеніи первое мѣсто занимаетъ климатъ, который оказываетъ на колебанія средняго срока появленія мѣсячныхъ въ различныхъ странахъ гораздо большее вліяніе, чѣмъ расовыя особенности, при чемъ менструація появляется вообще тѣмъ раньше, чѣмъ жарче климатъ. Такъ, у африканскихъ негровъ и у остъиндцевъ менструація начинается на 10—12-мъ году, тогда какъ у шведокъ и у норвежекъ она появляется только на 15—16-мъ году, а у шведскихъ лапландокъ даже на 18-мъ.

Затѣмъ наибольшее вліяніе оказываетъ образъ жизни, а именно, у состоятельныхъ классовъ общества, ведущихъ болѣе роскошную жизнь, менструація появляется раньше, чѣмъ у бѣдныхъ, у которыхъ дѣти вырастаютъ подъ гнетомъ тяжелой работы, нужды и лишеній. По *Криеру*, для высшихъ классовъ средній возрастъ есть 14,69, а для низшихъ 16 лѣтъ.

Въ связи съ этимъ находится тотъ фактъ, что въ городахъ мѣсячныя очищенія наступаютъ раньше, чѣмъ въ деревняхъ, тогда какъ у достаточныхъ деревенскихъ жителей они появляются очень рано.

Можно было бы думать, что ранніе браки значительно ускоряютъ появленіе мѣсячныхъ очищеній, но у индусовъ, у которыхъ дѣвушка выходитъ замужъ до наступленія регулъ, такъ какъ мѣсячныя очищенія у дѣвушки, не имѣющей случая забеременѣть, считается дѣтоубійствомъ, менструація, повидимому, появляется не ранѣе того срока, какой полагается по климату (на 12-мъ году).

Л. Майеръ представилъ весьма точныя данныя относительно условій, ускоряющихъ или замедляющихъ у насъ появленіе мѣсячныхъ; оказывается, что брюнетки съ темнымъ цвѣтомъ лица менструируютъ раньше, чѣмъ блондинки ¹⁾, и слабыя дѣвушки нѣсколько раньше, чѣмъ здоровыя, особенно въ высшихъ классахъ. *Криеръ* представилъ по этому вопросу подробную таблицу, принявъ въ расчетъ и ростъ дѣвушекъ, изъ которой получается тотъ интересный выводъ, что въ высшихъ классахъ ма-

¹⁾ По *Маркузе* (Ueber den Eintr. der Menstr. D. i. Berlin, 1869), дѣло выходитъ какъ разъ наоборотъ.

дорослыя и слабыя дѣвушки созрѣваютъ раньше, тогда какъ въ низшихъ классахъ это бываетъ наоборотъ.

Продолжительность менструацій ¹⁾ равняется въ умѣренныхъ климатахъ 30 годамъ или нѣсколько болѣе, тогда какъ къ сѣверу она нѣсколько уменьшается, а въ жаркихъ странахъ она падаетъ такъ круто, что, напримѣръ, арабскія женщины перестаютъ имѣть мѣсячныя очищенія уже на 20-мъ году.

Раннее появленіе мѣсячныхъ отнюдь не идетъ рука объ руку съ раннимъ прекращеніемъ ихъ. Напротивъ того, по таблицамъ *Майера*, оказывается, что продолжительность менструаціи при раннемъ появленіи ихъ равняется 33,673, а при позднемъ появленіи ихъ 27,344, въ общемъ же прекращеніе мѣсячныхъ можно ожидать съ 45-го года. *Конштейнъ* ²⁾ на основаніи 100 случаевъ приходитъ къ тому заключенію, что наиболѣе продолжительный срокъ мѣсячныхъ очищеній встрѣчается у такихъ женщинъ, которыя рано начали менструировать, вышли замужъ, имѣли болѣе трехъ дѣтей, сами кормили ихъ и благополучно рожали еще въ возрастѣ 38—42 лѣтъ.

Какъ начало менструаціи во многихъ случаяхъ сопровождается различными разстройствами (нервные припадки, разстройства питанія), также точно это бываетъ и при прекращеніи мѣсячныхъ (*change of life*, *l'âge critique*). Рѣдко случается, чтобы мѣсячныя прекратились безъ особенныхъ припадковъ на 45 году, являясь нѣсколько разъ въ очень слабомъ количествѣ и затѣмъ исчезая навсегда. Напротивъ того, этотъ критическій періодъ затягивается на цѣлые мѣсяцы и даже годы. Кровотеченія, хотя и повторяются каждый мѣсяцъ въ надлежащее время, но постепенно убываютъ въ количествѣ, или же менструальные періоды расширяются, такъ что регулы приходятъ только чрезъ 6 недѣль, 2—3 мѣсяца и т. д. При этомъ иногда остаются на нѣкоторое время бѣли, постоянныя или повторяющіяся въ правильные промежутки, и, кромѣ того, появляются нервныя разстройства, метеоризмъ, кровотеченія изъ прямой кишки, поносы, боли живота, обильныя поты и другія явленія.

Для опредѣленія средняго срока прекращенія мѣсячныхъ очищеній весьма трудно добыть крупныя числа, съ одной стороны, потому что климактерическій возрастъ часто развивается лишь весьма постепенно, а съ другой стороны, потому что всякое кровотеченіе изъ половыхъ органовъ женщины принимаютъ за менструацію, а между тѣмъ такія кровотеченія происходятъ и въ пожиломъ возрастѣ, только отъ другихъ причинъ. По *Майеру*, въ высшихъ сословіяхъ мѣсячныя очищенія прекращаются позднѣе, а именно въ среднемъ выводѣ на 47,138 году, такъ

¹⁾ *Тайлтъ*, *The change of life*, 3 изд. London, 1870, и *Клишъ*, *Das klimakterische Alter der Frauen*. Erlangen, 1874.

²⁾ *Deutsche Klin.*, 1873, № 5.

что у нихъ регулы, начинаясь раньше и прекращаясь позднѣе, продолжаются гораздо дольше.

Независимо отъ патологическихъ кровотеченій, происходящихъ иногда у дѣтей изъ влагалища, особенно при острыхъ болѣзняхъ, извѣстны случаи настоящей менструаціи въ дѣтскомъ возрастѣ. Такія дѣти обыкновенно бывають физически развиты не по лѣтамъ и на нѣкоторые изъ подобныхъ случаевъ слѣдуетъ смотрѣть просто, какъ на интересныя отклоненія отъ нормы. При случаѣ здѣсь можетъ произойти и зачатіе, какъ доказываетъ рядъ примѣровъ изъ новѣйшей литературы. *Кусмаулъ* ¹⁾ сообщаетъ, что Анна Мументалеръ забеременѣла отъ своего дяди на 8-омъ году и чрезъ 9 мѣсяцевъ родила; Салла Девизъ, какъ сообщаетъ *Роулетъ* ²⁾, имѣла мѣсячныя, когда ей было всего годъ, и родила на 10-мъ году; по *Макрамара* ³⁾, одна индусская дѣвушка родила, когда ей было 10½ лѣтъ; по *Кортису* ⁴⁾, Елизавета Драйтонъ забеременѣла за 24 дня предъ своимъ 10-мъ рожденіемъ и разрѣшилась здоровымъ мальчикомъ, будучи 10 лѣтъ 8 мѣсяцевъ и 7 дней. *Фоксъ* ⁵⁾ въ Филадельфіи принималъ у дѣвочки 11 лѣтъ и 3 мѣсяцевъ; *Виллрдъ* ⁶⁾ присутствовалъ при родахъ у особы 11 лѣтъ 11 мѣсяцевъ и 24 дней. *Горвицъ* ⁷⁾ приводитъ рядъ случаевъ преждевременныхъ мѣсячныхъ и родовъ, особенно изъ старинной литературы, и самъ видѣлъ нормальные роды у дѣвочки, едва имѣвшей 12 лѣтъ. Начиная съ этого возраста, число случаевъ увеличивается; *Котчемъ* ⁸⁾ рассказываетъ интересный случай съ негрятинкой, которая сдѣлалась бабушкой, когда ей было 25 лѣтъ и 9 мѣсяцевъ: сама она родила 13 лѣтъ, а дочь забеременѣла 12 лѣтъ. Надо, впрочемъ, замѣтить, что преждевременная менструація составляетъ иногда признакъ заболѣваній, особенно новообразованій въ яичникѣхъ (*Кусмаулъ*).

Съ другой стороны, извѣстны случаи необыкновенно долгаго существованія регулъ почти до 50 лѣтъ и болѣе, хотя въ большинствѣ подобныхъ случаевъ дѣло навѣрное шло о патологическихъ кровотеченіяхъ. До какой степени здѣсь нужна осторожность—показываютъ 2 случая, приведенные у *Скантони* ⁹⁾. У одной 60-лѣтней женщины съ довольно правильно повторявшимися кровотеченіями, при вскрытіи оказалась полная атрофія яичниковъ, а въ шейкѣ матки найдены два слизистыхъ полипа. У другой женщины 64 лѣтъ, которая съ 48 до 52 года не имѣла мѣсячныхъ и затѣмъ до самой смерти была одержима кровотеченіями, повторявшимися чрезъ 3—4 недѣли, яичники тоже оказались совершенно атрофированными, а кровотеченія несомнѣнно зависѣли отъ разстройства кровообращенія влѣдствіе порока сердца.

Но что овуляція, а вмѣстѣ съ нею и возможность зачатія могутъ иногда продолжаться очень долго, видно изъ цѣлаго ряда случаевъ разрѣшенія отъ бремени очень старыхъ женщинъ, хотя едва ли всѣ эти случаи заслуживають довѣрія ¹⁰⁾.

Что касается анатомическихъ измѣненій, происходящихъ при мѣсячныхъ приливахъ, то объ этомъ мы не знаемъ ничего вѣрнаго.

Въ яичникахъ, которые набухаютъ въ это время, большею частью, хотя и не безъ исключеній, происходитъ разрывъ одного изъ граафовъ

¹⁾ Von dem Mangel etc., стр. 42.

²⁾ Amer. J. of med. sc., ноябрь 1834, стр. 266.

³⁾ Lancet, 13 дек. 1873.

⁴⁾ Med. Times, апрѣль 1863.

⁵⁾ Garrigue, Amer. J. of Obst., III, стр. 616.

⁶⁾ l. c., стр. 638.

⁷⁾ Petersb. med. Z., т. XIII, стр. 221.

⁸⁾ Garrigue, l. c., стр. 572.

⁹⁾ Krankh. d. weibl. Sexualorg., IV изд., т. I, стр. 358.

¹⁰⁾ Кинъ, Das klimakterische Alter etc., стр. 44.

выхъ пузырьковъ, содержимое котораго изливается въ брюшную полость. Кровоизліанія иногда вовсе не бываетъ при этомъ и, во всякомъ случаѣ, оно такъ незначительно, что только внутри яичника происходитъ небольшой экстрavasатъ.

Изверженное яичко обыкновенно втягивается мерцательными движеніями фаллопиевой трубы въ брюшное устье ихъ, а вскрывшійся граафовъ пузырекъ превращается въ corpus luteum. При этомъ, если произошло зачатіе, то подъ вліаніемъ сильнаго прилива, вызваннаго беременностью, онъ превращается въ настоящее желтое тѣло; тогда какъ въ противномъ случаѣ грануляціонный процессъ совершается медленнѣе и не вполне, такъ что получается только маленькое, такъ называемое, ложное желтое тѣло.

Фаллопиевы трубы тоже принимаютъ участіе въ общей гипереміи, но при этомъ ни бахромки не напрягаются на столько, чтобы онѣ охватили яичникъ, хотя напряженіе ихъ увеличивается, ни кровянистаго отдѣленія не бываетъ, хотя слизистая оболочка трубъ набухаетъ.

О состояніи слизистой оболочки матки весьма важныя изслѣдованія сдѣланы недавно *Кундратомъ* и *Энгельманномъ*¹⁾. „Слизистая оболочка припухаетъ, имѣетъ толщину въ 3—6 миллим., рыхла, почти расплывается, неровна, покрыта бѣловато-мутной, часто кровянистой слизью, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ представляетъ равномерную яркую красноту.“ Припухлость ея обуславливается тѣмъ, что круглыя кѣтки самыхъ верхнихъ слоевъ, составляющія основу слизистой оболочки, вздуваются и увеличиваются въ числѣ. Вслѣдствіе этого набуханія, открытыя устья желѣзъ, хотя и удлиненныхъ и расширенныхъ, втягиваются на подобіе воронки. По мнѣнію упомянутыхъ авторовъ, эти измѣненія нѣсколько предшествуютъ кровянистому выдѣленію. Во время мѣсячныхъ менструальныхъ кровотеченій набухшія кѣтки верхнихъ слоевъ представляются помутѣлыми и наполненными жировыми зернышками и, такъ какъ въ слизистой оболочкѣ не находятъ никакихъ кровоизліаній, то, по мнѣнію этихъ авторовъ, кровотеченіе обуславливается отпаденіемъ жирно перерожденныхъ поверхностныхъ слоевъ эпителія.

Кровь, смѣшиваясь со слизью въ полости матки, равно какъ съ отслоившимися поверхностными слоями эпителія, проникаетъ чрезъ шейку во влагалище и оттуда стекаетъ наружу.

Сама паренхима матки тоже становится богаче кровью во время регуль, вслѣдствіе чего стѣнки ея дѣлаются толще и напряженнѣе, такъ что искривленная матка нѣсколько выпрямляется за это время.

Слизистая оболочка влагалища тоже представляетъ гиперемію и усиленное отдѣленіе, а груди слегка набухаютъ и иногда дѣлаются болѣзненными.

¹⁾ Stricker's med. Jahrb., 1873, вып. 2, стр. 139.

Отдѣленіе, происходящее при менструаціи, большей своей частью состоитъ изъ крови, которая сама по себѣ ничѣмъ не отличается отъ крови при другихъ кровотеченияхъ. Къ крови примѣшаны отдѣленія полости матки и отчасти отдѣленіе шейки и влагалища вмѣстѣ съ массой отпавшаго эпителия. Несвертываемость мѣсячной крови зависитъ не отъ недостатка фибрина, а отъ примѣси кислаго отдѣленія влагалища. Примѣшанныя отдѣленія полового канала придаютъ мѣсячной крови ея характеристическій запахъ, обыкновенно едва замѣтный, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ весьма рѣзкій.

Типъ мѣсячныхъ очищеній представляетъ значительныя индивидуальныя различія. Съ фазами луны онъ не имѣетъ ничего общаго и періодическое возвращеніе регулъ чрезъ каждые 28 дней далеко не составляетъ правила.

Такою правильностью въ появленіи мѣсячныхъ, что женщина напередъ можетъ опредѣлить день и даже часъ, когда у нея покажется кровь, я считаю вообще за исключеніе и притомъ не особенно частое. Вообще нужно замѣтить, что указанія женщинъ относительно типа ихъ менструацій, въ высшей степени неточны, такъ что даже образованныя и слѣдующія за собою женщины весьма часто не знаютъ этого навѣрное. Правда, вѣруя напередъ, что такой типъ долженъ существовать, онъ очень склонны находить его и у себя, но стоитъ только хорошенько разспросить ихъ и онѣ начинаютъ путать числа или сразу обнаруживается извѣстная неправильность. Я тоже считаю возвращеніе мѣсячныхъ чрезъ 28 (27—30) дней за обыкновенное явленіе, но долженъ замѣтить, что, по моимъ наблюденіямъ у одной и той же здоровой женщины регулы повторяются то чрезъ 27, то чрезъ 28, 29 или 30 дней и даже позже (особенно послѣ родовъ). Противоположное мнѣніе большею частью основано на томъ, что авторы, исходя изъ предвзятой мысли, безъ дальнѣйшихъ околичностей принимаютъ за фактъ господствующее между женщинами убѣжденіе, что регулы возвращаются чрезъ каждыя 4 недѣли. Находить же *Криеръ* возможнымъ объявить въ своей прекрасной работѣ, что такъ какъ менструація есть кризисъ, а кризисы появляются въ семидневный или кратные отъ семи сроки, то каждая менструація, не слѣдующая 28-дневному типу, должна считаться патологической.

Столь же мало опредѣленнаго мы знаемъ о продолжительности регулъ. Обыкновенно онѣ длятся болѣе 3 дней, а именно 4—5 и, какъ кажется, весьма часто 8 дней. Кровотеченіе, продолжающееся всего 2 или 1 день, составляетъ рѣдкость и часто служитъ признакомъ заболѣванія матки. Но я и здѣсь долженъ отвергать всякую правильность, такъ какъ у одной и той же здоровой женщины мѣсячныя очищенія продолжаются то 3, то 4 и 5 дней. Точное опредѣленіе тѣмъ труднѣе здѣсь, что хотя начало мѣсячныхъ легко отмѣчается по первому появленію красноватаго отдѣленія, но за то конецъ его, по причинѣ медлен-

наго исчезанія крови въ продолжающихся отдѣленіяхъ и частаго появленія въ нихъ кровавыхъ слѣдовъ, разсчитывается весьма различно.

Еще труднѣе опредѣлить количество мѣсячныхъ кровей. Оно обыкновенно разсчитывается помощью такихъ выкладокъ, которыя крайне неточны (*Симсъ*, на примѣръ, опредѣляетъ его по количеству употребленныхъ полотенецъ). Вообще количество ихъ умѣренно, когда регулы продолжаютъ не долго, и значительно при продолжительныхъ регулахъ.

Въ арктическихъ странахъ количество мѣсячныхъ кровей необыкновенно мало; такъ, на примѣръ, эскимоски менструируютъ только въ лѣтніе мѣсяцы и то незначительно; подъ тропиками, напротивъ, мѣсячныя очищенія всегда обильны. Въ нашемъ же климатѣ оно опредѣляется различными авторами въ 100 и въ 250 граммъ.

Вліяніе менструаціи на общее состояніе организма еще очень мало изучено и мнѣнія авторовъ часто противорѣчатъ другъ другу.

Въ противоположность старымъ показаніямъ, *Работо* ¹⁾ нашелъ, что температура тѣла, измѣренная во влагалищѣ, показываетъ среднее пониженіе на $\frac{1}{2}^{\circ}$ Ц. и что пульсъ тоже становится рѣже. Выдѣленіе мочевины уменьшено. *Геннингъ* ²⁾ нашелъ пониженіе пульса, но не температуры.

Даже совершенно нормальныя мѣсячныя очищенія не остаются безъ вліянія на общее состояніе женщинъ. Онѣ дѣлаются легко раздражительными, и появляются разстройства кровообращенія, пищеварительныхъ органовъ и въ особенности нервной системы. Легкія тянущія боли въ крестцѣ и поясницѣ могутъ появляться, не смотря на отсутствіе патологическихъ измѣненій матки. Больныя сами какъ нельзя лучше характеризуютъ это состояніе словомъ „не по себѣ“.

Физиологическими можно считать эти явленія только въ томъ случаѣ, когда они обнаруживаются въ легкой степени и не влекутъ за собою болѣе серьезныхъ общихъ разстройствъ. Но у нѣкоторыхъ субъектовъ они порождаютъ сильныя измѣненія тѣлесной и психической жизни, подробное изложеніе которыхъ повлекло бы насъ слишкомъ далеко (см. объ этомъ у *Криера*, I. с., стр. 99).

Аменоррея.

Подъ аменорреей разумѣютъ только тѣ случаи, когда кровотеченія изъ слизистой оболочки матки вовсе не бываетъ; случаи же, гдѣ выдѣлившаяся въ полость матки кровь не можетъ вытекать наружу, вслѣдствіе закрытія полового канала (гематометра), не относятся къ аменорреѣ.

Послѣдняя бываетъ постоянная или временная.

Въ видѣ постоянного страданія она имѣетъ мѣсто при нѣкоторыхъ порокахъ развитія матки и яичниковъ, особенно при отсутствіи и не-

¹⁾ Gaz. de Paris, 1870, стр. 646, 1871, стр. 22.

²⁾ Arch. f. Gyn., II, стр. 300, и IV, стр. 371.

достаточномъ развитіи матки. За исключеніемъ этихъ случаевъ, аменоррея, которая продолжалась бы всю жизнь, составляетъ большую рѣдкость; съ другой стороны, встрѣчаются случаи полного отсутствія мѣсячныхъ очищеній безъ малѣйшаго ущерба для половой жизни женщины. Впрочемъ, въ подобныхъ случаяхъ менструація иногда появляется въ довольно позднемъ возрастѣ. Такъ, *Леви* ¹⁾ наблюдалъ первое появленіе мѣсячныхъ на 31 году жизни, послѣ шестыхъ родовъ.

Гораздо чаще встрѣчается временная аменоррея, которая, въ формѣ слишкомъ поздно начинающихся или слишкомъ рано прекращающихся мѣсячныхъ очищеній, была упомянута нами уже выше. Во время беременности и кормленія грудью аменоррея составляетъ физиологическое явленіе. Въ первомъ случаѣ не бываетъ почти никакихъ исключеній, во второмъ же исключенія довольно часты ²⁾.

Тѣ формы аменорреи, которыя сопровождаютъ нѣкоторыя заболѣванія матки и яичниковъ и о которыхъ частью мы уже говорили, частью будемъ говорить еще ниже, не подлежатъ здѣсь нашему разсмотрѣнію.

Независимо отъ этихъ случаевъ, временная аменоррея чаще всего развивается при разстройствѣ питанія и общихъ изнурительныхъ болѣзняхъ, а именно у хлоротическихъ дѣвушекъ, по достиженіи ими половой зрѣлости, при бугорчаткѣ и послѣ острыхъ изнурительныхъ болѣзней, особенно послѣ тифа. Сюда же должна быть отнесена и аменоррея, развивающаяся иногда при чрезмѣрной тучности.

Любопытно, что аменоррея можетъ быть вызвана и психическими вліяніями, хотя, во всякомъ случаѣ, это имѣетъ мѣсто гораздо рѣже, чѣмъ обыкновенно думаютъ. Такъ, известны случаи внезапнаго прекращенія уже появившихся было мѣсячныхъ кровей послѣ испуга, печальной вѣсти, вообще послѣ неожиданнаго душевнаго волненія (о вліяніи психическаго настроенія на менструацію см. *Парвина* ³⁾). *Расиборскій* ⁴⁾ указалъ на особый видъ аменорреи, „amenorrhée par causes psychiques“, развивающейся именно въ томъ случаѣ, когда дѣвушки или замужнія женщины пуще всего боятся, какъ бы не забеременѣть. Онѣ со страхомъ ожидаютъ обычнаго срока мѣсячныхъ очищеній, которыя именно вслѣдствіе этого душевнаго волненія и задерживаются, появляясь только тогда, когда больная убѣдится, что она не беременна. Къ двумъ случаямъ, сообщеннымъ *Р.*, *Богата* ⁵⁾ прибавилъ еще одинъ. Съ другой стороны, мѣсячныя очищенія могутъ, какъ кажется, запоздать или совсѣмъ не появиться у женщинъ, которыя страстно желаютъ сдѣлаться матерями и потому въ величайшемъ волненіи ждутъ наступленія регуль.

1) Wien. med. Wochenschr., 1868, № 89.

2) *Луизъ Майеръ*, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn., II, стр. 124.

3) American Practitioner, сент. 1872, и Boston gyn. J., VII, стр. 208.

4) Arch. gén., май 1865, и I. c., стр. 576.

5) Wiener med. Pr., 1866, № 31.

Въ заключеніе я укажу вратцѣ на случаи такъ назыв. замѣстительной менструаціи, т. е. случаи, гдѣ при отсутствіи или скудномъ выдѣленіи мѣсячныхъ очищеній появляются періодическія кровотеченія изъ другихъ частей тѣла (слизистой оболочки носа, и легкихъ, желудка, гемморройныхъ шишекъ, язвъ, ранъ).

Такъ какъ періодическія кровотеченія изъ язвъ и т. д. встрѣчаются и у мужчинъ, то слѣдуетъ относиться съ осторожностью къ подобнымъ явленіямъ, хотя нельзя отрицать, что бывають дѣйствительно случаи, въ которыхъ кровотеченія замѣняютъ регулы.

Въ терапевтическомъ отношеніи я въ общемъ отвергаю при аменорреѣ всѣ такъ назыв. мѣсячногонныя средства. Кровотеченія изъ слизистой оболочки матки составляютъ только процессъ, сопровождающій овуляцію, но самъ по себѣ не необходимый. Поэтому, если овуляція не происходитъ, то нельзя добиваться кровотеченій, если же овуляція совершается, но безъ кровотеченій, то я не вижу въ этомъ никакого вреда.

Временная аменоррея помимо страданія половыхъ органовъ, котораго она составляетъ припадокъ, служитъ признакомъ общаго разстройства питанія, которое либо мѣшаетъ созрѣванію граафовыхъ пузырьковъ, либо ослабляетъ періодическій приливъ къ половымъ органамъ, по крайней мѣрѣ, на столько, что дѣло не доходитъ до кровотеченій изъ матки. Поэтому, необходимо заботиться объ улучшеніи питанія и объ укрѣпленіи всего организма посредствомъ питательной пищи (мяса, пива, вина) и укрѣпляющимъ образомъ жизни (пребываніемъ на воздухѣ, умѣреннымъ физическимъ трудомъ, холодными обмываніями и растираніями всего тѣла, рѣчными и морскими купаньями). У хлоротичныхъ дѣвушекъ единственнымъ мѣсячногоннымъ средствомъ нужно считать желѣзо.

Если аменоррея зависитъ отъ недостаточнаго питанія и снабженія кровью половыхъ органовъ, прирожденнаго ли и пріобрѣтеннаго во время половой жизни (первичная и пріобрѣтенная атрофія матки), то можно пытаться усилить приливъ крови къ этимъ органамъ, посредствомъ настоящихъ мѣсячногонныхъ, но не столько внутренними средствами, какъ aloe, sabina, шафранъ, сколько раздражающими ножными и теплыми полуваннами, холодными или теплыми душами, пѣвками, зондомъ, внутриматочными вставниками и т. д. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ большую пользу, повидимому, приноситъ электричество въ различныхъ его видахъ ¹⁾.

Далѣе, къ настоящимъ мѣсячногоннымъ можно прибѣгнуть въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ нѣтъ мѣсячныхъ и въ которыхъ, не смотря на отсутствіе мѣстныхъ заболѣваній, появляются разстройства, несомнѣнно связанныя съ половой сферой.

¹⁾ *Рокуэлъ*, Amer. J. of Obst., V, стр. 20, *Бэкеръ*, Boston med. a. surg. Journal, 29 августа 1872, и *Алтъмаусъ*, Obst. J. of Great Britain, июнь 1874, стр. 199.

Меноррагія.

Подъ меноррагіей разумѣютъ слишкомъ обильныя мѣсячныя очищенія, въ отличіе отъ метрорагіи, означающей вообще истеченіе крови изъ матки.

Такъ какъ нормальная менструація представляетъ значительныя индивидуальныя колебанія въ количественномъ отношеніи, то о меноррагіи можетъ быть рѣчь только въ томъ случаѣ, когда потеря крови вредно отзывается на всемъ организмѣ. Въ подобныхъ случаяхъ меноррагія почти всегда обуславливается осязательными измѣненіями матки. Но объ этого рода меноррагіяхъ мы говорить не будемъ.

Рѣдко меноррагія имѣетъ въ своемъ основаніи общія причины. Такъ, она является у кровоточивыхъ особъ, при цынгѣ и у такихъ женщинъ, питаніе которыхъ почему-нибудь ослаблено, напр. вслѣдствіе долгаго кормленія. Въ подобныхъ случаяхъ, равно какъ и при чрезмѣрной тучности, появляется то аменоррея, то меноррагія, или же обильныя мѣсячныя очищенія появляются только послѣ отсутствія регуль.

Леченіе должно быть направлено противъ причинъ, т. е. противъ существующихъ страданій матки. Если менструальный приливъ сопровождается бурными явленіями и вызываетъ обильное кровотеченіе, то лучше всего незадолго до появленія мѣсячныхъ сдѣлать кровоизвлеченіе съ помощью скарификацій.

У тучныхъ женщинъ *Дансель*¹⁾ рекомендуетъ рациональную діету (мясную пищу, леченіе *Бэнтима*) и 1—2 раза въ недѣлю слабительное изъ скамонія. Изъ минеральныхъ водъ этимъ больнымъ всего полезнѣе маріенбадская.²⁾

Если не удастся открыть или устранить основную причину, то нужно прибѣгнуть къ принадлежному леченію. Холодъ не совсемъ удобно примѣнять, такъ какъ имъ нужно дѣйствовать очень долго, а пузырь со льдомъ на животъ мало помогаетъ. Гораздо дѣйствительнѣе холодныя вырскиванія во влагалище, но нужно замѣтить, что кратковременное примѣненіе холода оказываетъ прямо противоположное дѣйствіе и нерѣдко производитъ даже воспаленіе. Лучше всего примѣнять холодъ въ видѣ продолжительнаго орошенія влагалища, посредствомъ ирригатора. *Гамонъ*³⁾ употребляетъ для этого не менѣе 20—30 литровъ 3 раза въ день. *Кинъ*⁴⁾ предложилъ влагалищный ирригаторъ, состоящій изъ сосуда, вводимаго во влагалище и соединеннаго съ двумя трубками, чрезъ которыя въ сосудъ постоянно пропускается, помощью обыкновеннаго

1) Gaz. des hôp., № 73 и 76.

2) *Кинъ*, Berl. klin. Wochenschr., 1867, № 20, и Wien. med. Pr., 1870, № 15—20.

3) Schmidt's Jahrb., 1870, 4.

4) Wien. med. W., 1870, № 32.

пригигатора, струя холодной воды, такъ что влагалище не увлажняется, а только охлаждается.

Объ употребленіи спорыньи и эрготина мы говорили при фиброидахъ матки.

Дисменоррея.

Кромѣ литературы, приведенной раньше, при суженіи матки, и цитируемой ниже, при *dysm. membranacea*, см. *Гаартманъ*, *Petersb. med. Z.*, 1862, стр. 129.—*Грингафъ*, *London Obst. Tr.*, V, стр. 164.—*Гольстъ*, *Beitr. z. Geb. u. Gyn.*, вып. 2. *Tubingen*, 1867, стр. 1.—*Барисъ*, *London Obst. Tr.*, XIV, стр. 108.—*Дѣжанъ*, *Edinburgh med. J.*, май 1872, стр. 961.

Прежде всего мы должны установить самое понятіе о дисменорреѣ.

Даже совершенно здоровыя женщины чувствуютъ нѣкоторое недомоганіе во время мѣсячныхъ. Помимо извѣстной раздражительности и нервознаго состоянія, замѣчаются еще и нѣкоторыя мѣстные припадки: чувство тяжести и полноты въ тазу, легкое потягиваніе въ крестцѣ, частый позывъ къ мочеиспусканію и т. д.

Эти припадки, безъ сомнѣнія, обуславливаются набуханіемъ матки во время регуль. Они могутъ усилиться, если менструальный приливъ чрезвычайно значителенъ, въ особенности же, если существуетъ какое-нибудь страданіе матки. При новообразованіяхъ матки, а главнымъ образомъ при воспаленіяхъ ея, эти припадки достигаютъ значительныхъ размѣровъ, а при существующемъ периметритѣ могутъ появиться жесточайшія боли въ животѣ. Эти менструальныя боли, извѣстныя обыкновенно подъ именемъ конгестивной дисменорреи, я вообще считаю неправильнымъ включить въ понятіе о дисменорреѣ, такъ какъ онѣ представляютъ собою обычные припадки маточныхъ страданій, только усиленные подъ вліяніемъ менструальнаго прилива.

На тѣхъ же основаніяхъ мы должны исключить отсюда и яичниковую дисменоррею. Яичники тоже набухаютъ во время регуль, вслѣдствіе чего они могутъ причинить боль, особенно когда они сдавлены (въ грыжевомъ мѣшкѣ или въ глубинѣ дуглассова пространства) или воспалены. Очевидно, что и эти боли не представляютъ ничего характеристическаго для мѣсячныхъ очищеній, а суть только слѣдствіе увеличенія ненормально помѣщеннаго или воспаленнаго яичника. Разрывъ граафова пузырька тоже можетъ породить жестокія боли, особенно когда онъ сопровождается значительнымъ кровотеченіемъ. Но въ этомъ случаѣ боли являются слѣдствіемъ раздраженія брюшины и, слѣдовательно, не имѣютъ ничего общаго съ дисменорреей. Въ этомъ отношеніи овуляція является этиологическимъ моментомъ периметрита, но не дисменорреи.

Настоящія дисменоррейныя боли отличаются опредѣленнымъ, ясно выраженнымъ характеромъ. Онѣ появляются въ видѣ потугообраз-

ныхъ, похожихъ на колики, болей — почему и называются маточными коликами — которыя, начинаясь въ крестцѣ, отдають въ лобокъ и бедра, появляются приступами или, по крайней мѣрѣ, ожесточаются чрезъ короткіе промежутки времени. Съ воспалительными болями эти маточныя колики не имѣють ничего общаго, за исключеніемъ того, что онѣ иногда осложняются воспалениями. Температура не повышена, а боли, которыя иногда доходятъ до того, что чуть-ли не сводятъ съ ума больныхъ, исчезаютъ безслѣдно, какъ только будетъ устранена ихъ причина.

Эта причина дисменорреи состоитъ исключительно въ сокращеніяхъ матки, вызываемыхъ присутствіемъ въ полости ея посторонняго тѣла и обусловливающихъ собою болѣе или менѣе сильныя боли. Такимъ постороннимъ тѣломъ являются, кромѣ новообразованій, жидкая кровь, сгустки или отпадшія части слизистой оболочки матки (если послѣдняя отпадаетъ большими лоскутами, то развивается особая характерная форма, *dysmenorrhoea membranacea*, которую мы рассмотримъ сейчасъ отдѣльно).

Задерживаются же эти вещества въ полости матки или по причинѣ своего объема, мѣшающаго имъ пройти чрезъ нормальную шейку, или вслѣдствіе суженія канала шейки. Послѣднее можетъ зависѣть отъ врожденныхъ и прибрѣтенныхъ стенозовъ, равно какъ отъ опухолей и перегибовъ, рѣдко отъ судороги внутренняго маточнаго зѣва.

Какъ велико должно быть суженіе, чтобы оно могло вести къ задержанію содержимаго матки, опредѣлить нельзя. Между тѣмъ какъ кровяныя сгустки или клочки слизистой оболочки съ трудомъ проходятъ даже чрезъ довольно широкую шейку, жидкая кровь вообще стекаетъ свободно и чрезъ очень узкій каналъ, однакоже, только въ томъ случаѣ, когда кровь медленно выдѣляется слизистой оболочкой матки. Если же менструальная кровь выдѣляется быстро, то, хотя бы даже шейка не была сужена, такое большое количество крови не можетъ свободно пройти сквозь нее, такъ что полость матки растягивается и появляется дисменоррея.

Дисменоррейныя боли обыкновенно наступаютъ ранше, чѣмъ покажется кровь, такъ какъ истеченіе крови именно и затруднено, вслѣдствіе раздраженія слизистой оболочки шейки, перегиба у внутренняго зѣва или опухоли матки. Но какъ только, вслѣдствіе сокращеній матки, проходъ будетъ форсированъ, кровь свободно вытекаетъ наружу и прежнія мучительныя боли быстро прекращаются.

Дисменоррея, если подъ нею разумѣть только боли, обусловливаемыя сокращеніями матки, обыкновенно легко узнается по характеру болей. За то весьма трудно бываетъ опредѣлить въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ причину болѣзни. Въ этомъ отношеніи мнѣ приходится указать на прежнія главы о болѣзняхъ матки.

Столь же мало мы можемъ вдаваться здѣсь и въ леченіе дисменорреи, которое, само собою разумѣется, должно быть направлено противъ про-

изводящей причины. Припадочное лечение может быть допущено только въ крайнемъ случаѣ, когда невозможно отереть или устранить механическое препятствіе. Въ подобныхъ случаяхъ прибѣгаютъ къ наркотическимъ веществамъ, по обычнымъ способамъ ихъ примѣненія. Особенно дѣйствительнымъ противъ дисменорреи англичане считаютъ индійскую коноплю (по *Сильверу* ¹⁾, 1,25 [ʒ] tinct. cannab. ind.). *Мочунъ Сиркаръ* ²⁾ рекомендуетъ тягучую бѣлую жидкость изъ толстой мясистой коры корня *abroma agustum* (olutkombol).

Dysmenorrhoea membranacea. Decidua menstrualis.

Моргани, De sed. et caus. morb., II. Venet., 1762, Ep. 48, стр. 229. — *Джэксонъ*, Med. facts and observ., т. I, стр. 108. — *Олдриѣмъ*, London med. Gaz., июль—дек. 1846, № 38. — *Симпсонъ*, Edinb. med. J., сент. 1846, стр. 161, и Sel. Obst. W., I, стр. 672. — *Сканиони*, Die chronische Metritis. Wien, 1863, стр. 120. — *Клобъ*, Pathol. Anat. d. weibl. Sex. Wien, 1864, стр. 217. — *Мандль*, Wiener med. Presse, 1869, № 1 etc. — *Савіотти*, Scanzoni's Beitr., VI, стр. 219. — *Соловьевъ*, Arch. f. Gyn., II, стр. 66. — *Геиаръ* и *Майеръ*, Virchow's Archiv, 1871, т. 52, стр. 161. — *Гауссманъ*, Berl. V. z. Geb. u. Gyn., т. I, вып. 2, стр. 156. — *Гюшаръ* и *Лабади-Лауравъ*, Archives gén., 1870, т. I, 678, II, стр. 69, и 1871, т. II, стр. 706.

Этіологія.

Исслѣдованія *Куйдрата* и *Энгельманна* ³⁾ проливаютъ новый свѣтъ на ученіе о dysmenorrhoea membranacea, менструальномъ выдѣленіи болѣе или менѣе сплошныхъ кусковъ слизистой оболочки матки. По этимъ исслѣдованіямъ, во время мѣсячныхъ очищеній маточныя желѣзы становятся длиннѣе и шире, а основная ткань утолщается, вслѣдствіе размноженія круглыхъ клѣтокъ. Но эти процессы происходятъ не во время кровотеченій, а раньше. Да и самое кровотеченіе не есть выраженіе наибольшаго полнокротія, а напротивъ, регрессивный процессъ, обусловленный жирнымъ перерожденіемъ самыхъ поверхностныхъ слоевъ слизистой оболочки. Такимъ образомъ, нормальный ходъ менструаціи тотъ, что поверхностные слои слизистой оболочки отслаиваются, влеча за собой кровотеченія.

Очевидно, что dysmenorrhoea membranacea представляетъ собою тотъ же процессъ, только въ усиленной степени. Жировое перерожденіе охватываетъ болѣе обширные слои, которые отслаиваются не въ видѣ мелкихъ кусочковъ, а въ видѣ лоскутовъ или сплошной перепонки.

Боль не представляетъ здѣсь ничего характеристическаго, а зависитъ отъ той же причины, какъ и при другихъ формахъ дисменорреи, толь-

¹⁾ Med. Times, 16 іюля 1870.

²⁾ Indian med. Gaz., 1 апр. 1873 (см. Amer. J. of med. sc., іюль 1873, стр. 276).

³⁾ Stricker's med. Jahrb., 1873, стр. 135.

ко здѣсь нѣтъ надобности въ суженіи шейки, такъ какъ и при нормальной шейкѣ отдѣляющіяся перепонки могутъ проходить не иначе, какъ при помощи сокращеній матки.

Причина усиленнаго размноженія или сплошнаго разрушенія слизистой оболочки кроется въ различныхъ процессахъ; иногда дѣло идетъ только объ индивидуальномъ усиленномъ размноженіи слизистой оболочки; въ другихъ случаяхъ причиной болѣзни бывають хроническія заболѣванія матки, особенно метритъ и эндометритъ, какъ и вообще всѣ процессы, сопровождающіеся размноженіемъ слизистой оболочки матки. Что глубокое жировое перерожденіе можетъ вызвать отдѣленіе перепонокъ даже при нормальной слизистой оболочкѣ, въ пользу этого говорятъ случаи *dysmenorrhoea membranacea* при фосфорномъ отравленіи.

Патологическая анатомія.

Поверхностный слой слизистой оболочки матки выдѣляется иногда въ видѣ перепончатыхъ лоскутьевъ, но чаще въ такой связанной формѣ, что перепонка сохраняетъ трехъугольную форму матки и заключаетъ въ себѣ явный каналъ. Кромѣ того, на ней различаются также отверстія обѣихъ фаллопиевыхъ трубъ и маточный зѣвъ. Толщина перепонки различна и крайне неравномѣрна на одномъ и томъ же препаратѣ.

Внутренняя поверхность, обращенная къ полости матки, гладка и правильно изрѣзана бороздами и истыкана на подобіе рѣшета (отверстіями маточныхъ желѣзъ). Наружная поверхность, которою перепонка и отслаивается отъ матки, представляется окровавленной, шероховатой, покрытой клочьями или ворсами, особенно вслѣдствіе отложенія фибрина.

Подъ микроскопомъ перепонки состоятъ изъ соединительной ткани слизистой оболочки, сквозь которую проходятъ желѣзы и множество новообразованныхъ крупныхъ, круглыхъ соединительно-тканыхъ клѣтокъ (клѣтокъ отпадающей оболочки).

Припадки.

Мѣсячныя очищенія появляются въ обычное время (въ исключительныхъ случаяхъ нѣсколько раньше, рѣдко нѣсколько больше обыкновеннаго), а на второй, третій, рѣже на четвертый день выдѣляется перепонка. Въ началѣ болѣзни изверженіе перепонки совершается часто безъ особенной боли, особенно при отсутствіи другихъ осложнений; въ другихъ случаяхъ оно сопровождается маточными коликами, даже жестокими приступами боли, особенно когда выдѣленіе замедляется и перепонка выходитъ отдѣльными кусками. Закладывая шейку, извергающаяся перепонка можетъ приостановить истеченіе крови.

Промежутки между мѣсячными очищеніями свободны отъ боли.

Осложненія составляютъ весьма обыкновенное явленіе; всего чаще встрѣчается хроническій катарръ, который собственно долженъ быть разсматриваемъ какъ причина болѣзни. Часто также встрѣчается и метритъ, который либо предшествуетъ дисменорреѣ, либо составляетъ послѣдствіе ея.

Теченіе и послѣдствія.

Однократное отдѣленіе менструальной отпадающей оболочки такая рѣдкость, что *Гауссманнъ* оспариваетъ возможность ея; но я положительно наблюдалъ такой случай у кормившей грудью родильницы, у которой мѣсячныя очищенія, хотя и возобновились, но отсутствовали дольше обыкновеннаго. Въ громадномъ же большинствѣ случаевъ болѣзнь обнимаетъ цѣлый рядъ менструальныхъ періодовъ, часто длится цѣлые годы и даже можетъ затянуться до окончательнаго прекращенія мѣсячныхъ очищеній. При этомъ припадки все болѣе и болѣе усиливаются и въ особенности легко появляются меноррагіи.

Обыкновеннымъ послѣдствіемъ перепончатой дисменорреи является безплодіе; однакоже, извѣстно нѣсколько случаевъ, въ которыхъ, не смотря на болѣзнь, произошло зачатіе. Послѣ родовъ болѣзнь снова возобновлялась.

Распознаваніе.

При тщательномъ макроскопическомъ, а еще легче при микроскопическомъ изслѣдованіи, не трудно отличить менструальную перепонку отъ простаго фибриннаго свертка, съ которымъ она представляетъ нѣкоторое сходство.

Труднѣе дается дифференціальное распознаваніе ея отъ ранняго выкидыша. Послѣдній долженъ быть признанъ въ томъ случаѣ, когда будутъ найдены ворсинки хоріона. При отсутствіи же послѣднихъ дѣло, конечно, можетъ идти и о рано погибшемъ яйцѣ. Но считать за выкидышъ всѣ случаи, въ которыхъ перепонка выходитъ всего одинъ разъ, мы не имѣемъ никакого права даже тогда, когда обычный менструальный періодъ прошолъ безъ кровотеченій, такъ какъ запаздываніе мѣсячныхъ очищеній имѣетъ мѣсто и при нашей болѣзни.

Предсказаніе.

Предсказаніе неблагопріятно въ томъ отношеніи, что если болѣзнь существовала долгое время, то до наступленія климактерическаго возраста она неизлечима. По прекращеніи же мѣсячныхъ очищеній она исчезаетъ безслѣдно.

Леченіе.

Излеченіе не можетъ быть достигнуто ни внутренними средствами, ни мѣстными кровоизвлеченіями.

Наиболѣе дѣйствительными оказываются внутриматочныя впрыскиванія изъ ляписа, таннина, полуторохлористаго желѣза, іодной настойки или карболовой кислоты, которыя должны быть произведены сряду послѣ мѣсячныхъ очищеній. Этими средствами обыкновенно можно достигнуть значительнаго улучшенія (выдѣленія болѣе тонкихъ перепонокъ); но рѣдко выдѣленіе совершенно прекращается, а если на время перепонки и исчезаютъ, то впоследствии появляются вновь.

Противъ болей нужно дѣйствовать наркотическими средствами, или смягчительными, влажно-теплыми компрессами; но вѣрнѣе всего успокоеніе болей достигается искусственнымъ расширеніемъ шейки. О способахъ этого расширенія мы уже говорили при суженіяхъ шейки.

Особенную важность представляетъ леченіе осложненій, такъ какъ этимъ путемъ удается достигнуть значительнаго улучшенія припадковъ.

БОЛѢЗНИ ФАЛЛОШЕВЫХЪ ТРУБЪ.

Пороки образованія.

На важнѣйшія прирожденныя аномаліи фаллопиевыхъ трубъ мы указывали уже при порокахъ развитія матки, такъ что здѣсь намъ остается разсмотрѣть только

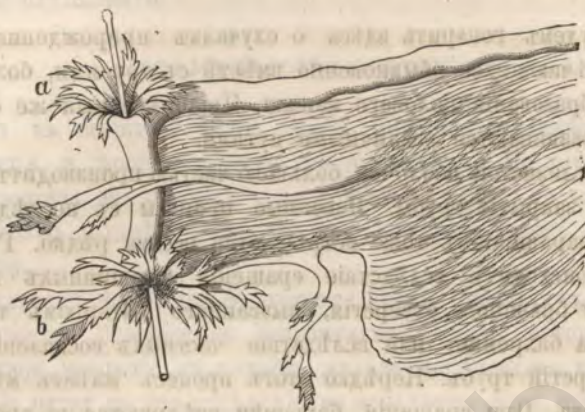
Неправильности со стороны отверстій трубъ.

В. Меркель, Beitr. z. pathol. Entwickl. d. weibl. Genitalien. D. i. Erlangen, 1856.
—*Рокитанскій*, Allg. Wiener med. Z., 1859, № 32, и Wiener Woch., 1860, № 2—4.
—*Клобъ*, Pathol. Anat. d. weibl. Sex., стр. 276.—*Вальдеиеръ*, Eierstock u. Ei. Leipzig, 1870, стр. 127.

Въ исключительныхъ случаяхъ одна изъ фаллопиевыхъ трубъ имѣетъ нѣсколько отверстій, всегда расположенныхъ вблизи настоящаго брюшнаго отверстія трубы. Изрѣдка имѣются простыя щели, безъ бахромокъ, происшедшія путемъ разступанія грыжевидныхъ выпячиваній трубы.

Въ другихъ же случаяхъ дѣло идетъ дѣйствительно о чрезмѣрномъ образованіи, такъ что одна и та же труба снабжена двумя настоящими отверстіями съ хорошо развитыми кистами. При этомъ труба отъ ближайшаго къ маткѣ отверстія направляется подъ довольно острымъ угломъ къ другому, брюшному отверстію (фиг. 107).

Вальдейеръ объясняетъ эмбриологическое развитіе этихъ излишнихъ отверстій слѣдующимъ образомъ: мюллеровъ каналъ образуется путемъ



Фиг. 107.

Фаллопиева труба съ двумя брюшными отверстіями, по *В. Меркелю*. Отъ перваго отверстія *a* каналъ перегибается внизъ къ другому *b*.

въдренія зародышеваго эпителія по продольной оси тѣла (по направленію отъ головы къ тазовому концу). Такимъ образомъ, на известной глубинѣ это въдреніе можетъ опять вступить въ сообщеніе съ зародышевымъ эпителиемъ, или же образующійся каналъ закрывается только отчасти, такъ что онъ сообщается во многихъ мѣстахъ съ брюшной полостью или труба оканчивается въ видѣ полуканала.

Такъ называемая морганьевская гидатида, величиною съ горошину пузырекъ, связанный съ фаллопиевой трубой, иногда посредствомъ довольно длинной нити, и встрѣчающійся довольно часто, считалась прежде всѣми за настоящее слѣное окончаніе мюллерова канала, тогда какъ брюшное отверстіе фаллопиевой трубы образуется будто-бы вслѣдствіе разступанія ея тканей. *Вальдейеръ* же принимаетъ гидатиду за вытянутый придатокъ мюллерова канала, образующійся вслѣдствіе того, что одна часть канала удерживается у грудобрюшной связки первоначальной почки, такъ что соединеніе этой части съ каналомъ вытягивается въ тонкую нить.

Ненормальныя отверстія фаллопиевой трубы едва ли имѣютъ какое-либо практическое значеніе; точно также не доказано, чтобы они имѣли какое нибудь вліяніе на зачатіе или играли роль въ этиологіи вѣматочной беременности.

Съуженіе и заращеніе фаллопиевыхъ трубъ съ ихъ послѣдствіями. Hydrops tubarum. Hydrosalpinx.

Клобъ, Pathol. Anat. d. weibl. Sexualorgane, стр. 288. — *Симпсонъ*, Diseases of women, стр. 543. — *Геннингъ*, Der Katarrh der inneren weiblichen Geschlechtstheile, 2-е изд.

Этіологія.

Мы не будемъ говорить здѣсь о случаяхъ врожденнаго закрытія трубъ, встрѣчающихся обыкновенно вмѣстѣ съ другими, болѣе важными пороками образованія полового канала. Приобрѣтенныя же формы этихъ измѣненій развиваются различными путями.

Катарръ слизистой оболочки большею частью производитъ только суженіе, а не закрытіе трубъ. Язвенные процессы съ послѣдовательнымъ рубцовымъ заращеніемъ тоже встрѣчаются весьма рѣдко. Гораздо чаще закрытіе происходитъ вслѣдствіе сращенія брюшинныхъ поверхностей бахромокъ у брюшнаго отверстія, вызваннаго катарромъ трубы, перешедшимъ на бахромки, или вслѣдствіе частныхъ воспаленій брюшины вблизи отверстій трубъ. Нерѣдко этотъ процессъ имѣетъ мѣсто на обѣихъ сторонахъ. При сращеніи, бахромки видѣряются въ просвѣтъ трубы и тамъ склеиваются своими брюшинными поверхностями. Если послѣ этого въ трубѣ скопится отдѣленіе, то давленіемъ послѣдняго каждая отдѣльная кисть вытягивается наружу такимъ образомъ, что конецъ трубы получаетъ весьма характерный видъ, напоминающій четки. (Фиг. 108, *O. a.*). Въ центрѣ находится воронкообразное углубленіе, окаймленное многими мелкими, выдающимися наружу, возвышеніями.



Фиг. 108.

Hydrosalpinx на обѣихъ сторонахъ, в ялагалище. *O. d* правый личникъ. *T. d* правая труба. *T. s* лѣвая труба. *O. a* закрытое брюшное отверстіе послѣдней трубы съ видѣренными внутрь бахромками.

Чаще всего суженіе и закрытіе трубы производятся внѣшними силами, напр. вслѣдствіе перекручиванія и перетягиванія трубы извнѣ или вслѣдствіе того, что она перегибается подъ угломъ брюшинными сращеніями и ложными перепонками. Закрытіе трубы можетъ произойти въ любой части ея, на одномъ или нѣсколькихъ мѣстахъ.

У маточнаго отверстія суженіе трубы встрѣчается нерѣдко, вслѣдствіе набуханія слизистой оболочки. Но часто-ли при этомъ происходитъ

полное закрытіе трубы, опредѣлить трудно, такъ какъ здѣсь недостаетъ обыкновеннаго послѣдствія закрытія трубы въ другихъ мѣстахъ, а именно скопленія отдѣлимаго.

Патологіческая анатомія.

Измѣненія въ закрытой части трубы бывають различны, смотря по мѣсту закрытія и производящимъ его причинамъ. Но такъ какъ объ этихъ измѣненіяхъ мы вкратцѣ уже говорили выше, то здѣсь мы рассмотримъ только дальнѣйшія послѣдствія, которыя ведетъ за собой закрытіе трубы.

Въ нормальномъ состояніи фаллопиевы трубы отдѣляютъ лишь очень малое количество совершенно безразличной влаги, которая стекаетъ чрезъ брюшное отверстіе въ полость живота, не вызывая никакого раздраженія. Въ матку же это отдѣленіе не попадаетъ, если судить по тому, что заращеніе этого отверстія никогда не ведетъ къ скопленію жидкостей въ трубѣ.

Это нормальное отдѣленіе, въ томъ незначительномъ количествѣ, въ которомъ оно выдѣляется, безъ труда стекаетъ чрезъ суженную трубу, такъ что застои жидкости можетъ произойти только при полной атрезіи трубы. Но если влага выдѣляется въ обильномъ количествѣ, то она можетъ задержаться позади суженнаго мѣста, и случается, что, при сильномъ бленорройномъ отдѣленіи, даже нормальнаго просвѣта канала недостаточно для свободнаго стока всего количества выдѣляющейся влаги, такъ что труба растягивается, не смотря на то, что она вовсе не сжужена.

При полномъ закрытіи канала отдѣленіе всегда скопляется въ той части трубы, которая обращена къ маткѣ, и притомъ прежде всего вплоть у самаго мѣста закрытія. Такимъ образомъ, при закрытіи брюшнаго отверстія отдѣленіе собирается прежде всего въ брюшной части трубы и затѣмъ уже постепенно растягивается на всемъ остальномъ протяженіи. При этомъ труба истончается, мышечныя волокна ея разступаются и исчезаютъ, слизистая оболочка теряетъ свои складки, принимаетъ болѣе характеръ серозной оболочки и получаетъ пластинчатый эпителий. Такъ какъ труба коротко связана нижнимъ своимъ краемъ съ широкой маточной связкой, то, по мѣрѣ своего растяженія, она образуетъ извилины, на крутыхъ перегахъ которыхъ сохраняются удвоенія слизистой оболочки, имѣющія видъ перегородокъ.

Эта водянка трубы, *hydrosalpinx*, можетъ достигнуть весьма значительныхъ размѣровъ, если даже исключить нѣкоторыя, совсѣмъ ужъ невѣроятныя показанія старыхъ авторовъ. По *Клобу*, труба можетъ образовывать мѣшки, величиною съ дѣтскую головку, а *Писли* ¹⁾ сообщаетъ слу-

¹⁾ New-York med. J., 1870.

чай, подтвержденный вскрытіемъ, гдѣ, при такой водянкѣ, труба, принятая за кисту яичника и 2 раза проколота, содержала 18 фунтовъ жидкости. Но въ большинствѣ случаевъ гидросальпинксъ отличается гораздо меньшимъ объемомъ и представляетъ видъ колбасы или кишки. Опухоль бываетъ еще меньше, когда труба зарастаетъ не у брюшнаго отверстія, а на протяженіи, такъ какъ въ этомъ случаѣ отдѣленіе скопляется только на маточной сторонѣ.

Содержимое при водянкѣ трубы можетъ быть различно. Въ одномъ изъ моихъ случаевъ сильно растянутая труба была наполнена густыми бѣловатыми массама (изъ отпавшаго эпителія и слизи). Обыкновенно же содержимое состоитъ изъ прозрачной, водянистой, желтоватой, богатой бѣлкомъ сыворотки, весьма часто окрашенной отъ примѣси крови.

Въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ маточное устье совершенно нормально или только сужено, а не закрыто, вся накопившаяся жидкость можетъ излиться чрезъ матку, какъ только она дойдетъ до маточнаго конца (что водянка трубы можетъ образоваться и при полной проходимости маточнаго устья, это несомнѣнно). А ргіогі ясно и множество достовѣрныхъ (правда, еще большее число сомнительныхъ) наблюденій подтверждаютъ это, что какъ только часть жидкости выдѣлится наружу чрезъ маточное устье, это истеченіе будетъ поддержано брюшнымъ давленіемъ, такъ что мѣшокъ можетъ опорожниться почти цѣлкомъ. Это явленіе, при которомъ изъ трубы сразу выдѣляется большое количество жидкости чрезъ матку и влагалище, издавна извѣстно подъ именемъ *hydrops tubae profluens*. Явленіе это не подлежитъ сомнѣнію, и если *Kivvitz* удивляется, почему это жидкость всегда выдѣляется въ матку, а не въ полость живота, то на это можно просто отвѣтить, что, будь истеченіе возможно въ брюшную полость, не было бы и водянки. Подтвержденіемъ того, что вытекающая изъ матки жидкость дѣйствительно идетъ изъ трубы, служитъ случай *Сканцони* ¹⁾, который нашелъ на трубѣ одну трубу наполненную жидкостью, а другую спавшейся, т. е. опорожненной.

Время отъ времени эти выдѣленія повторяются, иногда съ извѣстной періодичностью.

Припадки.

Водянка трубы вызываетъ только неопредѣленные явленія, напоминающія небольшія опухоли яичниковъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ замѣчаются чувство давленія или тяжести въ тазу и припадки давленія на нервы нижнихъ конечностей; во многихъ же другихъ случаяхъ вовсе нѣтъ никакихъ припадковъ или обнаруживаются только явленія причиннаго, либо послѣдовательнаго периметрита.

¹⁾ Krankh. d. weibl. Sexualorg., IV изд., II, стр. 75.

При пораженіи обѣихъ трубъ, неизбѣжнымъ послѣдствіемъ является бесплодіе, которое, впрочемъ, встрѣчается довольно часто и при заболѣваніи одной трубы, такъ какъ и нерастянутая труба тоже поражается часто катарромъ, либо смѣщается, либо, наконецъ, дѣлается непроходимой, вслѣдствіе периметрическихъ перетяжекъ.

Распознаваніе.

Такъ какъ болѣзнь часто не сказывается никакими признаками, или признаки развиты весьма слабо, то большею частью ее находятъ въ видѣ случайнаго явленія при вскрытіи.

Скорѣе всего она можетъ быть узнана, при тщательномъ двойномъ изслѣдованіи, по формѣ опухоли, которая, начинаясь легкимъ утолщеніемъ у маточнаго конца и постепенно увеличиваясь кнаружи, какъ въ величинѣ, такъ и въ толщинѣ, представляетъ вытянутую, колбовидную форму. Вмѣстѣ съ этимъ замѣчаются и перетяжки, производимыя перегибами раздутой трубы, равно какъ и ложными перепонками.

Если закрыта только одна часть трубы, такъ что водяночный мѣшокъ имѣетъ видъ шара, или если послѣдній достигаетъ весьма значительной величины, утрачивая, вслѣдствіе этого, свою характеристическую форму, то ее трудно отличить отъ кистъ яичниковъ или широкихъ маточныхъ связокъ. Подвижность водяночной трубы, выставяемая *Симпсономъ*, какъ существенный діагностическій признакъ, существуетъ далеко не всегда, такъ какъ весьма часто имѣются сращенія.

Въ одномъ случаѣ мнѣ удалось сдѣлать распознаваніе на основаніи того, что прощупывалось нѣсколько мелкихъ, лежащихъ другъ возлѣ друга, опухолей, которыя, начинаясь въ области маточнаго отверстия трубы, тянулись на подобіе четокъ кнаружи и не могли быть отнесены ни къ какому другому органу.

Предсказаніе.

За исключеніемъ того, что закрытіе одной трубы можетъ вести къ трубной беременности, описываемая болѣзнь не представляетъ опасности для жизни, такъ какъ гидросальпинксъ не имѣетъ склонности къ вскрытію въ брюшную полость, а опорожненіе чрезъ матку должно считаться благоприятнымъ исходомъ.

Леченіе.

Опухоли умеренной величины рѣдко доходятъ до свѣдѣнія врачей, такъ какъ онѣ не вызываютъ почти никакихъ признаковъ. Крупныя опухоли прокалываютъ чрезъ влагалище, если онѣ причиняютъ значительныя страданія. Для прокола слѣдуетъ брать аспираторъ или проб-

ный троакаръ, потому что жидкая, прозрачная влага легко вытекаетъ. *Симмонсъ* говоритъ, что онъ этимъ путемъ вылечилъ 8 больныхъ.

Кровоизліянія въ фаллопиевой трубѣ.

Легкія кровоизліянія въ слизистую оболочку или кровотеченія въ каналъ трубы, повидимому, представляютъ нерѣдкое явленіе во время мѣсячныхъ очищеній, равно какъ при воспалительныхъ процессахъ въ маткѣ (и при острыхъ заразныхъ болѣзняхъ). Они не имѣютъ особеннаго значенія, такъ какъ кровь обыкновенно всасывается и дѣло не доходитъ до разрыва трубы; но они могутъ сдѣлаться опасными, если кровь попадетъ чрезъ брюшное отверстіе въ полость живота. Если исключить трубную беременность и образованіе кровяныхъ мѣшковъ при гематометрѣ, то кровотеченіе едва-ли бываетъ когда нибудь на столько значительно, чтобы больная могла изойти кровью. Смерть отъ перитонита тоже составляетъ исключеніе. Обыкновенно же въ нижней части живота образуются окруженные сумкой кровяныя скопища (подробности см. при haematocele retrouterina); кромѣ того, первичныя кровоизліянія, могутъ, какъ кажется, вести къ водянкѣ трубы, закладывая ея каналъ.

Воспаленіе фаллопиевыхъ трубъ. Salpingitis.

Фёрстеръ, Wiener med. Woch., 1859, № 44 и 45. — *Генниль*, Der Katarrh der inneren weiblichen Geschlechtstheile, 2-е изд. — *Клобъ*, Pathol. Anat. d. weibl. Sex., 1864, стр. 302.

Если исключить весьма частые случаи послѣродового сальпингита, то высшія степени воспаленія слизистой оболочки трубы представляютъ рѣдкое явленіе, тогда какъ умѣренные катарры встрѣчаются, повидимому, довольно часто.

Анатомическія измѣненія такія же, какъ и при всѣхъ катаррахъ. При остромъ катаррѣ, находятъ гиперемію, налитость, припуханіе и усиленное отдѣленіе слизистой оболочки; при хроническомъ катаррѣ слизистая оболочка гладка и аспидно-сѣраго цвѣта. Отдѣленіе можетъ принять гнойный характеръ, особенно когда трипперная бленоррея распространяется съ влагалища на матку и трубы, но впоследствии оно снова дѣлается чисто серознымъ.

Воспаленіе легко переходитъ на сосѣднія части брюшины, вслѣдствіе чего легко образуются многочисленныя брюшинныя сращенія. Распространеніе же процесса на слизистую оболочку матки едва-ли имѣетъ мѣсто и, по всему вѣроятію, эта особенность въ распространеніи процесса объясняется тѣмъ, что заразительное отдѣленіе трубы выступаетъ въ брюшную полость, а не въ матку.

Впрочемъ, при медленномъ стеканіи, катарральное отдѣленіе очень мало или вовсе не раздражаетъ брюшины, тогда какъ изліяніе гноя чрезъ брюшное отверстіе можетъ вызвать острый, быстро оканчивающійся смертью перитонитъ. Скопленіе гноя въ трубѣ, *pyosalpinx*, можетъ имѣть своимъ послѣдствіемъ изъязвленіе слизистой оболочки и прободеніе трубы, которая, при отсутствіи предварительныхъ сращеній, можетъ вскрыться въ брюшную полость. Два такихъ случая наблюдалъ *Фёрстеръ*. *Вайнеръ* ¹⁾ видѣлъ такой же случай у беременной. Такие же случаи видѣли *Ф. Дессауэръ* ²⁾ и *Вайли* ³⁾. Съ другой стороны, если раньше произошли сращенія, то вскрытіе можетъ воспослѣдовать въ прямую кишку, рѣже въ пузырь, кишечный каналъ или во влагалище.

Припадки сальпингитъ производятъ только тогда, когда, при дальнѣйшемъ распространеніи процесса, развивается перитонитъ, вслѣдствіе изліянія отдѣлимаго въ брюшную полость или вслѣдствіе разрыва трубы. По этой причинѣ болѣзнь остается неизвѣстной или диагностируется слишкомъ поздно, хотя нельзя не замѣтить, что при благоприятныхъ условіяхъ, вѣроятно, есть возможность прощупать набухшія трубы.

Смѣщенія фаллопиевыхъ трубъ.

Смѣщенія трубъ встрѣчаются чрезвычайно часто, но почти всегда составляютъ слѣдствіе другихъ аномалій, такъ что имѣютъ только второстепенное значеніе.

Такъ, при смѣщеніяхъ матки, при наклоненіяхъ, перегибахъ и въ особенности выпаденіяхъ и выворотахъ ея, всегда имѣютъ мѣсто соответственныя смѣщенія трубъ. При грыжахъ половыхъ органовъ, сначала смѣщаются яичники и трубы, а за ними уже слѣдуетъ матка (подробности см. при грыжахъ яичниковъ). Совершеннымъ особнякомъ стоитъ наблюденіе *Берара* ⁴⁾, нашедшаго въ бедренной грыжѣ одну только трубу (безъ яичника и матки).

Особенно сильны бываютъ измѣненія трубъ при опухоляхъ матки и яичниковъ. Онѣ претерпѣваютъ при этомъ измѣненія не только относительно своего положенія, но и въ своей формѣ, такъ какъ чрезмѣрно вытягиваются въ длину и могутъ быть даже оторваны отъ матки, вслѣдствіе влеченія со стороны разрастающейся опухоли.

Весьма частымъ поводомъ къ смѣщеніямъ трубъ служатъ периметрическія сращенія, которыя оттягиваютъ трубы кпереди или къзади—чаще всего въ дугласово пространство—и здѣсь закрѣпляютъ ихъ. Всѣ эти смѣщенія оказываютъ вліяніе почти исключительно только на физиоло-

¹⁾ Monatsschr. f. Geb., т. XIV, стр. 436.

²⁾ Тамъ же, т. XXVII, стр. 60.

³⁾ Amer. J. of Obst., VI, стр. 43.

⁴⁾ L'expérience, апрѣль 1839.

гическіе процессы (зачатіе); но, какъ замѣчено уже выше, они могутъ также сѣзуть каналъ трубы, особенно если они обусловливаются сращеніями и ложными перепонками.

Новообразованія фаллопиевыхъ трубъ.

Фиброиды встрѣчаются здѣсь весьма рѣдко и никогда не достигаютъ значительной величины. (Одинъ только *Симпсонъ* ¹⁾ видѣлъ фиброидъ лѣвой трубы, величиною съ дѣтскую головку). Они развиваются на протяженіи трубъ, въ стѣнкѣ ихъ или въ кистяхъ брюшного отверстія. Практическаго значенія они не имѣютъ, они даже не сѣзуживаютъ просвѣта трубы, такъ какъ растутъ наружу.

Липомы встрѣчаются у нижняго края трубы, между листками широкихъ маточныхъ связокъ, и тоже отличаются очень ничтожнымъ объемомъ. Въ рѣдкихъ только случаяхъ они достигаютъ величины грецкого орѣха.

Кистовыя опухоли, весьма часто встрѣчающіяся на поверхности трубъ, лишены всякаго значенія, потому что онѣ рѣдко бывають больше, чѣмъ съ горошину. Морганьевскія концевыя гидатиды представляютъ только эмбриологическій интересъ (см. стр. 285).

Раковыя опухоли никогда не встрѣчаются въ трубахъ въ видѣ первичныхъ новообразованій и крайне рѣдко въ видѣ настоящихъ метастазовъ (*Сканцони* ²⁾ наблюдавъ при мозговикѣ праваго яичника раковую инфильтрацію слизистой оболочки лѣвой трубы). Поэтому раковое разрушеніе трубъ наблюдается только тамъ, гдѣ послѣднія вовлекаются въ процессъ раковымъ перерожденіемъ яичника, брюшины или, весьма рѣдко, матки, и даже въ этихъ случаяхъ труба часто остается долгое время здоровой. Такъ, при ракахъ яичника нерѣдко находятъ заложенную въ раковой массѣ трубу совершенно непричастной новообразованію.

Напротивъ того, бугорчатка слизистой оболочки трубъ встрѣчается гораздо менѣе рѣдко и относительно часто составляетъ первичное страданіе, даже раньше половой зрѣлости.

Она начинается въ слизистой оболочкѣ брюшнаго конца катарральными явленіями, съ образованіемъ мелкихъ узелковъ въ слизистой оболочкѣ. При этомъ каналъ выполняется слизисто-гноевой, позднѣе творожисто-маркой массой. Туберкулезныя язвы тоже встрѣчаются на слизистой оболочкѣ. Впослѣдствіи, когда слизистая оболочка превращается въ разсыпчатую туберкулезную массу, трубы принимаютъ видъ толстыхъ и твердыхъ на ощупь каналовъ.

Новообразованіе можетъ перейти со слизистой оболочки на мышечный слой и брюшину и даже вести къ прободенію трубы. Кромѣ

¹⁾ Diseases of women, стр. 541.

²⁾ Krankh. der weibl. Sexualorg., IV изд., т. II, стр. 79.

того, оно можетъ распространиться послѣдовательно и на слизистую оболочку матки.

Распознаваніе возможно развѣ въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ и менѣе всего тамъ, гдѣ бугорчатка трубы является первичнымъ страданіемъ.

БОЛѢЗНИ ЯИЧНИКОВЪ.

Пороки образованія.

Полное отсутствіе.

Кусмауль, Von dem Mangel и т. д. der Gebärmutter. Würzburg, 1859, стр. 43 и сл. — *Клобъ*, Pathol. Anat. d. weibl. Sex. Wien, 1864, стр. 328. — *Рокитанскій*, Allg. Wiener med. Woch., 1860, № 2—4. — *Гешль*. Oesterr. Zeitschr. f. prakt. Heilk., 1862, № 20.

Отсутствіе обоихъ яичниковъ встрѣчается одновременно съ отсутствіемъ матки, и, строго говоря, въ подобныхъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ бесполою особью (*Кусмауль*). На отсутствіе одного яичника при однорогой маткѣ мы уже указывали при порокахъ развитія матки.

Съ другой стороны, отсутствіе одного яичника можетъ быть приобрѣтено во время утробной жизни, а именно, когда, вслѣдствіе воспалительныхъ процессовъ и поворота на оси, маточные придатки откручиваются отъ остального полового аппарата. Если это происходитъ въ раннихъ періодахъ развитія, то придатки могутъ всосаться и исчезнуть безслѣдно; но они могутъ также прирости къ другимъ мѣстамъ, или превратиться въ кистовидное образованіе, какъ показываетъ случай *Гешля* у трехнедѣльнаго ребенка. Въ подобныхъ случаяхъ остальные половые органы нормальны и только на одной сторонѣ придатки на извѣстномъ мѣстѣ какъ бы срѣзаны.

Зачаточное образованіе.

При многихъ аномаліяхъ матки, при полномъ отсутствіи ея, при зачаточномъ развитіи, при раздвоенной и зародышевой маткѣ, яичники тоже представляются въ видѣ зачаточныхъ образованій. При этомъ строеніе ихъ можетъ быть весьма различно. На самой нижней ступени развитія они состоятъ изъ одной только стромы, безъ всякихъ задатковъ графовыхъ пузырьковъ, хотя, строго говоря, подобныя особи нельзя признать за женскія, такъ какъ только графовы пузырьки съ яичками придаютъ яичнику характеръ женской половой желѣзы.

Въ другихъ случаяхъ имѣются зачатки не вполне развитыхъ или погибшихъ пузырьковъ, какъ, напримѣръ, въ случаѣ *В. Меркеля* ¹⁾. Весьма

¹⁾ Beiträge zur pathol. Entwicklungsgeschichte etc. D. i. Erlangen, 1856, стр. 17.

интересный примѣръ зачаточнаго развитія яичника описанъ подробно *Эттингеромъ* ¹⁾. Рядомъ съ вполне зачаточнымъ двойнымъ половымъ мѣшкомъ, найдены два яичника, одинъ величиною въ пуговку зонда и другой въ просыаное зерно, содержащiе маленькiе, перерожденные, но несомнѣнные пузырьки. Съ другой стороны, въ зачаточныхъ яичникахъ могутъ быть найдены отдѣльные, хорошо развитые пузырьки.

Зачаточный яичникъ на одной сторонѣ встрѣчается при однорогой маткѣ съ зачаточнымъ рогомъ другой стороны.

Излишнее число яичниковъ.

Гроге ²⁾ и *Клебс* ³⁾ сообщаютъ каждый по случаю, въ которыхъ существовали три яичника (два на одной сторонѣ).

Гиперемiя и геморрагiя.

При каждомъ мѣсячномъ очищенiи, яичники подвергаются физиологическому приливу, который, хотя и бываетъ иногда чрезмѣрно великъ или продолжителенъ, но не имѣетъ особеннаго значенiя, покуда не перейдетъ въ геморрагiю или въ воспаленiе.

Разрывъ граафова пузырька, хотя, быть можетъ, и не всегда сопровождается кровоизлиженiемъ, но послѣднее, во всякомъ случаѣ, происходитъ весьма часто и занимаетъ собою центръ желтаго тѣла. Въ исключительныхъ же случаяхъ кровоизлиженiе бываетъ такъ значительно, что пузырекъ превращается въ настоящую кровяную кисту, или же, если кровь можетъ свободно выдѣлиться изъ лопнушаго пузырька, происходитъ кровотеченiе въ брюшную полость. Такое кровотеченiе можетъ 1) непосредственно окончиться смертiю, 2) вызвать смертельный перитонитъ, 3) образовать окруженное сумкой кровяное скопище въ брюшной полости, или 4) обратиться въ заматочную кровяную опухоль.

Кровяныя кисты яичника могутъ развиваться изъ пузырьковъ или въ томъ случаѣ, когда послѣднiе вовсе не вскрываются, что бываетъ при ненормальномъ утолщенiи бѣлочной оболочки, либо при окутыванiи пузырька ложными перепонками, или же когда мѣсто разрыва закладывается кровяными свертками, либо закрывается раньше, чѣмъ наступитъ кровотеченiе.

Эти кровяныя кисты обыкновенно бываютъ не больше грецкаго орѣха, но въ исключительныхъ случаяхъ могутъ достигнуть величины съ кулакъ. Самый частый исходъ ихъ—постепенное ссыханiе и отчасти всасы-

¹⁾ Prager Vierteljahrschr., 1873, 4, стр. 2.

²⁾ Wiener Medicinalhalle, 1863, № 43.

³⁾ Monatsschr. f. Geburt., т. 23, стр. 405.

ваніє. Но, съ другой стороны, киста можетъ дать разрывъ, съ перечисленными выше послѣдствіями, или подвергнуться ихорозному распаденію.

Значительныя интерстиціальныя кровотеченія между петлями основной ткани составляютъ весьма рѣдкое явленіе; мелкія же кровоизліянія встрѣчаются часто, особенно при острыхъ заболѣваніяхъ крови.

Шульце ¹⁾ видѣлъ кровяную опухоль праваго яичника у мертворожденнаго ребенка, которая несомнѣнно развилась лишь мало по малу; собственная ткань яичника была раздавлена кровью.

Кровяная опухоль яичника, по своимъ припадкамъ, не можетъ отличаться отъ другихъ опухолей, производящихъ умѣренное увеличеніе органа, такъ что распознаваніе ея едва ли возможно, по крайней мѣрѣ, при объективномъ изслѣдованіи. Нѣкоторымъ отличіемъ отъ другихъ опухолей можетъ служить быстрое развитіе, равно какъ быстрое опаданіе опухоли, если это удастся подмѣтить.

При разрывѣ кровяной опухоли, развиваются упомянутыя выше исходы, по которымъ, однакоже, при жизни рѣдко удается угадать источникъ кровотеченій.

Воспаленіє яичника. Oophoritis.

Шеро, Мém. pour servir à l'étude des mal. des ovaires. Paris, 1844. — *Тайлътъ*, Diseases of menstruation and ovarian. inflamm. London, 1850. — *Расиборскій*, Gaz. des hôp., ноябрь 1856. — *Гайларъ*, Gaz. des hôp., июль—октябрь 1869. — *Шульце*, Jenaische Z. f. Med. u. Nat., I, 1864, стр. 279. — *Клобъ*, Pathol. Anat. d. weibl. Sex. Wien, 1864, стр. 378. — *Дѣнкаль*, Edinburgh med. J., сент. 1871, стр. 193. — *Славянский*, Arch. f. Gynaek., т. III, стр. 183.

О наиболѣе частой формѣ воспаленія яичника, а именно послѣродовой, мы здѣсь говорить не будемъ.

Этіологія и случаи появленія.

Нужно различать двѣ формы воспаленія яичника: паренхиматозное или фолликулярное, при которомъ воспалена собственно желѣзистая ткань, то-есть граафовы пузырьки, и интерстиціальное воспаленіе, занимающее соединительно-тканную основу.

По изслѣдованіямъ *Славянскаго*, воспаленіе желѣзистой части граафовыхъ пузырьковъ составляетъ весьма частое явленіе, такъ какъ оно встрѣчается при острыхъ лихорадочныхъ болѣзняхъ, на-равнѣ съ паренхиматозными воспаленіями другихъ желѣзъ брюшной полости. Понятно, что эта форма сама по себѣ не имѣетъ спеціального гинекологическаго значенія. Она важна только въ томъ отношеніи, что, при очень значительномъ развитіи, можетъ окончиться разрушеніемъ всѣхъ задатковъ пузырьковъ и вести за собой безплодіе.

¹⁾ Monatsschr. f. Geb., т. 11, стр. 170.

Сверхъ того, паренхиматозное воспаленіе встрѣчается при воспаленіи сосѣдней сывороточной оболочки, то-есть при периметритѣ и воспаленіи брюшины. Но и здѣсь оно имѣетъ только второстепенное значеніе, такъ какъ измѣненія брюшины гораздо значительнѣе и опаснѣе.

Интерстиціальная форма встрѣчается чрезвычайно рѣдко въ послѣ-родового періода. Она является также какъ дальнѣйшее продолженіе перитонита и затѣмъ при остановкѣ мѣсячныхъ очищеній.

Патологическая анатомія.

При паренхиматозной формѣ, графовы пузырьки бываютъ воспалины и притомъ, если воспаленіе переходитъ на яичникъ съ брюшины, болѣе всего поражаются пузырьки, лежащіе ближе къ поверхности. Напротивъ того, при острыхъ заразныхъ болѣзняхъ, прежде всего воспаляются первичные пузырьки и затѣмъ уже процессъ переходитъ на болѣе зрѣлые пузырьки.

Клѣтки зернистой оболочки представляютъ мутное набуханіе, позднѣе мелкозернистое распаденіе, при чемъ перерождается также и яичко. Содержимое болѣе зрѣлыхъ пузырьковъ отличается молочно-мутнымъ цвѣтомъ отъ примѣси распавшихся клѣтокъ зернистой оболочки. Окружающій пузырьки слой основной ткани тоже представляется воспаленнымъ.

Интерстиціальное воспаленіе есть настоящее соединительно-тканное воспаленіе. Соединительная ткань гипереммуруется, разбухаетъ, пропитывается влагой и пронизывается выселившимися бѣлыми кровяными тѣльцами. Мелкоклѣточная инфильтрація можетъ достигнуть такихъ размѣровъ, что образуются гноевики. Большею частью, однакоже, воспаленіе завершается рубцовымъ сморщиваніемъ. Если воспаленіе очень сильно, то оно переходитъ и на пузырьки.

Припадки и исходы.

О настоящихъ припадкахъ, собственно говоря, не можетъ быть и рѣчи, такъ какъ воспаленіе яичника присоединяется, какъ побочное заболѣваніе, къ другимъ важнымъ и опаснымъ страданіямъ. Чувствительность, замѣчаемая въ пораженномъ яичникѣ, обуславливается участіемъ его внѣшняго покрова.

При паренхиматозной формѣ воспаленія, вслѣдствіе разрушенія всѣхъ пузырьковъ можетъ развитыя бесплодіе. Впрочемъ, до сихъ поръ еще не рѣшено, не сохраняются ли желѣзистыя трубки, изъ которыхъ путемъ отшнурованія образуются графовы пузырьки, гораздо дольше, или не могутъ ли онѣ вновь возродиться даже у взрослыхъ жен-

щинъ изъ эпителія ячника. *Костеръ*¹⁾ сообщаетъ, что онъ наблюдалъ у 32 и 37-лѣтней родильницы, равно какъ у 16 и 17-лѣтней дѣвушки, вѣдренія эпителія въ основную ткань и на днѣ ихъ первичныя яички, а подъ ними молодые пузырьки. Наблюденіе *Славянскаго*²⁾ (слегка кистовидно перерожденныя желѣзистыя трубки безъ яицъ въ ячникахъ 30-лѣтней женщины) имѣеть только значеніе оставшихся безъ употребленія желѣзистыхъ трубокъ. Весьма вѣроятно, что и воспаленныя пузырьки тоже могутъ превратиться въ кисты.

При интерстиціальной формѣ, пузырьки тоже могутъ быть раздавлены, вслѣдствіе рубцоваго сморщиванія воспаленной соединительной ткани. Далѣе, она можетъ вести къ безплодію, вслѣдствіе уплотнѣнія периферическихъ слоевъ ячника, которые въ такомъ случаѣ не разрываются болѣе и, слѣдовательно, не пропускаютъ яицъ.

Интерстиціальное воспаленіе ячника можетъ вести къ образованію гноевиковъ. Если позволительно дѣлать заключеніе изъ небольшого числа вѣрныхъ (не послѣродовыхъ) наблюденій, то эти гноевики, повидимому, имѣютъ большую склонность вскрываться въ мочевой пузырь. *Вестъ*³⁾ видѣлъ прободеніе въ мочевой пузырь и кишечникъ, *Мозлеръ*⁴⁾ тоже въ мочевой пузырь, а *Эдисъ*⁵⁾ наблюдалъ гноевикъ ячника съ прободеніемъ въ брюшную полость у 12-лѣтней дѣвочки. Я самъ нашелъ при вскрытіи больной, умершей отъ туберкулезнаго перитонита, гноевикъ ячника въ состояніи обратнаго развитія. При этомъ, весь ячникъ былъ превращенъ въ опухоль, величиною почти съ куриное яйцо, изъ которой при разрѣзѣ вытекла желтоватая влага, похожая на густыя сливки. Соохшіяся гноевикъ сдѣлался исходной точкой общаго туберкулезнаго зараженія (въ томъ числѣ и матки).

Воспаленіе ячника осложняется (часто же является слѣдствіемъ) періоофоритомъ, который ведетъ къ ложно-перепончатымъ наслоеніямъ и къ сращенію ячника съ сосѣдними органами.

Распознаваніе.

Нѣкоторые гинекологи весьма часто ставятъ діагнозъ воспаленія ячниковъ, а именно каждый разъ, когда сбоку матки прощупывается чувствительная опухоль. По моему же мнѣнію, въ подобныхъ случаяхъ прежде всего имѣется периметритъ, а если въ образованіи опухоли участвуетъ и ячникъ, то все-таки воспаленіе брюшины занимаетъ первое мѣсто. Отдѣльное заболѣваніе ячника можетъ быть діагносцировано съ нѣкоторою

1) Virchow-Hirsch'scher Jahresber. über 1872, т. I, стр. 52.

2) Bull. de la soc. anatom. de Paris, дек. 1873.

3) Lehrb. der Frauenkrankh., III изд., стр. 586.

4) Monatsschr. f. Geb., т. 16, стр. 133.

5) London Obst. Tr., т. XIII, стр. 99.

достоверностью только при томъ условіи, когда на нормальномъ мѣстѣ желѣзы прощупывается сколько-нибудь значительная кругловатая опухоль, чувствительная къ давленію, между тѣмъ какъ ближайшія къ ней части нормальны.

Гноевикъ яичника тоже узнается съ большимъ трудомъ. Помощью двойного изслѣдованія, удается только діагностировать опухоль яичника съ жидкимъ содержимымъ. Что же касается чувствительности, то она едва-ли можетъ служить отличительнымъ признакомъ отъ кисты, такъ какъ и гноевикъ яичника не отличается особенной чувствительностью, а, съ другой стороны, и при кистѣ можетъ быть воспаленъ наружный покровъ. Быстрый ростъ опухоли говоритъ въ пользу гнойнаго содержимаго. Но, положивъ даже, что послѣ прокола, т. е. аспираціи, или послѣ произвольнаго вскрытія выдѣляется несомнѣнно гнойное содержимое, то и въ такомъ случаѣ все-таки трудно рѣшить, идетъ ли дѣло о гноевикѣ яичника или о гноящейся кистѣ. Появленіе опухоли, послѣ остановки мѣсячныхъ, съ бурными явлениями и быстрымъ теченіемъ указываетъ скорѣе на гноевикъ.

Леченіе.

При простомъ воспаленіи, не часто представляется случай къ терапевтическому вмѣшательству. При болѣе сильной чувствительности, требуется такое же леченіе, какъ при периметритѣ. Гноевики должны быть опоражниваемы чрезъ влагалище тонкимъ троакаромъ или аспираторомъ.

Смѣщенія яичника. Грыжи яичника.

Денъ, Sur la hernie de l'ovaire. Paris, 1813. — *Мулертъ*, Journal für Chirurgie, 1850, IX, 3. — *Луметь*, De la hernie de l'ovaire. Paris, 1869. — *Эллишъ*, Medicinische Jahrbücher, 1871, стр. 335. — *Макъ Кьюеръ*, Amer. J. of Obst., т. VI, стр. 613.

Паховая грыжа.

Этіологія и анатомія.

Паховыя грыжи въ большинствѣ случаевъ принадлежатъ къ прирожденнымъ аномаліямъ (въ числѣ 23 случаевъ, въ которыхъ имѣются нѣкоторыя свѣдѣнія въ этомъ отношеніи, *Эллишъ* насчиталъ 17 прирожденныхъ). Онѣ происходятъ вслѣдствіе образованія такого же processus vaginalis peritonei, какъ у мужчинъ, который остается открытымъ и по которому яичники спускаются (подобно мужскимъ яичкамъ) въ большія губы. По этой причинѣ, паховыя грыжи нерѣдко существуютъ на обѣихъ сторонахъ (между 27 паховыми грыжами *Эллишъ* насчиталъ 9 парныхъ, которыя, вѣроятно, всѣ были прирожденные). Это ненормальное

образование, имѣющее физиологическую аналогию у мужчинъ, встрѣчается иногда при порокахъ развитія половыхъ органовъ, но чаще независимо отъ нихъ.

Приобрѣтенныя паховыя грыжи легче всего образуются въ послѣродовомъ періодѣ, если уже раньше существовала грыжа. Въ пользу этого говоритъ случай, сообщенный *Лёперомъ*¹⁾; да и третій случай *Энлиша*, повидимому, можетъ быть истолкованъ въ томъ же смыслѣ (грыжа, вслѣдствіе травматическихъ причинъ, на 8-мъ мѣсяцѣ беременности и затѣмъ яичниковая грыжа въ послѣродовомъ періодѣ). Понятно, что, при существованіи грыжевого мѣшка, легче всего въ немъ можетъ очутиться въ послѣродовомъ періодѣ яичникъ. Очень можетъ статься, что и происхожденію приобретенной паховой грыжи часто, если не всегда, способствуетъ существованіе открытаго processus vaginalis peritonei. Смѣщенный яичникъ нерѣдко подвергается воспаленію (если изъ 38 случаевъ *Энлишъ* 17 разъ нашелъ воспаленіе, то это, конечно, можетъ быть объяснено тѣмъ, что только, благодаря этому воспаленію, больныя и обращаются къ врачу; въ 5 случаяхъ яичникъ былъ пораженъ кистой, въ 1 ракомъ).

Припадки.

Яичникъ образуетъ единственное содержимое грыжи, которая большею частью имѣетъ грушевидную форму и въ прирожденныхъ случаяхъ почти всегда невправима. Опухоль бываетъ величиною въ грецкій орѣхъ до куриного яйца, рѣдко больше (при кистовидномъ перерожденіи). Мелкая опухоль представляетъ большое сходство съ набухшими паховыми желѣзами, отличающимися такою же консистенціею. Она всегда чувствительна къ давленію. Болей въ нѣкоторыхъ случаяхъ вовсе не было, въ другихъ онѣ были чрезвычайно сильны. Воспаленіе грыжи оканчивается или разрѣшеніемъ, или образованіемъ гноевика и даже ихорознымъ распаденіемъ.

Распознаваніе.

Грыжа обыкновенно распознается по извѣстнымъ правиламъ. Заключение въ пей яичникъ можетъ быть узнано по его формѣ и консистенціи, главнымъ же образомъ по его связи съ маткой, если послѣднюю подвигать пальцемъ или зондомъ. Во многихъ случаяхъ смѣщенный яичникъ замѣтно увеличивается во время мѣсячныхъ очищеній и становится чувствительнымъ.

Я видѣлъ случай паховой грыжи праваго яичника, въ которомъ не могло быть никакого сомнѣнія на счетъ діагноза. Лѣвый яичникъ прощупывался въ совершенно нормальномъ видѣ и нѣсколько болѣе обыкновеннаго кзади, тогда какъ на правой сторонѣ между придатками матки недоставало образованія, соответствующаго яичнику. За то на этой сторонѣ прощупываемое въ маточныхъ придаткахъ канатики (фаллопиева труба,

¹⁾ Monatsschr. f. Geb., т. 28, 453.

личниковая связка) тянулись къ паховому каналу, гдѣ въ грыжевомъ мѣшкѣ было заложено тѣло, величиною и формой похожее на яичникъ и слегка чувствительное только при сильномъ давленіи (большая не замѣчала, чтобы это тѣло набухало во время регуль). Попродерживая это тѣло снаружи и подвигая матку, съ помощью двойного изслѣдованія, назадъ и вѣтво, можно было замѣтить, какъ оно поддавалось этому влеченію: оно выскальзывало изъ поддерживавшихъ его пальцевъ вверхъ и наружу, но при всемъ томъ не могло быть вгнано въ полость живота. Вправленіе снаружи тоже не удавалось.

Леченіе.

Простое вправленіе большею частью не имѣетъ успѣха; по крайней мѣрѣ, природенныя грыжи такъ же мало могутъ быть вправлены въ брюшную полость, какъ яички у мужчинъ. Если грыжа не вызываетъ особенныхъ явленій, то можно ограничиться наложеніемъ вогнутаго шелота, защищающаго яичникъ отъ вѣшнихъ поврежденій.

При воспаленіи яичника, употребляютъ противовоспалительныя средства, а при нагноеніи нужно выпустить гной. Грыжеушеченіе съ вправленіемъ въ брюшную полость возможно только при приобретенныхъ грыжахъ, такъ какъ при природенной вправленіе невыполнимо. Эта операція съ успѣхомъ произведена была *Небу*¹⁾ и *Лёперомъ*²⁾.

Если боли весьма значительны, усиливаясь въ особенности во время регуль, или мѣшая всякой, сколько нибудь напряженной дѣятельности, то можетъ явиться необходимость въ вылущиваніи оцухоли, которое безусловно показано при кистовидномъ перерожденіи яичника. Эту операцію съ успѣхомъ произвели *Поттъ*³⁾, *Лассю*⁴⁾, *Мидовсъ*⁵⁾, *Макъ Клоеръ* (I. c.) и *Денё*⁶⁾, а со смертельнымъ исходомъ — *Гольмсъ*⁷⁾, *Герсанъ*⁸⁾ и *Энлишиъ*⁹⁾.

Гораздо рѣже встрѣчаются другія грыжи яичника; между ними наиболѣе часты бедренныя грыжи (между 38 грыжами яичниковъ *Энлишиъ* нашель 9 бедренныхъ), которыя, что касается принадлежностей, распознаванія и леченія, примыкаютъ къ паховымъ грыжамъ. Способы развитія ихъ трудно объяснить, но, во всякомъ случаѣ, онѣ никогда не бываютъ природенными, ни парными.

При остальныхъ грыжахъ, смѣщеніе яичника играетъ второстепенную роль, въ особенности при сѣдалищной грыжѣ. При *hernia abdominalis* дѣло идетъ о смѣщеніи яичника въ грыжевой мѣшокъ, образованный

1) Bulletin de thérapie, apr. 1845, и Arch. génér. de méd., cent. 1846.

2) Monatschr. f. Geb., т. 23, стр. 453.

3) Oeuvres chirurg., т. 1, стр. 492.

4) Pathol. chir. Paris, 1806, II, стр. 98.

5) London Obst. Tr., т. III, стр. 438.

6) I. c., надъ бедренной грыжей.

7) Lancet, янв. 1864.

8) Bull. de thérap., 1865, 28, два раза.

9) I. c., стр. 340.

травматическимъ рубцомъ (кесарское сѣченіе). *Кивингъ*¹⁾ наблюдалъ случай, гдѣ яичникъ и фаллопиева труба правой стороны выступили чрезъ расширенный межсосудистый промежутокъ круглаго отверстія.

Опущеніе яичника.

Рибби, Med. Times, 6 іюля 1850. — *Фейтъ*, Krankh. d. weibl. Geschlechtsorgane, Erlangen, 1867, 2-е изд., стр. 468. — *Уорнеръ* и *Стореръ*, Boston gyn. Journal, т. VI, стр. 324.

Ненормально низкое положеніе яичника, встрѣчающееся весьма часто, до сихъ поръ мало обращало на себя вниманіе. Это смѣщеніе, по всему вѣроятію, зависитъ отъ увеличенной тяжести органа, въ особенности же отъ расслабленія широкой маточной связки соотвѣтственной стороны. Яичникъ при этомъ чувствителенъ, либо вслѣдствіе первичнаго воспаленія, либо вслѣдствіе поврежденій, претерпѣваемыхъ имъ, благодаря его измѣненному положенію (давленіе со стороны матки и прямой кишки, при половомъ актѣ, при ношеніи пессаріевъ). Рѣдко бывають смѣщены оба яичника.

Низкое положеніе яичника бываетъ сопряжено съ нѣкоторыми явленіями, особенно съ болью въ животѣ, усиливающейся при половомъ актѣ и при твердыхъ испражненіяхъ. По временамъ появляются настоящія пароксизмы боли, особенно жестокіе при испражненіи на низъ.

Распознаваніе дѣлается съ помощью двойного изслѣдованія, при которомъ въ заднемъ влагалищномъ сводѣ удается прощупать съ боку небольшую чувствительную опухоль характеристической формы.

Отъ леченія нельзя ожидать рѣшительныхъ результатовъ. Кромѣ питательной и укрѣпляющей діеты, если яичко воспалено, необходимы устраненіе всякихъ вредныхъ вліяній, покой и кровопизвлеченія. Вмѣстѣ съ этимъ нужно заботиться о жидкихъ и свободныхъ испражненіяхъ. Если общее состояніе больной улучшается, то можно надѣяться, что и опущеніе яичника сдѣлается меньше; къ сожалѣнію, эта надежда не всегда оправдывается, хотя бы яичникъ и не былъ приращенъ въ дуглассовомъ пространствѣ.

О другомъ характеристическомъ измѣненіи положенія яичника, а именно о поворотѣ его на оси, встрѣчающемся наиболѣе часто при опухоляхъ, мы будемъ говорить при кистомахъ яичника.

Новообразованія яичниковъ.

Кисты и кистоиды.

Изъ очень обширной литературы о кистахъ яичниковъ я приведу здѣсь только общія сочиненія, обнимающія весь предметъ; статьи же, касающіяся только анатоміи, діагноза и отдѣльныхъ терапевтическихъ приемовъ, будутъ указаны въ соотвѣтственныхъ мѣстахъ:

¹⁾ Klin. Vortr. etc., II изд., т. 2, стр. 39.

Редереръ, Progr. de hydropse ovarii. Gott., 1762. — *Брайтъ*, Guy's Hosp. Rep., VI. — *Т. С. Ли*, Von den Geschwülsten der Gebärmutter. Berlin, 1848, стр. 133. — *Мартинъ*, Eierstock-Wassersuchten. Jena, 1852. — *Бекеръ Броунъ*, On ovarian dropsy. London, 1862. — *Спенсеръ Уэльсъ*, Diseases of the ovaries. London, 1872. — *Пизли*, Ovarian tumours; their pathol., diagn. and treatment esp. by ovariectomy. New-York, 1872. — *Атли*, Gen. and differ. diagnosis of ovarian tumours etc. Philadelphia and London, 1873. — *Галль*, Histoire des Kystes de l'ovaire etc. Bruxelles, 1873.

Причины и появленіе.

О происхожденіи кистъ яичниковъ мы знаемъ еще очень мало. Тѣ рациональныя представленія, которыя можно себѣ сдѣлать по этому предмету, будутъ приведены мною при изложеніи анатомическихъ условій развитія этихъ опухолей. Здѣсь же замѣтимъ только, что этиологія водянки граафова пузырька можетъ быть болѣе или менѣе объяснена, тогда какъ происхожденіе настоящихъ кистомъ все еще остается темнымъ. Есть нѣкоторое основаніе принять, что первые зачатки кистомъ (желѣзистыя трубки яичниковъ) всегда бываютъ прирожденными, и мы увидимъ ниже, что частое присутствіе незначительныхъ кистоидныхъ перерожденій у новорожденныхъ говоритъ въ пользу того, что даже сама опухоль въ первыхъ своихъ зачаткахъ бываетъ прирождена и только остается въ этомъ зачаточномъ состояніи извѣстное время (почти до періода возмужалости), чтобы затѣмъ уже развиться далѣе.

*Сканцини*¹⁾ указываетъ на то, что опухоли яичниковъ паразитически часто развиваются у женщинъ, которыя раньше были одержимы блѣдной немочью, и объясняетъ этотъ фактъ тѣмъ, что у хлоротическихъ особъ менструальная гиперемія сопровождается только набуханіемъ пузырьковъ, безъ разрыва ихъ. Но это объясненіе удовлетворительно только для болѣе рѣдкихъ случаевъ водянки граафова пузырька, а никакъ не для кистомъ.

Статистическія данныя относительно способа появленія описываемыхъ опухолей представляютъ мало достовѣрнаго. Что касается возраста, то можно опредѣлить только время появленія первыхъ припадковъ. Изъ 348 случаевъ *Ли*, *Сканцини*, *Веста* и моихъ 97 начались раньше 30 лѣтъ, 145 между 30 и 40, 70 между 40 и 50, 31 между 50 и 60, 3 между 60 и 70 и 2 между 70 и 80.

До періода половой зрѣлости опухоль яичниковъ составляетъ большую рѣдкость, хотя и нельзя сказать, чтобы она была ужь крайне рѣдка. Такъ, напримѣръ, *Вейшейдеръ*²⁾ наблюдалъ большую кистому у 12-лѣтней дѣвочки, а *Гудричъ*³⁾ у ребенка 8 лѣтъ. *Пулей*⁴⁾ видѣлъ разрывъ кисты у дѣвочки 3 лѣтъ и 2 мѣсяцевъ, а *Пизли*⁵⁾ произвелъ проколъ у 5-лѣт-

1) Beitr. z. Geb. u. Gyn., т. V, стр. 170.

2) Berlin. Beitr. z. Geb. u. Gyn., т. I, стр. 35.

3) Amer. J. of med. sc., апр. 1873, стр. 500.

4) Amer. J. of Obst., V, стр. 393.

5) l. c., стр. 396.

ней дѣвочки. *Карр*¹⁾ наблюдалъ опухоль яичника у дѣвочки 3 лѣтъ и въ этомъ случаѣ опухоль въ первый разъ была замѣчена, когда ребенку было всего 15 мѣсяцевъ. Даже овариотомія уже нѣсколько разъ была произведена у дѣтей; *Алькотъ*²⁾ произвелъ ее у 3-лѣтняго ребенка съ несчастнымъ исходомъ (еще чаще операція производилась при дермоидныхъ кистахъ).

Половые удовольствія нисколько не предрасполагаютъ къ кистовидному перерожденію яичника, а скорѣе дѣйствуютъ наоборотъ.

Въ практическомъ отношеніи весьма важенъ вопросъ о томъ, какъ часто встрѣчается пораженіе обоихъ яичниковъ. *Сканцини*³⁾ на основаніи неопровержимыхъ, повидимому, фактовъ — а именно протоколовъ вскрытій — рѣшилъ этотъ вопросъ въ томъ смыслѣ, что заболѣваніе обоихъ яичниковъ встрѣчается необыкновенно часто (изъ 99 случаевъ 49 разъ киста была на одной, 50 разъ на обѣихъ сторонахъ) и выставляетъ это какъ важный доводъ противъ овариотоміи.

Но опытъ столь же несомнѣнно доказываетъ, что кистовидное перерожденіе обоихъ яичниковъ встрѣчается далеко не такъ часто и что на другомъ яичникѣ относительно рѣдко происходитъ возвратъ, который потребовалъ бы повторенія операціи. Такъ, изъ 500 овариотомій *Спенсеру Уэльсу* только 25 разъ пришлось сдѣлать ее на обѣихъ сторонахъ, а случаевъ, въ которыхъ овариотомія была повторена 2 раза у одной и той же больной, весьма немного.

Статистическія данныя *Сканцини* и наблюденія овариотомистовъ могутъ быть соглашены въ томъ смыслѣ, что случаи, въ которыхъ другой яичникъ не совсѣмъ здоровъ и въ немъ существуютъ другія заболѣванія или зачатки кистовиднаго перерожденія, несомнѣнно встрѣчаются весьма часто, но что эти зачатки большею частью не развиваются дальше, такъ что одновременное превращеніе обоихъ яичниковъ въ большія кистомы, равно какъ развитіе кистомъ во второмъ яичникѣ, послѣ вылуценія перваго, составляютъ положительную рѣдкость. Этотъ результатъ слѣдуетъ непосредственно изъ статистики самого *Сканцини*, такъ какъ къ двухстороннему заболѣванію онъ причисляетъ всевозможныя патологическія измѣненія и между приведенными имъ 99 случаями только въ 4 существовали на обѣихъ сторонахъ кисты, величиною не менѣе куриного яйца.

Патологическая анатомія.

Байльм, Anatomie des krankh. Baues. Anhang. Herausg. von Sömmering, 1820, стр. 155. — *Годкинъ*, Medico-chir. Transactions, т. 15. — *Бирманнъ*, De hydrope ovarii. D. i. Gotting., 1846. — *Фрериксъ*, Ueber Gallert oder Colloidgeschwülste. Göttingen, 1847. — *Рокитанскій*, Denkschrift über die Cyste. Denkschr. d. k. k. Akademie der Wissen-

¹⁾ Boston Gynaec. Journal, VII, стр. 259.

²⁾ Lancet., февр. 1872.

³⁾ Würzb. med. Z., 1865, т. VI, стр. 1.

schaften. Allgem. Wiener med. Z., 1859, № 34—35, Wiener med. Jahrb., 21, II, стр. 132, Lehrb. d. pathol. Anat., 3-е изд., III, стр. 419, и Wochenbl. d. Ges. d. Wiener Aerzte, 1855, I.—*Вирховъ*, Das Eierstocks-Colloid. Verh. d. Berliner geb. Ges., т. III, стр. 197.—*Фюреръ*, Deutsche Klinik, 1852.—*Вилсонъ Фоксъ*, Medico-chir. Transactions, т. 47, 1864.—*Фёрстеръ*, Handb. d. pathol. Anatomie, Leipzig, 1863, стр. 380.—*Шницельбергъ*, M. f. Geb., т. 14, стр. 101 и 200.—*Эйхвальдъ*, Colloidartung der Eierstöcke. Würzb. med. Z., т. V, 1864, стр. 270.—*Клебъ*, Virchow's Archiv, т. 41, стр. 4, и Handb. d. pathol. Anat., вып. 4, Berlin, 1873, стр. 789.—*Майеръ*, Die Entwicklungsgeschichte der Cystengeschwülste des Eierstocks. D. i. Bonn, 1868.—*Веттхеръ*, Virchow's Archiv, т. 49, 1870, стр. 298.—*Вальдейеръ*, Die Eierstockskystome. Arch. f. Gyn., т. I, стр. 252.—*Риндфлейшъ*, Lehrb. d. pathol. Gewebelehre, 2-е изд., 1871, стр. 466.

При изложеніи анатомическихъ условий кистъ яичника мы будемъ держаться главнымъ образомъ яснаго и стройнаго по своимъ общимъ возрѣніямъ описанія *Вальдейера*.

Даже помимо дермоидныхъ кистъ, которыя мы пока совершенно исключаемъ изъ нашего изложенія, мы съ генетической и гистологической точки зрѣнія должны строго различать не менѣе двухъ формъ кистовыхъ образований яичника, а именно: водянку граафова пузырька и кистовую опухоль, кистому.

Послѣднюю нужно разсматривать, какъ желѣзистое новообразование (аденому) съ послѣдовательнымъ развитіемъ кистъ изъ желѣзистыхъ мѣшечковъ, тогда какъ водянка граафова пузырька представляетъ собою такъ называемую ретенціонную кисту и, слѣдовательно, стоитъ на одной линіи съ водянкой фаллопиевой трубы, гематометрой и т. д. Вся разница между ними состоитъ только въ томъ, что при послѣднихъ образованіяхъ бываетъ закупоренъ естественный выводной протокъ, тогда какъ при водянкѣ граафова пузырька недостаетъ физиологическаго разрыва уже съ самаго начала замкнутой кисты, вслѣдствіе чего послѣдняя увеличивается въ объемѣ. Что кисты могутъ образоваться изъ самихъ граафовыхъ пузырьковъ, это вполне доказано *Рокитанскимъ* ¹⁾, который разъ пашель яички во всѣхъ кистахъ, имѣвшихъ объемъ меньше боба. *Веббъ* и *Ричи* ²⁾ также нашли яички въ кистахъ.

Водянка пузырька состоитъ въ чрезмѣрномъ накопленіи жидкости внутри граафова пузырька. Очевидно, что, смотря по возрасту больной, количество жидкости должно быть различно для того, чтобы его можно было обозначать именемъ водянки. У новорожденныхъ въ нормальномъ состояніи пузырекъ не отдѣляетъ влаги; поэтому, если у нихъ пузырекъ растянутъ жидкостью, то мы будемъ имѣть предъ собою водянку пузырька. Эти водяночные пузырьки помѣщаются у новорожденныхъ ближе въ центру яичника. Точно также и у взрослыхъ ретенціонныя кисты только въ исключительныхъ случаяхъ достигаютъ значительной величи-

¹⁾ Wochenbl. der Zeitschr. der Gesellsch. der Wien. Aerzte, 1855.

²⁾ *Спенсеръ Уэльсъ*, Diseases of the ovaries. London, 1872, стр. 42.

ны (онѣ весьма рѣдко бываютъ величиною съ голову взрослого человѣка). Въ иныхъ случаяхъ онѣ встрѣчаются въ видѣ одиночныхъ опухолей, а въ другихъ, „вслѣдствіе повторенія того же процесса на многочисленныхъ графовыхъ пузырькахъ, весь яичникъ превращается въ довольно объемистую опухоль, имѣющую на разрѣзѣ видъ многокамерной кисты“ (*Вальдейеръ*). Эти кисты имѣютъ гладкую стѣнку безъ выдающихся перегородокъ, а содержимое ихъ состоитъ изъ прозрачной чистой сыворотки.

Развитіе ихъ зависитъ отчасти отъ затрудненнаго разрыва пузырьковъ. Въ исключительныхъ случаяхъ, не смотря на физиологическую зрѣлость пузырька, разрывъ его не происходитъ, или вслѣдствіе того, что пузырекъ помѣщается не по направленію къ свободной поверхности яичника, а ближе къ основанію послѣдняго, между листками широкой связки, или оттого, что поверхность яичника покрыта воспалительной перепонкой и потому не можетъ лопнуть. Во многихъ случаяхъ пузырекъ, конечно, запусѣваетъ при этомъ, но, съ другой стороны, отдѣленіе его можетъ продолжаться и такимъ образомъ вести къ развитію кисты. Доказать это на частныхъ случаяхъ весьма трудно; но *Хробакъ* ¹⁾ наблюдалъ ретенціонную кисту пузырька, развившуюся послѣ перитонита.

Въ другихъ случаяхъ, какъ это въ особенности доказываетъ примѣръ новорожденныхъ, дѣло идетъ не о препятствіи къ вскрытію пузырька, а о преждевременномъ и постепенно развивающемся усиленномъ отдѣленіи внутри его, при чемъ пузырекъ не вскрывается даже и впоследствии, такъ какъ скопленіе содержимаго происходитъ весьма медленно, а быстро нарастающее давленіе во время мѣсячныхъ или не бываетъ вовсе, или оно слишкомъ слабо.

Впрочемъ, какъ впервые показалъ *Рокитанскій* ²⁾, киста можетъ образоваться и изъ вскрышагося графова пузырька, вѣроятно, такимъ образомъ, что, по закрытіи отверстія и образованіи желтаго тѣла, ядро послѣдняго превращается въ кисту. Я тоже наблюдалъ кисту желтаго тѣла, величиною въ лѣсной орѣхъ, въ яичникѣ женщины, умершей отъ кровотеченій при выкидышѣ. Киста была заключена въ желтый слой желтаго тѣла, за которымъ еще слѣдовалъ бѣлый покровъ яичника.

При настоящей кистомѣ яичника мы имѣемъ дѣло съ опухолями самаго разнообразнаго строенія, для уясненія которыхъ необходимо сначала разсмотрѣть исторію ихъ развитія.

По мнѣнію *Вальдейера*, кистомы представляютъ настоящіе эпителиальныя новообразованія, т. е. развиваются отъ настоящаго поверхностнаго или желѣзистаго эпителия, при чемъ въ данномъ случаѣ онѣ берутъ свое начало въ самой паренхимѣ яичника, т. е. въ его желѣзистомъ ве-

¹⁾ Wiener med. Presse, 1872, № 42.

²⁾ Allg. Wiener med. Z., 1859, № 34, и Lehrb., 3 изд., стр. 48.

щевствѣ (яичникъ состоитъ изъ двухъ частей: изъ соединительно-тканной основы и желѣзистой паренхимы; послѣдняя образуется такимъ образомъ, что эпителий слизистой оболочки, покрывающей яичникъ, даетъ цилиндрическіе отростки въ соединительно-тканную основу, превращающіеся въ желѣзистые мѣшечки. Изъ этихъ пфлюгеровскихъ мѣшечковъ, путемъ отшнуровыванія и дифференцированія эпителия, образуются граафовы пузырьки съ яичками). Но кистомы развиваются не изъ готовыхъ граафовыхъ пузырьковъ, а изъ болѣе раннихъ образований, желѣзистыхъ мѣшечковъ. Но такъ какъ въ нормальномъ состояніи отшнуровываніе желѣзистыхъ мѣшечковъ въ пузырьки заканчивается обыкновенно уже въ очень раннемъ періодѣ дѣтскаго возраста (у новорожденныхъ встрѣчаются еще желѣзистые мѣшечки), то нужно принять, что либо новообразование желѣзистыхъ мѣшечковъ можетъ имѣть мѣсто и въ зрѣломъ возрастѣ, либо въ яичникахъ сохраняются недоразвитые остатки зародышевыхъ желѣзистыхъ мѣшечковъ. Возможность новообразования ихъ въ зрѣломъ возрастѣ не можетъ быть оспариваема, хотя до сихъ поръ имѣется всего только одно наблюденіе въ этомъ смыслѣ. Костеръ ¹⁾ нашелъ у 32-лѣтней и 37-лѣтней родильницы, равно какъ у 16-ти и 17-тилѣтней дѣвушки виѣдренія эпителия въ основную ткань, на днѣ которыхъ помѣщались первичныя яички, а подъ ними молодые пузырьки. При другой изъ упомянутыхъ выше возможностей желѣзистые мѣшечки могутъ оставаться до поздняго возраста въ обыкновенномъ своемъ видѣ или слегка кистовидно перерожденными, какъ это, повидимому, показываетъ случай *Славянскаго* ²⁾, нашедшаго въ яичникѣ у 30-лѣтней женщины желѣзистые мѣшечки безъ яичекъ, но отчасти кистовидно перерожденные. Или же они развиваются далѣе, превращаясь въ желѣзистыя опухоли кистомы, весьма рѣдко еще до половой зрѣлости, гораздо чаще въ годы полнаго полового расцвѣта. Я настоятельно указываю на то, что, по моему убѣжденію, кистома яичника является прирожденной не въ томъ только смыслѣ, что развитіе ея происходитъ на счетъ сохранившихся зародышевыхъ желѣзистыхъ мѣшечковъ, но и въ смыслѣ прирожденности самихъ кистъ (величиною не болѣе, чѣмъ въ горошину), которыя остаются при этой величинѣ на всемъ протяженіи дѣтскаго возраста и затѣмъ уже начинаютъ развиваться. Въ яичникахъ новорожденныхъ такъ часто встрѣчаются мелкія кисты съ коллоиднымъ содержимымъ, что, съ одной стороны, отъ нихъ можно производить всѣ случаи кистомъ яичниковъ, а съ другой, въ виду рѣдкаго появленія крупныхъ кистомъ яичниковъ у дѣтей, нужно принять, что онѣ остаются неразвитыми до половой зрѣлости, а въ иныхъ случаяхъ и дольше (я

¹⁾ Virchow-Hirsch'scher Jahresber. über 1872, т. I, стр. 52.

²⁾ Bull. d. la soc. anatomique de Paris, дек. 1873, и Annales de Gynécol., февр. 1874, стр. 126.

наблюдал кисты, величиною въ горошину и съ коллоиднымъ содержимымъ, у дѣвушки 28 лѣтъ).

Такимъ образомъ кистомы развиваются изъ желѣзистыхъ мѣшечковъ, при чемъ наиболѣе близкія къ центру клѣтки, размягчаваясь и расплываясь, образуютъ содержимое кисты, тогда какъ на стѣнкѣ послѣдней появляются новыя выдренія эпителия, изъ которыхъ развиваются новыя желѣзистые мѣшки. По этой простой схемѣ возникаютъ всѣ сложныя формы кистовыхъ опухолей яичника. Такимъ образомъ первоначальная киста состоитъ изъ сумки, представляющей ничто иное, какъ утолщенную ткань яичника, изъ эпителия, выстилающаго кисту изнутри и принадлежащаго прежнему эпителию желѣзистаго мѣшечка, и, наконецъ, изъ жидкаго содержимаго, которое есть отчасти простой трансудатъ изъ крови, отчасти измѣнившаяся протоплазма эпителия.

Важныя измѣненія этой простой кисты обусловливаются главнымъ образомъ двумя моментами: слияніемъ нѣсколькихъ кистъ въ одну и дальнѣйшимъ разрастаніемъ кистовой стѣнки.

Слияніе нѣсколькихъ кистъ происходитъ вслѣдствіе того, что перегородка между какою либо крупной и мелкой кистой постепенно истончается въ силу давленія со стороны самихъ разрастающихся кистъ. Наконецъ, на какомъ либо мѣстѣ перегородки образуется разрывъ и содержимое обѣихъ кистъ сливается въ одно. Съ этого момента обѣ кисты находятся подъ одинаковымъ давленіемъ, сообщеніе между ними все болѣе и болѣе расширяется, такъ что подъ конецъ маленькая киста образуетъ какъ бы чашечковидный придатокъ большой, и отъ прежней перегородки остаются только плоскія перекладки, вдающіяся въ полость кисты. Такимъ-то образомъ кисты постепенно сливаются между собой, пока, наконецъ, не образуется одна единственная киста, то-есть однополостная кистома. По мнѣнію *Вальдейера*, послѣдняго рода кисты всегда развиваются на счетъ слиянія нѣсколькихъ кистъ, такъ что многополостная киста составляетъ первичное явленіе, а одиночная киста конечный продуктъ.

Другого рода измѣненія кистома претерпѣваетъ вслѣдствіе дальнѣйшаго разрастанія своей стѣнки. Если эпителий размножается чрезъ мѣру, то онъ даетъ отпрыски наружу, такъ что на периферіи кисты происходитъ образованіе новыхъ желѣзистыхъ мѣшечковъ; если же разрастается соединительная ткань стѣнки, то появляется масса соединительно-тканыхъ петлей, покрытыхъ эпителиемъ, то есть вдающіяся въ полость кисты сосочки. Согласно съ этимъ, *Вальдейеръ* различаетъ *cystoma proliferum glandulare* и *cystoma proliferum papillare*.

При *cystoma proliferum glandulare*, происходитъ обильное новообразованіе мелкихъ желѣзокъ въ кистовой стѣнкѣ, при чемъ новообразованные желѣзистые мѣшечки, устье которыхъ закупорено со стороны кистовой полости, превращаются въ кисты, вслѣдствіе расширенія ихъ слѣ-

пото конца. Изъ стѣнокъ этихъ кистовидно перерожденныхъ мѣшечковъ выростають новые мѣшечки, въ свою очередь, тоже превращающіеся въ кисты, и, такимъ образомъ, въ стѣнкѣ кисты появляется масса желѣзистыхъ и кистовидныхъ новообразованій. Мало по малу эти новообразованныя кисты снова вступаютъ въ сообщеніе съ главной кистой и сливаются съ нею, образуя самыя разнообразныя формы кистомъ.

При *cystoma proliferum papillare* преобладаетъ разращеніе соединительной ткани. Пронизанные сосудами узелочки соединительной ткани выпирають эпителий внутрь кисты, образуя маленькія сосочковыя образованія, которыя то усеиваютъ внутренній покровъ кисты въ видѣ мелкихъ сосочковъ, то выполняютъ всю полость кисты густыми сосочковыми массами; при этомъ сосочковое разращеніе можетъ быть до того обильно, что пробиваетъ изнутри самую стѣнку кисты.

Обѣ эти формы могутъ сочетаться между собою, порождая самыя разнообразныя картины.

Вотъ почему макроскопическій видъ кистомъ яичника до такой степени разнообразенъ, что нѣтъ никакой возможности описать порознь всѣ отдѣльныя его формы. Поэтому мы ограничимся описаніемъ наиболѣе обыкновенныхъ образованій, къ которымъ, съ помощью изложенной выше исторіи развитія этихъ опухолей, не трудно будетъ приурочить и другія формы.

Кистомы яичниковъ образуютъ опухоли самыхъ громадныхъ размѣровъ, которыя иногда до того велики, что едва помѣщаются въ полости живота. Онѣ поражаютъ одинъ или оба яичника. Онѣ образуютъ большіе одно- или многополостные мѣшки, связанные съ маткой посредствомъ ножки. Эта ножка образуется изъ личниковой связки, изъ вытянутой въ длину фаллопиевой трубы, часто срастающей съ кистой своимъ брюшнымъ отверстіемъ, и изъ обеихъ листковъ широкой маточной связки, съ расположенной между ними клетчаткой. Эта ножка иногда бываетъ длинная и узкая, а въ другихъ случаяхъ короткая и толстая. На мѣстѣ перехода ножки въ опухоль иногда встрѣчается еще нормальная паренхима яичника, даже при очень крупныхъ опухоляхъ. Вся опухоль включена въ стѣнку главной кисты и состоитъ изъ одной или нѣсколькихъ кистъ, а именно, обыкновенно, изъ одной главной кисты, на окружности которой сидятъ придаточныя кисты. Мало по малу послѣднія сливаются съ главной кистой, такъ что, вообще говоря, число кистъ тѣмъ значительнѣе, чѣмъ моложе опухоль, тогда какъ на очень старыхъ опухоляхъ часто встрѣчается только одна кистовая полость. При этомъ на стѣнкѣ главной кисты сидятъ новообразованныя кисты, а внутрь ея вдаются въ болшемъ или меньшемъ количествѣ сосочковыя разращенія.

Такъ какъ кистома представляетъ первоначально чистую желѣзистую опухоль, то внутри ея можетъ не происходить ни значительнаго новообразованія кистъ, ни сколько нибудь замѣтнаго скопленія жидкости. Я

наблюдалъ подобный случай, гдѣ, не смотря на то, что опухоль была величиною съ матку въ послѣдніе мѣсяцы беременности, при оваріотоміи нельзя было извлечь изъ нея ни одной капли жидкости посредствомъ толстаго фейтовскаго троакара, такъ какъ опухоль была сплошная и состояла исключительно изъ желѣзистыхъ новообразованій съ слегка кистовиднымъ перерожденіемъ. Впрочемъ, разросшееся желѣзистое вещество было до того хрупко, что его можно было вырвать рукою и тѣмъ уменьшить опухоль.

Содержимое кисты состоитъ изъ тягучей, иногда довольно жидкой влаги, которая, однакоже, въ другихъ случаяхъ представляетъ такой плотный студень, что не вытекаетъ даже изъ надрѣза кисты. Цвѣтъ его грязновато-желто-сѣроватый или буровато-красный, иногда съ примѣсью крови. Это коллоидное содержимое кисты образуется изъ коллоидно перерожденныхъ и подъ конецъ распавшихся желѣзистыхъ клѣтокъ, растворенныхъ въ сывороточномъ трансудатѣ.

По *Эйвямъ*ду, въ кистой жидкости встрѣчаются два ряда веществъ. Вещества одного ряда всегда могутъ быть отличены отъ веществъ другого ряда; за то отдѣльные члены одного и того же ряда могутъ быть отличены другъ отъ друга только тогда, когда недостаетъ одного или нѣсколькихъ промежуточныхъ членовъ.

Это именно рядъ слизистыхъ и рядъ бѣлковыхъ веществъ. Въ содержимомъ большихъ (старыхъ) коллоидныхъ мѣшковъ преобладаютъ вещества второго ряда, тогда какъ вещества слизистаго ряда преобладаютъ въ содержимомъ молодыхъ кистъ.

Къ первому ряду принадлежатъ слизистыя вещества, встрѣчающіяся въ различныхъ видоизмѣненіяхъ. Первоначальное вещество есть вещество коллоидныхъ шаровъ, то есть видоизмѣненная паренхима клѣтокъ. Изъ него образуется муцинь, который, не будучи растворимъ въ водѣ, встрѣчается въ кистахъ въ разбухшемъ видѣ. Муцинь переходитъ постепенно чрезъ цѣлый рядъ промежуточныхъ продуктовъ въ слизистый пептонъ, чрезвычайно легко растворимый въ водѣ, при чемъ онъ только мало по малу пріобрѣтаетъ эту способность растворяться въ водѣ и утрачиваетъ свойства выпадать изъ растворовъ отъ кислотъ. Это переходное тѣло отъ муцина къ слизистому пептону, представляющее, слѣдовательно, болѣе или менѣе видоизмѣненный муцинь, получило названіе коллоида. Такимъ образомъ коллоидное перерожденіе есть ничто иное, какъ слизистый мормозъ. И такъ, слизистый рядъ представляется намъ въ слѣдующемъ видѣ:

- | | |
|--|--|
| 1) Вещество коллоидныхъ шаровъ. Растворимо только въ щелочахъ. | } Осаждаются вполне уксусной кислотой. |
| 2) Муцинь. Растворимъ и въ щелочныхъ земляхъ, а въ водѣ разбухаетъ. | |
| 3) Коллоидное вещество. Растворимо отчасти въ холодной, но легче въ горячей водѣ. Отъ уксусной кислоты мутибѣтъ, но не даетъ настоящаго свертка. | |
| 4) Слизистый пептонъ. Чрезвычайно хорошо растворимъ въ водѣ. Отъ уксусной кислоты совсѣмъ не выпадаетъ. | |

Къ другому ряду принадлежатъ бѣлковыя вещества. Альбуминъ встрѣчается въ коллоидныхъ кистахъ яичниковъ въ двухъ видоизмѣненіяхъ: въ видѣ свободнаго альбумина и въ видѣ натроннаго альбумината. Первый свертывается просто отъ кипяченія, второй лишь послѣ прибавки кислоты. Въ коллоидныхъ мѣшкахъ свободный альбуминъ постепенно превращается въ бѣлковый пептонъ, тогда какъ натронный альбуминатъ остается неизмѣненнымъ. Это превращеніе совершается рядомъ весьма постепенныхъ переходовъ. Прежде всего альбуминъ утрачиваетъ свою способность свертываться отъ кипяченія,—превращается въ паральбуминъ. Затѣмъ онъ мало по малу лишается способ-

ности осаждаться минеральными кислотами, т. е. переходить въ метальбуминъ. Но паральбуминъ и метальбуминъ не представляютъ определенныхъ стойкихъ тѣлъ, а свойства ихъ встрѣчаются вообще въ продуктахъ постепеннаго перехода свободного альбумина въ пептонъ.

Такимъ образомъ мы имѣемъ слѣдующій рядъ бѣлковыхъ тѣлъ:

- 1) Альбуминъ (фибринъ).
- 2) Паральбуминъ.
- 3) Метальбуминъ.
- 4) Бѣлковый пептонъ (фибриновый пептонъ).

Свойства отдѣльныхъ членовъ точно такія же, какъ и соответственныхъ членовъ слизистаго ряда. Они отличаются отъ послѣднихъ содержаніемъ сѣры и тѣмъ, что осаждаются таниномъ и нейтральными солями металловъ.

Такъ какъ альбуминъ постепенно превращается въ пептонъ, то въ кистахъ, значить, происходитъ процессъ, совершенно сходный съ процессомъ пищеваренія.

При кипленіи кистозная жидкость представляетъ различный видъ, смотря по количеству свободного альбумина. Она можетъ не давать никакой мутности, если весь свободный альбуминъ перешелъ въ пептонъ, но послѣ предварительной прибавки кислоты она всегда мутнѣетъ, такъ какъ въ ней всегда находится натронный альбуминатъ.

Весьма часто кистомы, по крайней мѣрѣ, наиболѣе крупныя изъ нихъ, бываютъ сращены на отдѣльныхъ мѣстахъ съ сосѣдними органами. Такъ какъ яичникъ покрытъ не пластинчатымъ эпителиемъ брюшины, а цилиндрическимъ эпителиемъ слизистыхъ оболочекъ, то онъ не имѣетъ склонности срастаться съ брюшиной. По этой причинѣ, мелкія кистомы, а подчасъ и крупныя, обыкновенно соединены только съ маткой, посредствомъ ножки, и затѣмъ совершенно свободны. Впослѣдствіи же, когда цилиндрической эпителий пропадаетъ, происходятъ нѣкоторыя сращенія, а подъ конецъ киста можетъ быть сращена съ сывороточными поверхностями сосѣднихъ органовъ на большомъ протяженіи.

Кистомы подвергаются кой-какимъ видоизмѣненіямъ:

Кровотеченія внутрь кисты особенно легко происходятъ при сосочковыхъ кистомахъ изъ богатыхъ сосудами сосочковъ. Кровь примѣшивается къ содержимому кисты, видоизмѣняя его свойства. Если кровотеченіе очень значительно, что чаще всего имѣетъ мѣсто при поворотѣ ножки на оси (см. ниже), то киста быстро увеличивается въ объемъ ¹⁾.

Не особенно рѣдко имѣетъ мѣсто воспаленіе кисты, которое можетъ вести къ перитониту или къ нагноенію кистомы. Это воспаленіе можетъ появиться произвольно, но большею частью происходитъ отъ травмы и чаще всего именно отъ прокола кисты. Проколъ вызываетъ воспаленіе не столько травматическимъ поврежденіемъ или кровотеченіями, сколько прониканіемъ воздуха въ кисту. При этомъ нагноеніе беретъ свое начало въ соединительно-тканной стѣнкѣ и давленіе внутри гноящейся кисты можетъ возрасти до такой степени, что происходитъ разрывъ кисты, либо съ прободеніемъ наружу чрезъ сросшіяся съ нею

¹⁾ Парри, Amer. J. of Obst., IV, стр. 454.

органы, либо въ брюшную полость. Съ другой стороны, больная может умереть и раньше отъ общаго перитонита или потери соковъ.

Прободеніе кисты можетъ воспослѣдовать и отъ другихъ причинъ ¹⁾, помимо образованія гноевика и омертвѣнія. Съ одной стороны, киста можетъ быть разорвана отъ дѣйствія механическаго насилія, а, съ другой, она можетъ лопнуть, вслѣдствіе разращенія сосочковъ въ кистовомъ мѣшкѣ. Последніе, по мѣрѣ своего роста, производятъ истонченіе, разрушеніе и прободеніе стѣнки и затѣмъ вростають въ брюшную полость. *Клебъ* ²⁾ описываетъ даже препаратъ, гдѣ прободеніе проросшихъ сквозь кистому сосочковыхъ массъ произошло чрезъ прямую кишку. Если изъ кисты выдѣляется нормальное содержимое или если сосочковыя разращенія вростають въ брюшную полость, то перитонита можетъ и не быть, такъ какъ они мало раздражаютъ брюшину. *Шницельбергъ* приводитъ весьма своеобразный случай, гдѣ кистовая стѣнка была продырявлена въ 30 мѣстахъ, безъ всякой видимой причины.

Точно также и въ случаяхъ такъ называемыхъ трубно-яичниковыхъ кистъ ³⁾ дѣло идетъ, вѣроятно, о прободеніи кисты въ смежную съ нею фаллопиеву трубу. Это объясненіе кажется мнѣ, во всякомъ случаѣ, болѣе правдоподобнымъ, чѣмъ объясненіе *Клоба* ⁴⁾, принимающаго, что во время разрыва одного изъ граафовыхъ пузырьковъ соприкасающійся съ яичникомъ бахромчатый конецъ трубы такъ и остается на этомъ мѣстѣ, вслѣдствіе чего пузырекъ и труба сливаются въ одну общую полость, въ которой скопляется ихъ отдѣленіе.

Изъ другихъ измѣненій остается еще упомянуть о процессахъ обратнаго развитія. Они заключаются въ

жировомъ перерожденіи эпителія и соединительно-тканной стѣнки кисты, почти всегда ограниченномъ, или въ

запустѣніи кисты. Подъ вліяніемъ давленія со стороны кистового содержимаго могутъ исчезнуть придаточныя кисты и останавливаться образованіе новыхъ желѣзистыхъ мѣшечковъ, такъ что получается одна большая киста, въ которой всякій ростъ прекращень.

Запустѣніе кисты можетъ произойти также вслѣдствіе описаннаго впервые *Рокитанскимъ* ⁵⁾ поворота кисты на оси ⁶⁾.

¹⁾ *Шницельбергъ*, Arch. f. Gyn., т. I, стр. 60, и *Крокеръ*, Ueber die Urs. d. spont. Perfor. der Ovariencysten. D. i. Breslau, 1869.

²⁾ Pathol. Anat., вып. IV, стр. 795 и 806.

³⁾ *Блазиусъ*, De hydropo ovariorum profluente. Hal., 1834. *Ришаръ*, Bull. gén. de thérap., 28 февр. 1857, и Мém. de la soc. de chir., 1853, III, стр. 121. *Лаббэ*, Bull. de la soc. anat. de Paris, май 1857. *Гемингъ*, Mon. f. Geb., т. 23, стр. 123, и *Спенсеръ Уэльсъ*, l. c., стр. 35.

⁴⁾ Pathol. Anat. der weibl. Sexualorg., стр. 348.

⁵⁾ Wiener allg. med. Z., 1860, № 2 и сл., и Oesterr. J. f. prakt. Heilk., 1865, № 7.

⁶⁾ *Гарди*, Lancet, 5 апр. 1845. *Ванъ-Бѣренъ*, New-York. J. of med. и. с., т. VI, стр. 153, 1851. *Виллигъ*, Prager Vierteljahrsschrift, 1854, т. 4, стр. 112. *Патрубанъ*,

Этотъ процессъ, заключающійся въ поворотѣ яичника вокругъ своей оси, вслѣдствіе чего кистовая ножка перекручивается (на половину или втрое), подробно изученъ *Рёрномъ* въ его диссертациі на степень (Эрлангенъ, 1874). Поворотъ на оси происходитъ почти исключительно при опухоляхъ яичника, расположенныхъ къ этому въ силу обусловливаемого ими вытягиванія въ длину mesovarium'a. Самый же поворотъ облегчается тѣмъ, что, по мѣрѣ своего роста, опухоли подвергаются медленному, а то и быстроу смѣщенію.

Слѣдствіемъ поворота на оси, особенно когда послѣдній совершается быстро, можетъ быть смерть, вслѣдствіе перитонита, кровоизліанія въ кисту или нагноенія и омертвѣнія послѣдней. Несчастнѣйшій исходъ можетъ послѣдовать также и вслѣдствіе защемленія кишечной петли во время поворота опухоли. Чаше, однакоже, поворотъ на оси, когда онъ образуется медленно, имѣеть благополучный исходъ, а именно оканчивается запусѣніемъ и обратнымъ развитіемъ кисты. Онъ можетъ даже имѣеть своимъ результатомъ окончательное отдѣленіе ножки, такъ что сморщенный яичникъ, окутанный ложными перепонками, повоняетъ въ какомъ либо мѣстѣ брюшной полости. Но при этомъ онъ можетъ получать столько крови изъ сосудовъ, проходящихъ по связывающимъ его съ другими органами сращеніямъ, что продолжаетъ расти. Такъ какъ обратно перевернуть ножку едва-ли возможно, то въ терапевтическомъ отношеніи, при острыхъ припадкахъ (болѣзненность и быстрое увеличеніе опухоли), необходимо сряду же приступить къ овариотоміи.

Кистомы могутъ состоять также изъ смѣшанныхъ опухолей, отчего строеніе ихъ еще болѣе усложняется. Такъ, соединительно-тканная стѣнка кистомы можетъ состоять изъ эмбриональной соединительной ткани, слизистой ткани,—*cystoma mucinosum*;—съ другой стороны, соединительная ткань можетъ дать начало саркоматозному разращенію, вслѣдствіе чего образуется злокачественная опухоль, *cystoma sarcomatosum* или цистосаркома. Смѣшанная форма кистомы съ ракомъ, *cystoma carcinomatosum*, развивается въ томъ случаѣ, когда вросшіе въ соединительную ткань желѣзистые цилиндры превращаются въ раковыя гнѣзда.

Вальдейеръ описываетъ скопленіе песчаныхъ, известковыхъ конкрементовъ въ кистовой стѣнкѣ и полагаетъ, что они первоначально отложи-

Oesterr. Zeitschr. f. prakt. Heilk., 1855, I. *Гейль*, I. c., 1862, 20. *Киддъ*, Dublin J. of med. sc., 1870, т. 50, стр. 193. *Уильямсѣръ*, Tr. of the pathol. soc. of London, т. XIX, стр. 295. *Спенсеръ Уэлсъ*, London Obst. Tr., XI, стр. 254, и Diseases of the ovaries, стр. 83. *Барнсъ*, London Obst. Tr., т. XI, стр. 201, и St. Thomas' Hosp. Reports, н. с., т. I, стр. 355. *Парри*, Amer. J. of Obst., т. IV, стр. 454. *Тэтъ*, Edinb. med. J., дек. 1869, 503. *Пиззи*, Amer. J. of Obst., VI, стр. 276. *Ванеръ*, M. f. Geb., т. 32, стр. 355. *Атли*, Ovarian tumours, стр. 188 и 191. *Леопольдъ*, Arch. f. Gyn., VI, стр. 232. *Кеберле*, Gaz. med. de Strassbourg, 1874.

лись въ желѣзахъ (либо въ эпителии, либо въ отдѣленіи желѣзы) и что затѣмъ желѣзы были разрушены.

Припадки.

Припадки, вызываемые кистой, весьма измѣнчивы и часто въ теченіи долгаго времени крайне незначительны. Случается даже, что опухоль нерѣдко достигаетъ величины съ дѣтскую головку и даже больше, а больная между тѣмъ и не подозреваетъ о ея существованіи, пока не обратитъ на нее вниманія по какому нибудь случайному поводу, или пока опухоль не начнетъ тяготить ее.

Очень мелкія опухоли вообще вызываютъ припадки только въ томъ случаѣ, когда онѣ воспалительнаго происхожденія, или осложнены воспаленіемъ, въ особенности же когда одновременно съ ними происходитъ опущеніе набухшаго яичника. Въ этомъ случаѣ появляются такія же боли, какъ при периметритѣ, при чемъ, при ощупываніи, замѣчается кругловатая и, если нѣтъ сращеній, довольно подвижная опухоль. При отсутствіи же воспаленія, сколько нибудь значительныя припадки, которые обратили бы на себя вниманіе больныхъ, обнаруживаются всегда лишь очень поздно.

Кистоматозному перерожденію иногда предшествуютъ разстройства мѣсячныхъ очищеній, хотя гораздо чаще эти разстройства развиваются уже въ теченіи болѣзни. Такъ, при заболѣваніи обоихъ яичниковъ существуетъ аменоррея, хотя и въ этихъ случаяхъ все еще могутъ имѣть мѣсто мѣсячныя очищенія, такъ какъ даже при двухстороннемъ заболѣваніи можетъ сохраниться еще нѣкоторая часть нормальной ткани яичника. При заболѣваніи же одного яичника, появляются разстройства въ количествѣ и качествѣ мѣсячныхъ очищеній, а также задержаніе ихъ, тогда какъ въ другихъ случаяхъ менструація не представляетъ никакихъ измѣненій ¹⁾.

Весьма часто первые припадки появляются только съ того времени, когда опухоль достигнетъ такой величины, что производитъ давленіе на прямую кишку и мочевоу пузырь. Испраженія задерживаются механически, вслѣдствіе чего каловыя массы густѣютъ, становятся твердыми, давятъ при своемъ прохожденіи на увеличенный яичникъ и такимъ образомъ способствуютъ воспаленію и увеличенію послѣдняго. Припадки со стороны мочевого пузыря точно также обусловливаются давленіемъ и растягиваніемъ его. Нерѣдко совершенно неожиданно появляется недержаніе мочи, между тѣмъ какъ уже долгое время существовалъ частый позывъ къ мочеиспусканію, на который больная не обращала вни-

¹⁾ *Вестъ, Frauenkrankh.*, 3 изд., стр. 650.

манія. Припадки со стороны мочевого пузыря обыкновенно не исчезаютъ при дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, хотя по временамъ замѣняются.

Дальѣ, появляются чувство тяжести въ тазу, боли въ крестцѣ и подчревной области, хотя часто эти ощущенія начинаютъ замѣчаться больною уже послѣ того, какъ она, совершенно случайно или вслѣдствіе неожиданнаго задержанія мочи, откроетъ у себя присутствіе опухоли. За ними слѣдуютъ припадки давленія на нервы и сосуды, то есть боли и опѣмѣніе, чаще всего въ одной ногѣ, и по большей части друксторонній отекъ. Особенно тягостно для больной бываетъ затрудненное испражненіе на низъ.

Эти припадки обыкновенно улучшаются, при дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, когда опухоль, по мѣрѣ своего роста, выступаетъ въ большой тазъ. Въ это время больныя чувствуютъ себя относительно хорошо. Въ тѣхъ же рѣдкихъ случаяхъ, когда опухоль удерживается въ маломъ тазу, именно сращеніями въ дуглассовомъ пространствѣ, она можетъ вызвать тяжелые припадки защемленія. *Стокс* ¹⁾ сообщаетъ выходящій изъ ряда случай, въ которомъ киста яичника, величиною съ померанецъ, помѣщалась въ выпавшей части прямой кишки, величиною въ кокосовый орѣхъ. Киста вмѣстѣ съ концомъ фаллопиевой трубы была отрѣзана и выпаденіе вправлено.

Если, и по выступленіи въ большой тазъ, опухоль продолжаетъ расти, то обнаруживается новый рядъ самыхъ разнообразныхъ припадковъ: давленіе на нервы и сосуды, растягиваніе пузыря, вытягиваніе матки въ длину, распираніе живота, разрывы мальпигіевой сѣти, давленіе на кишечникъ, выпираніе вверхъ грудобрюшной преграды и одышка. Кромѣ того, можетъ произойти задержаніе мочи вслѣдствіе давленія на мочеточники съ послѣдовательнымъ расширеніемъ ихъ и альбуминурія вслѣдствіе застоевъ въ брюшной полости.

Еще раньше этого времени обнаруживаются общія явленія, особенно со стороны кишечнаго канала, которыя имѣютъ громадное практическое значеніе. Отчасти вслѣдствіе запоровъ, отчасти вслѣдствіе вліянія мѣстной болѣзни на весь организмъ, а въ позднѣйшихъ періодахъ вслѣдствіе давленія опухоли на кишечный каналъ, мало по малу обнаруживаются расстройства пищеваренія: запоры, отсутствіе аппетита, тошнота и рвота.

Груди часто набухаютъ, при чемъ околососковый румянецъ темнѣетъ и появляется молочное отдѣленіе.

Больныя въ высшей степени худѣютъ, особенно вслѣдствіе расстройства пищеваренія, и при очень крупныхъ опухоляхъ, которыя выгибаютъ нижнія ребра и мечевидный отростокъ, смѣщаютъ сердце и сдавливаютъ легкія, общее состояніе дѣлается по-истинѣ печальнымъ, особенно

¹⁾ Brit. med. J., 1 іюня 1872.

если существуетъ еще сильный отекъ нижнихъ конечностей. При образовании сращеній, ведущихъ къ воспаленію брюшины, теченіе становится еще болѣе болѣзненнымъ.

Безплодіе не всегда имѣетъ мѣсто при односторонней опухоли, хотя она часто обусловливается давленіемъ опухоли на фаллопиевы трубы и матку. Даже при двухстороннемъ перерожденіи можетъ произойти зачатіе, если только въ яичникѣ сохранилась способная къ отправленіямъ ткань.

Теченіе часто бываетъ весьма медленное, и, какъ мы уже видѣли выше, не лишено вѣроятія, что нѣкоторыя прирожденные мелкія кисты никогда не развиваются на столько, чтобы производимое ими увеличеніе яичника можно было прощупать снаружи. Въ громадномъ же большинствѣ случаевъ, когда кисты на столько велики, что вызываютъ явные припадки, они продолжаютъ расти безостановочно, иногда, правда, очень медленно, но за то въ другихъ случаяхъ необыкновенно быстро.



Фиг. 109.

Большая опухоль яичника по Брайтю.

Смерть, по причинѣ самой опухоли, является поэтому самымъ обыкновеннымъ исходомъ. Она наступаетъ или вслѣдствіе присоединяющагося перитонита, особенно при нагноеніи кисты, или же чаще въ силу безостановочнаго роста опухоли, стѣсняющей легкія и производящей одышку и отекъ легкихъ, или, наконецъ, вслѣдствіе водяночныхъ выпотовъ въ полости брюшины, плевры или въ окологердечную сумку.

Самостоятельная остановка въ ростѣ составляетъ большую рѣдкость во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ опухоль достигла уже значительной величины, и большею частью обусловливается регрессивнымъ метаморфозомъ кистой стѣнки. Дальнѣйшій ростъ можетъ быть затрудненъ также, вслѣдствіе закутыванія опухоли въ экссудативныя массы, хотя послѣднія крайне рѣдко обхватываютъ опухоль такъ плотно и неподвижно, чтобы вести къ подобному результату.

Самостоятельное опаданіе или исчезновеніе опухоли путемъ всасыванія, если не включать сморщиваніе ея послѣ поворота на оси, должно

считаться недоказаннымъ, и примѣры ¹⁾, приводимые въ подтвержденіе такого всасыванія, далеко не убѣдительны.

Разрывъ кисты можетъ произойти отъ весьма различныхъ причинъ. Самостоятельный разрывъ встрѣчается при очень маленькихъ кистахъ съ тонкими стѣнками (въ случаѣ *Хробака* ²⁾) послѣ разрыва кисты, величиною въ лѣсной орѣхъ, развилось смертельное воспаленіе брюшины); чаще же разрывъ происходитъ при нагноеніи и ихорозномъ распаденіи кисты или вслѣдствіе того, что кровоизліяніе растягиваетъ кисту до такой степени, что она даетъ трещину ³⁾. Кромѣ того, разрывъ можетъ произойти и отъ травмы; такъ *М² Милланъ* ⁴⁾ сообщаетъ случай, гдѣ, по словамъ больной, киста лопнула послѣ того, какъ чрезъ нее переѣхалъ тяжелый экипажъ; больная выздоровѣла. Содержимое кисты можетъ изливаться:

1) въ брюшную полость. При этомъ можетъ развиваться острый смертельный перитонитъ, котораго, однакоже, во многихъ случаяхъ не бываетъ, или вмѣсто него является только состояніе хроническаго раздраженія брюшины, ведущее къ утолщенію ея и фибринознымъ отложеніямъ. Въ случаѣ, сообщенномъ *Пальмомъ* ⁵⁾, излившееся въ брюшную полость содержимое кисты было окружено мѣшкомъ изъ ложныхъ перепонокъ.

Если содержимое кисты очень густо, то послѣ разрыва оно выдѣляется такъ медленно, что больная этого вовсе не замѣчаетъ. Въ случаѣ *Менцеля* ⁶⁾ разрывъ и истеченіе студенистыхъ массъ навѣрное произошло еще за нѣсколько мѣсяцевъ до смерти. Этотъ случай заслуживаетъ вниманія въ діагностическомъ отношеніи, такъ какъ при микроскопическомъ изслѣдованіи выступившихъ въ брюшную полость массъ найдены были лимфоидныя кѣтки, которыхъ не оказалось въ содержимомъ самой кисты.

Обыкновенно мѣсто, на которомъ произошелъ разрывъ, снова закрывается и киста вновь наполняется содержимымъ. *Баллардъ* ⁷⁾ сообщаетъ даже такой случай, гдѣ киста, величиною съ дѣтскую голову, нѣсколько разъ подрядъ вскрывалась въ опредѣленные промежутки времени, съ изліяніемъ содержимаго въ брюшную полость, и затѣмъ постепенно снова наполнялась. Въ исключительныхъ случаяхъ, однакоже, послѣ разрыва можетъ произойти выздоровленіе, какъ послѣ прокола, путемъ сморщиванія кистой сумки. Изъ 71 собранныхъ *Тайлтомъ* случаевъ въ 30 произошло выздоровленіе, въ 19 улучшеніе общаго состоянія, а въ 21

¹⁾ *Вестъ*, *Lehrb. d. Frauenkrankh.*, 3-е изд., стр. 680, *Гуссъ*, *M. f. Geb.*, т. 9, стр. 141, и *Бекеръ-Броунъ*, I. c., стр. 33.

²⁾ *Wien med. Pr.*, 1869, № 14.

³⁾ *Парри*, *Amer. J. of Obst.*, IV, стр. 454.

⁴⁾ *Edinburgh Obst. Tr.*, 1870, стр. 152.

⁵⁾ *Ueber spontane Rupturen von Ovariencysten D. i. Tübingen*, 1868.

⁶⁾ *Wien. med. Wochenschr.*, 1873, № 37.

⁷⁾ *Boston gynaec. J.*, т. III, стр. 277.

смерть. *Бристоу* ¹⁾ сообщает случай, въ которомъ отверстие не закрылось и киста продолжала выдѣлять свое содержимое въ брюшную полость, вслѣдствіе чего развилась брюшная водянка. *Симпсонъ* ²⁾ полагаетъ даже, что киста можетъ сдѣлаться такимъ образомъ стационарной, т. е. будетъ выдѣлять ровно столько жидкости, сколько ея всасывается брюшиной.

2) въ кишечникѣ. *Блазиусъ* ³⁾, *Денманъ* ⁴⁾ и *Филлитаръ* ⁵⁾ наблюдали случаи выздоровленія послѣ вскрытія кисты въ кишечный каналъ. Г-жа *Буавэнъ* ⁶⁾ нашла на одномъ вскрытіи яичниковую кисту, вскрывшуюся въ прямую кишку. Жидкость постоянно выдѣлялась чрезъ задній проходъ, вслѣдствіе чего болѣзнь была принята за энтеритъ, а фекальныя массы попадали въ кисту. Нѣчто въ этомъ родѣ имѣло мѣсто въ случаѣ *Кутера Розе* ⁷⁾.

3) во влагалище, какъ видно изъ нѣсколькихъ наблюденій *Мейсснера* ⁸⁾.

4) въ мочевои пузыря ⁹⁾.

4) чрезъ брюшную стѣнку наружу ¹⁰⁾ и притомъ довольно часто чрезъ пупочное кольцо.

Распознавание.

Множество драгоценныхъ замѣчаній, относительно дифференціальной диагностики, освѣщенныхъ богатой казуистикой, можно найти въ цитированномъ выше сочиненіи *Атти*.

Въ обыкновенныхъ, неосложненныхъ случаяхъ распознаваніе вообще не представляетъ особенно большихъ трудностей, тогда какъ въ иныхъ случаяхъ оно въ высшей степени затруднительно и даже невозможно. Что же касается дифференціального распознаванія кистъ отъ твердыхъ опухолей яичника, то о немъ мы будемъ говорить при описаніи послѣднихъ.

При изложеніи діагностическихъ затрудненій, мы будемъ различать кисты по ихъ величинѣ и начнемъ съ распознаванія мелкихъ кистъ, величиною не болѣе дѣтской головки.

Въ медицинской практикѣ кисты этой величины встрѣчаются рѣже, чѣмъ очень крупныя опухоли, такъ какъ онѣ обыкновенно вызываютъ лишь очень незначительныя явленія. Распознаваніе ихъ вообще не труд-

1) *Transact. of the pathol. soc.*, т. V, стр. 226.

2) *Diseases of women*, стр. 404.

3) *Klin. Z. f. Chir.*, т. I, вып. 2, стр. 886.

4) *Med. and physical J.*, т. II, стр. 20.

5) *Presse med. Belge*, 1871, № 44.

6) *Mal. de l'utérus*, т. II, стр. 537, прим. I.

7) *London Obst. Tr.*, IX, стр. 44.

8) *Frauenzimmerkrankh.*, т. 2, I, стр. 318.

9) *Kaegels*, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1869, № 51. *Блэй*, *London Obst. Tr.*, 1860, и *Конрадъ*, *Corresp.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, 1874, № 21.

10) *Мейсснеръ*, I. c., стр. 635.

но. Сбоку матки и притомъ вовсе не особенно чаще сзади ея, чѣмъ спереди (иной разъ сама матка сдвинута въ сторону), находятъ круглую, хорошо обрисованную опухоль, которая, хотя и соединена съ маткой, но не плотно, а отдѣляется отъ нея глубокой бороздкой или связана съ нею только посредствомъ ножки различной длины. На ощупь эта опухоль мягче большинства другихъ опухолей, встрѣчающихся въ этомъ мѣстѣ, эластична, хотя по мелкотѣ своей не даетъ явственнаго зыбленія. Кромѣ того, опухоль, если и не совсѣмъ подвижна, то, по крайней мѣрѣ, не закрѣплена въ брюшной полости.

Для опредѣленія этихъ свойствъ опухоли, обыкновенно вполнѣ достаточно двойного изслѣдованія; въ случаѣ же особенныхъ затрудненій очень хорошіе результаты можно получить ощупываніемъ половиной руки чрезъ прямую кишку (изслѣдованіе всей рукой едва ли бываетъ нужно).

Распознаваніе дается легко, такъ какъ эти мелкія, свободныя отъ осложнений, опухоли можно смѣшать лишь съ очень немногими образованиями.

Весьма трудно избѣгнуть смѣшенія ихъ съ кистами широкихъ маточныхъ связокъ, правда, весьма рѣдкими, которыя представляютъ тѣ же особенности; по крайней мѣрѣ, едва-ли возможно всегда доказать, рядомъ съ опухолью, присутствіе другого тѣла со свойствами нормальнаго яичника. По *Атл.*, выпущенное проколомъ содержимое на столько характеристично по своей кристаллической прозрачности (точно ключевая вода) и отсутствію бѣлка, что уже по одному этому, равно какъ по безслѣдному исчезанію ея послѣ прокола (вслѣдствіе чрезвычайной тонкости ея стѣнокъ), можно узнать, что дѣло идетъ о кистѣ широкихъ связокъ.

Возможно также смѣшать кисту съ опухолями фаллопиевой трубы, между которыми чаще всего встрѣчается водянка трубы. Если отдѣленіе скопляется въ ограниченномъ мѣстѣ канала трубы, то дифференціальный діагнозъ весьма труденъ, такъ какъ опухоль принимаетъ тогда совершенно видъ кисты. Однакоже, въ большинствѣ случаевъ труба поражается водянкой на большомъ протяженіи, такъ что при ощупываніи представляется скорѣе похожей на кишку, т. е. вытянутой въ длину и даже приостренной въ сторонѣ матки; или же на мѣстѣ, соответствующемъ трубѣ, прощупывается нѣсколько опухолей, лежащихъ другъ возлѣ друга на подобіе четокъ. Совершенно похожей на кисту яичника становится водяночная труба въ томъ случаѣ, когда она достигаетъ значительныхъ размѣровъ, такъ какъ при этомъ она получаетъ и довольно круглую форму. Такъ, въ случаѣ *Пизли* ¹⁾ водянка лѣвой трубы, принятая за кисту яичника и содержавшая 18 ф. жидкости, была проколота два раза; при вскрытіи оказалась настоящая киста яичника на правой сторонѣ.

¹⁾ New-York med. J., 1870; см. Brit. a. for. med. chir. Review, июль 1872, стр. 522.

Изъ фиброидовъ матки здѣсь могутъ играть роль только подбрюшинные, сидящіе на ножкѣ. Они обыкновенно бываютъ связаны съ маткой довольно тѣсно, но вмѣстѣ съ тѣмъ подвижны и могутъ помѣщаться сбоку нѣсколько впереди или назади. Въ подобныхъ случаяхъ они могутъ быть отличены отъ кисты только по своей консистенціи, которая рѣдко бываетъ мягкая. Присутствіе другихъ фиброидовъ въ маткѣ указываетъ съ вѣроятностію, хотя и не навѣрное, на тотъ же характеръ изслѣдуемой опухоли. Выслушваніе такъ назыв. маточнаго шума, весьма рѣдкаго при опухляхъ яичника, дѣлаетъ сомнительнымъ существованіе подобной опухоли. Самое теченіе также можетъ служить подспорьемъ при распознаваніи, такъ какъ этого рода длинностебельчатые, подбрюшинные фиброиды, если они вообще продолжаютъ еще увеличиваться, растутъ гораздо медленнѣе, нежели кистомы яичника.

Отъ параметрическихъ экссудатовъ маленькія кистовыя опухоли отличить не трудно. Эти экссудаты едва ли когда имѣютъ равномерную круглую форму, вдаются глубже во влагалище или расположены выше и сбоку въ подвздошной ямкѣ, при этомъ плотно сидятъ на своей подкладкѣ и никогда не обнаруживаютъ подвижности, свойственной кистамъ яичниковъ. Что же касается чувствительности опухоли, то это признакъ не всегда вѣрный, такъ какъ старые экссудаты обыкновенно перестаютъ быть чувствительными, а кисты яичниковъ тоже причиняютъ иногда боль.

Скорѣе возможно смѣшать кисты съ внутрибрюшинными экссудатами. Правда, въ большинствѣ случаевъ дѣло разъясняется анамнезомъ, но это не всегда достаточно, такъ какъ кисты яичниковъ точно также могутъ развиваться съ явленіями перитонита и въ такомъ случаѣ быть довольно чувствительными. Дѣло, однакоже, въ томъ, что экссудаты едва ли имѣютъ рѣзкія очертанія и шарообразную форму яичниковой опухоли, отличаются слабой подвижностію и другой консистенціей, а именно они могутъ быть мягки и тѣстоваты на ощупь, тогда какъ киста эластично напряжена или флюктуируетъ. Окончательно же вопросъ рѣшается дальнѣйшимъ теченіемъ, такъ какъ кисты продолжаютъ расти, а экссудаты уменьшаются или прибываютъ въ объемѣ не иначе, какъ въ сопровожденіи новыхъ воспалительныхъ явленій.

Мелкія опухоли кишечнаго канала, какъ-то: каловыя массы, тифлитъ, перитифлитъ, ракъ слѣпой кишки и т. д., при тщательномъ изслѣдованіи, не легко могутъ давать поводъ къ ошибочному діагнозу, такъ какъ онѣ имѣютъ совершенно иную консистенцію, помѣщаются въ болѣе верхнихъ частяхъ таза и, при двойномъ изслѣдованіи, оказываются совершенно независимыми отъ полового аппарата. Кромѣ того, анамнезъ и вся картина болѣзни тоже представляютъ характеристическія отличія. Опухоли, образуемыя каловыми массами, отличаются тѣмъ, что сохраняютъ вдавленіе пальца и исчезаютъ послѣ приема слабительныхъ.

Гораздо большія затрудненія возникаютъ въ томъ случаѣ, когда киста яичника осложнена периметритомъ.

Если выпоть значителенъ, то онъ можетъ закатать весь нормальный или увеличенный яичникъ до такой степени, что невозможно сказать что нибудь о состояннн послѣдняго.

Особеннаго рода затрудненія возникаютъ тамъ, гдѣ киста, въ силу перитонитическихъ процесовъ, тѣсно сращена съ маткой или закрѣплена въ дуглассовомъ пространствѣ. Въ этихъ случаяхъ, если киста очень близко примыкаетъ къ маткѣ, ее очень легко принять за подбрюшинный или интерстиціальннй фиброидъ. Правда, при интерстиціальномъ фиброидѣ, можно доказать зондомъ, что полость матки ненормальна; но отъ подбрюшиннаго фиброида приросшая къ маткѣ киста можетъ быть отличена только по консистенціи, составляющей, однакоже, не совѣмъ вѣрный признакъ, потому что окутанная воспалительными новообразованіями киста тоже можетъ сдѣлаться весьма твердой. Поэтому, въ подобныхъ случаяхъ, безъ помощи пробнаго прокола, распознаваніе невозможно.

Весьма трудно также поддаются правильному опредѣленію и тѣ случаи, когда приросшая въ дуглассовомъ пространствѣ киста разрастается дальше, вызывая припадкн защемленія и послѣдовательное воспаленіе брюшины.

Въ этихъ случаяхъ поводомъ къ ошибочному распознаванію могутъ служить слѣдующія состоянія:

1) Внутрибрюшинный экссудатъ, обросшій сумкой въ дуглассовомъ пространствѣ. Эти выпоты, хотя и выпячиваютъ иногда дуглассово пространство книзу на подобіе шара, но кверху имѣютъ болѣе неопредѣленныя границы и часто переходятъ съ боковъ на подвздошныя ямки. Но не нужно забывать, что если опухоль яичника окутана большимъ количествомъ экссудата, то и она можетъ представлять тѣ же очертанія, такъ что невозможно съ точностью опредѣлить, состоитъ ли напряженная заматочная опухоль исключительно изъ воспалительнаго выпота, или же послѣдннй вмѣщаетъ въ себѣ кисту яичника.

2) Заматочная кровяная опухоль (haematocoele retrouterina). Послѣдняя представляетъ тѣ же діагностическія трудности, какъ и окруженные сумкой выпоты дуглассова пространства.

3) Ущемленные фиброиды матки, осложненные воспаленіемъ брюшины. Если экссудатъ настолько обилителенъ, что замаскировываетъ характеристическую консистенцію фиброида или яичниковой опухоли, то невозможно навѣрное опредѣлить свойство опухоли.

Во всѣхъ перечисленныхъ случаяхъ драгоцѣнныя указанія даетъ проколь, который едва ли можетъ причинить вредъ и которымъ выдѣляется либо характеристическое содержимое кисты, либо сывороточный или гнойный выпоть, либо кровь, а то и ничего.

4) Перегибъ назадъ беременной матки съ явленіями ущемленія. Это состояніе можетъ быть вполне узнано помощью двойного изслѣдованія, которое, однакоже, въ виду большой чувствительности матки, должно быть часто произведено подъ хлороформомъ. При кистахъ яичниковъ тѣло матки занимаетъ приблизительно свое нормальное мѣсто, тогда какъ при перегибахъ назадъ его тамъ не находятъ.

Другого рода и не менѣ значительныя трудности могутъ возникнуть въ томъ случаѣ, когда опухоль достигаетъ большихъ размѣровъ, при чемъ, чѣмъ больше опухоль, тѣмъ сильнѣе эти затрудненія.

О случаяхъ такъ назыв. ложныхъ опухолей живота, тоже довольно часто подающихъ поводъ къ ошибочному діагнозу, я здѣсь говорить не буду. Эти опухоли, образуемыя скопленіемъ газовъ и кала въ кишечномъ каналѣ, обильнымъ отложеніемъ жира въ сальникѣ, кишкахъ или надбрюшинной клетчаткѣ, иногда производятъ сильное вздутіе живота, въ которомъ можно прощупать разлитыя опухоли. Но послѣднія точно такъ же, какъ и судорожныя сокращенія отдѣльныхъ частей брюшныхъ мышцъ, которыя у истеричныхъ могутъ симулировать брюшныя опухоли, лучше всего узнаются подъ хлороформомъ.

Если при ощупываніи оказывается скопленіе жидкости въ брюшной полости, то прежде всего необходимо опредѣлить, имѣемъ ли мы дѣло съ свободной жидкостью въ животѣ, т. е. съ брюшной водянкой, или съ кистой, т. е. съ содержащимъ жидкость мѣшкомъ.

Лишь въ исключительныхъ случаяхъ рѣшеніе этого вопроса представляетъ трудности, обыкновенно же оно легко.

Уже при простомъ осмотрѣ живота бросается въ глаза характеристическая форма асцита, при которомъ животъ сплюсненъ и свѣшивается съ обѣихъ сторонъ, тогда какъ напряженная киста выпираетъ впередъ середину живота.

Часто также оба эти состоянія можно отличить и ощупываніемъ, такъ какъ киста, если она напряжена, представляется на ощупь въ видѣ ограниченной опухоли, эластичной или дающей зыбленіе. Если дать больной иное положеніе, то мѣсто зыбленія измѣняется при брюшной водянкѣ весьма значительно, а при кистѣ чуть-чуть.

Но если киста имѣетъ очень тонкія стѣнки, если она вяла, не напряжена, тогда необходимо прибѣгнуть къ помощи постукиванія, которое, говоря вообще, при свободной жидкости въ животѣ, когда кишки плаваютъ на поверхности воды, даетъ по бокамъ тупой, а по срединѣ тимпанической звукъ, тогда какъ при крупныхъ кистахъ бываетъ какъ разъ наоборотъ. Кромѣ того, съ измѣненіемъ положенія больной измѣняется и мѣсто асцита, между тѣмъ какъ киста мѣняетъ свое мѣсто весьма мало и притомъ всей массой, или же остается на прежнемъ мѣстѣ.

Но какъ ни легко такимъ образомъ различить оба эти состоянія, встрѣчаются, однакоже, условія, при которыхъ возможны весьма тяжелыя по своимъ послѣдствіямъ ошибки. Начать съ того, что и при брюшной водянкѣ, если больная лежитъ съ сильно приподнятой верхней частью туловища, можно получить тушой звукъ въ надлобковой области (а иногда даже до пупка), хотя стоитъ только дать больной горизонтальное положеніе, и этотъ звукъ дѣлается тимпаническимъ. Далѣе, при очень значительномъ асцитѣ, по срединѣ живота можетъ получиться тушой звукъ вслѣдствіе того, что брыжейка, будучи слишкомъ коротка сравнительно съ растянувшимся животомъ, не даетъ кишкамъ подняться надъ поверхностью воды. Впрочемъ, эти случаи представляютъ ту особенность, что при легкомъ постукиваніи даютъ притупленіе, а при глубокомъ, при которомъ вода вытѣсняется, тимпаническій звукъ.

Съ другой стороны, при брюшной водянкѣ, кишечный тонъ можетъ быть выстуканъ и по бокамъ, особенно съ правой стороны, когда слѣпая и ободочная кишки сильно растянуты газами, или на обѣихъ сторонахъ, какъ это было въ случаѣ *Мидовса* ¹⁾, когда кишки укрѣплены здѣсь сращениями. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ киста можетъ давать тѣ же перкуторныя звуки, что и брюшная водянка, а именно, когда она сообщается съ кишкой и въ нее проникаютъ газы, или когда въ нее попадаетъ воздухъ при проколѣ ²⁾.

Очень затруднительно можетъ быть дифференціальное распознаваніе и въ томъ случаѣ, когда киста, имѣющая тонкія стѣнки, очень вяла, что чаще всего имѣетъ мѣсто послѣ прокола. Кистовая жидкость можетъ въ такомъ случаѣ отличаться тою же подвижностью, какъ и при брюшной водянкѣ.

Въ сомнительныхъ случаяхъ большое значеніе имѣетъ анамнезъ, такъ какъ для существованія такой значительной брюшной водянки, во всякомъ случаѣ, должна отыскаться сколько нибудь удовлетворительная причина (бугорчатка или раковое пораженіе брюшины, порокъ сердца, страданіе почекъ и печени). Но циррозъ печени, обуславливающей очень сильную водянку живота, распознается иногда очень трудно. Пороки сердца и страданія почекъ, кромѣ асцита, производятъ и другіе отеки, хотя я видѣлъ при болѣзни сердца чистую брюшную водянку, безъ отека нижнихъ конечностей, которая была принята за кисту яичника.

Объ отличительныхъ признакахъ, представляемыхъ выдѣляющейся при проколѣ жидкостью, мы подробно будемъ говорить ниже.

Если съ помощью перечисленныхъ выше средствъ будетъ доказано, что дѣло идетъ о заключенной въ сумкѣ жидкости въ полости живота, то мы съ большою вѣроятностью можемъ предположить кисту яичника,

¹⁾ *Medic. Times*, 4 марта 1871, стр. 245.

²⁾ *Атм.*, *Ovarian tumours*. Philadelphia, 1873, стр. 67.

такъ какъ другія ограниченныя скопленія жидкости въ животѣ встрѣчаются весьма рѣдко.

Въ этихъ случаяхъ кисту можно смѣшать съ слѣдующими образованіями:

1) Съ окруженной сумкой брюшинной жидкостью. Правда, тѣ незначительныя количества жидкаго экссудата, которыя нерѣдко встрѣчаются заключенными въ мѣшкахъ при перитонитѣ, не легко ведутъ къ ошибочному распознаванію; но за то, при бугорчаткѣ и раковомъ перерожденіи сальника и брюшины, могутъ образоваться крупныя опухоли, представляющія большое сходство съ кистами яичниковъ.

Относительно дифференціального распознаванія здѣсь имѣютъ значеніе анамнезъ и общее состояніе больныхъ, а при бугорчаткѣ пораженіе другихъ органовъ и лихорадка. Чувствительность тоже не лишена значенія, хотя она можетъ быть очень незначительна или же совсѣмъ отсутствовать.

Кромѣ того, окруженные сумкой выпоты всегда имѣютъ болѣе расплывчатыя границы, чѣмъ заключенныя въ кистовой стѣнкѣ опухоли яичника, и потому не могутъ быть хорошо прощупаны. Къ тому же они часто прилегаютъ къ передней брюшной стѣнкѣ въ видѣ очень плоскихъ наслоеній, такъ что, при постукиваніи, сквозь слой жидкости получается кишечный тонъ. При ракѣ брюшины или сальника, иногда прощупываются заложеныя въ экссудатѣ раковыя узлы, хотя, впрочемъ, эти именно случаи могутъ представлять чрезвычайное сходство съ многополостными бугристыми кистами яичника, плавающими въ массѣ брюшной жидкости. Къ этимъ случаямъ мы вернемся еще ниже.

Что и здѣсь въ сомнительныхъ случаяхъ нельзя обойтись безъ пробнаго прокола, показываютъ три случая *Роута*¹⁾, въ которыхъ ракъ съ заключеннымъ въ сумку асцитомъ былъ принятъ за опухоль яичника. Подобный же случай наблюдали *Люкке* и *Клебег*²⁾.

2) Съ наполненнымъ пузырьемъ, который легко узнается по своей характеристически выступающей формѣ и съ помощью катетера.

3) Съ другими кистами живота, особенно съ гидронефрозомъ. Дифференціальное распознаваніе этой опухоли чаще всего терпитъ крушеніе, такъ какъ, при значительномъ объемѣ, она представляетъ ту же виѣшнюю картину, что и киста. Вотъ почему мы имѣемъ такую богатую казуистику этой діагностической ошибки.³⁾

Отличительныя признаки будутъ слѣдующіе:

¹⁾ Obst. J. of Great Brit., апр. 1874, стр. 13.

²⁾ Virchow's Archiv, т. 41, стр. 8.

³⁾ *Джонсонъ*, Monthly med. chir. J., 1816; *Райъ*, Maladies des reins, Paris, 1841, III, стр. 487; *Кирстенъ*, Mon. f. Geb., 1863, дополнит. вып. къ т. 21, стр. 125; *Думрейхеръ*, Woch. d. Zeitschr. d. Ges. Wiener Aerzte, 1864, стр. 104; *Кунеръ Розъ*, Med. Times, май 1863, стр. 591, Lancet, 23 мая 1868; *Мартини*, Deutsche Klinik,

Гидронефрозъ, подобно всѣмъ забрюшиннымъ опухолямъ, лежитъ позади кишокъ, тогда какъ кисты яичниковъ оттѣсняютъ послѣднія въ сторону. Впрочемъ, это справедливо не во всѣхъ случаяхъ, такъ какъ и очень крупныя гидронефротическія мѣшки тоже могутъ отодвинуть въ сторону кишки, а опухоли яичника подчасъ бывають покрыты кишками ¹⁾. Кромѣ того, иногда очень трудно доказать, что кишки помѣщаются впереди опухоли, если прижатая, не содержащая воздуха петля не издаетъ тимпаническаго звука. По *Спенсеръ-Уэльсу*, можно чувствовать сокращенія кишки, если катать ее подъ пальцами, или можно разслышать кишечныя шумы, или же, наконецъ, можно вдвуть въ нее воздухъ чрезъ прямую кишку. *Симонъ* совѣтуетъ вставлять длинныя эластическія трубки въ толстую кишку, которыя при опухоляхъ яичниковъ будутъ прощупываться позади опухоли, а при гидронефрозахъ—впереди.

При большихъ опухоляхъ правой почки, толстая кишка принимаетъ обыкновенно такое положеніе, что восходящая ободочная кишка приходится у внутренняго края опухоли, тогда какъ при опухоляхъ лѣвой почки нисходящая ободочная кишка помѣщается поперекъ опухоли.

При изслѣдованіи чрезъ влагалище, яичниковыя опухоли вообще оказываются очень близко къ тазовому входу, хотя, при громадномъ объемѣ, онѣ могутъ помѣщаться и очень высоко.

Присутствіе гноя, бѣлка или крови въ мочѣ говоритъ вообще въ пользу гидронефроза.

Кромѣ того, изслѣдованіемъ половиной или всей рукой чрезъ прямую кишку, если это допускаетъ величина опухоли, тоже можно доказать связь или независимость опухоли отъ половыхъ органовъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже пробный проколъ (см. стр. 331) не можетъ разсѣять сомнѣній, такъ какъ въ содержимомъ старыхъ гидронефротическихъ мѣшковъ можетъ не быть составныхъ частей мочи, а, съ другой стороны, и въ кистахъ яичниковъ находятъ иногда мочевины, хотя и весьма рѣдко.

Въ діагностическомъ отношеніи къ гидронефрозу примыкають эхинококки почекъ ²⁾, равно какъ эхинококки надбрюшинной вѣтчатки ³⁾. Даже проколъ, которымъ узнается содержимое эхинококковаго мѣшка, далъ обманчивый результатъ въ случаѣ *Штительберга*, такъ какъ троакаръ попалъ только въ гноевикъ, образовавшійся между материнской сумкой и соединительно-тканнымъ мѣшкомъ.

1868, № 1; *Краузе-Баумъ*, *Langenbeck's Archiv*, т. 7, стр. 219; *Геллеръ*, *Deutsches Archiv f. klin. Med.*, V, стр. 267; *Уилеръ*, *Boston gyn. J.*, т. V, стр. 199 и 264; *Шеттель*, *Arch. f. Gyn.*, т. I, стр. 416; *Спенсеръ Уэльсъ*, *l. c.*, стр. 208.

¹⁾ *Шеттель*, *Arch. f. Gyn.*, т. I, стр. 426.

²⁾ *Штительбергъ*, *Arch. f. Gyn.*, т. I, стр. 146.

³⁾ *Штительбергъ*, *Arch. f. Gyn.*, т. III, стр. 272, и *Спенсеръ Уэльсъ*, *l. c.*, стр. 151.

Точно также и другія кисты, описанныя *Монтэ* ¹⁾ подъ именемъ *cystes hydatiques de la paroi abdominale antérieure* и *Вестомъ* ²⁾ подъ именемъ кистъ, встрѣчающихся между листками сальника, могутъ легко подавать поводъ къ ошибкамъ, тѣмъ болѣе, что о такихъ крайне рѣдкихъ случаяхъ никто обыкновенно и не думаетъ.

4) Съ мягкими интерстиціальными фиброидами или, еще болѣе, съ фибро-кистами матки или широкой маточной связки ³⁾.

Всѣ опухоли, развивающіяся изъ матки, обыкновенно связаны съ нею тѣснѣе, чѣмъ кисты яичниковъ, и отходятъ отъ нея широкимъ основаниемъ. Если матка помѣщается впереди опухоли, то болшею частью возможно опредѣлить ихъ взаимное отношеніе; но, съ другой стороны, и опухоль яичника можетъ быть до того плотно прижата къ маткѣ, что образуетъ съ нею одну сплошную массу или же между ними послѣдовательно развивается широкое сращеніе. Однакоже, и въ этихъ случаяхъ матка обыкновенно претерпѣваетъ незначительныя измѣненія. Она весьма рѣдко бываетъ оттянута вверхъ и полость ея увеличена, тогда какъ при опухоляхъ матки это обыкновенное явленіе. Труднѣе опредѣлить отношеніе опухоли къ маткѣ, когда послѣдняя помѣщается сзади, и даже изслѣдованіе половиной руки чрезъ прямую кишку не всегда уясняетъ дѣло; однакоже, и здѣсь сильное смѣщеніе матки назадъ и вверхъ и недостаточная подвижность ея на мѣстѣ опухоли съ большою вѣроятностью указываютъ на маточное происхожденіе послѣдней. Ощупываніе опухоли тоже не лишено значенія. Фиброзныя опухоли матки представляются вообще болѣе твердыми на ощупь или, по крайней мѣрѣ, въ нихъ плотныя составныя части преобладаютъ надъ флюктуирующими. Въ кистахъ же яичниковъ эти болѣе плотныя части почти исключительно лежатъ въ сторонѣ таза. Такъ назыв. маточный шумъ слышится иногда въ фиброидахъ матки, но онъ едва-ли когда-нибудь замѣчается въ кистахъ яичниковъ. При проколѣ фибро-кисты, или ничего не выдѣляется, или выходитъ очень немного прозрачной либо смѣшанной съ кровью сыворотки, такъ какъ жидкость обыкновенно помѣщается только въ мелкихъ промежуткахъ тканей. Только въ видѣ исключенія иногда выдѣляются довольно значительныя количества желтоватой влаги. Но, по словамъ *Атли* ⁴⁾, она въ этихъ случаяхъ представляетъ ту характеристическую особенность, что свертывается подобно крови. Впрочемъ, по мнѣнію *Геера*, *Фелина* и *Леопольда*, это вѣрно только относительно

¹⁾ Gaz. hebd., 3 мая 1872, № 18.

²⁾ Lehrb. der Frauenkrankheiten, III изд., стр. 669.

³⁾ О дифференціальномъ діагнозѣ между этими двумя состояніями см.: *Спенсеръ Уэльсъ*, Medico-chir. Transact., т. IV, и I. с., стр. 183; *Киддъ*, Dublin J. of med. sc., янв. 1872, стр. 39; *Иванъ* и *Юрди*, Hystérotomie. Paris, 1873, стр. 117; *Гееръ*, Ueber Fibrocysten des Uterus. Zürich, 1874.

⁴⁾ I. с., стр. 154, 262 и 464.

нѣкоторыхъ формъ кисто-фиброидовъ. Уд. вѣсъ этой жидкости равняется 1020.

Анамнезъ тоже не лишенъ значенія въ томъ отношеніи, что фибро-кистовидныя опухоли большею частью сопровождаются маточными кровотечениями ¹⁾.

5) Съ увеличенной, вслѣдствіе растяженія ея полости, маткой, т. е. съ беременностью, гематометрой и подслизистыми или интерстиціальными фиброидами, вросшими въ полость матки. Въ этихъ случаяхъ главное дѣло доказать, что увеличена сама матка, тогда какъ при кистахъ яичника всегда должна быть возможность, рядомъ съ нормальной или, по крайней мѣрѣ, мало измѣненной маткой, прощупать опухоль. Это, конечно, можетъ представлять большія трудности, когда матка помѣщается позади опухоли. Легче всего удастся исключить гематометру, какъ по анамнезу, такъ и по другимъ результатамъ изслѣдованія. При беременности нужно стараться отыскать сердцебиеніе, движенія плода и отдѣльныя части послѣдняго; характеристично также состояніе влагилица и влагилицной части, тогда какъ маточный шумъ выслушивался при кистахъ яичника, во всякомъ случаѣ, рѣдко. Само собою разумѣется, что при пузырьчатомъ заносѣ или мертвогниломъ плодѣ всѣ эти признаки отпадаютъ, такъ что все дѣло сводится къ доказательству того, что опухоль образуется самой увеличенной маткой. Вросшія въ полость матки фиброиды всегда сопровождаются кровотечениями, а для подслизистыхъ характеристично изглаживаніе шейки. Если интерстиціальныя фиброиды растутъ болѣе кнаружи, то для дифференціального діагноза имѣетъ силу все, сказанное въ предъидущемъ отдѣлѣ.

6) Съ внѣматочной беременностью. И здѣсь рѣшающее значеніе имѣетъ открытіе сердечныхъ тоновъ и дѣтскихъ частей, такъ что, если плодъ мертвъ и плодный пузырь растянуть, распознаваніе можетъ встрѣтить громадныя затрудненія, особенно при неудовлетворительности анамнеза. О сходствѣ между заложенной въ водяночной жидкости живота опухолью яичника и внѣматочной беременностью мы еще будемъ говорить ниже.

7) Съ опухолями печени. Смѣщенія печени, а именно повернутая на своей поперечной оси и спускающаяся далеко внизъ печень или такъ назыв. блуждающая печень ²⁾, не легко поддають поводъ къ ошибкамъ,

1) Относительно казуистики діагностическихъ ошибокъ между этими двумя состояніями см.: *Кумаръ*, Wiener med. Presse, 1867, стр. 703; *Штиллингъ*, Deutsche Klinik, 1863, стр. 89; *Германъ* и *Симонъ*, см. *Греизеръ*, Ovariectomy, стр. 103; *Ли*, New-York med. Record, янв. 1870, стр. 495; *Тантегоръ*, Deutsche Klinik, 1871, 30; *Пэкердъ*, Amer. J. of med. sc., окт. 1871, стр. 433; *Робертсъ*, Lancet, 25 ноября 1871; *Ланди*, Lo sperimentale, 1871, стр. 21; *Битти*, Brit. med. J., 4 ноября 1871, стр. 517; *Мк. Гуайръ*, Med. Times, 1 апр. 1872.

2) *Мейсснеръ*, Schmidt's Jahrb., т. 141, стр. 107; *Винклеръ*, Arch. f. Gyn., т. IV, стр. 145, *Леопольдъ*, Arch. f. Gyn., т. VII, стр. 152.

такъ какъ опухоль растетъ сверху и легко доказать независимость ея отъ половыхъ органовъ.

Собственно изъ опухолей печени большое значеніе имѣютъ здѣсь эхинококки, которые могутъ вырости до такого объема, что помѣщаются надъ входомъ въ тазъ. Но и въ этихъ случаяхъ изъ анамнеза можно узнать, что опухоль росла сверху внизъ, а при изслѣдованіи, что она связана съ печенью и повторяетъ дыхательныя движенія послѣдней. При двойномъ изслѣдованіи или изслѣдованіи чрезъ прямую кишку половиной руки, половые органы оказываются нормальными.

Раковая опухоль печени не легко ведетъ къ ошибкамъ. Точно также и кисты желчнаго пузыря едва ли когда достигаютъ такой величины, чтобы, какъ въ случаѣ *Симпсона* ¹⁾, представлять діагностическія затрудненія.

8) Съ опухолями селезенки. Послѣднія представляютъ обыкновенно такія характеристическія особенности, что трудно не узнать ихъ при тщательномъ изслѣдованіи. Опухшая селезенка прощупывается въ видѣ гладкой, весьма неподатливой опухоли, помѣщающейся цѣликомъ на лѣвой сторонѣ; по крайней мѣрѣ, въ положеніи на лѣвомъ боку она всегда отклоняется влѣво, хотя въ положеніи на спинѣ можетъ значительно выдаваться за срединную линію. При этомъ она справа ограничивается острымъ краемъ, идущимъ въ видѣ довольно прямой линіи, изрѣдка прерываемой замѣтной выемкой (*hylus*), сверху внизъ и вправо. Этотъ край прощупывается въ видѣ острой, круто спускающейся къзади грани. Подобной границы съ правой стороны никогда не замѣчается при опухоляхъ яичника. Послѣднія подвижны и, какъ и самъ наблюдать, могутъ быть втиснуты своимъ тупымъ нижнимъ концомъ въ малый тазъ ²⁾.

9) Съ подвижною почкой ³⁾. Послѣдняя можетъ подать поводъ къ ошибочному распознаванію, когда она, какъ это было въ одномъ случаѣ, присланномъ ко мнѣ для овариотоміи, значительно увеличена и на столько смѣщена, что примыкаетъ къ передней брюшной стѣнкѣ и сидитъ плотно надъ тазовымъ входомъ. Для дифференціального діагноза значеніе имѣетъ уже характеристическая почкообразная форма опухоли вмѣстѣ съ отсутствіемъ связи между нею и половыми органами, опредѣляемымъ посредствомъ двойного изслѣдованія. Кромѣ того, почка бываетъ весьма подвижна и безъ труда можетъ быть возвращена въ свое нормальное положеніе вправо отъ позвоночника (весьма рѣдко прихо-

¹⁾ Diseases of women. Edinburgh, 1872, стр. 432.

²⁾ Ошибка выдѣли: *Геккеръ*, *Klin. d. Geb.*, т. II, стр. 221, и *Селливенъ*, *Boston gyn J.*, т. IV, стр. 275.

³⁾ *Фрицъ*, *Archives de méd.*, 1859, II, стр. 158 и 301; *Вестъ*, *Frauenkrankheiten*, 3-е изд., стр. 670, прим.; *Роллеттъ*, *Pathol. u. Ther. d. beweglichen Niere*. Erlangen, 1866; *Джаю*, *Medical Times*, 1872, т. II, стр. 1160; *Говицъ*, *Brit. a. for. med. chir. Review*, окт. 1873, стр. 521.

дится имѣть дѣло съ лѣвой почкой). Распознаваніе облегчается еще тѣмъ, если удастся доказать съ помощью оцупыванія чрезъ брюшныя покровы и постукиванія поясничной области, что мѣсто, занимаемое почкой, опустѣло.

10) Съ липомами или фиброидами брыжейки и брюшины. Эти опухоли могутъ представлять большое сходство съ кистамами яичниковъ, если достигаютъ весьма значительной величины, что, впрочемъ, бываетъ рѣдко. Такъ, *Белей* ¹⁾ нашелъ на вскрытіи двѣ громадныя размѣровъ липомы, изъ которыхъ одна вѣсила добрыхъ 15 фунтовъ, а другая 22 фунта. Такіе же случаи сообщаетъ *Спенсеръ Уэльсъ* ²⁾, а *Кунеръ Форстеръ* ³⁾ видѣлъ опухоль вѣсомъ въ 55 фунтовъ.

Въ заключеніе я считаю необходимымъ указать на то, что когда брюшная опухоль достигаетъ чрезвычайно большой величины, то прекращается всякая возможность вѣрнаго діагноза, помимо пробнаго прокола. Откуда бы ни выходила опухоль, она въ этихъ случаяхъ такъ близко примыкаетъ къ остальнымъ органамъ живота и такъ тѣсно и на такомъ большомъ протяженіи срастается съ ними, что даже при вскрытіи, какъ я это испыталъ въ одномъ случаѣ кистомы яичника, трудно опредѣлить, принадлежитъ ли опухоль яичнику или печени.

Особенныя трудности могутъ встрѣтиться въ тѣхъ случаяхъ, когда существуютъ осложненія. Въ этомъ отношеніи на первомъ планѣ стоятъ:

1) Кистомы яичника и брюшная водянка. Небольшія количества жидкости въ полости живота составляютъ обыкновенное явленіе при кистамахъ яичника. Они обыкновенно оставляются безъ вниманія и ни въ какомъ случаѣ не могутъ измѣнить діагноза. Другое дѣло, когда брюшная водянка весьма значительна. Если опухоль яичника при этомъ относительно не велика, то она можетъ остаться вовсе не узанной; если же она значительнаго объема и если сложная киста имѣетъ на своей поверхности шишковатыя возвышенія, то при оцупываніи получается весьма характеристическая картина. Въ скопившейся въ полости живота жидкости прощупываются легко смѣщаемыя опухоли, напоминающія собою мелкія дѣтскія части въ плодной водѣ, или раковые узлы въ окруженномъ сумкой асцитѣ. При распознаваніи нужно руководиться высказанными выше соображеніями.

2) Кистомы яичника и беременность. Между тѣмъ какъ во второй половинѣ беременности признаки ея выступаютъ на столько ясно, что распознаваніе не представляетъ особенной трудности, — въ первой половинѣ очень легко просмотрѣть лежащую позади опухоли яичника беременную матку, или принять ее за другой, тоже пораженный яичникъ.

¹⁾ Amer. J. of Obst., т. VI, стр. 38.

²⁾ l. c., стр. 146.

³⁾ Pathol. Transact., т. 19.

Даже *Спенсеръ Уэльсу* случилось проколоть во время оваріотоміи беременную матку, принятую имъ за второй увеличенный яичникъ. Поэтому при распознаваніи всегда слѣдуетъ имѣть въ виду возможность подобнаго осложненія.

Остается еще отвѣтить на діагностическій вопросъ о томъ, какимъ образомъ опредѣляютъ, пораженъ ли одинъ яичникъ и который именно, или оба яичника?

При значительныхъ опухоляхъ, это хотя и можетъ быть сопряжено съ большими трудностями, но не имѣетъ особеннаго значенія, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ для насъ совершенно безразлично, который изъ яичниковъ ни былъ бы пораженъ, и мы всегда должны имѣть въ виду возможность двухсторонняго пораженія.

Для опредѣленія стороны, на которой пораженъ яичникъ, можно руководиться положеніемъ кишекъ, которыя вообще на пораженной сторонѣ бывають оттѣснены болѣе назадъ, такъ что при покойномъ положеніи на спинѣ кишечный тонъ слышится на большемъ протяженіи на сторонѣ здороваго яичника. Не лишено значенія также и смѣщеніе матки, такъ какъ можно вообще принять, что, когда матка оттѣснена въ одну сторону, опухоль выходитъ изъ другой. Но такое заключеніе не всегда вѣрно. Такъ, *Мартинъ* ¹⁾ наблюдалъ случай, въ которомъ опухоль, несомнѣнно помѣщавшаяся на лѣвой сторонѣ, принадлежала совершенно смѣщенному влѣво правому яичнику.

Гораздо важнѣе вопросъ о томъ, не поражены ли оба яичника? И на этотъ вопросъ часто невозможно отвѣтить при значительномъ объемѣ опухоли, такъ какъ внутреннимъ изслѣдованіемъ этого обыкновенно рѣшить нельзя, а наружное изслѣдованіе легко можетъ ввести въ заблужденіе. Дѣло въ томъ, что не смотря на совершенно простой видъ опухоли, позади нея можетъ помѣщаться другой пораженный яичникъ, а, съ другой стороны, при сложной односторонней кистомѣ иногда получается впечатлѣніе, какъ будто дѣло идетъ о двухъ независимыхъ другъ отъ друга опухоляхъ. Поэтому двухстороннее заболѣваніе должно быть признано только въ томъ случаѣ, когда пронцупываются двѣ опухоли, раздѣленные бороздой.

Не столь затруднителенъ вопросъ, существуетъ ли въ данномъ случаѣ однополостная киста, или сложная опухоль. Въ первомъ случаѣ опухоль, представляющая собою ретенціонную кисту графова пузырька, бываетъ меньшаго объема и сопровождается менѣе значительными припадками общаго заболѣванія, чѣмъ кисты. При этомъ она вполнѣ шарообразна или слегка овальна и зыбленіе весьма явственно примѣчается по всему ея протяженію. Послѣднее можетъ, конечно, имѣть мѣсто и при многополостныхъ кистахъ съ очень тонкими перегородками, но сложные опухоли никогда не имѣють равномерной

¹⁾ Boston gyn. Journal., т. V, стр. 268.

шарообразной формы. Очень крупныя кисты рѣдко бываютъ однополостными; однакоже, при чрезвычайно большихъ кистахъ, главная киста можетъ подъ конецъ совершенно заслонить собою мелкія придаточныя кисты.

Во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ распознаваніе брюшныхъ опухолей встрѣчаетъ затрудненіе, прежде чѣмъ рѣшиться на операцію, не мѣшаетъ сдѣлать проколъ кисты и изслѣдованіе ея содержимаго ¹⁾. Это можетъ быть произведено различными способами.

1) Простой пробный проколъ. Такъ какъ густое, тягучее содержимое кисты не выдѣляется чрезъ обыкновенный пробный троакаръ, а при акидопейрастикѣ получается слишкомъ мало жидкости, то необходимо соединить проколъ съ высасываніемъ содержимаго кисты.

Это производится или съ помощью аспиратора, напримѣръ *Дельсифуа*, или посредствомъ подкожнаго шприца, предложеннаго *Валькеромъ* ²⁾. Иглу, соединенную со шприцемъ, всальваютъ въ опухоль и, вытягивая поршень, насасываютъ жидкость въ трубку шприца.

Простой проколъ кисты вполне безопасенъ, такъ какъ отверстіе такъ мало, что, по удаленіи иглы, въ полость живота не попадаетъ обыкновенно ни одной капли содержимаго кисты. Въ исключительныхъ случаяхъ, однакоже, когда стѣнка кисты очень ужъ напряжена, содержимое ея попадаетъ въ брюшную полость, какъ это видѣлъ *Пиззи* ³⁾.

2) Парацентезъ. Для этого берутъ троакаръ потолще, чрезъ который могла бы пройти и коллоидная жидкость, и прокалываютъ кисту по способу, подробно излагаемому ниже въ отдѣлѣ о леченіи кистъ.

Этотъ способъ удобенъ въ томъ отношеніи, что имъ можно выдѣлать очень большія количества жидкости и, стало быть, изслѣдовать послѣднюю съ различныхъ сторонъ. Кромѣ того, если, по опорожненіи кисты, произвести двойное изслѣдованіе, то можно получить вполне опредѣлительные результаты. Если опухоль совершенно исчезаетъ, то, значитъ, была простая брюшная водянка, такъ какъ остатки кисты всегда можно прощупать. Только при простой водянкѣ граафова пузырька (а также при кистахъ широкихъ связокъ), кистой мѣшокъ можетъ имѣть на столько тонкія стѣнки, что по опорожненіи его не прощупывается никакихъ слѣдовъ кисты.

3) Пробный проколъ живота посредствомъ ланцета, который особенно удобенъ въ томъ случаѣ, когда нужно доказать или исключить присутствіе большихъ количествъ водяночной жидкости. Ланцетъ вонзаютъ медленно и осторожно въ бѣлую линію, такъ, чтобы онъ прокололъ только брюшныя покровы, а не самую стѣнку кисты. Какъ толь-

¹⁾ *Штигелберъ*, M. f. Geb., т. 34, стр. 384, Arch. f. Gyn., т. III, стр. 271, и *Volkmann's Samml. klin. Vortr.*, № 55, стр. 435; *Вальдейеръ*, Arch. f. Gyn., т. I, стр. 266.

²⁾ *Томасъ*, Diseases of women, 3-е изд., стр. 663.

³⁾ Amer. J. of Obst., т. VI, стр. 103.

ко по ланцету польется жидкость, то въ отверстіе вставляютъ тонкую серебряную трубочку и даютъ жидкости выдѣлиться. Изслѣдованіе этой жидкости, въ особенности двойное изслѣдованіе, повторенное нѣсколько разъ по выдѣленіи водяночной жидкости, даетъ весьма важныя діагностическія результаты.

Жидкость, добытую этими различными способами, подвергаютъ химическому и микроскопическому изслѣдованію и такимъ образомъ окончательно рѣшаютъ вопросъ о ея происхожденіи, хотя, какъ будетъ видно изъ приводимыхъ ниже данныхъ, результаты изслѣдованія этой жидкости не всегда могутъ считаться вполне вѣрными.

Жидкость, происходящая изъ кистомы, обыкновенно бываетъ характеристична уже по своему внѣшнему виду. Тягучая, темная коллоидная влага съ высокимъ уд. вѣсомъ (1018—1024) свойственна почти исключительно однимъ только кистомамъ яичника. При химическомъ анализѣ, въ ней большею частью открываютъ очень много бѣлка, равно какъ паральбуминъ и метальбуминъ, опредѣляемые по способу *Вальдейера* ¹⁾.

Подъ микроскопомъ въ обильномъ осадкѣ (только при водянкѣ граафова пузырька осадокъ незначителенъ) находятъ цилиндрической эпителий, хорошо сохранившійся, или въ состояніи коллоиднаго, т. е. жирового перерожденія и распада.

Асцитическая жидкость имѣетъ небольшой уд. вѣсъ (около 1010—1015) и содержитъ меньше бѣлка. Въ діагностическомъ отношеніи весьма важенъ тотъ фактъ, что, при стояніи на воздухѣ въ теченіи 12—18 часовъ, изъ этой жидкости выдѣляется студенистый свертокъ фибрина, что, слѣдовательно, она обладаетъ свойствомъ самостоятельнаго свертыванія, тогда какъ съ кистой жидкостью это, во всякомъ случаѣ, происходитъ весьма рѣдко, не смотря даже на значительныя крововзліянія внутрь кисты. Паральбуминъ и метальбуминъ, повидимому, не встрѣчаются въ асцитической жидкости.

Эти вполне характеристическія различія относятся только къ настоящей брюшной водянкѣ, такъ какъ, по крайней мѣрѣ, во второмъ изъ сообщенныхъ мною случаевъ выпоть при хроническомъ перитонитѣ далъ тѣ же свойства, что и кистовая жидкость. Выдѣленный проколомъ экссудатъ, содержавшій множество фибриновыхъ сгустковъ, по изслѣдованіямъ *Горуна*, имѣлъ уд. вѣсъ 1023 и изъ бѣлковыхъ тѣлъ въ немъ найдено немного калиальбумината, паральбуминъ (мало) и много свороточнаго альбумина. Экссудатъ же, собранный при оваріотоміи, имѣлъ, по изслѣдованіямъ *Гилмера*, уд. вѣсъ 1038 и, кромѣ слѣдовъ муцина, содержалъ большое количество паральбумина и немного свороточнаго альбумина. Съ другой стороны, въ одномъ весьма недавнемъ и во многихъ отношеніяхъ чрезвычайно интересномъ случаѣ ²⁾, при поворотѣ на ножкѣ большой кистомы, я наблюдалъ въ содержимомъ фибринозное вещество и произвольное свертываніе.

Подъ микроскопомъ въ асцитической жидкости находятъ амѣбодібныя клѣтки, но не цилиндрической эпителий.

¹⁾ Arch. f. Gyn., т. 1, стр. 268.

²⁾ *Pflüger*, D. i. Erlangen, 1874.

При гидронефрозѣ находятъ характеристическія составныя части мочи, которыхъ, однакоже, въ старыхъ гидронефротическихъ мѣшкахъ можетъ и не быть. Такъ, Шетелигъ ¹⁾, при уд. вѣсѣ 1018, не нашелъ ни мочевины, ни креатина, а лишь небольшія количества сывроточнаго альбумина и муцина и много паральбумина. Въ упомянутомъ выше случаѣ поворота на ножкѣ я выдѣлялъ изъ кисты яичника проколомъ жидкость, въ которой Гилмеръ нашелъ значительныя количества мочевины (0,05—0,1%), при совершенномъ отсутствіи муцина.

Содержимое эхинококковыхъ мѣшковъ отличается низкимъ уд. вѣсомъ и отсутствіемъ или лишь слабыми слѣдами бѣлка. При химическомъ изслѣдованіи въ немъ находятъ виноградный сахаръ и инозитъ, а подъ микроскопомъ головки паразита или, по крайней мѣрѣ, крючки, а иногда даже части характеристической перепонки пузырей.

Въ фиброкистоидахъ находятъ, по Амми, если вообще при проколѣ выдѣляется какая-нибудь жидкость, желтую влагу уд. вѣса 1020, которая на воздухѣ тотчасъ же свертывается, какъ кровь; впрочемъ, это характеристическое свойство присуще не вѣмъ фиброкистоидамъ.

По указаніямъ того же автора, жидкость, выдѣляющаяся изъ кистъ широкихъ связокъ, чрезвычайно прозрачна и свѣтла и имѣетъ уд. вѣсѣ 1004—1009. Въ ней нѣтъ другого бѣлка, кромѣ паральбумина, а подъ микроскопомъ находятъ развѣ нѣсколько эпителиальныхъ клѣтокъ.

Надрѣзъ съ діагностической цѣлью.—Пробный надрѣзъ.

Въ случаяхъ, когда діагнозъ остается сомнительнымъ, а между тѣмъ припадки указываютъ на необходимость оваріотоміи, лучше всего начинать операцію пробнымъ надрѣзомъ.

Съ этой цѣлью дѣлаютъ всѣ приготовленія къ оваріотоміи и начинаютъ операцію небольшимъ разрѣзомъ, вскрывающимъ брюшную полость всего на нѣсколько дюймовъ, послѣ чего введенными пальцами стараются опредѣлить, вѣренъ ли діагнозъ. Если это все еще не удастся, то выпускаютъ троакаромъ содержимое кисты и снова изслѣдуютъ вставленными чрезъ рану въ брюшную полость пальцами, стараясь прослѣдить матку, яичники и мѣсто отхожденія опухоли.

Если окажется, что нѣтъ возможности вырѣзать опухоль, то зашиваютъ стѣнки живота, при чемъ выздоровленіе послѣ этой операціи ничуть не менѣе благопріятно, чѣмъ послѣ прокола; если же удаленіе опухоли возможно, то сряду же приступаютъ къ оваріотоміи.

Предсказаніе.

Хотя можетъ статься, что во многихъ случаяхъ первые зачатки кистъ не разрастаются дальше, тѣмъ не менѣе можно считать несомнѣннымъ, что киста, которая уже на столько успѣла развиться, что оказалась на-

¹⁾ Arch. f. Gyn., т. 1, стр. 416.

добность въ медицинскомъ пособіи, неминуемо и неудержимо продолжаетъ увеличиваться въ объемѣ, влеча за собою различнаго рода опасности для жизни больныхъ.

На этомъ основаніи, такъ какъ самоисцѣленіе при кистомахъ имѣеть мѣсто весьма рѣдко, послѣднія должны быть отнесены къ весьма опаснымъ страданіямъ, которыя, будучи предоставлены самимъ себѣ, всегда оканчиваются смертью. При этомъ, конечно, быстрота теченія можетъ быть весьма различна.

Лечение.

Въ профилактическомъ отношеніи мы едва-ли въ состояніи здѣсь что-нибудь сдѣлать, такъ какъ мы рѣшительно ничего не знаемъ объ условіяхъ возникновенія кистомъ яичника и такъ какъ ретенціонныя кисты граафовыхъ пузырьковъ составляютъ такое рѣдкое явленіе, что едва-ли стоитъ говорить объ ихъ профилактикѣ.

Крупныя кисты яичника не могутъ быть устранены или приостановлены въ своемъ ростѣ ни медицинскими, ни діететическими мѣрами, хотя иногда и удается нѣсколько задержать ихъ дальнѣйшее развитіе.

Меньше всего заслуживаютъ довѣрія внутреннія, такъ назыв. разрѣшающія средства, іодъ, бромъ, ртуть съ ихъ препаратами. Ничѣмъ не доказано, чтобы они могли имѣть хоть какое-нибудь вліяніе на самую опухоль, а между тѣмъ въ большихъ дозахъ они могутъ въ конецъ подорвать силы организма.

Столь же мало въ состояніи остановить ростъ опухоли проносныя, мочегонныя и потогонныя средства, изъ которыхъ первыя прямо противопоказаны, въ силу вызываемаго ими разстройства пищеваренія.

За то разумная діететика имѣеть немаловажное значеніе, такъ какъ быстрота, съ которою растетъ опухоль, отчасти, по крайней мѣрѣ, зависитъ отъ образа жизни больной. При частыхъ половыхъ возбужденіяхъ, раздражающей пищѣ, горячительныхъ напиткахъ, при одновременномъ воспаленіи матки и сосѣднихъ съ нею органовъ, болѣзнь принимаетъ болѣе быстрое теченіе, чѣмъ при отсутствіи этихъ вредныхъ вліяній, при употребленіи здоровой, но не раздражающей пищи и правильномъ, простомъ образѣ жизни. Существующія воспаленія половыхъ органовъ должны быть лечимы противовоспалительными средствами и, для устраненія вреднаго вліянія менструальныхъ приливовъ, не бесполезно незадолго до регуль и вскорѣ послѣ нихъ сдѣлать кровопизвлеченія, посредствомъ скарификацій влагалищной части. Этими средствами можно надѣяться хоть сколько нибудь задержать ростъ опухоли и придать болѣзни болѣе хроническое теченіе.

Важно также уменьшать, по возможности, существующія страданія. Съ этой цѣлью главнымъ образомъ нужно стараться предотвратить

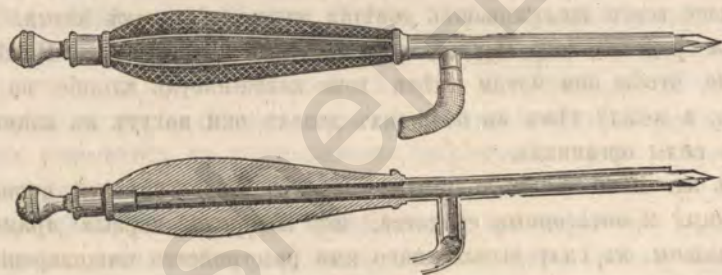
излишнее увеличеніе остального содержимаго брюшной полости, обращающае вниманіе больной на необходимость правильного и частаго испусканія мочи, правильного пищеваренія и свободныхъ испражненій на низъ.

Если опухоль, лежащая еще въ маломъ тазу, вызываетъ припадки давленія, то, при отсутствіи сращеній, можно пытаться приподнять ее въ большой тазъ.

Наиболѣе дѣйствительная палліативная помощь достигается выдѣленіемъ содержимаго кисты.

Этимъ мы вступаемъ уже въ область оперативнаго леченія ¹⁾, которое предпринимается, какъ съ цѣлью палліативнаго облегченія, такъ и радикальнаго излеченія. Мы рассмотримъ сначала доступныя при опухоляхъ яичниковъ оперативныя пособія, за исключеніемъ овариотоміи, при чемъ сперва изложимъ технику операций, а затѣмъ сравнимъ значеніе и показанія каждой изъ нихъ отдѣльно.

Проколъ. Для прокола яичниковой кисты нужно брать троакаръ, который предохранялъ бы отъ вхожденія воздуха, такъ какъ воздухъ, легко проникающій чрезъ простой троакаръ къ концу операціи, можетъ вызвать нагноеніе кисты. Этой цѣли вполне удовлетворяетъ троакаръ Томпсона ²⁾, представленный на фиг. 110.



Фиг. 110.

Троакаръ Томпсона.

При проколѣ чрезъ брюшныя покровы, нужно предварительно опорожнить мочевой пузырь катетеромъ и наклонить больную слегка на бокъ. Операція въ сидячемъ положеніи не только не представляетъ лучшихъ удобствъ, но можетъ даже легко произвести обморокъ.

Мѣстомъ для прокола обыкновенно выбираютъ бѣлую линію, такъ какъ это самое тонкое мѣсто на животѣ и притомъ здѣсь легко избѣгнуть кровотеченій. Если по бѣлой линіи зыбленіе не ясно, то выбираютъ другое мѣсто, гдѣ зыбленіе болѣе замѣтно. Значительныхъ кровотеченій избѣгнуть всегда возможно, такъ какъ крупныя вены кожи прямо видны, а въ сколько-нибудь значительныхъ артеріяхъ замѣчается пульсація. Выстукавъ еще разъ хорошенько животъ, чтобы удостовѣриться, что подъ брюшной стѣнкой нѣтъ кишокъ, энергично вонзаютъ троакаръ.

¹⁾ Фокъ, Mon. f. Geb., т. 7, стр. 332.

²⁾ Med. Times, 27 марта 1858.

Такъ какъ верхушка его всего труднѣе проходить чрезъ кожу, то полезно на мѣстѣ укола сдѣлать сначала надрѣзъ ланцетомъ.

По извлеченіи стилета, содержимое кисты стекаетъ по каучуковой трубкѣ томпсоновскаго троакара въ подставленный сосудъ. Когда большая часть содержимаго выдѣлится, конецъ трубки необходимо погрузить въ жидкость, чтобы предотвратить вхожденіе воздуха въ кисту, при глубокомъ выдыханіи. Для полного опорожненія кисты, нужно подъ конецъ стянуть животъ и затѣмъ, когда истеченіе прекратится окончательно, вынимаютъ троакаръ. Рану кожи стягиваютъ кускомъ липкаго пластыря, на подобіе мальтійскаго креста.

Проколъ чрезъ влагалище производятъ, въ видѣ простаго прокола, только въ исключительныхъ случаяхъ, а именно когда опухоль наиболѣе доступна съ этой стороны, какъ, напр., при небольшихъ кистахъ, плотно сидящихъ въ дуглассовомъ пространствѣ. При этомъ вкалываютъ троакаръ въ наиболѣе вдающуюся во влагалище часть опухоли и выпускаютъ ее содержимое.

Проколъ чрезъ прямую кишку справедливо оставленъ теперь, такъ какъ онъ не представляетъ никакихъ преимуществъ и только способствуетъ вхожденію кишечныхъ газовъ въ опорожненную опухоль.

Проколъ съ послѣдовательнымъ дренажемъ тоже можетъ быть произведенъ, какъ сквозь брюшные покровы, такъ и чрезъ влагалище. Операция производится точно такимъ же образомъ, какъ и простой проколъ, только въ этомъ случаѣ можно взять обыкновенный троакаръ и, по выдѣленіи содержимаго кисты, вводятъ чрезъ канюлю троакара эластическій катетеръ или дренажную каучуковую трубку, которую и оставляютъ въ отверстіи. Отдѣлимое, скопляющееся съизнова въ кистѣ, стекаетъ постоянно чрезъ трубку, и если оно начинаетъ разлагаться, то можно промывать кисту.

Нѣсколько болѣе сложный способъ предложенъ *Неператомъ*¹⁾, подъ именемъ *ovariocentesis vaginalis*. Онъ вводитъ зеркало *Симса* и прорѣзываетъ влагалище и брюшину до кисты и, когда стѣнка послѣдней покажется въ ранѣ, прокалываетъ ее, расширяетъ отверстіе прокола и сшиваетъ отверстіе влагалища съ отверстіемъ кисты.

Проколъ можно соединить съ послѣдовательнымъ впрыскиваніемъ іода или другихъ раздражающихъ жидкостей, съ цѣлью вызвать воспаленіе или зарощеніе кисты. При этомъ способѣ сначала дѣлаютъ обыкновенный проколъ и затѣмъ впрыскиваютъ внутрь кисты избранную жидкость, или непосредственно чрезъ канюлю троакара, или чрезъ вставленный въ нее эластическій катетеръ. Жидкость оставляютъ на 5—10 минутъ въ кистѣ, стараясь осторожнымъ разминаніемъ опухоли и измененіемъ положенія больной привести ее въ соприкосновеніе со всѣми

¹⁾ Amer. J. of Obst., II, стр. 1.

частями кистой стѣнки; послѣ этого ее выпускають, или высасываютъ изъ кисты помощью шприца или аспиратора. Наконецъ, вынимають и трубочку троакара, хотя нѣкоторые совѣтуютъ не удалять ее и повторять впрыскиваніе.

Для впрыскиванія употребляютъ различные іодовые растворы, предложенные для впрыскиванія и въ другія кисты. *Буанэ*, первый употреблявшій этотъ способъ въ довольно широкихъ размѣрахъ ¹⁾, впрыскиваетъ іодную настойку и воду апа 100,0 [3jv] и іодистый калий 4,0 [3j].

Въ виду того факта, что послѣ разрыва кисты, съ изліяніемъ ея содержимаго въ брюшную полость, можетъ послѣдовать радикальное излеченіе, сдѣланы были попытки воспроизводить это явленіе искусственно, установивъ постоянное сообщеніе между кистой и брюшною полостью.

Симсонъ прокалывалъ съ этою цѣлью кисту четырехграннымъ троакаромъ, чтобы образующееся такимъ образомъ отверстіе не могло снова закрыться. *Бэкеръ Броунъ* поступалъ еще смѣлѣе, а именно дѣлалъ разрѣзы въ брюшныхъ покровахъ, прокалывалъ кисту и, извлекши ее въ рану, вырѣзывалъ изъ нея кусокъ и затѣмъ обратно вправлялъ ее въ брюшную полость.

Изъ всѣхъ этихъ способовъ наиболѣе безопасный—простой проколъ, особенно если будутъ приняты мѣры къ прегражденію доступа воздуха. Конечно, онъ почти всегда приноситъ только палліативную помощь, такъ какъ опорожненная киста обыкновенно вновь наполняется, то очень быстро, то чрезвычайно постепенно. Такъ какъ бѣлковыя соединенія содержимаго кисты извлекаются изъ организма, то это вторичное наполненіе кисты въ высшей степени истощаетъ больныхъ, такъ что при быстромъ наполненіи и многократныхъ, слѣдующихъ другъ за другомъ въ короткіе промежутки, проколахъ силы организма могутъ быть подорваны въ конецъ. Эти вредныя послѣдствія простого прокола всегда нужно брать въ расчетъ; но тѣмъ не менѣе, не говоря уже о ея діагностическомъ значеніи, въ силу котораго ее часто предпосылають оваріотоміи, эта операція часто бываетъ необходима, какъ палліативная мѣра. Мы можемъ производить ее съ спокойной совѣстью, такъ какъ, во-первыхъ, по наблюденіямъ *Спенсеръ Уэльса*, предварительный проколъ нисколько не ухудшаетъ шансовъ оваріотоміи и, во-вторыхъ, проколъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ оканчивается смертью и притомъ эти несчастные случаи уравниваются другими, въ которыхъ послѣ простого прокола наступало излеченіе. Сморщиванія кисты скорѣе всего можно ожидать при ретенціонныхъ кистахъ граафова пузыря.

¹⁾ Bull. de thérap., авг. 1852, и Gaz. hebdom., 1856, № 47.

Случай радикальнаго излеченія послѣ простаго прокола наблюдали *Томанъ* ¹⁾, *Созуттама* ²⁾, *Спенсеръ Уэльсъ* ³⁾ и *Хробакъ* ⁴⁾. Упадокъ силъ и смерть послѣ прокола наблюдали *Тельфордъ* ⁵⁾, а смерть отъ истощенія — *Борисъ* ⁶⁾. Чаще всего причиною смерти было прониканіе воздуха въ кисту съ послѣдовательнымъ нагноеніемъ.

Сдѣланы были попытки предотвратить новое наполненіе кисты посредствомъ методическаго сдавливанія живота. Особенно горячо рекомендовалъ этотъ способъ *Бэкеръ Броунъ*, но даже при очень сильномъ методическомъ и продолжительномъ прижатіи, которое хлопотливо, обременительно и болѣзненно для больныхъ, результаты на столько ненадежны, что этотъ способъ всеми оставленъ.

Точно также оставленъ и проколъ съ послѣдовательнымъ дренажемъ со стороны брюшныхъ стѣнокъ, такъ какъ гнойное и ихорозное отдѣленіе сообщающейся съ воздухомъ внутренней стѣнки кисты не можетъ быть совершенно удалено изъ мѣшка. Опрятное содержаніе кисты требуетъ чрезвычайно утомительнаго и долгаго леченія и при всемъ томъ можно постоянно опасаться, что воспаленіе кистой стѣнки перейдетъ на брюшину, или что разложившееся содержимое кисты вызоветъ всеобщее зараженіе. Этотъ способъ можетъ быть допущенъ только въ томъ случаѣ, когда киста подверглась нагноенію, оваріотомія почему либо неосуществима, а проколъ чрезъ влагалище невозможенъ.

Гораздо меньше опасеній вызываетъ проколъ съ послѣдовательнымъ дренажемъ, производимый чрезъ влагалище, такъ какъ въ этомъ случаѣ отверстіе закладывается въ самой нижней части кисты, чѣмъ предотвращается возможность застаиванія ихорознаго отдѣленія. Но такъ какъ крупныя кисты яичника обыкновенно помѣщаются на такой высотѣ, что къ нимъ трудно добраться чрезъ влагалище, то этотъ способъ удобенъ только въ особенно благоприятныхъ случаяхъ и главнымъ образомъ тамъ, гдѣ киста закрѣплена въ дуглассовомъ пространствѣ. За то въ подобныхъ случаяхъ этотъ способъ драгоцененъ уже потому, что именно сращенія въ маломъ тазу составляютъ прямое противопоказаніе для оваріотоміи. Излеченіе послѣ прокола чрезъ влагалище наблюдали *Генкель* ⁷⁾, *Швабе* ⁸⁾, *Кивинъ* ⁹⁾, *Шнеттеръ* ¹⁰⁾, *Кормисъ* ¹¹⁾ и *Тилло* ¹²⁾.

1) Wiener med. Presse, 1868, № 29.

2) Lancet, 30 окт. 1868.

3) l. c., стр. 271.

4) Wiener med. Presse, 1872, № 42.

5) Dublin J. of med. sc., май 1866, стр. 453.

6) Philadelphia med. report, № 15, 1871.

7) Med. chir. Ann. 7. Samml. Berlin, 1760, стр. 26.

8) Hufeland's Journ. f. prakt. Heilk., дек. 1841, стр. 89.

9) Prager Viertelj., т. X, стр. 90.

10) Verh. d. Würzb. phys. med. Ges., 1854, т. V, вып. 1.

11) Philadelphia. med. a. surg. Rep., 16 янв. 1869.

12) Gaz. hebdom., 21 марта 1875.

Проколъ съ впрыскиваніемъ іода, не смотря на хорошіе результаты, достигнутые *Г. Брауномъ* ¹⁾, долженъ быть оставленъ уже потому, что онъ не безопасенъ, даетъ очень невѣрные шансы на излеченіе и рациональнымъ образомъ можетъ быть примѣненъ только въ рѣдкихъ случаяхъ. Такъ какъ іодовая смѣсь впрыскивается только въ одну кисту, вслѣдствіе чего, даже въ случаѣ успѣха, вызываетъ запусѣніе только этой одной кисты, то радикальнаго излеченія можно ожидать лишь при однополостныхъ опухоляхъ, которыя весьма рѣдки и при которыхъ къ тому же и простой проколъ производитъ иногда сморщиваніе кисты, да и сама овариотомія представляетъ хорошіе шансы. Къ этому надо прибавить еще, что само впрыскиваніе іода влечетъ за собою немаловажныя опасности, состоящія въ отравленіи іодомъ (когда послѣдній оставляетъ въ мѣшкѣ умышленно или потому, что его не удалось выпустить), воспаленіи кисты съ начоеніемъ или послѣдовательнымъ перитонитомъ, прониканіи іода изъ проколотой кисты въ брюшную полость и происходящемъ оттого воспаленіи брюшины. Въ виду всего этого при однополостныхъ опухоляхъ, вообще говоря, предпочтенія заслуживаетъ простой проколъ, какъ болѣе безопасная операція, и, если послѣдній не ведетъ къ запусѣнію кисты, то лучше прибѣгнуть къ овариотоміи, какъ къ болѣе вѣрному и едва ли болѣе опасному способу. При многополостныхъ же кистахъ, описываемый способъ долженъ быть совершенно оставленъ, или примѣненъ лишь въ совершенно исключительныхъ случаяхъ, когда больныя не соглашаются на овариотомію.

Образованіе сообщенія между кистой и брюшной полостью справедливо встрѣтило неодобрительный пріемъ, такъ какъ этотъ способъ рѣшительно не безопасенъ, а шансы на излеченіе онъ даетъ въ высшей степени невѣрные.

Остается еще упомянуть объ одной операціи, впервые предложенной и выполненной въ 1737 г. *Ле-Драномъ* ²⁾, а именно о разрѣзѣ сквозь брюшные покровы и стѣнку кисты и сшиваніи раны кисты съ раной брюшныхъ покрововъ. Этимъ способомъ образуется большая, открытая рана, ведущая въ полость кисты. Такъ какъ эта операція влечетъ за собою гораздо большія опасности, чѣмъ овариотомія, то къ ней можно прибѣгнуть только въ тѣхъ случаяхъ, когда начатая овариотомія почему нибудь не могла быть окончена.

Какихъ успѣховъ можно ожидать отъ электролиза, покажетъ будущее. Весьма поразителенъ, однакоже, случай излеченія, описанный *Фибромъ* ³⁾ и подтвержденный *К. Брауномъ*.

Въ послѣднія десятилѣтія преобладающее значеніе въ дѣлѣ радикальнаго излеченія кистъ яичниковъ приобрѣла овариотомія.

¹⁾ *Фюрстъ*, Wien. med. Pr., 1869, № 18—23.

²⁾ *Mém. de l'acad. de chir.*, т. II, стр. 431.

³⁾ *Wien. med. Pr.*, 1871, № 15.

Овариотомія.

Крози уже упомянутой литературы, см. еще: *Лизарсъ*, Observ. on extraction of diseased ovaria. Edinburgh, 1825. Нѣм. пер. Weimar, 1826. — *Клей*, Cases of the perit. section for the exst. of dis. ov. London, 1842. — *Симонъ*, Scanzoni's Beitr. z. Geb., т. III, стр. 99. — *Дюмуа*, Die Ovariотomie in England, Deutschland und Frankreich. Würzburg, 1864. — *Кёберля*, Sur le traitement des kystes de l'ovaire par l'ovariотomie. Paris, 1865. — *Спенсеръ Уэльсъ*, Diseases of the ovaries, т. I. London, 1865. Нѣм. пер. *Кюленмейстера*. Leipzig, 1866. — *Красовскій*, De l'ovariотomie. St.-Petersbourg, 1868. — *Грейзеръ*, Die Ovariотomie in Deutschland. Leipzig, 1870.

Исторія.

Овариотомія, то-есть удаление перерожденнаго въ опухоль яичника, не имѣеть ничего общаго съ вырѣзываніемъ нормальныхъ яичниковъ, которое производится у животныхъ съ цѣлью утучненія и иногда произведено было и надъ женщинами. Такъ, лидійскіе цари держали въ своихъ гаремахъ женскихъ эвнуховъ, а про Гигеса рассказываютъ, что онъ приказывалъ кастрировать своихъ наложницъ съ цѣлью сохранить ихъ прелести. Изъ повѣйшаго времени существуетъ рассказъ о венгерскомъ свинопасѣ, который для обузданія чрезмѣрной похотливости своей дочери кастрировалъ ее точно такимъ же способомъ, какъ онъ это дѣлалъ со своими свиньями.

Предложенія вырѣзывать перерожденные въ опухоли яичники посредствомъ лапаротоміи дѣлались уже въ концѣ XVII столѣтія. Однакоже, въ первый разъ эта операція произведена была *Эфраимомъ Мк. Довелемъ* въ Кентуки только въ декабрѣ 1809 г. у нѣкоей г-жи Кравфортъ. Овариотомія окончилась благополучно и оперированная умерла лишь въ 1841 году, 70 лѣтъ отъ роду. Въ общемъ *Мк. Довель* произвелъ эту операцію 13 разъ, въ томъ числѣ 8 разъ съ несомнѣннымъ успѣхомъ.

Мк. Довель безспорно принадлежитъ та заслуга, что онъ первый произвелъ овариотомію съ заранѣе обдуманной цѣлью радикальнаго излеченія опухоли яичника, хотя въ литературѣ можно насчитать нѣсколько болѣе старыхъ примѣровъ случайныхъ овариотомій.

Такъ, напримѣръ, *Киркландъ* рассказываетъ въ сочиненіи, вышедшемъ въ Лондонѣ въ 1786 г., что, сдѣлавъ проколъ у женщины, по причинѣ брюшной водянки, ему удалось извлечь выпавшую чрезъ незакрывавшееся отверстіе кисту и тѣмъ излечить больную. Менѣе всего избрѣтателемъ овариотоміи можетъ считаться *Домонъ* изъ Руана, такъ какъ произведенная имъ въ 1776 г. операція относилась къ тазовому гноевику у родильницы, при вскрытіи котораго онъ, повидимому, отрѣзалъ и удалил здоровый яичникъ и бахромчатый конецъ фаллопиевой трубы.

Примѣръ *Мк. Довеля* очень туго пріобрѣталъ себѣ подражателей, такъ какъ страхъ предъ вскрытіемъ и поврежденіемъ брюшной полости былъ

до того глубоко укорененъ, что даже самыя смѣлые хирурги, какъ *Диффенбагъ* и другіе, осудили эту операцію какъ непростительную дерзость. Въ Америкѣ ее стали производить *Натанъ Смитъ* въ 1822 г., за нимъ *Атли*, *Пизли*, *Симсъ*, *Стореръ* и др. Въ Англіи и Шотландіи *Лизарсъ* въ 1825 г., *Гренвилъ* въ 1827 г., потомъ въ особенности *Клей*, *Бэкеръ Броунъ*, *Спенсеръ Уэльсъ*, *Тайлеръ Смитъ* и др. Въ Германіи *Хрисмаръ* (1819) въ Исни (Вюртембергъ) первый произвелъ эту операцію въ 3 случаяхъ (разъ съ успѣхомъ); за нимъ слѣдовали *Квиттенбаумъ*, *Диффенбагъ*, *Бюринъ*, *Ланненбекъ*, *Мартинъ*, *Штиллинъ*, *Нуссбаумъ*, *Биллротъ*, *Штиельбергъ*, *Фейтъ* и др.

Во Франціи овариотомія, за исключеніемъ нѣсколькихъ единичныхъ случаевъ, собственно говоря, началась не ранѣе 1862 г., когда за нее взялся *Кэберле* и *Нелатонъ* отправился въ Англію, чтобы ознакомиться съ этой операціей на мѣстѣ. Кромѣ нихъ овариотомія неоднократно произведена была *Пэаномъ* и притомъ весьма успѣшно.

По массѣ успѣшно произведенныхъ операцій, овариотомія можетъ считаться теперь прочнымъ пріобрѣтеніемъ хирургіи. Выполненная на основаніи точныхъ показаній и по правиламъ установленной опытомъ техники, она хотя и принадлежитъ къ самымъ потрясающимъ хирургическимъ пріемамъ, но за-то радикально излечиваетъ болѣзнь, безъ нея неизлечимую, и вмѣстѣ съ тѣмъ даетъ лучшее предсказаніе, чѣмъ большинство другихъ большихъ хирургическихъ операцій.

Прежде, чѣмъ перейти къ описанію техническихъ пріемовъ овариотоміи, необходимо точно установить ея показанія. Овариотомія всегда представляетъ опасную для жизни операцію, и потому на нее можно рѣшиться только въ томъ случаѣ, когда опухоль причиняетъ сильныя, невыносимыя страданія. Послѣднія почти исключительно обусловливаются величиною опухоли. Только въ очень рѣдкихъ случаяхъ, а именно когда опухоль плотно приращена въ маломъ тазу, она уже рано сопровождается жестокими и опасными явленіями. Но дѣло въ томъ, что именно въ этихъ-то случаяхъ, вслѣдствіе сращеній въ маломъ тазу, овариотомія прямо противопоказана, и на сцену является проколъ влагалища съ послѣдовательнымъ дренажемъ. Такимъ образомъ овариотомію приходится предпринять почти исключительно при довольно крупныхъ опухоляхъ; но за-то въ подобныхъ случаяхъ, если опухоль продолжаетъ расти, вызывая своимъ объемомъ значительныя разстройства, нужно прямо приступить къ овариотоміи, если, разумѣется, нѣтъ какихъ нибудь особенныхъ противопоказаній. Ей можно предпослать безъ вреда простой проколъ, который во многихъ случаяхъ необходимъ уже для діагностическихъ цѣлей; всѣ же другіе способы леченія лучше всего оставить.

Подобные случаи составляютъ прямое показаніе для овариотоміи, такъ какъ иного спасенія для больныхъ нѣтъ; при этомъ не слѣдуетъ слишкомъ долго откладывать операцію, потому что съ увеличеніемъ опухоли

быстро падаютъ силы больной и вмѣстѣ съ ними уменьшаются и шансы на успѣхъ операціи.

Противопоказана же операція вообще при страданіяхъ другихъ важныхъ органовъ, уже сами по себѣ сопряженныхъ съ опасностью для жизни; далѣе, она противопоказуется при раковомъ перерожденіи яичника, такъ какъ правильное распознаваніе послѣдняго возможно только въ то время, когда раковое перерожденіе распространилось уже далеко, а въ такомъ случаѣ нечего и думать о радикальномъ удаленіи опухоли.

Въ практическомъ отношеніи самымъ главнымъ противопоказаніемъ являются срощенія въ маломъ тазу. Если они занимаютъ значительное протяженіе, то ихъ нельзя отдѣлить безъ большихъ раненій, а именно трудно избѣгнуть сильныхъ кровотеченій, пораненія прямой кишки, мочевого пузыря, мочеточника. При подобныхъ условіяхъ овариотомія тѣмъ болѣе излишня, что при срощеніяхъ въ маломъ тазу образованіе постоянного отверстія въ сторону влагалища составляетъ довольно безопасную операцію.

Но если разлитыя срощенія въ маломъ тазу являются роковымъ осложненіемъ при овариотоміи, то срощенія въ верхней части брюшной полости съ сальникомъ и брюшиной отнюдь не составляютъ противопоказанія и, по мнѣнію *Спенсера Уэльса*, нисколько не ухудшаютъ шансовъ операціи.

Въ числѣ противопоказаній приводятъ еще нагноеніе кисты и вызванный опухолью перитонитъ. Но это совершенно несправедливо; напротивъ того, при нихъ-то и показуется овариотомія.

Воспаленіе и нагноеніе внутренней стѣнки кисты составляетъ по своимъ послѣдствіямъ такую опасность для жизни, что является настоятельная необходимость удалить причину этой опасности — всю гноящуюся кисту. И опытъ показалъ, что даже въ самыхъ злокачественныхъ случаяхъ нагноенія кисты, у чуть-ли не умирающихъ больныхъ, удавалось достигнуть радикальнаго излеченія съ помощью операціи. Казуистика овариотоміи при этихъ условіяхъ представляетъ большой интересъ: *Фейтъ* ¹⁾ оперировалъ неудачно, *Кейтъ* ²⁾ съ успѣхомъ, *Фрейндъ* ³⁾ съ успѣхомъ произвелъ операцію въ двухъ случаяхъ, при чемъ въ первомъ изъ нихъ существовалъ перитонитъ. *Приджинъ Тиле* ⁴⁾ сдѣлалъ проколъ аспираторомъ, послѣ чего появилось нагноеніе съ развитіемъ газовъ и, не смотря на то, что овариотомія произведена была надъ отчасти уже омертвѣлой кистой — больная выздоровѣла. Точно также и въ случаѣ *Гольмса* ⁵⁾ послѣ прокола послѣдовало нагноеніе кисты. Однакоже, операція окон-

1) *Шредеръ*, Berl. klin. W., 1867, № 40, I.

2) *Lancet*, 8 іюля 1865.

3) Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn., т. II, вып. 1, стр. 50.

4) Brit. a. for. med. chir. Review, апр. 1874, стр. 504.

5) *Medico-chir. Tr.*, т. LV, London, 1872.

чилась благополучно, не смотря на сращенія въ тазу. *Джонъ Клей* ¹⁾ достигъ съ помощью оваріотоміи излеченія такой больной, которая была уже близка къ смерти, вслѣдствіе воспаленія кисты послѣ прокола.

Столь же мало можетъ считаться противопоказаніемъ воспаленіе брюшины; напротивъ того, есть даже основаніе предполагать, что такъ какъ это воспаленіе обуславливается опухолью яичника, то самое правильное леченіе въ подобныхъ случаяхъ будетъ удаленіе причины, то есть вырѣзываніе опухоли. Въ виду громадной опасности перитонита, оваріотомія часто является здѣсь спасительной операцией. Самое предсказаніе въ этихъ случаяхъ не особенно неблагоприятно.

Воспаленіе брюшины чаще всего происходитъ вслѣдствіе разрыва опухоли яичника. Изъ 24 случаевъ, оперированныхъ *Спенсеръ Уэльсомъ* ²⁾ при перитонитѣ, въ 9 послѣдовало выздоровленіе. *Бюте* ³⁾ и *Тиббингъ* ⁴⁾ оперировали при перитонитѣ неудачно, *Траси* ⁵⁾ съ счастливымъ исходомъ.

Я самъ два раза произвелъ оваріотомію при перитонитѣ. Оба случая представляютъ такъ много интереснаго, что я рѣшаюсь привести ихъ здѣсь вкратцѣ.

Дѣвица 40 лѣтъ поступила въ лечебницу въ качествѣ беременной на сносяхъ и разрѣшеніе ожидалось чрезъ 4 недѣли. Она уже родила разъ за 16 лѣтъ предъ тѣмъ и въ послѣдніи 7 лѣтъ, послѣ того какъ у нея былъ тифъ, страдала неправильными мѣсячными. При изслѣдованіи животъ былъ такъ великъ, какъ въ концѣ беременности, но вмѣстѣ съ тѣмъ ясно оказалось, что существуетъ опухоль яичника, лежащая впереди небеременной матки. Опухоль была эластична, но не давала зыбленія. По всей передней поверхности опухоли ощущалась крепитация, а при выслушиваніи замѣчался ясный шумъ тренія. Въ теченіи слѣдующихъ 10 дней крепитация и шумъ тренія мало по малу исчезли и показались признаки полустраго воспаленія брюшины (чувствительность живота, свободный выпотъ и лихорадка).

Оваріотомія произведена по способу *Листера*. При этомъ оказалось, что спереди опухоли на всемъ своемъ протяженіи была сслесена съ передней поверхностью живота, однакоже, такъ легко, что отдѣлялась отъ простаго проведенія рукою. Гиперемированная и мѣстами покрытая крововизліилями поверхность опухоли, равно какъ ярео налитыя и воспаленныя кишечныя петли вмѣстѣ съ обильнымъ выпотомъ свидѣтельствовали о значительной силѣ воспаленія. Послѣ прокола опухоли *Фейтовскимъ* троакаромъ не вытекло ни одной капли жидкости и оказалось, что это была совершенно плотная желѣзистая опухоль безъ образованія значительныхъ кистовыхъ полостей. Однакоже, внутренніе слои, намоинавшіе фибринозные осадки, были такъ дряблы, что ихъ можно было удалить отчасти рукою и тѣмъ нѣсколько уменьшить опухоль.

Въ первые дни послѣ операции замѣчались еще признаки раздраженія брюшины, но, начиная съ пятого дня, вздутость живота стала опадать и выздоровленіе пошло безпреставственно.

Въ діагностическомъ отношеніи этотъ случай интересенъ тѣмъ, что шумъ тренія доказывалъ образованіе склеекъ, а исчезаніе этого шума послужило побужденіемъ къ немедленному производству оваріотоміи, указывая на полное, хотя и легкое сращеніе.

Второй случай относился къ женщинѣ 36 лѣтъ, родившей одинъ разъ и у которой 5 разъ произведенъ былъ проколъ по причинѣ брюшной водянки. При шестомъ проколѣ,

1) Lancet, 7 сентября 1872.

2) l. c., стр. 79.

3) Nederl. Tijdschr. voor Geneesk., 1871, Afd. I, № 453. }

4) Med. Times, 28 марта 1874.

5) Brit. med. J., 1872, т. II, стр. 454.

произведенномъ въ моемъ присутствіи, выдѣлилась буроватая, тягучая жидкость, похожая на обыкновенное содержимое коллоидныхъ кистъ. По изслѣдованіямъ *Горюна*, она буроватого цвѣта, тянется въ нити и довольно сильно флуоресцируетъ. Реакція ея щелочная, уд. вѣсъ 1023, изъ бѣлковыхъ веществъ она содержитъ немного щелочного альбумината, паральбуминъ (мало) и много сыворотчяго бѣлка.

Послѣ прокола, въ животѣ, еще сильно раздутымъ, прощупывалась многополостная оухолю яичника, по величинѣ равная маткѣ въ послѣдніе мѣсяцы беременности. При изслѣдованіи чрезъ влагалище матка оказалась оттянутой сильно вверхъ и весь влагалищный сводъ былъ равномерно выполненъ чувствительными, твердыми массами.

На основаніи этого изслѣдованія и выдѣленной при проколѣ жидкости, я поставилъ діагнозъ на многополостную кистому яичника, наибольшая полость которой опоражнивалась каждый разъ при проколѣ.

Вначалѣ я не рѣшался на овариотомію въ виду большого стараго плевроитического выпота, сжимавшаго все лѣвое легкое, равно какъ опредѣленныхъ при діагнозѣ значительныхъ сращеній въ маломъ тазу; но въслѣдствіи долженъ былъ уступить настоятельнымъ просьбамъ больной.

При этомъ оказалось, что выдѣлявшаяся при проколахъ жидкость дѣйствительно принадлежала брюшной полости. Только брюшина была измѣнена совершенно особеннымъ образомъ, очень напоминавшимъ описанную *Фридрихомъ* ¹⁾ и *Ваймлеромъ* ²⁾ форму хроническаго перитонита, которая тоже развилась послѣ многократныхъ проколовъ по причинѣ брюшной водянки. Паріетальный листокъ брюшины былъ превращенъ въ твердый, толщиной въ 1 смт., слой въслѣдствіе отложенія бѣловатыхъ фибриновыхъ, мѣстами также разсмычатыхъ бугорчатковыхъ массъ. Фибринные свертки свободно плавали въ жидкости брюшной полости и массами осѣдали въ маломъ тазу. Сальникъ темнубураго цвѣта и пронизанъ утолщенными пульсирующими сосудами; кишечный каналъ бурокраснаго цвѣта и съ легкимъ налетомъ. По удаленіи опухоли, брюшная полость была нѣсколько разъ промыта очень слабымъ растворомъ карболовой кислоты и фибриновые клочки по возможности удалены. Послѣ этого сдѣланъ проколъ дугласова пространства и брюшная рана зашита. Послѣдняя, по причинѣ толстой и неподатливой брюшины, тянулась въ видѣ твердаго гребня отъ лоннаго сращенія до пупка.

Послѣ операціи общее состояніе хорошо, пульсъ 76, но уже на третій день началось худшеніе, рана раскрылась въ верхней части и изъ нея выдѣляется жидкое, зловонное отдѣленіе; на 8 день больная умерла.

При вскрытіи плевроитическій экссудатъ на лѣвой сторонѣ оказался обезцвѣченнымъ, зловоннымъ и распавшимся. Въ брюшной полости тоже оказалось довольно много жидкаго гноя съ нѣсколько дурнымъ запахомъ. Весь паріетальный листокъ брюшины утолщенъ, въслѣдствіе хронически воспалительныхъ процессовъ и фибриновыхъ отложеній, отчасти, однако, уже отпавшихъ. Всѣ органы брюшной полости, особенно печень и селезенка, также покрыты толстой, мозолистой брюшиной.

Въ діагностическомъ отношеніи этотъ случай интересенъ тѣмъ, что брюшинная жидкость представляла большое сходство съ содержимымъ кисты и что, благодаря толстымъ фибриновымъ массамъ, опустившимся въ малый тазъ, удалось распознать обширныя сращенія въ послѣднемъ.

Овариотоміей удается спасти жизнь больныхъ и въ тѣхъ случаяхъ, когда киста внезапно увеличивается въслѣдствіе кровотеченій и наступаютъ острые явленія малокровія и перитонита. *Спенсеръ Уэльсъ* ³⁾, два раза собиравшійся оперировать при подобныхъ условіяхъ, не успѣвалъ

1) Virchow's Archiv, т. 58, стр. 35.

2) е. I., т. 59, стр. 156.

3) I. с., стр. 264.

въ своемъ намѣреніи, явившись слишкомъ поздно, когда больныя уже умирали; Ультширу ¹⁾ же удалось спасти свою больную оваріотоміей.

Осложненіе перитонитомъ распознается по обыкновеннымъ правиламъ, особенно по чувствительности живота, возвышенной температурѣ и постепенно накапливающемуся выпоту въ брюшной полости.

Чувствительность встрѣчается также и при гноящихся кистахъ, но тогда она ограничивается только самой кистой. Пульсъ ускоренъ и малъ, температура показываетъ вечернія ожесточенія. При этомъ киста быстро растетъ, а вслѣдствіе увеличеннаго напряженія представляется довольно твердой на ощупь. Быстрое исхуданіе больныхъ тоже составляетъ признакъ, который не можетъ не обратить на себя вниманія.

Сращенія, вообще говоря, распознаются весьма трудно. Легче другихъ опредѣляются сращенія въ маломъ тазу, которыя вмѣстѣ съ тѣмъ имѣютъ наибольшую практическую важность. Если тазовой входъ представляется равномерно выполненнымъ твердыми массами, плотно примыкающими къ боковой стѣнкѣ таза и тѣсно связанными съ маткой, которая вслѣдствіе этого дѣлается неподвижной, то можно принять значительныя сращенія съ маткой и сосѣдними съ ней органами. Равнымъ образомъ, очень высокое положеніе матки и значительное удлиненіе ея полости тоже указываютъ на сращеніе ея съ опухолью, такъ какъ ножка послѣдней обыкновенно имѣетъ такую длину, что матка остается на нормальномъ мѣстѣ. Не смотря, однакоже, на это сращеніе, мы не имѣемъ никакихъ причинъ отказываться отъ оваріотоміи, если только матка подвижна и тазовой входъ не выполненъ плотными экссудатами.

Съ другой стороны, если матка лежитъ низко, легко подвижна, нормальной длины, и притомъ если въ тазовомъ входѣ прощупывается лишь нижній отрѣзокъ опухоли, то можно исключить плотныя сращенія въ маломъ тазу. Сказанными моментами опредѣляется также и длина ножки, а именно при послѣдне упомянутыхъ условіяхъ она длинна, при другихъ коротка.

Сращенія въ самой полости живота опредѣляются труднѣе, но зато они и менѣе важны. При расчетѣ о томъ, встрѣтятся ли при операциіи сращенія или нѣтъ, прежде всего надо брать во вниманіе анамнезъ. Если опухоль образовалась медленно и незамѣтно, безъ воспалительныхъ явленій, и если при дальнѣйшемъ ростѣ она исподоволь подымалась въ большой тазъ, то даже при крупныхъ опухоляхъ могутъ не оказаться сращенія; напротивъ того, если въ теченіи болѣзни существовали явные признаки раздраженія брюшины, то нужно быть готовымъ встрѣтить сращенія.

Ощупываніе живота тоже помогаетъ діагнозу, такъ какъ при отсутствіи сращеній съ передней брюшной стѣнкой, брюшныя покровы могутъ быть смѣщены надъ опухолью. Но при очень значительномъ напряженіи

¹⁾ Pathol. Pr. of London, т. XIX, стр. 295.

живота этотъ признакъ можетъ быть выраженъ неясно, а для сращеній съ задней стѣнкой онъ вообще не имѣетъ никакого значенія. Если при ощупываніи замѣчается крениція, или при выслушиваніи получается шумъ тренія, то можно навѣрное исключить существованіе плотныхъ сращеній; но вмѣстѣ съ тѣмъ, какъ показываетъ первый изъ сообщенныхъ мною случаевъ, эти признаки указываютъ на то, что сращенія образуются.

Производство операціи.

Прежде, чѣмъ приступить къ самой операціи, необходимо обдуманно и рационально устроить всѣ нужныя приготовленія.

Прежде всего операція должна быть произведена въ здоровой мѣстности, лучше всего въ частномъ домѣ, или, по крайней мѣрѣ, въ маленькой больницѣ, гдѣ нѣтъ заразныхъ болѣзней. Комната должна быть просторная, свѣтлая, хорошо провѣтриваемая и не загроможденная излишней мебелью. Постель надо устроить какъ можно проще; самое удобное—железная кровать съ волосянымъ матрацомъ и нѣсколькими подушками. Весьма полезно поставить рядомъ двѣ одинаковыя кровати, чтобы можно было безъ особенныхъ хлопотъ переложить оперированную.

Большую помощь составляетъ расторопная, заботливая, самоотверженная сидѣлка, умѣющая измѣрять температуру и вставлять катетеръ.

Сама больная, если она раньше не привыкла къ комнатной жизни, должна быть приучена за нѣсколько недѣль до операціи къ предстоящей ей новой обстановкѣ. *Спенсеръ Уэльсъ* настоятельно совѣтуетъ у больныхъ, которыя раньше мало мочились, приступать къ операціи не ранѣе, какъ послѣ достиженія обильнаго мочеотдѣленія посредствомъ препаратовъ литія.

Для опредѣленія индивидуальныхъ уклоненій въ температурѣ и пульсѣ больной, не мѣшаетъ за нѣсколько дней до операціи производить правильныя измѣренія утромъ и вечеромъ.

Комната, въ которой производится операція, должна быть теплая, но не жаркая; насыщеніе же ея водяными парами, которымъ англичане придавали прежде большое значеніе, *Спенсеръ Уэльсъ* считаетъ излишнимъ.

Операціонный столъ, который ставится противъ окна, чтобы стоящій сбоку его операторъ могъ пользоваться полнымъ освѣщеніемъ, не долженъ быть слишкомъ широкъ, такъ какъ на широкомъ столѣ весьма неловко оперировать. На столъ кладутъ матрацъ, на которомъ и захлопороформировываютъ больную.

Какъ анестезирующее средство, *Спенсеръ Уэльсъ* горячо рекомендуетъ хлористый метилъ, который онъ испыталъ въ 280 случаяхъ овариотоміи и всегда съ отмѣннымъ успѣхомъ. Рвота и послѣдовательная головная боль, столь обычныя при хлороформѣ, весьма рѣдко встрѣчаются при хлористомъ метилѣ.

Инструменты (даже мало употребляемые) должны быть разложены на особомъ столѣ близко къ оператору.



Фиг. 111.

Нелатоновскіе щипцы для захватыванія стѣнокъ кисты.

При обыкновенныхъ, несложныхъ операціяхъ требуется немного инструментовъ: острый брюшистый скальпель для вскрытія брюшныхъ покрововъ, желобоватый зондъ для перерѣзки брюшины, пинцеты, музеевскіе двойные крючки, или зубчатые нелатоновскіе щипцы (фиг. 111) для захватыванія кистой стѣнки, очень толстый троакаръ для опорожненія кисты, жомъ для закрѣпленія ножки въ ранѣ, перевязочные пинцеты, иглы и хорошей шелкъ различной толщины. Въ трудныхъ случаяхъ нужны еще тонкіе желѣзные прижигатели, жомъ, снабженный дурнымъ проводникомъ тепла, для удерживанія послѣднихъ, проволочный экразеръ и, смотря по обстоятельствамъ, еще нѣкоторые другіе инструменты.

Изъ троакаровъ лучше всего употреблять троакаръ *Спенсеръ Уэльса*, захватывающій кисту крючками снаружи, или *Фейта*, въ которомъ крючки выскакиваютъ изнутри (фиг. 112).

Жомовъ предложено многое множество. Отъ хорошаго жома нужно требовать, чтобы имъ можно было захватывать и мелкіе предметы и чтобы его зажимающія пластинки не рѣзали. Давленіе на обоихъ концахъ жома не должно



Фиг. 112.

Фейтовскій троакаръ съ выскакивающими изнутри крючками для захватыванія кистой стѣнки.

быть различной силы, какъ въ жомахъ, устроенныхъ на подобіе циркуля (фиг. 113), а напротивъ, обѣ вѣтви его должны дѣйствовать параллельно другъ другу и не слишкомъ расплющивать ножку. Этимъ требованіямъ лучше всего удовлетворяетъ инструментъ *Атти*¹⁾, въ кото-

¹⁾ Amer. J. of med. sc., апрѣль 1871, стр. 353.

ромъ вѣтви дѣйствуютъ параллельно, а выступающія иглы не даютъ ножкѣ распозаться въ ширину, равно какъ новый жомъ *Спенсеръ Уэльса*, сдавливающій ножку концентрически (фиг. 113 старый, фиг. 114 новый жомъ *Спенсеръ Уэльса*¹⁾).



Фиг. 113.

Прежній жомъ *Спенсеръ Уэльса*. Рукоятки могутъ быть сняты.



Фиг. 114.

Новый жомъ *Спенсеръ Уэльса*. Рукоятки снимаются, такъ что вокругъ ножки остается только зажимающее кольцо (фиг. 115).

Жомъ, служащій для прижиганія каленымъ желѣзомъ, такъ назыв. „cautery clamp“, употребляется также для остановки кровотеченій изъ сращеній и изъ ножки. При этомъ ножка или сращенія захватываются предварительно въ жомъ, а затѣмъ опухоль отжигаютъ каленымъ желѣзомъ, послѣ чего отдѣльно прижигаютъ сосуды остроконечными прижигателями. Для того, чтобы калильный жаръ не проникъ слишкомъ глубоко, что особенно важно при сращеніяхъ съ кишечнымъ каналомъ, верхнюю поверхность жома покрываютъ дурнымъ проводникомъ тепла, напримѣръ слоновою костью. Жомъ защищаетъ остальные части отъ дѣйствія жара и, раздавливая на значительномъ протяженіи сосуды, останавливаетъ кровотеченіе гораздо лучше, чѣмъ простые прижигатели.

¹⁾ Другіе жомы предложены *Стореромъ* (Boston Gyn. J., т. I, стр. 212, III, стр. 7, и VI, стр. 265), *Лазаревичемъ* (Bost. Gyn. J., т. III, стр. 85), *Даусономъ* (Amer. J. of Obst., IV, стр. 304).

Перейдя теперь къ самому производству операціи, мы рассмотримъ сначала ходъ ея въ простомъ, неосложненномъ случаѣ.

Во время операціи больная лежитъ на операціонномъ столѣ въ спокойномъ положеніи на спинѣ. Всѣ другія положенія, полусидячее (*Штигелбертъ*) или боковое (*Нуссбаумъ*), рекомендуемая съ цѣлью предотвратить изліяніе содержимаго кисты и крови въ брюшную полость, бесполезны, неудобны и легко причиняютъ выпаденіе кишокъ.

Англичане весьма разумно накрываютъ оперируемыхъ резиновымъ покрываломъ, въ которомъ вырѣзано большое, круглое отверстіе для живота. Края этого отверстія приклеиваются массой липкаго пластыря кругомъ къ животу, такъ что жидкость изъ брюшной полости и кисты, равно какъ и кровь стекаютъ по этому покрывалу на полъ, не замачивая больной.

Опорожнивъ мочевой пузырь катетеромъ, операторъ становится съ правой стороны больной и разрѣзаетъ большимъ ножомъ брюшные покровы по бѣлой линіи. Разрѣзъ дѣлаютъ вначалѣ небольшой, около 7—14 смт., особенно если извѣстно, что опухоль содержитъ очень мало твердыхъ частей; впослѣдствіи же, если окажется нужнымъ, разрѣзъ этотъ удлиняютъ. Обыкновенно ведутъ его такимъ образомъ, что нижній уголь его оканчивается приблизительно въ 5 смт. надъ лобковымъ сращеніемъ. Брюшную стѣнку вскрываютъ постепенно послойными разрѣзами. Вначалѣ разрѣзаютъ наружную кожу, затѣмъ подкожную клетчатку съ жировой подстилкой, которая, какъ извѣстно, можетъ имѣть различную толщину; перерѣзавъ теперь рыхло соединенную съ брюшиной фасцію, мы получаемъ предъ собою натянутую брюшину.

Прежде, чѣмъ вскрыть брюшную полость, нужно позаботиться объ остановкѣ кровотеченій. Послѣднія обыкновенно бываютъ незначительны и могутъ быть остановлены посредствомъ перевязки мелкихъ перерѣзанныхъ вѣтвей надчревной артеріей и, если были перерѣзаны, и крупныя вены, то посредствомъ скручиванія или перевязки послѣднихъ.

Послѣ этого приподымаютъ брюшину посредствомъ крючковаго пинцета, протыкаютъ въ ней небольшое отверстіе и по введенному жолобоватому зонду вскрываютъ ее во всю длину наружной раны.

Представляющуюся теперь синевато-блестящую поверхность кисты прокалываютъ толстымъ троакаромъ и выпускаютъ содержимое кисты. По мѣрѣ того, какъ опухоль опадаетъ, помощники должны плотно придавливать къ ней брюшные покровы, чтобы между послѣдними и кистой не проскочили наружу кишки или сальникъ.

Послѣ того, какъ киста будетъ въ достаточной степени опорожнена, ее осторожно извлекаютъ чрезъ рану наружу, съ помощью троакара, мюзеовскихъ крючковыхъ или щипцовъ *Нелатона* (фиг. 111), что удается безъ труда, если киста пуста и не имѣетъ сращеній. По мѣрѣ извлеченія кисты вытекаетъ и остальное содержимое ея, такъ что спавшійся кисто-

вой мѣшокъ, когда онъ совершенно будетъ вытасченъ наружу, остается въ связи съ органами малаго таза только посредствомъ ножки.

Теперь вокругъ ножки накладываютъ жомъ вплоть подъ самой опухолью и перерѣзаютъ послѣднюю такимъ образомъ, чтобы отъ нея осталась небольшая культия (если отрѣзать опухоль у самаго жома, то ножка можетъ выскользнуть изъ него).

Если, во время операціи, въ брюшную полость не попало ни крови, ни содержимаго кисты, то, убѣдившись двумя пальцами въ приблизительно нормальномъ состояніи матки и другого яичника, накладываютъ швы, продѣвая иглы чрезъ всю толщю брюшныхъ покрововъ и, что особенно важно, захватывая также брюшину. Одинъ шовъ накладываютъ въ нижней части раны живота, затѣмъ притягиваютъ къ этому шву удерживаемую въ жомѣ ножку и непосредственно надъ послѣдней накладываютъ другой шовъ. Остальная часть раны зашивается обыкновеннымъ образомъ. Если кожа между швами разступается, то между глубокими швами накладываютъ еще поверхностные. Теперь брюшная рана совершенно закрыта и въ нижнемъ углу ея помѣщается охваченная жомомъ ножка (фиг. 115).

Этимъ операція заканчивается и поверхъ раны накладываютъ намасленный компрессъ и фланелевый бинтъ.

Весьма часто, однакоже, ходъ операціи не такъ простъ и можетъ быть чрезвычайно затрудненъ вслѣдствіе различныхъ осложнений.

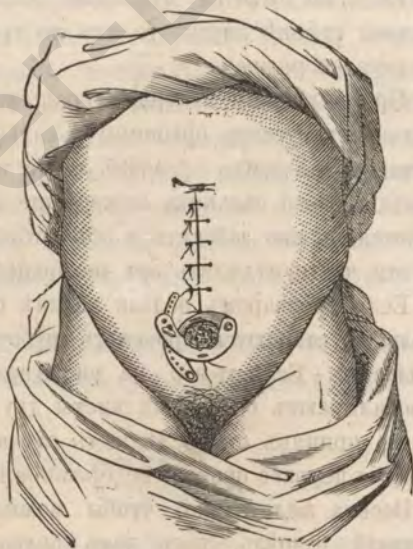
При вскрытіи брюшныхъ покрововъ прежде всего можетъ встрѣтиться затрудненіе въ распознаваніи брюшины. Это случается:

1) когда существуетъ много свободной жидкости въ брюшной полости, вслѣдствіе чего, при вскрытіи покрововъ, брюшина выпячивается въ рану совершенно на подобіе кисты.

2) когда, вслѣдствіе хроническаго перитонита, воспаленная и утолщенная брюшина дѣлается неузнаваемой.

3) когда на мѣстѣ разрѣза брюшина тѣсно срастается со стѣнкой кисты.

Въ послѣднемъ случаѣ можно принять фасцію за брюшину, а брюшину за стѣнку кисты и, полагая, что брюшина уже перерѣзана, начать отслаивать ее отъ передней стѣнки живота. И хотя, какъ показываетъ



Фиг. 115.

Рана живота послѣ операціи. Въ нижнемъ углу помѣщается ножка, охваченная жомомъ.

случай *Шинембергера*, разъединенныя поверхности отлично склеиваются между собой, но, во всякомъ случаѣ, это нужно считать весьма неуряднымъ осложненіемъ, такъ что въ сомнительныхъ случаяхъ лучше прямо надрѣзать мнимую или настоящую кисту. Если при этомъ мы вскрыемъ дѣйствительно кисту, то особеннаго вреда не будетъ, такъ какъ, вслѣдствіе плотнаго сращенія между поверхностью кисты и брюшиной, содержимое кисты не можетъ попасть въ брюшную полость, а сращенія очень хорошо можно отдѣлить и по опорожненіи кисты, особенно если они занимаютъ значительное протяженіе. Если же вмѣсто кисты окажется брюшная водянка, то, значитъ, мы поступили какъ нельзя болѣе правильно.

Если оказывается, что сращенія существуютъ на всемъ протяженіи раны, то послѣднюю удлиняютъ, или стараются отыскать мѣсто, гдѣ киста и брюшина не сращены между собою. Съ этого мѣста и начинаютъ отдѣлять сращенія.

Сращенія отдѣляютъ такимъ образомъ, что рыхлыя изъ нихъ просто разъединяютъ рукой, введенной между кистой и брюшной стѣнкой. Даже обширныя сращенія могутъ быть такимъ образомъ уничтожены безъ затрудненія.

Если же имѣется нѣсколько болѣе плотныхъ сращеній, особенно на задней стѣнкѣ кисты, то ихъ не трогаютъ до тѣхъ поръ, пока киста не будетъ опорожнена.

При отдѣленіи плотныхъ сращеній, нужно стараться о томъ, чтобы не захватить кусковъ брюшины и сальника, а тѣмъ болѣе кишокъ; лучше оставить на этихъ органахъ части кистой стѣнки. Очень плотно приросшія части сальника можно еще иногда перерѣзать, при чемъ, разумѣется, нужно заботиться объ остановкѣ кровотеченій; лучше, однакоже, и эти части отдѣлить отъ поверхности кисты препарованіемъ.

Если троакаромъ нельзя вполне опорожнить сложную кистовую опухоль, то стараются проткнуть трубочкой перегородки смежныхъ крупныхъ полостей. Если и это не достигаетъ цѣли и опухоль не опадаетъ, то прокалываютъ остальные кисты другимъ или тѣмъ же самымъ троакаромъ, принявъ въ послѣднемъ случаѣ предосторожности, чтобы изъ отверстія перваго прокола содержимое кисты не попало въ брюшную полость.

Весьма желательно, чтобы можно было извлечь опухоль чрезъ маленький разрѣзъ, такъ какъ большіе разрѣзы значительно ухудшаютъ предсказаніе. Въ своихъ 500 оваріотоміяхъ *Спенсеръ Уэльсъ* при разрѣзѣ въ 6 дюймовъ имѣлъ смертность 23,4, а при разрѣзѣ болѣе 6 дюймовъ въ 40%. Но, съ другой стороны, нужно остерегаться насильственнаго протискиванія опухоли, такъ какъ придавленные края брюшной раны плохо заживаютъ. Лучше уже удлинить разрѣзъ до пупка и въ случаѣ надобности и выше, огибая пупокъ слѣва (ради lig. teres печени).

По мѣрѣ постепеннаго извлеченія опухоли существующія сращенія напрягаются и должны быть теперь отдѣлены.

Лучше всего, конечно, если их можно отдѣлить отъ поверхности кисты пальцами, ногтями или ручкой скальпеля. Но если это невозможно, то ихъ перерѣзаютъ, а кровоточащіе центральные концы прижигаютъ, или перевязываютъ.

Если въ сращеніяхъ проходятъ лишь незначительные сосуды, то ихъ просто перерѣзываютъ ножевиднымъ прижигателемъ, или раскаленной платиновой проволокой, если же они снабжены болѣе толстыми сосудами, то ихъ прижигаютъ на „cautery clamp“, но даже и при этомъ остановка кровотеченій не вполне надежна. Прижженные части, если онѣ не кровоточатъ, вправляютъ въ брюшную полость и на этомъ заканчиваютъ съ ними. Если перерѣзанныя сращенія были перевязаны лигатурами en masse, или каждый сосудъ ихъ былъ перевязанъ отдѣльно, то въ случаѣ, когда невозможно помѣстить ихъ вблизи раны, лучше всего коротко обрѣзать лигатуры и погрузить въ брюшную полость (объ участи прижженныхъ частей и лигатуръ въ полости живота мы будемъ говорить при леченіи ножки).

Нерѣдко сальникъ, покрывающій опухоль на подобіе передника, сростается на широкомъ протяженіи съ кистой. И такъ какъ при отдѣленіи его отъ кисты неизбежно долженъ произойти разрывъ и значительное раненіе свободного края его, то въ подобныхъ случаяхъ лучше всего поступить съ сальникомъ, какъ съ ножкой, то-есть укрѣпить его въ верхнемъ углу брюшной раны. Съ этой цѣлью его вшиваютъ въ рану, или закрѣпляютъ посредствомъ жома. Сывороточная поверхность сальника сростается тогда съ раной брюшины. Приѣмъ, употребленный въ одномъ случаѣ *Гуссеровымъ*, который оставилъ сальникъ снаружи, гдѣ, не подвергаясь омертвѣнію, онъ постепенно втянулся обратно въ брюшную полость, при чемъ послѣдовало выздоровленіе, — едва ли заслуживаетъ подражанія.

При извлеченіи опухоли нужно хорошенько придерживать ее, чтобы своей тяжестью она не повредила ножки или существующихъ сращеній.

Способы оперирования ножки.

Съ ножкой, состоящей изъ широкой маточной связки, фаллопиевой трубы, lig. ovarii, а также изъ круглой связки и заключающей въ себѣ крупныя сосуды, въ особенности колоссально развитыя вены, можно поступать различнымъ образомъ.

Прежніе операторы, какъ, напр., *Мк. Довель* и *Клей*, накладывали вокругъ нея лигатуру, опускали ее въ брюшную полость и выводили лигатуры чрезъ нижній уголъ раны. Нижняя часть брюшной раны оставалась ими открытой для удаленія лигатуръ и отщемленнаго ими конца ножки, равно какъ для истеченія отдѣлимаго раны.

Этотъ способъ теперь справедливо оставленъ, хотя нельзя отрицать, что *Клей* и *Кеберлэ* достигали съ помощью его отличныхъ результатовъ. Въ послѣднее время *Куртисъ* ¹⁾ и *Стореръ* ²⁾ тоже начали оставлять часть раны открытой.

Въ настоящее время прибѣгаютъ обыкновенно къ двумъ способамъ: 1) къ такъ называемому внѣбрюшинному способу, состоящему въ укрѣпленіи ножки въ брюшной ранѣ, такъ что полость живота бываетъ совершенно закрыта, а мѣсто, на которомъ отрѣзана была опухоль, лежитъ внѣ брюшины; 2) къ внутрибрюшинному способу, при которомъ ножка, обработанная такъ или иначе, погружается въ брюшную полость, которая зашивается.

Внѣбрюшинный способъ въ первый разъ былъ примененъ *Штмлингомъ* ³⁾ въ Касселѣ въ 1841 г., а внутрибрюшинный въ 1821 г. *Натаномъ Смитомъ* въ Балтиморѣ.

Внѣбрюшинный способъ.

Вокругъ ножки накладываютъ описаннымъ выше образомъ жомъ, плотно замыкаютъ послѣдній и затѣмъ отрѣзываютъ опухоль такъ, чтобы нѣкоторая часть ея выстояла изъ жома. Для того, чтобы этотъ излишній кусокъ не загнивалъ, его смазываютъ полуторохлористымъ желѣзомъ, вслѣдствіе чего онъ подвергается сухой мумификаціи.

Кромѣ жома, предложены были и другіе внѣбрюшинные способы; такъ, напр., *Кеберлэ* укрѣплялъ ножку посредствомъ „serrepeucid“, и его примѣру послѣдовали *Сканцони* и *Нейебауэръ*. Другіе вшивали ножку въ рану или закрѣпляли на продѣтой сквозь нее иглѣ. Однакоже, всего вѣрнѣе и удобнѣе ножка укрѣпляется снаружи посредствомъ жома.

Внутрибрюшинный способъ.

Здѣсь дѣло идетъ главнымъ образомъ о томъ, чтобы найти способъ, съ помощью котораго можно было бы предотвратить кровотеченія, не измѣняя ножки такъ, чтобы она вызывала мѣстное воспаленіе.

Въ этомъ отношеніи соперничаютъ между собою два средства: каленое желѣзо и лигатура.

Каленое желѣзо особенно горячо было рекомендовано *Бекеръ-Броуномъ*, *Штмембергъ* же употребляетъ гальванокаустикъ.

Опасеніе, что погруженные въ брюшную полость струнья вызовутъ воспаленіе брюшины, оказалось, повидимому, лишненнымъ основаніемъ; напротивъ, хорошіе результаты разныхъ операторовъ, равно какъ опыты надъ животными *Штмемберга*, *Вальдейера* ⁴⁾ и *Масловскаго* ⁵⁾ показы-

¹⁾ Boston gyn. J., т. IV, стр. 201.

²⁾ е. l., стр. 258, и т. V, стр. 144.

³⁾ Holscher's Annalen, 1841, стр. 261 и 398. ⁴⁾ Virchow's Arch., т. 44, стр. 69.

⁵⁾ Berl. klin. Woch., 1868, № 18.

ваютъ, что эти струны окутываются сумками, путемъ мѣстнаго воспаления.

Болѣе основательно то возраженіе, что прижиганіе не вполне обезпечиваетъ отъ послѣдовательныхъ кровотеченій, особенно изъ крупныхъ сосудовъ, и что соединеніе лигатуры съ прижиганіемъ ножки опасно въ томъ отношеніи, что легко можетъ произойти гнилостное распаденіе перетянутаго куска.

Въ виду этого, слѣдуетъ отдавать предпочтеніе лигатурамъ, предложеннымъ въ особенности *Тайлеръ Смитомъ*. Ножку перевязываютъ цѣликомъ или, лучше, отдѣльными частями, а крупные сосуды еще особо, затѣмъ коротко обрѣзываютъ нити и погружаютъ ножку въ брюшную полость. Лигатуры легко приживляются ¹⁾ и, какъ показали случаи *Баутока* ²⁾, даже отчасти всасываются, а кровотеченіе останавливается вѣрнѣе, чѣмъ посредствомъ прижиганія. Тѣ же кровотеченія, которыя нерѣдко (по *Спенсеръ Уэлсу*, даже въ $\frac{1}{3}$ случаевъ) появляются изъ культи ножки, даже послѣ совершеннаго излеченія, и могутъ вести къ образованію кровяной опухоли, не имѣютъ никакого отношенія къ самому способу, такъ какъ они менструальнаго происхожденія.

Чтобы еще болѣе уменьшить раздраженіе брюшины со стороны перевязаннаго остатка ножки, *Масловскій* ³⁾ предложилъ, подъ именемъ „серозно-пластическаго метода“, отпрепарировать отъ опухоли часть брюшины на подобіе лоскута и покрыть ею ножку до погруженія ея въ брюшную полость. Употребленіе катгута для лигатуръ тоже можетъ быть полезно.

Что касается экразера, которымъ отдавливали ножку, то онъ нисколько не обезпечиваетъ отъ кровотеченій и вмѣстѣ съ тѣмъ раздавливаетъ ткани до такой степени, что лучше не прибѣгать къ нему.

Симпсонъ употреблялъ свою акупрессуру и для внутрибрюшиннаго укрѣпленія ножки и остановки кровотеченій, но этотъ способъ едва-ли найдетъ себѣ послѣдователей.

Скручиваніе сосудовъ, предложенное *Бибе* ⁴⁾, очень ненадежное средство.

Вообще же внѣбрюшинный способъ отличается такими осязательными достоинствами, что, если ножка не слишкомъ широка и коротка, слѣдуетъ всегда отдавать преимущество наложенію жома. Ножка помѣщается при этомъ внѣ брюшной полости, слѣдовательно, подлежитъ постоянному контролю во всемъ, что касается воспаления ея, гніенія и кровотеченій, а главное не опускается на-авось въ брюшную полость. Растяженіе матки, вслѣдствіе помѣщенія ножки снаружи, незначительно, если послѣдняя не слишкомъ коротка.

Конечно, жомъ имѣетъ и свою слабую сторону. Такъ, напримѣръ, если вокругъ ножки лежитъ кишечная петля, то иногда можетъ обра-

¹⁾ *Шнигелберъ* и *Вальдейеръ*, l. c. ²⁾ London Obst. Tr., т. XIV, стр. 2.

³⁾ Medic. Centralbl., 1868, № 56.

⁴⁾ American J. of med. sc., апр. 1871, стр. 353.

зваться непреходимость кишки; кромѣ того, въ нижнемъ углу раны, въ которомъ укрѣплена ножка, легко могутъ образоваться грыжи.

Неудобство жома еще болѣе увеличивается, когда ножка коротка, такъ что нельзя укрѣпить ее въ нижнемъ углу раны безъ значительнаго растяженія матки и сосѣднихъ съ нею органовъ. Въ этихъ случаяхъ появляются сильныя боли, раздраженіе брюшины или даже столбнякъ.

И такъ, судя по имѣющимся до сихъ поръ наблюденіямъ, при скольконибудь длинной ножкѣ предпочтенія заслуживаетъ виѣбрюшинное леченіе посредствомъ жома; если же ножка коротка, то лучше всего перевязать ее отдѣльными частями катгутомъ (крупные сосуды должны быть перевязаны особо), коротко обрѣзать лигатуры и погрузить ножку въ брюшную полость. Одно прижиганіе, хотя, повидимому, не легко вызываетъ воспаленіе брюшины, плохо защищаетъ отъ кровотеченій, а въ сочетаніи съ лигатурой можетъ сдѣлаться опаснымъ для брюшины.

Испытанія заслуживаетъ еще одинъ способъ овариотоміи, предложенный недавно *Майнеромъ* ¹⁾ въ Буффало, подъ именемъ „ovariotomy by enucleation“. Выходя съ той точки зрѣнія, что сосуды распространяются только по поверхности кисты, а въ самую стѣнку проникаютъ одни только капилляры, *Майнеръ* проникаетъ въ глубину на мѣстѣ перехода ножки въ кистовую стѣнку и, отдѣляя богатое сосудами мѣсто слиянія ножки съ поверхностью опухоли, выслаиваетъ кисту. Точно также поступаетъ онъ относительно сращеній, такъ что операція выходитъ почти совсѣмъ безкровная и безъ опасности послѣдовательныхъ кровотеченій ²⁾.

Невозможность закончить овариотомію.

Величайшая неприятность, которая можетъ случиться при овариотоміи, это невозможность довести до конца разъ начатую операцію. Въ прежнее время, когда боялись разрушать даже умѣренныя сращенія, это случилось гораздо чаще, но и теперь могутъ встрѣтиться такія обширныя, распространенныя по плоскости, сращенія, что приходится остановить операцію.

Особенно неприятно, когда киста плотно приращена на большомъ протяженіи къ передней брюшной стѣнкѣ, такъ какъ въ этомъ случаѣ даже при значительномъ удлинении разрѣза нельзя отыскать такого мѣста, на которомъ можно было бы проникнуть между кистой и брюшной стѣнкой въ полость живота. Въ одномъ изъ такихъ случаевъ *Нусбаумъ*

¹⁾ Amer. J. of med. sc., окт. 1872, стр. 391.

²⁾ По способу *Майнера* оперировали *Найтъ*, Amer. J. of med. sc., 1872, стр. 434; *Лоэнгъ*, е. 1., июль 1873, стр. 122; *Бёрнэмъ*, Boston med. a. surg. J., июль 1873; *Мёрсикъ*, Amer. J. of med. sc., янв. 1874, стр. 119, съ хорошимъ, *Крэгъ*, Amer. J. of med. sc., янв. 1874, стр. 286, съ неудачнымъ результатомъ.

помогъ дѣлу тѣмъ, что вошелъ рукой внутрь кисты и, захвативъ ее за стѣнку, вырвалъ изъ живота. Обширное сращеніе съ другими органами, особенно въ сторонѣ малаго таза, точно также можетъ сдѣлать невозможнымъ окончаніе операціи. Въ подобныхъ случаяхъ приходится вернуться къ упомянутому выше простому разрѣзу, при чемъ изъ опухоли вырѣзываютъ какъ можно большій кусокъ, остатокъ вшиваютъ въ брюшную рану и въ полость кисты вставляютъ дренажъ.

Способъ оперирования въ случаяхъ, когда пораженъ и другой яичникъ.

Послѣ того, какъ опухоль будетъ отрѣзана отъ ножки, стараются нащупать другой яичникъ и, ежели онъ здоровъ, оставляютъ его, конечно, въ покоѣ.

Если же онъ окажется перерожденнымъ въ значительную опухоль, то его вылушиваютъ тѣмъ же способомъ, какъ и первый яичникъ. Съ ножкой поступаютъ тоже, какъ въ первомъ случаѣ. Если она достаточной длины и можетъ быть вставлена въ брюшную рану, то укрѣпляютъ ее въ другомъ жомѣ или, перевязавъ отдѣльными частями, прикрѣпляютъ къ первому жому. Если же она не можетъ быть вытанута въ брюшную рану, то поступаютъ съ нею по одному изъ внутрибрюшинныхъ способовъ.

Не такъ легко рѣшить вопросъ о томъ, что дѣлать со вторымъ яичникомъ, когда въ немъ замѣчаются только зачатки кистовиднаго перерожденія.

Съ одной стороны, грозитъ опасность, что въ болѣе или менѣе скорое время придется подвергнуть больную новой тяжелой операціи.

Съ другой же стороны, удаленіемъ второго яичника мы въ значительной степени усиливаемъ опасность данной операціи, какъ видно изъ наблюдений *Спенсеръ Уэльса*, который при простой овариотоміи имѣлъ смертность въ 24,44, а при двойной въ 44%. Не надо также забывать и того, что одно дѣло вылушить одинъ яичникъ и притомъ совершенно перерожденный и другое—удалить вмѣстѣ съ нимъ и второй яичникъ, который хотя и невормаленъ, но все еще продолжаетъ функционировать, такъ какъ въ послѣднемъ случаѣ мы лишаемъ больную возможности имѣть дѣтей. Въ послѣднемъ отношеніи большая разница—производится ли операція у женщины климактерическаго возраста, или въ періодѣ, когда мѣсячныя очищенія еще существуютъ. Молодые же больныя, у которыхъ мѣсячныя прекратились, могутъ быть поставлены въ одномъ ряду съ женщинами климактерическаго возраста, такъ какъ можно принять, что у нихъ второй яичникъ измѣненъ на столько, что отъ функционирующей ткани его не осталось и слѣдовъ.

При существованіи же мѣсячныхъ очищеній у больной, второй яичникъ не долженъ быть удаленъ, если онъ не превышаетъ нормальнаго объема, по крайней мѣрѣ, втрое или вчетверо.

Ибо, во-первыхъ, какъ уже замѣчено выше, рецидивъ вовсе не составляетъ неизбежнаго явленія, хотя бы въ остающемся яичникѣ существовали маленькія кисты. Слѣдовательно, мы понапрасну только изуродуемъ больную. Во-вторыхъ, если даже и наступитъ рецидивъ, то опасность повторенія операціи едва ли можетъ быть больше, чѣмъ тотъ плюсъ опасности, который обусловливается удаленіемъ второго яичника при первой операціи.

Чрезвычайно поучителенъ въ этомъ отношеніи случай, сообщенный *Спенсеръ Уэльсомъ*. Въ 1864 г. онъ произвелъ овариотомію у одной 19-лѣтней дѣвушки. Послѣ удаленія перерожденнаго праваго яичника онъ замѣтилъ, что и лѣвый яичникъ почти вдвое больше нормальнаго и содержитъ двѣ небольшія кисты, величиною съ вишню. Послѣ нѣкотораго колебанія онъ рѣшился не вырѣзывать этого яичника и ограничился только опорожненіемъ обѣихъ кистъ. Больная выздоровѣла, вышла замужъ въ августѣ 1865 г. и къ июлю 1871 г. 4 раза разрѣшилась нормальными родами.

Иногда находятъ также увеличенную матку, особенно если операція случайно или умышленно произведена у беременныхъ. Усиѣхъ операціи едва ли уменьшается отъ этого и беременность большею частью идетъ своимъ порядкомъ. Въ другихъ случаяхъ въ маткѣ находятъ интерстиціальныя или подсывороточныя фиброиды. Нужно всячески избѣгать искушенія удалить и эти опухоли, хотя бы онѣ были соединены съ маткой лишь посредствомъ ножки, потому что обыкновенно онѣ растутъ очень медленно, или даже останавливаются въ ростѣ, между тѣмъ какъ удаленіе ихъ значительно увеличиваетъ опасность овариотоміи.

Очищеніе брюшины и наложеніе шва.

По удаленіи опухоли и обработкѣ ножки по тому или другому изъ описанныхъ выше способовъ, приступаютъ къ „уборкѣ брюшины“, которая имѣетъ громадное значеніе во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда въ брюшную полость попали постороннія вещества (содержимое кисты или кровь). Кишечныя петли обтираютъ большими, не бывшими въ употребленіи, губками и тщательно очищаютъ переднюю и заднюю стѣнку матки, равно какъ заднюю стѣнку живота до почекъ, въ особенности же тѣ мѣста, гдѣ были разрушены сращенія. *Спенсеръ Уэльсъ* закладываетъ губку между краями раны, чтобы кровь не стекала изъ нихъ въ брюшную полость, и оставляетъ ее тамъ, покуда не будутъ наложены швы.

Наложеніе швовъ лучше всего производить такимъ образомъ, что продвѣваютъ крѣпкую шелковинку въ двѣ прымыя или слегка изогнутыя иголки и прокалываютъ ими брюшныя стѣнки изнутри наружу, захватывая и брюшину. Когда будутъ наложены всѣ швы, еще разъ обмы-

вають поверхность раны и завязываютъ узлы. Ножка должна быть шита довольно плотно, но не на столько, чтобы она была защеблена.

Если кожная рана все-таки зіяетъ, по причинѣ толстыхъ брюшныхъ покрововъ, то между глубокими швами накладываютъ поверхностные.

Захватываніе въ шовъ брюшины весьма важно въ томъ отношеніи, что только въ этомъ случаѣ обѣ серозныя поверхности прилегаютъ другъ къ другу на всемъ протяженіи раны. Онѣ очень быстро срастаются (на вскрытіяхъ онѣ оказывались сросшимися уже чрезъ 24 часа послѣ операціи), и тогда полость живота совершенно бываетъ закрыта.

Сверху раны накладываютъ намащенный компрессъ и флапелевый бинтъ. Обыкновенно нѣтъ надобности стягивать рану полосками липкаго пластыря, но, конечно, при сильномъ метеоризмѣ или рвотѣ свѣжая рана можетъ разойтись. Полоски липкаго пластыря лучше всего накладывать такъ, что располагаютъ ихъ параллельными и тѣсными рядами на томъ мѣстѣ постели, гдѣ придется поясница больной, затѣмъ кладутъ на нихъ больную и оба конца каждой полоски перекрещиваютъ по передней стѣнкѣ живота.

Послѣдовательное леченіе.

Послѣдовательное леченіе должно быть чисто симптоматическое. Если у больной послѣ операціи появляется упадокъ силъ, охлажденіе конечностей, то прикладываютъ къ ногамъ бутылки съ горячей водой и даютъ внутрь вино. Если она обнаруживаетъ безпокойство или страдаетъ отъ сильной боли, то дѣлаютъ подкожное впрыскиваніе морфія или промывательное изъ опія. Катетеръ должно вставлять не менѣе, какъ чрезъ каждые 6 часовъ, и притомъ такъ, чтобы не причинить ни малѣйшей тревоги больной. Швы снимаются постепенно, отъ 3 до 5 дня.

Жомъ вмѣстѣ съ укрупленной въ немъ ножкой обыкновенно отпадаетъ на 7—10 день; рѣдко онъ отдѣляется на 3—4 день, а иногда даже не ранѣе 14 дня и позже. Слишкомъ раннее произвольное отпаденіе или искусственное удаленіе жома вредно въ томъ отношеніи, что остатокъ ножки вытягивается тогда глубоко въ рану, а въ первые дни можетъ даже уйти въ брюшную полость.

Особенно опасны послѣ операціи слѣдующіе моменты:

Прежде всего кровотеченія изъ ножки или разрушенныхъ сращеній. Кровотеченія изъ ножки легко могутъ быть остановлены, при виѣбрюшинномъ способѣ, прижиганіемъ полуторохлористымъ желѣзомъ или *ferri sulph. saturat.* За то внутреннія кровотеченія изъ погруженной въ брюшной полости ножки или изъ сращеній составляютъ въ высшей степени опасное явленіе, потому что прикладываніе пузыря со льдомъ на животъ помогаетъ мало, такъ что, при продолжительныхъ кровотеченіяхъ, иногда не остается ничего другого, какъ раскрыть рану и отыскивать источникъ этихъ кровотеченій.

Воспаленіе брюшины тоже представляетъ большую опасность; но въ большинствѣ случаевъ оно имѣетъ характеръ чисто мѣстнаго воспаления, предполагая, конечно, что нѣтъ гнилостнаго зараженія и что во время операциі въ брюшную полость не попали вредныя жидкости. Склеиваніе брюшинной раны совершается иногда безъ всякихъ явленій, безъ лихорадки и боли, и притомъ въ самое короткое время. Значительный же травматическій перитонитъ долженъ быть пользуемъ по обыкновеннымъ правиламъ: опиумъ, пивками и льдомъ.

Несравненно худшее значеніе имѣетъ перитонитъ, развивающійся вслѣдствіе гнилостнаго зараженія. Для предотвращения послѣдняго, необходимо съ самой педантичной строгостью заботиться о чистотѣ рукъ, инструментовъ и всѣхъ другихъ вещей и избѣгать оставленія въ брюшной полости легко разлагающихся отдѣленій. Даже послѣ операциі все еще существуетъ въ первое время опасность зараженія со стороны заключеннаго въ жомѣ остатка ножки, который можетъ подвергнуться ихорозному распаденію. Для того, чтобы ихорозное отдѣленіе не попало отъ нея въ брюшную полость, необходимо плотно вшить ножку въ рану, а омертвѣвающую часть прижигать полуторохлористымъ желѣзомъ, чтобы дать ей сохнуть.

Весьма важно имѣть возможность удалять изъ брюшной полости скопляющееся послѣ операциі отдѣленіе, когда оно начинаетъ разлагаться. Проще всего это достигается при оперированіи по способу *Клея* и *Кёберля*, которые поддерживаютъ сообщеніе между погруженной въ брюшную полость ножкой и нижнимъ угломъ раны, посредствомъ лигатуръ серповоидъ или стеклянныхъ трубокъ, такъ что отдѣленіе можетъ быть удалено присасываніемъ. Но этотъ способъ неудобенъ именно потому, что при немъ уже съ самаго начала не существуетъ полного замыканія брюшной полости.

Пизм ¹⁾ первый предложилъ прополаскивать брюшную полость чрезъ рану, съ цѣлью удаленія разлагающихся жидкостей, а *Симсъ* ²⁾ воспользовался этимъ совѣтомъ и далъ ему болѣе обширное примѣненіе. Разсматривая преобладающее большинство смертельныхъ случаевъ послѣ овариотоміи, какъ слѣдствіе гнилостнаго зараженія, и считая мало мальски красноватую жидкость въ брюшной полости за смертоносную, онъ совѣтуетъ вводить при операциі трубочку въ самую глубокую часть дугласова пространства, чтобы доставить отдѣленію свободный стокъ наружу и дать возможность дѣлать впрыскиванія въ брюшную полость.

Не подлежитъ сомнѣнію, что мнѣніе *Симса* слишкомъ односторонне. Соглашаясь съ нимъ вполнѣ, что зараженіе составляетъ самую частую причину смерти (болѣе благоприятные результаты англійскихъ хирурговъ

1) Amer. J. of Obst., т. III, стр. 300, и Ovarian tumours, стр. 509.

2) Ueber Ovariectomie. Нѣм. перев. *Бейселя*. Erlangen, 1873.

объясняются, по моему мнѣнію, отчасти тѣмъ, что въ Англіи рѣже встрѣчаются случайныя травматическія болѣзни), нельзя не замѣтить, что септикемія не всегда сказывается выпотомъ въ полости брюшины и не всегда можетъ быть устранена удаленіемъ послѣдняго. Къ тому же, небольшія количества красноватой сыворотки вовсе не такъ опасны, какъ это представляетъ *Симсъ*.

Но какъ бы то ни было, возможность удалить скопляющійся послѣ операциі внутрибрюшинный выпоть имѣетъ громадную важность и она достигается безъ особенно сильныхъ затрудненій и опасностей только въ томъ случаѣ, когда объ этомъ позаботились уже во время самой операциі. Если же это было упущено въ то время, то оперативное удаленіе выпота сопряжено съ большими трудностями, такъ какъ приходится либо раскрыть уже закрывшуюся рану, либо сдѣлать проколъ въ дугласовомъ пространствѣ. Но этотъ проколъ возможенъ и безопасенъ только въ томъ случаѣ, когда экссудатъ вдается во влагалище на подобіе опухоли; и такъ какъ это бываетъ только тогда, когда выпоть перестаетъ быть свободнымъ, а замыкается въ сумку, и такъ какъ въ подобномъ случаѣ проколъ не составляетъ болѣе крайней необходимости, то нельзя не отдавать предпочтенія вскрытію дугласова пространства во время самой овариотоміи. По крайней мѣрѣ, это нужно дѣлать во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, въ виду уже существующаго раздраженія брюшины или необходимости разрушить обширныя сращенія, есть основаніе опасаться послѣ операциі значительнаго выпотѣнія въ брюшную полость.

Самый безопасный способъ образованія свободнаго стока отдѣленій— есть простой проколъ дугласова пространства, или вставленіе трубки, ведущей изъ этого пространства во влагалище. Но простой проколъ совершенно не дѣйствителенъ, такъ какъ рана вскорѣ закрывается, а что касается вставленія трубки, то во многихъ случаяхъ конецъ ея, лежащій въ брюшной полости, обростаетъ воспалительными сращеніями, отчего сообщеніе ея съ брюшной полостью прекращается. Поэтому, если желательно уже во время самой операциі обезпечить свободный стокъ выпоту и возможность промывать брюшную полость, то лучше всего провести, по примѣру *Мѣрсика* ¹⁾, толстая шелковинки или, по примѣру *Нусбаума* ²⁾, дренажную трубку чрезъ всю брюшную полость такимъ образомъ, чтобы одинъ конецъ проходилъ чрезъ нижній уголь раны, а другой чрезъ дугласово пространство во влагалище. Это даетъ возможность во всякое время промывать брюшную полость чистой водою, или очень слабымъ карболовымъ растворомъ, нагрѣтымъ до 36° Ц. ³⁾

Гораздо рѣже смертельный исходъ обусловливается ущемленіемъ кишки, крайне рѣдко въ ранѣ, чаще при посредствѣ ножки. Смерть

¹⁾ Amer. J. of med sc., янв. 1874, стр. 119.

²⁾ Bayerisches ärztl. Intelligenzbl., 1874, № 3.

³⁾ См. дебаты о дренажѣ въ Verh. d. Breslauer Naturf.-Vers., 1874.

можетъ быть предотвращена образованіемъ калового свища, или противоестественнаго задняго прохода. Въ одномъ случаѣ, оперированномъ *Фейтомъ* ¹⁾, больная умерла при мѣѣ на 22 день послѣ операціи вслѣдствіе прободенія кишекъ. Въ этомъ случаѣ сальникъ былъ сращенъ съ брюшиною лѣвой стѣнки живота и съ смежной поверхностью кисты, и такъ какъ отдѣленная отъ кисты часть сальника была шита въ верхній уголь раны, то между этой частью и тою, которая была сращена съ брюшиною, имѣло мѣсто такое растяженіе кишекъ по двумъ направленіямъ, что послѣдовало прободеніе.

Предсказаніе самой операціи весьма различно; главнымъ образомъ оно опредѣляется состояніемъ силъ больныхъ, простымъ или сложнымъ строеніемъ опухоли и, наконецъ, умѣlostью и опытностью оператора. Что овариотомія отличается лучшимъ предсказаніемъ, чѣмъ другія большія хирургическія операціи, напримѣръ большія ампутаціи, вылушенія суставовъ и резекціи, видно изъ результатовъ нѣкоторыхъ операторовъ. Такъ, у *Спенсеръ Уэльса* на 500 овариотомій приходится 128 смертныхъ случаевъ и 372, то есть 74,4% выздоровленія, а у *Кейта* изъ 100 послѣднихъ операцій выздоровленіе послѣдовало въ 84.

Овариотомія чрезъ влагалище.

Томасъ ²⁾ совѣтуетъ удалять маленькія опухоли яичника чрезъ влагалище въ пригодныхъ для того случаяхъ. При этой „влагалищной овариотоміи“, вскрываютъ чрезъ влагалище дугласово пространство, прокалываютъ кисту и, извлекиши ея мѣшокъ, перевязываютъ и отрѣзываютъ его, а ножку вкладываютъ обратно.

Дермоидныя кисты.

Комраунъ, Müller's Archiv, 1843, стр. 365.—*Штейнлейнъ*, Zeitschr. f. rat. Medicin, т. IX, стр. 146.—*Лебертъ*, Prager Vierteljahrschr., 1858, 4, стр. 25.—*Гемль*, Prager Viertelj., 1860, 4, стр. 36.—*Клобъ*, Pathol. Anat. d. weibl. Sex., стр. 365.—*Поммъ*, Quelques considér. sur les kystes dermoïdes de l'ovaire. Strasbourg, 1864.—*Валдейеръ*, Archiv f. Gyn., т. I, стр. 304.

Этіологія.

Уже съ давнихъ временъ вниманіе врачей обращало на себя присутствіе въ опухоляхъ яичника составныхъ частей внѣшней кожи съ волосами, зубами и костями. Прежде такіе случаи разсматривались какъ особая форма неполной яичниковой беременности, происшедшей отъ полового сожителства или безъ него.

¹⁾ Berl. klin. Wochenschr., 1868, № 21.

²⁾ Amer. J. of Obst., т. III, стр. 186, и Diseases of women, стр. 724.

Сущность этих ненормальных образований выяснилась только в последнее время. *Гисъ* ¹⁾ сначала держался того мнѣнія, что зародышевый мочево́й каналъ образуется въ видѣ кармана изъ рогового листка, но впоследствии отказался отъ этого мнѣнія, принятаго теперь *Гензеномъ* ²⁾. Въ последнее время *Гисъ* ³⁾ видоизмѣнилъ свой взглядъ въ томъ смыслѣ, съ чѣмъ согласенъ и *Вальдейеръ* ⁴⁾, что зачатокъ дѣтородныхъ органовъ образуется изъ гисовскаго осевого пучка, въ развитіи котораго участвуетъ и верхній зародышевый листокъ, но главнымъ образомъ изъ рогового листка. Отсюда понятно, какимъ образомъ изъ частей верхняго зародышеваго листка, не израсходованныхъ на образованіе яичника, могутъ развиться образованія ви́шней кожи, а изъ частей средняго зародышеваго листка, участвовавшихъ въ образованіи осевого пучка, развиваются жировая ткань, кость, зубы и т. д.

Такимъ образомъ первые зачатки дермоидныхъ кистъ существуютъ уже въ зародышевой жизни. Дальнѣйшее же развитіе ихъ начинается обыкновенно уже по достиженіи половой зрѣлости и только въ исключительныхъ случаяхъ раньше. Такъ, *Мерсъ* ⁵⁾ съ успѣхомъ вырѣзала дермоидную кисту, посредствомъ оваріотоміи, у дѣвочки 6 лѣтъ и 8 мѣсяцевъ, а *Спенсеръ Уэлсъ* ⁶⁾ у дѣвочки 8 лѣтъ.

Патологическая анатомія.

Описываемыя опухоли большею частью не велики, не болѣе померанца, и только изрѣдка достигаютъ величины съ голову взрослого человѣка.

Онѣ характеризуются тѣмъ, что внутренняя поверхность ихъ покрыта образованіемъ, совершенно аналогичнымъ наружной кожѣ. Именно, считая извнутри кнаружи, въ нихъ находятъ гладкую или испещренную отдѣльными неровностями и даже настоящими бугорками поверхность, по своему строенію напоминающую вполне верхнюю кожицу. Сверху расположены толстые, ороговѣвшіе слои мостовиднаго эпителия, за которыми слѣдуютъ снабженныя ядрами плоскія и затѣмъ кругловатыя кѣтки, совершенно въ томъ же порядкѣ, какъ на кожѣ до границы мальпигіевой сѣти. Подъ эпидермой помѣщается похожая на cutis соединительная ткань, которая, однакоже, не всегда и, во всякомъ случаѣ, не въ такомъ правильномъ порядкѣ снабжена сосочками, какъ cutis кожи. За этимъ слоемъ всегда слѣдуетъ слой жира, соответствующій жирной

1) Arch. f. mikrosk. Anatomie, I, стр. 160.

2) e. l., стр. 502.

3) Unters. über die erste Anlage des Wirbelthierleibes, I, Leipzig, 1868, стр. 225.

4) Eierstock u. Ei., стр. 111.

5) Philadelphia med. T., 1 ноября 1871, № 27.

6) Obst. Journ. of Great Britain, ann. 1874, стр. 69.

подстилки кожи, а за нимъ идетъ наружная соединительно-тканная оболочка кисти.

Сходство этого образованія съ внѣшней кожей усиливается еще тѣмъ, что въ ней появляются волоса, выходящiе изъ настоящихъ волосяныхъ мѣшечковъ. Въ эти волосяные мѣшечки, равно какъ и на свободную поверхность кожи открываются часто колоссально развитыя сальныя желѣзы. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ найдены были даже потовыя желѣзы.

Изъ этихъ сальныхъ и потовыхъ желѣзъ, какъ показываетъ интересный случай, изслѣдованный *Фридендеромъ*¹⁾, могутъ развиваться вторичныя кистовыя образованія, а именно изъ первыхъ ретенционныя кисты, вслѣдствiе накопленiя ороговѣлыхъ клѣтокъ, а изъ вторыхъ — выстланныя мерцательнымъ эпителиемъ кисты съ серозно-слизистымъ содержимымъ и величиною до кулака, выпячивающiя дермоидную стѣнку кисти вглубь.

Волоса обыкновенно бываютъ длинныя, красноватаго или русаго цвѣта. Весьма часто ихъ находятъ въ большомъ количествѣ въ содержимомъ кисты въ видѣ завитковъ. Я самъ видѣлъ такой комокъ волосъ величиною съ кулакъ.

Содержимое кисты состоитъ изъ жирной, кашицеобразной массы, образуемой отпавшими эпителиальными клѣтками и отдѣленiемъ сальныхъ желѣзъ. Иногда въ немъ находятъ кристаллы холестерина и притомъ въ такомъ значительномъ количествѣ, что все содержимое получаетъ особый лоскъ. *Вамбергъ*²⁾ нашелъ въ содержимомъ кисты щавелевую кислоту, большiя количества тирозина и лейцина (надо полагать, вслѣдствiе разложенiя эпителия), мочевины и, вѣроятно, ксантинъ или сходное съ нимъ тѣло.

Кромѣ этихъ постоянныхъ образованiй, въ дермоидныхъ кистахъ находятъ перѣдко кости и зубы.

Кости образуются въ соединительной ткани въ различныхъ формахъ, но всегда со свойствами настоящихъ костей. Онѣ разсматриваются какъ альвеоларныя отростки или челюсти, когда въ нихъ сидятъ зубы. Последнiе показываютъ нормальное строенiе зубовъ, хотя обыкновенно лишь въ зачаточной формѣ. Иногда въ нихъ недостаетъ эмали. Въ музеѣ *Рокитанскаго* существуетъ препаратъ, на которомъ видѣнъ молочный зубъ, атрофированный отъ корня до коронки отъ давленiя надвигавшагося постояннаго зуба. Впрочемъ, иногда зубы сидятъ просто въ соединительной ткани, закрытыя со всѣхъ сторонъ, или вдаваясь своей коронкой въ полость кисты. Они могутъ попадаться въ громадномъ количествѣ; такъ, въ случаѣ, описанномъ *Шнабелемъ*³⁾, въ трехъ кистахъ

¹⁾ Virchow's Arch., т. 56, стр. 365.

²⁾ Observ. aliquot de ovarii tumor. D. i. Berol., 1864, стр. 15.

³⁾ Würtemb. Correspondenzbl., 1844, 10.

найдено болѣе 100 различнаго рода зубовъ, а *Педжетъ* нашелъ разъ даже пѣлыхъ 300 зубовъ.

Въ рѣдкихъ случаяхъ на внутренней стѣнкѣ кисты находятъ сѣрое вещество мозга и большое количество поперечно исчерченныхъ мышечныхъ волоконъ.

Встрѣчаются сочетанія сложныхъ кистомъ съ дермоидными кистами. Подобные случаи описаны *Эйхвальдомъ* ¹⁾, *Мартиномъ* ²⁾, *Крейзомъ* ³⁾ и *Флешемъ* ⁴⁾, который представилъ весьма подробное гистологическое описаніе своего случая. Мнѣніе *Флеша*, будто киста преемственно переходитъ въ дермоидъ, едва ли основательно. Противъ этого говорить уже рѣдкость совмѣстнаго существованія обѣихъ формъ, скорѣе указывающая, что это не болѣе, какъ осложненіе. Въ случаѣ *Помме* ⁵⁾ дермоидныя кисты найдены на обѣихъ яичникахъ и притомъ лѣвая киста была осложнена ракомъ. *Гешль* ⁶⁾ тоже нашелъ ракъ въ стѣнкѣ дермоидной кисты.

Припадки и теченіе.

Дермоидныя кисты весьма часто остаются въ одномъ положеніи и въ такомъ случаѣ большей частью не распознаются при жизни. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, однакоже, онѣ въ извѣстное время начинаютъ быстро расти, представляя вполне клиническую картину кистомъ.

Иррѣдка онѣ вскрываются въ сосѣдніе органы, чаще всего въ прямую кишку и мочевою пузырь. Въ послѣднемъ случаѣ въ мочѣ находятъ атероматозныя массы, волоса и даже кости (въ случаѣ *Блика* и *Вине* ⁷⁾ киста, по всему вѣроятію, вросла въ мочевою пузырь, выдѣлила въ него свое содержимое и выворотилась своей внутренней стѣнкой такъ, что вдавалась въ пузырь въ видѣ полипообразной опухоли, покрытой волосами и причинявшей жестокия боли). Сверхъ того, онѣ вскрываются чрезъ брюшныя покровы и весьма рѣдко во влагалище. Къ счастью, прободеніе ихъ въ брюшную полость со смертельнымъ исходомъ тоже составляетъ рѣдкость.

Вскрытіе можетъ произойти за-разъ въ нѣсколько органовъ, *Ларрей* ⁸⁾ видѣлъ прободеніе чрезъ брюшныя покровы и мочевою пузырь; сюда же долженъ быть отнесенъ описанный *Гримафомъ* ⁹⁾ случай яичниковой

¹⁾ Würzburger med. Zeitschr., 5, стр. 422.

²⁾ Berl. klin. Wochenschr., 1872, № 10.

³⁾ Correspondenzbl. schweiz. Aerzte, 1872, № 100.

⁴⁾ Verhandl. der physikal.-med. Gesellsch. in Würzburg, 1872, т. 3, стр. 111.

⁵⁾ l. c., стр. 39.

⁶⁾ l. c., стр. 58.

⁷⁾ Schmidt's Jahrb., 1871, т. 151, стр. 294.

⁸⁾ *Спенсеръ Уэльсъ*, l. c., стр. 65.

⁹⁾ Lancet, II, 22 нояб. 1870, стр. 741.

беременности заносомъ, въ которомъ киста сообщалась съ прямой кишкой, мочевымъ пузыремъ и пупкомъ.

Что касается распознаванія, то до прокола можно опредѣлить только существованіе кистомы ячника, такъ какъ всѣ признаки, въ томъ числѣ и консистенція опухоли, совершенно напоминаютъ кистомы съ густымъ, коллоиднымъ содержимымъ.

Леченіе точно такое же, какъ при кистомахъ. При быстромъ ростѣ опухоли показана овариотомія.

Плотныя опухоли ячниковъ.

Фиброиды.

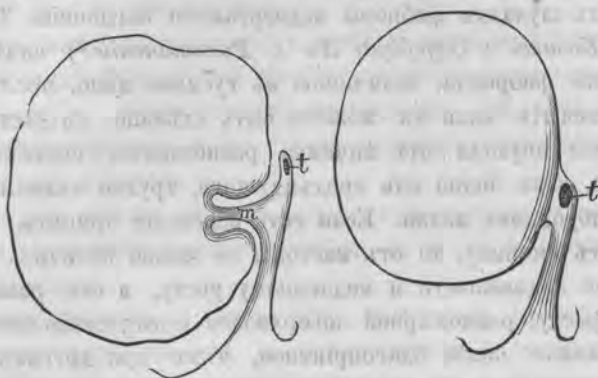
T. C. Lu, Von den Geschwülsten der Gebärmutter, Berlin, 1848, стр. 259.—*Кивинъ*, Klin. Vortr., II, 2-е изд., 1852, стр. 188.—*Рокитанскій*, Lehrb. d. pathol. Anat., 3-е изд., т. 3, стр. 423.—*Клобъ*, Pathol. Anat. d. weibl. Sexualorg., стр. 339.—*Вирховъ* Geschwülste, III, 1, стр. 222.—*Сканциони*, Krankh. d. weibl. Sexualorg., т. 2, 4-е изд., 1867, стр. 127.—*Интэмъ*, Amer. J. of Obst., VI, стр. 106.—*Спенсеръ Уэльсъ*, Diseases of the ovaries, 1872, стр. 49.—*Леопольдъ*, Archiv f. Gyn., т. VI, вѣн. 2.

Фиброиды рѣдко встрѣчаются въ ячникахъ, но за то иногда достигаютъ громадной величины. У *Симпсона* былъ препаратъ вѣсомъ въ 56 фунтовъ, а *Штисельбергъ*¹⁾ описываетъ фиброидъ (вѣроятно, фибросаркому) ячника, достигшій громадной величины. Животъ имѣлъ въ длину 103 сантим., въ обхватѣ 150 сантим., а опухоль вѣсила 30 килограмм. Опухоль была въ обиліи снабжена крупными сосудами, свободно тянувшимися отъ стѣнки живота къ новообразованію, а при проколѣ изъ отверстія выскочилъ сосудъ, толщиною въ перевязочную нить.

Фиброиды ячника развиваются не такъ, какъ фиброиды матки, изъ одного опредѣленнаго мѣста, и потому представляютъ не обособленные опухоли, легко выслаиваемыя, а скорѣе равномерную гипертрофію ячника, при которой довольно хорошо сохраняется форма органа, равно какъ его нормальная связь съ широкой маточной связкой. Последнее обстоятельство служить весьма важнымъ отличіемъ отъ кистомъ ячника. Эта разница въ способѣ прикрѣпленія опухоли отлично видна на схематическихъ рисункахъ, сдѣланныхъ по *Леопольду*. На фиг. 116 представленъ фиброидъ, связанный съ задней поверхностью широкой связки, посредствомъ короткой, но широкой ячниковой брыжейки (mesovarium) (*m*). При этомъ fallopieva труба (*t*), проходящая въ самой широкой связкѣ, сохраняетъ свою нормальную подвижность. Напротивъ, при кистомахъ (фиг. 117), ячникъ вытягивается въ круглую опухоль, на которую прямо переходятъ оба листка широкой связки, такъ что и труба (*t*) тѣсно прилегаетъ къ кистѣ. И такъ, при кистахъ ячника ножка образуется самой широкой связкой, тогда какъ при плотныхъ опу-

¹⁾ Monatsschr. für Geb., т. 23, стр. 415.

холяхъ она состоитъ изъ входящаго въ вырѣзку яичника (hilus) широкаго и короткаго mesovarium'a. Впрочемъ, въ исключительныхъ случа-



Фиг. 116.

Образованіе ножки при фиброидахъ яичника. *t* труба, *m* mesovarium.

Фиг. 117.

Образованіе ножки при кистомахъ яичника. *t* труба.

яхъ, какъ кисты, такъ и плотныя опухоли врастаютъ въ основаніе широкой связки на столько, что вовсе не существуетъ ножки.

Во всемъ же остальномъ фиброиды яичника, по своему виѣшнему виду, ничѣмъ не отличаются отъ фиброидовъ матки. Одни ли только чистые фиброиды встрѣчаются въ яичникахъ или также и фиброміомы, это пока неизвѣстно, такъ какъ даже на трупѣ весьма трудно опредѣлить, принадлежитъ ли фиброидъ маткѣ или яичнику. Дѣло въ томъ, что и маточныя фиброиды могутъ занимать точно такое же положеніе, какъ фиброиды яичника, при чемъ яичникъ атрофируется отъ давленія или срастается съ опухолью до такой степени, что образуетъ какъ-бы часть ея. Поэтому еще очень спорно, не принадлежатъ ли настоящія фиброміомы только маткѣ, тогда какъ изъ яичника развиваются одни только чистые фиброиды. *Вирховъ* утверждаетъ, что фиброміомы хотя и встрѣчаются въ яичникахъ, но въ нихъ существуетъ очень мало гладкихъ мышечныхъ волоконъ.

Весьма рѣдко фиброидъ существуетъ одновременно въ обоихъ яичникахъ.

Вальдейеръ ¹⁾ наблюдалъ фиброидъ яичника, отличавшійся рѣзко выраженнымъ остеоиднымъ строеніемъ, а *Клейнвехтеръ* ²⁾ произвелъ кесарское сѣченіе по причинѣ костной опухоли, которая только въ небольшой части состояла еще изъ фиброзной ткани. Одновременно съ фиброидомъ могутъ существовать и кисты; въ подобныхъ случаяхъ дѣло обыкновенно идетъ объ осложненіи фиброида кистовымъ перерожденіемъ граафова пузырька.

Рокитанскій и *Клобъ* описываютъ образованіе маленькихъ фиброидовъ изъ желтаго тѣла. Подобный же случай наблюдалъ и *Дженксъ* ³⁾.

¹⁾ Arch. f. Gyn., т. 2, стр. 440.

²⁾ Arch. f. Gyn., т. 4, стр. 171.

³⁾ Amer.

J. of Obst., т. VI, стр. 107.

Припадки такіе же, какіе вообще свойственны опухолямъ, развивающимся въ маломъ тазу, и не представляютъ ничего характеристическаго.

Въ рѣдкихъ случаяхъ фибромы подвергаются нагноенію. Такіе случаи наблюдали *Кивингъ* и *Саффордъ Ли* ¹⁾. *Рокитанскій* ²⁾ видѣлъ ихорозное распаденіе фиброида, величиною въ гусиное яйцо, послѣ родовъ.

Распознаваніе едва ли можетъ быть сдѣлано съ достовѣрностью. Происхожденіе опухоли отъ яичника распознается описаннымъ выше образомъ, но, какъ видно изъ предыдущаго, трудно отличить эти опухоли отъ фиброидовъ матки. Если есть основаніе принять, что опухоль принадлежитъ яичнику, то отъ кистомы ее можно отличить по ея твердости, слабой подвижности и медленному росту, а отъ рака, тоже по медленному росту, равномерной поверхности и отсутствію метастазовъ.

Предсказаніе болѣе благопріятное, чѣмъ при другихъ опухоляхъ яичника, такъ какъ фиброиды обыкновенно растутъ медленно или вовсе не увеличивается въ объемѣ. Окостенѣніе тоже должно считаться благопріятнымъ исходомъ.

Леченіе большею частью должно быть чисто симптоматическое. Во всякомъ случаѣ, къ овариотоміи, которая здѣсь представляетъ бѣольшую опасность, чѣмъ при кистомахъ, слѣдуетъ прибѣгнуть только при очень ужъ большой величинѣ опухоли.

Ракъ яичника.

Фёрстеръ, Verh. d. Würzburger phys. med. Ges., т. X, стр. XXIV.—*Клобъ*, Pathol. Anat. d. weibl. Sex., 1864, стр. 369.—*Вальдейеръ*, Arch. f. Gyn., т. 1, стр. 307.—*Томасъ*, Amer. J. of Obst., IV, стр. 76.—*Спенсеръ Уэлсъ*, Diseases of the ovaries, 1872, стр. 54.—*Леопольдъ*, Arch. f. Gyn., т. VI, вып. 2.

Этіологія.

Первичный ракъ яичниковъ (о вторичныхъ ракахъ, какъ не имѣющихъ спеціальнаго интереса, я говорить не буду) встрѣчается весьма рѣдко и чаще всего поражаетъ оба яичника. Онъ вовсе не преимущественно встрѣчается у пожилыхъ женщинъ, а скорѣе, повидимому, поражаетъ молодыхъ и даже не достигшихъ половой зрѣлости.

Патологическая анатомія.

Ракъ яичника встрѣчается въ двухъ различныхъ формахъ. Въ однихъ случаяхъ онъ появляется въ видѣ сплошной инфильтраціи стромы, такъ что весь яичникъ превращается въ обтянутую брюшиной раковую массу, сохраняющую приблизительно форму органа. Перерожденный такимъ образомъ яичникъ можетъ быть величиною съ голову взрослого человѣка.

¹⁾ 1. с., стр. 261.

²⁾ 1. с., стр. 424.

Гораздо рѣже случается, что въ совершенно здоровой ткани образуются одинъ или нѣсколько раковыхъ узловъ, которые увеличиваются и придаютъ яичнику бугристый видъ.

Кромѣ того, встрѣчаются еще и другія канкроидныя формы, которыя въ иныхъ случаяхъ берутъ свое начало отъ сосочковыхъ разраженій кистомы, въ другихъ развиваются самостоятельно. Онѣ свободно вростають въ брюшную полость и, въ случаѣ ихорознаго распаденія, вызываютъ смертельный перитонитъ.

Первое начало раковъ яичника всегда можетъ быть сведено къ эпителиальнымъ составнымъ частямъ желѣзы, т. е. къ мѣшочкамъ или зачаткамъ мѣшочковъ.

И такъ какъ чистыя кистомы, какъ желѣзистое новообразованіе, съ своей стороны, тоже состоятъ въ пролифераціи и проростаніи стромы эпителиальными клѣтками, то неудивительно, что встрѣчаются переходныя и смѣшанныя формы, которыя могутъ быть названы *cystoma carcinomatousum*. Такіе случаи наблюдали *Брухъ* ¹⁾, *Штиселбергъ* ²⁾, *Вагнеръ* ³⁾ и я (у одной душевно-больной на обоихъ яичникахъ).

Ракъ яичника всегда вызываетъ сильное раздраженіе брюшины, такъ что обыкновенно развивается асцитъ и частые острые перитониты. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ хроническій перитонитъ выражается очень ясно обильнымъ выпотомъ, сильнымъ утолщеніемъ или сѣтевиднымъ рисункомъ брюшины.

Ракъ легко переходитъ на сосѣдніе органы, особенно при образованіи узловъ, и распространяется по ножкѣ на тазовую клѣтчатку или прорываетъ эпителий слизистой оболочки яичника, вросая въ брюшную полость на подобіе гриба.

Припадки.

Вначалѣ припадки такіе же, какъ и при другихъ доброкачественныхъ увеличеніяхъ яичника, но затѣмъ наступаетъ быстрый ростъ опухоли съ явленіями хроническаго перитонита, значительно подрывающими силы больной, которая въ концѣ концовъ умираетъ отъ воспаленія брюшины, общаго истощенія, суженія кишекъ и т. д.

Распознаваніе.

Вначалѣ возможно опредѣлить только существованіе твердой опухоли яичника и развѣ еще при двухсторонней опухоли высказаться за ракъ и противъ фиброида. Но вскорѣ общее истощеніе больной и скопленіе

¹⁾ Zeitschr. f. rat. Medicin, 1849, т. 8, стр. 125.

²⁾ Monatsschr. f. Geb., т. 14, стр. 200.

³⁾ Arch. d. Heilk., V, стр. 92.

жидкости въ брюшной полости при сравнительно небольшой опухоли наводятъ на мысль, что дѣло идетъ о раковой опухоли. Отекъ нижнихъ конечностей тоже развивается весьма рано. Кроме того, опухоль весьма чувствительна и сопровождается произвольными болями. Если при этомъ вмѣстѣ съ ухудшеніемъ общаго состоянія и увеличеніемъ брюшной водянки опухоль быстро растетъ, то распознаваніе не подлежитъ болѣе сомнѣнію. Оба случая чистаго рака яичника, которые я наблюдалъ, представляли ту особенность, что рядомъ съ несомнѣнной опухолью яичника новообразование перешло съ основанія опухоли на тазовую кѣтчатку, вслѣдствіе чего опухоль сдѣлалась неподвижной.

Леченіе.

Такъ какъ овариотомія могла бы быть показана развѣ въ началѣ болѣзни, когда распознаваніе злокачественнаго страданія едва ли еще возможно, то остается довольствоваться чисто симптоматическимъ леченіемъ, чтобы хоть сколько нибудь уменьшить страданія больной, пока смерть не положить имъ конца.

Саркома яичника.

Вильксъ, Pathol. Transactions, London, X, стр. 146. — *Вирховъ*, Geschwülste, I, стр. 369. — *Герцъ*, Virchow's Archiv, т. 36, стр. 97. — *Сурминскій*, Diss. inaug. Breslau, 1872. — *Добекъ*, Winkel, Berichte u. Studien etc. Leipzig, 1874, стр. 353. — *Вейгель*, Krankh. d. weibl. Geschlechts, Erlangen, 1874, стр. 440. — *Леопольдъ*, Archiv f. Gyn., т. VI, вып. 2.

Саркома, встрѣчающаяся весьма рѣдко въ яичникѣ и притомъ болѣею частью на обѣихъ сторонахъ, въ видѣ веретенчато-кѣлочной саркомы, развивается изъ соединительно-тканной стромы яичника, которая уже въ нормальномъ состояніи содержитъ маленькія, куцья, веретенообразныя кѣтки. Она отличается особенно сильнымъ развитіемъ сосудовъ, придающихъ всей опухоли пещеристый видъ. Одновременно съ опухолью часто разрастаются и болѣе крупныя граафовы пузырьки, вызывая такимъ образомъ осложненіе саркомы кистой. Изрѣдка встрѣчаются и еще болѣе сложныя формы опухоли. Такъ, *Шпиттельбергъ*¹⁾ описалъ подъ именемъ myosarcoma carcinomatodes, саркоматозное перерожденіе въ слизистой основной ткани, мѣстами съ явственными эпителиальными альвеолами.

Саркоматозная опухоль, производящая, подобно фиброиду, довольно равномѣрную гипертрофію яичника, можетъ достигнуть значительной величины, хотя описанная *Клеменсомъ*²⁾ медулярная саркома едва-ли можетъ быть отнесена сюда.

¹⁾ Monatsschr. f. Geb., т. 30, стр. 380.

²⁾ Deutsche Klin., 1873, № 3.

Теченіе, повидимому, довольно быстрое, а предсказаніе такъ же неблагоприятно, какъ при ракъ.

Распознаваніе очень затруднительно. Быстрый ростъ, раннее развитіе брюшной водянки и чувствительность указываютъ только на злокачественность опухоли, такъ что ракъ можно исключить развѣ по отсутствію метастазовъ и нѣскольکو большей подвижности опухоли.

Леченіе здѣсь такое же, какъ при ракъ. Однакоже, въ виду того, что саркома не такъ постоянно переходитъ на кѣтъчатку, надежда на радикальное излеченіе здѣсь больше.

Папиллома яичника.

Гуссеровъ и *Эбертъ*, *Virchow's Archiv*, т. 43, стр. 14.—*Клебъ*, *Handbuch d. pathol. Anat.*, 4 вып., 1873, стр. 794.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ отъ поверхности яичника отходитъ вѣтвистое сосочковое разраженіе, похожее на цвѣтную капусту, одѣтое цилиндрическимъ или многослойнымъ пластинчатымъ эпителиемъ. Въ весьма интересномъ случаѣ, сообщенномъ *Гуссеровымъ* и *Эбертомъ*, эта опухоль вызвала сильную брюшную водянку съ расхожденіемъ пупка и выпаденіемъ кишки.

Бугорчатка яичника

встрѣчается, кажется, въ высшей степени рѣдко ¹⁾ и не имѣетъ никакого практическаго значенія.

БОЛѢЗНИ МАТОЧНЫХЪ СВЯЗОКЪ И СМЕЖНЫХЪ ЧАСТЕЙ БРЮШИНЫ.

Болѣзни круглыхъ связокъ.

Ray, *Neue Zeitschr. d. Geb.*, т. 28., стр. 289.

Круглыя связки представляютъ продолженіе поверхностнаго мышечнаго слоя матки; вслѣдствіе этого, онѣ принимаютъ близкое участіе въ измѣненіяхъ матки.

При порокахъ образованія матки онѣ имѣютъ особенно важное значеніе для діагностики, такъ какъ ими опредѣляется граница между рогами и фаллопиевыми трубами. При отсутствіи матки и трубъ, не бываетъ также и круглыхъ связокъ.

Кромѣ того, онѣ участвуютъ и въ увеличеніяхъ матки. Особенно это замѣтно при беременности, когда онѣ утолщаются въ плотныя жгуты,

¹⁾ *Клебъ*, *Pathol. Anat. d. weibl. Sex.*, стр. 372, и *Спенсеръ Уэльсъ*, I. с., стр. 64.

прощупываемые сбоку матки, главнымъ образомъ у первородящихъ, у которыхъ онѣ способны сокращаться.

Практическое значеніе имѣютъ собственно только опухоли круглыхъ связокъ, такъ какъ ихъ можно смѣшать съ грыжами. Менѣе возможна эта ошибка при варикозныхъ расширеніяхъ венъ круглыхъ связокъ, хотя *Буавенъ* и *Дюжэ* ¹⁾ изобразили на рисункѣ случай, гдѣ очень сильно развитыя варикозныя расширенія этихъ связокъ были приняты за двустороннюю паховую грыжу.

Гораздо легче возможны ошибки при

Hydrocele lig. rotundi.

Реньоли, Archives génér., 2 серія, т. V, 1834.—*Сакки*, Oesterreich. Jahrb., 1833, т. 14.—*Полантъ*, Prager Vierteljahrschrift, 1845, I, стр. 125.—*Бендсъ*, Hosp. Moddelelser, т. V, вып. 3, 1853.—*Обена*, Des tumeurs de la vulve. Thèse. Strasbourg, 1860, стр. 44.—*Гартъ*, Amer. J. of Obst., т. IV, стр. 15.—*Геншигъ*, Zeitschr. f. Med., Chir. u. Geb., 1868, № 6.

Помимо простого отечнаго набуханія окутывающей круглую связку клетчатки, тоже описаннаго какъ hydrocele, различаютъ двѣ формы этой болѣзни, внѣбрюшинную и внутрибрюшинную. Первая развивается въ gubernaculum Hunteri (впослѣдствіи lig. rot. у женщинъ), либо въ видѣ новообразованной кисты, либо прямо изъ канала gubernaculum, если послѣднее, какъ принимаетъ *Е. Г. Веберъ*, первоначально представляетъ полый каналъ.

Вторая форма развивается вѣдствіе того, что у женщины образуется въ видѣ исключенія настоящей processus vaginalis peritonei, тянущійся чрезъ паховой каналъ къ лобку. Если этотъ отростокъ заустѣваетъ только у внутренняго пахового кольца, то первоначально внутрибрюшинная полость канала превращается въ hydrocele. Я самъ видѣлъ случай, въ которомъ съвороточное содержимое можно было выдѣлить въ брюшную полость и въ которомъ, слѣдовательно, сообщеніе processus vaginalis съ брюшной полостью оставалось открытымъ.

Hydrocele представляетъ, величиною въ яйцо, мягкую и просвѣчивающую опухоль, которая уже много разъ была принята за грыжу и подвергалась грыжесѣченію.

Perimetritis или pelveoperitonitis и parametritis.

Гризомъ, Archives génér. de med., III сер., т. IV, 1839.—*Маршалъ де Кампи*, Des absces phlegmoneux intrapelviens, 1844.—*Нопа*, Gaz. des hôp., 1850, № 25, и 1859, № 125, и Traité prat. des mal. de l'utérus etc. Paris, 1860, стр. 232 и 710.—*Валлей*, Union méd., 1853, № 125.—*Галларъ*, Gaz. des hôp., 1855, № 128, и Annales de Gynécologie, февр. 1874.—*Беккерель*, Maladies de l'utérus, Paris, 1859, т. I, стр. 438.—*Берншоу* и *Гупиль*, Archives génér., мартъ-апрѣль 1857, I, стр. 285 и 419, и Clinique

¹⁾ Atlas, табл. 32, фиг. 3.

méd., II, стр. 1, и *Бернцогъ*, Archives de Tocologie, мартъ-октябрь 1874.—*Аранъ*, Bulletin de thérap., июль-августъ 1859, и Leçons cliniques, стр. 653.—*Бэннетъ*, On inflammation of the uterus. London, 1853, стр. 225.—*Дизли*, Edinburgh med. J., июль 1855.—*Ч. Белль*, Edinb. med. J., окт. и дек. 1856 и янв. 1857.—*Симпсонъ*, Med. Times, июль-августъ 1859, Edinb. monthly J., дек. 1852, Sel. Obst. Works, 1871, стр. 811.—*Матьюсъ Дэйканъ*, A practical treatise on perimetritis and parametritis. Edinb., 1868.—*Клобъ*, Wiener med. Woch., 1862, № 48 и 49, и Pathol. Anat. d. weibl. Sex., стр. 392.—*Нейератъ*, Die latente Gonorrhoe im weibl. Geschl., Bonn, 1872.—*Броунъ*, Amer. J. of med. sc., июль 1872, стр. 56.—*Смитъ*, Boston gyn. J., т. VII, стр. 113.—*Айткенъ*, Edinburgh. Obst. Tr., т. II, стр. 77.—*Штисельбергъ*, въ Volkmann's Samml. klin. Vortr., № 71.

Много споровъ было вызвано вопросомъ объ отношеніи периметрита—т. е. воспаленія тазовой части брюшины и потому правильнѣе пельвеоперитонита—къ параметриту, воспаленію лежащей подъ брюшиной клѣтчатки, и, какъ часто бываетъ въ подобныхъ случаяхъ, въ пылу борьбы защитники одной изъ этихъ формъ совершенно стали отрицать существованіе другой. Особенно горячо велся этотъ споръ со стороны французовъ, между которыми за пельвеоперитонитъ стояли особенно *Бернцогъ*, *Гуттилъ* и *Аранъ*, а за параметритъ *Нона* и въ Англии *Симпсонъ*.

Трудно сказать, кто правъ въ этомъ случаѣ, такъ какъ при жизни эту болѣзнь весьма трудно опредѣлить съ достовѣрностью, а вскрытія попадаются довольно рѣдко. Кромѣ того, даже на трупѣ трудно рѣшить этотъ вопросъ, такъ какъ и внутрибрюшинные выпоты могутъ облечься новообразованной перепонкой, имѣющей большое сходство съ брюшиной.

Какъ будетъ подробно выяснено ниже, я смотрю на дѣло такъ, что параметритъ есть флегмона клѣтчатки, обусловливаемая зараженіемъ гниlostными веществами, вслѣдствіе чего онъ весьма часто встрѣчается въ послѣродовомъ періодѣ, вѣ же этого времени довольно рѣдко; тогда какъ периметритъ представляетъ частное воспаленіе брюшины, которое можетъ быть вызвано и часто дѣйствительно вызывается самыми разнообразными причинами.

Оставляя въ сторонѣ послѣродовыя формы, мы попытаемся изложить здѣсь оба эти состоянія отдѣльно, при чемъ рассмотримъ сперва периметритъ, который вѣ послѣродового періода встрѣчается чаще и имѣетъ большее значеніе, а затѣмъ уже перейдемъ къ параметриту.

Perimetritis, pelveoperitonitis.

Этіологія.

Пельвеоперитонитъ можетъ быть вызванъ самыми разнообразными причинами. Такъ, онъ можетъ развиваться изъ параметрита, вслѣдствіе пере-

хода воспаленія на брюшину, что весьма часто случается въ послѣдовомъ періодѣ.

Особенно часто онъ является, какъ осложненіе, при цѣломъ рядѣ заболѣваній матки. Такъ, онъ весьма легко присоединяется къ метриту и эндометриту; далѣе, при растяженіяхъ матки, а именно при гематометрѣ и фиброидахъ, при смѣщеніяхъ матки, преимущественно при выворотѣ и выпаденіи, но также при наклоненіяхъ и перегибахъ. Большія злокачественныя новообразованія матки всегда влекутъ за собою периметритъ.

Рѣже пельвеоперитонитъ присоединяется къ воспаленіямъ или къ легкимъ увеличеніямъ яичника. За то онъ всегда появляется послѣ разрыва мелкихъ кистъ яичника или гноевиковъ, а также послѣ кровотеченій изъ лопнувшихъ венъ или вскрывшагося графова пузырька. При очень крупныхъ опухоляхъ яичника перитонитъ составляетъ весьма обыкновенное осложненіе.

Нерѣдко периметритъ беретъ свое начало отъ фаллопиевыхъ трубъ. Это бываетъ, какъ при увеличеніяхъ и новообразованіяхъ этихъ органовъ, такъ и при выступленіи крови чрезъ брюшное отверстіе ихъ, чаще же всего при воспаленіяхъ слизистой оболочки трубъ, при чемъ либо воспалительный процессъ распространяется по смежности на граничащую съ брюшнымъ отверстіемъ брюшину, либо продукты воспаления, катарральное отдѣленіе или гной, выступаютъ въ брюшную полость. Этимъ же путемъ, вѣроятно, пельвеоперитонитъ часто развивается при трипперѣ, на что уже раньше указалъ *Бернцонъ*, а въ новѣйшее время указываетъ *Нёператъ*. *Джэймсъ* ¹⁾ тоже приписываетъ трипперу частое появленіе пельвеоперитонита и благоприятное теченіе его у проституткозъ ²⁾.

Нёператъ въ Нью-Йоркѣ считаетъ трипперъ у мужчинъ за невзлечимую болѣзнь и полагаетъ, что, даже будучи, повидимому, излеченъ, онъ все еще остается въ скрытомъ состояніи и всегда заражаетъ женщину. У послѣдней развивается воспаленіе слизистой оболочки отъ влагалищнаго входа до яичника. *Н.* проводитъ этотъ взглядъ съ большою послѣдовательностью. На замѣчаніе, что при такой частотѣ триппера у мужчинъ (по нему и *Рикору*, 80 проц.) почти всѣ женщины должны были быть больны, онъ отвѣчаетъ: „да развѣ онъ и не болѣнъ всѣ? Дѣло дошло до того, что молодыя дѣвушки боятся выходить замужъ, потому что знаютъ, что всѣ ихъ знакомыя тотчасъ же заболѣвали, да такъ и оставались больными“. По его мнѣнію, гоноррея у женщинъ является въ видѣ остраго периметрита (а также послѣродоваго), рецидивирующаго периметрита, хроническаго периметрита и воспаленія яичника. Главную роль играетъ при этомъ катарръ трубы, такъ какъ, вслѣдствіе внезапнаго изліянія хотя бы нѣсколькихъ капель отдѣленія (вслѣдствіе сокращенія трубы), могутъ развиваться различныя формы периметрита до остраго, быстро оканчивающагося смертью, перитонита. Бесплодіе тоже составляетъ очень обыкновенное слѣдствіе скрытой гонорреи и, если происходитъ зачатіе, то дѣло оканчивается выкидышемъ, преждевременными родами и периметритомъ въ теченіи беременности и въ послѣдовомъ періодѣ.

Нѣтъ сомнѣнія, что мнѣніе *Н.* звучитъ довольно странно, но тѣмъ не менѣе я не могу не замѣтить, что хроническія воспаленія половыхъ органовъ, катарръ влагалища,

¹⁾ Brit. med. J., 1871, стр. 539.

²⁾ См. еще *Макдональдъ*, Edinb. med. J., іюнь 1873, стр. 1086.

эндометритъ, метритъ и периметритъ, дѣйствительно вызываются весьма часто триппернымъ зараженіемъ.

Но я считаю сомнительнымъ постоянное существованіе катарра трубъ при гонорреѣ и преобладающее этиологическое значеніе его для периметрита. По моему мнѣнію, дѣло происходитъ такимъ образомъ, что часто эндометритъ вызываетъ метритъ, а послѣдній, въ свою очередь, вызываетъ периметритъ.

Далѣе, пельвеоперитонитъ можетъ развиваться при разстройствахъ менструаціи, а именно при дисменорреѣ и остановкѣ мѣсячныхъ очищеній. Однакоже, въ послѣднемъ случаѣ острое воспаленіе матки и ея покрова составляетъ первичное явленіе, а остановка мѣсячныхъ есть только первый симптомъ его.

Воспаленіе тазовой брюшины можетъ произойти и отъ травматическихъ причинъ, и притомъ не столько отъ удара въ животъ или случайныхъ пораненій, сколько отъ медицинскихъ приѣмовъ, кровавыхъ операцій, вставленія зонда, внутриматочныхъ пессаріевъ и т. д. Въ числѣ травматическихъ вліяній, вызывающихъ периметритъ, приводится и половой актъ, но очень можетъ быть, что въ этихъ случаяхъ, имѣющихъ мѣсто у молодыхъ женщинъ и проститутокъ, дѣло идетъ просто о трипперномъ зараженіи.

Въ заключеніе я долженъ замѣтить, что процессы, которые сопровождаются хроническимъ воспаленіемъ брюшины, совершенно независимо отъ половой сферы, тоже могутъ повлечь за собою хроническое воспаленіе тазовой брюшины. Къ такимъ процесамъ на первомъ планѣ должны быть отнесены бугорчатка или раковое перерожденіе брюшины или сальника. Послѣдніе имѣютъ большое значеніе для дифференціальной гинекологической діагностики.

Бернгольцъ приводитъ слѣдующія данныя относительно 99 случаевъ пельвеоперитонита, имѣющія, впрочемъ, болѣе условное значеніе:

43 периметрита въ послѣродовомъ періодѣ,

28 послѣ триппернаго зараженія,

20 отъ разстройствъ мѣсячныхъ,

8 травматическаго происхожденія, а именно	{	3 послѣ половыхъ излишествъ,
		2 послѣ сифилит. пораж. шейки,
		2 послѣ введенія зонда,
		1 послѣ влагалищной души.

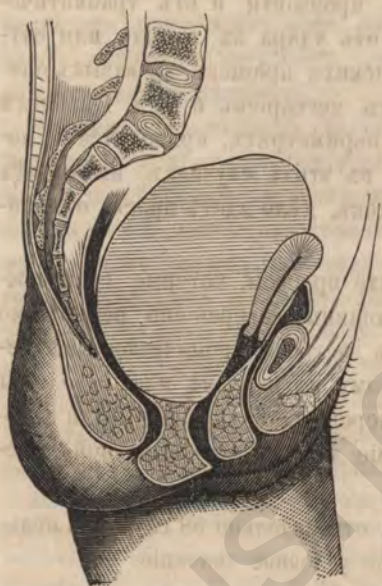
Патологическая анатомія.

Периметритъ представляетъ воспаленіе тазовой части брюшины, которое можетъ имѣть различный характеръ.

При легкихъ формахъ воспаленія, не остается никакихъ измѣненій въ пораженныхъ частяхъ или дѣло ограничивается легкими отложеніями и утолщеніями брюшины.

Весьма часто, однакоже, воспаление ведетъ къ образованію ложно-перепончатыхъ сращеній между отдѣльными органами малаго таза. Такъ, очень часто фаллопиевы трубы и яичники оказываются смѣшенными, большею частью назадъ, и припаянными къ маткѣ или къ брюшинѣ задней тазовой стѣнки. Весьма часто также матка даетъ сращения назадъ или по бокамъ, гораздо рѣже впередъ. Съ другой стороны, тазовая брюшина можетъ образовать сращения съ лежащими выше органами, преимущественно съ кишками и сальникомъ.

Иногда эти сращения отличаются чрезвычайной тонкостью и нѣжностью, такъ что разстилаются между органами на подобіе паутины. Въ другихъ же случаяхъ образуются толстыя и широкія ложныя перепонки, которыя переходятъ съ одного органа на другой на подобіе мостовъ, или покрываютъ матку и сосѣдніе съ ней органы на большомъ протяженіи. Если нѣсколько такихъ слоевъ ложныхъ перепонокъ будутъ расположены другъ надъ другомъ, то между ними могутъ скопляться значительныя количества желтоватой сыворотки. Нѣчто подобное происходитъ и въ томъ случаѣ, когда дугласово пространство накрывается сверху мостикомъ и такимъ образомъ совершенно отгораживается отъ брюшной полости. Между отдѣльными ложными перепонками, равно какъ въ отгороженной ими части можетъ скопляться жидкая желтая сыворотка, отдѣляемая самими перепонками, вслѣдствіе чего образуются настоящія кисты. Послѣднія сидятъ иногда въ дугласовомъ пространствѣ и, если жидкость продолжаетъ отдѣляться, растягиваютъ его въ видѣ очень крупной опухоли (точь въ точь какъ при haematocoe) (фиг. 118). Но онѣ могутъ располагаться и на другихъ мѣстахъ, при чемъ большею частью образуютъ слегка плоскіе, серозные выпоты между перепонками, которые при продолжающемся отдѣленіи закругляются и могутъ быть приняты за кисты.



Фиг. 118.

Pelvooperitonitis serosa въ дугласовомъ пространствѣ.

При болѣе сильномъ периметритѣ, въ брюшной полости появляется жидкій серозный или болѣе плотный фибриновый, а въ болѣе трудныхъ случаяхъ даже гнойный выпотъ.

При болѣе сильномъ периметритѣ, въ брюшной полости появляется жидкій серозный или болѣе плотный фибриновый, а въ болѣе трудныхъ случаяхъ даже гнойный выпотъ.

Этотъ выпотъ скопляется въ нижней части брюшной полости по направленію къ дугласову пространству, гдѣ онъ играетъ чрезвычайно

различную роль. Покуда выпоть находится въ жидкомъ состояніи, онъ занимаетъ въ дуглассовомъ пространствѣ мѣсто кишечныхъ петель. Если пузырь и прямая кишка пусты (см. фиг. 53 на стр. 138), то между задней стѣнкой матки и передней стѣнкой прямой кишки образуется большое пространство, которое въ нормальномъ состояніи выполняется кишечными петлями, а при периметритѣ существующимъ выпотомъ, который тяжелее кишекъ и потому выпираетъ послѣднія на поверхность. Но, покуда онъ жидокъ, выпоть уходитъ вверхъ въ брюшную полость, по мѣрѣ того, какъ, вслѣдствіе наполненія прямой кишки и мочевого пузыря, прямая кишка и матка сближаются между собою; вслѣдствіе этого при двойномъ изслѣдованіи его такъ же трудно прощупать въ дуглассовомъ пространствѣ, какъ и пустыя кишки, такъ какъ и тотъ и другія ускользаютъ изъ-подъ пальца. Такимъ образомъ, жидкій выпоть выполняетъ дуглассово пространство лишь на столько, на сколько это допускаютъ мочевой пузырь и прямая кишка. Но дѣло измѣняется, когда экссудатъ оплотнѣваетъ, дѣлается твердымъ. Въ этомъ случаѣ онъ остается на своемъ мѣстѣ и можетъ быть прощупанъ (см. фиг. 45 на стр. 83). Тѣ же отношенія представляетъ и жидкій выпоть, когда онъ затянутъ сверху перепонкой на столько, что не можетъ болѣе ускользнуть въ брюшную полость. Въ этомъ случаѣ, если постѣ затягиванія перепонкой выпотѣніе продолжается въ замкнутую полость, выступаетъ на сцену новое явленіе, а именно: такъ какъ всѣ стѣнны этой полости значительно растягиваются, дно дуглассова кармана выпирается внизъ, прямая кишка сдавливается, а матка отбѣняется впередъ къ лонному соединенію, то образуется громадная напряженная заматочная опухоль, представляющая тѣ же отношенія, какъ кровяная опухоль при haematocele (см. фиг. 118 на стр. 374).

Въ тѣхъ случаяхъ, когда дуглассово пространство запаивается сверху или когда возлѣ него происходитъ частное выпотѣніе въ какой нибудь замкнутой полости, то внизъ вытягиваются другія части брюшины, такъ какъ нормальная брюшина легче растягивается, чѣмъ плотныя ложныя перепонки. Вслѣдствіе этого, сбоку и даже спереди матки появляются опухоли, спускающіяся глубоко внизъ и которыя могутъ занимать тѣ же мѣста, какъ и параметрическіе выпоты.

Если воспалительный экссудатъ очень великъ, то онъ можетъ выполнить всю нижнюю часть брюшной полости, перекрывая дно матки, мочевого пузыря и доходя даже до передней брюшной стѣнки. Но и въ этомъ состояніи выпоть можетъ окружиться сумкой и подвергнуться обратному развитію.

Что касается окончательной судьбы этихъ разнообразныхъ продуктовъ периметрита, то простыя воспалительныя утолщенія брюшины, равно какъ и сращенія, большею частью остаются безъ измѣненія, хотя сра-

щенія между отдѣльными органами, повидимому, могутъ сильно истончаться, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже совершенно всасываются.

Желтые серозные выпоты, собирающіеся между ложными перепонками въ дугласовомъ пространствѣ, могутъ необыкновенно долго оставаться въ одномъ и томъ же положеніи, но они могутъ также осложниться кровоизліяніями и послѣдовательнымъ нагноеніемъ. Въ другихъ случаяхъ въ послѣдствіи происходитъ полное всасываніе.

Фибринозные, а также и гнойные экссудаты обыкновенно подлежатъ по окончаніи воспаленія болѣе или менѣе полному всасыванію; но, съ другой стороны, они могутъ оставаться долгое время въ видѣ окруженныхъ сумками гнойныхъ гвѣздъ, или вызываютъ образованіе тазовыхъ гноевиковъ, которые въ неблагопріятныхъ случаяхъ подвергаются гнилоственному распаденію, влеча за собою общее воспаленіе брюшины.

Обыкновенно же дѣло кончается вскрытіемъ гноевика наружу или во внутренніе органы. Вскрытіе на поверхность тѣла чаще всего происходитъ въ бедренномъ сгибѣ между внутреннимъ и наружнымъ паховымъ отверстіемъ. Но оно можетъ произойти также сбоку отъ задняго прохода, или у верхней внутренней части бедра и даже черезъ запирательную дыру. Рѣдко гной выдѣляется чрезъ сѣдалищную дыру и ягодицы. Очень крупныя гноевики могутъ вскрываться надъ гребешкомъ подвздошной кости, или еще выше на спинѣ.

Вскрытіе внутрь чаще всего происходитъ въ прямую кишку, менѣе часто во влагалище и лишь изрѣдка въ мочевой пузырь. Такъ какъ гноевикъ окруженъ плотными сращеніями, все болѣе и болѣе отвердѣвающими, то весьма рѣдко наблюдается вскрытіе его въ брюшную полость съ немедленнымъ смертельнымъ исходомъ или послѣдовательнымъ общимъ перитонитомъ. Весьма рѣдко также гноевикъ вскрывается въ матку.

Можетъ случиться, что прободеніе происходитъ за-разъ въ нѣсколькихъ мѣстахъ; такъ, Денканъ сообщаетъ случай одновременнаго вскрытія въ прямую кишку и мочевой пузырь. Симпсонъ ¹⁾ также наблюдалъ образованіе постоянного пузырно-кишечнаго свища (крайне рѣдкое явленіе у женщинъ) послѣ двойнаго вскрытія гноевика. Въ другомъ случаѣ, видѣнномъ имъ же ²⁾, пузырно-кишечный свищъ проходилъ чрезъ яичникъ. Кромѣ того, Симпсонъ сообщаетъ случай двойнаго прободенія съ образованіемъ пузырно-маточныхъ и маточно-кишечныхъ свищей.

Въ видѣ вторичнаго измѣненія матки при периметритѣ, Клобъ ³⁾ наблюдалъ ожирѣніе наружнаго маточнаго слоя, напоминавшее ожирѣніе сердечной мышцы при перикардитѣ.

¹⁾ Sel. obst and gyn. Works, Edinburgh, 1871, стр. 812.

²⁾ e. l., стр. 816.

³⁾ l. c., стр. 397.

Припадки и теченіе.

Периметритъ, представляющій въ сущности ничто иное, какъ частное воспаленіе брюшины, можетъ являться въ хронической и острой формѣ.

Хроническая форма образуется при нѣкоторыхъ страданіяхъ матки, поддерживающихъ продолжительное раздраженіе брюшиннаго покрова ея. Такъ, оно бываетъ при гематометрѣ, фиброидахъ, смѣщеніяхъ матки, при рагѣ, дисменорреѣ, равно какъ при увеличеніяхъ фаллопиевыхъ трубъ и яичниковъ. Точно также воспаленія матки и истеченіе гноя или крови изъ брюшнаго отверстія фаллопиевой трубы довольно часто влекутъ за собой не острое, а хроническое воспаленіе брюшины. Вотъ почему трипперное зараженіе весьма часто имѣетъ своимъ послѣдствіемъ хроническій пельвеоперитонитъ.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ болѣзнь имѣетъ вполне затяжное теченіе. Она никогда не начинается ясно выраженной лихорадкой, но тѣмъ не менѣе больная большей частью въ состояніи съ точностью опредѣлить начало своей болѣзни. Только въ очень рѣдкихъ случаяхъ она начинается почти безъ всякихъ признаковъ (даже безъ значительной боли въ животѣ); иногда единственнымъ признакомъ зарождающагося страданія служить частый позывъ къ мочеиспусканію. Гораздо чаще больная уже съ самаго начала чувствуютъ сильное недомоганіе, хотя остаются на ногахъ. Постоянныя боли въ животѣ, въ высшей степени отягощающія больныхъ, неспособность къ мало мальски напряженному труду, хроническіе запоры и продолжительные поносы не переводятся во все время болѣзни. Вслѣдствіе разстройствъ со стороны кишечнаго канала и отсутствія аппетита больная сильно худѣетъ.

Во многихъ случаяхъ при хроническомъ периметритѣ замѣчаются такіе же временныя ухудшенія, какъ при хроническомъ воспаленіи матки, часто, хотя и не всегда, связанныя съ періодомъ мѣсячныхъ очищеній.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, однакоже, страданія чрезвычайно незначительны и, не смотря даже на обширныя сращенія въ маломъ тазу, выражаются лишь временными болями въ животѣ, особенно сильными въ томъ случаѣ, когда, вслѣдствіе значительныхъ напряженій брюшнаго пресса, матка претерпѣваетъ чрезвычайно сильное смѣщеніе.

Весьма часто при хроническомъ периметритѣ половой актъ сопровождается болью. Отчасти это объясняется тѣмъ, что подъ вліяніемъ усиленной гипереміи существующая уже чувствительность еще болѣе возрастаетъ, главнымъ же образомъ это должно быть приписано механическому растяженію маточныхъ сращеній во время полового акта. Послѣдняя причина особенно явственно выступаетъ въ томъ случаѣ, когда матка укрѣплена сращеніями въ довольно глубокомъ положеніи. Я наблюдалъ подобный случай, гдѣ, въ виду полной проходимости влагалищнаго входа, я иначе

не могъ себѣ объяснить существующій вагинизмъ, какъ сильными болями, исходившими первоначально отъ матки.

Нерѣдко, однакоже, пельвеоперитонитъ появляется въ совершенно острой формѣ. Чаще всего это имѣетъ мѣсто при послѣ-родовой формѣ, о которой мы здѣсь говорить не будемъ, затѣмъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ онъ является продолженіемъ первичнаго периметрита, слѣдовательно, главнымъ образомъ послѣ извѣстныхъ терапевтическихъ приѣмовъ, какъ-то: впрыскиваній, вставленія прессованныхъ губокъ, зондовъ, внутриматочныхъ пессаріевъ и кровавыхъ операций. Кромѣ того, острый периметритъ можетъ образоваться при эндометритѣ и метритѣ, въ особенности же вслѣдствіе изліянія гноя или крови чрезъ брюшное отверстіе фаллопіевой трубы. Этимъ объясняется довольно частое появленіе острыхъ формъ периметрита послѣ триппернаго зараженія. Простуда, особенно во время регулъ, также можетъ вызвать острый периметритъ, одновременно съ остановкой мѣсячныхъ очищеній.

Картина болѣзни въ этихъ случаяхъ такая же, какъ вообще при остромъ мѣстномъ воспаленіи брюшины. Одновременно съ потрясающимъ ознобомъ или чувствомъ холода, а часто и безъ этихъ явленій, появляются высокая температура, учащенный пульсъ, сильныя произвольныя боли и значительная чувствительность къ давленію въ подчревной области. Вмѣстѣ съ этимъ иногда появляются сильная вздутость живота и рвота.

Въ первое время остраго заболѣванія животъ до того чувствителенъ къ давленію, что о точномъ двойномъ изслѣдованіи нечего и думать. При изслѣдованіи же чрезъ влагалище, не находятъ никакихъ особенныхъ измѣненій, кромѣ возвышенной температуры, разрыхленія слизистой оболочки и влагалищнаго пульса. Надо замѣтить, что влагалищный пульсъ, который *Нона* почему-то считаетъ характеристическимъ для флегмонозныхъ опухолей, не есть принадлежность какой либо спеціальной болѣзни, а встрѣчается чаще всего при опухоляхъ матки и сосѣднихъ съ нею органовъ (беременности, фиброидахъ, опухоляхъ яичниковъ и т. д.), затѣмъ при воспаленіяхъ матки и ея придатковъ (метритѣ, периметритѣ и параметритѣ).

Теченіе остраго пельвеоперитонита представляетъ слѣдующія особенности. Въ не очень рѣдкихъ случаяхъ воспаленіе охватываетъ всю брюшину и ведетъ къ обычнымъ исходамъ общаго перитонита, то-есть, чаще всего къ смерти. Въ другихъ случаяхъ воспаленіе останавливается на извѣстной границѣ, такъ что остаются лишь вызванныя имъ измѣненія, или же оно переходитъ въ хроническую форму, которая ведетъ къ продолжительному страданію и нерѣдко сопровождается обостреніемъ.

Если острый періодъ тазового перитонита закончился, или если съ самаго начала болѣзни имѣла хроническое теченіе, то при изслѣдованіи

получаются весьма интересныя и, смотря по отложившимся продуктамъ, весьма разнообразныя измѣненія.

Если патологическія измѣненія ограничиваются отложеніями и утолщеніями брюшины, то, покуда воспаленіе не совсѣмъ затихло, замѣчается при двойномъ изслѣдованіи ограниченная чувствительность къ давленію, которая впослѣдствіи совершенно пропадаетъ.

Не очень толстыя сращенія и ложныя перепонки обыкновенно не прощупываются, но часто могутъ быть узнаны по обнаруживаемымъ ими дѣйствіямъ. Особенно это имѣетъ мѣсто въ томъ случаѣ, когда они закрѣпляютъ въ опредѣленномъ мѣстѣ обыкновенно подвижныя органы малаго таза, какъ, напримѣръ, матку и яичники. Другое дѣйствіе сращеній, обнаруживаемое ощупываніемъ, можетъ заключаться въ томъ, что, благодаря имъ, при изслѣдованіи становятся доступными такіе мягкіе органы, которые обыкновенно ускользаютъ изъ-подъ пальца, какъ, напримѣръ, кишечныя петли, а также и сальникъ. Въ этихъ случаяхъ въ самой верхней части тазового входа прощупывается неопредѣленное сопротивленіе въ видѣ разлитыхъ мягкихъ опухолей, положеніе и величину которыхъ точно опредѣлить невозможно. Плотность этой опухоли весьма различна, смотря по степени наполненія кишекъ. Если въ нихъ заключены газы, то прощупывается какое-то неясное сопротивленіе, а при двойномъ изслѣдованіи не удается какъ слѣдуетъ свести пальцы обѣихъ рукъ, хотя собственно опухоли и не замѣчаются. Если же приросшія кишечныя петли наполнены каломъ, то прощупываются разлитыя опухоли, величину и очертаніе которыхъ трудно различить. Необходимо знать эти опухоли, образуемыя сросшимися съ половыми органами кишками, такъ какъ онѣ весьма характеристичны. Въ этихъ случаяхъ кишки, связанныя посредствомъ сращеній съ половыми органами, не ускользаютъ изъ-подъ изслѣдующаго пальца и потому могутъ быть прощупаны.

Серьзные выпоты между ложными перепонками прощупываются одинаковымъ образомъ съ настоящими экссудатами.

Послѣдніе, какъ ужъ замѣчено выше, покуда они существуютъ въ брюшной полости въ жидкомъ состояніи, такъ же мало могутъ быть прощупаны въ видѣ опухоли, какъ трудно опредѣлить осязаніемъ границы свободной жидкости при брюшной водянкѣ, ибо эта жидкость потому и свободна, что ускользаетъ, когда ее надавишь. Другое дѣло, когда ускользаніе экссудата изъ-подъ пальца затрудняется вслѣдствіе затвердѣнія его или образованія сумки. Въ этомъ случаѣ при двойномъ изслѣдованіи экссудатъ прощупывается въ видѣ опухоли, величина, положеніе и границы которой могутъ быть точно опредѣлены. Въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ внутрибрюшинные экссудаты нащупываются въ дуглассовомъ пространствѣ, которое, какъ въ стоячемъ положеніи, такъ и въ положеніи на спинѣ, образуетъ самую глубокую часть

брюшной полости, вслѣдствіе чего въ него и спускается экссудатъ. Здѣсь же, отвердѣвъ или окутавшись сумкой, онъ образуетъ различнаго объема заматочную опухоль, которая можетъ достигнуть громаднѣхъ размѣровъ, если внутри сумки выпотѣніе продолжается (фиг. 118).

Въ тѣхъ случаяхъ, когда дугласово пространство уже раньше было запаяно вслѣдствіе воспалительныхъ процессовъ, или когда закрытыя полости образовались на другихъ мѣстахъ, внутрибрюшинныя опухоли могутъ помѣщаться и сбоку матки. Подобные экссудаты всегда занимаютъ первоначально высокое мѣсто, такъ что чрезъ одно только влагалище ихъ пропустить невозможно, иногда же они помѣщаются надъ малымъ тазомъ и по бокамъ, въ подвздошныхъ ямкахъ. Большею частью они не очень велики и нѣсколько сплющены. Но если въ такой закрытой сумкѣ, лежащей сбоку отъ матки, протѣваніе жидкости продолжается, то опухоль увеличивается въ объемѣ, оттѣсняя широкую связку впередъ или назадъ и выпирая образуемое брюшиной дно полости сильно внизъ. Этимъ путемъ образуются опухоли, которыя, помѣщаясь сбоку отъ матки, вдаются глубоко въ малый тазъ, такъ что дѣлаются похожими на параметрическіе выпоты. Даже на трубѣ ихъ трудно отличить отъ послѣднихъ, такъ какъ ложная перепонка можетъ быть принята за брюшину, а сильно смѣщенная внизъ и измѣненная часть брюшины за новообразованную стѣнку яичника. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ подобнымъ образомъ выпячивается пузырь-маточная внемка.

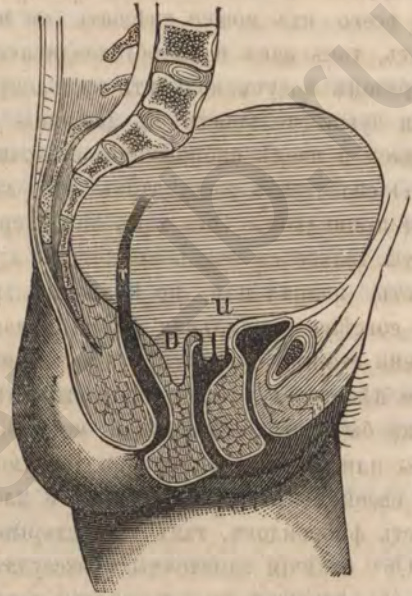
Исходы экссудативнаго периметрита тоже бываютъ различны. Полное всасываніе внутрибрюшинныхъ сращеній и выпотовъ составляетъ, во всякомъ случаѣ, большую рѣдкость; въ большинствѣ случаевъ остаются, по крайней мѣрѣ, сращенія между органами малаго таза, вслѣдствіе чего послѣдніе сохраняютъ навсегда свое смѣщенное положеніе или свою неподвижность. Иногда, однакоже, сращенія со временемъ такъ истончаются и растягиваются, что существовавшее смѣщеніе возвращается къ нормѣ и органъ снова пріобрѣтаетъ прежнюю подвижность.

Безплодіе является частымъ послѣдствіемъ перенесенныхъ периметритовъ. Оно обуславливается перетяжкой или закрытіемъ трубъ, окутываніемъ яичниковъ экссудатами, а также смѣщеніями матки. Если наступаетъ зачатіе, то даже большія плотныя сращенія мало по малу уступаютъ постепенно увеличивающейся маткѣ. Только въ очень рѣдкихъ случаяхъ, когда сращенія чрезчуръ неподатливы, они препятствуютъ росту матки, вслѣдствіе чего происходитъ выкидышъ.

Вліяніе сращеній на положеніе матки сказывается тѣмъ, что они перетягиваютъ матку въ свою сторону и часто закрѣпляютъ ее здѣсь неподвижно, хотя во многихъ случаяхъ, вслѣдствіе постепеннаго растяженія сращеній, рѣже вслѣдствіе полного разъединенія ихъ, матка снова пріобрѣтаетъ свою прежнюю подвижность.

Точно такія же отношенія, какъ первичныя сращенія, представляютъ и выпоты, когда они всасываются вполне, а именно оставляютъ только склейки между отдѣльными органами. Съ другой стороны, экссудаты, когда жидкія составныя части ихъ будутъ всосаны, могутъ оставаться цѣлые годы въ одномъ и томъ же положеніи, будучи нѣкоторымъ образомъ изъяты изъ обмѣна веществъ. Въ другихъ случаяхъ они подвергаются нагноенію, при чемъ гноевикъ принимаетъ различные, описанные выше, исходы.

Внутрибрюшинные экссудаты, которые обыкновенно не достигаютъ значительной величины, могутъ въ исключительныхъ случаяхъ сдѣлаться весьма массивными; но и въ этомъ случаѣ они не отдѣляютъ матку въ противоположную сторону, какъ параметрическіе экссудаты, а состоя первоначально изъ жидкости, лишь постепенно уплотняющей, такъ равномерно выполняющей нижнюю часть брюшной полости, что верхній отдѣлъ малаго таза представляется какъ бы залитымъ твердой массой. При этомъ экссудатъ тинется повсюду вдоль стѣнокъ таза и до такой степени обволакиваетъ матку со всѣхъ сторонъ, что ея невозможно прощупать отдѣльно. Весь же тазовой входъ загроможденъ такъ, что въ затвердѣвшей массѣ остается только узкое отверстіе для прямой кишки (фиг. 119).



Фиг. 119.

Большой внутрибрюшинный экссудатъ, уплотившійся въ нижней части брюшной полости. *U* матка, положеніе и объемъ которой не могутъ быть опредѣлены въ экссудатѣ. *D* дугласово пространство, залитое экссудатомъ. *K* прямая кишка, проходящая по самому экссудату.

Считаю нужнымъ замѣтить, что въ случаяхъ, когда периметритъ развивается вслѣдствіе перехода воспаления съ тазовой кѣтчатки, часто существуютъ одновременно внутрибрюшинные и внѣбрюшинные экссудаты.

Распознаваніе.

Периметритъ узнается вообще легко, такъ какъ чувствительность къ давленію, распространяющаяся, при свѣжемъ воспаленіи, по всей нижней части живота или ограничивающаяся однимъ какимъ-либо мѣстомъ, служить вѣрнымъ признакомъ воспаления брюшины.

По минованіи же остраго періода, нѣкоторое время остается еще чувствительность къ давленію, такъ что по этому, равно какъ и по послѣдовательнымъ явленіямъ воспаленія, не трудно сдѣлать діагнозъ болѣзни.

Простыя сращенія узнаются по ненормальному укрѣпленію матки или одного яичника на опредѣленномъ мѣстѣ; болѣе крупныя же сращенія весьма часто прощупываются въ видѣ чувствительныхъ къ прикосновенію канатиковъ.

Труднѣе распознаются сращенія кишекъ съ половыми органами. Легче всего ихъ можно смѣшать съ простыми скопленіями кала въ кишкахъ, такъ какъ и тѣ обуславливаютъ неподвижность кишекъ и такимъ образомъ могутъ получить видъ опухолей. За сращенія говорить мѣстная чувствительность къ давленію и ненормальная плотность, остающаяся и послѣ опорожненія кишечника.

О свойствахъ экссудатовъ мы уже достаточно говорили при изложеніи приадковъ. Они такъ характеристичны, что можно смѣшать экссудаты только съ очень немногими другими опухолями. Ихъ чувствительность, полная или, по крайней мѣрѣ, почти полная неподвижность и не совсѣмъ правильная форма дѣлаютъ ихъ легко узнаваемыми. Только очень старыя экссудаты, утратившія свою чувствительность, пріобрѣвшія нѣкоторую степень подвижности и подчасъ связанные съ маткой какъ бы настоящей ножкой, могутъ быть ошибочно приняты за фиброиды или опухоли яичниковъ. Помимо анамнеза, они могутъ быть узнаны по своей неправильной формѣ и плотности, превосходящей даже плотность фиброидовъ, такъ какъ старыя экссудаты тверды, какъ дерево.

Объ отличіи заматочныхъ экссудатовъ отъ haematocoele retrouterina мы будемъ говорить при изложеніи послѣдней болѣзни.

Весьма трудно бываетъ иногда рѣшить, помѣщается ли выпоть внѣ или внутри брюшины, т. е. есть ли это параметрической или периметрической экссудатъ. Конечно, въ обыкновенныхъ случаяхъ различія между этими опухолями довольно характеристичны. При параметритѣ опухоли хорошо нащупываются чрезъ влагалище, если только онѣ не помѣщаются въ подвздошной ямкѣ, и притомъ сидятъ сбоку матки, либо плотно прилегая къ ея краю, либо отдѣляясь отъ нея явственной бороздой. Весьма рѣдко онѣ помѣщаются позади матки. При периметритѣ же опухоли всегда бываютъ заматочными и вмѣстѣ съ этимъ глубоко вдаются во влагалище. Если же онѣ помѣщаются сбоку, то обыкновенно занимаютъ такое высокое положеніе, что ихъ нельзя прощупать чрезъ одно только влагалище.

Но, какъ уже замѣчено выше, внутриматочныя выпоты, окруженные сумкой, выширая брюшину далеко внизъ, тоже могутъ вдаваться далеко внизъ и въ такомъ случаѣ, по своему положенію и величинѣ, представляютъ большое сходство съ внѣбрюшинными экссудатами. Точно также

и при образованіи гноевика, нельзя навѣрное опредѣлить, помѣщается ли послѣдній внутри или внѣ брюшины. Дифференціальное распознаваніе затрудняется еще тѣмъ, что при первичномъ периметритѣ брюшина можетъ быть заложена посреди экссудата, имѣя подъ собою периметрической выпоть, а надъ собою параметрической.

Если при проколѣ уируга тазового выпота изъ него струею изливается водянистая серозная жидкость, то дѣло несомнѣнно идетъ о периметритѣ.

Предсказаніе.

Периметритъ всегда представляетъ опасное заболѣваніе, такъ какъ онъ можетъ вести къ общему воспаленію брюшины. Особенно близка эта опасность при острой формѣ. Но даже хроническій периметритъ, не легко переходящій въ общее воспаление брюшины, тоже можетъ въ исключительныхъ случаяхъ вести къ распространенію воспаленія по всей брюшинѣ, вслѣдствіе разрыва сращеній или кровотеченій изъ послѣднихъ.

Кровотеченія изъ сращеній могутъ иногда имѣть своимъ послѣдствіемъ образованіе haematocele.

Далѣе, периметритъ служитъ причиной постоянныхъ смѣщеній органовъ малаго таза, а, вслѣдствіе этого, причиной дисменорреи, безплодія, равно какъ и другихъ разстройствъ, связанныхъ съ измѣненіемъ положенія матки.

Вслѣдствіе сращеній съ кишками, могутъ развиваться суженія и даже атрезія кишекъ съ ихъ послѣдствіями ¹⁾.

Гноевики тоже сопряжены съ большими опасностями, не столько вслѣдствіе возможнаго вскрытія ихъ въ брюшную полость, во всякомъ случаѣ, встрѣчающагося рѣдко, сколько потому, что существующее въ гноевикѣ воспалительное гнѣздо можетъ въ любой моментъ вести къ общему перитониту. Послѣднее можетъ произойти и тогда, когда, вопреки мнѣнію *Дююитрена*, послѣ вскрытія гноевика въ кишечникъ, въ полость его попадаютъ калъ и кишечные газы, какъ это доказываютъ два случая *Дѣнкана*.

Леченіе.

О профилактикѣ, которая должна состоять въ предотвращеніи всѣхъ перечисленныхъ выше причинъ периметрита, говорить здѣсь излишне.

Острый периметритъ, какъ частное воспаленіе брюшины, долженъ быть пользуемъ строго противовоспалительнымъ способомъ, т. е. внутрь опій, для уменьшенія движеній кишекъ, на животъ пузыри со льдомъ, а при сильныхъ боляхъ пьивки къ пахамъ.

¹⁾ *Нуэ*, Thèse de Paris, 1874.

Если отъ этихъ средствъ воспаленіе проходитъ и лихорадка спадаетъ, то кромѣ заботы о жидкихъ испражненіяхъ, посредствомъ клистировъ или легкихъ слабительныхъ, нуженъ лишь полный покой.

Если при хроническихъ периметритахъ появляется значительная чувствительность, то ее можно облегчить скарификаціями влагалитной части, хотя бы она и не зависѣла отъ осложненія хроническимъ метритомъ. Тепловлажные, такъ назыв. присницовскіе компрессы на животъ и тепловатые полуванны въ 28° Р. тоже оказываютъ часто весьма успокаивающее дѣйствіе.

Если болъзнь приняла вполне хроническій характеръ, то тѣми же компрессами, накладываемыми на ночь, равно какъ болѣе теплыми сидячими ваннами (осторожно повышая ихъ температуру) и іодистымъ калиемъ, часто удается достигнуть всасыванія даже въ позднихъ періодахъ. Весьма важное значеніе имѣютъ при этомъ правильныя опорожненія кишечнаго канала.

Даже совершенно застарѣлые эксудаты, цѣлые годы остававшіеся безъ измѣненій, нерѣдко всасываются при этомъ леченіи, по крайней мѣрѣ отчасти, или же приобщаются вновь къ общему обмѣну веществъ, подъ вплиномъ сильнаго возбужденія, вызываемаго соляными ваннами, особенно тѣми, которыя содержатъ іодъ и бромъ. Въ этомъ отношеніи лучше всего дѣйствуютъ Крейцнахъ и Мюнстеръ амъ Штейнъ, Тельцъ, Галль въ верхней Австріи, Зоденталь близъ Ашаффенбурга и др.

Гноевики должно вскрывать только въ такомъ случаѣ, когда они сильно выдаются. Они трудно заживаютъ, такъ какъ замкнутая ложными перепонками внутрибрюшинная полость часто снабжена толстыми стѣнками, которыя трудно смыкаются и долгое время отдѣляютъ гной.

Даже такіе гноевики, которые вскрываются въ кишечный каналъ, могутъ не заживать въ теченіи многихъ лѣтъ, такъ какъ узкое сообщеніе ихъ съ кишкой по временамъ закрывается и возобновляется только послѣ сильнаго напряженія гноя въ полости гноевика, вслѣдствіе чего время отъ времени повторяется выдѣленіе гноя въ кишечникъ.

Параметритъ.

Этіологія.

Какъ уже объяснено было выше, мы рассматриваемъ параметритъ, „pelvic cellulitis“ англичанъ, какъ флегмонозное воспаленіе тазовой клетчатки, которое развивается всегда послѣдовательно, отъ всасыванія гнилостныхъ веществъ. Въ силу этого, параметритъ весьма рѣдко встрѣчается внѣ послѣродового періода, чаще всего послѣ терапевтическихъ поврежденій влагалитца или шейки матки. Такъ, напр., всѣ кровавыя

операциі, а также расширеніе шейки прессованной губкой могутъ вести за собою параметритъ, путемъ всасыванія вонючихъ отдѣленій чрезъ поврежденную слизистую оболочку. Вообще параметритъ можетъ появиться во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ эпителий разрушенъ и гнилостныя вещества всасываются лежащею подъ нимъ, обнаженною соединительною тканью.

Чисто травматическія поврежденія, при которыхъ рана не подвергается зараженію, ведутъ за собою не параметритъ, а периметритъ.

Патологическая анатомія.

Параметритъ представляетъ собою флегмону, острогнойный отекъ *Пиррова*, въ клѣтчаткѣ таза, слѣдовательно, главнымъ образомъ, вокругъ верхней части влагалища, между листками широкихъ маточныхъ связокъ и отсюда до подвздошныхъ впадинъ, а кзади вверхъ до почекъ; рѣдко находятъ выпотѣніе между маткой и пузыремъ или между послѣднимъ и передней брюшной стѣнкой. Равнымъ образомъ флегмонозный процессъ не легко переходитъ на короткую плотную клѣтчатку, связывающую брюшину съ тѣломъ матки.

При этомъ флегмонозномъ процессѣ происходитъ пропитываніе клѣтчатки студенистымъ, фибринознымъ выпотомъ, въ которомъ замѣчается болѣе или менѣе обильная мелкоклѣточная инфильтрація. Только въ очень рѣдкихъ случаяхъ гнойныя тѣльца скопляются въ такомъ изобиліи, что они сливаются въ гноевикъ.

Эти параметрическіе гноевики представляютъ приблизительно тѣ же исходы, какъ и периметрическіе; да и вообще, при образованіи этихъ гноевиковъ, болѣею частью трудно бываетъ рѣшить, имѣемъ ли мы дѣло съ внутрибрюшинными или внѣбрюшинными скопленіями гноя. Впрочемъ, такъ какъ и периметрическіе гноевики отгорожены отъ брюшной полости плотной перепонкой, то въ практическомъ отношеніи вопросъ этотъ не имѣетъ особенной важности. Судя по всему, параметрическіе гноевики легче вскрываются наружу въ паховой области, а периметрическіе во внутренніе органы.

Фрейдъ ¹⁾ описалъ, подъ именемъ *parametritis chronica atrophicans*, особую форму хроническаго параметрита, которая во многихъ случаяхъ составляетъ будто-бы анатомическую причину истерики и которую онъ строго различаетъ отъ послѣродового параметрита. Она состоитъ въ образованіи воспалительной гиперплазіи тазовой клѣтчатки съ исходомъ въ рубцовое сморщиваніе. Вслѣдствіе вызываемаго этимъ суженія вѣнь, развиваются разстройства кровообращенія, окончательнымъ результатомъ которыхъ является сильная атрофія тазовой клѣтчатки и всего родового канала, такъ что у 30-лѣтнихъ женщинъ половые органы представляются такими же, какъ у 50-лѣтнихъ.

Припадки этой болѣзни заключаются въ боли въ глубокіхъ частяхъ таза, страхъ передъ половымъ актомъ (*tadium coitus*) и главнымъ образомъ въ истерическихъ явленіяхъ.

¹⁾ *Monatsschr. f. Geb.*, т. 34, стр. 380, и *Verh. der Rostocker Naturforschervers.* 1871, стр. 63.

Этіологическими моментами *Фрейдъ* считаетъ перераздраженіе половыхъ нервовъ и потери соковъ.

Принадки и теченіе.

Параметритъ почти исключительно является въ острой формѣ и притомъ часто имѣетъ экссудативный характеръ.

Онъ неожиданно начинается лихорадкой (иногда потрясающимъ ознобомъ) и все время сопровождается высокой температурой и учащеннымъ пульсомъ.

Весьма рѣдко онъ не имѣетъ ясно выраженаго начала. Появляются общее недомоганіе, вялость, отсутствіе аппетита, боли въ тазу, а при изслѣдованіи прощупывается выпоть.

Боль обусловливается соучастіемъ или, по крайней мѣрѣ, раздраженіемъ брюшины. Нерѣдко появляются также боли въ одной изъ нижнихъ конечностей, зависящія отъ сдавливанія нервовъ экссудатомъ; иногда бросается въ глаза произвольное согнутое или приведенное положеніе верхняго бедра. Какъ признаки присутствія опухоли въ тазу, нерѣдко появляются боли въ крестцѣ и при испражненіи на низъ, а также разстройства со стороны мочевого пузыря.

При изслѣдованіи, сбоку матки находятъ выпоть, либо тѣсно прилегающій къ ней и нѣкоторымъ образомъ какъ-бы отходящій отъ одной изъ боковыхъ ея граней, но всегда, однакоже, отдѣленный явственной бороздкой; либо помѣщающійся въ нѣкоторомъ разстояніи отъ матки и поднимающійся кверху до подвздошной впадины. Если инфильтрація незначительна и постепенно переходитъ въ здоровую кѣтчатку, то сбоку матки прощупывается только разлитая масса. Если же инфильтрація была значительна и процессъ разыгрывается на ограниченномъ пространствѣ, то находятъ ограниченную опухоль, хорошо прощупываемую чрезъ влагалище и которая иногда выпираетъ сверху боковой влагалищный сводъ. Часто бываетъ поражена только одна сторона, но нерѣдко и обѣ. Опухоль весьма рѣдко бываетъ подвижна и то въ незначительной степени, а именно, когда она вполне ограничена и тѣсно прилегаетъ къ маткѣ; но и въ этомъ случаѣ она двигается только вмѣстѣ съ маткой, какъ бы въ видѣ придатка ея.

Величина и протяженіе выпота весьма различны. Иногда находятъ лишь легкую припухлость въ широкой связкѣ или очень мелкія, чувствительныя узловатія отложенія по бокамъ матки; въ другихъ же случаяхъ вся верхняя часть таза какъ бы залита экссудатомъ.

Консистенція опухоли вначалѣ, когда опухоль очень чувствительна, довольно мягкая. По окончаніи же остраго періода, выпоть твердѣетъ и впослѣдствіи, при окончательномъ оплотнѣніи, можетъ сдѣлаться твердымъ, какъ доска. Если начинается нагноеніе, то вмѣстѣ съ возобнов-

ляющеюся чувствительностью выпоть снова дѣлается мягкимъ, какъ бы отечнымъ, пока, наконецъ, при окончательномъ образованіи гноевика, онъ весь не превратится въ уругую или флюктуирующую опухоль.

Характеристическимъ мѣстомъ для параметрическихъ экссудатовъ служатъ описанныя выше боковыя стороны матки. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ они помѣщаются въ шейковой клѣтчаткѣ, лежащей между шейкой и верхней частью задней стѣнки влагалища, съ одной стороны, и дномъ дугласова пространства, съ другой. Еще рѣже параметрическіе выпоты сидятъ подъ пузырьно-маточной выемкой или подъ мѣстомъ перехода брюшины съ мочевого пузыря на переднюю брюшную стѣнку.

Въ большинствѣ случаевъ теченіе болѣзни хроническое, при чемъ воспалительный процессъ ограничивается и экссудатъ подвергается сгущенію и всасыванію. Тѣмъ не менѣе всегда можно опасаться, что воспалительный процессъ перекинется на лежащую поверхъ пораженной клѣтчатки брюшину и вызоветъ общій перитонитъ. Кромѣ того, при очень сильномъ зараженіи, воспаленная клѣтчатка можетъ подвергнуться омертвѣнію.

Обыкновенно же воспаленіе ограничивается, лихорадка спадаетъ, чувствительность уменьшается и до того мягкой и не вполне ограниченный выпоть дѣлается тверже и получаетъ болѣе рѣзкія границы. Обыкновенный исходъ бываетъ тогда тотъ, что опухоль мало по малу всасывается — при значительныхъ выпотахъ это сопровождается гектической лихорадкой — и, наконецъ, совершенно исчезаетъ. Въ другихъ случаяхъ выпоть остается безъ измѣненія и въ теченіи долгаго времени занимаетъ тазъ въ видѣ твердой, какъ дерево, опухоли, которая впоследствии, однакоже, можетъ отчасти всосаться.

Если начинается нагноеніе, то вмѣстѣ съ послабляющей лихорадкой опухоль снова увеличивается въ объемъ и становится чувствительной, пока гноевикъ не вскрыется наружу или въ одинъ изъ полыхъ органовъ.

Положеніе матки измѣняется различнымъ образомъ. При крупныхъ выпотахъ матка смѣщается въ противоположную сторону, затѣмъ, по мѣрѣ всасыванія, она постепенно перетягивается въ сторону выпота, гдѣ и остается въ теченіи извѣстнаго времени, пока снова не приметъ нормальнаго положенія и подвижности.

Распознаваніе.

Параметритъ можетъ быть узнавъ только по присутствію опухоли, такъ какъ чувствительность принадлежитъ брюшинѣ, лежащей надъ воспаленной клѣтчаткой.

Распознаваніе самого воспалительнаго выпота вообще не представляетъ трудности, но не совсѣмъ легко рѣшить, помѣщается ли этотъ вы-

потъ внутри или внѣ брюшины. Объ этомъ, впрочемъ, подробно говорено было при діагнозѣ периметрита.

Помимо этого, параметрическіе выпоты легче всего могутъ быть смѣшиваемы съ фиброидами матки, но отъ такой ошибки защищаютъ форма опухоли, не круглая, а плоская, способъ ея развитія, чувствительность и неподвижность. Консистенція тоже иная, такъ какъ вначалѣ, а также при образованіи гноя, экссудаты бываютъ мягче, нежели фиброиды, при оплотнѣннн же они гораздо тверже, чѣмъ послѣдніе. Самое теченіе тоже представляетъ характеристическія различія. Экссудаты твердѣютъ и уменьшаются въ объемѣ постепенно или, если продолжаютъ расти, то при лихорадочныхъ явленіяхъ и усиленной чувствительности, да притомъ не такъ равномѣрно и исподоволь, какъ фиброиды. Но если низко сидящій фиброидъ подвергается воспаленію, то распознаваніе можетъ представлять большія трудности.

Еще труднѣе смѣшать экссудаты съ опухолями яичниковъ, такъ какъ они сидятъ глубже, неподвижны и (помимо нагноенія) отличаются иною консистенціею. Но если яичникъ прикрѣпленъ сбоку и къ нижней части матки и вмѣстѣ съ тѣмъ воспаленъ, то распознаваніе тоже можетъ быть затруднительнымъ.

Отъ внѣматочной беременности, занимающей иногда такое же низкое положеніе, экссудатъ отличается главнымъ образомъ по своему теченію.

Предсказаніе.

Самъ по себѣ параметритъ не представляетъ опаснаго для жизни заболѣванія, но къ нему всегда слѣдуетъ относиться съ опаской, такъ какъ онъ зависитъ отъ зараженія, которое можетъ распространиться на брюшину или какимъ-либо другимъ путемъ вести къ смертельному исходу.

Если же воспаленіе ограничилось, то предсказаніе вполне благоприятное, такъ какъ при правильномъ леченіи всегда происходитъ всасываніе и полное возвращеніе къ нормѣ.

Леченіе.

О профилактикѣ, которая должна состоять въ предотвращеніи зараженія, здѣсь не мѣсто говорить.

При свѣжемъ параметритѣ, покуда процессъ не перешелъ на брюшину, кромѣ покоя, едва ли могутъ понадобиться какія нибудь другія средства. Для опорожненія кишечнаго канала назначаютъ легкія слабительныя. Очень хорошо дѣйствуютъ приснищовскіе компрессы, прикладываемые къ животу.

Если чувствительность прошла и опухоль оплотнѣла, то стараются способствовать всасыванію, посредствомъ сидячихъ ваннъ изъ теплой

воды или крейцнахской соли и внутренними приемами іодистаго калия. Этими средствами, равно какъ и леченіемъ на минеральныхъ водахъ, содержащихъ іодъ и бромъ, часто удается достигнуть полнаго или, по крайней мѣрѣ, значительнаго всасыванія крупныхъ и старыхъ выпотовъ. Англичане придаютъ большое значеніе наружному употребленію шпанскихъ мушекъ.

Если началось образованіе гноевика,¹ то въ виду того, что послѣдній обыкновенно вскрывается на благоприятномъ мѣстѣ, а не въ полость брюшины, нѣтъ крайности отыскать непременно гноевикъ, а лучше опоражнивать его тогда, когда это возможно безъ особенной опасности и труда.

Haematocele retrouterina. Заматочная кровяная опухоль.

Визъ (Нелатонъ), Des tumeurs sanguines etc. Thèse. Paris, 1850. — *Нелатонъ*, Gaz. des hôp., 1851, № 16 и № 143—145, 1852, № 12 и 16, и 1853, № 100. — *Ферри*, De l'hématocèle retro-utérine. Thèse. Paris, 1855. — *Ложье*, Gaz. des hôp., 1855, № 27. — *Галларъ*, Union méd., № 134, 1855, и Archives génér., окт.-дек. 1860. — *Галларъ*, въ Bulletin de la soc. anatom. de Paris, апр. 1858, стр. 157. — *А. Вуазенъ*, De l'hématocèle rétro-utérine. Thèse. Paris, 1858. Нѣм. перек. *Ламбенбека*, Göttingen, 1862. — *Бертиоль* и *Гупиль*, Clinique méd., т. I. Paris, 1860. — *Труссо*, L'Union méd., 1861, № 153—155. — *Этемаротъ*, De l'hématocèle retro-utérine. Thèse. Strasbourg, 1856. — *Шювигъ*, Journal de Bruxelles, XXXI, стр. 44, июль—ноябрь 1830. — *Долбо*, Med. Times, февр. и мартъ 1873. — *М. Дѣнканъ*, Edinb. med. J., 1862. — *Тѣкуэль*, On effusion of blood in the neighbourhood of the uterus etc. Oxford and London, 1863. — *Барнесъ*, St. Thomas Hospital Reports, 1870. — *Мидовсъ*, London Obst. Tr., XIII, стр. 140 и 170, и Amer. J. of Obst., т. VI, 1874, стр. 659. — *Сно-Бекъ*, London Obst. Tr., XIV, стр. 260. — *Ли*, Amer. J. of Obst., т. VI, стр. 193. — *Кредъ*, M. f. Geb., т. 9, стр. 1. — *Оттъ*, Die periuterinen und retrovag. Blutergüsse. D. i. Tübingen, 1864. — *Бреслау*, Schweiz. Z. f. Heilk., 1863, т. II, стр. 297. — *Ферберъ*, Schmidt's Jahrb., 1864, т. 123, стр. 223, т. 135, стр. 321, и 1870, т. 145, стр. 39. — *Редельмейеръ*, Würtemb. Correspondenzbl., 1867, № 12 и 13. — *Шрѣдеръ*, Krit. Unters. über d. Diagn. d. Haemat. retr. etc. Bonn, 1866, и Berl. klin. Woch., 1863, № 4 и сл. — *Ольсгаузенъ*, Arch. f. Gyn., т. I, стр. 24. — *Кюлемейстеръ*, Prager. med. Viertelj., 1870, т. I, стр. 31, т. II, стр. 45. — *Веберъ*, Berl. klin. Woch., 1873, № 1. — *Френкель*, Prager Viertelj., 1872, 4, стр. 46.

Опреѣленіе и случаи появленія.

Нелатонъ, первый описавшій кровяную грыжу (haematocele), какъ самостоятельную форму заболѣванія, разумѣлъ подъ этимъ названіемъ образованіе напряженной кровяной опухоли въ дуглассовомъ пространствѣ, отгѣснявшую матку къ лобку. Впоследствии это названіе получило болѣе общій смыслъ и было распространено на всѣ кровяныя опухоли въ тазу; мало того, всякое кровоизліяніе въ брюшную полость стали обозначать именемъ внутрибрюшинной кровяной грыжи (*Барнесъ*, напр., при разрывахъ матки). Такое обобщеніе названія haematocele неизбѣжно должно

было повлечь за собою нарушение единства картины болѣзни; и въ самомъ дѣлѣ, что общаго между нелатоновскою кровяною грыжею и свободнымъ кровоизліаніемъ въ брюшную полость, которое влечетъ за собою мгновенную смерть? Такъ какъ нелатоновская кровяная опухоль даетъ определенную, ясно очерченную картину болѣзни, имѣющую большое практическое значеніе, то, во избѣжаніе безысходной путаницы, необходимо разъ навсегда ограничить понятіе *haematocele retrouterina intraperitonealis* только той кровяной опухолью, которая помѣщается въ дуглассовомъ пространствѣ и оттѣсняетъ матку впередъ. Замѣчу уже кетати, что всѣ кровоизліанія, лежація внѣ брюшины, я обозначаю именемъ тромбовъ или гематомъ.

Заматочная кровяная опухоль рѣдко встрѣчается у совершенно здоровыхъ прежде женщинъ; большинство больныхъ, одержимыхъ этой болѣзнію, рожали и переносили послѣродовыя болѣзни, главнымъ образомъ, периметриты. Разстройства мѣсячныхъ тоже очень часто предшествуютъ болѣзни. Кровяная опухоль чаще всего появляется въ возрастѣ усиленной половой дѣятельности, приблизительно въ періодѣ 25—35 лѣтъ.

Собственно о причинахъ кровотеченій мы пока говорить не можемъ, такъ какъ сначала необходимо ознакомиться съ патологической анатоміей кровяной грыжи, въ особенности съ источниками кровотеченій.

Что касается частоты этой болѣзни, то мнѣнія гинекологовъ сильно расходятся въ этомъ отношеніи, изъ чего прямо слѣдуетъ, что распознаваніе ея не такъ-то просто. Я держусь того мнѣнія, что кровяная грыжа есть довольно рѣдкое страданіе, и твердо убѣжденъ, что, если заявленіе *Сканцини*, что въ теченіи 20-лѣтней практики онъ видѣлъ всего двѣ кровяныя грыжи, и преувеличено, то, съ другой стороны, и противоположныя заявленія *Зейферта* (болѣе 5% всѣхъ заболѣваній женскихъ половыхъ органовъ) и *Ольсгаузена* (4%) основаны на неправильномъ толкованіи нѣкоторыхъ случаевъ. Лично я, прикидывал даже къ счету и такіе случаи, въ которыхъ замѣчались одни лишь послѣдовательныя явленія, указывающія на весьма вѣроятное существованіе кровяной грыжи, наблюдалъ ее всего въ 0,7% всѣхъ случаевъ, т. е. 7 опухолей на 1000 больныхъ.

Патологическая анатомія.

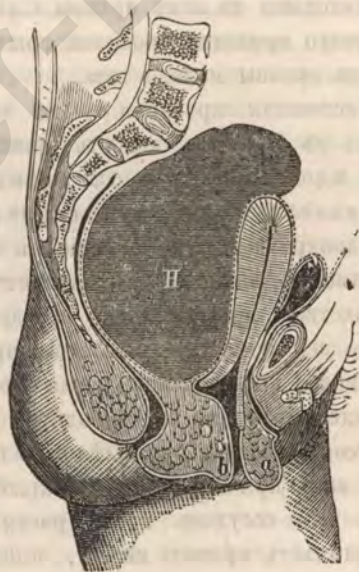
Haematocele intraperitonealis образуетъ окруженную сумкой опухоль, почти всегда расположенную позади матки въ дуглассовомъ пространствѣ. Въ понятіе объ *haematocele* необходимо входитъ представленіе о томъ, что опухоль отгорожена отъ брюшной полости, такъ какъ свободныя кровоизліанія въ полости живота никогда не могутъ образовать напряженной опухоли, оттѣсняющей матку впередъ, но изливающаяся кровь

образуетъ въ наиболѣе отлогой части брюшной полости озеро, которое замыкается сумкой путемъ воспалительнаго новообразованія.

Напряженная опухоль, отодвигающая матку впередъ, можетъ возникнуть двоякимъ образомъ.

1) Она образуется въ томъ случаѣ, когда еще до кровотеченій существовало отгороженное посредствомъ ложныхъ перепонокъ отъ остальной части брюшной полости пространство, то-есть мѣшокъ со сложенными вмѣстѣ стѣнками (на подобіе плевральнаго мѣшка), такъ что въ то время, когда задняя стѣнка матки соприкасается съ передней стѣнкой прямой кишки, дугласово пространство представляется накрытымъ сверху мостикомъ. Если теперь послѣдуетъ кровотеченіе съ какого либо мѣста лежащаго подъ мостикомъ, то кровь изольется въ закрытое такимъ образомъ пространство, растянетъ его стѣнки и образуетъ напряженную опухоль, оттѣсняющую матку впередъ. Къ этой формѣ кровяныхъ грыжъ слѣдуетъ отнести и тѣ случаи, когда кровотеченіе происходитъ въ готовой уже заматочной опухоли съ жидкимъ содержимымъ. Вслѣдствіе кровоизліянія, опухоль сильно растягивается и содержимое ея состоитъ изъ смѣси сыворотки и гноя съ кровью.

2) Haematocele можетъ образоваться и въ такихъ случаяхъ, въ которыхъ во время кровотеченій дугласово пространство не было закрыто. Но во всѣхъ подобныхъ случаяхъ, откуда бы ни шло кровотеченіе, дѣло не доходитъ тотчасъ же до образованія напряженной опухоли, отодвигающей матку впередъ, а прежде всего, покуда кровь жидка и не окружена сумкой, въ нижней части живота образуется кровяная лужа, въ которой плаваютъ кишечныя петли. Эта лужа измѣняетъ свое положеніе соотвѣтственно положенію больной, но всегда выполняетъ область дугласова пространства, такъ какъ послѣднее, и при стоячемъ, и при лежащемъ положеніи, всегда занимаетъ самую глубокую часть брюшной полости. Но, что особенно важно, покуда кровь жидка и не закрыта сумкой, она выполняетъ дугласово пространство совершенно на тотъ же ладъ, какъ и кишечныя петли. Другими словами: когда при опорожненіи пузыря и прямой кишки передняя стѣнка кишки и задняя стѣнка матки удаляются другъ отъ друга, то между ними проникаетъ довольно



Фиг. 120.

Haematocele retrouterina intraperitonealis.
H кровяная опухоль.

значительное количество крови; но, какъ только вмѣстимость дуглассова пространства уменьшается, вслѣдствіе наполненія пузыря и прямой кишки, жидкая кровь отчасти или цѣликомъ снова уходитъ въ брюшную полость. По той же причинѣ она ускользаетъ и изъ-подъ изслѣдующаго пальца, такъ что жидкая кровь такъ же мало можетъ быть прощупана въ видѣ опухоли, какъ и расположенныя въ дуглассовомъ пространствѣ свободныя кишечныя петли.

Если же кровь свертывается и окружается сумкой, то, не будучи въ состояніи ускользнуть въ брюшную полость, она, конечно, образуетъ доступную для осезанія заматочную опухоль, но все-еще не даетъ характеристичной картины кровяной грыжи. Опухоль будетъ значительна, если въ моментъ ея отвердѣнія пузырь и прямая кишка находились въ состояніи опорожненія; тогда какъ въ противномъ случаѣ, т. е. при наполненіи обоихъ органовъ въ моментъ отвердѣнія, матка и прямая кишка будутъ разведены только тонкимъ слоемъ крови.

Отъ настоящей кровяной грыжи такая опухоль отличается тѣмъ, что ея стѣнки напряжены не туго, что она не оттѣсняетъ матку впередъ и выполняетъ малый тазъ лишь на столько, на сколько это допускаютъ помѣщающіеся въ немъ органы. Слѣдовательно, такой опухоли недостаетъ главнаго признака кровяной грыжи, а именно давленія, производимаго ею на органы малаго таза.

Настоящая кровяная грыжа образуется при свободныхъ кровоизліяніяхъ въ брюшную полость лишь въ томъ случаѣ, когда кровотеченіе идетъ изъ глубоколежащаго мѣста и либо совершается исподоволь, либо въ нѣсколько приемовъ.

Однократное кровоизліяніе въ брюшную полость, по указаннымъ выше причинамъ, никогда не вызываетъ картины кровяной грыжи. Но если, вслѣдствіе производимаго раздраженія брюшины, излившаяся кровь окуталась сумкой, кровотеченіе продолжается или повторяется вновь, то это новое кровоизліяніе, когда оно происходитъ изъ загороженнаго мѣста, попадетъ уже не въ свободную брюшную полость, а въ закрытое дуглассово пространство. Слѣдовательно, мы имѣемъ здѣсь тѣ же отношенія, какъ при первичномъ закрытіи сказаннаго пространства. Выступающая изъ сосудовъ кровь растягиваетъ новообразованную покрывку, сдавливаетъ прямую кишку, выпираетъ дно дуглассова кармана внизъ и оттѣсняетъ матку къ лобку.

Напротивъ того, если кровотеченіе происходитъ изъ мѣста, лежащаго надъ отгороженнымъ пространствомъ, то образуется не haematocoele, а только новая кровяная дужка поверхъ прежней, замкнутой уже въ сумку. То именно условіе, что при кровяной грыжѣ источникъ кровотеченія долженъ помѣщаться подъ дномъ матки, и придаетъ ей характеръ настоящей гинекологической болѣзни, такъ какъ при этомъ кровотеченіе должно происходить непременно изъ органовъ малаго таза.

Только въ очень рѣдкихъ случаяхъ, особенно при опущеніи матки, первое кровотеченіе можетъ быть на столько значительно, что совершенно затопляетъ дно матки, вслѣдствіе чего ложныя перепонки, образующіяся надъ уровнемъ кровяной лужи, тянутся поверхъ маточнаго дна къ мочевому пузырю или къ передней брюшной стѣнкѣ. Если при этомъ кровотеченіе продолжается или появляется вновь послѣ образованія сумки, то происходитъ образованіе кровяной грыжи, идущей надъ маткой къ передней брюшной стѣнкѣ¹⁾.

Разсмотримъ теперь поближе самые источники кровотеченій, ведущихъ къ образованію кровяной грыжи. Какъ мы уже замѣтили выше, эти кровотечения должны происходить изъ органовъ малаго таза. Кровотеченія же изъ выше лежащихъ частей, хотя и могутъ вести къ смертельному кровоизліанію въ брюшную полость и даже къ образованію кровяного свертка въ дуглассовомъ пространствѣ, но никогда не производятъ характеристической опухоли, отгѣсняющей матку впередъ.

Поэтому кровотечения при кровяной грыжѣ могутъ происходить изъ фаллопиевыхъ трубъ, яичниковъ, широкихъ маточныхъ связокъ и остальныхъ частей тазовой брюшины.

1) Кровотеченія изъ фаллопиевыхъ трубъ имѣютъ мѣсто:

при разрывахъ послѣднихъ, вслѣдствіе трубной беременности, при чемъ обыкновенно происходитъ смертельное кровотеченіе, или воспаленіе брюшины. Но если дугласово пространство было закрыто уже раньше, или кровотеченіе совершается исподоволь, такъ что изливающаяся кровь окружается сумкой, наконецъ, если кровотеченіе останавливается, появляясь вновь послѣ образованія сумки, то, какъ показываютъ вскрытія, образуется заматочная кровяная опухоль. Не лишено вѣроятія, что эта причина встрѣчается не особенно рѣдко и что только трубная беременность въ нѣкоторыхъ случаяхъ остается неузнанной. Надо полагать, что она-то именно и производитъ кровяную опухоль въ тѣхъ нерѣдкихъ случаяхъ, въ которыхъ замѣчалось отсутствіе регулъ, такъ что сами больныя были увѣрены, что онѣ беременны.

Кровотеченія изъ фаллопиевыхъ трубъ нерѣдко происходятъ и при гематометрѣ. Въ подобныхъ случаяхъ, какъ извѣстно, кровотеченіе сначала происходитъ въ самый каналъ трубы, откуда кровь можетъ попасть въ брюшную полость или чрезъ брюшное отверстіе, или чрезъ разрывъ трубы. Впрочемъ, кровяная грыжа образуется при этомъ не часто, вслѣдствіе того, должно быть, что выступающія изъ брюшнаго отверстія небольшія количества крови окружаются сумкой, такъ что вблизи трубныхъ устьевъ образуется множество перитоническихъ мозолей, между которыми помѣщается кровь.

Въ исключительныхъ случаяхъ кровотеченіе въ каналъ трубы происходитъ во время мѣсячныхъ, при чемъ кровь послѣдовательно излива-

1) *Мартинъ-Майронъ и Сулье, Gaz. des hôp., 1861, № 14.*

ется въ брюшную полость. Но и здѣсь кровотеченіе обыкновенно слишкомъ незначительно, чтобы могла образоваться кровяная грыжа. Особенно часто такія трубныя кровотеченія имѣютъ мѣсто послѣ оваріотоміи изъ конца трубы, заключенной въ ножкѣ и вмѣстѣ съ послѣдней погруженной въ брюшную полость.

2) Кровотеченія изъ яичниковъ въ брюшную полость никогда не имѣютъ мѣста при нормальномъ процессѣ овуляціи, такъ какъ случающіяся при этомъ незначительныя кровотеченія происходятъ только въ полость пузырька. Но въ нѣкоторыхъ случаяхъ кровотеченіе бываетъ сильнѣе, или во время овуляціи происходитъ разрывъ какого либо сосуда, напримѣръ варикозной вены яичника.

Рѣже, и то только при болѣзняхъ яичника, кровотеченія происходятъ и внѣ періодовъ овуляціи, а именно чаще всего, когда поверхность яичника покрыта варикозными сосудами, или когда сильно гиперемированная основная ткань яичника подвергается размягченію и распаденію. Кровотеченіямъ способствуютъ также и другія патологическія измѣненія яичниковъ, въ особенности мелкія кисты.

Весьма часто яичниковое кровотеченіе сначала происходитъ въ какой нибудь граафовъ пузырекъ, мелкую кисту или строму воспаленнаго яичника, образуя кровяную кисту, и только послѣ разрыва послѣдней кровь попадаетъ въ брюшную полость.

3) Кровотеченія изъ широкихъ маточныхъ связокъ составляють рѣдкое явленіе, но иногда брюшинный покровъ, проходящій надъ толстыми варикозными венами широкой маточной связки, бываетъ до того истонченъ, что при разрывѣ этихъ сосудовъ кровотеченіе происходитъ въ брюшную полость.

4) Кровотеченія изъ сывороточнаго покрова таза являются довольно частой причиною кровяной грыжи. Въ этихъ случаяхъ мы имѣемъ предъ собою процессъ совершенно аналогичный съ рачуненингитиса haemorrhagica, на что впервые указали *Домбо* ¹⁾ и *Вирховъ* ²⁾. Дѣло въ томъ ³⁾, что при частныхъ воспаленияхъ тазовой брюшины богатыя сосудами ложныя перепонки могутъ, съ одной стороны, закрыть сверху дуглассово пространство, а съ другой, доставить кровь для образованія кровяной грыжи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ кровотеченіе происходитъ въ готовую уже замкнутую полость, наполненную свѣтлой сывороткой и которая вслѣдствіе этого еще болѣе растягивается. Отмѣнный примѣръ подобнаго серознаго воспаления тазовой брюшины съ послѣдовательнымъ кровотеченіемъ изъ стѣнки полости сообщаетъ *Кредэ* ⁴⁾. При проколѣ опухоли изъ дуглассова пространства выдѣлилась сначала свѣтлая сыворотка,

¹⁾ Gaz. des hôp., 1860, № 35.

²⁾ Die krankh. Geschw., 1863, т. I, стр. 150.

³⁾ *Фербера*, Arch. f. physiol. Heilk., 1863, III, стр. 431.

⁴⁾ Monatsschr. f. Geb., т. 9, стр. 1.

затѣмъ сыворотка съ кровью и, наконецъ, чистая кровь, а при второмъ проколѣ, произведенномъ чрезъ два дня, снова показалась чистая кровь и притомъ въ такомъ количествѣ, что пришлось закрыть отверстіе.

Хотя изъ всѣхъ этихъ перечисленныхъ источниковъ кровотеченіе можетъ происходить во всякое время и безъ опредѣленной причины, тѣмъ не менѣе чаще всего оно имѣетъ мѣсто подъ вліяніемъ общихъ или мѣстныхъ причинъ, способствующихъ разрыву сосудовъ. Въ этомъ отношеніи немаловажную роль играетъ общая наклонность къ кровотеченіямъ, существующая при заболѣваніяхъ сосудистыхъ стѣнокъ вообще, равно какъ при цынгѣ, ригрига и у кровоточивыхъ особъ. Точно также при остромъ отравленіи фосфоромъ, при которомъ стѣнки сосудовъ подвергаются жировому перерожденію, происходятъ кровотечения въ ткань яичника и затѣмъ послѣ разрыва послѣдняго въ брюшную полость.¹⁾

5) Тѣлесныя напряженія и неожиданныя потрясенія точно также могутъ вести за собою разрывъ переполненныхъ сосудовъ.

Далѣе, мѣстнымъ поводомъ къ кровотечениямъ могутъ служить всякаго рода приливы къ органамъ малаго таза, наступающіе, напримѣръ, отъ простуды (приливъ ко всѣмъ внутреннимъ органамъ), или отъ полового возбужденія. Особенную важность имѣетъ физиологическій приливъ во время регуль. Въ исторіяхъ болѣзней, приводимыхъ французскими авторами, нерѣдко упоминается, какъ о причинѣ кровотеченій, о половыхъ сношеніяхъ во время мѣсячныхъ.

Припадки и теченіе.

Весьма рѣдко кровяная грыжа образуется у женщинъ, которыя до того были совершенно здоровы. Въ большинствѣ же случаевъ образованію ея задолго предшествуютъ различныя страданія.

Чаще всего у подобныхъ больныхъ въ теченіи многихъ лѣтъ замѣчаются признаки хроническихъ периметритовъ, а именно боли въ надчревной области и въ крестцѣ, а также разнообразныя разстройства со стороны кишечнаго канала. Часто также предшествуютъ аномаліи мѣсячныхъ очищеній, въ особенности маточныя кровотечения, указывающія на хроническое переполненіе кровью органовъ малаго таза. Что же касается аменорреи, которая въ очень многихъ случаяхъ существовала за 2—3 мѣсяца до появленія болѣзни, и въ силу которой больныя считали себя беременными, то этиологическое значеніе ея сомнительно. Какъ уже замѣчено выше, въ нѣкоторыхъ изъ подобныхъ случаевъ, по всему вѣроятію, дѣло шло о настоящей трубной беременности съ исходомъ въ разрывъ, который и вызвалъ образованіе кровяной грыжи.

Не смотря, однакоже, на эти предшествующія разстройства, сама кровяная грыжа появляется сразу въ видѣ остраго заболѣванія. Лихорадка

¹⁾ *Вестеръ*, Virchow's Arch., т. 55, 1872, стр. 12.

рѣдко начинается потрясающимъ ознобомъ, чаще легкими познабливаніями, при чемъ температура бываетъ не особенно значительна и подчасъ вскорѣ послѣ начала болѣзни снова дѣлается нормальной.

Дальнѣйшіе, ясно выраженные припадки, которыми сказывается кровяная грыжа, могутъ быть сведены къ тремъ источникамъ, а именно: къ мѣстному перитониту, внутреннему кровотеченію и тазовой опухоли, образуемой излишею кровью.

Мѣстный перитонитъ можетъ представлять различную степень напряженія. Иногда перитоническія боли рѣшительно выдвигаются на первый планъ, при чемъ появляются сильное вздутіе живота и даже рвота, тогда какъ въ другихъ случаяхъ не замѣтно никакихъ признаковъ острого, хотя бы и мѣстнаго воспаленія брюшины; въ особенности это бываетъ въ томъ случаѣ, когда кровотеченіе послѣдовало въ уже готовую полость, хотя и здѣсь растяженіемъ стѣнокъ этой полости можетъ быть вызвано такое раздраженіе брюшины, что появляются произвольныя боли и значительная чувствительность къ давленію. Последняя обнаруживается при изслѣдованіи нижней части живота, въ особенности же при ощупываніи опухоли чрезъ влагалище.

Припадки внутренняго кровотечения тоже бываютъ выражены въ различной степени. Больныя сразу блѣднѣютъ, пульсъ дѣлается малымъ и слабымъ, появляется чувство общей слабости и обмороки и даже полный упадокъ силъ.

Кромѣ того, кровь образуетъ большую опухоль въ дуглассовомъ пространствѣ (фиг. 120), производящую давленіе на сосѣдніе органы, а именно:

1) на прямую кишку. Вслѣдствіе этого является затрудненное испражненіе на низъ, которое можетъ быть сопряжено съ очень сильной болью, особенно если по опухоли скользятъ твердыя каловыя массы. Вслѣдствіе давленія на прямую кишку, а также вслѣдствіе распространенія воспалительнаго процесса по смежности можетъ образоваться катарръ прямой кишки.

2) на мочевой пузырь, вслѣдствіе чего появляется позывъ къ мочеиспусканію, рѣже задержаніе мочи. Выдѣленіе мочи весьма часто сопровождается болью.

3) на нервы, такъ что появляются боли и судорожныя подергиванія въ нижнихъ конечностяхъ. Вены же рѣдко сдавливаются на столько, чтобы вызвать отекъ.

4) на матку, которая отгѣсняется далеко впередъ къ лонному сращенію. Обусловливаемому этимъ застою въ маткѣ, отчасти же и общей гипереміи тазовыхъ органовъ нужно приписать то обстоятельство, что весьма часто показывается обильное выдѣленіе изъ половыхъ органовъ, а иногда даже обильныя кровотечения.

Опухоль, образующаяся въ животѣ и часто замѣчаемая самими больными, можетъ быть ясно прощупана, какъ сквозь брюшные покровы, такъ и чрезъ влагалище и прямую кишку. Она помѣщается позади матки и отодвигаетъ послѣднюю впередъ и вмѣстѣ съ тѣмъ нѣсколько вверхъ. При наружномъ изслѣдованіи прощупывается, либо по срединной линіи, либо слѣва, рѣже справа, выдающаяся надъ лоннымъ сращеніемъ кругловатая опухоль, которая можетъ иногда доходить до пупка. Въ отдѣльных случаяхъ по обѣимъ сторонамъ живота замѣчаются крупныя опухоли, соединенныя перешейкомъ. Если чувствительность не очень значительна, то удастся прощупать и дно матки въ видѣ маленькой опухоли, расположенной впереди большой.

При изслѣдованіи чрезъ влагалище, уже на нѣкоторомъ разстояніи отъ влагалищнаго входа встрѣчаютъ большую, круглую, почти выполняющую весь малый тазъ опухоль, которая до такой степени притискиваетъ матку къ лонному сращенію, что шейка ея прощупывается непосредственно у задней поверхности послѣдняго. Матка можетъ быть на столько отодвинута вверхъ, что наружный маточный зѣвъ дѣлается почти недоступнымъ. Величина и шарообразная форма опухоли лучше всего могутъ быть опредѣлены чрезъ прямую кишку. Опухоль всегда помѣщается позади матки, хотя часто наполняетъ болѣе одну сторону, и непосредственно примыкаетъ къ верхней части задней стѣнки шейки. Съ помощью двойного изслѣдованія вполнѣ можно убѣдиться, что опухоль, прощупываемая снаружи и выполняющая малый тазъ, составляетъ одну и ту же опухоль. Послѣдняя всегда очень чувствительна, въ особенности при изслѣдованіи чрезъ прямую кишку.

Опухоль представляется обыкновенно упругой на ощупь, но въ ней рѣдко замѣчается зыбленіе. Въ случаѣ, представленномъ на фиг. 120, я явственно различалъ характеристическое хрустѣніе, напоминавшее хрустѣніе сдавливаемаго снѣжнаго шара и происходившее отъ сжиманія кровяныхъ свертковъ. Мало по малу, однакоже, консистенція опухоли измѣняется значительно, опухоль дѣлается твердой и бугристой, а чувствительность ея постепенно уменьшается. При изслѣдованіи чрезъ влагалище или прямую кишку, палецъ нерѣдко попадаетъ на необыкновенно мягкое мѣсто, въ которое онъ какъ бы проваливается. Это именно то мѣсто, на которомъ впоследствии произойдетъ прободеніе опухоли.

Не всегда опухоль, послѣ перваго же изслѣдованія, начинаетъ опадать, иногда, напротивъ, она продолжаетъ увеличиваться, притомъ часто толчками.

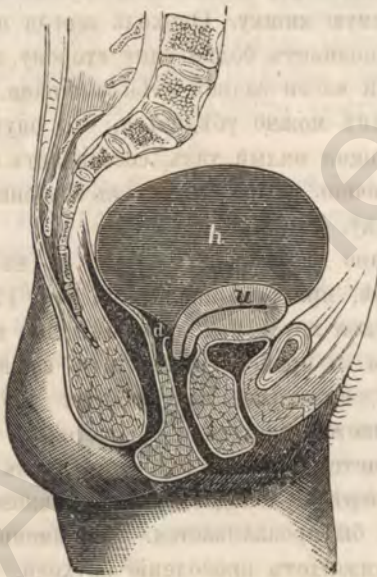
Двойное изслѣдованіе имѣетъ въ этихъ случаяхъ громадную важность, такъ какъ съ помощью его удастся открыть—правда, при значительной чувствительности не иначе, какъ подъ хлороформомъ—тѣло матки, въ видѣ отдѣльной опухоли, лежащей впереди кровяной грыжи, хотя послѣдняя иногда выполняетъ сплошь всю заднюю стѣнку матки.

Эти характеристическія отношенія, обнаруживаемыя изслѣдованіемъ, измѣняются преимущественно въ томъ случаѣ, когда дугласово пространство заростаетъ въ нижней своей части, потому что тогда опухоль образуется выше и въ заднемъ влагалитномъ сводѣ присутствія опухоли незамѣтно. Я наблюдалъ подобный случай у 28-лѣтней женщины, уже 4½ года жившей въ бездѣтномъ бракѣ и которая на 15 году жизни перенесла въ Мюнхенѣ очень тяжелый тифъ съ послѣдовательнымъ перитонитомъ и вскрытіемъ гноя въ пупочной области. Въ теченіи послѣднихъ 8 недѣль она считала себя беременной, какъ вдругъ заболѣла очень сильными болями въ животѣ. При изслѣдованіи я нашелъ слѣдующую картину, воспроизведенную на фиг. 121. Позади и надъ перегнутой сильно впередъ маткой помѣщалась большая опухоль. На основаніи анамнеза, результатовъ изслѣдованія и дальнѣйшаго хода болѣзни, становилось вѣроятнымъ, что нижняя часть дугласова пространства была зарощена, вслѣдствіе прежняго перитонита, и въ силу этого окончившаяся разрывомъ трубная беременность вызвала образованіе кровяной опухоли въ лежащихъ выше ложныхъ перепонкахъ.

При зарощеніи всего дугласова пространства, можетъ образоваться предматочная кровяная опухоль, о которой будемъ говорить отдѣльно.

Теченіе виолнѣ хроническое, такъ какъ опухоль обыкновенно остается довольно долго въ одномъ положеніи и, какъ уже замѣчено выше, иногда даже увеличивается толчками.

Такъ какъ при этомъ чувствительность не проходитъ, а при увеличеніи опухоли даже усиливается, то въ тяжелыхъ случаяхъ положеніе больныхъ бываетъ весьма печальное. Чувствительность живота, боли въ крестцѣ, непрерывное напираніе внизъ, разстройство со стороны прямой кишки и мочевого пузыря причиняютъ большимъ невыносимымъ мукамъ.



Фиг. 121.

Haematocoele при зарощеніи дугласоваго пространства и матки. *h* haematocoele. *d* зарощая нижняя часть дугласова пространства.

Потеря крови, вслѣдствіе внутреннихъ кровотеченій, сама по себѣ неопасна, хотя она можетъ вызвать малокровіе и даже обмороки; серьезныя опасности могутъ быть вызваны кровотеченіями только у очень ужъ ослабленныхъ больныхъ.

Перитонитъ тоже не представляетъ большой опасности въ первомъ своемъ приступѣ.

Исходъ различенъ, смотря по тому, происходитъ ли всасываніе или прободеніе.

При благопріятномъ исходѣ, а именно при всасываніи, опухоль постепенно опадаетъ, становится болѣе твердой и бугристой. При этомъ шейка матки все болѣе и болѣе отступаетъ отъ лоннаго сращенія къ срединной линіи таза и мучительные припадки постепенно утихаютъ и, наконецъ, по прошествіи долгихъ мѣсяцевъ кровяная грыжа исчезаетъ, оставляя послѣ себя небольшой остатокъ въ видѣ твердой заматочной опухоли, тѣсно прилегающей къ маткѣ. Нормальная подвижность тоже не вполне восстанавливается.

Если дѣло клонится къ прободенію и выдѣленію крови, то стѣнки кровяной грыжи воспаляются, въ нихъ появляется мягкое мѣсто, которое и прорывается. Чаще всего вскрытіе происходитъ

въ прямую кишку. Оно совершается внезапно, послѣ предшествовавшего нѣкоторое время катарра прямой кишки, при чемъ вмѣстѣ съ сильнымъ поносомъ выдѣляются черныя разсыпчатыя массы. Тотчасъ послѣ перваго прободенія состояніе больной значительно улучшается и становится все лучше и лучше, по мѣрѣ дальнѣйшаго отхожденія содержимаго опухоли, которое часто продолжается довольно долго. По мѣрѣ своего опорожненія, опухоль спадается и запусъвается, пока, наконецъ, отверстіе не закроется и отъ опухоли останутся только слѣды вмѣстѣ съ зарращеніемъ дуглассова пространства. Но прободеніе можетъ окончиться также ихорознымъ воспаленіемъ стѣнокъ и смертью.

Гораздо рѣже прободеніе происходитъ во влагалище и сопровождается катарромъ послѣдняго. Прободеніе можетъ также послѣдовать одновременно въ прямую кишку и влагалище.

Прободеніе въ мочевою пузырь случилось, по *Отту* ¹⁾, всего одинъ разъ, и притомъ одновременно угрожало вскрытіе чрезъ брюшныя покровы.

Прободеніе въ брюшную полость тоже составляетъ большую рѣдкость. При этомъ, если кровь не совсемъ свѣжая, то смерть неизбежна.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ грозитъ опасность, что, какъ при самомъ прободеніи, такъ и при постепенномъ опорожненіи полости, разовьется воспаленіе кистовыхъ стѣнокъ и ихорозное распаденіе содержимаго, при чемъ обыкновенно происходитъ смерть отъ воспаленія брюшины или общаго истощенія.

Могутъ также остаться гноевиковыя полости, въ которыхъ скопляется гной, время отъ времени выдѣляющійся чрезъ сзуйившееся прободное отверстіе, такъ что изъ прямой кишки происходитъ періодическое выдѣленіе гноя.

¹⁾ Revue clinique hebdomad. de la Gaz. des hôp., 1861, стр. 53.

Распознаваніе.

Явленія, получаемыя при изслѣдованіи, до того характеристичны и выражены такъ отчетливо, что первое, что приходитъ въ голову, это именно мысль о существованіи кровяной грыжи. Поэтому, такъ какъ здѣсь для точнаго діагноза вполне достаточно анамнеза и результатовъ изслѣдованія, то мы ограничимся только разборомъ тѣхъ страданій, которыя могутъ быть смѣшаны съ кровяной грыжей.

Въ этомъ отношеніи первое мѣсто занимаетъ периметритъ, который иногда можетъ быть исключенъ не иначе, какъ съ помощью пробнаго прокола, такъ какъ иные периметриты представляютъ тѣ же особенности, что и кровяная грыжа. Для дифференціального діагноза здѣсь всего важнѣе анамнезъ, такъ какъ очень быстрое образованіе опухоли, равно какъ и внезапное обнаруженіе припадковъ, вмѣстѣ съ появленіемъ острого малокровія, говоритъ въ пользу кровяной грыжи. Самое теченіе болѣзни тоже представляетъ нѣкоторыя отличія. Кровяная грыжа, если она не вскрывается, становится постепенно меньше и тверже, показываетъ неравномѣрную консистенцію и бугристость, тогда какъ серозный периметритъ можетъ оставаться долгое время безъ измѣненія, пока гноевикъ не вскрыется. Но, съ другой стороны, фибринозный выпотъ можетъ имѣть такое же теченіе, какъ и кровяная грыжа. Характеристическое хрустѣніе кровяныхъ сгустковъ наблюдается, повидимому, не часто.

Особенно легко кровяная грыжа смѣшивается съ перегнутой назадъ беременной маткой, а именно, когда больныя сами признаютъ себя беременными. Даже картина, получаемая при изслѣдованіи чрезъ влагалище, представляетъ поразительное сходство съ кровяной грыжей. За то при наружномъ изслѣдованіи прощупывается при перегибѣ назадъ страшно растянутый пузырь, котораго невозможно смѣшать съ прощупываемою снаружи, при кровяной грыжѣ, опухолью; тогда какъ при кровяной грыжѣ прощупывается еще прилегающее къ передней брюшной стѣнкѣ дно матки. Правда, для опредѣленія послѣдняго, особенно при чрезвычайной раздражительности, приходится иногда прибѣгнуть къ хлороформу.

Кисты яичниковъ или фиброиды матки, которые, будучи защемлены въ дуглассовомъ пространствѣ, вызываютъ воспаленіе въ окружности, могутъ дать ту же картину, что и кровяная грыжа; за то происхожденіе и теченіе ихъ совершенно иныя. Въ случаѣ крайности дѣлаютъ пробный проколъ.

Виѣматочная беременность въ дуглассовомъ пространствѣ встрѣчается весьма рѣдко, но за то она можетъ причинить громадныя трудности относительно дифференціального распознаванія, такъ какъ и анамнезъ ихъ въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ одинаковъ съ кровяной грыжей.

Правда, при вѣматочной беременности опухоль образуется постепенно, но не всегда это можетъ быть опредѣлено, такъ что остается только прибѣгнуть къ пробному проколу. Не мѣшаетъ знать, что при вѣматочной беременности матка всегда бываетъ значительно увеличена, тогда какъ при кровяной грыжѣ такое увеличеніе является уже осложненіемъ.

Заматочные раки могутъ быть узнаны безъ труда, по своему анамнезу, постепенному развитію, бугорчатой формѣ и другимъ признакамъ злокачественности страданія.

Еще труднѣе, чѣмъ распознаваніе кровяной грыжи, опредѣленіе того, откуда идетъ кровотеченіе. Въ большинствѣ случаевъ приходится довольствоваться одними предположеніями, которыя, правда, иногда принимаютъ характеръ довольно сильной вѣроятности. Такъ, въ одномъ изъ моихъ случаевъ я счелъ себя вправѣ принять трубную беременность на томъ основаніи, что за это говорилъ анамнезъ и что въ области трубъ прощупывалась опухоль, независимая отъ кровяной грыжи. Pelveoperitonitis haemorrhagica можно заподозрить въ томъ случаѣ, когда раньше бывали периметриты или когда существовавшей раньше серозный экссудатъ, окруженный сумкой, начинаетъ быстро увеличиваться. Если при изслѣдованіяхъ, произведенныхъ въ прежнее время, нащупывались небольшія опухоли яичниковъ, то источникъ кровотеченій можно полагать въ яичникахъ. При отсутствіи всякихъ мѣстныхъ данныхъ, источникомъ кровотеченій можно признать разрывъ варикозной вены въ широкой маточной связкѣ, если существуютъ сильныя варикозныя расширенія нижнихъ конечностей.

Предсказаніе.

Кровяная грыжа представляетъ всегда весьма серьезное страданіе, какъ вслѣдствіе расстройства здоровья, которое она всегда влечетъ за собою, такъ и вслѣдствіе опасности для жизни и послѣдовательныхъ явленій.

Смерть имѣетъ мѣсто только въ исключительныхъ случаяхъ, чаще всего при нагноеніи и распадѣ опухоли. Къ вреднымъ послѣдствіямъ нужно отнести смѣщенія матки, новые приступы периметрита и бесплодіе, которое обуславливается зарощеніемъ яичниковъ и перетяжкой трубъ. Впрочемъ, по исчезаніи кровяной грыжи, зачатіе не составляетъ абсолютной невозможности. Возвратъ болѣзни встрѣчается весьма рѣдко.

Лечение.

Въ общемъ и цѣломъ кровяная грыжа должна быть пользуема симптоматически и выжидательно. Въ началѣ появленія опухоли главную роль

играетъ вышнее примѣненіе холода, въ видѣ пузырей со льдомъ на животъ или въ видѣ кусочковъ льда, вводимыхъ во влагалище. Холодъ удовлетворяетъ здѣсь двумъ показаніямъ: во-первыхъ, ограничиваетъ мѣстный перитонитъ, во-вторыхъ ослабляетъ внутреннее кровотеченіе. Мѣстные крововызвеченія полезны только въ тѣхъ крайне рѣдкихъ случаяхъ, когда воспаленіе грозитъ распространиться на всю брюшину, а кровотеченіе въ заматочную опухоль не сопровождается явленіями малокровія. При отсутствіи другихъ серьезныхъ припадковъ, ограничиваются абсолютнымъ покоемъ, вставленіемъ катетера, когда это нужно, и легкими слабительными, такъ какъ плотныя каловыя массы, проходящія мимо опухоли, вызываютъ въ ней новое раздраженіе и очень сильныя боли.

Если кровяная грыжа отличается типичнымъ теченіемъ, то, помимо наркотическихъ средствъ для утоленія боли, всякое леченіе излишне, такъ какъ обыкновенно опухоль оплотнѣваетъ и всасывается съ оставленіемъ небольшого остатка.

Такъ какъ всасываніе опухоли является, безспорно, самымъ благопріятнымъ исходомъ, то искусственное опорожненіе опухоли должно быть предпринято только на основаніи спеціальнаго показанія. Такимъ показаніемъ можетъ служить чрезмѣрная величина опухоли или воспаленіе и ихорозное распаденіе ея.

Что касается перваго показанія, то страданія, вызываемыя давленіемъ опухоли, могутъ достигнуть такой силы, что для облегченія ихъ необходимо уменьшить опухоль. Но даже и въ этихъ случаяхъ лучше не торопиться съ операціей, такъ какъ въ опорожненную опухоль можетъ произойти новое кровотеченіе. Такъ какъ во всѣхъ подобныхъ случаяхъ содержимое кисты находится еще въ жидкомъ видѣ, то опухоль прокалываютъ, по возможности, тонкимъ троакаромъ и со всѣми предосторожностями противъ прониканія воздуха.

Если, не смотря на то, воздухъ попалъ таки въ опухоль, то появляется нагноеніе и гнилостное распаденіе, которыя, впрочемъ, могутъ развиваться и послѣ произвольнаго прободенія. Въ этомъ случаѣ необходимо удалить все воспаленное гнѣздо. Для этого вскрываютъ разрѣзомъ вдающуюся во влагалище опухоль и пальцами вынимаютъ загнившіе кровяные свертки. Если затѣмъ, по возможности, прополоскать стѣнки гноевика карболовымъ растворомъ, то этимъ вѣрнѣе всего можно предотвратить грозящій перитонитъ или гноекровоіе.

Если кровь выдѣлилась произвольно, безъ воспалительныхъ явленій въ содержимомъ опухоли, то нужно остерегаться способствовать опорожненію опухоли, такъ какъ въ такомъ случаѣ въ полость ея легко могутъ попасть воздухъ или кишечные газы и тогда ихорозное распаденіе неминуемо.

Если предстоит вскрытіе въ прямую кишку, то лучше всего держаться въ выжидательномъ положеніи; если же опухоль грозитъ вскрытіею во влагалище, то въ этомъ мѣстѣ его прокалываютъ или надрѣзываютъ.

Haematocele anteuterina. Предматочная кровяная опухоль.

Подъ именемъ haematocele anteuterina разумѣютъ кровяную опухоль въ брюшинной складкѣ между маткой и пузыремъ.

Въ этомъ мѣстѣ кровяная опухоль можетъ образоваться при различныхъ условіяхъ. Прежде всего она можетъ появиться здѣсь въ видѣ частнаго явленія большой заматочной опухоли, когда сумка, замыкающая кровоизліяніе, идетъ черезъ матку къ передней брюшной стѣнкѣ. Въ этомъ случаѣ пузырно-маточная выемка тоже бываетъ выполнена кровью.

Весьма рѣдко предматочная кровяная опухоль образуется вслѣдствіе того, что брюшинный карманъ, лежащій впереди матки, заростааетъ сверху и въ это замкнутое пространство происходитъ кровотеченіе, какъ было въ случаѣ *Г. Брауна* ¹⁾. Подобные случаи весьма рѣдки, съ одной стороны, потому что спереди матки перитоническія сращенія встрѣчаются гораздо рѣже, чѣмъ сзади, а съ другой — потому что трубы и яичники, служащіе главнымъ источникомъ кровотеченій въ замкнутыя пространства, рѣдко смѣщены такъ, чтобы они помѣщались въ пузырно-маточной выемкѣ.

Я самъ наблюдалъ въ высшей степени интересный случай предматочной кровяной опухоли ²⁾, въ которомъ громадная опухоль, помѣщавшаяся между маткой и пузыремъ (фиг. 122), развилась вслѣдствіе того, что между совершенно пустымъ пузыремъ и пустой же прямой кишкой, къ передней стѣнкѣ которой прилежала склеенная съ нею матка, образовалась полость, въ которую, какъ въ наиболѣе глубокую въ данномъ



Фиг. 122.

Haematocele anteuterina. и матка. *t* плодный пузырь
трубы. *bc* кровяные сгустки. *fb* жидкая кровь.

¹⁾ Wiener med. Wochenschr., 1872, № 22 и 23.

²⁾ Arch. f. Gyn., т. V, вып. 2.

случаѣ часть брюшной полости, послѣ разрыва трубной беременности, излилась и свернулась кровь.

Тромбъ или гематома кѣтчатки (*haematocoele extraperitonealis*).

Кровоизліянія въ тазовую кѣтчатку, за исключеніемъ послѣродового періода и травмъ, встрѣчаются весьма рѣдко. Смотри по производящей причинѣ и мѣсту кровотеченія, они могутъ появиться въ любой части кѣтчатки, почему эти кровоизліянія не представляютъ никакой правильности и образуютъ самаго разнообразнаго вида опухоли.

Опухоли тазовой брюшины и тазовой кѣтчатки.

Кисты.

Спенсеръ Уэльсъ, Diseases of the ovaries, стр. 30. — *Атли*, Ovarian tumours etc., стр. 107. — *Пизли*, Ovarian tumours etc., стр. 99. — *Бэнтокъ*, Obst. J. of Great Britain, май 1873, стр. 124, и London Obst. Tr., XV, стр. 105. — *Кеберле*, Obst. J. of Great Britain, сентябрь 1873, стр. 422.

Вблизи фаллопиевыхъ трубъ нерѣдко встрѣчается множество маленькихъ кистъ съ ножкой и безъ ножки.

Другого рода кисты развиваются въ надъяичниковой желѣзѣ, протоки которой снабжены мерцательнымъ эпителиемъ; однакоже, не всѣ кисты широкихъ связокъ могутъ быть отнесены на счетъ надъяичниковой желѣзы; напротивъ, нѣкоторыя кисты, лежащія ближе къ маткѣ, образуются изъ почечной части вольфова тѣла, остатки котораго, по изслѣдованіямъ *Вальдейера*¹⁾, сохраняются въ видѣ узкихъ каналовъ между надъяичниковой желѣзой (половой частью Вольфова тѣла) и маткой и наполнены эпителиальными кѣтками.

Эти кисты широкихъ маточныхъ связокъ обыкновенно остаются мелкими, но иногда вырастаютъ до такой же величины, какъ и опухоли яичниковъ.

Обыкновенно онѣ имѣютъ тонкую стѣнку (*Шнigelбергъ*²⁾ нашель въ ней гладкія мышечныя волокна) и выстланы изнутри цилиндрическимъ эпителиемъ, снабженнымъ иногда мерцательными рѣсничками. Большею частью онѣ не имѣютъ ножки, а отходятъ на широкомъ основаніи изъ широкой связки, плотно прилегая къ яичнику или отдѣляясь отъ него рѣзко. Вокругъ нихъ обвивается труба, которая обыкновенно бываетъ сильно вытянута въ длину.

¹⁾ Eierstock u. Ei, стр. 142.

²⁾ Шнigelбергъ, Arch. f. Gyn., I, стр. 482.

Содержимое ихъ—прозрачная, какъ кристаллъ, сыворотка, очень низкаго уд. вѣса (1004—1005), и въ немъ находятъ очень мало или вовсе не находятъ бѣлку.

Повидимому, послѣ прокола, онѣ болѣе не наполняются.

Миомы, фибромы и фиброміомы.

При подобныхъ опухоляхъ широкихъ связокъ, дѣло обыкновенно идетъ о первоначальныхъ опухоляхъ матки, которыя вросли между листовъ широкихъ связокъ и затѣмъ отдѣлились вмѣстѣ съ своей ножкой отъ матки. Но, по *Вирхову* ¹⁾, въ широкихъ связкахъ миомы встрѣчаются и въ видѣ первичныхъ опухолей.

Шетельмъ ²⁾ описываетъ кистофиброміому, которая получила свое начало въ маткѣ, хотя болѣе не находилась съ нею въ связи.

Ракъ и бугорчатка

не представляютъ ничего характеристическаго, являясь исключительно страданіями тазовой клѣтчатки.

БОЛЕЗНИ ВЛАГАЛИЩА.

Пороки развитія.

Влагалище образуется, подобно маткѣ, изъ обоихъ мюллеровыхъ протоковъ, которые сливаются между собою, начиная съ верхней части влагалища. Уничтоженіемъ или недостаточнымъ развитіемъ одного или обоихъ мюллеровыхъ протоковъ, равно какъ недостаточнымъ сліяніемъ ихъ между собой, объясняются всѣ пороки развитія влагалища, о которыхъ мы уже отчасти говорили при изложеніи аномалій матки.

Полное отсутствіе и зачаточное образованіе влагалища.

Куссмаулъ, Von dem Mangel etc. der Gebärmutter. Würzburg, 1859.—*Клобъ*, Pathol. Anat. der weibl. Sexualorg., стр. 412.

Въ практическомъ отношеніи обѣ эти аномаліи равносильны другъ другу, да и съ анатомической точки зрѣнія ихъ обыкновенно не различаютъ между собой; тѣмъ не менѣе, соединительно-тканые пучки, идущіе въ направленіи влагалища, должны быть разсматриваемы за зачаточное влагалище.

¹⁾ Geschwülste, III, 1, стр. 221.

²⁾ Arch. f. Gyn., т. I, стр. 425.

Эта аномалія встрѣчается при полномъ отсутствіи или зачаточномъ развитіи матки; но иногда она существуетъ совершенно самостоятельно при нормальной маткѣ.

Съ другой стороны, тѣ отдѣлы мюллеровыхъ протоковъ, которые идутъ на образованіе влагалища, могутъ быть закрыты только въ нѣкоторой своей части, вслѣдствіе чего въ влагалищной части матки примыкается слѣпой мѣшокъ, представляющей собою влагалище, или же такой мѣшокъ образуется лишь позади дѣвственной плевы. Въ другихъ случаяхъ недостаетъ средней части влагалища, такъ что оба конца его разединены между собою различной толщины перепонкой. Иногда эта перепонка очень тонка или даже усѣяна мелкими и крупными отверстиями.

Тѣ случаи, въ которыхъ верхній и нижній слѣпые мѣшки идутъ на нѣкоторомъ разстояніи другъ возлѣ друга, не сливаясь, должны быть объяснены тѣмъ, что въ одномъ изъ мюллеровыхъ протоковъ заросла нижняя часть, а въ другомъ верхняя.

Vagina unilateralis.

Если въ области влагалища вполне развится только одинъ мюллеровъ протокъ, а другой существуетъ въ зачаточномъ видѣ или его вовсе нѣтъ, то въ такомъ случаѣ, говоря морфологически, мы имѣемъ предъ собою только одну половину влагалища. Что этотъ порокъ развитія до сихъ поръ мало обращалъ на себя вниманія, объясняется тѣмъ, что его трудно распознать, такъ какъ здѣсь недостаетъ тѣхъ критеріевъ, которые мы имѣли при однорогой маткѣ (форма органа и мѣста прикувыленія его придатковъ). По всему вѣроятію, въ громадномъ большинствѣ случаевъ однорогой матки имѣло мѣсто развитіе одного только мюллерова протока и въ области влагалища.

Нѣкоторые случаи мѣстнаго удвоенія влагалища тоже должны быть разсматриваемы не иначе, какъ мѣстное развитіе одной половины.

Vagina septa.

Если все влагалище удвоено, то обыкновенно существуетъ и двойная матка, а также двойная дѣвственная плева. Если одинъ изъ влагалищныхъ каналовъ снизу закрыть, то на этой сторонѣ образуется гематометра.

Оба влагалища не всегда имѣютъ боковое направленіе; по *Дорну*, лѣвый мюллеровъ протокъ лежитъ болѣе впереди.

Если же удвоеніе влагалища только мѣстное, то обыкновенно бываетъ раздвоена нижняя часть, тогда какъ верхняя, откуда всегда начинается сліяніе мюллеровыхъ протоковъ, образуетъ одинъ простой каналъ. Но при двойной маткѣ нерѣдко бываетъ раздвоена верхняя часть влага-

лица (перегородка матки вдается во влагалище), тогда какъ въ нижней части существуетъ одинъ каналъ.

Въ другихъ случаяхъ во влагалищѣ растянуты нѣсколько перегородокъ или перекладинъ въ видѣ остатковъ прежнихъ разобщеній.

Въ нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ дѣло идетъ о зародышевыхъ сращенияхъ, вполнѣдствіи разступившихся.

Если при простой маткѣ существуетъ двойное влагалище, то одна половина всегда находится въ зачаточномъ состояніи.

Прирожденная малость влагалища.

Ненормальная узость влагалища бываетъ особенно сильно выражена при нѣкоторыхъ уродливостяхъ матки, преимущественно при uterus foetalis et infantilis. Узкое же влагалище при однорогой маткѣ должно быть разсматриваемо какъ vagina unilateralis.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ встрѣчается также ненормальная короткость влагалища.

При закрытіяхъ влагалища оперативное пособіе мыслимо только въ тѣхъ случаяхъ, когда существуетъ гематометра, такъ какъ въ другихъ случаяхъ внутренніе половые органы представляютъ такіа неправильности, что образованіе влагалища не имѣетъ смысла; кромѣ того, при отсутствіи опухоли матки, которою можно было бы руководиться при операци, очень легко произвести поврежденія сосѣднихъ частей.

Перекладки влагалища, равно какъ и мѣстныя удвоенія его, подлежатъ операци только въ томъ случаѣ, когда онѣ мѣшаютъ половымъ сношеніямъ или родамъ.

Прирожденное суженіе затрудняетъ только половой актъ и обыкновенно уступаетъ продолжительнымъ усиліямъ. Въ другихъ случаяхъ можно вставлять прессованныя губки, особенно когда суженіе чисто мѣстное.

Атрезія влагалища

съ послѣдовательной гематометрой описана выше при атрезіи матки.

Воспаленіе влагалища. Vaginitis, colpitis, erythritis.

Келликеръ и Скэнцони, Sc.'s Beiträge, II, стр. 128. — Тайлоръ Смитъ, Pathol. a. treatment of leucorrhoea. London, 1855. — Геннингъ, Der Katarrh der w. Geschlechtsorgane, *2-е изд. — См. также литературу, приведенную при endometritis.

Острое катарральное воспаленіе.

Этіологія.

Самую частую причину остраго воспаленія влагалища составляетъ трипперное зараженіе. Кромѣ того, оно можетъ быть вызвано и различнаго рода травматическими причинами. Къ подобнымъ травмамъ иногда приходится отнести и половой актъ; чаще, однакоже, оно происходитъ подъ вліяніемъ терапевтическихъ мѣропріятій: прижиганій, слишкомъ холодныхъ или слишкомъ горячихъ впрыскиваній, пессаріевъ, гнилостныхъ или ѣдкихъ выдѣленій.

Острый катарръ влагалища нерѣдко развивается во время регуль, особенно если къ нимъ присоединятся какія нибудь вредныя вліянія, чаще всего простуда.

Нерѣдко острый катарръ представляетъ собой лишь обостреніе хроническаго.

Наконецъ, онъ можетъ развиваться при острыхъ сыпяхъ, особенно при кори.

Въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ острый катарръ влагалища встрѣчается въ періодѣ половой зрѣлости, но иногда онъ развивается и у дѣтей, влѣдствіе травматическихъ вліяній или общихъ причинъ, а также у женщинъ, у которыхъ регулы уже прекратились. Я наблюдалъ случай остраго катарра при совершенно завядшей маткѣ и не могъ объяснить его причиной, указанной *Гильдебрантомъ*, а именно зіяніемъ наружныхъ половыхъ частей, облегчающимъ прониканіе пыли и холоднаго воздуха.

Патологическая анатомія.

Обычныя признаки остраго катарра выражены весьма ясно. Слизистая оболочка красна, разрыхлена и на ощупь мягка, какъ бархатъ. Особенно часто набухаютъ морщины влагалища на подобіе греоней на верхушкахъ которыхъ замѣчается сильная налитость и даже кровоподтеки; въ иныхъ случаяхъ эпителий до того легко ранимъ, что отъ малѣйшей причины можетъ произойти кровотеченіе.

Слизистые мѣшочки влагалища иногда набухаютъ въ видѣ маленькихъ кистъ.

Въ началѣ остраго катарра отдѣленіе слизистой оболочки бываетъ уменьшено, позднѣе же оно усиливается и принимаетъ слизисто-серозный или гнойный характеръ.

Воспаленіе влагалища, зависящее отъ триппернаго зараженія, не отличается существенно отъ другихъ формъ, а только часто сопровождается

катарромъ слизистой оболочки уретры и воспаленіемъ окружающихъ устье послѣдней фолликуловъ. Кроме того, при трипперѣ часто встрѣчается образованіе гноя въ бартолиновыхъ желѣзахъ.

Между тѣмъ какъ острое воспаление влагалища распространяется по всему влагалищу, трипперный катарръ часто занимаетъ только нижнюю часть послѣдняго. Однакоже, встрѣчаются и частныя воспаленія свода влагалища, служація продолженіемъ воспаленія матки.

Въ верхней части влагалища существуетъ еще особая форма колпита, описанная *Гильдебрантомъ*¹⁾ подъ именемъ *vaginitis ulcerosa adhaesiva*. При этомъ слизистая оболочка верхней части влагалища теряетъ свой эпителий, представляется какъ бы окровавленной, съ легкой сосочковой гипертрофіей. Слѣдствіемъ этого воспаленія является сращеніе влагалищной части съ боковыми стѣнками влагалища, такъ что своды совершенно исчезаютъ и маточное отверстіе прощупывается въ верхней части воронкообразно суживающагося влагалища.

Я имѣлъ случай нѣсколько разъ наблюдать исходы этого процесса, а именно разъ полное закрытіе верхней части влагалища, а другой неполное закрытіе подъ влагалищной частью. Обѣ больныя были бездѣтны и, вѣроятно, приобрѣли болѣзнь еще до замужества; у одной изъ нихъ послѣдовательная гематометра вскрылась во влагалище во время свадебнаго путешествія. Наконецъ, у третьей больной весь верхній отдѣлъ влагалища былъ равномерно суженъ, правый сводъ былъ зарощенъ, а лѣвый представлялъ собой слѣпой мѣшокъ.

Припадки.

Острый катарръ можетъ начаться съ ясно выраженными лихорадочными явленіями и при правильномъ леченіи обыкновенно оканчивается чрезъ нѣсколько недѣль выздоровленіемъ, въ противномъ же случаѣ переходитъ въ хроническую бленоррею, особенно при трипперѣ.

Кромѣ течи, въ трудныхъ случаяхъ существуютъ боли въ животѣ, иногда очень мучительныя. Появляется постоянное напираніе внизъ, иногда судорожныя подергиванія *constrictor cunni* и натуги со стороны прямой кишки и мочевого пузыря.

Лечение.

Обыкновенно можно довольствоваться выжидательнымъ леченіемъ, дѣлая легкое отвлеченіе на кишечный каналъ и стараясь осторожными вырскиваніями въ 28° не давать застаиваться отдѣленію. Вмѣстѣ съ этимъ заботятся объ устраненіи вредныхъ вліяній и о полномъ покоѣ больной. При появленіи судорожныхъ болей весьма хорошо помогаютъ теплыя поясныя ванны.

¹⁾ Monatsschr. f. Geb., т. 32, стр. 128.

Крупозное и дифтеритическое воспаленіе влагалища.

Этіологія.

Крупозныя и дифтеритическія перепонки встрѣчаются на слизистой оболочкѣ въ двоякомъ видѣ: или только на отдѣльныхъ мѣстахъ, вслѣдствіе мѣстныхъ вредныхъ вліяній, тогда какъ остальная слизистая оболочка поражена слегка катарромъ, или въ видѣ крупознаго и дифтеритическаго воспаленія, охватывающаго всю слизистую оболочку или, крайней мѣрѣ, значительный отдѣлъ ея, а именно верхнюю или нижнюю половину.

Отдѣльныя перепонки встрѣчаются во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ стѣнка влагалища орошается гнилостнымъ отдѣленіемъ, слѣдовательно, при ракѣ матки, при загнивающихъ фиброидахъ и полипахъ, а также вслѣдствіе черезчуръ долгаго пошенія пессарія. Далѣе, при паденіи влагалища или матки, перепончатые отложенія появляются на язвахъ, подверженныхъ вѣшнимъ вреднымъ вліяніямъ. Нерѣдко также дифтеритическіе налеты влагалища образуются при влагалищно-пузырныхъ свищахъ, когда въ немъ застаивается моча, и при кишечно-влагалищныхъ свищахъ, когда въ немъ застаивается калъ.

Крупозное или дифтеритическое воспаленіе значительной части слизистой оболочки влагалища помимо триппера, при которомъ оно, во всякомъ случаѣ, встрѣчается очень рѣдко, и послѣродового періода, имѣетъ мѣсто только при острыхъ заразныхъ болѣзняхъ (кори, оспѣ, тифѣ, холерѣ).

Патологическая анатомія.

При ограниченномъ пораженіи слизистой оболочки, на отдѣльныхъ, обыкновенно не очень обширныхъ мѣстахъ находятъ бѣловатые пленки, довольно легко отстающія или плотно сидящія на слизистой оболочкѣ тогда какъ остальные отдѣлы послѣдней почти нормальны или поражены легкимъ катарромъ.

Гораздо болѣе рѣзкимъ характеромъ отличается общій дифтеритъ влагалища. Здѣсь набуханіе слизистой оболочки достигаетъ громадной степени, такъ что перегородка между прямой кишкой и влагалищемъ превращается въ толстую опухоль, выполняющую просвѣтъ влагалища, а своды почти совершенно заплываютъ вокругъ влагалищной части, вслѣдствіе чего нельзя пройти пальцемъ выше этой части. Слизистая оболочка на большемъ или меньшемъ протяженіи покрыта бѣлыми и зелеными дифтеритическими пленками, а изъ влагалища выдѣляется вонючее гнойное выдѣленіе. Дифтеритъ верхняго отдѣла влагалища распространяется и на влагалищную часть матки при немъ слизистая

оболочка ея увеличивается въ объемѣ, а слизистая оболочка шейки набухаетъ въ видѣ толстыхъ валиковъ. И видаль случаи, когда послѣдняя была до того утолщена, что представлялась на оцупъ въ видѣ величиною съ грѣцкій орѣхъ слизистаго полипа, сидѣвшаго въ наружномъ маточномъ зѣвѣ. Такъ какъ излеченіе слѣдуетъ весьма медленно, то остаются значительныя суженія и влагалищный сводъ срастается съ влагалищной частью.

Припадки.

Припадки почти такіе же, какъ при болѣе тяжелыхъ формахъ остраго катарра. Лихорадка существуетъ только вначалѣ, позднѣе же главное вниманіе обращаетъ на себя грязное, кровянисто-гноинное выдѣленіе отвратительнаго запаха. При этомъ существуютъ боли въ тазу, напираніе внизъ и судороги *constrictor cunni* и другихъ мышцъ тазового дна.

Дифтеритическіе налеты, образующіеся при загнивающихъ раковыхъ опухоляхъ или при свищахъ, не вызываютъ никакихъ особенныхъ явленій.

Распознаваніе.

Форма воспаленія обыкновенно узнается по присутствію перепонокъ. Если дифтеритъ въ верхней части влагалища развитъ очень сильно, то и безъ особенныхъ осложненій онъ можетъ вызвать такую же картину, какъ при ихорозномъ распадѣнн рака или слизистаго полипа шейки, такъ какъ влагалищная часть обращается при немъ въ неправильную опухоль. Истинное положеніе дѣла можетъ быть выяснено только точнымъ изслѣдованіемъ, а въ крайнемъ случаѣ теченіемъ болѣзни.

Леченіе.

Самое лучшее леченіе, конечно, удаленіе причинъ. Если это удастся въ скоромъ времени, какъ, напримѣръ, при загнивающихъ полипахъ и забытыхъ во влагалищѣ пеесаріяхъ, то сряду же наступаетъ полное излеченіе отъ соблюденія одной только чистоты. Точно также и въ другихъ случаяхъ излеченіе вполне можетъ быть достигнуто съ помощью чистоты и орошенія карболовымъ растворомъ, хотя слизистая оболочка еще долго гранулируетъ, оставляя значительныя рубцовыя суженія. Послѣднія до нѣкоторой степени могутъ быть предотвращены, если между сростающимися стѣнками вкладывать пропитанные жиромъ тампоны.

Perivaginitis phlegmonosa dissecans.

Марконнетъ, Virchow's Archiv, т. 34, 1 и 2.—*Минкевичъ*, е. 1., т. 41, стр. 437.

До сихъ поръ описаны всего два случая этого страданія, объ этиологій котораго ничего не извѣстно. Въ обоихъ случаяхъ *Марконнета* имѣ-

ло мѣсто воспаленіе окружающей клетчатки, отслоившее путемъ нагноенія все влагалище (слизистую оболочку и мышечный слой), вслѣдствіе чего влагалище вмѣстѣ со слизистой оболочкой влагалищной части вышло наружу въ видѣ цѣльнаго мѣшка. Излеченіе послѣдовало путемъ нагноенія.

Болѣе злокачественное теченіе представлялъ случай *Минкевича*. Здѣсь тоже влагалище вышло цѣликомъ, но больная умерла и при вскрытіи оказалось гангренозное разрушеніе задней стѣнки пузыря и передней стѣнки таза.

Хроническій катарръ влагалища. Fluor albus. Leucorrhoea.

Этіологія.

Хроническій катарръ влагалища представляетъ весьма частое страданіе, являющееся или какъ слѣдствіе остраго колпита, доброкачественнаго либо триппернаго, или гораздо чаще въ видѣ самостоятельной болѣзни.

Такъ, усиленное отдѣленіе слизистой оболочки влагалища можетъ быть вызвано климатическими условіями или конституциональными разстройствомъ. Особенно часто оно замѣчается при блѣдной немочи. Съ другой стороны, и мѣстныя раздраженія слизистой оболочки влагалища точно также могутъ вызвать катарральную течь. Въ этомъ смыслѣ дѣйствуетъ уже слишкомъ частое совокупленіе, особенно у новобрачныхъ. Сюда же относится цѣлый рядъ врачебныхъ пособій, слишкомъ горячія или слишкомъ холодныя вприскиванія. Влагалищныя пессаріи раздражаютъ слизистую оболочку всѣ безъ исключенія, съ тою только разницею, что приготовленные изъ хорошаго матерьяла и вѣрно подобранные производятъ очень слабое раздраженіе. Особенно сильному раздраженію подвергается влагалище при выпаденіяхъ матки и влагалища, когда послѣднее помѣщается впереди наружныхъ половыхъ частей между бедрами (съ своей стороны и продолжительный хроническій катарръ можетъ вести къ гипертрофіи и расслабленію стѣнокъ влагалища и вслѣдствіе этого къ выпаденію).

Страданія матки, въ особенности воспаленія, а также смѣщенія и новообразованія ея легко вызываютъ хроническое воспаленіе оболочки влагалища.

Наконецъ, хроническій катарръ можетъ быть вызванъ застоями крови въ нижней части туловища, обусловливаемыми болѣзнями печени, легкихъ, сердца или опухолями брюшной полости, а также мѣстнымъ раздраженіемъ со стороны крупныхъ опухолей малаго таза.

Патологическая анатоміа.

Прежде всего въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ катарръ влагалища имѣетъ ясно выраженный хроническій характеръ, т. е. тянется цѣлые мѣсяцы, нерѣдко находятъ измѣненія слизистой оболочки, свойственныя острому катарру. Особенно часто это бываетъ при трипперѣ. При этомъ на верхушкахъ припухшихъ гребней слизистой оболочки замѣчаются сильная налитость сосудовъ, даже кровоподтеки и гнойное отдѣленіе. Если эти измѣненія проходятъ или если они не были сильно развиты, то слизистая оболочка представляется на ошупь гладкой, плотной и неподатливой. Цвѣтъ ея буровато-красный или аспидно-сѣрый, иногда она усеяна неправильными пигментными пятнами, указывающими на бывшія кровоизліянія въ слизистой оболочкѣ.

Характеристическимъ признакомъ хроническаго катарра служитъ его отдѣленіе. Оно всегда имѣетъ кислую реакцію и часто представляетъ собою только усиленное физиологическое отдѣленіе, т. е. оно густовато, похоже на сливки и состоитъ изъ отпавшаго пластинчатаго эпителия съ небольшою примѣсью слизистыхъ тѣлецъ. Въ другихъ случаяхъ слизистыя тѣльца попадаютъ въ большемъ количествѣ вмѣстѣ съ гнойными клетками, отчего отдѣленіе становится почти совершенно гнойнымъ. Въ катарральномъ отдѣленіи нерѣдко встрѣчаются *trichomonas vaginalis* и споры грибовъ.

Припадки.

При совершенно хроническомъ теченіи единственнымъ признакомъ служитъ выдѣленіе. Последнее, если оно очень обильно, можетъ быть весьма тягостнымъ для больныхъ и даже разстроить здоровье, разбѣдая наружныя половыя части и поверхности бедръ и влеча за собою разстройство общаго питанія. Впрочемъ, послѣднія отличаются большимъ постоянствомъ, такъ что одні женщины сильно худѣютъ уже отъ незначительной, но постоянной течи, тогда какъ другія, не смотря на сильныя бѣды, пользуются цвѣтущимъ здоровьемъ.

Если влагалище расслабляется при хроническомъ катаррѣ, то оно слегка выпадаетъ, при чемъ появляется болѣзненное чувство напиранія внизъ и непріятное ощущеніе посторонняго тѣла въ половой расщелинѣ. Теченіе въ высшей степени затяжное, такъ что бѣды могутъ существовать въ теченіи многихъ лѣтъ и даже всю жизнь.

Леченіе.

Для ограниченія усиленнаго отдѣленія слизистой оболочки влагалища, прежде всего нужно пытаться устранить производящія его причины.

Такъ, у хлоротичныхъ больныхъ бѣли нерѣдко останавливаются уже отъ одного употребленія желѣза безъ всякаго мѣстнаго леченія. Точно также удаленіе неудобнаго пессарія, а съ другой стороны, при существующемъ выпаденіи влагалища, вставленіе соответственнаго кольца прекращаютъ отдѣленіе или, по крайней мѣрѣ, ограничиваютъ его въ значительной степени. Леченіе одновременныхъ страданій матки, въ особенности катарра шейки, тоже имѣетъ значеніе въ этомъ отношеніи.

Что касается мѣстнаго леченія, то въ нѣкоторыхъ случаяхъ многого можно достигнуть уже простой опрытностью, такъ какъ застаивающаеся во влагалищѣ отдѣленіе составляетъ новое раздраженіе для слизистой оболочки. Само собою разумѣется, что необходимыя для этого впрыскиванія должны быть произведены съ величайшей осторожностью, т. е., не говоря уже объ осторожномъ введеніи инструмента, самая струя не должна быть слишкомъ сильна и не слишкомъ горяча или холодна. Впрыскиванія начинаютъ съ 28° R., постепенно и осторожно спускаясь къ болѣе низкимъ температурамъ. Если холодныя впрыскиванія вообще дурно переносятся больными, что случается нерѣдко, то лучше совсѣмъ отказаться отъ нихъ.

Особенно полезными оказываются впрыскиванія изъ щелочныхъ водъ, каковы Эмсъ и Нейенаръ.

Но застарѣлые катарры не уступаютъ этимъ простымъ средствамъ, такъ что къ впрыскиваемымъ жидкостямъ необходимо прибавлять вяжущія вещества: танинъ, квасцы, полуторохлористое желѣзо, ляписъ и т. д.

Разъ существуетъ необходимость въ этихъ средствахъ, то лучше прибѣгнуть къ другимъ способамъ примѣненія ихъ, такъ какъ при простыхъ впрыскиваніяхъ жидкость обмываетъ не всю слизистую оболочку.

Самый дѣйствительный способъ, удобный въ особенности при употребленіи крѣпкихъ растворовъ, состоитъ въ томъ, что, установивъ влагалищную часть, вливаютъ жидкость въ зеркало изъ матоваго стекла и, медленно извлекая послѣднее, приводятъ жидкость постепенно въ соприкосновеніе со всей слизистой оболочкой влагалища. Этотъ способъ болѣе дѣйствителенъ, чѣмъ смазываніе слизистой оболочки чрезъ зеркало. Можно также вводить во влагалище маленькіе тампоны изъ ваты, или маленькія губки, напитанныя вяжущимъ веществомъ; *Сканцони* рекомендуетъ для этого смѣсь изъ 4,0 [3j] танина на 30,0 [3j] глицерину. Глицеринъ уже самъ по себѣ дѣйствуетъ осушающимъ образомъ на слизистую оболочку, отнимая у нея влагу и такимъ образомъ способствуя усиленному серозному выдѣленію. Можно также посыпать ватные тампоны порошкомъ квасцовъ, или смазывать его вяжущей мазью (5 квасцовъ на 30 жира по *Гильдебрандту*).

Весьма полезно также употребленіе маленькихъ шариковъ изъ масла какао съ таниномъ (0,25 [gr. jv] tannini, 3,0 [3ijβ] but. sac. mf. globulus). Подъ влияніемъ температуры тѣла масло постепенно таетъ и расплываю-

щійся жиръ, содержащій танинъ, приходитъ въ соприкосновеніе со стѣнками влагалища на большомъ протяженіи.

Выпаденіе влагалища.

См. литературный перечень при prolapsus uteri.

Этіологія.

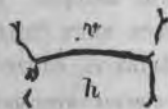
Первичное выпаденіе влагалища вызывается всѣми тѣми процесами, которые обусловливаютъ удлиненіе влагалища, если они сопровождаются разрыхленіемъ слизистой оболочки и сосѣднихъ органовъ.

Впрочемъ, слабая степень выпаденія, выпячиваніе слизистой оболочки изъ влагалищнаго входа, можетъ имѣть мѣсто и при одномъ удлиненіи влагалища безъ разрыхленія его стѣнокъ. Лучшій примѣръ этому мы видимъ при беременности. Въ этомъ случаѣ влагалище удлинняется до такой степени, что, не смотря на смѣщеніе верхняго отдѣла его назадъ и вверхъ, передняя стѣнка, а нерѣдко также и задняя спускаются чрезъ влагалищный входъ.

При хроническихъ катаррахъ влагалище въ одно и то же время и утолщается и разрыхляется, при чемъ связь его съ подлежащей тканью становится менѣе тѣсной. Вслѣдствіе этого, при застарѣлыхъ катаррахъ передняя и задняя стѣнки влагалища весьма часто свѣшиваются чрезъ влагалищный входъ.

У пожилыхъ женщинъ, по мѣрѣ исчезанія жира и разслабленія всѣхъ тканей, влагалище легко выпадаетъ, и это случалось бы еще чаще, если бы выпаденію не мѣшало старческое увяданіе влагалища.

При выпаденіи влагалища дѣло всегда идетъ о выпаденіи задней или передней стѣнки, но никогда боковыхъ. Это легко объясняется представленнымъ здѣсь рисункомъ (фиг. 123), изображающимъ поперечный разрѣзъ влагалища по Генле. Просвѣтъ влагалища выполняется вложенными въ него спереди и сзади стѣнками, вслѣдствіе чего только эти стѣнки и выпадаютъ.



Фиг. 123.

Видъ влагалища въ поперечномъ разрѣзѣ по Генле. *v* передняя, *h* задняя стѣнка.

Съ своей стороны, передняя и задняя стѣнки тоже представляютъ существенное различіе въ этомъ отношеніи.

Изъ нормальнаго, довольно узкаго влагалищнаго входа легче всего выпячивается, сообразно направленію влагалища, передняя влагалищная стѣнка; тогда какъ задняя стѣнка особенно легко выпадаетъ при укороченіи промежности (см. фиг. 69 и 70 на стр. 163). Впрочемъ, даже полное исчезновеніе промежности, послѣ большихъ зарубцевавшихся разрывовъ ея, само по себѣ еще не вызываетъ выпаденія задней влагалищной стѣнки, а для этого главнымъ образомъ нужна извѣстная

степень разрыхленія ея. Если же влагалище нормально, то оно не выпадаетъ даже при очень обширныхъ разрывахъ промежности; напротивъ того, стягивающійся рубецъ, которымъ заживаетъ разрывъ, никакъ не способствуетъ выпаденію, такъ какъ онъ только укорачиваетъ заднюю стѣнку влагалища.

Громадное вліяніе на смѣщеніе влагалища внизъ оказываетъ состояніе сосѣднихъ органовъ, т. е. тазовой клѣтчатки, мочевого пузыря и прямой кишки.

Если влагалище плотно соединено съ сосѣдними органами, посредствомъ короткой, плотной клѣтчатки, какъ это всегда бываетъ при нормальныхъ условіяхъ, то выпаденіе его невозможно, покуда эта клѣтчатка нормальна. Если же послѣдняя разрыхлена, легко растягивается въ длину, то влагалище уже само по себѣ можетъ значительно опуститься внизъ вслѣдствіе того, что сверху изглаживаются его своды, такъ что влагалище не поворачиваетъ болѣе съ маточнаго зѣва на шейку, а прямо направляется внизъ. Это измѣненіе особенно часто встрѣчается послѣ родовъ, а также у старухъ.

Если одновременно съ этимъ, что случается весьма часто, разрыхлены задняя стѣнка пузыря и передняя стѣнка прямой кишки, то онѣ также поддаются внизъ (см. фиг. 71 на стр. 163).

Въ другихъ же случаяхъ, при благоприятныхъ условіяхъ, т. е. при расслабленіи влагалища, смѣщеніе пузыря и прямой кишки составляютъ первичное явленіе. При обратившемся въ привычку продолжительномъ задержаніи мочи и при привычныхъ запорахъ, передняя и задняя стѣнка влагалища мало по малу выпячиваются въ просвѣтъ его, вслѣдствіе чего на этихъ мѣстахъ мочевого пузыря и прямая кишка образуютъ карманы, которые, достигнувъ значительнаго объема, перестаютъ опорожняться какъ слѣдуетъ и тяжестью своего содержимаго все болѣе и болѣе смѣщаютъ слизистую оболочку влагалища внизъ.

Въ исключительныхъ случаяхъ, при очень вѣлыхъ тазовыхъ органахъ, мочевого пузыря можетъ подвергнуться необычнымъ смѣщеніямъ, такъ что можетъ очутиться сбоку влагалища, способствуя выпаденію боковой стѣнки послѣдняго. У одной роженицы я наблюдалъ на пятой недѣлѣ выпаденіе правой влагалищной стѣнки, при чемъ пузырь помѣщался такъ далеко сбоку и сзади, что катетеръ можно было прощупать на перегородкѣ между влагалищемъ и прямой кишкой.

Въ рѣдкихъ случаяхъ ненормальное давленіе въ дуглассовомъ пространствѣ (кишки, водяночная жидкость, опухоли) можетъ постепенно вести къ выпячиванію задняго свода внизъ.

Выпаденіе влагалища, въ силу влеченія, производимаго имъ на шейку, можетъ вызвать послѣдовательное опущеніе и выпаденіе матки, но только при условіи разрыхленія связи между маткой и сосѣдними съ нею органами. Въ противномъ же случаѣ, когда матка не можетъ слѣдовать влеченію внизъ, развивается надвлагалищная гипертрофія шейки.

Съ другой стороны, выпаденіе матки можетъ быть первичнымъ явленіемъ, такъ что опускающаяся матка только выворачиваетъ влагалище, при чемъ въ половой расщелинѣ прежде всего выступаетъ покрывающая нижній отрѣзокъ матки верхняя часть влагалища. Въ чистомъ видѣ это, во всякомъ случаѣ, встрѣчается не часто, такъ какъ обыкновенно, при разрыхленіи маточныхъ прикрѣпленій, влагалище тоже не особенно крѣпко бываетъ связано съ окружающими частями. Вотъ почему чаще всего мы встрѣчаемъ опущеніе матки одновременно съ выпаденіемъ влагалища, при чемъ изъ половой расщелины выпячивается нижняя часть влагалища, тогда какъ верхняя часть его выворачивается подъ напоромъ шейки. Если выпадаетъ вся матка, то происходитъ полный выворотъ влагалища.

Патологическая анатомія.

Такъ какъ вялость слизистой оболочки составляетъ непремѣнное условіе выпаденія, то обыкновенно находятъ признаки хроническаго катара, усиленнаго еще подъ вліяніемъ вѣшнихъ инсультовъ, претерпѣваемыхъ выпавшими частями, пока отъ дѣйствія воздуха и тренія не получится картина, представленная нами при выпаденіи матки.

Особеннаго вниманія заслуживаютъ, при выпаденіи влагалища, смѣщенія сосѣднихъ органовъ.

Значительное выпаденіе передней стѣнки влагалища всегда бываетъ сопряжено съ образованіемъ грыжи пузыря (см. фиг. 71 на стр. 163). Особенно велика бываетъ эта грыжа при усиленномъ внутрибрюшномъ давленіи, главнымъ же образомъ у очень тучныхъ женщинъ. У послѣднихъ часто находятъ во входѣ влагалища, величиною съ померанецъ, напряженную опухоль, которой нельзя удержать никакими механическими средствами. Впрочемъ, высія степени смѣщенія пузыря, при которыхъ послѣдній цѣликомъ помѣщается въ выпавшей опухоли, имѣютъ мѣсто только при одновременномъ выпаденіи матки.

Грыжа же прямой кишки (rectocele) можетъ достигнуть значительной степени и безъ выпаденія матки, иногда даже безъ опущенія послѣд-



Фиг. 124.

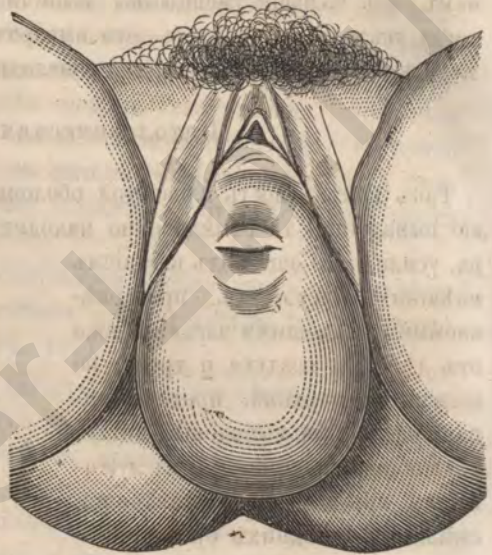
Чистая грыжа прямой кишки. в раздутый карманъ кишки.

ней; однакоже, если матка не прикрѣплена на верху ненормальными сращениями, то она вскорѣ поддается влеченію и опускается внизъ. На фиг. 124 представленъ случай чистой грыжи прямой кишки. Больная сама заявляла, что въ выпавшую часть попадали калъ и газы. При постукиваніи опухоли, получался повсюду тимпаническій звукъ. Фиг. 125 и 126 представляютъ большую грыжу прямой кишки съ незначительной грыжей пузыря и неполнымъ выпаденіемъ матки.



Фиг. 125.

Опущеніе матки съ узырненной cystocele (c) и большой rectocele (r).



Фиг. 126.

Тотъ же случай спереди.

Выпячиваніе внизъ дуглассова пространства носить названіе *enterocele vaginalis*, когда въ немъ помѣщаются кишки, и *ovariocele vaginalis*, когда оно содержитъ опухоль яичника. Давленіе кишокъ на заднюю стѣнку влагалища можетъ достигнуть очень значительной степени. *Фелингъ* ¹⁾ сообщилъ недавно случай, въ которомъ, при попыткѣ больной вправить сильно выпавшее влагалище, порвался задній сводъ, такъ что она умерла отъ невривимаго выпаденія кишокъ.

Припадки.

Явленія, вызываемыя выпаденіемъ влагалища, такія же, какъ и при выпаденіи матки. Подчасъ они очень незначительны, но въ большинствѣ случаевъ появляются боли въ крестцѣ, равно какъ чувство напирания внизъ, при чемъ присутствіе посторонняго тѣла передъ половой расщелиной очень тягостно для больныхъ, страдающихъ также и бѣлыми.

¹⁾ Arch. f. Gyn., т. 6, стр. 103.

При изслѣдованіи, между срамными губами находятъ опухоль, относительно которой легко опредѣлить, образуется ли она переднею или заднею стѣнкою влагалища. Если она происходитъ отъ передней губы, то подъ устьемъ мочеиспускательнаго канала, на темени срамной дуги все еще находятъ бороздку, хотя и неглубокую; тогда какъ при значительномъ выпаденіи задней стѣнки ладьеобразная ямка почти изглаживается, такъ что переходитъ въ выпавшую опухоль безъ бороздки. Между обѣими стѣнками можно попасть во влагалище и на опущенный маточный зѣвъ.

Къ разстройствамъ, причиняемымъ самимъ выпаденіемъ, присоединяются еще припадки со стороны пузырьной грыжи, состоящіе въ боли и позывахъ къ мочеиспусканію, равно какъ припадки со стороны грыжи прямой кишки, выражающіеся механическимъ распираніемъ выпавшей опухоли каломъ и газами, а часто также раздраженіемъ прямой кишки.

Распознаваніе.

Что выпавшая опухоль есть влагалище, это легко опредѣляется зрѣніемъ и осязаніемъ. О состояніи матки узнаютъ съ помощью двойного изслѣдованія. Грыжа пузыря опредѣляется введеніемъ катетера въ часть опухоли, образуемую передней стѣнкою, а грыжа прямой кишки изслѣдованіемъ чрезъ кишку пальцемъ и проведеніемъ его на подобіе крючка въ пазуху.

Предсказаніе.

Выпаденіе влагалища само по себѣ не представляетъ опасности, но оно необыкновенно утомительная болѣзнь и безъ операціи излечивается труднѣе, чѣмъ выпаденіе матки.

Что касается леченія, то оно подробно было изложено при выпаденіи матки.

Кисты влагалища.

Гемингъ, Edinburgh med. J., янв. 1831.—*Ладрей де ла Шаррьеръ*, Archives génér., 1853, т. I, стр. 528.—*Зексигеръ*, Spitalzeitung, 1863, № 39.—*Фейтъ*, Frauenkrankheiten, II изд., 1867, стр. 544.—*Винкель*, Archiv f. Gyn., т. II, стр. 383.—*Кальтенбахъ*, Archiv f. Gyn., т. V, стр. 138.

Этіологія.

Способъ происхожденія кистъ влагалища пока мало выясненъ. Въ видѣ настоящихъ новообразованій въ соединительной ткани (происходящихъ, по *Кальтенбаху*, изъ скопленій клѣтокъ въ соединительной тка-

ни, изъ которыхъ развиваются выстланныя пластинчатымъ эпителиемъ кистовыя полости), онѣ встрѣчаются, вѣроятно, только при значительныхъ ушибахъ и кровоизліяніяхъ. *Готтгардтъ* ¹⁾ описываетъ кисту, которая, по его мнѣнію, образовалась изъ послѣродового тромба. Точно также и въ первомъ изъ описанныхъ *Этаисемъ* ²⁾ случаевъ дѣло, должно быть, шло о кровяной кистѣ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, по мнѣнію *Фейта*, дѣло идетъ о растяженіи гертнеровыхъ каналовъ, первоначальныхъ мочевыхъ протоковъ, сохраненіе которыхъ у женщинъ доказано, впрочемъ, лишь въ немногихъ случаяхъ.

Въ громадномъ же большинствѣ случаевъ кисты влагалища развиваются несомнѣнно изъ желѣзъ слизистой оболочки, которыя, по изслѣдованіямъ *Прейшена* ³⁾, существуютъ въ двойной формѣ, въ видѣ довольно поверхностныхъ широкихъ вдавленій и въ видѣ мѣшочковъ.

Патологическая анатомія.

Большей частью находятъ лишь отдѣльныя кисты влагалища, рѣдко по нѣскольку въ рядъ. Чаще всего онѣ образуются на передней или задней стѣнкѣ и обыкновенно сидятъ въ нижней трети влагалища. Содержимое ихъ различное: красноватое, буроватое, шоколаднаго цвѣта, даже зеленоватое, притомъ густое и тянущееся въ нити. Я наблюдалъ у одной беременной съ *colpohyperplasia cystica*, которую мы исключаемъ изъ нашего изложенія, какъ форму, свойственную исключительно беременнымъ, — массу маленькихъ кистъ съ газообразнымъ содержимымъ ⁴⁾.

Стѣнки кистъ тоже имѣютъ различный видъ; онѣ то толсты, плотны, то въ высшей степени тонки. На внутренней поверхности кисты встрѣчается иногда пластинчатый эпителий, въ другихъ же случаяхъ вовсе нѣтъ эпителиальнаго покрова. *Голль Девисъ* ⁵⁾ сообщаетъ случай, въ которомъ киста вытиснула слизистую оболочку на подобіе полипа, такъ что она свѣшивалась во влагалище въ видѣ грушевидной опухоли.

Припадки.

Мелкія кисты влагалища не вызываютъ никакихъ явленій; крупныя же обусловливаютъ катарръ влагалища, а если онѣ расположены въ нижней части, то, подобно всѣмъ опухолямъ, помѣщающимся во входѣ влагалища, чувство напиранія внизъ. Кромѣ того, онѣ могутъ сдѣлать

1) Wiener med. Wochenschr., 1869, № 94.

2) Montpellier med., июль, стр. 499.

3) Centralbl. f. d. med. Wissensch., 1874, № 49.

4) Deutsches Arch. f. klin. Med., 1874, стр. 538.

5) London Obst. Tr., т. IX, стр. 32.

совокупленіе болѣзненнымъ и даже невозможнымъ. Весьма рѣдко онѣ достигаютъ такого объема, чтобы затруднять выдѣленіе мочи ¹⁾ или служить препятствіемъ при родахъ ²⁾.

Теченіе вполнѣ хроническое, такъ какъ кисты растутъ весьма медленно и остаются большею частью маленькими или достигаютъ лишь умеренной величины.

Распознаваніе.

Распознаваніе ихъ не представляетъ трудности, такъ какъ эластичность опухоли указываетъ на жидкое содержимое, а съ кистами яичниковъ или съ грыжами мочевого пузыря ихъ можно смѣшать развѣ при самомъ невнимательномъ изслѣдованіи.

Леченіе.

Содержимое кисты выпускаютъ посредствомъ прокола или разрѣза (я наблюдалъ выкидышъ у беременной послѣ прокола) и если полость ея снова наполняется, то при слѣдующихъ проколахъ производятъ вырѣзыванія іода или вырѣзываютъ часть стѣнки и прижигаютъ кисту изнутри. Если сумка хоть сколько нибудь толста и можетъ быть выслонена, то лучше всего совершенно вылущить опухоль.

Фиброиды влагалища.

Т. С. Ли, Von den Geschwülsten der Gebärmutter etc. Berlin, 1848, стр. 279. — *Вирховъ*, Geschwülste, т. III, отд. I, стр. 220. — *Гринъ*, British med. J., 14 мая 1870. — *Барнсъ*, London Obst. Tr., т. XIV, стр. 309.

Фибромы или фиброміомы влагалища встрѣчаются рѣдко. Онѣ иногда достигаютъ довольно значительной величины и отличаются относительно мягкой консистенціей. Я наблюдалъ фиброму влагалища въ правомъ влагалищномъ сводѣ, величиною въ грецкій орѣхъ, покрытую только тонкой слизистой оболочкой и происхожденіе которой не могло быть отнесено на счетъ шейки. Одновременно съ нею существовалъ полипъ матки, величиною въ дѣтскую головку.

Припадки вызываются этими фиброидами лишь при значительной величинѣ ихъ, да и то послѣдніе дѣйствуютъ чисто механически, раздражая влагалище и сдавливая прямую кишку.

Вырѣзываніе ихъ не представляетъ особенной трудности.

¹⁾ *Бенъ*, Memorabilien, 1870, № 3.

²⁾ *Петерсъ*, Monatsschr. f. Geb., т. 34, стр. 141.

Полипы влагалища.

Гремиръ, Preuss. Vereinsz., 1843, 33. — *Сканиони*, Lehrb., 4-е изд., т. II, стр. 259. — *Оливье*, Gaz. des hôp., 1862, № 95. — *Геннингъ*, Berl. klin. Woch., 1869, № 6. — *Якобъ*, Berl. klin. Woch., 1869, № 25. — *Байриъ*, Dublin quart. J., май 1871, СII, стр. 504.

Полипы, представляющіе всегда снабженные узкой ножкой фиброиды, могутъ достигнуть весьма значительной величины. Но безпокойство они причиняютъ уже при очень малой величинѣ, какъ только они оцутятся во влагалищномъ входѣ. Увеличиваясь въ объемѣ, они растягиваютъ влагалище и могутъ вести къ изъязвленію слизистой оболочки послѣдняго, равно какъ къ припадкамъ прижатія сосѣднихъ органовъ.

Оперативное удаленіе ихъ такое же, какъ и крупныхъ полиповъ матки; но такъ какъ ножка у нихъ болѣе доступна, то оперировать ихъ легче.

Ракъ влагалища.

Диттрихъ, Prager Vierteljahrschrift, 1848, 3, стр. 102. — *К. Майеръ*, Verh. d. Berliner Geb. Ges., IV, стр. 142. — *Мартинъ*, M. f. Geb., т. 17, стр. 321. — *Болдвинъ*, Philadelphia med. Times, 15 дек. 1870. — *Гудель*, Boston gyn. J., т. VI, стр. 388. — *Эннтеръ*, Prager med. Viertelj., 1872, т. 2, стр. 9. — *Парри*, Amer. J. of Obst., т. V, стр. 163, и Philadelphia med. J., 1 февр. 1873.

Патологическая анатомія.

Первичный ракъ влагалища составляетъ весьма рѣдкое явленіе. О вторичномъ же ракѣ, обыкновенно переходящемъ съ шейки на верхнюю часть влагалищнаго свода, мы здѣсь говорить не будемъ. Первичный ракъ является или въ видѣ сплошной инфильтраціи слизистой оболочки, такъ что нормальная ткань послѣдней замѣняется неправильно разросшимися массами, вслѣдствіе чего почти весь каналъ иногда имѣетъ твердыя стѣнки; или же развивается ограниченная опухоль, которая, исходя съ одной только стороны влагалища, вдается въ него въ видѣ полушара. вмѣстѣ съ этимъ ракъ влагалища можетъ послѣдовательно перейти и на сосѣдніе органы.

Я наблюдалъ случай первичнаго рака влагалища, въ которомъ произошло и мѣстное зараженіе задней губы, по всему вѣроятію, вслѣдствіе тренія ея объ опухоль влагалища. Это была женщина 41 года, родившая 7 разъ и 1 разъ выкинувшая. Ракъ образовалъ большую опухоль въ задней стѣнкѣ, вдававшуюся во влагалище. Влагалищный сводъ былъ совершенно здоровъ, тогда какъ задняя губа представлялась ссаженной, слегка разсѣвшейся и вообще имѣла подозрительный видъ. Слизистая оболочка прямой кишки легко приподымалась надъ опухолью. Послѣ вылуценія, произведеннаго *Фейтома*, чрезъ 3½ мѣсяца, получился возвратъ, который, кромѣ задней стѣнки влагалища, занялъ весь сводъ и въ особенности заднюю губу.

Припадки весьма сходны съ припадками рака шейки. Кромѣ болей, которыя могутъ быть незначительны, замѣчается истеченіе брови и се-

розныхъ вонючихъ массъ. Иногда обнаруживаются явленія, вообще свойственныя помѣщающимся во влагалищѣ опухолямъ: боли въ крестцѣ и чувство выпирания на низъ. Впослѣдствіи присоединяются и другіе признаки раковаго худосочія.

Леченіе въ основныхъ чертахъ такое же, какъ при ракъ шейки. Операция показана не только въ тѣхъ случаяхъ, когда можно разсчитывать на полное удаленіе опухоли, но и во многихъ другихъ, такъ какъ вонючее выдѣленіе и кровь часто ничѣмъ такъ хорошо не могутъ быть остановлены, какъ вылуциваніемъ опухоли пожомъ, ножницами, проволочнымъ экразеромъ, гальванокаустической проволокой или острой ложкой и послѣдовательнымъ прижиганіемъ.

Саркома влагалища.

Мидовсъ, London Obst. Tr., т. X, стр. 141. — *Смитъ*, Amer. J. of Obst., т. III, стр. 670. — *Кашеярова*, Virchow's Archiv, т. 54, стр. 73. — *Шницельбергъ*, Archiv f. Gyn., т. 4, стр. 348.

Саркома встрѣчается во влагалищѣ въ тѣхъ же двухъ формахъ, какъ и въ маткѣ, частью въ видѣ сплошной инфильтраціи стѣнокъ, частью въ видѣ ограниченной, похожей на фиброидъ или иногда полипозной, опухоли.

Вслѣдствіе этого, по своимъ припадкамъ, саркома то напоминаетъ ракъ влагалища, то скорѣе доброкачественныя опухоли послѣдняго.

Леченіе, особенно при фиброидной формѣ, оперативное. Замѣчательно, что *Шницельбергъ* наблюдалъ въ одномъ случаѣ полное выздоровленіе.

Бугорчатка влагалища.

Клобъ, Pathol. Anatom. d. weibl. Sexualorg., стр. 432.

До сихъ поръ описаны только два случая (*Вирховимъ* и *Клобомъ*), гдѣ при бугорчаткѣ мочевыхъ органовъ, а также печени, легкихъ и кишокъ, на слизистой оболочкѣ влагалища найдены бугорки и бугорковыя язвы.

Постороннія тѣла во влагалищѣ.

Клобъ, Pathol. Anat. d. weibl. Sexualorg., стр. 432, и *Гиртъ*, Topogr. Anatom., 4-е изд., т. 2, стр. 167.

Изъ постороннихъ тѣлъ, въ практическомъ отношеніи, особенно важны пессаріи, которые, при слабомъ давленіи, производятъ утолщеніе эпителія, при сильномъ—язвы. Надавливая въ теченіи долгаго времени на одно и то же мѣсто, они могутъ разрушить слизистую оболочку и врѣзать глубокія борозды въ окружающую кѣтчатку, при чемъ грапуляціи, проростающія сквозь отверстіе пессарія, могутъ совершенно оку-

тать одну сторону его мягкими частями. Они могутъ также вести къ прободенію пузыря и прямой кишки.

При мочеполювыхъ свищахъ, во влагалищѣ находятъ, въ качествѣ постороннихъ тѣлъ, мочевые камни.

Кромѣ того, въ литературѣ насчитывается довольно богатая казуистика разнороднѣйшихъ тѣлъ влагалища, введенныхъ отчасти самими женщинами при онанизмѣ, отчасти посторонними руками съ злонамѣренной цѣлью. Въ числѣ подобныхъ тѣлъ попадаются банки для помады, палочки для завивки локоновъ, игольники, стаканы, еловые шишки и т. п. *Пёрсъ* ¹⁾ нашель у одной 36-лѣтней женщины катушку, которая пролежала во влагалищѣ цѣлыхъ 22 года и вызвала образованіе уретрально-влагалищнаго свища. Замѣчательно, что эта женщина была два раза замужемъ и никто не замѣтилъ посторонняго тѣла. Самое удивительное постороннее тѣло, когда либо замѣченное во влагалищѣ, найдено мною, а именно майскій жукъ вмѣстѣ съ помадной банкой.

Энтофиты и энтозои.

Доннэ, Recherches microscopiques sur la nature etc. Paris, 1837. — *Кёлликеръ* и *Сканиони*, Sc.'s Beitr., 1855, II, стр. 123. — *Кюстемейстеръ*, Woch. d. Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte, 1856, № 36. — *Л. Майеръ*, Mon. f. Geb., т. 20, стр. 2. — *Винкель*, Berl. klin. Woch., 1866, № 23. — *Гауссманъ*, Die Parasiten d. weibl. Geschl. etc. Berlin, 1870.

Грибки *spor (oidium albicans)* не особенно рѣдко встрѣчаются на слизистой оболочкѣ влагалища. Иногда они не сопровождаются никакими припадками, въ другихъ же случаяхъ вызываютъ красноту слизистой оболочки, нѣсколько усиленное выдѣленіе, а иногда чрезвычайно тягостный зудъ.

Trichomonas vaginalis, наливочное животное, нерѣдко встрѣчающееся во влагалищной слизи, не имѣетъ никакого значенія.

У маленькихъ дѣвочекъ во влагалище нерѣдко попадаетъ изъ прямой кишки *oxyuris vermicularis* и вызываетъ мучительный зудъ.

Поврежденія влагалища.

Помимо родовъ и врачебныхъ мѣропріятій, влагалище не особенно часто подвергается пораненіямъ. Болѣе значительныя поврежденія наблюдались послѣ паденія на острокопечные предметы или отъ роговъ бодливой коровы. Такъ, *Джемсъ* ²⁾ рассказываетъ случай, гдѣ женщина упала на грабли, которые прошли между шейкой матки и прямой кишкой до реберъ и гдѣ, не смотря на то, больная выздоровѣла. *Готтгардъ* ³⁾

¹⁾ British med. J., 28 іюня 1873.

²⁾ Boston gyn. J., т. III, стр. 175.

³⁾ Wiener med. Woch., 1869, № 94.

наблюдать произвольный разрывъ послѣ паденія. О поврежденіяхъ, производимыхъ пессаріями, мы уже говорили раньше.

Чаще всего пораненія влагалища имѣютъ мѣсто при родахъ. Здѣсь насъ интересуютъ только послѣдствія этихъ поврежденій, заключающіяся въ значительныхъ суженіяхъ и даже атрезіяхъ влагалища и которыя иногда могутъ вести за собою и другія уродливости влагалища и влагалищной части. Такъ, въ одномъ изъ видѣнныхъ мною случаевъ оторванная поперекъ отъ шейки влагалищная часть приросла къ своду такимъ образомъ, что введенный чрезъ маточный зѣвъ зондъ выходилъ назадъ чрезъ поперечный разрывъ.

Между нарушениями цѣлости влагалища наибольшее практическое значеніе имѣютъ свищи въ сосѣдніе органы, которые мы подробно рассмотримъ въ слѣдующей главѣ. Присоединяя сюда и такіе свищи, которые не относятся къ поврежденіямъ влагалища, мы будемъ говорить вообще о мочеполовыхъ свищахъ.

Мочеполовые свищи.

Ф. Л. Нэле, Erf. und Abh. a. d. Geb. d. Krankh. d. weibl. Geschlechts. Mannheim, 1812, стр. 367. — *Диффенбахъ*, Oper. Chirurgie, I, стр. 546, и Preuss. Vereinsz., 1836, № 24 и 25. — *Жоберъ*, Lancette francaise, 1834, № 102 и сл., Gaz. med. de Paris, 1836, № 10 и сл., Gaz. des hôp., 1850, № 54, и Traité des fistules etc. Paris, 1859. — *Вуцерь*, Organ f. d. ges. Heilkunde, II, 4, Bonn, 1843, и Deutsche Klinik, 1849, № 3—4. — *Хеліусъ*, Ueber d. Heil. d. Blasen-Scheidenfisteln durch Cauterisation. Heidelberg, 1844. — *Мецлеръ*, Prager Viertelj. f. prakt. Heilk., 1846, т. 2, стр. 126. — *Маріонъ Симсъ*, Amer. J. of med. sc., янв. 1852, стр. 59, и Silver sutures in surgery. New-York, 1857. — *Розеръ*, Archiv f. phys. Heilkunde, 1854, стр. 576. — *I. Симонъ*, Ueber d. Heil. d. Blasen-Scheidenfisteln, Giessen, 1854, Deutsche Klinik, 1856, № 30—35, M. f. Geb., т. 12, стр. 1, Scanzoni's Beitr., т. IV, стр. 170, Ueber d. Operation d. Blasen-Scheidenfistel etc., Rostock, 1862, Prager Vierteljahrsschrift, 1867, т. 2, стр. 61, Deutsche Klinik, 1868, № 45 и 46. — *Эмаркъ*, Deutsche Klinik, 1858, № 28. — *В. А. Фрейндъ*, Breslauer klin. Beitr., 1862, вып. 1, стр. 33. — *Розе (Вильмсъ)*, Charitéannalen, т. XI, стр. 79. — *Бэкеръ Броунъ*, Surg. diseases of women, 3-е изд., стр. 133, и Lancet, мартъ 1864. — *Бозмэнъ*, Louisville Review, янв. 1856, и New-Orleans med. a. surg. J., мартъ и май 1860. — *Ульрихъ*, Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte, 1863, вып. 2—4, и Woch. d. Ges. d. Wiener Aerzte, 1866, № 1—10. — *Генпнеръ*, M. f. Geb., т. 33, стр. 95. — *Кальтенбахъ*, въ Hegar's Sterblichkeit während Schwang. etc. Freiburg, 1868. — *Вейсъ*, Prager Viertelj., 1872, т. 3. — *Карлъ Браунъ*, Wiener med. Woch., 1872, № 34. — *Эмметъ*, Amer. J. of med. sc., октябрь 1867, стр. 313, и Vesico-vaginal fistula etc. New-York, 1868. — *Спенсеръ Уэльсъ*, St. Thomas Hospital Reports, 1870. — *Гэсъ Аньо*, Lacer. of the fem. perineum and Vesico-Vaginal Fistula. Philadelphia, 1873.

Исторія.

Еще въ первой половинѣ нынѣшняго столѣтія пузырно-влагалищные свищи считались однимъ изъ最难 излечимыхъ страданій,

такъ какъ прижиганіемъ излеченіе достигалось только въ исключительныхъ случаяхъ, а шиваніе кровавымъ путемъ оказывалось безуспѣшнымъ даже въ самыхъ искусныхъ рукахъ (*Вуиеръ* и *Диффенбагъ*). Рѣшительный шагъ въ оперативномъ леченіи описываемыхъ свищей сдѣланъ *Симсомъ* и *Симономъ*, а именно тѣмъ, что они научили насъ сдѣлать эти свищи вполне доступными. Великая заслуга *Симса* и блестящія успѣхи, достигнутые „американскимъ способомъ“, вовсе независятъ отъ примѣненія серебряной проволоки для шва, какъ полагаютъ въ Америкѣ и Англии, а почти исключительно отъ изобрѣтенія жолобчатого зеркала, давашаго возможность освѣжать рану на значительномъ протяженіи и тщательно наложить шовъ. Съ помощью нѣкоторыхъ видоизмѣненій въ этомъ зеркалѣ *Симонъ* сдѣлалъ доступными и высоко лежащія свищи, а улучшеніемъ и въ особенности упрощеніемъ способа освѣженія краевъ шва и послѣдовательнаго леченія усовершенствовала операцию на столько, что лишь при исключительныхъ обстоятельствахъ не удастся закрывать свищъ.

Этіологія.

Самою частою причиною мочеполовыхъ свищей является раздавливаніе тканей при актѣ родовъ, вслѣдствіе чего изможденныя мягкія части омертвѣваютъ.

При узкомъ тазѣ, а иногда и вслѣдствіе значительнаго несоотвѣтствія между плодомъ и родовыми частями (слишкомъ большой объемъ или ложное положеніе младенца, лобное положеніе), если роды затягиваются надолго, давленіе на мягкія части роженицы, помѣщающіяся между предлежащей частью и тазовыми костями, можетъ быть такъ велико, что сдавленная ткань омертвѣваетъ и превращается въ струпъ, который чрезъ нѣсколько дней отваливается, открывая сообщеніе между мочевыми органами и половымъ каналомъ.

Особенно важна въ этомъ отношеніи продолжительность давленія. Однократное, хотя бы и очень сильное сдавливаніе не легко производитъ омертвѣніе мягкихъ частей, тогда какъ продолжительное давленіе, даже и не особенно значительное, почти всегда влечетъ за собою это опасное послѣдствіе.

Передъ отхожденіемъ водъ едва ли возможно значительное давленіе, такъ какъ въ это время сила, дѣйствующая на самаго младенца, очень не велика. Вотъ почему образованію свищей болѣе всего способствуютъ тѣ роды, которые затягиваются надолго послѣ разрыва пузыря, при предлежащей головкѣ.

Отсюда ясно, что чаще всего свищи образуются при родахъ, представленныхъ исключительно силамъ природы. Гораздо рѣже причиною ихъ бываетъ инструментальное пособіе, и можно даже прямо сказать,

что большинство свищей происходит от того, что или вовсе не была оказана акушерская помощь, или она явилась слишкомъ поздно (*Ландау* иного мнѣнія объ этомъ ¹⁾).

Давленіе со стороны щипцовъ или кефалотриба весьма рѣдко вызываетъ образованіе свищей, такъ какъ послѣднее возможно не иначе, какъ если соответственная ложка будетъ помѣщаться слишкомъ далеко кпереди и операція продлится необыкновенно долго. Но сжимающіе головку инструменты, къ которымъ въ трудныхъ случаяхъ должны быть отнесены и щипцы, могутъ дѣйствовать вредно косвеннымъ путемъ, а именно тѣмъ, что сдавленная съ боковъ головка тѣмъ сильнѣе надавливаетъ на мягкія части, лежащія у передней стѣнки таза. Если головка поддается влеченію щипцовъ и извлеченіе плода длится не очень долго, то это временное усиленіе давленія, во всякомъ случаѣ, менѣе неблагоприятно, чѣмъ продолжительное стояніе головки на одномъ мѣстѣ. Если же наложеніе щипцовъ ни къ чему не ведетъ и головка остается вколоченной въ узкомъ мѣстѣ, то вслѣдствіе усиленныхъ тракцій уже раньше сжатая части окончательно раздавливаются.

Гораздо рѣже образованіе свищей происходитъ отъ другихъ причинъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ перегородка между каналами мочевымъ и половымъ разрывается во время родовъ сама собою или отъ травматической причины, либо перерѣзывается острой ложкой щипцовъ, отстающей отъ головки младенца. Точно также продыравленіе этой перегородки можетъ быть произведено острыми черепными костями, выступающими на головкѣ младенца. Въ рѣдкихъ случаяхъ прободеніе можетъ быть вызвано попытками къ введенію катетера.

Образованіе свищей можетъ произойти также и отъ другихъ травматическихъ причинъ, напримѣръ, отъ паденія на острые предметы, или при гинекологическихъ операціяхъ, а именно при вскрытіи кровяной опухоли матки.

Далѣе пессаріи, лежащія во влагалищѣ, и мочевые камни пузыря тоже могутъ вести къ прободенію сосѣдняго полаго органа. Такъ, *Симонъ*²⁾ зашилъ у 8-лѣтней дѣвочки очень большой свищъ, вызванный камнемъ пузыря.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ влагалищно-пузырные свищи образуются вслѣдствіе вскрытія параметрическихъ гноевиковъ за-разъ въ оба полые органа.

Очень рѣдко изъязвленія слизистой оболочки мочевого пузыря тоже ведутъ къ прободенію влагалища. *Лаусонъ Тэтъ*³⁾ сообщаетъ 4 такихъ случая, изъ которыхъ 2 были пользованы въ клиникѣ *Симсона*. Изъязвленіе слизистой оболочки, ведущее къ прободенію влагалища, образу-

¹⁾ Verh. d. Breslauer Naturforscherv., 1874.

²⁾ Arch. f. klin. Chirurg., 1870, XII, стр. 573.

³⁾ Lancet, 1870.

ется при хроническомъ катаррѣ на ограниченномъ мѣстѣ и, сопровождаясь жестокимъ тенезмомъ, можетъ разрастаться до такой степени, что подъ конецъ разрушается наибольшая часть слизистой оболочки пузыря.

Уже раньше *Симпсона*, для излеченія этой болѣзни, равно какъ и хроническаго воспаления пузыря, американцы предлагали образование пузыряно-влагалищнаго свища съ цѣлью устранить заставиваніе мочи въ пузырь; операціи эта произведена была сперва у мужчины *Паркеромъ* (въ 1850), затѣмъ *Эмметомъ*¹⁾ и *Бозмэномъ*²⁾. Я самъ наблюдалъ случай прободящей извы пузыря, въ которомъ весь процессъ прободенія совершился почти у меня на глазахъ, послѣ продолжительныхъ жестокихъ позывовъ къ мочеиспусканію и отхожденію бѣлка, гноя и крови съ мочей. Больная вскорѣ умерла отъ худосочія внѣ больницы, такъ что вскрытія нельзя было произвести.

Остается еще замѣтить, что свищи нерѣдко образуются при обширныхъ раковыхъ пораженіяхъ матки.

Патологическая анатомія.

Свищи, образующіеся во время родовъ вслѣдствіе давленія, могутъ занимать различнѣйшія точки обоихъ каналовъ, смотря по положенію отдѣльныхъ органовъ во время давленія. Этимъ, а не различной высотой, на которой происходило давленіе, объясняется чрезвычайное разнообразіе мочеполовыхъ свищей. Давленіе почти всегда имѣетъ мѣсто у верхняго задняго края лобка, или, вѣрнѣе, у костнаго отростка, лежащаго вблизи лобковаго сращенія; только въ очень рѣдкихъ случаяхъ давленіе происходитъ на другомъ мѣстѣ лобка, или на одной изъ вѣтвей лобковой кости. То обстоятельство же, что, не смотря на постоянство точки давленія, послѣднее поражаетъ различные органы, обуславливается значительными уклоненіями, происходящими во время родовъ въ относительномъ положеніи пузыря и полового канала.

Положеніе пузыря обыкновенно таково, что онъ прилегаетъ къ заднему верхнему краю лобка; вслѣдствіе этого въ большинствѣ случаевъ образуется пузырьный свищъ. Но иногда наполненный пузырь подымается надъ лоннымъ сращеніемъ на столько, что устье мочеиспускательнаго канала помѣщается позади лобка, а не подъ нимъ, такъ что на мѣстѣ давленія лежитъ теперь мочеиспускательный каналъ, вслѣдствіе чего образуется уретрально-влагалищный свищъ.

Съ другой стороны, мочевого пузыря, хотя и крайне рѣдко, можетъ помѣщаться такъ низко въ маломъ тазу, что дно его находится подъ мѣстомъ давленія. Въ этомъ случаѣ, конечно, не можетъ образоваться мочевого

¹⁾ Amer. Practitioner, февр. 1872.

²⁾ Amer. J. of Obst., т. III, стр. 636.

свищъ. Если же при этомъ давленіе все-таки дѣйствуетъ на обычномъ мѣстѣ, то оно влечетъ за собою прободеніе брюшины.

Точно такія же различія въ положеніи во время родовъ замѣчаются и со стороны отдѣльныхъ частей полового канала.

Никогда свищъ не ведетъ въ полость самой матки, такъ какъ въ моментъ давленія внутренней зѣвы всегда помѣщается уже выше лобка.

Но передняя стѣнка шейки можетъ помѣщаться въ мѣстѣ суженія, вследствие чего, при значительной несоразмѣрности между головкой плода и лонной дугою, она какъ бы пригваздывается къ этому мѣсту и раздавливается.

Но чаще всего сдавливаніе мягкихъ частей, ведущее къ омертвѣнію ихъ, наступаетъ лишь тогда, когда схватки уже на столько сильны, что и наружный маточный зѣвъ оттягивается за головку, такъ что у задняго верхняго края лобка помѣщается влагалище. Въ этомъ случаѣ образуется пузырно-влагалищный свищъ.

Само собою разумѣется, что на мѣстѣ давленія можетъ помѣщаться и край передней губы маточнаго зѣва и тоже подвергнуться раздробленію.

Отсюда ясно, въ какихъ разнообразныхъ формахъ могутъ появляться мочеполовые свищи.

И такъ, чтобы повторить вкратцѣ все сказанное, наиболѣе частую форму сообщенія между пузыремъ и влагалищемъ составляетъ пузырно-влагалищный свищъ. Только въ исключительныхъ случаяхъ образуется уретрально-влагалищный свищъ.

Пузырно-влагалищный свищъ можетъ помѣщаться на веру во влагалищномъ сводѣ; въ этомъ случаѣ, если задній край его образуется хорошо-сохранившейся передней губой зѣва, онъ носитъ названіе поверхностнаго пузырно-маточно-влагалищнаго свища. Если же разрушена и передняя губа матки, такъ что пузырный свищъ открывается одновременно во влагалище и въ каналъ шейки, то онъ называется глубокимъ пузырно-маточно-влагалищнымъ свищомъ. Если наружный зѣвъ приходился ниже мѣста давленія, то влагалище остается въ цѣлости, а образуется только свищъ пузыря и шейки.

Другая форма мочеполовыхъ свищей образуется въ тѣхъ совершенно исключительныхъ случаяхъ, когда продырявляется не пузырь и не уретра, а мочеточникъ. Смотря по тому, сообщается ли послѣдній съ влагалищемъ или шейкой матки, мы получаемъ мочеточнико-влагалищный или мочеточнико-маточный свищъ.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ у женщинъ наблюдались также свищи влагалища и прямой кишки. Симонъ ¹⁾ наблюдалъ такой свищъ послѣ тяжелыхъ родовъ, при закрытіи обѣихъ верхнихъ третей влагалища.

¹⁾ Arch. f. klin. Chir., т. 15, стр. 11.

Гораздо чаще свищи влагалища и прямой кишки образуются вслѣдствіе вскрытія параметрическихъ гноевиковъ за-разъ во влагалище и въ кишку. Два такихъ случая сообщены *Симпсономъ* ¹⁾.



Фиг. 127.

Пузырно-влагалищный свищъ.
и матка. S влагалище. B пузырь.



Фиг. 128.

Поверхностный пузырно-маточно-влагалищный свищъ.

Сами свищи представляютъ нѣкоторыя различія, смотря по органамъ, въ которыхъ они образуются.



Фиг. 129.

Глубокий пузырно-маточно-влагалищный свищъ.



Фиг. 130.

Свищъ пузыря и шейки.

Пузырно-влагалищные свищи почти всегда представляютъ простыя кругловатая отверстія, съ чрезвычайно тонкими или, наоборотъ, съ завороченными и мозолистыми краями. Форма ихъ большею частью кругловатая или овальная, рѣже полулунная или щелевидная. Величина пузырно-влагалищныхъ свищей весьма различна; иногда свищъ такъ малъ, что его трудно отыскать, въ другихъ же случаяхъ, напротивъ, перегородка между пузыремъ и влагалищемъ исчезаетъ почти цѣликомъ, такъ что оба органа образуютъ въ сущности одну полость. Если свищъ не очень малъ, то слизистая оболочка пузыря легко выпадаетъ чрезъ него во влагалище.

¹⁾ Sel. Obst. and Gyn. works, Edinburgh., 1871, стр. 814 и 816.

Уретрально-влагалищные свищи тоже имѣютъ разную величину, начиная съ очень мелкой до совершеннаго разрушенія задней стѣнки мочеиспускательнаго канала.

При мочеточничко-влагалищныхъ свищахъ, отверстіе, сидящее сбоку въ верхней части влагалища, всегда очень не велико.

Свищъ можетъ быть осложненъ суженіемъ или закрытіемъ мочеиспускательнаго канала, обусловленными или неупотребленіемъ органа, или тѣми же причинами, которыя вызвали образованіе свища.

Точно такимъ же образомъ, вмѣстѣ съ образованіемъ свища, могутъ произойти суженія и атрезіи влагалища, вслѣдствіе чего дѣло чрезвычайно усложняется.

Припадки.

Непосредственно послѣ родовъ не замѣчается никакихъ характеристическихъ признаковъ, такъ какъ и самаго свища еще нѣтъ въ это время. Существуютъ только тѣ явленія, которыя вообще свойственны тяжелымъ родамъ, сопряженнымъ съ поврежденіями мягкихъ частей. Обыкновенно замѣчается задержаніе мочи, которое часто длится очень долго. Но оно не имѣетъ характеристическаго значенія, такъ какъ вообще часто встрѣчается у родильницъ, а иногда, именно при образованіи свища, его вовсе не бываетъ. Недержаніе же мочи параличнаго происхожденія составляетъ весьма рѣдкое явленіе.

Главный характеристическій признакъ, постоянное выдѣленіе мочи изъ влагалища, наступаетъ лишь по отпаденіи струпа, въ который превратилась раздавленная ткань. Струпъ этотъ всегда держится нѣсколько дней, такъ что непроизвольнаго отхожденія мочи можно ожидать не ранѣе третьяго дня.

Нерѣдко бываетъ, что въ извѣстныхъ положеніяхъ, если больная остается въ покоѣ, моча удерживается въ мочевомъ пузырьѣ. Объясняется это тѣмъ, что, при щелевидномъ свищѣ, края его сдвигаются или что просвѣтъ свища закладывается задней стѣнкой влагалища или шейкой матки. При этомъ моча иногда выдѣляется нормальнымъ путемъ.

Уретрально-влагалищные свищи влекутъ за собою гораздо менѣе тяжелыя послѣдствія, такъ какъ при нихъ моча остается въ пузырьѣ и только при мочеиспусканіи отходить не чрезъ устье уретры, а чрезъ свищъ во влагалище.

При мочеточниковыхъ свищахъ, существующихъ только на одной сторонѣ, моча изъ одной почки выдѣляется нормальнымъ образомъ, тогда какъ изъ другой непроизвольно капаетъ изъ свища.

Послѣдствія непроизвольнаго истеченія мочи въ высшей степени тягостны и мучительны для больныхъ. Онѣ постоянно мокры, а вслѣдствіе непрерывнаго смачиванія острою мочою образуется воспаленіе

кожи на наружныхъ половыхъ частяхъ и бедрахъ. Къ тому же вѣчно распространяемый ими запахъ мочи заставляетъ ихъ избѣгать сношенія съ людьми, такъ что жизнь ихъ становится по-истинѣ жалкой и мучительной.

Способность къ зачатію не совсѣмъ утеряна. Больныя нерѣдко дѣлаются беременными, беременность протекаетъ нормально, а роды именно такъ, какъ и слѣдуетъ ожидать при существующей неправильности путей.

Распознаваніе.

При внимательномъ изслѣдованіи, пузырно-влагалищные свищи узнаются безъ труда. Крупные свищи прощупываются уже пальцемъ, а если вставить металлическій катетеръ въ мочевой пузырь, то можно прощупать и маленькіе свищи. Если же свищи очень мелки, то необходимо прибѣгнуть къ помощи зрѣнія. Вставляютъ зеркало *Симса* и тщательно разсматриваютъ переднюю стѣнку влагалища, расправляя съ помощью острыхъ крючковъ всѣ ея складки и выемки. Если и при этомъ нельзя найти свищъ, что случается лишь при очень маленькихъ, далеко запрятавшихся свищахъ, то прибѣгаютъ къ выпрыскиванію въ мочевой пузырь окрашенныхъ жидкостей (молока, черной туши).

Не смотря, однакоже, на легкость распознаванія и возможность, съ помощью зеркала *Симона*, подробно изслѣдовать положеніе, величину и другія свойства свища, бывають сложные случаи, когда, при суженіи влагалища, очень трудно опредѣлить положеніе дѣла. Всего труднѣе это бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, когда влагалище оканчивается непосредственно за влагалищнымъ входомъ и замыкающая перепонка продырявлена однимъ или нѣсколькими отверстиями, изъ которыхъ сочится моча. Въ подобныхъ случаяхъ очень трудно опредѣлить состояніе верхней части влагалища и мочевого пузыря. Столь же трудно рѣшить важный въ оперативномъ отношеніи вопросъ о состояніи матки, а именно о томъ, не существуетъ ли заращенія ея, — тѣмъ болѣе, что послѣ тяжелыхъ послѣродовыхъ процессовъ мѣсячныхъ очищеній обыкновенно не бываетъ. Въ одномъ изъ такихъ случаевъ я нашелъ въ закрытомъ влагалищѣ два отверстия, изъ которыхъ струилась моча, при чемъ одно изъ нихъ вело въ сообщавшееся съ мочевымъ пузыремъ влагалище, а другое прямо въ пузырь. Положеніе матки, послѣ многихъ трудовъ, удалось, наконецъ, опредѣлить съ помощью зонда, проведеннаго чрезъ прямую кишку по направленію къ маточному зѣву.

Уретрально-влагалищные свищи узнаются легко, такъ какъ они сидятъ низко и моча можетъ быть выпущена чрезъ нихъ виолнѣ произвольно.

Пузырно-маточные свищи характеризуются тѣмъ, что моча вытекаетъ изъ маточнаго зѣва; однакоже, положеніе и свойства свища часто узнаются съ трудомъ.

Мочеточниковые свищи узнаются по тому, что ихъ можно зондировать въ направленіи почекъ и что отъ впрыскиванія въ мочевой пузырь окрашенныхъ жидкостей моча, вытекающая чрезъ свищъ, остается неокрашенной. Если закрыть подобный свищъ, то появляются бурные припадки остраго гидронефроза, которые по восстановленіи проходимости свища тотчасъ же исчезаютъ.

Предсказаніе.

Вообще предсказаніе не особенно неблагопріятно.

При свѣжихъ свищахъ, очень рѣдко имѣетъ мѣсто самоисцѣленіе. По отпаденіи струпа, образуемаго раздавленной стѣнкой, края раны покрываются грануляціями, начиная съ демаркаціонной линіи, и при благопріятныхъ условіяхъ могутъ такимъ образомъ снова выполнить существующее отверстіе. Повидимому, этотъ процессъ легче всего развивается при пузырно-маточныхъ свищахъ, такъ какъ въ этихъ случаяхъ свищевой ходъ вытянуть въ длину и потому легче выполняется грануляціями. Я видѣлъ быстрое заживленіе подобнаго свища, еще въ послѣродовомъ періодѣ, въ одномъ случаѣ лобнаго положенія младенца.

Въ другихъ случаяхъ происходитъ нѣчто въ родѣ относительнаго самоисцѣленія, а именно вслѣдствіе того, что тотъ же процессъ, которымъ было вызвано образованіе свища, производитъ сращеніе влагалища подъ свищомъ, заставляющее мочу, равно какъ мѣсячныя очищенія, избрать себѣ путь наружу чрезъ уретру.

При застарѣлыхъ же свищахъ самоисцѣленія не бываетъ и всего менѣе при 'пузырно-влагалищныхъ свищахъ съ ихъ тонкими, острыми краями; но и тутъ иногда, вслѣдствіе раздраженія мочею, мочевыми камнями, протискиваніемъ камня сквозь свищъ, можетъ быть вызвано образованіе грануляцій и заращеніе. Временное прекращеніе выдѣленія мочи, вслѣдствіе закупорки свища камнемъ, не имѣетъ никакого значенія.

При правильномъ оперативномъ леченіи, и старые свищи даютъ теперь хорошее предсказаніе, такъ какъ весьма рѣдко случается, чтобы свищъ не поддавался тому или другому приему. Само собою разумѣется, что для успѣшности операціи очень много значать умѣнье и опытность оператора.

Леченіе.

Въ свѣжихъ случаяхъ, когда края свища еще покрыты грануляціями, нужно способствовать цѣлебнымъ стремленіямъ природы. Это достигается

оставленіемъ въ пузырь катетера, чрезъ который моча выдѣляется чрезъ мочеиспускательный каналъ, чѣмъ предотвращается истеченіе мочи чрезъ свищъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ соединеніе раны можетъ быть достигнуто съ помощью тампонаціи влагалища, сдвигающей между собою края свища.

Болѣе старые свищи, края которыхъ уже совершенно зарубцовались, могутъ быть закрыты не иначе, какъ превращеніемъ ихъ краевъ въ свѣжую рану.

Это производится двоякимъ образомъ. Прижигая края свища, можно вызвать образованіе свѣжихъ грануляцій и тѣмъ добиться тѣхъ же шансовъ на излеченіе, какія существуютъ въ первое время послѣ родовъ. Конечно, чѣмъ больше свищъ, тѣмъ меньше надежды на то, что онъ заростетъ путемъ грануляцій со стороны краевъ раны, и потому прижиганіе ляписомъ или каленымъ желѣзомъ можетъ быть примѣнено только при очень маленькихъ свищахъ, да и при нихъ довольно часто оказывается безуспѣшнымъ. Къ тому же энергическое прижиганіе имѣетъ еще то, заслуживающее вниманія, неудобство, что оно превращаетъ окружность раны въ мозолистую рубцовую ткань, которая ослабляетъ шансы описываемаго ниже болѣе совершеннаго способа леченія.

Этотъ способъ состоитъ въ кровавомъ освѣженіи краевъ раны и соединеніи ихъ швомъ. Особенное совершенство этотъ способъ получилъ въ рукахъ *Симона*, указаніями котораго мы главнымъ образомъ и будемъ руководствоваться при изложеніи техническихъ приѣмовъ операциі.

Необходимое условіе для успѣшнаго исхода операциі составляетъ возможность полнаго обнаженія свища. Больной даютъ такое же положеніе, какъ при камнесѣченіи, т. е. положеніе на спинѣ съ приподнятымъ тазомъ, при чемъ два помощника пригибаютъ ноги ея на столько, что наружныя половыя части обращены вверхъ. Если теперь оттянуть заднюю стѣнку влагалища, по возможности сильнѣе, посредствомъ жолобоватаго зеркала, устранить напѣрающія складки слизистой оболочки боковыми рычагами и приподнять пластинчатымъ зеркаломъ ту часть влагалищной стѣнки, которая лежитъ подъ свищемъ, то весь свищъ будетъ лежать у насъ передъ глазами или, по крайней мѣрѣ, можно будетъ совершенно обнажить его съ помощью маленькихъ крючковъ.

Если свищъ сидитъ довольно глубоко и матка очень подвижна, то искусственнымъ оттягиваніемъ матки внизъ удастся иногда извлечь свищъ изъ половой щели.

Я всегда хлороформирую своихъ больныхъ, потому что въ наркозѣ расширеніе влагалища зеркаломъ удается лучше, хотя освѣженіе и наложеніе шва не причиняютъ особенной боли. Другіе производятъ операцию безъ хлороформа.

Обнаживъ какъ слѣдуетъ свищъ, приступаютъ къ освѣженію его краевъ. Последнее производится такимъ образомъ, что срѣзываютъ рубцо-

вые мозолистые, малокровоточащие края, съ цѣлью получить вмѣсто нихъ довольно широкіе, гладкіе края изъ нормальной ткани. Съ этой цѣлью, отступя на $\frac{1}{2}$ сантим. или больше отъ края, вкалываютъ остро-конечный ножъ такимъ образомъ, чтобы конецъ его вышелъ на границѣ слизистой оболочки пузыря или, какъ совѣтуетъ *Симонъ*, въ самой слизистой оболочкѣ пузыря. Когда края свища будутъ такимъ образомъ обрѣзаны кругомъ, то свищъ превращается въ большую рану, воронкообразно суживающуюся по направленію къ пузырю. Не мѣшаетъ предварительно намѣтить ножомъ границу разрѣза на слизистой оболочкѣ влагалища, на тотъ конецъ, чтобы свищъ повсюду былъ обрѣзанъ на равномъ разстояніи отъ краевъ. *Симонъ* захватываетъ при разрѣзѣ и порядочную часть слизистой оболочки пузыря, но это излишне и, въ добавокъ, легко ведетъ къ опаснымъ послѣдовательнымъ кровотечениямъ въ пузырь. Если разрѣзъ вести не очень вглубь, воронкообразно, а забирая болѣе по плоскости, по американскому способу, такъ что слизистая оболочка влагалища вырѣзывается на значительномъ протяженіи, то получаются довольно широкіе края раны, которые, при не очень сильномъ напряженіи ихъ, легко могутъ быть соединены швомъ.

Если освѣженные поверхности раны выпли не особенно гладкими или на нихъ остались отдѣльные островки слизистой оболочки, то ихъ прирѣзываютъ ножомъ или изогнутыми ножницами.

Кровотечение останавливаютъ впрыскиваніемъ холодной воды, брызжащія артеріи закручиваютъ или перевязываютъ, стараясь, однакоже, если возможно, удалить лигатурныя нити до наложенія шва.

Послѣ освѣженія приступаютъ къ наложенію шва. Если нѣтъ особенныхъ причинъ, заставляющихъ прибѣгнуть къ иному способу, то сшиваютъ верхній край раны съ нижнимъ, такъ что рубецъ идетъ поперекъ отъ одной стороны къ другой. Серебряная проволока не представляетъ никакихъ преимуществъ передъ хорошимъ гладкимъ шелкомъ. Шьютъ короткими, сильно изогнутыми иглами, которыя захватываютъ иглодержателемъ. Слизистую оболочку пузыря мало или вовсе не захватываютъ швомъ. Узлы завязываютъ уже послѣ того, какъ будутъ наложены всѣ швы, которые должны лежать довольно близко другъ къ другу. Если края раны не вездѣ тѣсно сходятся, то накладываютъ еще поверхностные швы въ промежуткахъ. Въ расслабляющихъ швахъ или разрѣзахъ обыкновенно нѣтъ надобности.

Послѣ операции больная должна оставаться въ постели около 8 дней и не нуждается ни въ какомъ дальнѣйшемъ леченіи. Даже катетеръ вставляютъ лишь въ томъ случаѣ, когда она сама мочиться не можетъ. На 5—6 день начинаютъ осторожно снимать швы.

Нерѣдко является надобность видоизмѣнить описанный способъ операции. Такъ, напримѣръ, прежде чѣмъ приступать къ операциі, приходится иногда устранить сращенія влагалища или рубцовыя суженія.

Выпятившаяся слизистая оболочка пузыря весьма рѣдко срастается съ задней стѣнкой влагалища на столько, чтобы приходилось отдѣлять ее ножомъ.

Если потеря ткани очень велика, то соединеніе краевъ раны часто приходится дѣлать въ видѣ буквъ Т или Y.

Весьма непріятное осложненіе представляютъ суженія или атрезіи мочеиспускательнаго канала, такъ какъ въ подобныхъ случаяхъ прежде всего должна быть восстановлена проходимость послѣдняго.

Во время операціи нужно строго слѣдить за тѣмъ, чтобы не захватить мочеточниковъ, которые иногда виднѣются у краевъ свища. Такъ какъ моча выдѣляется изъ нихъ толчками и окрашенная кровью, то ихъ можно принять за брызжущія артеріи. Замѣтивъ положеніе мочеточниковъ, нужно стараться по возможности обходить ихъ при освѣженіи, а еще болѣе при наложеніи шва, такъ какъ въ противномъ случаѣ можетъ развиваться острый гидронефрозъ.

Вообще говоря, операція эта не представляетъ опасности для жизни, такъ какъ брюшина попадаетъ подъ ножъ только въ исключительныхъ случаяхъ, при глубокихъ пузырно-маточно-влагалищныхъ свищахъ, а пиэмія рѣдко слѣдуетъ за этой операціей.

Весьма опасное осложненіе составляютъ кровотеченія въ мочевомъ пузырьѣ, которыя могутъ быть такъ сильны, что пузырь растягивается до пунка и появляются признаки чрезвычайнаго малокровія. Терапевтическими мѣрами тутъ ничего нельзя сдѣлать, такъ какъ примѣненіе холода на животъ или чрезъ влагалище дѣйствуетъ очень не вѣрно, а впрыскиванія ледяной воды или кровоостанавливающихъ растворовъ въ мочевой пузырь вредны въ томъ отношеніи, что увеличиваютъ содержимое пузыря и тѣмъ усиливаютъ его судороги. Успѣхъ операціи тогда совершенно пропадаетъ, такъ какъ сокращенія пузыря продолжаютъ до тѣхъ поръ, покуда кровяные свертки не извергнутся чрезъ рану.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ одномъ изъ угловъ раны или по срединѣ ея остается небольшой свищъ, который долженъ быть оперируемою отдѣльно, если мы не думаемъ прибѣгнуть къ попыткѣ залечить его прижиганіемъ.

Если свищъ помѣщается очень высоко, или дѣло идетъ о поверхностномъ пузырно-маточно-влагалищномъ свищѣ, то необходимо освѣжить и переднюю губу маточнаго зѣва и соединить ее съ переднимъ краемъ раны.

Встрѣчаются и такіе случаи, въ которыхъ операціи невозможны. Это бываетъ въ особенности при очень большихъ потеряхъ вещества, хотя операція иногда удавалась и надъ довольно крупными свищами, затѣмъ въ случаяхъ, въ которыхъ, вслѣдствіе рубцоваго сокращенія, одинъ изъ краевъ свища до такой степени притянутъ къ тазовой стѣнкѣ, что его нельзя освѣжить и натянуть для покрытія дефекта. Маточные свищи,

большую часть недоступные, точно также не могут быть излечены операцией.

Въ подобныхъ случаяхъ, для устранения произвольнаго отхожденія мочи, можно прибѣгнуть къ поперечному закрытію влагалища по способу *Симона*. Онъ состоитъ въ томъ, что переднюю и заднюю стѣнки влагалища освѣжаютъ, какъ можно выше, но, разумѣется, ниже свища, и затѣмъ тщательно сшиваютъ ихъ между собой. Вслѣдствіе этого надъ мѣстомъ соединенія образуется пространство, сообщающееся съ пузыремъ при посредствѣ свища и содержимое котораго (слизь и менструальная кровь), равно какъ и моча, можетъ выдѣляться только чрезъ мочеиспускательный каналъ. Такимъ образомъ этой операцией устраняется самое главное слѣдствіе свища — произвольное выдѣленіе мочи — и потому она вполне заслуживаетъ примѣненія въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ другой способъ леченія невозможенъ. Я произвелъ эту оперцію одинъ разъ въ упомянутомъ выше случаѣ, въ которомъ сначала оперировалъ свищъ въ глубинѣ суженнаго влагалища, а потомъ совершенно закрылъ суженное мѣсто.



Фиг. 131.

Большой пузырно-маточно-влагалищный свищъ съ поперечнымъ закрытіемъ влагалища. *a* влагалище, *b* пузырь. Оба сообщаются чрезъ большой свищъ. *o* слѣпо ованчивающаяся нижняя часть влагалища. *o* мѣсто закрытія.

Конечно, это поперечное закрытіе влагалища имѣетъ совершенно иное значеніе, чѣмъ заживленіе свища, такъ какъ оно уничтожаетъ способность къ зачатію и, по крайней мѣрѣ, въ значительной степени затрудняетъ половой актъ. Тѣмъ не менѣе оно можетъ оказаться необходимымъ въ виду невыносимаго положенія больныхъ, одержимыхъ свищемъ; само собой разумѣется, что у старухъ эту оперцію можно произвести безъ всякихъ стѣсненій.

Теоретическое опасеніе, что застаиваніе мочи позади закрытаго мѣста, равно какъ прохожденіе мѣсячныхъ очищеній чрезъ мочевой пузырь и уретру повлекутъ за собою извѣстныя разстройства, оказалось неосновательнымъ. При недоступномъ маточномъ свищѣ, можно закрыть вмѣсто влагалища наружный зѣвъ, освѣживъ переднюю и заднюю губы и соединивъ ихъ швомъ.

Поперечное закрытіе влагалища составляетъ до сихъ поръ единственный способъ для заживленія свищей мочеточниковъ. Если пузырьный конецъ мочеточника закрыть, то нужно сначала образовать искусственный пузырно-влагалищный свищъ и затѣмъ зашить влагалище подъ нимъ.

При глубокихъ пузырно-маточно-влагалищныхъ свищахъ съ большимъ дефектомъ на передней губѣ можетъ оказаться необходимымъ шить

заднюю губу съ передней стѣнкой влагалища. Въ этомъ случаѣ влагалище остается проходимымъ, но зачатіе невозможно, а мѣсячныя очищенія выдѣляются чрезъ мочеиспускательный каналъ.

Если и поперечное закрытіе невозможно, то положеніе больныхъ становится ужаснымъ, такъ какъ пріемники для мочи плохо удовлетворяють своей цѣли.

Влагалищно-кишечные свищи.

Симонъ, Prager Vierteljahrschrift, 1867, т. 4, стр. 1. — *Симонъ*, Mon. f. Geb., т. 14, стр. 439. — *Гейне*, Arch. f. klin. Chir., XI, 1870, стр. 485.

Этіологія.

Ненормальныя сообщенія между прямой кишкой и влагалищемъ, т. е. свищи прямой кишки и влагалища, тоже большею частью развиваются отъ родовъ, конечно, не вслѣдствіе гангрены отъ давленія, подобно пузырьно-влагалищнымъ свищамъ, а преимущественно въ томъ случаѣ, когда при большихъ разрывахъ промежности, захватывающихъ и перегородку между прямой кишкой и влагалища, зарастаетъ только промежность, тогда какъ тонкая перегородка остается незакрытой. Я наблюдалъ послѣ родовъ двойное прободеніе прямой кишки, вслѣдствіе распространившагося въ глубину дифтерита задней стѣнки влагалища. Иногда перегородка между влагалищемъ и прямой кишкой продырявляется акушерскими инструментами или клистирной трубкой. Въ исключительныхъ случаяхъ свищъ образуется отъ какой нибудь другой травматической причины, напр. отъ паденія на остроконечный предметъ. Также рѣдко прободеніе производится забытымъ во влагалищѣ пессаріемъ или гноевикомъ влагалищной стѣнки, вскрывшимся въ обѣ стороны.

О свищѣ между влагалищемъ и прямой кишкой, образуемомъ вслѣдствіе раковаго разрушенія, мы здѣсь говорить не будемъ.

Свищи тонкихъ кишекъ могутъ образоваться въ томъ случаѣ, когда, во время родовъ, кишечная петля выпадаетъ чрезъ разрывъ въ заднемъ сводѣ влагалища, защемляется и отпадаетъ путемъ омертвѣнія, или когда лежащая въ дуглассовомъ пространствѣ петля раздавливается и, приростая, вскрывается чрезъ задній влагалищный сводъ. Въ первомъ случаѣ въ заднемъ влагалищномъ сводѣ образуется противоположный задній проходъ, во второмъ — свищъ.

Патологическая анатомія.

Свищи прямой кишки и влагалища представляютъ различную величину. Иногда они очень малы, такъ что чрезъ нихъ могутъ проходить

только кишечные газы, тогда какъ въ другихъ случаяхъ бываетъ разрушена почти вся перегородка.

Припадки.

Характеристическимъ признакомъ служить отхожденіе кишечнаго содержимаго. При свищахъ прямой кишки, смотря по величинѣ ихъ, или весь калъ выдѣляется произвольно чрезъ влагалище, или отходятъ только однѣ жидкія каловыя массы, а то и одни лишь вѣтры. При свищахъ же тонкихъ кишекъ выдѣляется жидкая, свѣтло-желтая пищевая кашлица.

Послѣдствія такого произвольнаго отхожденія кала, понятное дѣло, въ высшей степени неприятны и мучительны для больныхъ.

Распознавание.

Ислѣдованіе производятъ точно такимъ же образомъ, какъ при пузырно-влагалищныхъ свищахъ, при чемъ свищи прямой кишки почти всегда распознаются очень легко.

Свищи тонкихъ кишекъ распознаются по тому, что прямая кишка цѣла, а именно, что ни зондами, ни выпрыскиваніями въ прямую кишку нельзя открыть сообщенія съ влагалищемъ. Кромѣ того, характеристическимъ признакомъ служить отхожденіе пищевой кашлицы, повторяющееся каждый разъ чрезъ 1—2 часа послѣ принятія пищи.

Предсказаніе.

Свѣжіе свищи прямой кишки и влагалища, если они не слишкомъ велики, заживаютъ сами собою, путемъ грануляцій; во всякомъ случаѣ, оперативное леченіе ихъ не легче, чѣмъ леченіе пузырно-влагалищныхъ свищей.

Леченіе.

Прижиганіе ляписомъ или каленымъ желѣзомъ можетъ принести пользу развѣ при очень маленькихъ свищахъ. Болѣе или менѣе значительные свищи должны быть обнажены точно такимъ же образомъ, какъ пузырно-влагалищные свищи, затѣмъ освѣжены и защищены. *Симонъ* предложилъ недавно зашивать ихъ со стороны прямой кишки.

Свищи тонкихъ кишекъ тоже пользуются прижиганіемъ или освѣженіемъ и швомъ. Гораздо труднѣе бываетъ закрыть противоестественный задній проходъ въ заднемъ сводѣ влагалища. Здѣсь прежде всего необходимо превратить задній проходъ въ свищъ. Этому можно достигнуть тѣмъ, что одну половинку кишечныхъ ножницъ вставляютъ въ прямую

кишку, а другую въ тонкую кишку и образуютъ между ними сообще-
 ние. Еще лучше, по примѣру *К. О. Вебера* и *Гейне*, съ помощью ки-
 шечныхъ ножницъ, снова привести въ сообщеніе оба конца тонкой киш-
 ки. Когда это удается, закрываютъ существующій свищъ освѣженіемъ
 и кровавымъ швомъ. *Гейне* достигъ этимъ способомъ полнаго излеченія.
 Если же это невозможно, то можно пытаться возстановить путь чрезъ
 прямую кишку тѣмъ, что, образовавъ большой свищъ между влагали-
 щемъ и прямой кишкой, производить подъ нимъ поперечное закрытіе
 влагалища.

Въ одномъ, не совсѣмъ ясномъ случаѣ, описанномъ *Вильсомъ*¹⁾, нѣсколько петель
 тонкой кишки были разрушены гангреной и, кромѣ пузырьно-влагалищнаго свища, су-
 ществовалъ противоестественный задній проходъ, въ который открывались вмѣстѣ и тон-
 кая и прямая кишки. Ни прижиганіемъ, ни швомъ не удалось закрыть эту дыру.

Вагинизмъ.

Симпсонъ, Edinburgh med. J., дек. 1861, стр. 594. — *Дебу* и *Мишонъ*, Bulletin de
 thérapeutique, 1861, № 3, 4, 7. — *Шаррье*, Contr. spasmod. du sphincter vag. Thèse.
 Paris, 1862. — *Маріонъ Симсъ*, London Obst. Tr., т. III, 1862, стр. 356, и Gebärmu-
 terchirurgie. Нѣм. пер. Вейгеля. Erlangen, 1866, стр. 246. — *Сканцони*, Lehrbuch, II,
 4-е изд., стр. 263, и Wiener med. Woch., 1867, № 15—18. — *Гольстъ*, Scanzoni's
 Beitr. z. Geb. u. Gyn., т. V, 1869, вып. 2. — *Шарланъ*, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn.,
 т. I, стр. 64. — *Гильдебрандтъ*, Archiv f. Gyn., т. III, стр. 221. — *Мартинъ*, Berl.
 klin. Woch., 1871, № 14. — *Штадфелдтъ*, Ugeskrift for Laegør, 1872, № 23, 24. —
Брейскій, Schweiz. Correspondenz-Blatt, 1873, 5.

Опредѣленіе и этиологія.

Подъ вагинизмомъ разумѣютъ чрезмѣрно усиленную чувствительность
 влагалищнаго входа, соединенную съ судорогой constrictoris cunni и
 мышцъ тазового дна.

Относительно производящей причины я въ большинствѣ случаевъ
 вполне раздѣляю мнѣніе *Сканцони*. Странаніе это вызывается повреж-
 деніями при неумѣлыхъ, часто повторяемыхъ попыткахъ къ совокупле-
 нію; вслѣдствіе этого въ свѣжемъ состояніи оно чаще всего встрѣчается
 у молодыхъ, недавно вышедшихъ замужъ женщинъ. Бесиліе мужа
 вовсе не составляетъ необходимаго условія и дѣйствительно встрѣчается
 не часто. Чрезмѣрная узость влагалища и неподатливость дѣвственной
 плены, конечно, могутъ существовать при этомъ, но тоже не необходимо;
 скорѣе уже всего къ вагинизму располагаетъ малое отверстіе влагалища.

Если супругъ совершенно не опытенъ въ дѣлѣ любви, то его попыт-
 ки къ совокупленію легко могутъ быть невѣрны. Стволъ проникаетъ въ
 неправильномъ направленіи и попадаетъ на переднюю или заднюю спай-
 ку. Очень много значить также положеніе наружныхъ половыхъ частей,

¹⁾ *Бартельсъ*, Arch. f. Gyn., т. 3, стр. 502.

которое представляетъ весьма значительныя индивидуальныя различія. И дѣйствительно, встрѣчаются случаи, гдѣ наружныя части лежатъ на самомъ лобкѣ, такъ что нижній край лонной дуги прощупывается подъ устьемъ мочеиспускательнаго канала. Въ подобныхъ случаяхъ стволъ направляется слишкомъ взадъ и вмѣсто того, чтобы проникнуть во влагалищный входъ, попадаетъ въ ладьеобразную ямку. Вслѣдствіе этого, при часто повторяемыхъ попыткахъ, развивается все болѣе и болѣе усиливающаяся чувствительность половыхъ частей, вмѣстѣ съ образованіемъ ссадинъ. И вотъ, съ одной стороны, жена начинаетъ бояться совокупленія, причиняющаго ей боль, и старается не допускать до него мужа, чѣмъ еще пуще усложняетъ дѣло, а, съ другой, время отъ времени дѣлаются новыя горячія попытки, чтобы положить конецъ невыносимому положенію и достигнуть зачатія, отъ котораго ожидаютъ излеченія. Вслѣдствіе этого, травма происходитъ чаще, краснота и ссадины въ ладьеобразной ямкѣ или въ области мочеиспускательнаго канала усиливаются и чувствительность этихъ частей доходить до того, что уже отъ одного прикосновенія женщина кричитъ благимъ матомъ. Къ этому присоединяются рефлекторныя судороги, и вотъ передъ нами полная картина вагинизма.

Вотъ почему вагинизмъ чаще всего встрѣчается у совершенно неопытныхъ супруговъ. Я видѣлъ случай, гдѣ послѣ 3-лѣтняго супружества, при нетронутой дѣвственной плевѣ, мужъ былъ убѣжденъ, что все идетъ, какъ слѣдуетъ, и только жена смутно чувствовала, что у ней не все такъ, какъ у другихъ женщинъ.

Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ сначала появляется чувствительность, а затѣмъ уже судороги. Такъ, у одной женщины, всего за три мѣсяца передъ тѣмъ вышедшей замужъ, съ чрезмѣрной чувствительностью задней спайки, я нашелъ, что введеніе пальца, хотя и причиняло сильныя боли и истерическія судороги, но не вызывало сокращенія *constrictoris cunni*.

Но, рядомъ съ этими, несомнѣнно преобладающими случаями, встрѣчаются и такіе, въ которыхъ судороги выступаютъ на первый планъ. Подобные случаи имѣютъ въ своемъ основаніи психическія причины (между прочимъ страхъ къ изслѣдованію). Такъ, у одной невинной дѣвушки 20 лѣтъ, съ выпяченнымъ на подобіе хвостика гименомъ (какъ у новорожденныхъ), я наблюдалъ чрезвычайно сильныя судороги всѣхъ мышцъ таза, появлявшіяся уже отъ одного приближенія пальцемъ. Чувствительность къ прикосновенію зондомъ, хотя и была ясно выражена, но не очень сильно: „точно меня кто щиплетъ“. Большая жаловалась также на самостоятельную боль въ половой щели и заднемъ проходѣ, равно какъ и на боль въ мочевомъ пузырьѣ.

Въ другомъ случаѣ я нашелъ вагинизмъ у молодой женщины, всего еще полгода бывшей замужемъ. Обычная причина вагинизма тутъ была не при чемъ, такъ какъ, по выраженію мужа, онъ жилъ съ женою,

какъ братъ съ сестрою. И здѣсь чувствительность была не особенно велика, а при прониканіи чрезъ дѣвственную плеву появлялись сильныя судороги тазовыхъ мышцъ.

Нефтель ¹⁾ указываетъ еще на одну причину вагинизма, а именно на отравленіе свинцомъ (въ одномъ случаѣ вмѣстѣ съ параличемъ экстензоровъ, а въ другомъ вмѣстѣ съ свинцовой коликой, послѣ употребленія свинцовыхъ бѣлилъ).

Мартинъ считаетъ вагинизмъ за гиперестезію влагалищнаго входа, обусловленную триппернымъ зараженіемъ. Я не могъ открыть триппернаго зараженія ни въ одномъ изъ моихъ случаевъ.

Эвартъ (*Indian annals of med. sc.*, іюль 1873) обращаетъ вниманіе на случаи вагинизма, обусловленные трещинами задняго прохода. На сколько я могу судить по моимъ наблюденіямъ, это частое страданіе можетъ, конечно, обусловить чувствительность при изслѣдованіи и даже судороги тазового дна, но едва-ли оно вызываетъ ту ограниченную чувствительность отдѣльныхъ частей, которая такъ характеристична для вагинизма.

Патологическая анатомія.

Въ большинствѣ случаевъ анатомическія измѣненія влагалищнаго входа незначительны; но въ свѣжихъ случаяхъ обыкновенно находятъ красноту чувствительныхъ мѣстъ, ссадины, набуханіе фолликуловъ и усиленное отдѣленіе слизистой оболочки, а иногда и весьма характеристическія, тѣсно стоящія другъ подлѣ друга сосочковыя разраженія въ ладьеобразной ямкѣ.

Впослѣдствіи и эти измѣненія могутъ исчезнуть, такъ что влагалищный входъ имѣетъ совершенно здоровый видъ.

Осложненія, упоминаемая нѣкоторыми авторами, бываютъ или случайныя, какъ, напр., смѣщенія матки, или послѣдовательныя, какъ воспаленія матки.

—Припадки.

О главныхъ характеристическихъ припадкахъ уже говорено было выше. Они заключаются въ жестокихъ приступахъ боли, появляющихся уже отъ легкаго соприкосновенія къ чувствительнымъ мѣстамъ, и въ судорожныхъ сокращеніяхъ *constrictoris cunni*, а въ тяжелыхъ случаяхъ всѣхъ мышцъ тазового дна. Иногда судорогъ не бываетъ, не смотря на чрезмѣрно развитую чувствительность; въ другихъ случаяхъ чувствитель-

¹⁾ *L'Union médicale*, 1869, № 19, и *Brit. a. for. med. chir. Review*, окт. 1873, стр. 516.

ность отступаетъ на задній планъ, тогда какъ ужъ отъ одного приближенія пальца или зонда появляются судорожныя сокращенія.

Слѣдствіемъ этого бываетъ то, что введеніе дѣтороднаго уда дѣлается невозможнымъ или, по крайней мѣрѣ, чрезвычайно затруднено, такъ что зачатіе наступаетъ только въ исключительныхъ случаяхъ. *Паккардъ* ¹⁾ сообщаетъ случай, въ которомъ, не смотря на невозможность введенія мужского члена, все-таки послѣдовало зачатіе, окончившееся черезъ 6 мѣсяцевъ выкидышемъ.

Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, вслѣдствіе часто повторяющагося сильнаго раздраженія, развиваются воспалительныя заболѣванія и другихъ половыхъ органовъ (которыя, конечно, могутъ существовать и раньше). Развиваются общія расстройства питанія, а затѣмъ истерическіе припадки, мрачное настроеніе духа и психическое угнетеніе. *Ариотъ* ²⁾ указываетъ на то, что вагинизмъ играетъ не послѣднюю роль въ этиологіи психозовъ.

Предсказаніе.

Самостоятельное излеченіе наступаетъ только по прекращеніи невѣрныхъ попытокъ къ совокупленію, т. е. когда половой актъ вовсе не совершается или производится осторожно и какъ слѣдуетъ. Если наступила беременность, то послѣ родовъ вагинизмъ можетъ появиться снѣнова.

При правильномъ пользованіи, почти всегда происходитъ излеченіе. Уже тотъ фактъ, что существуетъ множество способовъ, изъ которыхъ каждый насчитываетъ случаи излеченія, показываетъ, что вагинизмъ поддается леченію, а вмѣстѣ съ тѣмъ онъ показываетъ также, что слишкомъ серьезныя операціи здѣсь излишни.

Леченіе.

Я съ успѣхомъ пользовался способомъ, предложеннымъ *Сканцони*.

Онъ состоитъ въ томъ, что, предписавъ безусловное воздержаніе отъ полового акта, осторожно обмываютъ наружныя половыя части гулярдовой водою и затѣмъ, когда краснота уменьшится, смазываютъ чувствительныя мѣста растворомъ ляписа (1:3). Растворы карболовой кислоты (1:50) тоже оказались очень полезными. Влагалищныя свѣчки изъ масла какао и наркотическихъ веществъ не представляютъ никакой необходимости.

Если краснота прошла и влагалищный входъ мало чувствителенъ къ введенію пальца, то ежедневно вводятъ зеркала изъ матоваго стекла по-

¹⁾ Amer. J. of Obst., т. II, стр. 348.

²⁾ Berlin. klin. Wochenschr., 1870, № 28.

стоянно возрастающаго калибра, оставляя ихъ тамъ на $\frac{1}{2}$ —1 часъ. Если самый актъ введенія зеркала и причиняетъ вначалѣ нѣкоторую боль, то оставленіе его во влагалищѣ переносится хорошо. Когда влагалище достаточно расширено и чувствительность исчезнетъ, можно считать леченіе оконченнымъ и, сдѣлавъ должное наставленіе обоимъ супругамъ, разрѣшить имъ половое сожителство.

Этотъ способъ такъ вѣрно ведетъ къ цѣли, что я до сихъ поръ не видѣлъ надобности испытывать другіе. *Гольтъ* ¹⁾ рекомендуетъ ледъ, а *Бёрнсъ* и *Симпсонъ* дѣлали подкожную перерѣзку срамнаго нерва.

Особенный оперативный способъ предложенъ *Симсомъ*. Онъ состоитъ въ вырѣзываніи дѣвственной плевы и другихъ чувствительныхъ мѣстъ, вмѣстѣ съ глубокими боковыми надрѣзами сфингтера и послѣдовательнымъ ношеніемъ расширителя. Дѣйствительно ли эта кровавая операція можетъ быть необходима въ очень упорныхъ случаяхъ, этого я не знаю, но въ обыкновенныхъ случаяхъ она излишня.

Менѣе болѣзненно, сравнительно съ способомъ *Симса*, насильственное расширеніе, предложенное нѣкоторыми авторами, *Шаріе* ²⁾, *Горвицемъ*, *Курти* и *Сутулинымъ* ³⁾. Захлороформировавъ больную, расширяютъ входъ влагалища обоими указательными или большими пальцами настолько, что разрываются мышцы.

Въ Америкѣ для излеченія вагинизма прибѣгаютъ къ такъ называемому „эяирному браку“, т. е. хлороформируютъ больную и заставляютъ мужа совершить съ нею совокупленіе съ цѣлью вызвать зачатіе и посредствомъ родовъ достигнуть излеченія.

Въ тѣхъ случаяхъ вагинизма, въ которыхъ на первый планъ выступаютъ судороги, чрезвычайно благодѣтельно дѣйствуютъ поясныя ванны въ 28—30° R.

Другія формы судорогъ влагалища.

Кромѣ собственно вагинизма, встрѣчаются еще и другія формы спазмодическаго сокращенія, отчасти сопряженныя съ болью, отчасти безъ боли. Такъ, *Гильдебрандтъ* ⁴⁾ указываетъ на судорогу поднимающей задней проходъ мышцы, плотно защемляющей мужской членъ во время совокупленія и не выпускающей его въ теченіи нѣсколькихъ минутъ (*penis captivus*). *Ферберъ* ⁵⁾ сообщаетъ случай, въ которомъ больная по ночамъ чувствовала внезапное болѣзненное стягиваніе влагалища.

Судорожныя сокращенія влагалища могутъ обуславливать бесплодіе тѣмъ, что выпрыснутое во влагалище сѣмя выбрасывается назадъ сокра-

¹⁾ Scanzoni's Beitr., т. V, вѣн. II.

²⁾ Gaz. des hôp., 1868.

³⁾ Petersburger med. Zeitschr., 1872, вып. 4 и 5, стр. 469.

⁴⁾ Arch. f. Gyn., т. III, стр. 221.

⁵⁾ Berl. klin. Wochenschr., 1871, № 15.

щениями тазового дна. На этот факт указали *Симс* ¹⁾ и *Сторер* ²⁾. С своей стороны, я могу подтвердить, что обратное истечение сѣмени из влагалища составляет, по моимъ наблюденіямъ, перѣдкую причину безплодія и что оно встрѣчается и у совершенно здоровыхъ женщинъ, безъ всякихъ болѣзненныхъ ощущеній. Вставленіе кольца во влагалище такъ же мало можетъ помѣшать этому, какъ и продолжительное оставленіе члена во влагалищѣ послѣ полового акта.

БОЛЕЗНИ НАРУЖНЫХЪ ПОЛОВЫХЪ ЧАСТЕЙ (VULVA).

Пороки развитія.

Для уясненія пороковъ образованія наружныхъ половых частей, необходимо разсмотрѣть вкратцѣ ихъ нормальное развитіе.

Наружныя половыя части образуются вѣдреніемъ кожи извнѣ (фиг. 132), которое вскрывается въ колбасовидную оболочку, соединенную еще съ кишечникомъ (фиг. 133). Въ томъ мѣстѣ, гдѣ колбасовидная оболочка отходитъ отъ кишечника, выступаетъ промежность, раздѣляющая первоначальную клоаку на двѣ части: лежащій спереди *sinus urogenitalis* и лежащій сзади задній проходъ (фиг. 134).



Фиг. 132.

all колбасовидная оболочка, вполнѣдствіи мочевоу пузыря. *r* прямая кишка. *m* мюллеровъ протокъ, вполнѣдствіи влагалища. *a* наружное вдавленіе кожи, превращающееся въ задне-проходное отверстіе.



Фиг. 133.

Вдавленіе кожи прорвано и образуетъ клоаку (*cl*).



Фиг. 134.

Вслѣдствіе образованія промежности, задній проходъ и *sinus urogenitalis* (*su*) раздѣлены между собою, и мочеиспускательный каналъ, и влагалище.

Въ *sinus urogenitalis* открываются нижній отдѣлъ колбасовидной оболочки, суживающійся въ мочеиспускательный каналъ, и нижніе концы обоихъ мюллеровыхъ протоковъ, которые, сливаясь, образуютъ влагалище.

Отношенія этихъ частей другъ къ другу значительно измѣняются, соотвѣтственно росту каждой изъ нихъ.

Вначалѣ мочеполовая пазуха относительно длинна и непосредственнымъ продолженіемъ ея служитъ нижняя часть колбасовидной оболочки, т. е. мочеиспускательный каналъ (фиг. 135). Позднѣе она перестаетъ

¹⁾ I. c., стр. 264.

²⁾ Boston gyn. J., т. III, стр. 73.

расти въ длину, такъ что образуетъ только короткое преддверіе влагалища; и такъ какъ уретра остается узкимъ каналомъ, а влагалище, напротивъ, значительно увеличивается въ объемѣ, то послѣднее представляетъ какъ бы непосредственное продолженіе мочеполовой пазухи—влагалищнаго преддверія (фиг. 136).

Этотъ нормальный ходъ развитія можетъ претерпѣвать цѣлый рядъ уклоненій, которыя влекутъ за собою слѣдующія аномаліи:

Полная атрезія образуется въ томъ случаѣ, когда недостаетъ вдавленія кожи, которое идетъ на образованіе клоака. При этомъ кишечникъ и превращающаяся въ мочевой пузырь колбасовидная оболочка могутъ сообщаться между собою по прежнему (фиг. 137) или быть разобщены (фиг. 138). Нерѣдко атрезія существуетъ одновременно съ другими пороками образованія, напр. *uterus didelphys*, и, вслѣдствіе скопленія мочи, пузырь и открывающійся въ него половой каналъ растягиваются въ безобразную массу. Въ этихъ случаяхъ дѣло обыкновенно идетъ о неспособныхъ къ жизни уродливыхъ плодахъ.



Фиг. 135.

Мочепускательный каналъ (u) составляетъ еще продолженіе *sin. prog.* (su), въ который открывается и влагалище (v).



Фиг. 136.

Вполнѣ развитые половые органы. *sin. prog.* превращенъ въ плоское преддверіе, въ которое открываются уретра и влагалище (разобщенныя дѣвственной плевой).



Фиг. 137.

Полная атрезія. Прямая кишка (r), пузырь (b) и половой каналъ (g) сообщаются между собой.

Въ другихъ случаяхъ, не смотря на давленіе наружной кожи, клоака все-таки остается, вслѣдствіе того, что не образуется промежности, которая выдѣрялась бы сверху между мочеполовой пазухой и кишечнымъ каналомъ; въ этихъ случаяхъ происходитъ такъ называемая *atresia ani vaginalis*, правильнѣе, окончаніе прямой кишки въ мочеполовую пазуху (фиг. 139).



Фиг. 138.

Полная атрезія. Колбасовидная оболочка отдѣлена отъ прямой кишки (r). Пузырь (b) и половой каналъ (g) растянуты мочою.



Фиг. 139.

Atresia ani vaginalis. Промежность (d) не развита, такъ что клоака (фиг. 139) остается, а пузырь (b), влагалище (v) и прямая кишка (r) открываются въ общую клоаку (c).

Сохраняющейся клоакѣ обыкновенно придаютъ невѣрное толкованіе, считая верхнюю часть довольно длинной клоаки уже за влагалище и принимая поэтому, что прямая кишка открывается во влагалище. *Генниеръ* ¹⁾ тоже говоритъ о влагалищной клоа-

¹⁾ *Petersb. med. Zeitschr.*, 1870, I, стр. 204.

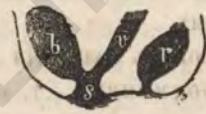
кѣ, принимая, что прямая кишка открывается во влагалище. Въ описанномъ имъ чрезвычайно интересномъ случаѣ оба влагалища были совершенно разобщены, а та часть, которую онъ считаетъ за простое влагалище, принадлежала не къ мочеполовой пазухѣ, т. е. эмбриологически принадлежала не мюллеровымъ протокамъ, а колбасовидной оболочкѣ. На приведенной имъ фиг. 3 *b* не есть, какъ полагаетъ *Генннеръ*, мочеполовая пазуха, но *b*, *e* и *f* образуютъ вмѣстѣ клоаку, т. е. мочеполовую пазуху, въ которую открываются не только уретра и оба влагалища, но, за отсутствіемъ промежности, и прямая кишка.

Но и при нормально развитой промежности, мочеполовая пазуха можетъ оставаться въ зародышевомъ состояніи, такъ что преддверіе влагалища остается необыкновенно длиннымъ и узкимъ (на подобіе уретры) и общій каналъ на относительно высокомъ уровнѣ раздѣляется на мочеиспускательный каналъ и влагалище. Этотъ порокъ развитія, не особенно удачно названный высокимъ окончаніемъ уретры, встрѣчается часто вмѣстѣ съ гипертрофіей клитора и тогда носитъ названіе нисшей степени женской ипоспадіи (фиг. 140).



Фиг. 140.

Незакрывшійся sin. urogenitalis (*s*). Въ него открываются уретра (*u*) и влагалище (*v*). Клитору (*c*) гипертрофированъ. Легко смѣшать съ мужскими ипоспадіями.



Фиг. 141.

Женская ипоспадія. Вся колбасовидная оболочка превратилась въ мочевой пузырь (*b*), такъ что послѣдній непосредственно открывается, безъ уретры, въ *s. urogenitalis* (*s*), преддверіе влагалища.

Подъ настоящей ипоспадіей разумѣютъ тѣ случаи, въ которыхъ мочеполовая пазуха подверглась обыкновеннымъ своимъ превращеніямъ, но нижняя часть колбасовидной оболочки, изъ которой обыкновенно образуется мочеиспускательный каналъ, участвуетъ въ образованіи пузыря, такъ что влагалище и пузырь открываются въ преддверіе влагалища безъ уретры ¹⁾.

Развитіе элиспадіи, которая у женщинъ встрѣчается несравненно рѣже, чѣмъ у мужчинъ, не совсѣмъ еще выяснено, такъ что еще вопросъ, всегда-ли имѣется здѣсь первичная брюшная щель. Послѣдняя могла бы вести за собою разрывъ передней стѣнки колбасовидной оболочки; но, съ другой стороны, разрывъ этой оболочки можетъ быть причиной образованія брюшной щели. Элиспадія существуетъ иногда вмѣстѣ съ образованіемъ клоаки.

Что касается леченія этихъ пороковъ образованія, то при атрезіяхъ операція можетъ помочь только въ исключительныхъ случаяхъ, такъ какъ здѣсь дѣло всегда идетъ объ очень сложныхъ отношеніяхъ, исключяющихъ возможность существованія плода.

Точно также трудно оказать помощь при образованіи клоаки. При такъ называемой *atresia ani vaginalis* нужно пытаться пересадить конецъ прямой кишки на нормальное мѣсто. Съ этой цѣлью дѣлаютъ въ ска-

¹⁾ *Генннеръ*, Monatsschr. f. Geb., т. 26, стр. 401.

занномъ мѣстѣ продольный разрѣзъ, отслаиваютъ весь нижній конецъ прямой кишки, отдѣляютъ его у мѣста впаденія въ клоаку и пришиваютъ на нормальномъ мѣстѣ задняго прохода. Круглое же отверстіе, образующееся отъ этого въ преддверіи влагалища, закрываютъ швомъ.

При настоящей ипоспадіи имѣетъ мѣсто непроизвольное выдѣленіе мочи. Тѣмъ не менѣе и здѣсь нельзя достигнуть, съ помощью пластической операціи, образованія годнаго къ отправленіямъ мочеиспускательнаго канала. Нужно попытаться закрыть отверстіе пузыря целлотомъ, прижимающимъ заднюю стѣнку къ передней.

Въ рѣдкихъ случаяхъ отсутствіе наружныхъ половыхъ частей встрѣчается при нормально развитыхъ внутреннихъ половыхъ органахъ. Въ этихъ случаяхъ мочеполая пазуха открывается въ области вульвы въ видѣ простаго отверстія. Иногда отдѣльныя части наружныхъ половыхъ органовъ остаются на степени зародышеваго развитія, а именно большія и малыя губы, клиторъ или промежность.

Наружныя половыя части могутъ также сохранить вполнѣ свою дѣтскую форму.

Къ порокамъ развитія у женщинъ принадлежитъ также женскій гермафродитизмъ, т. е. та уродливость, при которой неправильно образованныя женскія половыя части, по своему виду, напоминаютъ наружныя половыя части у мужчинъ. Подобнаго рода случаи, въ которыхъ уродливыя женскія или мужскія половыя части представляли сходство съ другимъ поломъ, носили прежде названіе *hermaphroditismus transversus*.

Къ настоящему гермафродитизму могутъ быть отнесены только тѣ случаи, въ которыхъ у одного и того же лица существуютъ хорошо обрисованные яичники и яички. При этомъ, на одной сторонѣ существуетъ яичко, а на другой яичникъ—*hermaphroditismus lateralis*; или же на каждой сторонѣ существуетъ по яичнику и яичку—*hermaphroditismus androgynus bisexualis s. bilateralis*. Почти всѣ случаи, описанные подъ именемъ настоящаго гермафродитизма, страдаютъ неточностью описаній. Одинъ только случай, сообщенный Мейеромъ¹⁾ и подробно изслѣдованный Клебсомъ²⁾, можетъ быть признанъ за настоящій гермафродитизмъ, хотя яичникъ правой стороны былъ развитъ весьма слабо. Единственный, вполнѣ вѣрный случай двухсторонняго гермафродитизма описать недавно Гентлеромъ³⁾. Послѣдній изслѣдовалъ половыя органы двухмѣсячнаго ребенка, у котораго наружныя половыя части, какъ это часто бываетъ, напоминали и мужскія и женскія части; изъ внутреннихъ же половыхъ органовъ сильнѣе развиты были женскіе, а изъ мужскихъ существовали предстательная желѣза и оба яичка (существованіе которыхъ подтверждено микроскопическимъ изслѣдованіемъ). Послѣдніе лежали рядомъ съ надъяичниковой желѣзой, представлявшей зачаточныя развитыя придатокъ яичка.

Если такимъ образомъ въ этомъ случаѣ существовали одновременно и женскія и мужскія желѣзы, то о настоящемъ андрогинѣ, то есть субъектѣ, въ половомъ отношеніи и-

¹⁾ Virchow's Arch., XI, стр. 420.

²⁾ Handb. der path. Anat., IV выд., I, стр. 728.

³⁾ Arch. f. Anat., Physiol. и т. д., 1870, № 6, стр. 679.

равняемъ роль то мужчины, то женщины, никогда не можетъ быть рѣчи, такъ какъ наружныя половыя части бываютъ въ высшей степени изуродованы.

Екатерина Гоманъ ¹⁾, котораго показывали недавно за деньги по всей Германіи,—мужчина, но, вѣроятно, имѣетъ съ лѣвой стороны яичникъ.

При ложномъ гермафродитизмѣ у женщинъ, дѣло идетъ объ гипертрофіи клитора, принимающаго видъ мужского члена. И такъ какъ при этомъ наружныя губы устроены на подобіе мошонки и срастаются между собою въ нижней части, а подъ клиторомъ, похожимъ на членъ, существуетъ очень маленькое отверстіе въ мочеполовой пазухѣ, то наружныя половыя части приобрѣтаютъ большое сходство съ ипоспадіей у мужчинъ. При этомъ въ мочеполовую пазуху открываются уретра и влагалище. Внутренніе женскіе половые органы представляютъ всѣ формы зачаточнаго развитія, но могутъ также быть совершенно нормальными. Груды бываютъ развиты то какъ у женщинъ, то слабѣе, и весь складъ тѣла то женскій, то мужской. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ строеніе наружныхъ половыхъ частей еще болѣе приближается къ мужскому складу, вслѣдствіе того, что яичники попадаютъ чрезъ паховыя грыжи въ большія губы, такъ что въ мошонкѣ прощупываются какъ-бы яички.

Въ видѣ приобрѣтеннаго порока встрѣчается атрезія малыхъ губъ. Иногда, у маленькихъ дѣвочекъ, онѣ бываютъ склеены до области мочеиспускательнаго канала, а иногда и выше, такъ что мочеиспусканіе бываетъ затруднено.

Эта склейка большею частью можетъ быть уничтожена простымъ раздвиганіемъ губъ, въ крайнемъ же случаѣ ихъ разъединяютъ бистуреемъ по жолобоватому зонду ²⁾.

Большія губы тоже могутъ быть склеены въ задней части, такъ что промежность представляется продолженной далеко впередъ.

Гипертрофія наружныхъ половыхъ частей.

Гипертрофія малыхъ губъ представляетъ рассовую особенность нѣкоторыхъ племенъ (готтентотовъ, буммэновъ) и извѣстна вообще подъ именемъ готтентотскаго передника (котораго не нужно смѣшивать съ встрѣчающимся у готтентотскихъ женщинъ отложеніемъ жира на ягодицахъ).

И у насъ гипертрофія одной или обѣихъ губъ не составляетъ особенной рѣдкости и притомъ достигаетъ такой же величины, какъ на рисункѣ, снятомъ *Луикой* ³⁾ съ одной готтентотки. Иногда, хотя и не исключительно, гипертрофія обуславливается онанизмомъ; малыя губы

¹⁾ *Франке*, Scanzoni's Beitr., т. VI, стр. 57, *Б. Шульце*, Virchow's Archiv, т. 43, стр. 332, *Фридрейль*, Virchow's Archiv, т. 45, стр. 4, *Вирховъ*, Berl. klin. Woch., 1872, № 49.

²⁾ *Бокай*, Jahrb. f. Kinderheilk., 1872, V, 2, стр. 163.

³⁾ Monatsschr. f. Geb., т. 32, стр. 343.

свѣшиваются, отличаются бурой пигментацией, безъ всякихъ другихъ измѣненій.

Она не вызываетъ никакихъ особенныхъ припадковъ и только въ исключительныхъ случаяхъ ведетъ къ потерѣ сладострастнаго ощущенія при половомъ актѣ. Въ одномъ случаѣ, сообщенномъ *Бреслау* ¹⁾, существовало недержание мочи, послѣ операциі исчезнувшее.

Ампутація малыхъ губъ представляетъ легкую и безопасную операцию.

Гипертрофія клитора можетъ встрѣчаться въ видѣ врожденнаго порока, о чемъ уже упомянуто выше, но она можетъ быть также приобретенна и достигнуть такой величины, что клиторъ превышаетъ объемомъ мужской членъ. Въ Германіи эта гипертрофія, повидимому, встрѣчается рѣдко; во всякомъ случаѣ, она рѣдко замѣчается у онанистовъ, у которыхъ клиторъ большею частью имѣетъ нормальную величину.

Если же клиторъ значительно увеличенъ въ объемѣ, то въ случаѣ существованія извѣстныхъ болѣзненныхъ явленій, находящихся въ связи съ этимъ порокомъ развитія, показано отсѣченіе клитора. Удаленіе ножомъ заслуживаетъ предпочтенія предъ лигатурой или экразёромъ, съ помощью котораго *Мэзонъ* ²⁾ удалилъ клиторъ, длиною въ 4 дюйма. Если кровотеченіе обильно и его нельзя остановить глубокимъ швомъ, то вкладываютъ тампонъ съ растворомъ полуторохлористаго желѣза.

Но если отсѣченіе клитора должно считаться, при упомянутыхъ условіяхъ, совершенно законной операцией, то, съ другой стороны, слѣдуетъ всячески возставать противъ безразличнаго удаленія совершенно нормальнаго клитора, практикованнаго *Бэкеръ Броуномъ* въ такихъ размѣрахъ, что лондонское акушерское общество нашлось вынужденнымъ исключить его изъ числа своихъ членовъ.

Ни при истерикѣ, ни при эпилепсіи или онанизмѣ, ни при психозахъ, стоящихъ въ связи съ половыми отправлениями, нельзя ничего достигнуть удаленіемъ здороваго клитора.

Острый катарръ наружныхъ половыхъ частей.

Юнге, Acad. de méd., 8 сент. 1846, и *Journal des connoiss. méd.-chir.*, 1852, № 6—8.—*Олдингъ*, London med. Gaz., май 1846.—*Вэренипругъ*, Charitéannalen, VI, 1, стр. 20.—*Мартэнъ* и *Леже*, Arch. gén., янв. и февр. 1862.—*Цейссль*, Allg. Wiener med. Z., 1865, № 45—46.—*Кюнгъ*, Zeitschr. f. Med., Chir. u. Geb., 1866, V, стр. 114.

Этіологія.

Острыя воспаленія наружныхъ половыхъ частей вызываются неопрятностью, истеченіями изъ внутреннихъ половыхъ органовъ, мочевыми и

¹⁾ Scanzoni's Beitr. zur Geburtsk., т. 3.

²⁾ New-York med. Review, 1 мая 1868.

каловыми свищами, насилуваніемъ, рукоблудіемъ, травматическими поврежденіями, бурнымъ отправленіемъ полового акта, но чаще всего зараженіемъ триппернымъ ядомъ. На большихъ губахъ, вслѣдствіе тренія о внутреннія поверхности бедеръ, появляется эритема, особенно у тучныхъ особъ, а также въ жаркое время года и при усиленной ходьбѣ.

У дѣтей воспаленіе наружныхъ половыхъ частей можетъ развиваться, вслѣдствіе переселенія охуигіс изъ задняго прохода.

Патологическая анатомія.

Острый катарръ характеризуется припуханіемъ, разрыхленіемъ и налитостью слизистой оболочки. Особенно сильно припухаютъ малыя губы, дающія обильное слизисто-гнойное отдѣленіе. Мелкія сальныя желѣзы тоже набухаютъ, вслѣдствіе задержанія ихъ отдѣлимаго, превращаясь въ угревые узлы или угревые прыщи. Въ послѣднемъ случаѣ воспаленіе можетъ перейти и на окружающую кѣтчатку, такъ что образуется фурункулезный гноевикъ, выдѣляющій дурно пахнущій гной.

При гонорройномъ катаррѣ, очень легко появляются остроконечныя кондиломы на малыхъ губахъ, миртовидныхъ карункулахъ и вокругъ устья мочеиспускательнаго канала. Кромѣ того, при гонорреѣ весьма часто, а при доброкачественныхъ катаррахъ въ исключительныхъ случаяхъ, развивается воспаленіе бартолиновыхъ желѣзъ на одной или обѣихъ сторонахъ. Образованіе гноевика можетъ также ограничиться однимъ выводнымъ протокомъ этихъ желѣзъ.

Припадки.

Воспаленіе слизистой оболочки въ сильно развитыхъ случаяхъ причиняетъ жестокія боли, особенно рѣзко выступающія при ходьбѣ, когда обѣ поверхности трутся другъ о друга. При этомъ выдѣляется иногда слизистое, а иногда чисто гнойное отдѣленіе. Если бартолинова желѣза подвергается нагноенію, то въ губѣ образуется опухоль, только въ исключительныхъ случаяхъ превышающая величину голубинаго яйца. Гной выходитъ наружу или чрезъ нормальный выводной протокъ, или чрезъ отверстіе на внутренней сторонѣ малой губы. Нагноеніе можетъ вести къ совершенному уничтоженію желѣзы.

Распознаваніе.

Болезнь распознается легко, такъ какъ слизистую оболочку можно рассмотретьъ прямо глазами. Увеличеніе бартолиновой желѣзы узнается по мѣсту, занимаемому кругловатой опухолью, и по ея чувствительности.

Лечение.

При полномъ покоѣ и надлежащей чистотѣ, катарръ скоро проходитъ; при трипперномъ же катаррѣ, необходимо удалять секретъ со слизистой оболочки, и это достигается не совѣмъ легко, такъ какъ отдѣленіе задерживается складками слизистой оболочки. Если усиленное отдѣленіе продолжается, то прибѣгаютъ къ вяжущимъ средствамъ.

Гноевикъ бартолиновой желѣзы иногда можетъ быть просто выдавленъ чрезъ выводной протокъ, въ другихъ же случаяхъ его вскрываютъ разрѣзомъ.

Хроническій катарръ можетъ существовать какъ послѣдствіе острого катарра и, кромѣ того, весьма часто встрѣчается при выдѣленіи раздражающихъ жидкостей изъ внутреннихъ половыхъ органовъ.

По исчезаніи произведшей его причины, онъ проходитъ самъ собою; въ другихъ же случаяхъ онъ бываетъ очень упоренъ и можетъ произвести продолжительное раздраженіе и гипертрофію наружныхъ половыхъ частей.

Флегмонозные процессы, которые имѣли бы своимъ послѣдствіемъ значительную припухлость губъ, образуются вторично при зараженныхъ ранахъ входа влагалища, слѣдовательно, преимущественно при послѣродовыхъ язвахъ.

Омертвѣніе наружныхъ половыхъ частей, помимо послѣродового періода, можетъ имѣть мѣсто при оспѣ, кори, скарлатинѣ, тифѣ, холерѣ и т. д., а также при дифтеритѣ. У дѣтей оно развивается самостоятельно, въ видѣ водяного рака (пота).

Рожа и герпетическія сыпи этихъ частей имѣютъ тотъ же характеръ, какъ и на другихъ мѣстахъ.

Грыжа наружныхъ половыхъ частей.

Паховыя грыжи, спускающіяся въ большую губу соотвѣтственной стороны, носятъ названіе *hernia labii majoris anterior*.

Подъ именемъ *hernia labii majoris posterior* разумѣютъ тѣ грыжи, которыя вытягиваютъ боковые карманы брюшины впереди *lig. lat.* внизъ и спускаются въ срамныя губы.

Hernia perinealis образуется выпячиваніемъ брюшины позади *lig. lat.* и появляется на промежности.

Правильное распознаваніе этихъ грыжъ не лишено значенія, такъ какъ отъ смѣшенія ихъ съ другими опухолями могутъ случиться весьма неприятыя ошибки. Ихъ узнаютъ, прослѣдивъ грыжу вверхъ до грыжевого отверстія, что особенно легко удастся при паховыхъ грыжахъ, дажѣ, по выступленію ихъ во время кашля и при натугахъ, по возможности вправить ихъ и по тимпаническому кишечному тону.

Новообразованія наружныхъ половыхъ частей.

Обена, Des tumeurs de la vulve. Thèse. Strasbourg, 1860.

Elephantiasis.

Герцогъ, Ueber die Hypertrophie der äusseren weiblichen Genitalien. Erlangen, 1842.
—*Роджерсъ*, London Obst. Tr., т. XI, стр. 84.—*Джейакаръ*, Med. Times, 1871, т. I, стр. 37.—*Л. Майеръ*, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn., I, стр. 363.

Этіологія.

Рожистыхъ приступовъ, которыми начинается элевантіазъ бедра, обыкновенно не бываетъ при набуханіи наружныхъ половыхъ частей, развивающемся весьма постепенно.

На востокѣ элевантіазъ наружныхъ половыхъ частей встрѣчается гораздо чаще. При существующемъ предрасположеніи, онъ развивается въ самую зрѣлую пору полового развитія (чаще всего между 20 и 30 годами), большею частью вслѣдствіе воспалительныхъ раздраженій, дѣйствующихъ на наружныя половыя части. Важное значеніе имѣютъ здѣсь зараженіе сифилисомъ, рукоблудіе и половыя излишества вообще. Иногда поводомъ къ развитію слоновяго перерожденія служить ударъ или ушибъ.

Незадолго до или послѣ менструаціи перерожденныя губы сразу набухаютъ, а во время беременности онѣ иногда быстро увеличиваются въ объемѣ. Впрочемъ, *Луисъ Майеръ* наблюдалъ въ это время улучшеніе болѣзни.

Патологическая анатомія.

Рѣдко гипертрофія распространяется равномерно на всѣ половыя части, большею же частью набуханіе ограничивается отдѣльными органами, преимущественно большими губами, затѣмъ клиторомъ и рѣже всего малыми губами.

Сущность дѣла заключается въ гипертрофіи элементовъ наружныхъ покрововъ. По *Вирхову* ¹⁾, первоначально дѣло идетъ о заболѣваніи лимфатическихъ желѣзъ, пресѣкающемъ нормальный отливъ лимфы. Это ведетъ къ пропитыванію кожи лимфатической жидкостью и разраженію соединительной ткани. Верхняя кожа большею частью остается довольно нормальной, но она можетъ также подвергнуться утолщенію. Гипертрофія сосочковаго слоя бываетъ иногда такъ значительна, что наросты состоятъ почти исключительно изъ сосочковыхъ разраженій. При этомъ они до такой степени ставовятся похожи на колоссально развитыя остроконечныя кондиломы, что невозможно отличить ихъ другъ отъ друга.

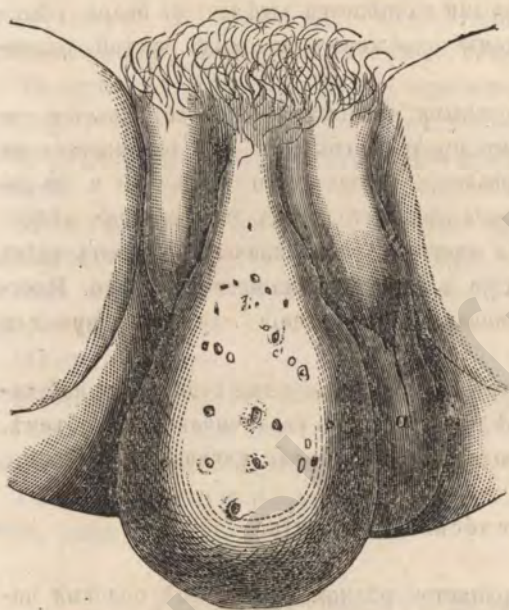
¹⁾ Geschwülste, I, стр. 320.

Разращеніе соединительной ткани внутри опухоли происходитъ безъ всякой правильности, такъ что образуются бугристые, шишковатые наросты, придающіе неправильный видъ поверхности кожи и которые могутъ быть снабжены ножкой.

Луизъ Майеръ ¹⁾ описываетъ случай язвенной формы, при которой преобладало образование язвъ.

Припадки.

Эти наросты могутъ быть очень тягостны, такъ какъ они достигаютъ иногда такой величины, что спускаются за колѣно и имѣютъ около 30 фунтовъ вѣсу. Вслѣдствіе этого, онѣ являются порядочнымъ механическимъ препятствіемъ и значительнымъ обремененіемъ; кромѣ того, онѣ могутъ быть весьма болѣзненны и давать обильное отдѣленіе.



Фиг. 142.

Элефантіазъ наружныхъ половыхъ частей по *Л. Майеру*. Позади увеличеннаго клитора видна гипертрофированная дѣлая губа (а).

Зачатіе можетъ послѣдовать даже на высшихъ степеняхъ болѣзни, какъ показываетъ случай *Джейакара*. Родовой актъ не особенно бываетъ затрудненъ даже при очень большихъ опухоляхъ, такъ какъ влагалище остается нормальнымъ.

Леченіе.

Такъ какъ слоновое перерожденіе само собою не происходитъ, а противовоспалительное леченіе можетъ быть полезно развѣ въ началѣ болѣзни, то опухоль необходимо удалить оперативнымъ путемъ. Удаляютъ ее ножомъ, ножницами или гальванокаустической петлей. Не смотря на громадный объемъ опухоли, операція довольно проста, такъ какъ перерожденныя части могутъ быть срѣзаны, безъ всякаго труда, особенно когда гипертрофированы губы. Возвраты случаются рѣдко.

Волчанка наружныхъ половыхъ частей.

Гюве, Mémoires de l'acad. de méd., 1849, т. XIV. — *Мартинъ* и *Лорентъ*, Mon. f. Geb., т. 18, стр. 348 и 350. — *Бернцогъ*, Archives de tocologie, июль 1874, стр. 394.

¹⁾ 1. с., табл. XIII, фиг. 4.

Волчанка весьма рѣдко встрѣчается на наружныхъ половыхъ частяхъ, но можетъ появиться на любомъ мѣстѣ до промежуности и во всѣхъ своихъ видахъ.

Распознается она по общимъ правиламъ и съ помощью микроскопа.

Течение болѣе доброкачественное, чѣмъ при ракѣ, такъ какъ тутъ возможно самоисцѣленіе съ обильнымъ образованіемъ рубцовой ткани.

Излеченіе можетъ быть достигнуто также разрушеніемъ новообразованія сильными прижигающими веществами.

Сосочковыя разращенія.

Тибержъ, Archives générales, май 1856. — *Клобъ*, Path. d. weibl. Sex., стр. 459.

О широкихъ кондиломахъ, разращеніяхъ сосочковаго слоя съ поверхностнымъ изъязвленіемъ, обусловливаемыхъ сифилисомъ, мы здѣсь говорить не будемъ.

Разлитыя сосочковыя разращенія, такъ назыв. остроконечныя кондиломы, развиваются вслѣдствіе раздраженія триппернымъ ядомъ, но, по *Тибержу*, онѣ могутъ развиваться во время беременности и независимо отъ триппера. Остроконечныя кондиломы могутъ достигнуть такихъ размѣровъ и образовать такія громадныя опухоли (*Гаскозъ*¹⁾ наблюдалъ опухоль величиною съ дѣтскую головку), что чрезвычайно напоминаютъ сосочковую форму элифантіаза.

Впрочемъ, послѣ родовъ обыкновенно исчезаютъ даже несомнѣнныя трипперныя кондиломы.

Такъ назыв. карункулы, мелкія, широкія или стебельчатыя, полипобразныя образованія, развиваются чаще всего вокругъ устья мочеиспускательнаго канала, въ видѣ ограниченной гиперплазіи слизистой оболочки съ участіемъ фолликуловъ.

Съ закупоркой салныхъ желѣзъ, т. е. съ угремъ, тоже встрѣчающимся на губахъ, не слѣдуетъ смѣшивать образованіе маленькихъ, похожихъ на гусиную кожу, вздутій кожи, которыя, по *Клобу*, состоятъ изъ аналогичнаго образованію бугорковъ размноженія ядеръ и, въ видѣ *prurigo senilis*; причиняютъ жестокій зудъ.

Кисты наружныхъ половыхъ частей.

Буа де Лури, Revue méd. de Paris, дек. 1840, т. IV. — *Гюве*, Mém. de l'acad. de méd., т. XV, и Gaz. méd. de Paris, 1826, 14, 37. — *Варенипрунг*, Charitéannalen, VI, I, стр. 41. — *Лотце*, Ueber Cystendegeneration der Cowper'schen Drüsen der Frau. Diss. i. Göttingen, 1869.

Чаще всего встрѣчаются кисты бартолиновыхъ желѣзъ, развивающіяся или изъ выводнаго протока, или изъ самой желѣзы. Въ первомъ

¹⁾ Med. Times, 21 янв. 1872.

случаѣ онѣ имѣютъ первоначально продолговатую форму, округляющуюся только впоследствии; тогда какъ кисты самой желѣзы увеличиваются въ объемѣ и отличаются иногда дольчатой, сложной формой. Онѣ помѣщаются въ большой губѣ на мѣстѣ желѣзы или ея выводного протока, но въ исключительныхъ случаяхъ, какъ показываетъ наблюдение *Генинга*¹⁾, могутъ проникнуть съ боку влагалища въ малый тазъ и даже до влагалищнаго свода.

Содержимое этихъ кистъ большею частью свѣтлое, тянется въ нити, иногда окрашено, темнобураго цвѣта.

Разстройства, ими вызываемыя, болѣе механическаго свойства, т. е. кисты просто обременительны для больныхъ; но иногда онѣ набухаютъ во время мѣсячныхъ и тогда причиняютъ боль.

При распознаваніи, киста опредѣляется по упругости, болѣзненности и мѣстонахожденію опухоли.

Простого опорожненія кисты недостаточно для излеченія, такъ какъ она снова наполняется; поэтому необходимы или іодныя впрыскиванія, или вылуциваніе.

Но, какъ на большихъ, такъ и на малыхъ губахъ, встрѣчаются еще и другія кисты, которыя большею частью остаются маленькими, но иногда достигаютъ величины съ дѣтскую головку. Этиологія ихъ не выяснена; можетъ быть, что онѣ развиваются послѣ ушибовъ клѣтчатки или изъ кровоизліяній. Въ плотной кистой стѣнкѣ, ясно выраженной, заключается серозное или болѣе слизистое содержимое различной окраски.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ на наружныхъ половыхъ частяхъ встрѣчаются и крупныя дермоидныя кисты, вѣроятно, развивающіяся изъ накопленій эпителиальныхъ клѣтокъ въ замкнутыхъ фолликулахъ²⁾.

Липомы.

Жировики встрѣчаются на большихъ губахъ и венеринѣ бугрѣ, гдѣ могутъ достигать колоссальной величины. Такъ, *Штигеле*³⁾ удалилъ опухоль, вѣсомъ въ 10 фунтовъ, а *Колл*⁴⁾ цѣликомъ вылуцилъ опухоль, свѣсившуюся до колѣнъ и нижнюю половину которой сама больная срѣзала бритвой мужа.

Фибромы.

Стореръ, Boston gyn. J., т. IV, стр. 271, 325 и 336. — *Муртонъ*, Glasgow med. J., 1871, стр. 146. — *Граймъ*, е. 1., стр. 265.

1) Monatsschr. f. Geb., т. 34, стр. 130.

2) *Курмиссонъ*, Annales de gynécologie, II, аяг. 1874, стр. 143.

3) Zeitschr. für Chir. u. Geb., т. IX, стр. 243.

4) Gräfe u. Walther's Journ., 1856, т. 24, стр. 308.

Въ большинствѣ случаевъ дѣло идетъ о фиброміомахъ, которыя вы-
слаиваются изъ окружающей ткани и берутъ начало въ большихъ гу-
бахъ. Если онѣ достигаютъ зна-
чительной величины (я самъ ви-
дѣлъ опухоль, величиною съ дѣт-
скую головку), то вытягиваютъ
своей тяжестью кожу большихъ
губъ на подобіе полина, свѣши-
ваясь между белрами; производи-
мое ими влеченіе можетъ быть
такъ сильно, что кожа изъязвля-
ется. Подобно фибридамъ матки,
описываемыя фибромы набухаютъ
во время мѣсячныхъ и беремен-
ности, и въ нихъ развиваются
кисты.

Вылущиваніе не представляетъ
особенной трудности, такъ какъ,
если онѣ значительно вытягива-
ютъ кожу, то можно просто от-
рѣзать опухоль, а въ против-
номъ случаѣ ее выслаиваютъ изъ
губы.



Фиг. 143.

Фибромъ большой губы, по Стореру.

Ракъ наружныхъ половыхъ частей.

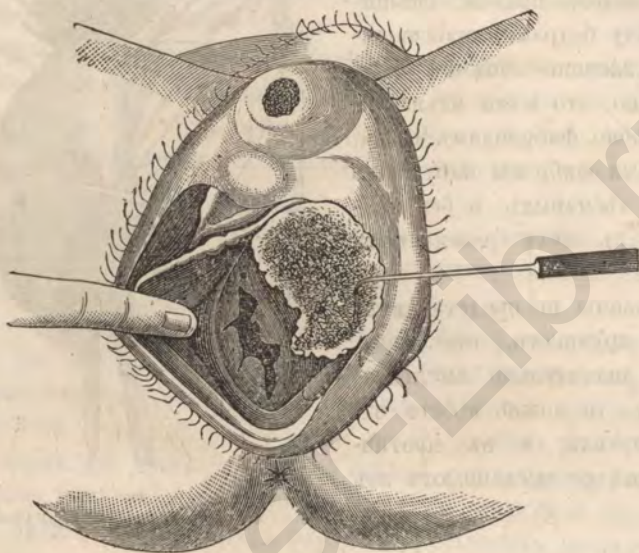
Луизъ Майеръ, Virchow's Archiv, т. 35, стр. 538, и Mon. f. Geb., т. 32, стр. 244.—
Верендъ, Diss. i. Jena, 1869.

Раковое перерожденіе беретъ свое начало въ большихъ или малыхъ
губахъ, а также въ клиторѣ, и можетъ появляться въ различныхъ фор-
махъ, то въ видѣ канкроиднаго новообразованія, то въ видѣ твердаго
карциноматознаго разращенія, то въ видѣ раковаго изъязвленія. Боли
большею частью не особенно сильны, такъ что вначалѣ дѣло идетъ толь-
ко о безпокойствѣ, причиняемомъ опухолью наружныхъ половыхъ частей;
но, по мѣрѣ своего распаденія, опухоль становится въ высшей степени
тягостной.

Распознаваніе легко, а что касается леченія, то, если есть хоть ма-
лѣйшая надежда на успѣхъ, необходимо прибѣгнуть къ операціи.

Въ случаѣ, представленномъ на фиг. 144, первоначально поражена была, безъ сомнѣ-
нія, лѣвая малая губа; на венериниомъ бугрѣ, въ томъ мѣстѣ, гдѣ сходятся губы, нѣсколь-
ко лѣвѣе, образовалась большая вторичная опухоль, а лѣвыя паховыя желѣзы тоже были
сильно инфильтрованы. Такъ какъ, кромѣ обширнаго мѣстнаго страданія, найдены подо-
зрительнаго свойства небольшія заматочныя опухоли, то пришлось отказаться отъ операціи.

Лучше шансы представлялъ изображенный на фиг. 145 случай, бывший у 66-лѣтней старухи, у которой наружныя половыя части представляли полную старческую атрофію. Клиторъ былъ отмѣченъ лишь въ видѣ крошечной пуговки, безъ крайней плоти и уздечки, лѣвая малая губа совершенно изгладилась, а большія губы слегка атрофированы. Внутренняя поверхность правой большой губы была выполнена, величиною съ куриное яйцо, раковой опухолью, которая, начинаясь справа отъ клитора, доходила до уздечки и, вѣроятно, получила свое начало въ правой малой губѣ. Она уже два раза была вырѣзана врачомъ, такъ что настоящая опухоль представляла уже второй возвратъ на



Фиг. 144.

Sarcinoma vulvae. Опухоль лѣвой губы изъязвлена, равно какъ и опухоль венерина бугра.

томъ же мѣстѣ. Опухоль была вырѣзана съ сильнымъ кровотеченіемъ, такимъ образомъ, что разрѣзъ пришелся въ здоровой ткани. Рана въ томъ мѣстѣ, гдѣ она была зашита, зажила рег ргітамъ, а близъ клитора, гдѣ приложено полуторохлористое желѣзо, послѣ обильнаго нагноенія. Подъ микроскопомъ опухоль оказалась ракомъ и въ ея соединительно-тканныхъ ячейкахъ найдены плоскія и цилиндрическія эпителиальныя вѣтки. Черезъ 14 мѣсяцевъ послѣ операціи еще не замѣчалось никакихъ признаковъ возврата.

Саркома наружныхъ половыхъ частей.

Луизъ Майеръ, *Monatsschr. f. Geb.*, т. 32, стр. 250.

Въ обоихъ случаяхъ *Майера* дѣло шло о бородавчатыхъ саркоматозныхъ разраженіяхъ.

Невромы.

Симпсонъ наблюдалъ невромы подъ слизистой оболочкой, вблизи устья мочеиспускательнаго канала.

Тромбъ или гематома наружныхъ половыхъ частей.

Помимо родовъ, кровяныя опухоли встрѣчаются на наружныхъ половыхъ частяхъ почти исключительно отъ травматическихъ причинъ. Франке ¹⁾ наблюдалъ у пожилой женщины, никогда не рожавшей, тромбъ большой губы, развившійся отъ сильнаго натуживанія при испражненіи на низъ.



Фиг. 145.

Ракъ наружныхъ половыхъ частей.

Разрывы промежности.

Верель, Мém. sur un nouveau procédé etc. Bruxelles, 1857. — *Бифель*, Mon. f. Geb., т. 15, стр. 401. — *Дж. Бэкеръ Броунъ*, Surg. diseases of women, 3-е изд., London, 1866, стр. 1. — *Лэнъ*, Lancet, 1866, I, № 5. — *Симонъ*, Prager Viertelj., 1867, т. 3, стр. 80. — *Гурибертъ*, Die Operation des veralteten complicirten Dammrisses. — *Гентнеръ*, Langenbeck's Archiv, т. X, стр. 655, и т. XV, стр. 424. — *Фрейндъ*, Tagblatt d. Wiesbadener Naturforscherversammlung, 1873, стр. 175.

Предоставляя изложеніе этиологии, профилактики и леченія свѣжихъ разрывовъ промежности учебникамъ акушерства, я ограничусь здѣсь только разсмотрѣніемъ старыхъ зарубцованныхъ разрывовъ.

Старые разрывы промежности могутъ вести за собою вредные, подчасъ крайне непріятные и опасные припадки.

О томъ, что отсутствіе тазового дна, вслѣдствіе разрыва промежности, способствуетъ выпаденію задней стѣнки влагалища и матки, мы уже говорили выше.

Помимо этого, при разрывахъ, захватившихъ и сфинктеръ, можетъ развиваться также и недержаніе кала, не въ той, конечно, степени, чтобы испражненіе постоянно совершалось непроизвольно, но на столько, что

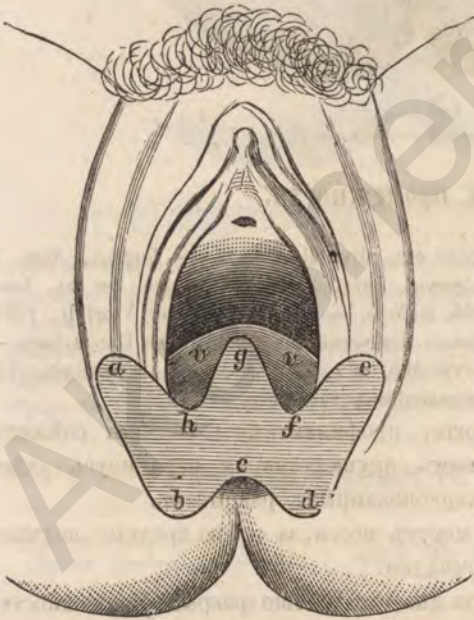
¹⁾ Memorabilien, 1867, I, стр. 6.

вѣтры отходятъ сами собою, или что въ то время, какъ твердыя массы могутъ быть удерживаемы по произволу, при поносахъ испражненія выдѣляются произвольно.

Само собою разумѣется, что леченіе застарѣлыхъ разрывовъ должно быть оперативное, и такъ какъ наружныя половыя части и заднепроходное отверстіе лежатъ очень близко другъ къ другу, другими словами, такъ какъ совершенно нѣтъ промежности, то операція должна состоять въ образованіи новой промежности.

Б. Ламбенбекъ рекомендуетъ слѣдующій способъ перинеопластики.

Покрытую кожицею поверхность, простирающуюся отъ влагалища до сфинктера или въ самый сфинктеръ, отпрепаровываютъ въ видѣ лоскута, — влагалищнаго лоскута. Образовавшіяся такимъ образомъ поверхности раны зашиваютъ съ боковъ, вслѣдствіе чего получается новая промежность, которую покрываютъ со стороны влагалища влагалищнымъ лоскутомъ. Если разрывъ идетъ глубже, то отсепаиваютъ слизистую оболочку прямой кишки, покрываютъ ею переднюю поверхность послѣдней и соединяютъ швами съ вновь образованной промежностью.



Фиг. 146.

Перинеографія по *Симону*. *v* задняя влагалищная стѣнка. *a b c d e f g h* освѣщенное пространство, при чемъ стороны *a b* и *d e* образуютъ промежность, *b c* и *e d* переднюю стѣнку прямой кишки и *a h* и *e f g* заднюю стѣнку влагалища.

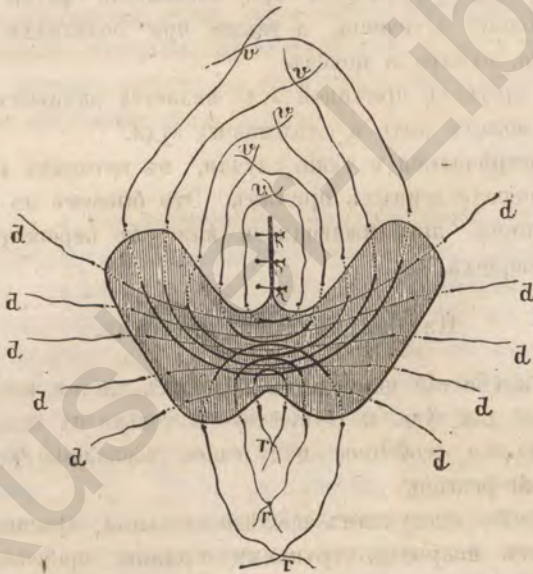
чемъ обѣ половины основанія, соединенныя разуютъ новую промежность.

Эта сложная и трудно выполняемая операція вообще не даетъ хорошихъ результатовъ, такъ какъ прикрытіе лоскутами слизистой оболочки не мѣшаетъ образованію свища между влагалищемъ и прямой кишкой.

Гораздо лучше результаты даетъ перинеопластика по способу *Симона*. При этомъ, если разрывъ не проникаетъ чрезъ сфинктеръ, освѣжаютъ зарубцованную часть промежности въ видѣ трехугольника, вершина котораго простирается во влагалище, а посреднѣ основанія котораго приходится заднепроходное отверстіе. Затѣмъ обѣ стороны трехугольника, заходящія во влагалище, соединяютъ влагалищными швами, при

промежностными швами, об-

Если разрывъ проникаетъ чрезъ сфинктеръ, то вершину треугольника по прежнему проводить во влагалище и, кромѣ того, съ обѣихъ сторонъ вырѣзываютъ лоскуты на подобіе крыльевъ бабочки, какъ это и представлено на фиг. 146. Послѣ этого прежде всего накладываютъ влагалищныя швы на входящую во влагалище часть раны, которая въ слѣдствіе этого получаетъ видъ, представленный на фиг. 147. Начиная съ этого мѣста, накладываютъ попеременно влагалищныя и кишечныя швы и сразу же завязываютъ ихъ, такъ что узлы лежатъ во влагалищѣ и въ прямой кишкѣ, а раздѣляющая эти органы перегородка претерпѣваетъ искусственное удлинненіе. Подъ конецъ накладываютъ еще промежностныя швы, и притомъ довольно поверхностно, такъ какъ имъ мало что приходится удерживать послѣ того, какъ стягиваніе краевъ происходитъ главнымъ образомъ на счетъ швовъ прямой кишки.



Фиг. 147.

Наложеніе швовъ при перинеорафій Симола. Швы, соединяющіе простирающуюся во влагалище вершину, уже завязаны узлами. *vv* влагалищныя швы. *rr* швы прямой кишки. *dd* промежностныя швы.

Послѣдовательное леченіе довольно пассивное. Принимаютъ мѣры, чтобы калъ выдѣлялся въ жидкомъ видѣ, и въ случаѣ надобности перерѣзаютъ сфинктеръ сзади. Промежностныя швы снимаютъ чрезъ три дня, такъ какъ иначе они прорѣзываются, влагалищныя же и прямокишечныя швы удаляютъ постепенно, начиная съ 5—6 дня, послѣдніе даже до 12. Прямокишечныя швы отыскиваютъ съ помощью зеркала.

Зудъ влагалища.

К. Майеръ, Verh. d. Berl. geb. Ges., VI, стр. 137.

Этіологія.

Зудъ въ наружныхъ половыхъ частяхъ и въ окрѣжности ихъ часто зависитъ отъ продолжительныхъ внѣшнихъ раздраженій, въ особенности отъ раздражающихъ выдѣленій, напимѣръ, при катаррахъ внутреннихъ органовъ, преимущественно при ракъ матки. Сюда же нужно отнести и тѣ случаи, въ которыхъ зудъ появляется во время мѣсячныхъ очищеній, равно какъ при диабетѣ, когда наружныя половыя части смачиваются содержащей сахаръ мочевъ (по Фридриху ¹⁾), въ этихъ случаяхъ зудъ обуславливается образованіемъ грибоквъ).

Кромѣ того, зудъ встрѣчается при воспаленіи матки и влагалища безъ раздражающаго истеченія, а также при болѣзняхъ мочеиспускательнаго канала, пузыря и почекъ.

Въ другихъ случаяхъ причиной зуда является онанизмъ, который съ своей стороны можетъ быть и слѣдствіемъ зуда.

Наконецъ, встрѣчаются и такіе случаи, въ которыхъ нельзя указать ни одной изъ перечисленныхъ причинъ. Это бываетъ въ особенности у пожилыхъ женщинъ, приближающихся или уже перешедшихъ въ климактерическій періодъ.

Патологическая анатомія.

Особенныхъ измѣненій наружныхъ половыхъ частей, которыя были бы характеристичны для зуда, не существуетъ; только въ исключительныхъ случаяхъ замѣчается особенное папулезное воспаление кожи, упомянутые выше узелки prurigo.

Нѣсколько яснѣе выступаютъ послѣдовательныя явленія зуда. Такъ, нерѣдко находятъ покрытыя струпьями ссадины, произведенныя чесаніемъ, и бросающіяся въ глаза опуханіе и инфильтрація наружныхъ половыхъ частей, вызванныя продолжительнымъ раздраженіемъ. При этомъ бурая или аспидно-сѣрая кожа отличается необыкновенной жесткостью и, вслѣдствіе постоянного слущиванія, даетъ густое бѣловатое отдѣленіе.

Припадки.

Болѣзнь, довольно часто встрѣчающаяся въ своихъ слабыхъ степеняхъ, состоитъ въ мучительномъ зудѣ во влагалищномъ входѣ, а также въ нижней части влагалища, большихъ губахъ, промежности, венеринномъ бугрѣ и сосѣднихъ поверхностяхъ бедеръ. Зудъ, соединенный иногда съ

¹⁾ Virchow's Arch., т. 30, стр. 476.

сладоэрастнымъ ощущеніемъ и эрекціей клитора, чаще всего наступаетъ по ночамъ, когда больная лежитъ въ постели, затѣмъ при сильномъ возбужденіи половыхъ органовъ, послѣ тѣлесныхъ напряженій (при теплой температурѣ), а также возбужденій сосудистой системы.

Часто зудъ появляется приступами, такъ что большею частью больная чувствуетъ себя совершенно хорошо или страдаетъ только легкими ненормальными ощущеніями въ половыхъ органахъ, но время отъ времени, чрезъ каждые два дня, черезъ день, а то и нѣсколько разъ на день, появляется приступъ мучительнѣйшаго зуда, который, начинаясь въ извѣстномъ мѣстѣ, у влагалищнаго входа или у задняго прохода, отдается въ поверхности бедеръ и во влагалище.

Зудъ можетъ дойти до невыносимой степени, такъ что даже благоразумныя женщины готовы наложить на себя руки и женщины съ большимъ самообладаніемъ не могутъ утерпѣть, чтобы не чесать пораженныхъ частей. Вслѣдствіе этого, развиваются упомянутыя выше послѣдствія, а въ иныхъ случаяхъ даже онанизмъ. Кромѣ того, появляются расстройства питанія, любовь къ уединенію, бессонница и глубокое меланхолическое настроеніе духа.

Лечение.

Прежде всего нужно позаботиться объ устраненіи производящей причины, въ особенности раздражающихъ выдѣленій. Хорошее успокаивающее дѣйствіе оказываютъ при этомъ поясныя ванны, которыя, смотря по индивидуальности больной, дѣлають то теплѣе, то холоднѣе, и притомъ не менѣе двухъ разъ въ день, прибавляя къ нимъ поташу.

Изъ собственно лекарственныхъ средствъ самымъ лучшимъ оказалась, по моимъ наблюденіямъ, карболовая кислота. Я употребляю ее въ растворахъ 1:60, всего чаще 1:50 до 1:20, а въ очень тяжелыхъ случаяхъ даже 1:10. Этимъ растворомъ я смазываю, съ помощью толстой кисти, всѣ пораженные мѣста, повторяя смазываніе чрезъ каждые два дня. Хотя, употребляя это средство лишь съ очень недавняго времени, я и не могу утвердительно сказать, чтобы послѣ него не являлись возвраты, тѣмъ не менѣе цѣлебное дѣйствіе его обнаруживается съ такой поразительной быстротой, что, разъ испытавъ карболовую кислоту, врядъ ли кто-либо станетъ прибѣгать къ другимъ рекомендованнымъ средствамъ.

Въ числѣ этихъ средствъ предложено смазываніе больныхъ частей линиментомъ изъ хлороформа (по *Сканцони*, 3,0 [Эijβ] хлороформа на 30,0 [Зi] миндальнаго масла) и въ особенности, по рекомендаціи *Сканцони* и *Фейта*, квасцы, которые вводятся во влагалище въ растворѣ или въ смѣси съ сахаромъ на ватномъ тампонѣ; въ крайнихъ случаяхъ *Сканцони* совѣтуетъ вводить чистый порошокъ квасцовъ. Я не видѣлъ пользы съ квасцовъ.

Уэстонъ и *Мартинъ* ¹⁾ рекомендуютъ деготъ въ видѣ спиртнаго раствора (4:30) или въ смѣси съ глицериномъ.

Въ очень упорныхъ случаяхъ дѣлали также прижиганія ляписомъ, но безъ вѣрнаго успѣха. *Даусонъ* ²⁾ наблюдалъ въ одномъ случаѣ „фолликулярнаго вульвита“ возвратъ болѣзни, не смотря на то, что *Томасъ* срѣзалъ всю слизистую оболочку.

Кокцигодинія.

Симпсонъ, Diseases of women, Edinburgh, 1872, стр. 202. — *Сканциони*, Würzb. med. Z., II, стр. 4, и Krankh. d. weibl. Sexualorg., II, стр. 325. — *Гёршельманъ*, Petersb. med. Z., 1862, вып. 16. — *Ноттъ*, Amer. J. of Obst., т. I, стр. 243.

Этіологія.

Сильная боль въ области копчиковой кости встрѣчается преимущественно, хотя и не исключительно, у женщинъ, особенно у рожавшихъ.

Причиной этой боли большею частью является травма, всего чаще роды, особенно при наложеніи щипцовъ. Но эта боль можетъ быть вызвана и другими травмами; такъ, *Сканциони* приписалъ ее въ двухъ случаяхъ верховой ѣздѣ.

По *Симпсону*, кокцигодинія можетъ произойти также отъ простуды (у одной прачки).

Патологическая анатомія.

Такъ какъ боль ограничивается копчиковой костью и появляется при движеніяхъ послѣдней, то мѣста ея слѣдуетъ искать въ надкостной плевѣ или въ суставахъ. *Сканциони* нашелъ въ различныхъ случаяхъ копчиковую кость значительно удлиненной, необыкновенно подвижной и поддавшейся болѣе въ одну сторону. Въ окружности кости онъ находилъ воспаленіе и даже нагноеніе.

Припадки.

Единственный припадокъ, это боль, наступающая въ особенности при сокращеніяхъ мышцъ, прикрѣпленныхъ къ копчиковой кости, а именно: *glutaeus maximus*, *soscygeus* и *levator ani*.

Съ наибольшимъ постоянствомъ боль является при усаживаніи и вставаніи; въ нѣкоторыхъ случаяхъ она длится и во все время сидѣнія, а нѣкоторыя больныя въ состояніи сидѣть не иначе, какъ на одной ягодицѣ или опираясь на руку. Иногда боль появляется и при ходьбѣ. Особенно болѣзненно бываетъ испражненіе на низъ.

¹⁾ Boston gyn. J., т. IV, стр. 79.

²⁾ Amer. J. of Obst., т. II, стр. 113.

Иногда боль вызывается лишь опредѣленными мышечными движеніями, и притомъ неодинаковыми у различныхъ особъ. Такъ, въ одномъ случаѣ *Сканцони* боль появлялась съ страшной силой каждый разъ во время полового акта.

Степень боли весьма различна; иногда она сказывается лишь тупымъ, тягостнымъ ощущеніемъ въ области копчиковой кости, въ другихъ случаяхъ она напоминаетъ, по силѣ и характеру, зубную боль.

Копчиковая кость чувствительна къ давленію, но иногда только въ задней поверхности, тогда какъ со стороны прямой кишки ее можно ощупать безпрепятственно; пассивныя же движенія копчиковой кости всегда въ высшей степени болѣзненны.

Кокцигодинія длительная болѣзнь, которая во многихъ случаяхъ упорно не поддается леченію и имѣетъ большую наклонность къ возвратамъ.

Леченіе.

Въ случаяхъ, сопровождающихся гиперемичными и воспалительными явленіями, *Сканцони* рекомендуетъ, кромѣ продолжительнаго покойнаго положенія на спинѣ и заботы о легкомъ испражненіи на низъ, мѣстное противовоспалительное леченіе. Онъ видѣлъ также прочные успѣхи отъ подкожныхъ впрыскиваній морфія.

Напротивъ, *Симпсонъ*, не признающій пользы отъ этихъ средствъ, прибѣгаетъ къ оперативному леченію, а именно перерѣзываетъ подъ кожей прикрѣпляющіяся къ копчиковой кости сухожилія или, въ упорныхъ случаяхъ, вылущиваетъ, по примѣру *Нотта*, всю копчиковую кость.

ОПЕЧАТКИ:

Стран.	Строка.	Напечатано:	Должно быть:
33	11 снизу	связки	оболочки
35	9 сверху	лобки	лобокъ
40	33	выпячиванія	пазухи
57	31	достаточно	для оплодотворенія достаточно
61	12 снизу	атрофией	гипертрофией

ИЗДАНІЯ КНИЖНАГО МАГАЗИНА

КАРЛА РИККЕРА

Невскій проспектъ, д. № 14, въ С.-Петербургѣ.

Р. К.	Р. К.
Агацъ и Гребъ. Полный атласъ хирургической анатоміи, оперативной хирургіи и хирургическихъ инструментовъ, съ объяснительнымъ текстомъ. 1872 г.	8 —
Верглиндъ. Лечение разминаніемъ (Massage). 1875 г.	— 25
Тоже. О примѣненіи врачебной гимнастики. 1876 г.	— 20
Вергманъ. Результаты резекцій въ суставахъ, произведенныхъ во время войны. Сост. по собственнымъ наблюденіямъ; съ 2 листами литографій и 20-ю фотографіями на отдѣльныхъ листахъ. 1874 г.	8 —
Тоже. Безъ фотографій	2 —
Вертенсонъ и Ворохичинъ. Минеральныя воды, морскія купанья и грязи въ Россіи и заграницею. Ихъ классификація, химическій составъ, физиологическое дѣйствіе и краткія показанія къ употребленію	1 —
Винцъ. Основанія фармакологіи. Клиническое руководство. Перев. Манассеиной. 1878 г.	1 50
Булъ. Воспаленіе легкихъ. Бугорчатка и чахотка. Дѣйствовать исцеленію къ другу. Перев. съ 2-го исправлен. изд. 1875 г.	1 —
Вонновъ. Аномаліи рефракціи и аккомодациі и физическіе способы вслѣдованія глаза. 1875 г.	1 50
Casselmann. Die Analyse des Harns in Fragen und Antworten. 2-te Aufl. 1874.	1 20
Гейфельдъ, О. Красносельскій и Шалонскій лагеръ въ военно-медицинскомъ отношеніи. 1868 г.	1 50
Его-же. Военно-хирургическія наблюденія во время нѣмецко-французской войны 1870—1871 годовъ. Съ таблицею рисунковъ 1873 г.	— 80
Реккеръ, д-ръ Э. Руководство для родителей и душевно-больныхъ. Пер. И. Х. Акербломъ. 1876 г.	— 30
Гейнцбергъ. Указатель для больныхъ, посѣщающихъ Гаштейнъ. Перев. съ 2-го нѣм. изд. 1870 г.	— 30
Горвицъ, д-ръ М. Клиническія записки по гинекологіи. 1871 г.	2 50
Его-же. Руководство къ патологіи и терапіи женской половой сферы. 3 части съ политип. 1878 г.	8 60
Гунніусъ. Галсальскія минеральныя грязи. Въ воспоминаніе пятидесятилѣтія открытія морскихъ цѣлебныхъ грязей въ Галсалѣ. 1869 г.	— 50
Hoopnius. Guide aux bains de Parsal	1 50
Драгендорфъ. Судебно-химическое открытіе ядовъ въ пищевыхъ веществахъ, воздухѣ, остаткахъ пищи, частяхъ тѣла и т. д. Перевелъ Капустинъ и Ментинъ. Съ рисунками въ текстѣ. 1875 г.	3 75
Дыбковский. Лекціи фармакологіи съ доволненіемъ статей Суцискаго, изд. 3-е. 1878 г.	3 50
Зейфманъ. Трихины и трихинная болѣзнь (Trichinae et Trichinosis). 1877 г.	— 75
Ёблеръ. Рук. физиологической терапевтики и materiae medicae. Перев. Капустина. 3 т. 1875—78 г.	9 —
Кенигъ, проф. Ф. Руководство къ частной хирургіи для врачей и учащихся. Перев. п. ред. Левшина. Т. I. 1876 г.	4 50
Кирхнеръ. Руководство къ военной гигиенѣ. Съ 75 рисунк., рѣзан. на деревѣ. Перев. съ нѣм. и дополнено <i>разборомъ пищевого продовольствія</i> нашихъ войскъ. А. Е. Воскресенскимъ. 1871 г.	3 —
Ковалевскій. Объ измѣненіи чувствительности кожи у меланхоликовъ. 1877 г.	1 50
Крауцъ. Полная терапевтическая карманная книга для практическихъ врачей. Перев. д-ра Штерна. 1867 г.	2 75
Едемъ. Поколачиваніе мышцъ, активно-пассивная комнатная гимнастика, для больныхъ и здоровыхъ съ 8 рисунк. 1878 г.	— 50
Левисъ. Руководство къ изученію водолеченія (Гидротерапіи), по Пленигеру, Флери, Винтерниццу, Либермейстеру, Шарлау и др. нов. авторамъ. 1874 г.	1 75

См. на оборотѣ.

Поступили въ продажу слѣдующіе томы

„Руководства къ частной патологій и терапій“ Цимесена:

ТОМЪ ПЕРВЫЙ.

Общественная гигиена и промышленныя болѣзни. **Общественная гигиена, Geige's.** Промышленныя болѣзни. Газовыя болѣзни, Hirt'a. Пылевыя болѣзни, Merkel'a. Переводъ Д. Г. Фридберга подъ редакціей профессоровъ А. П. Доброславина и А. И. Якобіа. 1878. 3 р. 50 к.

ТОМЪ ВТОРОЙ.

Острыя заразные болѣзни. **Часть I.** Введеніе къ заразнымъ болѣзнямъ. Брюшной тифъ, Liebermeister'a. Возвратный тифъ, сыпной тифъ и холера, Lebert'a. Чума, Liebermeister'a. Желтая лихорадка, Haenisch'a. Дизентерія, Neubner'a. Эпидемическій дифтеритъ, Oerte'l'a. Съ 14 рисунками. Переводъ подъ редакціей профессора В. Г. Лашкевича. *Второе изданіе.* 1879. 3 р. 50 к.

Часть II. Вътряная оспа, корь, краснуха и скарлатина, Thomas'a. Оспа, Curschmann'a. Рожа, потная лихорадка, гриппъ, дѣтскія и сыпная лихорадка, Zuelzer'a. Мalariaиныя зараженія, Hertz'a. Meningitis cerebro-spinalis epidemica, Ziemssen'a. Съ 8 рисунками. Переводъ подъ редакціей профессоровъ А. Х. Кузнецова и В. Г. Лашкевича. 1876. 3 р.

ТОМЪ ТРЕТІЙ.

Сифилисъ. Инвазіонныя болѣзни. Зараженія животными ядами. Сифилисъ, Bäuml'er'a. Инвазіонныя болѣзни, Heller'a. Зараженія животными ядами (зоонозы), Bollinger'a. Съ 30 рисунками. Переводъ подъ редакціей профессоровъ В. Г. Лашкевича, В. П. Крылова и В. Ф. Грубе. 1876. 3 р.

ТОМЪ ПЯТЫЙ.

Болѣзни дыхательнаго аппарата. II. Крупозная пневмонія. Катарральная пневмонія. Гипостатическіе процессы въ легкихъ, эмболическая и интерстиціальная пневмонія, Jürgensen'a. Анемія. Гиперемія. Кровоизліанія. Ателектазы. Атрофія. Гипертрофія. Эмфизема. Гаггрена. Новообразованія. Циррозъ и бронхоэктазія. Паразиты легкихъ, Hertz'a. Чахотка легкихъ и острая просовидная бугорчатка, Ruehle. Хроническая и острая бугорчатка, Rindfleisch'a. Съ 21 рисункомъ. Переводъ подъ редакціей профессора В. П. Крылова. 1876. 3 р.

ТОМЪ СЕДЬМОЙ.

Болѣзни пищеварительнаго аппарата. I. Часть I. Болѣзни губъ и полости рта, Vogel'a. Болѣзни мягкаго неба, Wagner'a. Болѣзни носоглоточнаго пространства и глотки, Wend't'a. Съ 1 рисункомъ. Переводъ подъ редакціей профессора А. Х. Кузнецова. 1877. 1 р. 50 к.

Часть II. Болѣзни желудка и кишекъ, Leube. Сбуженія, запыранія и перемѣны положенія кишекъ, Leichtenstern'a. Кишечные паразиты, Heller'a. Съ 81 рисункомъ. Переводъ подъ редакціей профессора В. Г. Лашкевича. 1878. Первая половина съ билетомъ на вторую. 4 р.

ТОМЪ ДЕВЯТЫЙ.

Болѣзни мочевого аппарата. Часть I. Общая симптоматологія почечныхъ болѣзней и разлитыя заболѣванія почекъ, Bartels'a. Съ 15 рисунками. Переводъ подъ редакціей проф. В. П. Крылова. 1878. 3 р.

Часть II. Болѣзни почекъ, почечныхъ лоханокъ и мочеточниковъ, Ebstein'a. Болѣзни мочевого пузыря и мочеиспускательнаго канала, Lebert'a. Функциональныя разстройства половыхъ органовъ, Curschmann'a. Съ 11 рисунками. Переводъ подъ редакціей профессоровъ В. Г. Лашкевича и И. К. Зарубина. 1879. 3 р. 50 к.

ТОМЪ ДЕСЯТЫЙ.

Болѣзни женскихъ половыхъ органовъ. Проф. С. Schröder'a. Съ 147 рисунками. Перевелъ съ 3-го изданія Д. Г. Фридберга. 1879. 3 р.

ТОМЪ ОДИНАДЦАТЫЙ.

Болѣзни нервной системы. I. Часть I. Анемія, гиперемія, кровоизліанія, тромбозъ и эмболія головного мозга, Nothnagel'a. Опухоли головного мозга и его оболочекъ, Obernier'a. Сифилисъ головного мозга и прочахъ частей нервной системы, Neubner'a. Гипертрофія и атрофія головного мозга, Hitzig'a. Съ 5 рисунками. Переводъ подъ редакціей доцента К. Г. Тритшеля. 1877. 2 р.

Часть II. Острая и хроническія болѣзни головного мозга и его оболочекъ, Huguenin'a. Переводъ подъ редакціей доцента Н. С. Афанасьева. 1877. 2 р.

Часть III. Болѣзни спинного мозга и его оболочекъ, Erb'a. Перев. подъ редакціей доцента К. Г. Тритшеля. 1878. 2 р.

ТОМЪ ДВѢНАДЦАТЫЙ.



Болезни нервной системы. II. Часть I. Болезни периферическихъ цереброспинальныхъ нервовъ, Erb'a. Переводъ подъ редакціей профессора Г. Н. Минха. 1878. 3 р. 50 к.

ТОМЪ ТРИНАДЦАТЫЙ.

Болезни двигательнаго аппарата. Простудныя болезни. O бщія разстройства питанія. Часть I. Ревматическія болезни суставовъ, ломота, arthritis deformans, rachitis et osteomalacia, Senator'a.

Легпрокія студныя болѣзни, Seitz'a. Общія разстройства питанія. Anaemia. Chlorosis. Anaemia pernicioса progressiva, Immermann'a. Съ 4 рисунками. Переводъ поклодента Н. С. Афанасьева. 1878. 4 р.

Часть II. Общія разстройства питанія. Золотуха и пораженія лимфатическихъ желѣзъ вообще, Birch-Hirschfeld'a. Diabetes mellitus et insipidus, Senator'a. Тучность, haemophilia, цанга, morbus maculosus, Immermann'a. Переводъ покойнаго Н. С. Афанасьева и Б. А. Хавкина. 1878. Первая половина съ билетомъ на вторую 4 р.

 Т. II. Ч. II, Т. III и V отдѣльно не продаются. 


Продолжается подписка на первые 15 томовъ „ЧАСТНОЙ ПАТОЛОГИИ И ТЕРАПИИ“ Цимссена. Подписная цѣна Сорокъ руб.; пересылочныхъ за ОДИНЪ ПУДЪ по разстоянію.

Подписныя деньги гг. врачи могутъ выплачивать въ шестимѣсячный, а студенты и слушательницы женскихъ врачебныхъ курсовъ — въ годичный срокъ любыми суммами. При каждомъ взносъ имъ будетъ выдана или выслана соответствующая по стоимости часть вышедшихъ книгъ.

отъ книгопродавцевъ подписка не принимается.

Открыта подписка на XVI томъ того же руководства: „ДУШЕВНЫЯ БОЛЕЗНИ“ Шюле.

Подписная цѣна: для подписавшихся на первые 15 томовъ, а также для гг. студентовъ и слушательницъ женскихъ врачебныхъ курсовъ— 2 руб. 25 коп., для прочихъ—3 руб. 25 коп. съ пересылкою.

 Подписка на этотъ томъ прекращается съ выходомъ его въ свѣтъ.

подписка, какъ на первые XV томовъ, такъ и на XVI томъ принимается: въ ХАРЬКОВѢ у издателя, Б. Хавкина (Большая Сумская ул., д. Лазаревского).

въ ПЕТЕРБУРГѢ (до 1-го іюня 1879 г.) по Бассейной, д. № 29, кв. № 18.

Позволяю себѣ, въ отвѣтъ на нѣкоторыя заявленія, указать на подписную цѣну нѣмецкаго изданія „Цимссена“. По объявленію, приложенному къ Archiv für experim. Pathologie u. Pharmacologie (1879, т. X, вып. 3 и 4), цѣна всѣмъ 16 томамъ этого руководства по подпискѣ—330 германскихъ марокъ или 110 талеровъ, что по биржевому курсу составляетъ слишкомъ 165, а по книгопродавческому—198 руб.

Б. Хавкинъ.